

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)**

Институт клинической медицины
им.Н.В. Склифосовского
Кафедра инфекционных болезней

Методические материалы по дисциплине:

Инфекционные болезни

основная профессиональная образовательная программа высшего
профессионального образования -

КОД 31.05.01

Наименование «Лечебное дело»

Тестовые задания для прохождения промежуточной аттестации

№№	Ответы	Вопросы
001		БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПИЩЕВЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ ВЫЗЫВАЮТСЯ ТОКСИНАМИ
	A	условно-патогенной флоры +
	B	шигелл
	C	сальмонелл
	D	иерсиний
002		К ВОЗБУДИТЕЛЯМ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ОТНОСЯТ
	A	протей +
	B	холерный вибрион
	C	шигеллы
	D	сальмонеллы
003		ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА ПРИ ГАСТРОЭНТЕРИТИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	секреторный +
	B	осмолярный
	C	гипокинетический
	D	экссудативный
004		ПРИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ
	A	тонкая кишка +
	B	сигмовидная кишка
	C	слепая кишка
	D	пищевод
005		ВЫРАЖЕННОЕ ОБЕЗВОЖИВАНИЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТ ПРИ ВАРИАНТЕ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ
	A	гастроэнтеритическом +
	B	тифоподобном
	C	гастритическом
	D	гастроэнтероколитическом
006		ДЛЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ТИПИЧНЫМ СЧИТАЕТСЯ
	A	локализованное течение +
	B	генерализованное течение
	C	частая хронизация
	D	развитие вторично-очаговых форм
007		ДЛЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ТИПИЧНЫМ СЧИТАЕТСЯ _____ СИНДРОМ
	A	гастроэнтеритический +
	B	колитический

	C	желтушный
	D	гастроэнтероколитический
008		ОСОБЕННОСТЬЮ ГАСТРОЭНТЕРИТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ТЕЧЕНИЕ
	A	кратковременное +
	B	длительное
	C	затяжное
	D	вялотекущее
009		СТУЛ ПРИ ГАСТРОЭНТЕРИТИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК
	A	обильный водянистый +
	B	скудный слизистый
	C	обильный слизисто-кровянистый
	D	скудный водянистый
010		ПРИ ЛЁГКОМ ТЕЧЕНИИ ГАСТРОЭНТЕРИТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ РАЗВИВАЕТСЯ ОБЕЗВОЖИВАНИЕ _____ СТЕПЕНИ
	A	I степени +
	B	II степени
	C	III степени
	D	IV степени
011		ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДЛЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ
	A	умеренной интоксикации +
	B	экзантемы
	C	гепатоспленомегалии
	D	выраженной интоксикации
012		К ОСЛОЖНЕНИЯМ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ОТНОСИТСЯ
	A	гиповолемический шок +
	B	токсический мегаколон
	C	артериальная гипертензия
	D	гипотиреоз
013		К ДЕКРЕТИРОВАННЫМ ГРУППАМ НАСЕЛЕНИЯ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ОТНОСЯТ
	A	официантов +
	B	строителей
	C	инженеров
	D	менеджеров
014		К МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ГАСТРИТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ОТНОСЯТ
	A	посев рвотных масс +
	B	посев крови
	C	посев мочи

	D	посев кала
015		ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭНТЕРИТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ПРИМЕНЯЮТ
	A	водно-солевые растворы +
	B	коллоидные растворы
	C	гипертонический раствор
	D	замороженную плазму
016		ВЕДУЩИМ УСЛОВИЕМ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА ПРИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ СЧИТАЮТ
	A	клиническое выздоровление +
	B	отрицательный посев слюны
	C	снижение титров антител
	D	отрицательный посев мочи
017		СТУЛ ПРИ ГАСТРОЭНТЕРИТИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ САЛЬМОНЕЛЛЁЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК
	A	«болотная тина» +
	B	«овечий кал»
	C	«малиновое желе»
	D	«ректальный плевок»
018		ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА ПРИ ГАСТРОЭНТЕРИТИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	секреторный +
	B	осмолярный
	C	кинетический
	D	экссудативный
019		ПРИ ЛЁГКОМ ТЕЧЕНИИ ГАСТРОЭНТЕРИТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА САЛЬМОНЕЛЛЁЗА РАЗВИВАЕТСЯ ОБЕЗВОЖИВАНИЕ _____ СТЕПЕНИ
	A	I степени +
	B	II степени
	C	III степени
	D	IV степени
020		К ОСЛОЖНЕНИЯМ САЛЬМОНЕЛЛЁЗОВ ОТНОСИТСЯ
	A	инфекционно-токсический шок +
	B	выпадение прямой кишки
	C	аппендицит
	D	бульбарный синдром
021		К ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПРИ ГАСТРОЭНТЕРИТИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ОТНОСЯТ
	A	боли в параумбиликальной области +
	B	боли в области сигмовидной кишки
	C	боли за грудиной
	D	тенезмы
		ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ВЗРОСЛЫХ

		ЯВЛЯЕТСЯ
022	A	ципрофлоксацин +
	B	эритромицин
	C	пенициллин
	D	тетрациклин
023		ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ПРИМЕНЯЮТ
	A	водно-солевые растворы +
	B	коллоидные растворы
	C	гипертонический раствор
	D	глюкозу
024		ДЛЯ КЛИНИКИ ХОЛЕРЫ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ
	A	водянистой обильной диареи по типу «рисового отвара» присоединением рвоты+
	B	частого скудного стула с примесями слизи и крови
	C	частого жидкого стула по типу «малинового желе»
	D	зловонного, пенистого, водянистого стула, зеленоватого цвета
025		ОБЕЗВОЖИВАНИЕ ПРИ ХОЛЕРЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ
	A	гипотонией
	B	нарушением сознания
	C	гипертермией
	D	гематурией
026		ДЛЯ КЛИНИКИ ХОЛЕРЫ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ
	A	водянистой обильной диареи и отсутствие интоксикации +
	B	водянистой обильной диареи на фоне выраженного интоксикационного синдрома
	C	частого скудного жидкого стула с прожилками крови
	D	зловонного, пенистого, водянистого стула, зеленоватого цвета
027		ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ХОЛЕРОЙ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ
	A	полиионных растворов +
	B	гемостатиков
	C	глюкокортикостероидов
	D	растворов 5%-глюкозы
028		АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХОЛЕРОЙ ЯВЛЯЮТСЯ
	A	фторхинолоны +
	B	полусинтетические пенициллины
	C	макролиды
	D	аминогликозиды
029		КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХОЛЕРЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТ
	A	отсутствие болей в животе, водянистый стул +
	B	боль в животе схваткообразного характера, обильный стул
	C	обильный водянистый стул с примесями алой крови, кинжальная боль внизу живота
	D	тошнота сопровождающаяся рвотой, боль в эпигастрии

030		ТИПИЧНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХОЛЕРЫ ОБУСЛОВЛЕННЫ
	A	быстро прогрессирующим обезвоживанием +
	B	нарушением сознания
	C	выраженной интоксикацией
	D	параличом дыхательного центра
031		КРИТЕРИИ ТЯЖЕСТИ ПРИ ХОЛЕРЕ УЧИТЫВАЮТ
	A	объём водно-электролитных потерь +
	B	выраженность интоксикационного синдрома
	C	уровень сознания
	D	выраженность абдоминалгии
032		ПРИЧИНЫ ВЫРАЖЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ ПРИ ХОЛЕРЕ ОБУСЛОВЛЕННЫ
	A	гиповолемией +
	B	инфекционно-токсическим шоком
	C	кардиогенным шоком
	D	синдром Уотерхауза-Фридериксона
033		ОСЛОЖНЕНИЯ ХОЛЕРЫ ОБУСЛОВЛЕННЫ
	A	гиповолемией и гипоперфузией почечной паренхимы +
	B	интоксикацией и развитием инфекционно-токсического шока
	C	гематогенной диссеминацией холерных вибрионов и генерализацией процесса
	D	развитием интерстициальной пневмонии с формированием шокового лёгкого
034		К ОСЛОЖНЕНИЯМ ХОЛЕРЫ ОТНОСЯТ
	A	острую почечную недостаточность +
	B	острую печеночную энцефалопатию
	C	перфоративный перитонит
	D	инфекционно-токсический шок
035		ПРИ ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ДЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ХОЛЕРЕ УЧИТЫВАЮТ
	A	гематокрит, относительную плотность плазмы крови +
	B	уровень pH мочи и ее плотность
	C	уровень печёчных трансаминаз и глюкозы
	D	положительный результат бактериологического исследования кала на холеру
036		ВОЗБУДИТЕЛЬ ХОЛЕРЫ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДЕЛЕН ИЗ
	A	кала и рвотных масс +
	B	кала и крови
	C	рвотных масс и крови
	D	спинно-мозговой жидкости и мочи
037		ПРОЦЕНТ ПОТЕРИ МАССЫ ТЕЛА ПРИ IV СТЕПЕНИ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ ПРИ ХОЛЕРЕ СОСТАВЛЯЕТ
	A	10-12% +
	B	1-3%
	C	4-6%
	D	7-9%
038		ДЛЯ ОРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ХОЛЕРЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

	A	регидрон +
	B	реополиглюкин
	C	хлосоль
	D	альбумин
039		РАСТВОРЫ ДЛЯ ОРАЛЬНОЙ РЕГИДРОТАЦИИ ПРИ ХОЛЕРЕ СОДЕРЖАТ
	A	NaCl, KCl и глюкозу +
	B	CaCl ₂ и витамин E
	C	MgSO ₄ и аскорбиновую кислоту
	D	альбумин
040		РАСТВОРЫ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ НЕ СОДЕРЖАТ
	A	глюкозу +
	B	NaCl
	C	KCl
	D	бикарбонат или цитрат натрия
041		АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХОЛЕРЕ НАПРАВЛЕНА НА
	A	предупреждение развития вибрионосительства и эпидемиологической санации очага +
	B	предотвращения генерализованных форм заболевания
	C	ускорение выработки специфических антител
	D	ликвидацию водно–электролитных потерь
042		ОБЕЗВОЖИВАНИЕ ПРИ ХОЛЕРЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ
	A	выраженной диареей и рвотой фонтаном +
	B	гипертермией и катаральными симптомами
	C	колитическим синдромом и болями в животе
	D	дизурией и болями в поясничной области
043		ПРИНЦИПАМИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХОЛЕРОЙ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ
	A	этиотропной и регидратационной терапии +
	B	этиотропной терапии и блокаторов опиоидных рецепторов
	C	дезинтоксикационной терапии и пробиотиков
	D	нестероидных противовоспалительных препаратов
044		ИСТОЧНИКОМ ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ ХОЛЕРЕ ЯВЛЯЮТСЯ
	A	больной человек и вибрионоситель +
	B	мыши полевки и грызуны
	C	клещи и комары
	D	обезьяны
045		ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА ПРИ КОЛИТИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ШИГЕЛЛЕЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	экссудативный +
	B	осмолярный
	C	кинетический
	D	секреторный
046		ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ ДНЕЙ

	A	1-7 +
	B	8-15
	C	16-23
	D	24-31
047		РЕЗЕРВУАРОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ШИГЕЛЛЁЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ
	A	люди +
	B	животные
	C	растения
	D	насекомые
048		ТЯЖЁЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТ ПРИ ШИГЕЛЛЁЗЕ
	A	Dysenteriae +
	B	Sonnei
	C	Flexneri
	D	Boydii
049		ТИПИЧНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ДЛЯ ШИГЕЛЛЁЗА, ВЫЗВАННОГО S.DYSENTERIAE, ЯВЛЯЕТСЯ
	A	возможность тяжёлого течения +
	B	преимущественно лёгкое течение
	C	отсутствие осложнений
	D	частая встречаемость в Российской Федерации
050		ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРИ ШИГЕЛЛЁЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ
	A	тенезмов +
	B	экзантемы
	C	птоза
	D	диплопии
051		СТУЛ ПРИ КОЛИТИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ШИГЕЛЛЁЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК
	A	«ректальный плевок» +
	B	«овечий кал»
	C	«ленточный кал»
	D	«болотная тина»
		СТУЛ ПРИ КОЛИТИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ШИГЕЛЛЁЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК
052	A	скудный бескаловый +
	B	обильный бескаловый
	C	частый каловый
	D	редкий каловый
053		ПРИ ЛЁГКОМ ТЕЧЕНИИ КОЛИТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ШИГЕЛЛЁЗА РАЗВИВАЕТСЯ ОБЕЗВОЖИВАНИЕ
	A	I степени +
	B	II степени
	C	III степени
	D	IV степени
054		ТИПИЧНЫМ ДЛЯ ШИГЕЛЛЁЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ

	A	интоксикации +
	B	экзантемы
	C	гепатоспленомегалии
	D	полилимфаденопатии
055		К ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ШИГЕЛЛЁЗОВ У ВЗРОСЛЫХ ОТНОСИТСЯ
	A	инфекционно-токсический шок +
	B	выпадение прямой кишки
	C	лейкемоидная реакция
	D	бульбарный синдром
		К ПОСЛЕДСТВИЯМ ПЕРЕНЕСЁННЫХ ШИГЕЛЛЁЗОВ ОТНОСИТСЯ
056	A	окуло-уретро-синовиальный синдром +
	B	гиперурикемия
	C	артериальная гипертензия
	D	нейросенсорная тугоухость
057		НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ШИГЕЛЛЁЗ ЗОННЕ ПЕРЕДАЕТСЯ ПУТЕМ
	A	пищевым +
	B	водным
	C	трансмиссивным
	D	аэрозольным
058		К ДЕКРЕТИРОВАННЫМ ГРУППАМ НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ ОТНОСЯТ РАБОТНИКОВ
	A	предприятий питания +
	B	складов хозяйственных товаров
	C	городского транспорта
	D	сферы животноводства
059		ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОСТРОГО ШИГЕЛЛЁЗА ВАРЬИРУЕТ В ПРЕДЕЛАХ МЕСЯЦЕВ
	A	3 +
	B	6
	C	8
	D	12
060		НЕПРЕРЫВНОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ШИГЕЛЛЁЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
	A	продолжительностью более 3 месяцев +
	B	длительными ремиссиями
	C	высокой частотой встречаемости
	D	частым развитием генерализованных форм
061		К ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПРИ КОЛИТИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ШИГЕЛЛЕЗА ОТНОСЯТ
	A	скудный стул с патологическими примесями +
	B	обильный частый стул без примесей
	C	стул по типу «малинового желе»
	D	стул про типу «рисового отвара»
062		К ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ КОЛИТИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ШИГЕЛЛЕЗА

		ФЛЕКСНЕРА ОТНОСЯТ
	A	токсический мегаколон +
	B	токсико-аллергическую сыпь
	C	острую токсическую жировую дистрофию печени
	D	септический эндокардит
063		К ПОСЛЕДСТВИЯМ ПЕРЕНЕСЁННОГО ШИГЕЛЛЁЗА ФЛЕКСНЕРА ОТНОСИТСЯ
	A	дисбиоз +
	B	новообразования толстого кишечника
	C	анемия
	D	гиперкалиемия
064		ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ШИГЕЛЛЁЗОВ ИМЕЕТ
	A	бактериологический метод +
	B	постановка биологической пробы
	C	проведение кожно-аллергического теста
	D	полимеразная цепная реакция
065		К МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ШИГЕЛЛЁЗОВ ОТНОСЯТ ПОСЕВ
	A	испражнений +
	B	крови
	C	желчи
	D	мочи
066		ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ШИГЕЛЛЁЗОВ У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	ципрофлоксацин +
	B	бисептол
	C	левомицетин
	D	тетрациклин
067		К НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕРАМ ПРОФИЛАКТИКИ ШИГЕЛЛЁЗОВ ОТНОСЯТ
	A	соблюдение гигиенических правил +
	B	вакцинацию
	C	химиопрофилактику
	D	карантин
068		ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	человек +
	B	сельскохозяйственные животные
	C	грызуны
	D	птицы
069		МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	фекально-оральный +
	B	трансмиссивный
	C	аэрогенный
	D	контактный

070		МАКСИМАЛЬНО ЗАРАЗНЫМ БОЛЬНОЙ БРЮШНЫМ ТИФОМ ЯВЛЯЕТСЯ В
	A	разгар болезни +
	B	инкубационный период
	C	период реконвалесценции
	D	начальный период
080		СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В
	A	лимфатических образованиях тонкой кишки +
	B	слизистой оболочке желудка
	C	эпителии слизистой кишечника
	D	гепатоцитах
081		СЫПЬ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ +
	A	розеолёзная единичная
	B	полиморфная обильная
	C	пятнисто-папулёзная сливная
	D	розеолёзно-петехиальная обильная
082		СЫПЬ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА
	A	передней брюшной стенке +
	B	верхних и нижних конечностях
	C	волосистой части головы
	D	на коже вокруг суставов
083		СЫПЬ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ НА
	A	8-10 день болезни +
	B	1-2 день болезни
	C	5-6 день болезни
	D	3-й неделе болезни
084		ДЛЯ НАЧАЛЬНОГО ПЕРИОДА БРЮШНОГО ТИФА ХАРАКТЕРНО
	A	постепенное повышение температуры тела, симптомы интоксикации +
	B	интенсивные боли в животе
	C	кашицеобразный стул без патологических примесей
	D	тошнота, рвота
085		ОСОБЕННОСТЬЮ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	относительная брадикардия +
	B	тахикардия
	C	аритмия
	D	ритм «галопа»
086		ПРИ ОСМОТРЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ БОЛЬНОГО БРЮШНЫМ ТИФОМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
	A	гепатоспленомегалия +
	B	положительный симптом Ортнера
	C	болезненная и спазмированная сигмовидная кишка
	D	болезненная пальпация живота в области эпигастрия

087		КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
	A	выраженной бледностью +
	B	симптомом «капюшона»
	C	желтушностью
	D	повышенной влажностью
088		ПРИЗНАКОМ РАЗВИТИЯ КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	тахикардия на фоне снижения температуры тела +
	B	тахикардия на фоне повышения температуры тела
	C	относительная брадикардия
	D	аритмия
089		ПРИЗНАКОМ РАЗВИТИЯ ПЕРФОРАЦИИ КИШЕЧНИКА ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	появление локальных симптомов раздражения брюшины +
	B	«кинжальные» боли в животе
	C	рвота «кофейной гущей»
	D	тенезмы, ложные позывы
090		ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ НЕОСЛОЖНЕННЫМ БРЮШНЫМ ТИФОМ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ
	A	антибактериальных средств +
	B	гемостатиков
	C	глюкокортикостероидов
	D	специфической детоксикации
091		ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРЮШНЫМ ТИФОМ НАЗНАЧАЮТ
	A	фторхинолоны +
	B	полусинтетические пенициллины
	C	макролиды
	D	нитрофураны
092		ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ДО
	A	10-го дня нормальной температуры +
	B	3-го дня нормальной температуры
	C	клинического выздоровления
	D	исчезновения сыпи
093		КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ИЕРСИНИОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗВИТИЕМ _____ СИНДРОМА
	A	диспепсического +
	B	катарального
	C	энтеритического
	D	колитического
094		ЭКЗАНТЕМАТОЗНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ИЕРСИНИОЗАХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ
	A	на 2-4-й день болезни обильной мелкоточечной скарлатиноподобной сыпи со сгущением в местах естественных складок, с концентрацией вокруг суставов +
	B	на 8-11-й день от начала болезни скудной розеолезной сыпи на передней и

		боковой поверхностях грудной клетки и живота с феноменом подсыпания
	C	на 2-4 день болезни обильной, зудящей везикулёзной сыпи с ложным полиморфизмом, имеющей нисходящий характер распространения
	D	на 5-й день болезни обильной, не зудящей розеолезно-петехиальной сыпи на лице, туловище, конечностях
095		ДЛЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИЕРСИНИОЗА ИСПОЛЬЗУЮТ
	A	реакцию ко-агглютинации на стекле +
	B	микроскопию толстой капли крови
	C	реакцию микроагглютинации
	D	аллергическую внутрикожную пробу Бюрне
096		ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЕ ИЕРСИНИОЗА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ
	A	комбинированной антибактериальной терапии +
	B	гормональной терапии
	C	высоких доз пенициллина
	D	иммуностимулирующей терапии
097		КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ИЕРСИНИОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
	A	диспептическими явлениями +
	B	быстрым развитием обезвоживания
	C	необратимым поражением опорно-двигательного аппарата
	D	частым развитием пневмоний
098		ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ИЕРСИНИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
	A	отёчность стоп и кистей +
	B	миокардит
	C	обильная геморрагическая сыпь
	D	сакроилеит
099		ДЛИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ И ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМАХ ИЕРСИНИОЗА ПРОВОДИТСЯ ДО ____ ДНЯ НОРМАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ
	A	10 +
	B	2
	C	14
	D	5
100		ОСНОВНОЙ ФОРМОЙ БОТУЛИЗМА ПО МЕХАНИЗМУ ЗАРАЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	пищевой ботулизм +
	B	раневой ботулизм
	C	ботулизм новорожденных
	D	кишечный ботулизм взрослых
101		ЗАБОЛЕВАНИЕ БОТУЛИЗМОМ СВЯЗАНО С УПОТРЕБЛЕНИЕМ В ПИЩУ
	A	консервированных и ферментированных продуктов +
	B	яиц и яичных продуктов
	C	кондитерских изделий с кремом

	D	салатов из свежей капусты и моркови
102		ЗАБОЛЕВАНИЕ БОТУЛИЗМОМ СВЯЗАНО С УПОТРЕБЛЕНИЕМ В ПИЩУ
	A	соленой и вяленой рыбы, икры +
	B	отварных грибов
	C	молочных продуктов
	D	свежих овощей и фруктов
103		ГРУППОЙ ВЫСОКОГО РИСКА ПРИ РАНЕВОМ БОТУЛИЗМЕ ЯВЛЯЮТСЯ
	A	сельскохозяйственные работники +
	B	медицинские работники
	C	новорожденные
	D	люди пожилого и старческого возраста
104		К ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА ПРИ РАНЕВОМ БОТУЛИЗМЕ ОТНОСЯТСЯ
	A	потребители инъекционных наркотических веществ +
	B	беременные в последнем триместре беременности
	C	лица с нетрадиционной сексуальной ориентацией
	D	лица с беспорядочными половыми связями
105		ОСТРАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ БОТУЛИЗМЕ ОБУСЛОВЛЕНА
	A	парезами и параличами межреберных мышц и диафрагмы +
	B	отеком и набуханием головного мозга
	C	отеком слизистой оболочки дыхательных путей
	D	развитием бронхоспазма
106		ВАРИАНТОМ НАЧАЛЬНОГО ПЕРИОДА БОТУЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ
	A	гастроэнтеритический +
	B	гастритический
	C	энтероколитический
	D	гастроэнтероколитический
107		ВАРИАНТОМ НАЧАЛЬНОГО ПЕРИОДА БОТУЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ
	A	офтальмоплегический +
	B	колитический
	C	гриппоподобный
	D	артралгический
108		К ТИПИЧНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ БОТУЛИЗМЕ ОТНОСЯТ
	A	двусторонний птоз +
	B	макулодистрофию сетчатки
	C	кровоизлияние в переходную складку конъюнктив
	D	слезотечение, инъекцию сосудов склер
109		БУЛЬБАРНЫЙ СИНДРОМ ПРИ БОТУЛИЗМЕ ВКЛЮЧАЕТ
	A	нарушение глотания +
	B	парез аккомодации
	C	сухость слизистых оболочек
	D	расходящийся страбизм

110		К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ БУЛЬБАРНОГО СИНДРОМА ПРИ БОТУЛИЗМЕ ОТНОСЯТ
	A	носовой оттенок голоса, поперхивание при глотании +
	B	мидриаз, анизокорию
	C	снижение или отсутствие реакции зрачков на свет
	D	нарушение аккомодации и конвергенции
111		К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ НАРУШЕНИЯ ФОНАЦИИ ПРИ БОТУЛИЗМЕ ОТНОСЯТ
	A	гнусавость, осиплость голоса +
	B	дисфагию
	C	поперхивание при глотании
	D	выливание жидкости через нос
112		КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ ЗАПОДОЗРИТЬ ДИАГНОЗ «БОТУЛИЗМ», ВКЛЮЧАЮТ
	A	симметричные парезы и параличи +
	B	поражение чувствительных нервных волокон
	C	высокую лихорадку в начальном периоде
	D	нарушение сознания
113		К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ЗАПОДОЗРИТЬ ДИАГНОЗ «БОТУЛИЗМ», ОТНОСЯТ
	A	нисходящие парезы и параличи без нарушений чувствительности +
	B	нисходящие парезы и параличи с нарушением чувствительности
	C	восходящие парезы и параличи без нарушений чувствительности
	D	восходящие парезы и параличей с нарушением чувствительности
114		КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ ЗАПОДОЗРИТЬ ДИАГНОЗ «БОТУЛИЗМ», ВКЛЮЧАЮТ
	A	сочетание гастроэнтерита с глазными симптомами +
	B	острое начало болезни с высокой лихорадки
	C	выраженную дегидратацию без высокой лихорадки
	D	симптомы мышечного тонического напряжения
115		К ЯТРОГЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ БОТУЛИЗМА ОТНОСИТСЯ
	A	анафилактический шок +
	B	инфекционно-токсический шок
	C	гиповолемический шок
	D	стоматит
116		К ЯТРОГЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ БОТУЛИЗМА ОТНОСЯТ
	A	сывороточную болезнь +
	B	инфекции мочевыводящих путей
	C	гнойный паротит
	D	ателектазы
117		ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОТУЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ
	A	биологическая проба на мышцах с реакцией нейтрализации +
	B	бактериологическое исследование испражнений

	C	бактериоскопическое исследование рвотных масс и испражнений
	D	ИФА для обнаружения ботулотоксина в биологическом материале
118		В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОГО СРЕДСТВА СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ БОТУЛИЗМЕ ПРИМЕНЯЮТ
	A	противоботулиническую лошадиную сыворотку +
	B	противоботулиническую свежзамороженную донорскую плазму
	C	противоботулинический человеческий иммуноглобулин
	D	энтеросорбенты
119		К МЕРАМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ БОТУЛИЗМА ОТНОСИТСЯ
	A	соблюдение режима консервирования продуктов +
	B	введение противоботулинической лошадиной сыворотки
	C	введение противоботулинического человеческого иммуноглобулина
	D	активная иммунизация полианатоксином
120		ПРАВИЛА ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ БОТУЛИЗМА ВКЛЮЧАЮТ
	A	восстановление глотания, фонации и артикуляции +
	B	полное исчезновение глазодвигательных нарушений
	C	отрицательные результаты серологического исследования крови
	D	отрицательные результаты бактериологического исследования крови
121		ПРАВИЛА ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ БОТУЛИЗМА ВКЛЮЧАЮТ
	A	отсутствие парезов и параличей дыхательной мускулатуры +
	B	полное исчезновение глазодвигательных нарушений
	C	отрицательные результаты бактериологического исследования ликвора
	D	отрицательные результаты серологического исследования крови
122		ДЛЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ
	A	латентной фазы +
	B	резидуальной фазы
	C	молниеносного течения
	D	абортного течения
123		ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
	A	высоким уровнем виремии +
	B	снижением числа CD4+ лимфоцитов
	C	обострением оппортунистических инфекций
	D	развитием онкологических заболеваний
124		ОСТРАЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
	A	острым ретровирусным синдромом +
	B	туберкулёзом лёгких
	C	саркомой Капоши
	D	атипичным микобактериозом
125		ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТРОГО РЕТРОВИРУСНОГО (МОНОНУКЛЕОЗОПОДОБНЫЙ) СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

	A	лихорадка +
	B	кахексия
	C	артрит
	D	орхит
126		ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТРОГО РЕТРОВИРУСНОГО (МОНОНУКЛЕОЗОПОДОБНЫЙ) СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ
	A	эритематозная макулопапулёзная сыпь +
	B	язвенно-некротический увеит
	C	гнойный проктосинмоидит
	D	иридоциклит
127		ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТРОГО РЕТРОВИРУСНОГО (МОНОНУКЛЕОЗОПОДОБНЫЙ) СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ
	A	полилимфаденопатия +
	B	снижение массы тела
	C	острая задержка мочи
	D	стойкая ночная потливость
128		ДЛЯ ЛАТЕНТНОЙ СТАДИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНЫ
	A	увеличение лимфоузлов 2-х и более групп +
	B	снижение массы тела
	C	кишечные расстройства
	D	длительная лихорадка
129		ДЛЯ ЛАТЕНТНОЙ СТАДИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНЫ
	A	полилимфаденопатия +
	B	острый ретровирусный синдром
	C	гипосмия
	D	кахексия
130		АКТИВИЗАЦИЯ ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОБУСЛОВЛЕНА
	A	приобретённым иммунодефицитом +
	B	отсутствием вакцинации
	C	врождённым иммунодефицитом
	D	социальным статусом заболевших
131		ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ
	A	лёгкие +
	B	суставы
	C	печень
	D	селезёнка
132		НА СТАДИИ ВТОРИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 4А ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТА РАЗВИВАЮТСЯ
	A	поверхностные вирусные поражения кожи и слизистых +
	B	лимфопролиферативные заболевания
	C	туберкулезный менингит
	D	аутоиммунные заболевания

133		НА СТАДИИ ВТОРИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 4А ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТА РАЗВИВАЮТСЯ
	A	поверхностные грибковые поражения кожи и слизистых +
	B	пневмоцистная пневмония
	C	атипичный микобактериоз
	D	криптококковый менингит
134		НА СТАДИИ ВТОРИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 4Б ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТА РАЗВИВАЮТСЯ
	A	стойкие, рецидивирующие вирусные поражения кожи и слизистых +
	B	прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия
	C	манифестная цитомегаловирусная инфекция
	D	токсоплазмоз головного мозга
135		У ПАЦИЕНТА НА СТАДИИ ВТОРИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 4Б ВИЧ-ИНФЕКЦИИ РАЗВИВАЕТСЯ
	A	волосатая лейкоплакия языка +
	B	внелегочной туберкулез
	C	первичная лимфома головного мозга
	D	диссеминированная саркома Капоши
136		У ПАЦИЕНТА НА 4В СТАДИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ РАЗВИВАЕТСЯ
	A	пневмоцистная пневмония +
	B	орофарингеальный кандидоз
	C	туберкулёз легких
	D	локализованная саркома Капоши
137		НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ НОВООБРАЗОВАНИЕМ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	саркома Капоши +
	B	меланوما
	C	глиобластома
	D	рак пищевода
138		У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЦНС ЯВЛЯЕТСЯ
	A	токсоплазмоз головного мозга +
	B	микроспоридиозный энцефалит
	C	кокцидиоидомикозный менингит
	D	клещевой энцефалит
139		НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖЕНИЕ ЦНС ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ
	A	цитомегаловирусного энцефалита +
	B	менингококкового менингита
	C	пневмококкового менингита
	D	субарахноидального кровоизлияния
140		НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	микобактерия туберкулеза +

	В	криптококк
	С	токсоплазма
	Д	вирус Эпштейн-Барр
141		КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ЗАПОДОЗРИТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ ЯВЛЯЕТСЯ
	А	диарея неясного генеза более 2-х месяцев +
	В	регионарный лимфаденит
	С	лихорадка в течение 2-х недель
	Д	снижение массы тела до 5%
142		СИМПТОМОМ СПИД-АССОЦИИРОВАННОГО КОМПЛЕКСА ЯВЛЯЕТСЯ
	А	длительная (свыше одного месяца) лихорадка +
	В	саркома Капоши у лиц старше 60 лет
	С	сердечно-сосудистая недостаточность
	Д	хронический вирусный гепатит
143		ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ НА ИНФЕКЦИЮ ВИЧ ОПРЕДЕЛЯЮТ
	А	антитела к ВИЧ в сыворотке крови методом ИФА +
	В	уровень иммуноглобулинов
	С	уровень CD4+ лимфоцитов в крови
	Д	уровень CD8+ лимфоцитов в крови
144		АНТИТЕЛА К ВИЧ ПОЯВЛЯЮТСЯ НА СТАДИИ
	А	первичных проявлений +
	В	латентной
	С	вторичных заболеваний
	Д	инкубации
145		ДИАГНОЗ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПОДТВЕРЖДАЮТ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ
	А	антител к гликопротеинам ВИЧ в сыворотке крови +
	В	снижения количества CD4+ лимфоцитов
	С	гипергаммаглобулинемии
	Д	антител к ВИЧ в сыворотке крови методом ИФА
146		ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ИНФЕКЦИИ ВИЧ СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ
	А	получения положительного иммуноблота +
	В	клинических признаков
	С	абсолютного снижения CD4+ лимфоцитов
	Д	снижения CD8+ лимфоцитов
147		РЕЗУЛЬТАТ ИММУНОБЛОТА РАСЦЕНИВАЮТ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ
	А	антитела к двум из трех гликопротеинов - gp 120, gp 41, gp 160 +
	В	антител только к р 24
	С	антител только к р 61/51
	Д	антитела к одному из трех гликопротеинов - gp 120, gp 41, gp 160
148		РЕЗУЛЬТАТ ИММУНОБЛОТА РАСЦЕНИВАЮТ СОМНИТЕЛЬНЫМ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ

	A	антител к одному из трех гликопротеинов - gp 120, gp 41, gp 160 +
	B	антител только к p 24
	C	антител к двум из трех гликопротеинов - gp 120, gp 41, gp 160
	D	антител к трем гликопротеинам - gp 120, gp 41, gp 160
149		ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИИ ВИЧ НАЗНАЧАЮТ
	A	антиретровирусную терапию +
	B	гормонотерапию
	C	физиотерапию
	D	иммуномодулирующую терапию
150		ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИИ ВИЧ НАЗНАЧАЮТ
	A	ингибиторы обратной транскриптазы +
	B	ингибиторы нейраминидазы
	C	пегилированные интерфероны
	D	блокаторы M2-каналов
151		СТАДИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ НА ОСНОВАНИИ
	A	наличия оппортунистических и онкологических заболеваний +
	B	уровня вирусной нагрузки РНК ВИЧ
	C	длительности заболевания
	D	количества CD8+ лимфоцитов
152		ПАЦИЕНТА НЕОБХОДИМО ОБСЛЕДОВАТЬ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ ПРИ
	A	впервые выявленной микобактериальной инфекции +
	B	диарее неясного генеза в течение недели
	C	развитии герпеса <i>labialis</i>
	D	бактериальной пневмонии
153		НАИБОЛЬШУЮ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКУЮ ОПАСНОСТЬ БОЛЬНОЙ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А ПРЕДСТАВЛЯЕТ
	A	в преджелтушном периоде +
	B	в периоде реконвалесценции
	C	через 12 месяцев от начала заболевания
	D	пожизненно
154		МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ
	A	фекально-оральный +
	B	трансмиссивный
	C	аэрогенный
	D	вертикальный
155		НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ВАРИАНТОМ ТЕЧЕНИЯ ПРЕДЖЕЛТУШНОГО ПЕРИОДА ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ А ЯВЛЯЕТСЯ
	A	гриппоподобный +
	B	геморрагический
	C	мононуклеозоподобный
	D	токсико-аллергический
156		ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАЗГАРА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ
	A	острая печёночная энцефалопатия +

	B	острая почечная недостаточность
	C	инфекционно-токсический шок
	D	гиповолемический шок
157		ВОЗМОЖНЫМ ИСХОДОМ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ
	A	дискенезия желчевыводящих путей +
	B	хронический гепатит
	C	цирроз печени
	D	печёночно-клеточная карцинома
158		ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	Anti-HAV IgM +
	B	Anti-HAV IgG
	C	RNA-HAV
	D	HAV Ag
159		МАРКЁРОМ ВЫСОКОЙ КОНТАГИОЗНОСТИ БОЛЬНОГО ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В ЯВЛЯЕТСЯ
	A	HBeAg +
	B	Anti-HBe
	C	Anti-HBcorIg M
	D	HBsAg
160		МАРКЁРОМ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА HBV-ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	Anti-HBs +
	B	Anti-HBcorIg M
	C	Anti-HBcorIg G
	D	Anti-HBe
161		ДОСТОВЕРНО ПОДТВЕРЖДАЕТ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С ОБНАРУЖЕНИЕ
	A	RNA-HCV +
	B	DNA-HCV
	C	DNA-HBV
	D	Anti-HBcorIg M
162		КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ СВЯЗАНЫ С РАЗВИТИЕМ
	A	синдрома цитолиза +
	B	серозно-геморрагического воспаления
	C	гранулематозного воспаления
	D	эндотромбоваскулита
163		ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ
	A	увеличение уровня трансаминаз +
	B	увеличение уровня общего билирубина
	C	увеличение уровня ЩФ и ГГТ
	D	снижение уровня альбуминов
164		ОСОБЕННОСТЬЮ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРОЙ ДЕЛЬТА(СУПЕР)-

		ИНФЕКЦИИ ВИРУСОНОСИТЕЛЯ ГЕПАТИТА В ЯВЛЯЕТСЯ
	A	фульминантное течение +
	B	латентное течение
	C	инаппарантная форма
	D	безжелтушная форма
165		САМЫМ ЧАСТЫМ ИСХОДОМ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ВУ ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	выздоровление +
	B	развитие аутоиммунных заболеваний
	C	летальный исход
	D	развитие сепсиса
166		ФУЛЬМИНАНТНОЕ ТЕЧЕНИЕ И ВЫСОКУЮ ЧАСТОТУ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ РЕГИСТРИРУЮТ ПРИ
	A	острой дельта (супер)-инфекции вирусоносителя гепатита В +
	B	остром вирусном гепатите Е
	C	остром вирусном гепатите В
	D	остром вирусном гепатите С
167		ОСТРЫЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ Д РАЗВИВАЕТСЯ У ЛИЦ, ИНФИЦИРОВАННЫХ
	A	HBV +
	B	НСV
	C	цитомегаловирусом
	D	вирусом Эпштейна-Барр
168		ПРОФИЛАКТИКОЙ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ЯВЛЯЕТСЯ
	A	вакцинация +
	B	химиопрофилактика
	C	пассивная иммунизация сывороточным иммуноглобулином
	D	дезинфекция в очаге
169		ОСНОВНЫМ ПУТЁМ ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ МАЛЯРИИ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	трансмиссивный +
	B	аэрозольный
	C	водный
	D	контактно-бытовой
170		ПЕРЕНОСЧИКАМИ МАЛЯРИИ ЯВЛЯЮТСЯ
	A	комары +
	B	блохи
	C	слепни
	D	клещи
171		НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО ДОЧЕРНИХ МЕРОЗОИТОВ В ОДНОМ ЭРИТРОЦИТЕ ОБРАЗУЕТСЯ ПРИ МАЛЯРИИ, ВЫЗВАННОЙ
	A	Plasmodium falciparum +
	B	Plasmodium vivax
	C	Plasmodium ovale
	D	Plasmodium malariae

172		РАЗВИТИЕ ОТДАЛЁННЫХ ЭКЗОЭРИТРОЦИТАРНЫХ РЕЦИДИВОВ ВОЗМОЖНО ПРИ МАЛЯРИИ, ВЫЗВАННОЙ
	A	Plasmodium vivax +
	B	Plasmodium malariae
	C	Plasmodium falciparum
	D	всеми видами малярийных плазмодиев
173		СКОПЛЕНИЕ В СОСУДАХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ЭРИТРОЦИТОВ, ИНВАЗИРОВАННЫХ МАЛЯРИЙНЫМИ ПЛАЗМОДИЯМИ, РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ МАЛЯРИИ, ВЫЗВАННОЙ
	A	Plasmodium falciparum +
	B	Plasmodium vivax
	C	Plasmodium ovale
	D	Plasmodium malariae
174		НАИБОЛЕЕ ТЯЖЁЛОЕ ТЕЧЕНИЕ МАЛЯРИИ ОБУСЛОВЛЕНО ПОРАЖЕНИЕМ
	A	Plasmodium falciparum +
	B	Plasmodium vivax
	C	Plasmodium ovale
	D	Plasmodium malariae
175		БРАДИСПОРОЗОИТЫ (ГИПНОЗОИТЫ) ФОРМИРУЮТСЯ ПРИ МАЛЯРИИ, ВЫЗВАННОЙ
	A	Plasmodium vivax +
	B	Plasmodium malariae
	C	Plasmodium falciparum
	D	всеми видами малярийных плазмодиев
176		В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ МАЛЯРИИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДЕЛЕН ПЕРИОД
	A	инициальной лихорадки +
	B	полилимфаденопатии
	C	вторично-очаговых проявлений
	D	резидуальных изменений
177		ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЛЮБОЙ ФОРМЫ МАЛЯРИИ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	малярийный пароксизм +
	B	удовлетворительное самочувствие больного при высокой лихорадке
	C	относительная брадикардия
	D	менингизм
178		МАЛЯРИЙНЫЙ ПАРОКСИЗМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
	A	последовательным развитием озноба, жара, пота +
	B	последовательным развитием озноба, жара, тёмной мочи
	C	одновременным появлением озноба, боли в животе, рвоты
	D	одновременным появлением озноба, головной боли, рвоты
179		ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЛЮБОЙ ФОРМЫ МАЛЯРИИ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	гепатолиенальный синдром +

	В	полилимфаденопатия
	С	наличие первичного аффекта
	Д	геморрагическая сыпь
180		АНЕМИЯ ПРИ МАЛЯРИИ ЯВЛЯЕТСЯ
	А	гемолитической +
	В	гипопластической
	С	фолиево-дефицитной
	Д	постгеморрагической
181		ЭРИТРОЦИТАРНАЯ ШИЗОГОНИЯ ДЛИТСЯ 72 ЧАСА ПРИ МАЛЯРИИ, ВЫЗВАННОЙ
	А	Plasmodium malariae +
	В	Plasmodium falciparum
	С	Plasmodium vivax
	Д	Plasmodium ovale
182		ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОДНОГО ЛИХОРАДОЧНОГО ПАРОКСИЗМА ДО 3-Х СУТОК И БОЛЕЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ МАЛЯРИИ, ВЫЗВАННОЙ
	А	Plasmodium falciparum +
	В	Plasmodium vivax
	С	Plasmodium ovale
	Д	Plasmodium malariae
183		СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ МАЛЯРИИ, ВЫЗВАННОЙ PLASMODIUM FALCIPARUM, ЯВЛЯЕТСЯ
	А	церебральная форма +
	В	гидроцефалия
	С	сепсис
	Д	гнойный лимфаденит
184		СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ МАЛЯРИИ, ВЫЗВАННОЙ PLASMODIUM FALCIPARUM, ЯВЛЯЕТСЯ
	А	гемоглобинурийная лихорадка +
	В	интерстициальная пневмония
	С	полисерозит
	Д	окуло-уретро-синовиальный синдром
185		СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ МАЛЯРИИ, ВЫЗВАННОЙ PLASMODIUM FALCIPARUM, ЯВЛЯЕТСЯ
	А	острая почечная недостаточность +
	В	перитонит
	С	гиповолемический шок
	Д	нефротический синдром
186		ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЛЮБОЙ ФОРМЫ МАЛЯРИИ ЯВЛЯЕТСЯ
	А	анемия +
	В	желтуха
	С	анасарка
	Д	менингизм

187		ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ III СТАДИИ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ФОРМЕ МАЛЯРИИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ
	A	отсутствием сознания +
	B	эйфорией, психомотрным возбуждением
	C	кашлем с обильной жидкой кровавой мокротой
	D	появлением «звёздчатой» геморрагической сыпи
188		ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ МАЛЯРИИ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	микроскопический +
	B	бактериологический
	C	аллергологический
	D	рентгенологический
189		ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ МАЛЯРИИ В КРОВИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ
	A	паразитемии +
	B	непрямого билирубина
	C	гемоглобина
	D	глюкозы
190		ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МАЛЯРИИ, ВЫЗВАННОЙ PLASMODIUM VIVAX, ЯВЛЯЕТСЯ
	A	хлорохин +
	B	доксикалин
	C	метронидазол
	D	ципрофлоксацин
191		ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МАЛЯРИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ МЕТОД
	A	микроскопический +
	B	серологический
	C	биологический
	D	молекулярно-генетический
192		ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МАЛЯРИИ, ВЫЗВАННОЙ PLASMODIUM FALCIPARUM, ЯВЛЯЕТСЯ
	A	мефлохин +
	B	хлорохин
	C	примахин
	D	тетрациклин
193		РЕЗЕРВУАРОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ
	A	люди +
	B	животные
	C	растения
	D	насекомые
194		В РАСПРОСТРАНЕНИИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ
	A	прямой контакт между людьми +

	В	половой путь передачи
	С	уход за животными
	D	укусы насекомых
195		ТЯЖЁЛОЕ ТЕЧЕНИЕ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТ ПРИ
	А	менингококкемии +
	В	менингококковой пневмонии
	С	менингококковых артритов
	D	менингококковом менингите
196		НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВАРИАНТОМ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
	А	назофарингит +
	В	пневмония
	С	менингит
	D	менингоэнцефалит
197		ДЛЯ МЕНИНГОКОККЕМИИ ТИПИЧНЫМ СЧИТАЕТСЯ
	А	риск развития тяжёлых форм +
	В	преимущественно лёгкое течение
	С	низкая вероятность формирования осложнений
	D	отсутствие формирования носительства
198		ОСОБЕННОСТЬЮ ФУЛЬМИНАНТНОЙ МЕНИНГОКОККЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ТЕЧЕНИЕ
	А	тяжёлое +
	В	среднетяжёлое
	С	абортное
	D	лёгкое
199		ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ
	А	экзантемы +
	В	обезвоживания
	С	полиурии
	D	гепатита
200		НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ ЭКЗАНТЕМЫ
	А	геморрагической +
	В	папулёзной
	С	эритематозной
	D	пятнистой
201		В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ЭКЗАНТЕМА ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК
	А	петехиальная +
	В	папулёзная
	С	розеолёзная
	D	звёздчатая

202		ПЕТЕХИАЛЬНАЯ СЫПЬ ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗМЕРОМ _____ В ДИАМЕТРЕ
	A	2-4 мм +
	B	5-8 мм
	C	9-12 мм
	D	13-15 мм
203		ТИПИЧНОЙ ДЛЯ МЕНИНГОКОККЕМИИ СЧИТАЕТСЯ _____ ИНТОКСИКАЦИИ
	A	появление выраженной +
	B	формирование незначительной
	C	развитие хорошо переносимой
	D	отсутствие какой-либо
204		К ПЕРВИЧНО-ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЕ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСИТСЯ
	A	назофарингит +
	B	ларингит
	C	трахеит
	D	бронхит
205		ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СТЕПЕНЬЮ ВЫРАЖЕННОСТИ
	A	интоксикации +
	B	обезвоживания
	C	желтухи
	D	гепатоспленомегалии
206		ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ МЕНИНГОКОККЕМИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
	A	полиорганными нарушениями +
	B	признаками обезвоживания
	C	величиной гепатомегалии
	D	степенью спленомегалии
207		К ТИПИЧНЫМ ПРИЗНАКАМ МЕНИНГОКОККЕМИИ ОТНОСЯТ РАЗВИТИЕ _____ ЭКЗАНТЕМЫ
	A	геморрагической +
	B	везикулярной
	C	кольцевидной
	D	розеолёзной
208		К ПОСЛЕДСТВИЯМ ПЕРЕНЕСЁННОЙ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТ
	A	нейросенсорную тугоухость +
	B	гиперурикемию
	C	дисбиоз
	D	тиреоидит
209		МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ ПЕРЕДАЕТСЯ _____ ПУТЕМ
	A	аэрозольным +
	B	водным
	C	трансмиссивным

	D	пищевым
210		ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ
	A	бактерионосители +
	B	больные назофарингитом
	C	больные менингитом
	D	больные менингококкемией
211		ЭКЗАНТЕМА ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК
	A	геморрагическая «звёздчатая» сыпь с тенденцией к слиянию отдельных элементов +
	B	обильная мелкоточечная сыпь на гиперемизованном фоне кожи со сгущением в естественных складках
	C	папулёзно-везикулёзная сыпь на кожных покровах и слизистых
	D	обильная крупнопятнистая сыпь, склонная к слиянию в области лица
212		ЭКЗАНТЕМА ПРИ МЕНИНГОКОККЕМИИ ПОЯВЛЯЕТСЯ В _____ СУТКИ ОТ НАЧАЛА БОЛЕЗНИ
	A	первые +
	B	пятые
	C	восьмые
	D	десятые
213		К ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ ОТНОСЯТ
	A	симптом Кернига +
	B	симптом Падалки
	C	симптом Говорова-Годелё
	D	симптом Адесмана
214		К ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ ОТНОСЯТ
	A	ригидность затылочных мышц +
	B	писчий спазм
	C	спастическую кривошею
	D	бронхиальный спазм
215		ПРИЗНАКАМИ РАЗВИТИЯ ОТЕКА-НАБУХАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ
	A	нарушение сознания, судороги +
	B	односторонний птоз, мидриаз
	C	резкая слабость, снижение тургора тканей
	D	диплопия, страбизм
216		ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА ИМЕЕТ
	A	люмбальная пункция +
	B	рентгенография черепа
	C	электромиография
	D	электроэнцефалография
217		К МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

		ОТНОСЯТ
	A	бактериологическое исследование ликвора +
	B	проведение кожно-аллергического теста
	C	постановку биологической пробы
	D	реакцию нейтрализации токсина
218		ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ ЛИКВОРА ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ СООТВЕТСТВУЮТ
	A	нейтрофильный плеоцитоз, повышенное давление ликвора +
	B	лимфоцитарный плеоцитоз, повышенное давление ликвора
	C	нормальное количество клеток, повышенное давление ликвора
	D	эритроциты в ликворе, повышенное давление ликвора
219		НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ В ЛИКВОРЕ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ СООТВЕТСТВУЕТ ХАРАКТЕР ЦИТОЗА
	A	нейтрофильный +
	B	лимфоцитарный
	C	эритроцитарный
	D	эозинофильный
220		ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	пенициллин +
	B	бисептол
	C	ванкомицин
	D	тетрациклин
221		ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ ГРУППЫ
	A	цефалоспоринов +
	B	сульфаниламидов
	C	тетрациклинов
	D	гликопептидов
222		ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НАЗНАЧАЮТ
	A	меропенем +
	B	рифаксимин
	C	норсульфазол
	D	хлорохин
223		ПО КРАТНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ РОЖА КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ НА
	A	первичную +
	B	возвратную
	C	вторичную
	D	третичную
224		ПО ХАРАКТЕРУ МЕСТНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ РОЖА КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ НА
	A	эритематозно-буллёзную +
	B	эритематозно-флегмонозную
	C	буллёзно-некротическую

	D	гангренозно-буллёзную
225		ПО ХАРАКТЕРУ МЕСТНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ РОЖА КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ НА
	A	эритематозную +
	B	флегмонозную
	C	некротическую
	D	гангренозную
226		ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МЕСТНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ РОЖА КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ НА
	A	локализованную +
	B	очаговую
	C	генерализованную
	D	местную
227		ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ РОЖИСТОГО ОЧАГА ЯВЛЯЕТСЯ
	A	эритема +
	B	пустула
	C	булла
	D	эрозия
228		ОЧАГ ПРИ РОЖЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
	A	буллами с серозным содержимым +
	B	флюктуацией в центре очага
	C	уплотнениями по ходу поверхностных вен
	D	эритемой с размытыми границами
229		ОСТРЫЙ ПЕРИОД РОЖИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ НА КОЖЕ
	A	эритемы с четкими неровными границами +
	B	гиперемии с размытыми краями
	C	эритематозных пятен на инфильтрированном основании
	D	множественных пятнисто-папулезных элементов
230		ОСТРЫЙ ПЕРИОД РОЖИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
	A	интоксикацией, предшествующей формированию местного очага +
	B	дергающими болями в области очага в покое
	C	местным очагом, предшествующим развитию интоксикации
	D	эритемой с размытыми границами
231		ПРИ ЛЕЧЕНИИ РОЖИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ
	A	цефалоспорины I-II поколения +
	B	тетрациклины
	C	аминогликозиды
	D	продолгированные пенициллины
232		ПРИ ЛЕЧЕНИИ РОЖИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ
	A	фторхинолоны +
	B	аминогликозиды
	C	продолгированные пенициллины
	D	тетрациклины

233		ЛИНКОМИЦИН ПРИ РОЖЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ВТОРЫМ КУРСОМ ПРИ
	A	частом рецидивировании +
	B	наличие осложнений
	C	тяжелом течение болезни
	D	роже верхней конечности
234		ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ НЕОСЛОЖНЕННОЙ РОЖИ ПРИМЕНЯЕТСЯ
	A	бензилпенициллина натриевая соль +
	B	линкомицин
	C	тетрациклин
	D	метронидазол
235		ПРИ ЛЕЧЕНИИ РОЖИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО НАЗНАЧЕНИЕ
	A	азитромицина +
	B	тетрациклина
	C	гентамицина
	D	метрагила
236		ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ РОЖИ ПРИМЕНЯЮТ
	A	продолгированные пенициллины +
	B	индометацин в межрецидивный период
	C	вакциноотерапию
	D	плазмаферез
237		ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ БИЦИЛЛИНА-5 ЯВЛЯЮТСЯ
	A	частые рецидивы болезни +
	B	развитие осложнений
	C	тяжелое течение рожи
	D	распространенная рожа
238		ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ РОЖИ ВКЛЮЧАЕТ
	A	лечение предрасполагающих заболеваний +
	B	профилактический прием аминогликозидов
	C	вакциноотерапию
	D	профилактический прием фторхинолонов
240		КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	локализованная +
	B	церебральная
	C	лихорадочная
	D	полирадикулоневритическая
241		КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	генерализованная +
	B	менингоэнцефалитическая
	C	желтушная
	D	токсическая
242		ВАРИАНТОМ ТЕЧЕНИЯ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ ИКСОДОВЫХ

		КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	кожная +
	B	суставная
	C	кардиальная
	D	неврологическая
243		МИГРИРУЮЩАЯ ЭРИТЕМА ПРИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗАХ
	A	не менее 5 см в диаметре, с бледно-цианотичным центром и яркими краями +
	B	резко болезненная с нечёткими границами
	C	со множественными зудящими папулами с перламутровым мелкочешуйчатым шелушением по периферии, безболезненная
	D	умеренно болезненная, горячая на ощупь, с чёткими границами, неровными контурами
244		МИГРИРУЮЩАЯ ЭРИТЕМА ПРИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗАХ
	A	гомогенная, округлой формы, медленно увеличивающаяся в размерах +
	B	не более 5 см в диаметре
	C	умеренно болезненная, горячая на ощупь, с чёткими границами, неровными контурами
	D	резко болезненная с нечёткими границами
245		МИГРИРУЮЩАЯ ЭРИТЕМА ПРИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗАХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
	A	появлением в месте укуса клеща +
	B	нечёткостью границ, на фоне резко выраженного отёка мягких тканей
	C	локализацией на видимых слизистых оболочках
	D	избирательной локализацией на нижних конечностях
246		ДЛЯ МИГРИРУЮЩЕЙ ЭРИТЕМЫ ПРИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗАХ ХАРАКТЕРНО
	A	появление эритемы в сроки 5-30 дней после укуса клеща +
	B	появление эритемы сразу после присасывания клеща
	C	сохранение на коже в течение 6 месяцев
	D	сохранение на коже в течение не более 5 дней
247		ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЕ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ
	A	нервная система +
	B	эндокринная система
	C	дыхательная система
	D	половая система
248		ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЕ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ
	A	сердечно-сосудистая система +
	B	лимфатическая система
	C	репродуктивная система
	D	иммунная система
249		ХАРАКТЕРНЫМ ВАРИАНТОМ ТЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ

	A	суставной +
	B	орофарингеальный
	C	кишечный
	D	холестатический
250		ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ
	A	опорно-двигательный аппарат +
	B	дыхательная система
	C	иммунная система
	D	мочевыделительная система
251		ТИПИЧНЫМ ВАРИАНТОМ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗАХ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	атриовентрикулярная блокада +
	B	стеноз устья аорты
	C	инфаркт миокарда
	D	развитие эндокардита
252		ВАРИАНТОМ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗАХ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	радикулонейропатия +
	B	гнойный менингит
	C	острое нарушение мозгового кровообращения
	D	спастическая кривошея
253		ВАРИАНТОМ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗАХ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	доброкачественная лимфоцитомы +
	B	пиодермия
	C	гемангиома
	D	витилиго
254		ВАРИАНТОМ ПОРАЖЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗАХ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	артриты +
	B	подагра
	C	миотония
	D	остеома
255		ВАРИАНТОМ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗАХ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	вторичная эритема +
	B	кератоз
	C	опоясывающий лишай
	D	синдром Лайелла
256		МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОГО ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ПРИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗАХ СЛУЖИТ
	A	иммуноферментный анализ +
	B	посев крови
	C	аллергологическая диагностика

	D	биологическая проба на белых мышах
257		ГЛАВНЫМ ПРИНЦИПОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КЛЕЩЕВЫМ ИКСОДОВЫМ БОРРЕЛИОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	антибактериальная терапия +
	B	регидратационная терапия
	C	десенсибилизирующая терапия
	D	дезинтоксикационная терапия
258		ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИКСОДОВЫМИ КЛЕЩЕВЫМИ БОРРЕЛИОЗАМИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	доксциклин +
	B	ципрофлоксацин
	C	делагил
	D	спрегаль
259		ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМОЙ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	цефтриаксон +
	B	пирантел
	C	хлорохин
	D	энтерофурил
260		ОСОБЕННОСТЬЮ ПРОВЕДЕНИЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕВЫХ БОРРЕЛИОЗОХ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	непрерывный курс не менее 2-х недель +
	B	непрерывный курс до 10 дня нормальной температуры
	C	прекращение курса под контролем титра серологических реакций
	D	бактериологический контроль
261		ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	мышь-полёвка +
	B	больной человек
	C	собака
	D	свинья
262		ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	аэрозольный +
	B	фекально-оральный
	C	контактный
	D	парентеральный
263		ОСНОВНЫМ ПУТЁМ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	воздушно-пылевой +
	B	воздушно-капельный
	C	алиментарный
	D	водный

264		ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ НАЧАЛЬНОГО ПЕРИОДА ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЮТСЯ
	A	лихорадка, головная боль +
	B	боли в ягодичных и икроножных мышцах
	C	энантема, экзантема
	D	боли в животе и поясничной области
265		ХАРАКТЕРНЫМ СИНДРОМОМ НАЧАЛЬНОГО ПЕРИОДА ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	интоксикационный +
	B	желтушный
	C	геморрагический
	D	почечный
266		ГЕМОМРАГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ РАЗВИВАЮТСЯ
	A	в олигурическом периоде +
	B	с первых дней заболевания
	C	в полиурическом периоде
	D	в конце начального периода
267		ОСНОВНЫМ СИНДРОМОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	почечный +
	B	геморрагический
	C	отёчно-асцитический
	D	респираторный
268		ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ В ОЛИГУРИЧЕСКИЙ ПЕРИОД ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	боль в поясничной области +
	B	боль в мышцах
	C	лихорадка
	D	головная боль
269		В ОЛИГУРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ НЕ РЕДКО ПОЯВЛЯЕТСЯ
	A	гематурия +
	B	полиурия
	C	билирубинурия
	D	бактериурия
270		ПОЛИУРИЧЕСКИЙ ПЕРИОД ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
	A	снижением относительной плотности мочи +
	B	увеличением относительной плотности мочи
	C	нарастанием гематурии
	D	нарастанием цилиндрурии

271		ПРИ ТЯЖЁЛОМ ТЕЧЕНИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ НАБЛЮДАЕТСЯ
	A	уремия +
	B	гемолитическая анемия
	C	гипокалиемия
	D	гиповолемия
272		ВАЖНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ В БИОХИМИИ КРОВИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ
	A	креатинина +
	B	билирубина
	C	щелочной фосфатазы
	D	мочевой кислоты
273		В ПЕРИОД РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В РЯДЕ СЛУЧАЕВ ВОЗНИКАЕТ
	A	постинфекционная астения +
	B	гепатомегалия
	C	холестатический синдром
	D	окуло-уретро-синовиальный синдром
274		ЭТИОТРОПНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	рибавирин +
	B	озельтамивир
	C	ламивудин
	D	римантадин
275		ВЕДУЩИМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ГРИППЕ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	воздушно-капельный +
	B	контактный
	C	алиментарный
	D	половой
276		ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ ГРИППЕ СЧИТАЕТСЯ
	A	аэрозольный +
	B	контактный
	C	трансмиссивный
	D	фекально-оральный
277		ХАРАКТЕРНЫМИ ЖАЛОБАМИ У БОЛЬНЫХ ГРИППОМ ЯВЛЯЮТСЯ
	A	сухой кашель, заложенность носа +
	B	обильная ринорея, кашель с мокротой
	C	сухой кашель, сильные боли в горле при глотании
	D	влажный кашель, насморк, жидкий стул
278		ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ПРИ ГРИППЕ ЯВЛЯЮТСЯ
	A	трахеобронхит +
	B	ларинготрахеит

	C	ринофарингит
	D	фаринголарингит
279		ХАРАКТЕРНЫМИ СИНДРОМАМИ ПРИ ГРИППЕ ЯВЛЯЮТСЯ
	A	интоксикационный, катаральный +
	B	интоксикационный, диспепсический
	C	катаральный, диспепсический
	D	интоксикационный, катаральный, диарейный
280		ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ГРИППЕ СОСТАВЛЯЕТ
	A	от 12 часов до 3-х дней +
	B	от 3-х до 7 дней
	C	от 7 до 14 дней
	D	от 14 до 20 дней
281		ОСНОВНЫМ ПЕРВИЧНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ГРИППЕ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	лихорадка +
	B	насморк
	C	головная боль
	D	жидкий стул
282		ПЕРИОД РАЗВЕРНУТЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ ГРИППЕ ДЛИТСЯ
	A	до 7 дней +
	B	до 10 дней
	C	до 14 дней
	D	до 21 дня
283		СИМПТОМАМИ НЕОСЛОЖНЁННОГО ГРИППА СЧИТАЮТСЯ
	A	сухой кашель, саднение за грудиной +
	B	обильные носовые, десневые кровотечения
	C	продуктивный кашель, боли в грудной клетке при дыхании
	D	геморрагическая сыпь, менингоэнцефалит
284		СИМПТОМАМИ ТЯЖЁЛОГО НЕОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ГРИППА СЧИТАЮТСЯ
	A	геморрагическая сыпь, носовые кровотечения +
	B	иктеричность кожных покровов и слизистых
	C	продуктивный кашель с гнойной мокротой
	D	продуктивный кашель, диарея
285		ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ГРИППА СЧИТАЕТСЯ
	A	острый респираторный дистресс-синдром +
	B	геморрагический синдром
	C	продуктивный кашель с гнойной мокротой
	D	длительный диарейный синдром
286		ЛИХОРАДКА ПРИ НЕОСЛОЖНЁННОМ ГРИППЕ ДЛИТСЯ
	A	5 дней +
	B	7 дней
	C	10 дней
	D	12-14 дней

287		НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМОМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ГРИППА, ВЫЗВАННОЕ ВТОРИЧНОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ФЛОРОЙ, ЯВЛЯЕТСЯ
	A	пневмония
	B	отёк мозга
	C	инфекционно-токсический шок
	D	печёчно-почечная недостаточность
288		ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ ДИАГНОЗА ГРИПП ВОЗМОЖНА НА ОСНОВАНИИ
	A	ПЦР-диагностики +
	B	аллергологической диагностики
	C	трахеобронхоскопии
	D	рентгенологического исследования органов грудной клетки
289		ЭФФЕКТИВНЫМ ЭТИОТРОПНЫМ СРЕДСТВОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГРИППА ЯВЛЯЕТСЯ
	A	осельтамивир +
	B	кагоцел
	C	амиксин
	D	циклоферон
290		КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ТУЛЯРЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ
	A	гlandулярная +
	B	геморрагическая
	C	гепато-ренальная
	D	урогенитальная
291		КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ТУЛЯРЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ
	A	ангинозно-бубонная +
	B	урогенитальная
	C	церебральная
	D	геморрагическая
292		КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ТУЛЯРЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ
	A	лёгочная +
	B	церебральная
	C	гепато-ренальная
	D	урогенитальная
293		ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТУЛЯРЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ
	A	иногликозиды +
	B	природные пенициллины
	C	полусинтетические пенициллины
	D	сульфамиды
294		ПЕРЕДАЧА ЧУМЫ ТРАНСМИССИВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ УКУС
	A	блохи +
	B	платяной вши
	C	комара
	D	клеща

295		ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЧУМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
	A	стрептомицин +
	B	цефазолин
	C	амоксциллин
	D	хинина гидрохлорид
296		К КЛИНИЧЕСКИМ ДАННЫМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ЗАПОДОЗРИТЬ ЧУМУ, ОТНОСИТСЯ
	A	наличие резко болезненного конгломерата лимфоузлов с геморрагическим пропитыванием окружающих тканей +
	B	постепенное нарастание симптомов в течение первой недели заболевания
	C	безболезненная язва под черным струпом
	D	пятнисто-папулезная сыпь
297		ДЛЯ ЛЕПТОСПИРОЗА ТИПИЧНЫМ СИНДРОМОМ СЧИТАЕТСЯ
	A	гепатолиенальный +
	B	ринит
	C	гастрит
	D	энтерит
298		РАННИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ЛЕПТОСПИРОЗА СЧИТАЕТСЯ
	A	боли в икроножных мышцах +
	B	головная боль
	C	судороги конечностей
	D	артриты
299		ТЯЖЁЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ЛЕПТОСПИРОЗА ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТ ПРИ _____ ФОРМЕ
	A	желтушной +
	B	безжелтушной
	C	гастроинтестинальной
	D	хронической
300		ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ЛЕПТОСПИРОЗА С ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС НАЗНАЧАЮТ
	A	цефтриаксон +
	B	тетрациклин
	C	эритромицин
	D	ампициллин

Ситуационные задачи для прохождения промежуточной аттестации

Задача №1.

Студентка театральной школы-студии, 23 лет, госпитализирована в инфекционный стационар на 21 день болезни с диагнозом: «Лакунарная ангина. Инфекционный мононуклеоз?».

Заболевание началось с субфебрильной лихорадки, общего недомогания, неприятных ощущений в горле при глотании. Занималась самолечением: принимала Флемоксин-солютаб, сумамед и ципрофлоксацин – без эффекта. Причиной для обращения к врачу и последующей госпитализации явились: сохраняющаяся лихорадка (38-39,2° С), боли в горле при глотании, появление сыпи на коже туловища и конечностей.

Употребление наркотических средств отрицает, имеет постоянного полового партнера.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела 37,2° С, кожные покровы обычной окраски. На коже туловища и конечностей крупная, не обильная, пятнисто-папулезная, не склонная к слиянию, незудящая сыпь. Пальпируются увеличенные до 1 см в диаметре, плотно-эластической консистенции, подвижные, безболезненные лимфатические узлы шейной группы. Слизистая ротоглотки слегка гиперемирована, миндалины увеличены до I-й степени, со скудным, легко отделяемым белесым содержимым в лакунах. Со стороны других органов патологии не выявлено.

В гемограмме: Hb – 131 г/л, лейкоциты - 8,3 тыс., п/я – 7%, с/я – 56%, эозинофилов – 1%, лимфоцитов – 30%, моноцитов – 6%, в том числе 7 клеток с широкой светлой базофильной протоплазмой, СОЭ – 16 мм/час.

Реакция Гофф-Бауэра отрицательная. ИФА на ВИЧ-инфекцию +. В иммуноблоте выявлены АТ к р24. Диагностирована ВИЧ-инфекция.

1. Обоснуйте правомерность установления предположительного диагноза ВИЧ-инфекции.

2. Какие дополнительные лабораторные исследования следует произвести для верификации диагноза?

3. Врачебная тактика.

Эталон ответа к задаче №1.

1. Предположение о ВИЧ-инфекции связано с отсутствием полной типичной клинико-

лабораторной картины инфекционного мононуклеоза (нет гепатолиенального синдрома и высокого лейкоцитоза с абсолютным лимфоцитозом; низок процент атипичных мононуклеаров, результат реакции гетероагглютинации отрицательный). В тоже время, наличие положительного результата ИФА на антитела к суммарным АГ ВИЧ, а также обнаружение в иммуноблоте АТ к р24 делают обоснованным предположение о возможной ВИЧ-инфекции. Окончательная диагностика ВИЧ-инфекции возможна только с обнаружением в иммуноблотинге АТ по крайней мере к двум из трех поверхностных антигенов (gp160, 120, 41).

2. Для ускорения диагностики ВИЧ можно определить в ПЦР вирусную нагрузку.

Достоверным методом диагностики может служить вирусологическое исследование, не используемое в практическом здравоохранении из-за технических сложностей. Кроме того, для исключения атипично протекающего ИМ, следует произвести исследование сыворотки на выявление анти-VCA IgM и анти-EA IgG, которые характерны для острого периода ИМ (при отсутствии анти-EBNA IgG) и определение в ПЦР репликации ЭБВ.

3. Больной показано проведение десенсибилизирующей и симптоматической терапии. При досрочной выписке больной из стационара в ближайшие сроки (на чём может настаивать пациентка), ей следует рекомендовать наблюдение у инфекциониста поликлиники, проведение повторного обследования на ВИЧ-инфекцию в интервале 3-6 месяцев после выписки, так как свободные АТ к поверхностным антигенам ВИЧ, как правило, выявляются через 3 месяца после заражения.

Задача №2.

У допризывника 18 лет при прохождении медицинской комиссии было обнаружено уплотнение (склерозирование) подкожных вен верхних конечностей. При осмотре терапевт обратил внимание на наличие у обследуемого лёгкой краевой иктеричности склер, жирный блеск и расширенные поры кожи лиц, отрубевидное и участки пластинчатого шелушения кожи в области крыльев носа и скул (в виде «бабочки»), за ушами, в области бровей и волосистой части головы, мелкие депигментированные рубцы на коже, сгруппированные по ходу 7 – 9 межреберных промежутков справа. На слизистой оболочке ротоглотки – участки белых творожистых наложений, в углах рта – «заеды». Патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

1. Чем могут быть вызваны обнаруженные изменения на коже и слизистых оболочках допризывника?

2. Тактика медицинской комиссии военкомата.

3. Наметьте план обследования.

Эталон решения задачи №2.

1. Выявленные изменения на слизистых оболочках рта (молочница и ангулярный хейлит) соответствуют проявлениям поверхностного кандидоза; на волосистой части головы - себорейному дерматиту (микотическое поражение кожи, вызванное питиропорой - *P.ovale*); мелкие депигментированные рубцы в межреберьях могут являться следами ранее перенесенного опоясывающий герпеса (необходимо уточнить анамнез); склерозирование подкожных вен – может быть результатом инъекционной наркомании. Легкая краевая иктеричность склер может быть обусловлена токсическим или вирусным гепатитом.

2. На момент осмотра сделать заключение о пригодности к несению призывником срочной военной службы нельзя. Необходимо провести дообследование. Вышеописанные клинические признаки позволяют предположить у обследуемого инъекционную наркоманию, гепатит, ВИЧ-инфекцию. По направлению комиссии он подлежит обследованию в условиях стационара.

3. Допризывник подлежит обязательному иммунологическому обследованию на ВИЧ-инфекцию и вирусные гепатиты. Учитывая признаки желтушного синдрома, следует провести биохимическое исследование крови. В случае подтверждения предположения о наличии ВИЧ-инфекции больной должен быть направлен в Центр по профилактике и борьбе со СПИДом для консультации, определения иммунного статуса, вирусной нагрузки и тактики дальнейшего ведения больного.

Задача №3.

Участковый врач утром 15 марта вызван на дом к больной В., 18 лет.

Из анамнеза выяснено, что заболела накануне вечером, когда отметила острый подъём температуры до 39,5°C, озноб, головную боль в затылочной области, слабость. К утру было отмечено резкое ухудшение самочувствия, нарастание головной боли, появление тошноты и повторной рвоты, не приносящей облегчения.

При осмотре: температура 40,0°C, адинамична, кожные покровы бледные. Пульс 90 в 1 минуту, АД 105/ 70 мм рт.ст.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие данные анамнеза требуется выяснить?
3. Какие клинические симптомы необходимо проверить для обоснования предварительного диагноза?
4. Какие лабораторно-инструментальные исследования целесообразно провести для подтверждения диагноза?
5. Тактика ведения больной.

Эталон ответов к задаче №3.

1. Учитывая острое начало заболевания с развитием интоксикационного и общемозгового синдромов, требуется исключить «Менингит неясной этиологии, ОРЗ с менингеальным синдромом (менингизм?)».

2. Необходимо выяснить возможные контакты с больными гриппом и ОРЗ, другими инфекционными больными (в том числе, менингококковой инфекцией), перенесенные ранее заболевания, вакцинальный анамнез, недавние поездки за рубеж.

3. Для более обоснованного суждения о диагнозе, с учётом выраженности общемозгового синдрома, надо проверить менингеальные (симптомы ригидности затылочных мышц, Кернига, верхний и нижний Брудзинского) и очаговые симптомы, тщательно осмотреть кожные покровы и видимые слизистые на наличие сыпи и других изменений.

4. Помимо общетерапевтических исследований (общий анализ крови, мочи, биохимия крови), при наличии менингеального синдрома необходимо провести люмбальную пункцию с исследованием ликвора (в том числе его бак.исследование), бактериологическое исследование крови. Для установления этиологии заболевания необходимо проведение иммунологических и серологических исследований ликвора и сыворотки крови, при необходимости ПЦР-исследование (*N.meningitidis*, *S.pneumoniae*, *H.influenzae* и др.). Учитывая возраст пациентки, с учётом высокой вероятности менингококковой этиологии заболевания - на данный период заболевания наиболее информативны реакция латекс-агглютинации, ВИЭФ и ПЦР.

5. С учётом выраженности симптомов интоксикации, общемозговой симптоматики, возможности развития менингита менингококковой этиологии (принадлежность по возрасту к группе риска) и его осложнений, требуется госпитализация и дальнейшее динамическое наблюдение пациентки в условиях стационара для проведения всего комплекса лабораторно-инструментальных исследований.

При наличии менингеальных знаков, учитывая вероятность развития менингита с его тяжёлыми последствиями, показано введение антибиотиков не дожидаясь лабораторного подтверждения. Предпочтительнее в данной ситуации, будет введение цефтриаксона, поскольку клинически полностью не исключается вероятность развития менингита другой этиологии, чем *N.meningitidis*, резистентной к пенициллинотерапии.

На догоспитальном этапе вместе с введением первой дозы антибиотика необходимо назначить патогенетическую терапию (дезинтоксикация, дегидратация, десенсибилизация, оксигенотерапия). Особое внимание надо уделить тщательному наблюдению за всеми жизненно важными параметрами с целью раннего распознавания симптомов ИТШ и ОНГМ для незамедлительного начала их адекватной коррекции.

Участковый врач-терапевт поликлиники утром 19.02 осматривает пациента К., 43 лет, который предъявляет жалобы на резкую слабость, тошноту, боли в животе.

Со слов родственников установлено, что заболел остро вечером 20.02, когда остро почувствовал недомогание, выраженный озноб, подъём температуры до 39,0°C, ломоту «по всему телу». Несколько позднее появились головная боль, тошнота и однократная рвота. Заболевание связывает с употреблением за 2 часа до его начала чебуреков, купленных в торговом центре.

При осмотре: температура 39,5°C, кожные покровы бледные, на коже туловища, верхних конечностей множественные элементы мелкоточечной сыпи. Пульс 100 в 1 минуту, АД 120/ 65 мм рт.ст.

Врач поликлиники заподозрил пищевую токсикоинфекцию тяжёлого течения.

1. Обоснуйте, правомерен ли установленный предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные клинические симптомы необходимо дополнительно выявить?
3. Определите необходимые действия врача в данной ситуации.
4. Выберите меры профилактики.

Эталон ответов к задаче №4.

1. Установленный предварительный диагноз неправомерен: имеется несоответствие выраженности диспепсических расстройств тяжести состояния больного, появление мелкоточечной сыпи с данной локализацией при кишечной инфекции в такие предположительно малые сроки предполагаемого инкубационного периода и от начала болезни также маловероятно. В этой связи значение пищевого фактора в предполагаемом развитии болезни явно переоценено и неочевидно. Учитывая острое начало заболевания, интенсивные и быстро нарастающие симптомы интоксикации, появление сыпи через несколько часов от начала болезни, требуется заподозрить менингококковую инфекцию, менингококкемию.

2. Необходимо дополнительно проверить наличие менингеальных и очаговых симптомов, наличие общемозговой симптоматики, гиперестезий (предположительный диагноз может быть скорректирован при их наличии). Важно уточнить характер (морфологию) элементов сыпи, полностью осмотреть кожный покров и видимые слизистые оболочки, тщательно наблюдая, не нарастает ли экзантема и энантема.

3. Пациента необходимо экстренно госпитализировать. С учётом предположительного диагноза «Менингококкемия» (возможно, в сочетании с менингитом - при наличии менингеальных знаков), требуется в/м введение первой дозы пенициллина (суточная доза из расчёта 200-300 тыс Ед на кг массы тела с интервалом между введениями не менее 4 часов). При появлении признаков инфекционно-токсического шока, уже на догоспитальном этапе

необходимо незамедлительно начать инфузионную и противошоковую терапию, при признаках отёка-набухания головного мозга начать дегидратационную терапию. На всём протяжении догоспитального этапа важно осуществлять клинический мониторинг за состоянием пациента с целью ранней диагностики начальных симптомов развивающихся осложнений.

4. При подозрении на менингококковую инфекцию, с профилактической целью, членам семьи и другим контактным лицам (которых нужно выявить) требуется назначение химиопрофилактики, помещение нужно проветрить. В случае подтверждения диагноза менингококковой инфекции, за контактными лицами устанавливается ежедневное медицинское наблюдение в течение 10 дней с обязательным осмотром носоглотки, кожных покровов и термометрией. При выявлении у лиц, находившихся в контакте с больным генерализованной формой менингококковой инфекцией, симптомов острого назофарингита, осуществляется бактериологическое обследование с возможностью госпитализации в инфекционный стационар для лечения. Допускается их лечение на дому при условии проведения регулярного медицинского наблюдения, а также при отсутствии в семье или квартире детей дошкольного возраста и лиц, работающих в дошкольных образовательных учреждениях, домах ребенка, детских домах и детских стационарах.

Задача №5.

Пациент 35 лет, поступил в инфекционное отделение на 2-й день от начала заболевания. Заболел остро, днём 21.10, когда у него появились головная боль, озноб, лихорадка до 39,5°C, беспокоили мышечные боли и боль в глазных яблоках, усиливающаяся при их движении, слабость. К утру следующего дня состояние ухудшилось появились сухой кашель, не обильное носовое кровотечение, резко усилилась головная боль, температура повысилась до 40,1°C, появилась тошнота, была однократная рвота, выросла общая слабость. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи и больной был госпитализирован. На предприятии, где работал пациент, имели место случаи заболевания гриппом.

Объективно: больной вял, адинамичен, в сознании, но заторможен. Гиперемия кожи лица, цианоз губ, выраженная инъекция сосудов склер. Отмечается гиперемия дужек, мягкого неба, язычка, задней стенки глотки с множественными петехиями. Сыпи на коже нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Число дыханий до 22 в 1 минуту, при аускультации дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца значительно приглушены, ЧСС 120 в 1 мин. АД 90/60 мм рт. ст. Язык обложен сероватым налётом, печень, селезёнка не увеличены.

1. Выделите ведущие симптомы заболевания
2. Оцените степень тяжести состояния больного
3. Сформулируйте предположительный диагноз

4. Определите тактику ведения больного с учетом эпидемической ситуации, целесообразность назначения этиотропной терапии.

Эталон ответов к задаче №5.

1. Ведущими признаками заболевания являются острое начало заболевания с синдрома интоксикации, катаральный и геморрагический синдромы.

2. Учитывая выраженность интоксикационного синдрома (высокая лихорадка, угнетение психической сферы, слабость, гипотония) и наличие геморрагических проявлений на слизистой ротоглотки, носовых кровотечений, можно говорить о тяжёлом течении гриппа.

3. Грипп, типичная форма, тяжёлое течение, неосложнённый, вирус гриппа не идентифицирован.

4. Больной должен соблюдать постельный режим. Необходимо назначить дезинтоксикационную терапию (обильное питье, парентеральное введение глюкозо-калиевой смеси в объеме 400-800 мл с добавлением аскорбиновой кислоты, полиионных растворов). Обосновано назначение антипиретиков, витаминотерапии (соки, фрукты, поливитамины). Учитывая ранние сроки заболевания обосновано назначение противовирусной терапии (ремантадин, озельтамивир по схеме). Для исключения осложнений гриппа – рентгенография лёгких, придаточных пазух носа.

Задача №6.

Пациент 65 лет, поступил в клинику на 7-й день болезни с жалобами на повышение температуры до 38,5°C, кашель со скудной мокротой, боль в грудной клетке слева, усиливающуюся при кашле и глубоком вдохе, одышку, умеренную головную боль, слабость, плохой аппетит. Заболевание началось остро, с озноба, повышения температуры до 38,9°C, головной боли, ломоты во всем теле, кашля. Был вызван участковый врач, назначена симптоматическая терапия (обильное питье, на ночь аспирин). Состояние несколько улучшилось, с 4-го дня болезни температура снизилась до субфебрильных цифр, стал активнее, но сохранялись слабость, сухой кашель. На 7-й день болезни появилась боль в грудной клетке слева, температура вновь повысилась до 38,2°C, усилился кашель, появилась потливость.

Непосредственный контакт с лихорадящими больными отрицает, однако в городе регистрируются случаи гриппа.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, теплые. На крыльях носа подсыхающие герпетические высыпания. Умеренный цианоз губ. Кашель со слизисто-гнойной мокротой с прожилками крови. Число дыханий 28 в 1 минуту. Укорочение перкуторного звука над нижней долей левого лёгкого, там же выслушивается жёсткое дыхание с умеренным количеством мелкопузырчатых влажных хрипов. Язык влажный,

слегка обложен белым налётом. Печень и селезёнка не увеличены. Тоны сердца приглушены. Пульс 120 ударов в минуту. АД 90/60 мм рт. ст. Дизурических, менингеальных явлений нет.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите план обследования больного.
3. Составьте план лечебных мероприятий.

Эталон ответов к задаче №6.

1. Предположительный диагноз - грипп, типичная форма, среднетяжелое течение, стадия ранней реконвалесценции, осложненное развитием вторичной бактериальной плевропневмонии.

2. Необходимо провести лабораторные исследования, включающие общий анализ крови, рентгенографию органов грудной клетки и придаточных пазух носа, посев мокроты на флору с определением чувствительности к антимикробным препаратам, КЩС, газовый состав крови, ЭКГ исследование.

3. Тактика ведения больного заключается в лечении бактериальной пневмонии, показаны антимикробные препараты широкого спектра действия (полусинтетические пенициллины или цефалоспорины), муко- и бронхолитики.

Задача №7.

Больной Н., 65 лет, житель ближнего Подмосковья, 8 мая (4 дня спустя после отдыха в лесопарковой зоне), обнаружил и снял клеща в области пупка. Через 5 дней после снятия клеща заметил появление покраснения кожи в области присасывания клеща, которое медленно (в течение последующих 1,5 месяцев) увеличивалось в диаметре. В области покраснения отмечалось небольшое чувство жжения.

Ввиду длительного сохранения покраснения, через неделю от начала заболевания обратился в поликлинику по месту жительства к дерматологу, который расценил указанное состояние как аллергическую реакцию и назначил местно мазь «Синафлан». В течение 1,5 месяцев безуспешно применял местное лечение. 25 июня обратил внимание на появление новых участков покраснения на других участках кожи (левое предплечье, область спины, левое бедро). Вновь появившиеся участки покраснения были округлой формы, но меньших размеров.

Объективно: температура не повышена, самочувствие и работоспособность больного не нарушены. Область первичного поражения на передней брюшной стенке неяркая, с застойным оттенком, однородная, 30-40 см в диаметре. На коже передней поверхности и боковых отделах грудной клетки, надключичной зоне справа, коже спины, области левого предплечья, левого бедра определяются эритемы округлой формы, с чёткими границами, размерами от 7 до 15 см в диаметре, располагающиеся

несимметрично – всего до 7 элементов сыпи. Геморрагий, булл, инфильтрации кожи в зоне поражений нет. Определяются увеличенные до размеров мелкого гороха подмышечные, подключичные, кубитальные лимфоузлы, безболезненные при пальпации. Печень – по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Решите вопрос о необходимости госпитализации больного, наметьте тактику обследования и лечения больного.

Эталон к задаче №7.

См. схему диагностического поиска и алгоритм дифференциального диагноза.

1. Учитывая начало заболевания с появления покраснения в месте присасывания клеща (через 9 дней), отсутствие лихорадки и других проявлений интоксикации, медленные темпы развития и длительный срок сохранения эритемы, появление вторичных эритем, полилимфаденопатии можно думать о ИКБ, диссеминированной форме, кожном варианте, лёгкого течения.

2. Учитывая отсутствие клинических показаний к госпитализации (лёгкое течение болезни), необходимо амбулаторное обследование больного с целью уточнения клинического диагноза и проведения лечения.

Для подтверждения диагноза, выяснения вида возбудителя необходимо проведение серологического исследования сыворотки крови (ИФА, н-РИФ с боррелиозными антигенами) в динамике заболевания (повторные исследования через 10-14 дней).

Учитывая лёгкое течение болезни, вариант и форму ИКБ у больного, следует назначить антибактериальную терапию (доксциклин 0,1 х 2 раза в день в течение 2-3-х недель).

Задача №8.

Больной К., 40 лет, поступил 26.08.2003 в приёмное отделение многопрофильной больницы с жалобами на лихорадку, постоянную головную боль, слабость, боли и рези в глазных яблоках, повторную рвоту. Считает себя больным в течение недели, когда отметил повышение температуры до 38°C, познабливание, мышечные и суставные боли. В последующие дни больной отметил нарастающую головную боль, отсутствие аппетита, нарастающие слабость и адинамию. Накануне госпитализации на фоне усиливающихся головных болей отмечалась 3-х кратная рвота, не приносящая облегчение.

Объективно: температура тела 38,6°C, кожные покровы бледные, сыпи нет. Пульс 100 уд/мин, АД 110/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧД 22 в минуту, хрипы в лёгких не выслушиваются. Печень по краю ребёрной дуги селезёнка не пальпируется. Больной заторможен, на вопросы отвечает правильно. Зрачки D=S, двигательных нарушений

и рефлекторных расстройств не выявляется. Умеренно выражены ригидность мышц затылка, симптом Кернига.

Дополнительно из эпиданамнеза выяснено, что в конце мая 2003 г. был в турпоходе на Урале, где отмечал присасывание клеща, которого самостоятельно снял. Со слов больного через 2 недели в зоне присасывания клеща наблюдалось покраснение кожи, которому не придавал значения. До момента настоящего заболевания самочувствие больного оставалось удовлетворительным.

Общий анализ крови: эритроциты $4,8 \times 10^{12}/л$; Нв 130 г/л; лейкоциты $8 \times 10^9/л$; э-0; п-4; с-65; л-21; м-10, СОЭ 15 мм/час.

Результаты люмбальной пункции: ликвор прозрачный, вытекает частыми каплями, цитоз 100 клеток в 1 мм^3 , среди которых 85% лимфоцитов, белок 0,15%.

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Наметьте круг дифференциально-диагностического поиска.
3. Составьте план лечебных и диагностических мероприятий.

Эталон к задаче №8.

1. Учитывая данные эпиданамнеза (пребывание в эндемичном по ИКБ районе, факт укуса клеща), развитие через 2 недели эритемы в месте укуса клеща на фоне удовлетворительного самочувствия, ухудшение состояния больного через 3 месяца от момента присасывания клеща, наличие у больного интоксикации, признаков серозного менингита, можно думать о наличии ИКБ, диссеминированной формы, неврологического варианта, среднетяжёлого течения.

2. У данного больного необходимо исключить заболевания другой этиологии, сопровождающиеся развитием серозного менингита (туберкулёз, осложненные формы ОРВИ, листериоз и др.).

3. Необходимо проведение серологического исследования сыворотки крови, ликвора (ИФА, н-РИФ с боррелиозными антигенами) в динамике заболевания (повторные исследования через 10-14 дней).

Учитывая клинический диагноз ИКБ и вариант его течения (менингит) больному необходимо проведение этиотропной (цефтриаксон 2 г х 1 раз в день в/м в течение 14-28 дней) и патогенетической (дезинтоксикационной) терапии в стационарных условиях.

Задача №9.

Больной Ю., 32 лет, поступил в инфекционное отделение на 13 день болезни с жалобами на периодическое (через день) повышение температуры в утренние часы (в течение 30 минут - 1 часа) до 39°C - 40°C с сильным ознобом, на головную боль, сильную слабость. Температура, несмотря на прием жаропонижающих препаратов, снижалась только к вечеру

(через 8-10 часов) с обильным потоотделением. На следующий день температура не повышалась, беспокоила только слабость.

За 5 дней до болезни вернулся из туристической поездки в Индонезию, где находился в течение 10 дней.

Заболел остро, температура повысилась до 40,5 °С и сохранялась повышенной в течение 6 дней, с колебаниями от 38 °С до 40 °С, с периодическими ознобами, потливостью, временами чувством жара. Больной самостоятельно принимал аспирин, парацетамол, бисептол, без эффекта. На 7-й день болезни температура была нормальной, но со следующего дня вновь возникли эпизоды её повышения с периодичностью через день.

При поступлении состояние средней тяжести. Самочувствие удовлетворительное, температура – нормальная. Кожные покровы бледные, легкая желтушность склер. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологии не выявлено. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, пальпируется плотный край увеличенной селезенки.

Стул нормальный. Моча насыщенно желтого цвета. Ан. крови: Hb – 105 г/л; лейкоциты – $4,5 \times 10^9$ /л; СОЭ – 24 мм/час. При микроскопии толстой капли крови обнаружены малярийные плазмодии (трофозоиты) до 100 при просмотре 10 полей зрения. При микроскопии мазка крови идентифицирован *Pl. vivax*

1. Сформулируйте диагноз. Укажите уровень паразитемии в мкл крови.
2. Выделите клинические симптомы характерные для данного заболевания.
3. Укажите, какие исследования необходимо провести для диагностики возможного осложнения данного заболевания (какое осложнение?).
4. Назначьте адекватную терапию.

Эталон ответа к задаче №9.

1. Малярия, вызванная *Plasmodium vivax*, средней тяжести. (*Pl. vivax*, 100 в 10 полях зрения от 26.08). Уровень паразитемии в одном мкл в данном случае составляет – 5000.

2. Характерны: острое начало болезни, выраженные симптомы интоксикации, инициальная лихорадка в течение первые 6 дней болезни (без характерной периодичности приступов), последующее развитие типичных малярийных пароксизмов с фазами озноба, жара и пота, повторяющихся через день; увеличение печени и селезенки; нормальное (может наблюдаться сниженное) количество лейкоцитов в общем анализе крови, снижение гемоглобина (при малярии-*vivax* характерно развитие анемии к концу 2-й – на 3-й неделе болезни)

3. Учитывая снижение уровня гемоглобина, увеличение СОЭ, легкую желтушность склер следует подозревать развитие гемолитической желтухи. Необходимо провести дифференциальный диагноз с паренхиматозным характером желтухи (в первую очередь с

вирусными гепатитами). Для этого нужно провести биохимический анализ крови с определением билирубина (прямого и непрямого), АСТ, АЛТ, ЩФ, железа, креатинина, мочевины, белка и белковых фракций, повторить общий анализ крови с определением количества, формы и размеров (анизоцитоз и пойкилоцитоз) эритроцитов, количества ретикулоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы, общий анализ мочи с определением уробилина и желчных пигментов. Необходимо исследование (ИФА) сыворотки крови на наличие маркеров гепатитов. Для гемолитической желтухи характерны увеличение преимущественно непрямого (свободного) билирубина, снижение уровня гемоглобина, количества эритроцитов (с изменением их формы и размеров – анизоцитоз, и пойкилоцитоз), цветного показателя и сывороточного железа. В моче – повышение уровня уробилина, могут определяться и желчные пигменты (прямой билирубин).

4. Показано лечение хлорохином (делагил) по схеме (купирующая терапия) – 1,0 г, через 6 часов – 0,5 г., во 2-й и 3-й дни – по 0,5 г. После курса купирующей терапии (в случае её эффективности) – курс примахина по 45 мг (27 мг основания) в день (3 табл.) в течение 14 дней.

Задача №10.

Больная Б., 45 лет доставлена «Скорой помощью» в инфекционное отделение на 7 день болезни. Резко заторможена, на вопросы отвечает с трудом, односложно. Температура 39,5°C. Со слов мужа в течение последних суток очень мало мочилась, периодически теряла сознание, была дезориентирована в пространстве и времени. Заболела остро с повышения температуры до 40°C, беспокоила головная боль, тошнота, периодически озноб, сменяющийся чувством жара, умеренная потливость. В течение заболевания несколько раз была рвота, жидкий стул без патологических примесей. Дома самостоятельно принимала парацетамол, ципрофлоксацин, смекту, активированный уголь (считала, что у неё какое-то «кишечное отравление»), к врачу не обращались. Все дни сохранялась высокая лихорадка. Со слов мужа 10 дней назад вернулась из служебной командировки в Нигерию, где находилась в течение 2 недель, выезжала в отдаленные регионы страны, химиопрофилактику малярии проводила делагилом.

При осмотре состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, сыпи нет. Склеры желтушны. Менингеальных и очаговых симптомов нет. Рефлексы сохранены. Пульс – 110 уд. в мин. АД – 105/65; Тоны сердца приглушены. В легких дыхание несколько ослаблено, хрипов нет, частота дыханий – 26 в минуту. Живот мягкий, чувствительный при пальпации по ходу кишечника, симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, пальпируется увеличенная селезенка. Катетером получено 50 мл темно-желтой мочи.

При микроскопии толстой капли определяются малярийные плазмодии,

предположительно *Pl.falciparum*, до 100 на 10 лейкоцитов. В ан.крови: Hb – 95 г/л; лейкоциты – $10 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ – 36 мм/час. Сахар крови – 3,2 ммоль/л.

1. Какое исследование необходимо выполнить для установления формы малярии.
2. Укажите количество паразитов в одном мкл крови.
3. Сформулируйте диагноз с учетом развившихся осложнений.
4. Назначьте адекватную терапию.

Эталон ответа к задаче №10.

1. Необходимо провести микроскопию мазка крови (окраска по Романовскому-Гимза). Только при микроскопии мазка крови можно точно установить вид плазмодия (окрашена мембрана, цитоплазма эритроцита). Препарат толстой капли крови необходим для нахождения малярийного паразита, но не для определения вида.

2. Уровень паразитемии в данном случае составил 100000 паразитов в одном мкл крови. Уровень паразитемии 100 тыс. и более (пораженность более 5% всех эритроцитов) является прогностически неблагоприятным и предвещает злокачественное (осложненное) течение малярии-*falciparum*.

3. Малярия, вызванная *Plasmodium falciparum*, тяжелое течение. Осложнения: Церебральная форма с развитием энцефалопатии I. Гемолитическая желтуха. Острая почечная недостаточность.

На развитие осложнений (церебральная форма, почечная недостаточность гемолитическая желтуха) малярии-*falciparum* указывают характерные клинические симптомы: спутанность сознания, резкая заторможенность, дезориентация, что подтверждается высоким уровнем паразитемии, значительное уменьшение диуреза, желтушность склер, снижение гемоглобина (необходимо провести анализ мочи, биохимический анализ крови, исследование кислотно-щелочного состояния крови). Развитие острой почечной недостаточности может являться самостоятельным осложнением малярии-*falciparum* или сопровождать церебральную форму.

3. Прием делагила (хлорохина) для профилактики малярии-*falciparum* в настоящее время не эффективен из-за высокой резистентности *Pl. Falciparum* к хлорохиу. С целью химиопрофилактики необходимо было принимать мефлохин (учитывая высокий риск заражения – нахождение в районах с высокой эндемичностью малярии-*falciparum* и неиммунное по отношению к малярии состояние).

Больная должна находиться в отделении (палате) интенсивной терапии или реанимационном отделении. Больной показано внутривенное (медленно, не более 20 капель в мин.) введение хинина дигидрохлорида – 10-20 мг/кг (до 2,0 г в сутки) в 500 мл 5%-ного раствора глюкозы, 2-3 раза в сутки (до выхода больной из тяжелого состояния) затем использование одного из пероральных препаратов (для лечения малярии-*falciparum*) по схеме

(например: мефлохин по 0,5 х 3 раза в течение одного дня). Необходимо проводить дезинтоксикационную терапию, коррекцию гипогликемии, введение глюкокортикоидов (дексазон или др.), кислородотерапию, назначение мочегонных препаратов (лазикс, осмотические диуретики). При необходимости (сохраняющейся почечной недостаточности) провести гемодиализ. Проводить инфузионную терапию необходимо осторожно, контролировать КЩС, уровень сахара, учитывая риск развития отека легких при интенсивном внутривенном введении жидкости.

Задача №11.

Пациентка 78 лет 18 дней находилась в отделении кишечных инфекций по поводу, сальмонеллёза (гастроэнтероколитическая форма, тяжёлое течение, высев из кала *S.typhi murium*), получала регидратационную, дезинтоксикационную, антибактериальную терапию препаратами фторхинолонового ряда, симптоматическую терапию с положительным эффектом. Результаты контрольных бактериологических исследований на сальмонеллы - отрицательны. На следующий день после выписки температура повысилась до 37,7°C, появились головные боли пульсирующего характера, бессонница, нарастала слабость, однократная рвота. Вышеуказанные симптомы прогрессировали, температура достигала 38,7°C - 39,5°C, диареи не было. На 5-й день лихорадки была госпитализирована в то же инфекционное отделение с подозрением на генерализованную форму сальмонеллёза. При поступлении: больная возбуждена, суетлива, излишне многословна, речь невнятная. Выражен общий тремор. Кожа лица, шеи гиперемирована. Инъекция сосудов склер, гиперемия конъюнктив. На коже боковых поверхностей груди, на животе и спине необильная розеолезно-петехиальная сыпь. Эндотелиальные симптомы положительные. Тоны сердца глухие. Пульс 102 уд/мин., АД- 110/90 мм рт. столба. Язык сухой, покрыт налетом коричневого цвета, высовывается не полностью, дрожит, отклоняется в левую сторону. Печень, селезенка увеличены. Слабо выраженная ригидность затылочных мышц, симптом Кернига – отрицательный.

Гемограмма: Hb 120 г/л, Л.- 12.0×10^3 ; п/я – 11%; с/я – 75%; лимф. - 10%; мон. - 4%; СОЭ – 35 мм/час.

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Очертите круг дифференциально-диагностического поиска.
3. Необходимые лабораторные исследования для уточнения диагноза.
4. Наметьте тактику ведения больной.

Эталон к задаче №11.

1. Пятидневная лихорадка, другие симптомы интоксикации, внешний вид (симптом «капошона», инъекция сосудов склер и конъюктив, характер экзантемы), поведение больной (психомоторное возбуждение, невнятная речь), положительные симптомы Говорова-Годелье, эндотелиальные симптомы, гепатолиенальный синдром, ригидность затылочных мышц позволяют заподозрить сыпной тиф – точнее его рецидивную форму – болезнь Брилля-Цинссера (об этом косвенно свидетельствуют преклонный возраст пациентки, допускающий возможность перенесения ею в молодости эпидемического сыпного тифа, отсутствие педикулеза, недавно перенесенное острое инфекционное заболевание, как возможный разрешающий фактор эндогенной инфекции).

2. Появление у пациентки, перенесшей недавно локализованную форму сальмонеллеза признаков генерализованной инфекции делает правомочным предположительный диагноз участкового врача (генерализованный сальмонеллез). Однако, учитывая проведенную больной адекватную антибактериальную терапию и отрицательные результаты бактериологического исследования на момент выписки, делает диагноз сальмонеллеза маловероятным.

3. Для лабораторного подтверждения диагноза следует назначить серологическое исследование на наличие антител к риккетсиям Прованса в динамике, с учетом класса иммуноглобулинов. В целях исключения сальмонеллеза провести повторное бактериологическое исследование крови, испражнений и мочи на сальмонеллы.

4. Предполагая риккетсиозную этиологию заболевания пациентке следует назначить постельный режим, наблюдение медперсонала за поведением больной (возможность развития психоза), антибактериальную терапию препаратами тетрациклинового ряда, антиагрегантную и дезинтоксикационную терапию.

Задача №12.

Бригада «03» доставила в приемный покой инфекционного стационара высоко лихорадящего пациента 36 лет, журналиста по профессии, с подозрением на тропическую малярию. За полторы недели до заболевания он вернулся из Эфиопии, где находился в длительной командировке, жил в полевых условиях в местах ведения военных действий. По возвращению домой был вынужден пройти дезинсекцию по поводу головного и платяного педикулеза. На момент поступления (3 день болезни) его состояние расценено как среднетяжелое. Температура тела 39,9°C, сознание сохранено, ориентирован, но возбужден, эйфоричен, навязчив, многословен, пытается шутить по любому поводу – чаще всего неудачно (юмор «висельника»). Тремор рук, общий тремор. Жалобы на мучительные головные боли, слабость, плохой сон - мешают спать сновидения устрашающего характера (военные эпизоды с его личным участием), отсутствие аппетита, возникшую

непереносимость к яркому свету, звуковым и тактильным раздражителям. Лицо одутловато, гиперемировано. Инъекция сосудов склер и гиперемия конъюнктив. Положительный симптом Киари-Авцына. Энантема на слизистой мягкого неба у основания язычка. Кожные покровы обычного цвета, сухие, сыпи нет. Симптом Юргенса положителен. ЧДД до 26 в минуту. Тоны сердца глухие. Пульс 116 ударов в минуту. АД 100/70 мм рт. столба. Тремор языка. Селезёнка, печень не увеличены.

Гемограмма: Hb 140 г/л Л.- $14,2 \times 10^3$; п/я – 14%; с/я – 70%; лимф. - 12%; мон. - 4%; СОЭ – 30 мм/час.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Укажите круг дифференциально-диагностического поиска.
3. Какие лабораторные исследования (в том числе экстренные) следует сделать для уточнения диагноза?
4. Наметьте тактику ведения больного.

Эталон к задаче №12.

1. Развитие у пациента острого лихорадочного заболевания вскоре по возвращению из региона, эндемичного по эпидемическому сыпному тифу, пребывание его в условиях, допускающих возможность заражения (военные действия, жизнь в полевых условиях, педикулез), типичная клиническая симптоматика раннего периода заболевания (симптомы «капюшона», склерит, энантема, положительные эндотелиальные симптомы, психомоторное возбуждение, ухудшение сна, артериальная гипотензия, умеренный нейтрофильный лейкоцитоз) дают основание заподозрить эпидемический сыпной тиф – начальный период.

2. Вышеуказанные симптомы начального периода заболевания могут встречаться при геморрагических лихорадках, чуме, малярии, тифопаратифозных заболеваниях.

3. Учитывая факт пребывания в Эфиопии, где встречаются вышеперечисленные заболевания, лабораторная диагностика должна включать:

Исследование мазка и толстой капли крови на плазмодии малярии (получение результата исследования возможно через 1-2 часа); посев крови на питательные среды для выделения возбудителей тифопаратифозных заболеваний и чумы; исследование в ПЦР сыворотки крови на антигены вирусов геморрагических лихорадок; исследование сыворотки крови в РНГА, РСК на наличие антител к антигенам риккетсий Провацека, сальмонелл, чумы в парных сыворотках. Клинические анализы крови и мочи.

4. Больной подлежит обязательной госпитализации в боксированное отделение инфекционного стационара для обследования и лечения. По исключению диагноза малярии,

незамедлительно приступить к антибактериальной терапии препаратами тетрациклинового ряда (доксциклин), дезинтоксикационная терапия. Постельный режим. Обеспечение наблюдения за поведением больного, при необходимости медикаментозная седация и фиксация больного.

Задача №13.

Больной, 49 лет, заболел остро 10.09., когда появились сильная головная боль, озноб, ломота в конечностях, снизился аппетит. Температура тела на второй день болезни 39°C.

При осмотре на 3-й день болезни: гиперемия лица и шеи, инъекция сосудов склер и конъюнктив, энантема на слизистой мягкого неба, умеренная гиперемия слизистой глотки, на боковых поверхностях кожи туловища мелкоточечные геморрагии. Симптом поколачивания умеренно положительный с обеих сторон.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие данные эпидемиологического анамнеза необходимо уточнить у больного?
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Определите тактику ведения больного.

Эталон ответов к задаче №13.

1. У больного можно предположить геморрагическую лихорадку с почечным синдромом на основании острого начала заболевания с симптомов интоксикации (головная боль, озноб, ломота в конечностях, лихорадка), присоединения геморрагического синдрома (инъекция сосудов склер и конъюнктив, энантемы на слизистой мягкого неба, петехиальной сыпи) и почечного синдрома (положительный симптом поколачивания по поясничной области).

2. Для выяснения эпидемиологического анамнеза у больного выясняют возможность контакта с грызунами и их экскрементами, который мог произойти при купании в водоёме, занятии сельскохозяйственными работами, строительстве (дачи, работа в подвальных помещениях), при походе в лес, питье сырой воды, употреблении продуктов, контаминированных выделениями грызунов.

3. Для уточнения диагноза провести исследования: а) крови на креатинин, мочевины, остаточный азот; б) мочи – контроль диуреза, определение удельного веса, уровня белка; в) серологическая реакция на ГЛПС – РНИФ;

4. Госпитализация в инфекционный стационар. Назначить лечение:

дезинтоксикационную терапию под контролем диуреза, КЩС, водно-электролитного баланса.

Дальнейшее лечение должно зависеть от течения болезни и результатов анализов.

Задача №14.

Больной, 28 лет, лесоруб. 8 октября рано утром появился сильный озноб и боль в поясничной области, вскоре началась рвота, возникло носовое кровотечение, головная боль, усиливающаяся при движении. На следующий день вечером с трудом дошел до поликлиники, где был осмотрен врачом. Температура 37,2°C, лицо гиперемировано, кровоизлияния в склеры, кожа сухая, сыпи нет. Слизистая глотки гиперемирована. Отметил понижение остроты зрения, “мельканье мушек”, “туман перед глазами”, слабость, тошнота, рвота. Накануне ночью не спал, из-за сильных болей в пояснице, принимал вынужденное положение в постели, мало мочился (100 мл в сутки), но много пил из-за жажды (до 3 литров). Из анамнеза удалось выяснить, что пациент заметил ухудшение самочувствия еще 6 октября, когда снизился аппетит, появилась слабость, небольшая головная боль, мышечные боли, покраснели глаза, связал это состояние с большой физической нагрузкой на работе.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Какой период болезни? О каком течении заболевания можно думать?
3. Какие лабораторные исследования необходимо провести?
4. Тактика ведения больного.

Эталон ответов к задаче №14.

1. Больному можно поставить диагноз: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, основываясь на данных клинической картины заболевания: быстрого нарастания интоксикационного синдрома (слабости, тошноты, многократной рвоты, сильной головной боли), появление геморрагического синдрома (носовое кровотечение, кровоизлияния в склеры), почечного синдрома (боли в поясничной области, вынужденное положение в постели, снижение диуреза), а также данных эпидемиологического анамнеза (работа в лесу).

2. У больного в настоящее время олигурический период ГЛПС, тяжёлое течение, так как отмечается резкое снижение диуреза (за последние сутки выделил всего 100 мл мочи), выражен геморрагический синдром: носовое кровотечение, кровоизлияния в склеры; выражены изменения со стороны органов зрения (снижение остроты зрения, “мельканье

мушек”, “туман перед глазами”).

3. Для подтверждения диагноза необходимо поставить РНИФ в парных сыворотках с интервалом в 5 дней (нарастание титра специфических антител в 4 и более раз), провести клинический и биохимический анализы крови (лейкоцитоз, нейтрофилёз со сдвигом влево, ускорение СОЭ; повышение уровней креатинина и мочевины); клинический анализ мочи – гипоизостенурия, протеинурия, микрогематурия.

4. Больного необходимо госпитализировать (при отсутствии инфекцион-ного отделения, может быть госпитализирован и в любое другое отделение, т.к. он не представляет опасности для окружающих). Ему необходимо провести интенсивную дезинтоксикационную терапию с применением инфузионных растворов, свежезамороженной плазмы, витаминов, внутривенно капельно трентал, антигистаминные препараты, при необходимости – глюкокортикоиды (коротким курсом).

Задача №15.

Пациент, 48 лет, обратился к хирургу поликлиники в июле текущего года в связи с образованием умеренно болезненной припухлости в правой паховой области, причиняющей неудобства при ходьбе. При осмотре состояние пациента удовлетворительное (хотя несколько дней назад испытывал недомогание, познабливание, утомляемость), температура тела 37,2°C, пульс удовлетворительных свойств, 72 уд. в мин., АД 130/80 мм рт.ст. В правой паховой области определяется группа увеличенных лимфатических узлов, составляющих подвижный инфильтрат (3 x 4 см), чётко отграниченный от окружающих тканей, умеренно болезненный при пальпации, с лёгкой гиперемией кожных покровов над ним. Лимфангит не выявлен. В области икроножной мышцы определяется язвочка, покрытая сухой корочкой (место расчёса укуса насекомого давностью около недели).

Назначена антибактериальная терапия ампициллином (1,0 x 4 р/день на 5-7 дней). На фоне лечения инфильтрат в паховой области приобрёл насыщенно багровое окрашивание, появилась флюктуация, сохранялась подвижность инфильтрата, умеренная болезненность. Кроме того, в течение последующей недели у больного увеличились до 1 см лимфоузлы справа по переднебоковой поверхности грудной клетки и размером с грецкий орех в правой подмышечной области.

При осмотре: лимфоузлы безболезненные, подвижные. На передней поверхности грудной клетки справа обнаружена также язвочка размером в 0,5 см, с приподнятыми плотными краями, со скудным серозно-геморрагическим отделяемым, безболезненная.

На месте прежней корочки на голени образовался рубец (около 0,5 см). Температура тела 38,2°C, в гемограмме: лейкоцитоз – 4000, п/я – 8%, с/я – 40%, лимф. – 42%, мон. – 10%,

СОЭ – 12 мм./час.

1. Сформулируйте и обоснуйте Ваш предполагаемый диагноз.
2. Какие данные эпиданамнеза и за какой временной период Вам необходимо выяснить.
3. Ваша тактика в отношении данного пациента.

Эталоны ответов к задаче №15.

1. Заподозрить туляремию можно по наличию кожных проявлений и сопутствующего им регионарного лимфаденита с типичной характеристикой бубона (отсутствие лимфангита, спаянности между отдельными лимфоузлами и окружающими их тканями, воспалительных изменений кожи и подкожной клетчатки, слабая болезненность). Заболевание протекает с умеренной интоксикацией, на фоне нормоцитоза, относительного лимфоцитоза. Отсутствует эффект от использования полусинтетических пенициллинов, о чем свидетельствует появление нового первичного аффекта (язва и регионарный лимфаденит) на грудной клетке и сохранение лихорадки. Т.о. можно сформулировать предварительный диагноз: “Туляремия, ульцерогландулярная форма, среднетяжёлое течение”.

2. Ульцерогландулярная форма туляремии предполагает трансмиссивный или контактный пути заражения с инкубационным периодом от нескольких дней до 2-3 недель. Учитывая летний сезон, следы укусов кровососущих насекомых (вероятнее всего слепней) на кожных покровах, следует целенаправленно уточнить сроки пребывания пациента в сельской местности.

3. Целесообразна госпитализация больного в инфекционный стационар для проведения этиологической диагностики, квалифицированного лечения. Следует рекомендовать серологическое обследование в динамике, как наиболее доступный и информативный метод на 2-3 неделях заболевания. Для антибактериальной терапии могут быть использованы аминогликозиды, пролонгированные препараты тетрациклинового ряда, хлорамфеникол или рифампицин в средних терапевтических дозах сроком не менее 14 дней. Учитывая наличие флюктуации в паховом бубоне, показано хирургическое вмешательство.

Задача №16.

Больная, 43 лет, в период эпидемического подъёма заболеваемости дифтерией госпитализирована на 2-й день болезни с диагнозом “Распространённая дифтерия ротоглотки”. Заболевание началось остро с озноба, повышения температуры до 38,7°C, болей в горле, появления припухлости в подчелюстной области.

При осмотре: температура тела 38,2°C, пульс 68 уд/мин., АД 100/70 мм рт. ст. Лёгкая одутловатость и гиперемия кожных покровов лица, инъекция сосудов склер, асимметрия шеи за счёт значительного увеличения лимфоузлов в левой подчелюстной области. Рот открывает свободно, левая миндалина увеличена в объёме до II степени, застойно гиперемирована, на её передней поверхности – участок некроза размером до 0,7 см с распространением на дужку, покрытый грязно-серым налётом, плотно спаянным с подлежащей тканью.

Проведена специфическая детоксикационная терапия – введено 30 000 МЕ противодифтерийной сыворотки, назначена терапия пенициллином. На фоне улучшения общего состояния больной (нормализация температуры, уменьшение гиперемии и размеров миндалины, при сохранении скудного налёта на ней) в течение недели отмечалось дальнейшее увеличение лимфоузлов в левой подчелюстной области. Конгломерат лимфоузлов достиг размеров куриного яйца, при этом сохранялась их чёткая отграниченность от окружающих тканей, слабая болезненность, кожные покровы над ними сохраняли нормальный цвет.

Бактериологическое исследование мазков из зева на дифтерию дало отрицательный результат.

При сборе эпиданамнеза установлено, что семья имеет дом в деревне, содержит сельскохозяйственных животных (коровы, овцы, кролики), использует в пищу сырое молоко. В районе зарегистрированы случаи заболевания туляремией.

1. Насколько правомерен диагноз дифтерии в данном случае?
2. Выберите методы лабораторной диагностики заболевания.
3. Определите тактику ведения больной.

Эталонные ответы к задаче №16.

1. Обследованию на дифтерию проводят всем больным ангинами. Острое начало заболевания с выраженной интоксикацией, боли в горле, признаков одностороннего тонзиллита с наличием фибринозного налёта, выходящего за пределы миндалины, увеличение регионарных лимфоузлов дают основание для предварительного диагноза дифтерии ротоглотки, особенно с учётом эпидемического подъёма заболеваемости.

Вместе с тем, при поступлении больной выявлены признаки не типичные для дифтерии: гиперемия лица и его одутловатость, инъекция сосудов склер, относительная брадикардия.

Дальнейшее течение заболевания делает диагноз дифтерии ещё более сомнительным:

при уменьшении явлений тонзиллита нарастает выраженность регионарного лимфаденита, при этом отсутствует отёк клетчатки в области увеличенных лимфоузлов, сохраняются их подвижность и чёткость контуров при значительных размерах конгломерата лимфоузлов (бубона).

Всё вышеизложенное в сочетании с отрицательными результатами бактериологического обследования на дифтерию даёт основание для дифференциальной диагностики с заболеваниями, протекающими со специфической ангиной и лимфаденитом, в первую очередь с туляремией, учитывая данные эпиданамнеза и возможность пищевого пути заражения.

2. Наиболее вероятно получить серологическое подтверждение туляремии используя РА и/или РНГА. Бактериологическое исследование мазка из ротоглотки на туляремию потребует дорогостоящих сред и длительного периода культивирования.

3. Пациентка должна быть немедленно переведена из профильного дифтерийного отделения на боксированное ввиду наличия контактов с больными дифтерией. Показана антибактериальная терапия (аминогликозиды, тетрациклины, рифампицин, левомицетин).

Задача №17.

Родственники пациентки 30-ти лет обратились за медицинской помощью по “03” в связи с наличием у неё высокой лихорадки, интенсивной головной боли, головокружения, обморочных состояний, резко болезненной припухлости в правой подмышечной области. Осмотрена врачом скорой помощи на 3-й день болезни. Больная не вполне адекватна, путается в ответах, излишне суетлива, речь сбивчива, отдельные слова не разборчивы. Температура тела 39,8°C. Лицо яркое, одутловато, веки припухшие, склеры, конъюнктивы гиперемированы. Слизистые рта сухие, язык обложен густым белым налётом. Тахикардия 120 уд. в 1 мин., пульс неравномерного наполнения, АД 90/60 мм рт.ст., тоны сердца значительно приглушены, единичные экстрасистолы. В процессе осмотра в области плеча в месте наложения манжеты тонометра появились единичные геморрагии. Правая рука в вынужденном, отведённом положении. В правой аксиллярной области определяется массивный, малоподвижный, резко болезненный плотный инфильтрат, кожа над ним ярко гиперемирована, напряжена, в центре багрово-красной окраски, контуры инфильтрата не имеют чётких границ.

Со слов родственников заболела спустя 2 дня после возвращения из паломнической поездки из Юго-восточной Азии, где находилась в течение 10 дней. Первоначально участковый врач на основании острого начала заболевания с повторяющихся ознобов, высокой лихорадки заподозрил простудное заболевание, назначил жаропонижающие

средства. Однако появление болей в подмышечной области, а затем быстрое, начиная со второго дня высокой лихорадки, формирование инфильтрата в этой области вызвали сомнения родственников в диагнозе “ОРВИ”.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Укажите неправильность действия участкового врача.
3. Определите тактику ведения больной в стационаре.

Эталон ответов к задаче №17.

1. Учитывая скорость нарастания и тяжесть интоксикации (симптомы энцефалопатии, повторные ознобы, высокую лихорадку, тахикардию, снижение артериального давления, шок индекс, превышающий единицу, глухость сердечных тонов, экстрасистолию, положительные результаты пробы жгута) следует расценить состояние больной, как тяжёлое, обусловленное развитием генерализованной воспалительной реакции.

Последующее быстрое формирование в аксиллярной области резко болезненного инфильтрата с нечёткими контурами и признаками геморрагического воспаления, позволяют заподозрить чумной бубон. Учитывая возвращение больной из десятидневной поездки по Юго-Восточной Азии за 2 дня до начала заболевания следует заподозрить чуму, сформулировать предварительный диагноз: “Чума, бубонная форма, тяжёлое течение”.

2. Больная подлежит срочной обязательной госпитализации в боксированное отделение инфекционной больницы для обследования и лечения. Эти мероприятия должен был инициировать участковый врач. Учитывая факт пребывания больной в странах Юго-Восточной Азии, возможно в природных очагах чумы, геморрагических лихорадок, острое начало заболевания с ознобов, высокой лихорадки, являются основанием для госпитализации больного в индивидуальный бокс с диагнозом “Лихорадка неясной этиологии” в случае соответствия сроков заболевания и длительности инкубационного периода предполагаемого заболевания.

3. Для подтверждения диагноза следует провести бактериоскопическое, бактериологическое исследования крови, мазка из зева, пунктата из периферической части бубона, а также поставить биологическую пробу на морских свинках. Кроме того, для объективизации степени тяжести необходимы исследования гемограммы, биохимических показателей, КЩС и газового состава крови, гемостаза, рентгенография грудной клетки.

4. Учитывая быстро прогрессирующее течение заболевания, тяжелое состояние больной, сразу после забора материала для бактериологического исследования следует начать антибактериальную терапию стрептомицином по 1,0 в/м х 2 раза в день с последующей комбинацией его с доксициклином. Одновременно проводить

дезинтоксикационную инфузионную терапию с использованием кристаллоидных и коллоидных растворов.

Задача №18.

Больной, 37 лет, заболел остро вечером: озноб, сильная головная боль, слабость, тошнота, подъем температуры до 39,5°C. Утром в области правых стопы и голени заметил покраснение и отёк. Участковый врач начал амбулаторное лечение больного на дому: тетрациклин, жаропонижающие препараты, компрессы с димексидом. На фоне лечения антибиотиками температура сохранялась высокой на протяжении 4-х дней. В связи с отсутствием эффекта от лечения, больной направлен на госпитализацию.

Объективно на 6 д.б.: температура 39,7°C, ЧСС 108 в мин., АД 10/70 мм рт.ст.. В области правых голени и стопы яркая эритема с чёткими неровными контурами, выраженный отек, множественные мелкие геморрагии, в н/3 голени пузырь с серозно-геморрагическим содержимым, множественные мелкие пузыри, регионарный лимфаденит. Появились боли в области правой стопы в покое. При пальпации в области тыла стопы – болезненность и уплотнение. К 8-му д.б. в области тыла стопы – выбухание, флюктуация.

За несколько дней до заболевания стриг ногти и поранил большой палец правой стопы.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Оцените достаточность и адекватность терапии участкового врача.
3. Укажите особенность течения данного случая заболевания.
4. Определите тактику ведения больного.

Эталон ответов к задаче №18.

1. Учитывая острое начало болезни, развитие интоксикации, появление очага эритемы на фоне отёка с чёткими границами, неровными очертаниями, на правой голени и стопе на 1-е сутки болезни, развитие регионарного лимфаденита, появление впоследствии в очаге геморрагий и булл, можно предположить у больного первичную буллёзно-геморрагическую рожу правой нижней конечности, III. Для уточнения формы диагноза требуется выяснить наличие эпизодов рожи в анамнезе.

2. Терапия, назначенная в условиях поликлиники недостаточна: выбран неэффективный антибиотик, местно неправильно назначены компрессы, которые могли усугубить течение заболевания и привести к осложнениям.

3. Заболевание осложнилось формированием абсцесса тыла стопы.

4. Больному показана консультация хирурга с возможной последующей госпитализацией в гнойное хирургическое отделение для оперативного лечения.

Задача №19.

Студент, 20 лет, проживающий в общежитии, заболел 10.02. Температура повысилась до 38,0°C, появились головная боль, слабость, снижение аппетита. На 3-й день болезни на коже туловища и лица замечена мелкопятнистая сыпь, что послужило причиной обращения к участковому терапевту, был направлен в инфекционную больницу с диагнозом «краснуха».

При осмотре в приёмном отделении: температура 39,0°C, больной вял, адинамичен. На коже волосистой части головы обнаружены единичные плотные однокамерные везикулы, на коже туловища и конечностей обильная пятнисто-папулёзная сыпь. Зев умеренно гиперемирован, единичные афты на мягком нёбе. Пульс 94 удара в минуту, АД – 110/70 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Менингеальной и очаговой симптоматики не выявлено. Физиологические отправления в норме.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз врача приёмного покоя.
2. Какие данные эпиданамнеза и за какой временной период необходимо выяснить у больного?
3. Врачебная тактика в отношении данного больного.

Эталон ответов к задаче №19.

1. Диагноз «ветряная оспа, среднетяжелое течение» следует поставить на основании начала заболевания с продромального периода длительностью в 2 дня, протекающего с умеренной интоксикацией, повышения температуры с момента появления экзантемы на 3-й день болезни, распространение сыпи в 1 день ее появления на лицо, волосистую часть головы, туловище и конечности, характер экзантемы – одновременное наличие пятен, папул, везикул (ложный полиморфизм). Особенность данного случая, явившегося причиной ошибочной диагностики краснухи, состоит в наличии продромального периода, что встречается редко, появлении сыпи только на 3 сутки болезни, отсутствие типичных везикулёзных элементов на момент первичного осмотра пациента.

2. Необходимо выяснить болел ли пациент раньше ветряной оспой, был ли он вакцинирован, имел ли контакты с больными ветряной оспой в рамках максимального инкубационного периода (23 дня) до момента заболевания. При отсутствии прямых контактов, учитывая возможность вируса с потоками воздуха распространяться на большие расстояния, уточнить, не болел ли кто-нибудь в подъезде жилого дома, не проходил ли мимо ребёнка, сыпь которого обработана зелёной.

3. Данному больному показана госпитализация по клиническим и эпидемическим

показаниям. Патогенетическая терапия: дезинтоксикационная терапия в виде обильного дробного питья под контролем диуреза, витаминотерапия, жаропонижающие средства, обработка везикул 1% раствором бриллиантового зелёного, полоскание ротовой полости водным раствором фурациллина в концентрации 1:5000. Может быть выписан из больницы после клинического выздоровления не ранее 5 дня с момента появления последней везикулы.

Задача №20.

Пациентка 26 лет, беременность 6 месяцев. Первому ребенку 4 года (посещает детский сад). Обратилась к врачу на 3-й день болезни ввиду повышения температуры до 38,4°C, значительного увеличения количества новых элементов сыпи (единичные высыпания появились одновременно с повышением температуры на первый день болезни). На момент осмотра: температура тела 38,0°C. На коже волосистой части головы, лице, туловище, множественная, полиморфная - макуло-папуло-везикулёзная сыпь. Слизистая ротоглотки умеренно гиперемирована, в области дужек единичные везикулы и эрозии. Пульс 84 удара в минуту, АД 120/70. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие данные эпидемиологического анамнеза следует уточнить?
3. Тактика ведения больной. Прогноз беременности.
4. Может ли ребенок посещать детский сад?

Эталоны ответов к задаче №20.

1. Ветряная оспа, среднетяжёлое течение. Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания с интоксикационного синдрома с одновременным появлением типичной сыпи.

2. Болела ли раньше пациентка ветряной оспой? Были ли контакты с больными ветряной оспой за 23 дня до начала заболевания? Не вводился ли беременной пациентке с профилактической целью донорский иммуноглобулин? Имели ли место случаи заболевания ветряной оспой в детском саду? Имел ли ребенок контакт с больным ветряной оспой в детском саду?

3. Показана госпитализация в инфекционный стационар для наблюдения динамики развития инфекционного заболевания у беременной. В случае утяжеления состояния и/или развития осложнений (менингоэнцефалит, вирусная пневмония) показано безотлагательное начало противовирусной терапии. Прогноз для развития плода при заболевании ветряной оспой в эти сроки беременности благоприятный - пороки развития плода формируются крайне редко;

4. В случае, если ребенок имеет контакт с заболевшими ветряной оспой в детском саду, посещение им детского сада продолжается. Если в детском саду контактов у ребёнка не было, следует изолировать его от посещения детского сада на срок с 10 по 23 дни от момента контакта с больной матерью.

Задача №21.

Участковый врач вызван к пациенту 19 лет, который в первый день заболевания предъявляет жалобы на повышение температуры тела 37,9°C, слабость, значительные боли в горле при глотании, возникшие этой ночью. При осмотре: умеренная бледность кожных покровов, подчелюстные лимфоузлы умеренно болезненны, увеличены до 1-1,5 см, больше справа. Шея симметрична, рот открывает свободно. Слизистая ротоглотки умеренно гиперемирована в области дужек, миндалины увеличены, шаровидной формы, почти смыкаются по средней линии, покрыты студенистым сукровичным отделяемым. Голос слегка сдавлен. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено. Сердечно-сосудистая деятельность удовлетворительная.

Из анамнеза известно, что ранее ангинами не болел, практически здоров, привит по возрасту. Младший брат перенёс ангину, сегодня получено сообщение о выделении у него токсигенного штамма коринебактерии дифтерии.

1. Очертите круг дифференциально-диагностического поиска.
2. Сформулируйте предварительный диагноз
3. Определите и обоснуйте тактику врача поликлиники в отношении пациента.
4. Укажите необходимые лабораторные исследования для уточнения диагноза.
5. Укажите предположительный прогноз заболевания.

Эталон к задаче №21.

1. Дифференциальная диагностика возможна между дифтерией ротоглотки и ангинами другой этиологии.

2. О дифтерии ротоглотки следует думать на основании документированного контакта с бактериовыделителем токсигенного штамма коринебактерии дифтерии, острого развития заболевания с интенсивных болей в горле, повышения температуры, слабости, объективных признаков тонзиллита: значительного увеличения размеров миндалин, их шаровидной формы, что может свидетельствовать об отёке миндалин; наличие студенистого сукровичного отделяемого с поверхности миндалин в первые сутки заболевания, когда ещё не сформировался типичный фибринозный налёт. На момент осмотра отсутствие отёка

слизистой ротоглотки, подкожной клетчатки в области регионарных лимфатических узлов и за их пределами позволяет думать о нетоксической форме дифтерии.

3. Врач поликлиники должен оформить наряд на госпитализацию пациента в инфекционный стационар для динамического наблюдения, учитывая возможность отрицательной динамики в его состоянии (формирования и распространения фибринозного налёта, появления отёка мягких тканей ротоглотки и шеи, признаков поражения гортани, ранних осложнений дифтерии), назначения адекватного обследования и лечения.

4. Подтверждение диагноза следует ожидать на основании бактериологического обследования - посева отделяемого с миндалин на кровяную теллурит-содержащую среду.

5. Весьма вероятен благоприятный прогноз заболевания, т.к. практически здоровый пациент 19 лет привит по возрасту, т.е. получил последнюю ревакцинацию АДС-М 2-3 года назад, что даёт основание предполагать наличие у него поствакцинального анитоксического иммунитета.

Задача №22.

Больной 42-х лет доставлен в приёмный покой инфекционного стационара на 6-ой день болезни с предварительным диагнозом: дифтерия ротоглотки. Из анамнеза известно, что пациент ведёт асоциальный образ жизни, нищенствует на вокзалах, злоупотребляет алкоголем.

Объективно: Сознание сохранено, вербальному контакту доступен, во времени и месте ориентирован не вполне. Положение вынужденное сидячее с опорой на кисти рук, голова несколько откинута назад. Афония, кашель частый, непродуктивный, глухой. Кожные покровы бледные, тёплые, температура тела 37,9°C. Лицо одутловато, шея значительно увеличена в объёме за счёт плотного безболезненного отёка подкожно-жировой клетчатки, который распространяется на переднюю поверхность грудной клетки до 3-его ребра. Подчелюстные лимфатические узлы не доступны пальпации. В месте их предполагаемой проекции – геморрагическое пропитывание тканей. Речь смазана, слюна с примесью крови вытекает изо рта. Рот открывает свободно. Слизистая ротоглотки застойно гиперемирована, отёчна, анатомические образования ротоглотки мало различимы, т.к. покрыты плотным блестящим налётом грязно-серого цвета с геморрагическим пропитыванием. С периферии налёт отслаивается от слизистой, которая легко ранима, кровоточит. Просвет зева сужен до 1,5 см. Специфический сладковатый запах изо рта. Дышит шумно, открытым ртом, со свистом. Дыхание затруднено и удлинено на вдохе, при этом крылья носа раздуваются, втягиваются межрёберные промежутки. ЧДД 14 в мин. Дыхание над всей поверхностью лёгких резко ослаблено. Тоны сердца глухие, аритмичные. Пульс 120 ударов в минуту. АД

160/100 мм рт.ст. Мочился мало, последний раз - вчера.

1. Выделите ведущие симптомы заболевания
2. Обоснуйте тяжесть течения заболевания и возможные причины, объясняющие состояние больного .
3. Сформулируйте предположительный диагноз.
4. Наметьте и обоснуйте тактику ведения больного.

Эталон к задаче №22.

1. Ведущими проявлениями заболевания являются: а) тонзиллит, сопровождаемый фибринозно-некротическими изменениями в ротоглотке, регионарным лимфаденитом, серозно-геморрагическим периаденитом; б) поражение гортани, сопровождаемое развитием стеноза, дыхательной недостаточности; в) поражение миокарда, проявляющееся глухостью сердечных тонов, аритмией; в) развитие почечной недостаточности; г) развитие энцефалопатии, предположительно метаболического генеза.

2. Состояние больного следует расценить как тяжёлое, обусловленное развитием полиорганной недостаточности.

3. Комбинированная токсическая дифтерия ротоглотки III степени и дыхательных путей, стеноз гортани. Острый миокардит. Острый нефроз.

4. Больной подлежит госпитализации в ОРИТ инфекционного стационара. Учитывая наличие стеноза гортани, значительное сужение просвета зева, признаки начинающиеся отторжения налёта, что может вызвать моментальную полную обтурацию дыхательных путей, больному показана экстренная трахеотомия. Специфическая сыворотка должна быть введена в дозе 150 000 МЕ в/м. т.е. с превышением на 30 000 МЕ в виду наличия комбинированного поражения. Показана неспецифическая детоксикационная терапия с целью коррекции метаболических нарушений, коррекции гемостаза, антибактериальная терапия препаратами широкого спектра (полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, фторхинолоны). Необходим мониторинг КЩС, электролитов, газового состава крови, креатинина, мочевины, гемограммы.

Рентгенологическое исследование грудной клетки, в перспективе бронхоскопия.

Задача №23.

Пациентка 15 лет, обратилась в поликлинику на четвертый день болезни с жалобами на повышение температуры тела до 39,2°C, боли в горле, заложенность носа, затруднение

носового дыхания, слабость, недомогание, отсутствие аппетита. Высокая лихорадка и вышеуказанные симптомы сохранялись все последующие дни. Амбулаторно назначено лечение флемоксином по поводу катаральной ангины.

Отсутствие эффекта от проводимой терапии в течение 4 дней послужило поводом для повторного обращения в поликлинику.

На 8-й день болезни - состояние средней степени тяжести. Температура тела 39,6°C. Кожные покровы бледные, «тени» под глазами, лицо одутловато, веки пастозны («аденоидное лицо»), дышит открытым ртом из-за заложенности носа (отделяемого практически нет). В ротоглотке разлитая гиперемия слизистой, миндалины гипертрофированы (смыкаются по средней линии) на поверхности миндалин - преимущественно справа - налёты беловато-желтого цвета, с трудом снимающиеся шпателем. Визуально определяются увеличенные (до 2-3 см) передне- и заднешейные лимфатические узлы; пальпаторно дополнительно обнаружено увеличение (до 1-2 см) над- и подключичных, подмышечных и паховых лимфатических узлов. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, пальпируется нижний полюс селезенки.

1. Обоснуйте и сформулируйте предположительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику ведения больной.

Эталон к задаче №23.

1. Длительная высокая лихорадка (свыше 1 недели), симптомы интоксикации, характерный внешний вид больного – «аденоидное лицо», трансформация катарального тонзиллита на лакунарный к 8 дню заболевания, несмотря на проведенную терапию флемоксином, наличие генерализованной лимфоаденопатии, гепатолиенального синдрома дают основание предположить инфекционный мононуклеоз.

2. Для уточнения диагноза необходимо оценить показатели гемограммы (лейкоцитоз с абсолютным лимфоцитозом, обнаружение атипичных мононуклеаров более 12%), положительная реакция гетероагглютинации Хофф-Бауэра, обнаружение в ИФА антител к вирусу Эпштейн–Бара анти-VCA-IgM, анти-EA IgG. В случае отсутствия положительных результатов рутинных методов исследования можно прибегнуть к определению ДНК вируса в слюне, крови методом ПЦР. Необходимо также провести биохимическое исследование крови с определением показателей активности aminотрансфераз, лактатдегидрогеназы и билирубинового обмена, бактериологическое исследование мазков из зева для исключения дифтерии ротоглотки.

3. Целесообразна госпитализация больной в инфекционный стационар для верификации диагноза, наблюдения и лечения. Лечение предусматривает соблюдение постельного режима на весь острый период заболевания. Наличие лакунарной ангины требует назначения антибиотиков (кроме пенициллинаминов), НПВП, десенсибилизирующей терапии.

Задача №24.

Больной К., 19 лет, поступил в ЛОР отделение городской больницы на 5 день болезни с диагнозом «острый гнойный подчелюстной лимфаденит справа». Заболевание связывает с употреблением очень холодной воды (как обычно, пил с приятелями из «горлышка» общей бутылки после тренировки), после чего на следующий день с ознобом повысилась температура тела до 39,8°C, появились боли в горле при глотании, справа в подчелюстной области увеличился (до 3 см в поперечнике) лимфатический узел. В ОАК: Нб 141г/л, лейкоциты 20,3 тыс., СОЭ 16мм/час. С диагностической целью экстренно была произведена пункция лимфатического узла - гноя не обнаружено. Получал антибактериальную терапию макролидами, на фоне которой появились симптомы лакунарно-пленчатого тонзиллита. Гемограмма лейкоциты $18,2 \times 10^9/\text{л}$, п/я – 5%, с/я 21%, лимфоциты 56%, моноциты 18%, СОЭ 28 мм/час. Пациент переведен в инфекционный стационар с диагнозом «инфекционный мононуклеоз?».

1. Что дало основание заподозрить у пациента инфекционный мононуклеоз?
2. Какие клинические симптомы следует выявлять при подозрении на инфекционный мононуклеоз?
3. Что могло послужить причиной ошибочной госпитализации больного в ЛОР отделение?
4. Какое значение могут иметь данные эпикриза?

Эталон к задаче №24.

1. Дальнейшее прогрессирование заболевания на фоне проводимой антибактериальной терапии (сохранение лихорадки, развитие гнойно-некротических изменений в ротоглотке), отсутствие гноя в пунктате увеличенного лимфатического узла, абсолютный лимфоцитоз в гемограмме дают основание высказать предположение о инфекционном мононуклеозе. У больного определяются ведущие симптомы заболевания: интоксикационный синдром (подъем температуры, слабость, снижение аппетита, потливость, нарушение сна), катаральный (разлитая гиперемия ротоглотки, гипертрофия

миндалин до 2–3 степени, наличие характерных налётов на миндалинах лакунарно-некротического характера, заложенность носа, увеличение лимфоузла из шейной группы.

2. При подозрении на инфекционный мононуклеоз в процессе осмотра больного следует обратить внимание на его внешний вид («аденоидное лицо»), выявить гиперерплазию лимфатических узлов следующих групп: тонзиллярных, передне- и заднешейных, подмышечных и паховых, которые имеют эластическую консистенцию, располагаются как в виде множественных цепочек, так и одиночно, умеренно болезненные при пальпации, подвижные, кожные покровы над ними не изменены, флюктуации нет. В разгаре заболевания определяется гепатоспленомегалия, возможно развитие желтухи, появление экзантемы.

3. Причиной ошибочной диагностики гнойного лимфаденита могло послужить отсутствие полной клинической симптоматики инфекционного мононуклеоза на ранних сроках заболевания, недостаточное лабораторное обследование при поступлении (отсутствие развернутой гемограммы).

4. В диагностике инфекционного мононуклеоза данные эпиданамнеза обычно мало информативны. Однако имеющийся факт привычного употребления пациентом воды из общей посуды не исключает возможность реализации заражения ЭБВ через слюну бессимптомного носителя вируса.

Задача №25.

Пациентка 25 лет, воспитательница детского сада, больна 7 дней: высокая лихорадка, слабость, головная боль, светобоязнь, слезотечение, насморк, саднение в горле, осиплость голоса, непродуктивный «надсадный» кашель.

По «03» госпитализирована в инфекционную больницу с диагнозом: «Грипп, тяжёлое течение». При осмотре в приёмном отделении температура тела 39,5°C. Лицо одутловато, веки припухшие. Инъекция сосудов склер, выраженная гиперемия конъюнктив, слезотечение. Обильные слизистые выделения из носа. В ротоглотке яркая диффузная гиперемия слизистых. На слизистой оболочке щек напротив нижних моляров обнаружены гнездные скопления мелких белесоватых пятен, слегка возвышающиеся над гиперемизированной поверхностью. В заушной области единичные элементы крупной пятнистой сыпи. Шейные лимфоузлы увеличены до размеров горошин, безболезненны при пальпации. Язык сухой, умеренно обложен белым налетом. В лёгких дыхание везикулярное, с жёстким оттенком, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, чистые, ясные. Пульс 100 ударов в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

Гемограмма: гемоглобин 110 г/л, лейкоциты $3,4 \times 10^9/\text{л}$. п/я 3%, с/я 47%, лимфоциты 35%, моноциты 15%, СОЭ 12 мм/час.

1. Определите круг диагностического поиска.
2. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные клиничко-анамнестические данные могут свидетельствовать в пользу Вашего предположения?
4. Лабораторная верификация диагноза.

Эталон ответа к задаче №25.

1. Заболевание следует дифференцировать с гриппом, парагриппом, аденовирусной инфекцией, инфекционным мононуклеозом.
2. Учитывая начало болезни с катарального периода продолжительностью 6 дней, характерный вид больной (одутловатость лица, явления конъюнктивита, склерита, ринита), выявление на слизистой ротоглотки характерной для начального периода кори энантемы (пятен Бельского-Филатова-Коплика), первые признаки экзантемы – крупной пятнисто-папулёзной сыпи в заушной области, изменения гемограммы (лейкопения, нейтропения, лимфоцитоз) следует предположить диагноз: «корь, период сыпи».
3. Выяснить эпидемиологическую обстановку по месту работы, перенесенные пациентом инфекционные заболевания (в том числе – детские), сведения о прививках против кори в анамнезе. В дальнейшем подтверждением подозрения на корь может служить этапность появления и угасания сыпи, эволюция её элементов.
4. Подтверждение диагноза «корь» возможно на основании выявления методом ИФА специфических противокоревых иммуноглобулинов класса IgM.

Задача №26.

Пациентка 17 лет, находится на амбулаторном лечении по поводу кори. На 5-й день с момента появления экзантемы лихорадка сохранялась на высоких цифрах, беспокоила головная боль, головокружение, сонливость, была однократная рвота. Бригада «03» вызвана родственниками ввиду развития у больной судорожного синдрома с потерей сознания. Больная доставлена в инфекционную больницу. При поступлении в приёмное отделение состояние расценено как тяжёлое, пациентка вербальному контакту недоступна, на болевые раздражения реагирует стоном. Мышечный гипертонус, патологические рефлексы положительные. Умеренно выраженная ригидность затылочных мышц, симптом Кернига слабо положительный. Миоклония. Глотательный и роговичный рефлекс сохранены. Симптом «плавающих» глазных яблок, непроизвольное мочеиспускание. На коже туловища, конечностей обильная пятнисто-папулёзная, местами сливная сыпь в стадии угасания. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. АД 120/80 мм рт. ст. ЧДД – 28 в минуту. В лёгких дыхание жёсткое, над всей поверхностью выслушиваются сухие

хрипы.

1. Укажите период заболевания корью.
2. С чем связано ухудшение состояния больной?
3. Лечебно-диагностическая тактика в отношении пациентки.

Эталон ответа задачи №26.

1. Больная находится в конце периоде сыпи.
2. Ухудшение состояния больной - её заторможенность, с последующим развитием на фоне высокой лихорадки судорожного синдрома с потерей сознания, выявленная неврологические симптомы, соответствующие коме I-й стадии, дают основание предположить редко встречаемое осложнение кори – менингоэнцефалит, отёк головного мозга.
3. Показана экстренная госпитализация больной в реанимационное отделение инфекционной больницы для лечения, коррекции метаболических расстройств, профилактики дальнейшего прогрессирования отёка мозга, снятия судорожного синдрома, гипертермии. При необходимости – использование ИВЛ. Для исключения бактериального характера менингоэнцефалита требуется проведение исследования ликвора, а также рентгенологическое исследование органов грудной клетки, придаточных пазух носа с последующим осмотром оториноларингологом. Для уточнения характера и объема поражения структур мозга показано проведение ЭХО, ЭЭГ, компьютерной томографии, МРТ.

Задача №27.

Пациент, 19 лет, считает себя больным с 6.06, когда заметил небольшую болезненность и увеличение затылочных, шейных групп лимфоузлов. 8.06. температура тела повысилась до 37,5°C, 9.06. заметил сыпь на лице. Была вызвана бригада скорой помощи.

Объективно: слизистая ротоглотки умеренно гиперемирована, нёбные миндалины не увеличены, налётов нет. На коже лица, туловища и верхних конечностей обильная мелкопятнистая сыпь на неизменённом фоне. Пальпируются увеличенные затылочные и шейные лимфоузлы до 1 см в диаметре, умеренно болезненные.

1. Укажите симптомы типичные для клинической картины краснухи?
2. Какие анамнестические сведения необходимо уточнить у больного?
3. Тактика в отношении дальнейшего ведения больного?
4. Противоэпидемические мероприятия?

Эталон решения задачи №27.

1. Острое развитие заболевание с увеличения шейных и затылочных лимфоузлов,

умеренной интоксикации, появления мелкопятнистой сыпи на неизменном фоне кожных покровов на лице, с быстрым распространением её на туловище и конечности в течение одних суток.

2. Выяснить по данным эпидемиологического анамнеза возможный источник инфекции в рамках максимального инкубационного периода, сведения о ранее перенесенных заболеваниях и прививках, аллергологический анамнез, учитывая возможность токсико-аллергические реакции на лекарственные препараты.

3. Учитывая удовлетворительное состояние больного, отсутствие отягощенного преморбидного фона и эпидпоказаний больной может лечиться амбулаторно, соблюдая домашний режим и получая симптоматическую терапию.

4. Противозидемические мероприятия включают: изоляцию больного до 7 дня с момента появления сыпи, наблюдение за контактными лицами в течение 3 недель; наличие среди контактных лиц беременной определяет необходимость проведения её серологического обследования на краснуху.

Задача №28.

Пациентка, 27 лет, находится в декретном отпуске, обратилась в поликлинику по поводу болезненности в суставах кистей и стоп, которые беспокоят в течение недели. Накануне перенесла ОРЗ на ногах, одновременно болел ребенок (небольшой кашель, насморк, продолжал посещать детский сад, в котором были зарегистрированы 2 случая краснухи). Объективно установлено незначительное увеличение суставов кистей и стоп в объёме, сглаженность их контуров, ограничение подвижности из-за боли, гиперемия кожи над измененными суставами.

1. Выскажите Ваши предположения по поводу возможной этиологии полиартрита.
2. Назначьте обследование беременной.
3. Оцените риск патологии плода в случае установления диагноза краснухи.

Эталон ответа к задаче №28.

1. Перенесенное ОРЗ накануне появления суставного синдрома, не исключает развитие инфекционно-аллергического полиартрита любой этиологии. Однако, учитывая общение беременной с ребенком контактным по краснухе, можно думать об атипичном течении краснухи у беременной, осложнившейся развитием полиартрита.

2. Больная подлежит серологическому обследованию на наличие специфических антител классов IgM и IgG, с обязательным определением индекса авидности.

3. В третьем триместре беременности риск инфицирования плода составляет около 10% и не сопровождается формированием врожденных уродств плода.

Задача №29.

Пациент, 15 лет, вчера вернулся из спортивного лагеря, где находился в период зимних каникул.

Сегодня в 7⁰⁰ часов утра у пациента появились боли в горле, головная боль, слабость, температура тела повысилась до 38,5°C. Около 12.00 часов появилась мелкоточечная сыпь - сначала на коже лица, шее с быстрым распространением на туловище и конечности.

При осмотре участковым врачом: температура 37,9°C, кожные покровы гиперемированы, сухие на ощупь. Определяется обильная мелкоточечная сыпь с единичными петехиями, более насыщенная по бокам туловища, внизу живота, на сгибательных поверхностях конечностей, в естественных складках кожи (подмышечные, паховые, локтевые, подколенные области). При надавливании элементы сыпи исчезают, затем появляются вновь. Носогубный треугольник бледный, сыпи нет. Определяется белый дермографизм. Пальпируются несколько увеличенные, слегка болезненные переднешейные лимфатические узлы. Слизистая оболочка ротоглотки ярко гиперемирована в области дужек, задней стенки глотки, язычка, мягкого нёба. Небные миндалины увеличены до I степени, ярко гиперемированы, налетов нет. Язык сухой, густо обложен белым налётом.

В лёгких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны ясные, ритм правильный. АД – 110/70 мм рт.ст., пульс 100 удара/мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Физиологические отправления в норме.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите патогномоничные для данного заболевания симптомы, выявленные при осмотре.
3. Определите тактику ведения больного.

Эталон к задаче №29.

1. В данном случае следует диагностировать скарлатину типичного лёгкого течения.

Диагноз поставлен на основании совокупности клинических проявлений: в типичных случаях в первый день болезни диагностическими критериями скарлатины являются наличие интоксикации, тонзиллита, сыпи.

Данные эпиданамнеза указывают на факт пребывания в молодёжном (детском) коллективе, где в пределах инкубационного периода возможны контакты с больными асимптомной стрептококковой инфекцией или с носителями ГСА.

2. У пациента выявлены патогномоничные симптомы: Филатова (бледный носогубный треугольник), Пастиа (сгущение сыпи в естественных складках), «ладони» (исчезновение

сыпи при надавливании).

3. Учитывая легкое неосложнённое течение скарлатины показаний для госпитализации нет. Возможно лечение на дому: показано проведение антибактериальной терапии в течение 10 дней. Предпочтение в домашних условиях должно быть отдано препаратам для приема *per os* из группы макролидов, бетта-лактамов антибиотиков. Обильное питье, приём антигистаминных препаратов, полоскание зева раствором фурациллина, отваром трав. Выписка после клинического выздоровления с разрешением посещать школу не ранее 12 – го дня болезни. Диспансерное наблюдение после выписки в течение 1 мес.

Задача №30.

Участковый врач по наличию интоксикационного и тонзиллярного синдромов у пациента 20 лет у диагностировал острый катаральный тонзиллит. Наличие сыпи на коже туловища и конечностей расценено как токсико-аллергическая реакция на приём жаропонижающих средств, принятых им накануне обращения к врачу.

Взят мазок из зева для бактериологического исследования, назначен клаксид (500 мг в сутки), десенсибилизирующая терапия (диазолин в таблетках), полоскание зева раствором фурациллина, рекомендовано обильное питье. Контрольная явка в поликлинику через 5 дней.

При повторном осмотре температура тела 36,6°C, самочувствие хорошее. Катаральные явления в ротоглотке регрессируют. Обратило на себя внимание крупнопластинчатое шелушение кожи в области ногтевых фаланг кистей, отрубевидное шелушение кожи туловища. В мазке из зева выделен СГА.

Получена дополнительная информация о заболевании (со сходной клинической картиной) в этот период времени младшего брата пациента.

1. Есть ли основания для изменения клинического диагноза после повторного осмотра пациента участковым терапевтом?
2. Какие еще симптомы характерные для этого заболевания можно выявить у пациента в конце первой недели заболевания?
3. Оцените адекватность проведенного обследования и лечения.

Эталон к задаче №30.

1. Крупнопластинчатое (в области ногтевых фаланг) и отрубевидное шелушение кожи на туловище, а так же аналогично протекающее заболевание контактировавшего с пациентом брата, позволяют диагностировать скарлатину.

2. У больного в этот период времени можно выявить и другие характерные для скарлатины симптомы: «малиновый» язык, симптом Пастиа в виде оставшейся пигментации кожи в естественных складках (прежде всего, пахово-бедренный треугольник, аксилярные области).

3. Выявление в мазке из зева ГСА не является абсолютным подтверждением скарлатины, однако это исследование необходимо для дифференциальной диагностики с дифтерией ротоглотки или выявления носительства дифтерийной палочки. Необходимо провести исследование гемограммы, общего анализа мочи, ЭКГ. Антибактериальная терапия, назначенная участковым врачом, адекватна как для лечения и острого стрептококкового тонзиллита, так и скарлатины, но курс её следует продолжить до 10 дней. Выписка реконвалесцента по достижении клинического выздоровления, нормализации гемограммы не ранее 10 дня с момента заболевания.

Задача №31.

Пациентка 19 лет, студентка педагогического колледжа. Доставлена бригадой СМП на 4 день болезни в приемное отделение инфекционной больницы с подозрением на инфекционный мононуклеоз. Предъявляла жалобами на лихорадку, слабость, недомогание, снижение аппетита, сухость во рту, припухлость и небольшую болезненность в области углов нижней челюсти с обеих сторон. На протяжении всего заболевания температура тела держалась не ниже 38,5°C. Припухлость в области углов нижней челюсти появились к исходу первых суток заболевания с последующим нарастанием указанных признаков.

Из эпиданамнеза выяснено, что проживает в съемной комнате коммунальной квартиры. У совместно проживающих соседей в семье имеются трое часто болеющих «простудными» заболеваниями детей.

При осмотре в приёмном отделении температура тела 38,7°C. Кожные покровы обычной окраски. В области сосцевидных отростков с обеих сторон пальпируется умеренно болезненные уплотнения, размером 1,5 x 2,5 см, имеющие тестоватую консистенцию, кожа над ними не изменена. Пальпируются единичные, размером не более горошины, безболезненные шейные лимфатические узлы. Слизистая оболочка ротоглотки не гиперемирована. Нёбные миндалины не увеличены. Носовое дыхание не затруднено. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца чистые, ясные. Пульс 100 ударов в минуту. АД 110 и 70 мм.рт.ст. Язык сухой, умеренно обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Менингеальные симптомы отрицательные.

Гемограмма: гемоглобин 110 г/л, лейкоциты $6,8 \times 10^9$ /л. п/я 3%, с/я 47%, лимфоциты 35%, моноциты 15%, СОЭ- 8 мм/час.

1. Определите круг диагностического поиска.
2. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные клинико-анамнестические данные могут свидетельствовать в пользу выдвинутого Вами предположения?

4. Лабораторная верификация диагноза.

Эталон ответа к задаче №31.

1. Следует проводить дифференциальную диагностику между паротитной инфекцией и инфекционным мононуклеозом (ИМ).

2. Учитывая острое начало болезни с интоксикации, отсутствие катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей, появление к исходу первых суток заболевания небольшой болезненной припухлости в области сосцевидных отростков с обеих сторон, позволяют предположить наличие у больной паротитной инфекции, поскольку определяемое болезненной уплотнение топографически соответствует проекции околоушных слюнных желёз. Отсутствие изменений в ротоглотке, затрудненного дыхания, выраженной полиаденопатии, типичных изменений гемограммы позволяют исключить диагноз ИМ.

3. Необходимо уточнить эпидемиологические данные в отношении возможного контакта с больными эпидемическим паротитом детьми по месту жительства. Наличие прививок у больной, перенесенные инфекционные заболевания. Выявить возможное наличие симптомов Филатова и Мурсу. Учитывая возможность развития серозного менингита следует проверить наличие менингеальных знаков.

4. Лабораторное подтверждение диагноза «паротитная инфекция» возможно на основании выявления в серологических исследованиях (РСК, ИФА) специфических противопаротитных иммуноглобулинов классов IgM и IgG в динамике заболевания.

Задача №32.

Пациент 19 лет, военнослужащий срочной службы. Заболел остро: озноб, боли в мышцах, нарастающие головная боль, слабость, головокружение, однократная рвота. В воинской части на протяжении месяца имелись случаи заболевания паротитной инфекцией. Перенесенные ранее заболевания не знает, против паротитной инфекции не привит. При объективном осмотре в медсанчасти на 2-й день болезни: температура тела 39,2°C. Кожные покровы обычной окраски, контуры лица и шеи не изменены. Катаральных явлений на слизистой ротоглотки не выявлено. Симптомы Мурсу и Филатова отрицательные. Отмечается незначительная болезненность при пальпации живота в мезогастральной области, симптомов раздражения брюшины нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс 106 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. АД 120/80 мм.рт.ст. ЧДД 16 в минуту. Дыхание везикулярное.

Сознание сохранено, беспокоен. Отмечаются светобоязнь, гиперакузия. Усиление головной боли и головокружения при принятии пациентом вертикального положения.

Ригидность мышц затылка «на 2 пальца».

1. Что послужило основанием для целенаправленного поиска симптомов паротитной инфекции? Охарактеризуйте эти симптомы.
2. Можете ли вы исключить диагноз паротитной инфекции?
3. Предварительный диагноз и тактика врача медсанчасти.
4. План лабораторно-инструментального обследования.

Эталон ответа задачи №32.

1. Данные эпиданамнеза (возможный контакт с больными паротитной инфекцией), отсутствие вакцинации, вариабельность клинического течения явились основанием для целенаправленного поиска симптомов ПИ. Симптом Мурсу – отёк, гиперемия устья стенового протока слюнной железы. Симптом Филатова – болезненность при пальпации в заушной и преушной областях.

2. Диагноз ПИ не исключен, так как это заболевание может манифестироваться (в том числе и поражением ЦНС) без признаков вовлеченности в инфекционный процесс околоушных или иных слюнных желёз.

Можно предполагать, что у больного протекает атипичная форма ПИ с поражением железистых органов и/или нервной системы.

3. Больной подлежит обязательной госпитализации в боксовое отделение инфекционной больницы с предварительным диагнозом: «Острый менингит неуточненной этиологии».

4. Лабораторно-инструментальное исследование при подозрении на паротитную этиологию менингита включает проведение люмбальной пункции с последующим исследованием ликвора (для паротитной инфекции характерен серозный ликвор). Кроме того, необходимо биохимическое исследование крови – уровень амилазы в крови и/или диастазы в моче, проведение УЗИ брюшной полости (возможность развития панкреатита), ОАК, ОАМ. Этиологическая диагностика основана на выявлении в серологических исследованиях (РСК, ИФА) специфических противопаротитных иммуноглобулинов классов IgM и IgG в динамике заболевания.

Задача №33.

Пациент, 18 лет, вызвал на дом врача поликлиники 20.08. Жаловался на сильную головную боль, боли во всем теле, чувство жара. Заболел 5 дней тому назад: повысилась температура тела до 39,0°C, был озноб, головная боль, сильные боли в ногах при ходьбе. Принимал жаропонижающие средства, но улучшения не отмечает: сохраняется слабость, повышенная температура, боль в икроножных мышцах.

При осмотре: гиперемия лица, конъюнктивит, пульс 96 ударов в минуту, АД 95/70 мм рт. ст. Язык обложен у корня, печень выступает из подреберья на 2см, чувствительна при

пальпации, пальпируется край селезенки. Болезненность при пальпации мышц, в особенности икроножных. Моча более тёмного, чем обычно, цвета, количество её уменьшено. Менингеальных явлений нет.

Свое заболевание связывает с переохлаждением. До заболевания в течение всего месяца работал на даче, строил сарай, мыл руки в яме с водой.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Составьте план обследования больного.

Эталон ответов к задаче №33.

1. Учитывая острое начало болезни, жалобы пациента на высокую лихорадку, ознобы, головную боль и боли в мышцах, особенно в икроножных, а также данные объективного обследования – гиперемия лица, склерит, гепатолиенальный синдром, отсутствие катаральных явлений, уменьшение диуреза и изменение цвета мочи, данные эпиданамнеза (на даче мыл руки в стоячей воде) можно предположить лептоспироз.

2. Для подтверждения диагноза необходимо провести следующие исследования: клинический анализ крови (характерные изменения – лейкоцитоз, нейтрофилёз со сдвигом влево, значительное нарастание СОЭ); анализ мочи: (выявляются повышенные показатели белка, лейкоцитов, цилиндров, часто микрогематурия); учитывая ранние сроки болезни (5 й день) – провести микроскопию в тёмном поле раздавленной капли крови с целью обнаружения лептоспир; поставить реакцию микроагглютинации и лизиса лептоспир (РМА); определить титры специфических АТ в РНГА.

Задача №34.

Больной, 30 лет, наблюдается врачом поликлиники в течение 7 дней с диагнозом “Грипп”. Вызвал врача повторно в связи с ухудшением состояния, усилением головной боли. Из анамнеза известно, что заболел 15.07.: появился озноб, температура тела поднялась до 39,0°C, отмечал сильную боль в мышцах, особенно в мышцах ног при ходьбе. Принимал различные препараты, в том числе тетрациклин (2-3 таблетки), температура снизилась до 37,8°C, решил, что выздоравливает. Однако 22.08. состояние ухудшилось: температура тела вновь с ознобом повысилась до 39,5°C, усилилась головная боль, появилась рвота, сохранялись выраженные боли в мышцах ног, из-за чего не мог ходить.

При осмотре обратили на себя внимание болезненность при пальпации мышц (особенно икроножных), увеличение печени, отчётливый менингеальный синдром. За 10 дней до заболевания рыбачил на озере, купался, пил сырую воду.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите область дифференциально-диагностического поиска.
3. Наметьте план обследования больного.

4. Составьте план лечебных мероприятий.

Эталон ответов к задаче №34.

1. Учитывая острое начало болезни с высокой лихорадки, её продолжительность и двухволновой характер, наличие сильных мышечных болей, особенно в мышцах ног, менингеальные симптомы, увеличение печени, данные эпиданамнеза (купание в озере), можно предположить лептоспироз. Ухудшение состояния больного связано с развитием лептоспирозного менингита.

2. Данный случай заболевания необходимо дифференцировать от менингитов, брюшного тифа, ГЛПС.

3. Для подтверждения диагноза необходимы результаты клинического анализа крови, анализа мочи, исследования спинномозговой жидкости, РМА с лептоспирами, а также посевов крови, мочи и фекалий на тифо-паратифозную группу бактерий, РНГА с брюшнотифозным эритроцитарным О-диагностикумом, РНГА с АГ хантавирусов, исследования креатинина и мочевины крови, КЩС и электролитов.

4. Соответственно предполагаемому диагнозу следует назначить: бензилпенициллин внутримышечно в суточной дозе 24 млн ЕД; гетерологичный противолептоспирозный иммуноглобулин по стандартной схеме; внутривенное введение коллоидных и кристаллоидных изотонических растворов с целью дезинтоксикационной терапии и коррекции метаболических и электролитных нарушений – по общепринятым методикам; симптоматические средства (аналгетики, седативные, витамины и др.).

Задача №35.

Пациент, 43 лет, обратился в поликлинику на 3-й день болезни с жалобами на повышение температуры, общую слабость и отёчность правого предплечья. Заболевание началось с появления на правом предплечье пятна розового цвета, которое стало быстро уплотняться и увеличиваться в размерах, появилась отёчность предплечья. В последующие дни нарастали слабость, отёк мягких тканей предплечья, температура повысилась до 38°C.

Объективно: на правом предплечье имеется везикула с серозно-геморрагическим содержимым, диаметром 3 мм, безболезненная. Вокруг везикулы венчик из более мелких зудящих пузырьков с серозным содержимым. Предплечье увеличено в объёме за счёт безболезненной мягкой консистенции отёка подкожной клетчатки, который “дрожит” при перкуссии. Регионарные лимфоузлы увеличены до размеров лесного ореха, безболезненны.

При сборе анамнеза установлено, что больной работает на предприятии по выделке овечьих шкур.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Определите тактику ведения больного.

Эталон ответов к задаче №36.

1. Учитывая динамику развития изменений на коже: пятно, везикула с геморрагическим содержимым (*pustule maligna*), формирование вторичных везикул по краям язвы, наличие выраженного студневидного отёка окружающих тканей с потерей болевой чувствительности, регионарный лимфаденит, умеренно выраженный интоксикационный синдром; данные эпиданамнеза, позволяющие отнести пациента к группе риска по возможности инфицирования сибирской язвой, дают основание сформулировать предположительный диагноз: “Кожная форма сибирской язвы с локализацией карбункула в области правого предплечья, среднетяжёлое течение”.

2. Больной подлежит госпитализации в боксированное отделение инфекционного стационара для подтверждения диагноза и лечения. Врач, выявивший больного с подозрением на сибирскую язву, обязан сообщить об этом главному врачу лечебного учреждения, который в свою очередь информирует управление здравоохранения и центр госсанэпиднадзора административного округа. Для подтверждения диагноза необходимо провести бактериологическое исследование содержимого везикулы (посев на питательные среды, бактериоскопия мазков, биологическая проба), серологическое исследование.

Больному показана антибактериальная терапия (ципрофлоксацин внутрь 500 мг 2 раза в сутки в течение 7-10 дней), которая назначается ещё до получения результатов лабораторного исследования, дезинтоксикационная терапия, введение противосибиреязвенного иммуноглобулина.

Задача №37.

Пациент, 68 лет, доставлен в больницу бригадой “Скорой помощи”. Со слов родственников известно, что заболел 4 дня назад утром, когда заметил в области левого угла нижней челюсти появление красного пятна, к вечеру трансформировавшегося в зудящий пузырек с тёмной жидкостью.

Пузырек был “выдавлен” больным, на его месте образовалась язва с дном грязно-серого цвета, с выраженным отёком подкожной клетчатки вокруг нее, распространившимся в течение последующих суток на шею и грудную клетку.

При осмотре в приёмном покое: жалобы на головную боль, общую слабость, одышку, нехватку воздуха, сухой кашель. Больной занимает положение ортопноэ, возбужден, мечется, пытается встать. В области левого угла нижней челюсти язва с геморрагическим пропитыванием дна, размером 1 x 1 см, окруженная мелкими пузырьками с серозным содержимым. Отёк на лице, грудной клетке – больше выражен слева и спускается до паховой области. Подчелюстные и паховые лимфоузлы увеличены, безболезненные. Дыхание затруднено, свистящее, ЧД 40 в 1 мин. В лёгких дыхание ослаблено, хрипов нет. Тоны сердца

не прослушиваются, пульс нитевидный 120 ударов в 1 мин., АД 80/60 мм рт.ст.

Живот участвует в дыхании. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, пальпируется селезенка. Определяется ригидность затылочных мышц. Сознание спутано.

Из анамнеза установлено, что больной имеет подсобное хозяйство, неделю назад снимал шкуру со сдохшей козы.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный клинический диагноз.
2. Обоснуйте тяжесть состояния больного.
3. Определите тактику ведения больного.

Эталон ответов к задаче №37.

1. Острое начало заболевания с поэтапным появлением везикулезных элементов на коже в области левого угла нижней челюсти, наличие на момент осмотра карбункула с обширным отёком подкожной клетчатки, выраженная интоксикация, данные эпиданамнеза позволяют предположить диагноз: кожная форма сибирской язвы с локализацией карбункула в области левого угла нижней челюсти, тяжелое течение.

2. Локализация элемента на лице, факт его “выдавливания” больным, выраженность интоксикации, увеличение печени, селезёнки, наличие менингеальных знаков (признаки генерализации инфекции), дают основание заподозрить сибиреязвенный сепсис.

3. Необходима госпитализация больного в инфекционный стационар в ОРИТ. Для лабораторного подтверждения диагноза показано бактериологическое исследование крови и содержимого карбункула, ликвора, серологические исследования. Показаны рентгенография и УЗИ грудной клетки, брюшной полости, исследования кислотно-щелочного, электролитного, газового и биохимического состава крови. Антибактериальная терапия назначается по клиническим показаниям, до получения результатов лабораторных исследований. Используется внутривенное введение комбинации антибактериальных препаратов, дезинтоксикационная терапия, коррекция гомеостаза, дыхательных и гемодинамических показателей.

Задача №38.

Пациентка 50 лет, работает дояркой. Заболевание началось остро 10 дней назад, когда с ознобом температура повысилась до 38,0°C. В последующие дни беспокоили общая слабость, разбитость, ознобы, потливость, температура держалась на высоких цифрах, с большими колебаниями в течение дня. Продолжала работать. Через неделю от начала болезни присоединились боли в правом коленном суставе, снизилась трудоспособность. На 10-й день болезни была госпитализирована.

При поступлении в стационар общее состояние больной средней тяжести. Температура тела 39,2°C. Жалобы на общую слабость, головную боль, боли в суставах (коленных,

лучезапястных), усиливающиеся при движениях. Внешне суставы не изменены, движения в них ограничены из-за болей. Пульс 84 уд/мин. Тоны сердца приглушены. АД 130/80 мм рт. ст. Печень и селезенка увеличены.

Гемограмма: лейкоциты – $5,4 \times 10^9/\text{л}$, пал.5, сегм. 39, лимф. 40, мон. 16, СОЭ – 15 мм/час.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Составьте план обследования больного.

Эталон ответов к задаче №38.

1. Учитывая характерные жалобы больной на высокую длительную лихорадку, ознобы, выраженную потливость, боли в суставах, принимая во внимание данные эпидемиологического анамнеза (работает дояркой), а также наличие характерных объективных признаков – высокой температуры, гепатолиенального синдрома, относительной брадикардии, показателей гемограммы (лейкопения, невысокие цифры СОЭ) – следует предположить, что у больной бруцеллез.

2. Для подтверждения указанного диагноза необходимо провести исследования: 1. Посев крови и мочи на специальные диагностические среды. 2. Определение бруцелллезного антигена в крови и моче (РКА, ИФА). 3. Выявление специфических антител в парных сыворотках крови (реакции агглютинации Райта, РНГА и РСК с бруцелллезным антигеном, реакции Кумбса, РИФ).

Задача №39.

Пациент 48 лет, работает на мясокомбинате в убойном цехе. Заболел 3 недели тому назад, когда стал отмечать общую слабость, познабливание, потливость, повышение температуры в вечерние часы до $38,0^{\circ}\text{C}$. По назначению врача принимал анальгетики и сульфаниламидные препараты. К указанным жалобам присоединились боли и припухание в суставах, боли в пояснично-крестцовой области с иррадиацией в ногу. Ввиду отсутствия эффекта от проводимой терапии был госпитализирован. 2 месяца тому назад больной перенес “грипп” с высокой температурой в течение 10 дней.

При поступлении в стационар: температура тела $38,50^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. Периферические лимфоузлы (шейные, подмышечные) увеличены до размеров фасоли, безболезненные. Правый коленный и левый голеностопный суставы отечны, кожа над ними не изменена, движения болезненны, ограничены. Пульс 80 уд. в 1 мин. Тоны сердца умеренно приглушены. Печень и селезенка увеличены. В подкожной клетчатке пояснично-крестцовой области пальпируются округлые, слегка болезненные плотные образования размером до 1-1,5 см в диаметре. Положительный симптом Лассега слева.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите область дифференциально-диагностического поиска.
3. Наметьте план обследования больного
4. Составьте план лечебных мероприятий.

Эталон ответов к задаче №39.

1. На основании длительно сохраняющихся жалоб больного на общую слабость, познабливание, потливость, повышение температуры, боли в суставах и пояснично-крестцовой области с иррадиацией в ногу, данных анамнеза (повторные эпизоды продолжительной лихорадки в течение последних 2 месяцев), а также эпидемиологического анамнеза (работает на мясокомбинате в убойном цехе), наличия объективных признаков – высокой температуры, полиаденопатии, фиброзитов, артритов, явлений пояснично-крестцового радикулита, гепатолиенального синдрома– можно предположить подострый бруцеллёз в стадии повторной генерализации с поражением опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы.

2. Данный случай заболевания необходимо дифференцировать от сепсиса, ревматоидного полиартрита, лимфогранулематоза, ку-лихорадки, иксодовых клещевых боррелиозов.

3. Для подтверждения диагноза необходимо провести: а) посев крови и мочи на специальные диагностические среды. б) определение бруцеллёзного антигена в крови и моче (РКА, ИФА). в) выявление специфических антител в парных сыворотках крови (реакции агглютинации Райта, РНГА и РСК с бруцеллёзным антигеном, реакции Кумбса, РИФ). г) рентгенологическое обследование легких и пояснично-крестцовой области.

4. Соответственно предполагаемому диагнозу следует назначить: а) антибактериальную терапию (рифампицин по 900 мг/сут. В комбинации с доксициклином по 200 мг/сут. курсом на 6 недель). б) дезинтоксикационную терапию (обильное питье) в) противовоспалительную терапию (диклофенак).

Задача №40.

Пациентка, 37 лет, заболела остро с повышения температуры до 40°C, головных болей, ломоты в теле, слабости. Принимала жаропонижающие препараты без особого эффекта. На 2-й день лихорадки появились жжение во рту, слюнотечение, боль в ротовой полости при приёме пищи и глотании. В тот же день начали беспокоить рези при мочеиспускании, а через сутки больная заметила везикулёзные высыпания на коже кистей, преимущественно в области околоногтевых валиков.

Из анамнеза выяснено, что пациентка 5 дней назад приехала из Казахстана, где в течение 2-х недель находилась в сельской местности у сестры, помогала по хозяйству на ферме. В

последние дни перед отъездом при дойке коровы заметила у неё на морде и вымени “пузырьки”. Отмечались случаи падежа скота (телят) в селе.

1. О каком заболевании следует думать в данном случае?
2. Какие клинико-эпидемиологические данные помогают в постановке диагноза?
3. Какие дополнительные клинические симптомы можно выявить?
4. Какие лабораторные исследования целесообразно провести в данном случае для подтверждения диагноза?

Эталон ответов к задаче №40.

1. Учитывая жалобы больной на острое начало заболевания без продромальных явлений, головные боли, слабость, появление через 2 дня после начала заболевания признаков афтозного стоматита, резей при мочеиспускании, везикулёзной экзантемы с избирательным поражением кожи кистей и стоп, данные эпидемиологического анамнеза, можно предположить диагноз “Ящур”.

2. Известно, что на ферме у коровы отмечались везикулёзные высыпания на морде и вымени, что позволяет заподозрить у неё ящур. Кроме того, падеж телят в селе, вероятнее всего, связан с эпизоотией ящура, так как у молодых животных часто наблюдается поражение миокарда и летальные исходы.

3. Необходимо оценить состояние слизистой оболочки полости рта пациентки: при ящуре на фоне гиперемированной и инфильтрированной слизистой щёк, дёсен, по краю и на кончике языка можно обнаружить мелкие везикулы с прозрачным или мутным содержимым, а также единичные афты. Аналогичные высыпания можно обнаружить на конъюнктивах.

4. В данном случае целесообразно проведение серологических (РСК, РНГА) и иммунологических исследований для подтверждения диагноза.

Задача №41.

Больной М., 4-х лет, заболел остро 3 дня назад: повысилась температура тела до 39°C, беспокоила головная боль, озноб, слабость, боли в мышцах. Через день после начала заболевания ребенок начал отказываться от еды, жаловался на жжение во рту, слюнотечение. Через 2 дня после начала болезни на дёснах, по краю языка, на нёбе и на губах появились везикулёзные высыпания величиной с просыное зерно, аналогичные элементы были обнаружены на коже кистей (в области околоногтевых валиков). В тот же день появилась рвота, частый жидкий стул, боли в животе.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные эпидемиологические данные необходимы для постановки диагноза?
3. Врачебная тактика в отношении данного пациента.

Эталон ответов к задаче №41.

1. Учитывая острое начало заболевания без продромальных явлений, высокую лихорадку, головную боль, миалгии; особенности динамики заболевания: появление везикулёзных высыпаний на слизистых оболочках (преимущественно слизистой ротовой полости), формирование в последующем афтозного стоматита; везикулёзную экзантему на коже кистей и стоп; признаки гастроэнтерита, относительно доброкачественное течение заболевания – можно думать о предварительном диагнозе “Ящур”.

2. Необходимо выяснить данные эпидемиологического анамнеза: пребывание в очагах ящура, контакт с больными животными, употребление молока и молочных продуктов, не подвергшихся термической обработке (из регионов, неблагополучных по ящуру).

3. Антибактериальная терапия неэффективна. Целесообразно проведение дезинтоксикационной терапии. Осуществлять уход за полостью рта. Пища должна быть жидкой, не раздражающей. При выраженной болезненности, перед приемом пищи рекомендуется назначение 0,1 г анестезина.

Задача №42.

Больной, 28 лет, к вечеру 20.09. почувствовал слабость, быструю утомляемость. В ночь на 21.09. появилась тошнота, рвота, чувство “распирания” в эпигастральной области. Утром появились “туман”, “сетка” перед глазами (не мог определить время на наручных часах), выросла слабость.

При обращении к врачу: температура тела 36,8°C. Пульс 88 ударов в минуту. АД 150/85 мм рт. ст. Со стороны сердца и лёгких патологических изменений не выявлено. Двусторонний птоз. Зрачки широкие, реакция зрачков на свет вялая, аккомодация и конвергенция нарушены. Голос с носовым оттенком, рвотный рефлекс снижен. Выраженная сухость слизистых ротовой полости. Живот умеренно вздут. Перистальтика прослушивается, стула не было.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Какие данные эпиданамнеза необходимо уточнить у больного?
3. Определите тактику ведения больного.

Эталон ответов к задаче №42.

1. Острое начало болезни с умеренно выраженными диспептическими явлениями, прогрессирующей общей слабости, появления офтальмоплегической и бульбарной симптоматики, наличие тахикардии при нормальной температуре тела, артериальной гипертензии, выраженная сухость слизистых несоответствующая водным потерям, метеоризм, позволяют предположить у больного ботулизм. Учитывая скорость развития заболевания (начальные проявления бульбарного синдрома возникли к концу первых суток

болезни) нельзя исключить развитие тяжёлой формы ботулизма.

2. Необходимо выяснить связь заболевания с приёмом пищи: целенаправленно выявить употребление консервированных продуктов питания, продуктов в вакуумных упаковках (вяленой и солёной рыбы, грибов и икры, ягод и овощей).

3. Показана экстренная госпитализация больного в специализированное инфекционное отделение для проведения специфической и неспецифической детоксикации не дожидаясь лабораторного подтверждения диагноза “Ботулизм”. Для лабораторного подтверждения диагноза требуется провести реакцию нейтрализации ботулотоксина на мышах, ИФА. Материал для исследований должен быть взят до проведения специфической детоксикации, доставлен в лабораторию на холоду.

Задача №43.

Больной, 23 лет, поступил в клинику с жалобами на тошноту, ощущение “кома” в горле, пощёхивание, двоение в глазах, чувство нехватки воздуха. Накануне вечером распивал спиртные напитки, закусывал вяленой рыбой.

Объективно: сознание ясное, суетлив, тревожен. Гиперемия лица. Температура тела 37,2°C. Пульс 96 ударов в минуту. Артериальное давление 140/80 мм рт. ст. Экскурсия грудной клетки снижена. При малейшем физическом напряжении ЧД до 36 в минуту, дыхание поверхностное. Двусторонний птоз, выражены анизокария, *strabismus divergens*, нарушение конвергенции. Язык высовывается с трудом. Пощёхивается при глотании жидкой пищи. Гнусавость голоса. Походка шаткая.

1. Обоснуйте предположительный диагноз.
2. Какие черепно-мозговые нервы поражены?
3. Тактика ведения больного?

Эталон ответов к задаче №43.

1. Учитывая анамнестические данные и жалобы больного (острое начало заболевания спустя несколько часов после употребления вяленой рыбы с тошноты, признаков нарушения глотания, расстройств зрения, чувства нехватки воздуха), данные объективного исследования – выраженная неврологическая симптоматика, признаки дыхательной недостаточности по гиперкапническому типу (гиперемия лица, одышка, поверхностное дыхание, тахикардия, артериальная гипертензия), выраженная общая слабость, нарушение походки (миастенический синдром), ясное сознание больного, можно думать о пищевом ботулизме.

2. Поражены III, IV, VI, IX, X, XII пары черепно-мозговых нервов.

3. Учитывая наличие признаков нарушения глотания и дыхания следует диагностировать тяжёлое течение ботулизма, что является абсолютными показаниями к госпитализации больного в реанимационное отделение инфекционной больницы для

проведения комплексной терапии, включающей ИВЛ, зондовое промывание желудка и кишечника, введение сыворотки, парентеральную дезинтоксикацию.

Задача №44.

Больная, 51 лет, поступила в больницу с диагнозом “Острый гастроэнтерит” на 2-й день болезни, с жалобами на сухость во рту, жажду, многократную рвоту, частый жидкий стул, слабость.

Из анамнеза установлено, что заболела остро, когда появился жидкий стул 5-6 раз в сутки, сначала каловый, затем обильный водянистый, бескалового характера.

Объективно: кожные покровы бледные сухие, тургор кожи понижен, лёгкий акроцианоз, больная пониженного питания. Кисти, стопы холодные. Пульс слабого наполнения, 120 ударов в 1 минуту. Тоны сердца глухие, ритмичные. Артериальное давление 80/40 мм рт. ст. Одышка. В лёгких везикулярное дыхание. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот втянут, мягкий, безболезненный, при пальпации отмечается урчание по всему животу. Стул водянистый, обильный, мутный. Не мочилась в течение 10-12 часов. Болезненные повторяющиеся судороги икроножных мышц, кистей рук. Температура тела 35,8°C. Сознание сохранено. Шёпотная речь.

Известно, что 3 дня назад больная вернулась из загранпоездки по Юго-Восточной Азии.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Составьте план обследования.

Эталон ответов к задаче №44.

1. Учитывая нахождение больной в местности, эндемичной по холере, острое начало заболевания с появления поноса, быстро приобретшего бескаловый характер, быстро нарастшие явления обезвоживания (бледность кожных покровов с акроцианозом, понижение тургора кожи, понижение периферической температуры тела, изменения гемодинамики, анурию в течение 10-12 часов, судороги, шёпотную речь), отсутствие болевой симптоматики в животе, сохранность сознания, необходимо высказать предположение о наличии у больной холеры, обезвоживания II-III степени.

2. Для подтверждения диагноза, выяснения биотипа возбудителя, необходимо проведение бактериологического исследования испражнений и рвотных масс с посевом их на селективные питательные среды. Трёхкратный забор материала, каждые 4 часа.

Для оценки степени тяжести и назначения адекватной регидратации необходимо исследование гематокрита, КЩС, уровня электролитов и газового состава плазмы крови.

Задача №45.

Больной, 25 лет, снят с поезда “Дагестан”, следовавшего в Москву, в связи с тяжестью

состояния: эпизоды потери сознания, повторяющиеся судороги конечностей, чему предшествовали рвота и понос. Со слов жены, болен 1-й день, в дороге принимал имодиум, левомицетин.

Объективно: кожные покровы бледные, сухие и холодные на ощупь, с мраморным оттенком, температура 35,6°C, масса тела снижена, черты лица заострённые, глаза запавшие с тёмными кругами вокруг. В сознании, словесный контакт с больным затруднён из-за афонии, заторможен, адинамичен. Периферический пульс и АД не определяются. Язык сухой, живот запавший, при пальпации определяется шум плеска, симптомов раздражения брюшины нет. На момент осмотра рвоты и стула нет. Тонические судороги конечностей, создающие вынужденное положение больного на боку с приведёнными конечностями.

Анализ крови: лейкоцитов – 18200 в 1 мм³. СОЭ – 25 мм/час. Гематокрит 60%.

BE= -25 ммоль/л. Калий крови 2,8 ммоль/л, хлориды крови 41 ммоль/л. pH крови 7,26. Из испражнений больного через 24 часа выделен *Vibrio cholerae* O1, биотип Эль-Тор, серотип Инаба.

1. Сформулируйте развёрнутый клинический диагноз.
2. Определите тактику ведения больного.
3. Назначьте адекватную терапию.

Эталон ответов к задаче №45.

1. Холера Эль-Тор, дегидратация IV степени (*Vibrio cholerae* O1, биотип Эль-Тор, серотип Инаба от 31.08.2012 №34).

2. В независимости от получения бактериологического подтверждения, учитывая клинико-эпидемиологические данные, следует сформулировать предположительный диагноз у данного больного “Холера, тяжёлое течение, гиповолемический шок”. Соответственно такой трактовке диагноза показана экстренная госпитализация в бокс интенсивной терапии, забор содержимого толстой кишки петлёй (в случае отсутствия стула) для 3-х кратного бактериологического исследования на форму 30, сообщение органам местного здравоохранения и администрации больницы о случае выявления больного с подозрением на холеру с заполнением бланка экстренного извещения о выявлении больного с инфекционным заболеванием.

3. Учитывая IV степень дегидратации показано проведение регидратационной терапии полиионными растворами: для больного, имевшего до болезни вес 70 кг, на первом этапе регидратационной терапии больному следует ввести солевой раствор “Трисоль” в количестве равном примерно 9-10% от массы тела, т.е. 7-8 литров. Указанный раствор вводят внутривенно. Перед введением его следует подогреть до 38-40°C. Первые 2 литра раствора вводят струйно с последующим переходом на в/в введение, со скоростью 70-100 мл минуту, с тем чтобы осуществить первичную регидратацию за 2 часа.

На втором этапе лечения осуществляется коррекция продолжающихся потерь жидкости и солей. Для этого необходимо каждые 2 часа измерять объём выделяемой жидкости. Так, если больной за указанный период потерял 5 литров жидкости, то необходимо ввести 5 литров солевого раствора, и т.д. Непрерывную инфузионную терапию проводят до стабильного восстановления диуреза и превалирования объёма выделенной мочи над испражнениями за последние 6-12 часов.

После прекращения рвоты больному следует дополнить парентеральную регидратацию оральными глюкозо-солевыми растворами, назначить антибактериальные препараты (ципрофлоксацин по 0,5 г х 2 раза в сутки в течение 5 дней).

Контроль санации проводится через 2 дня после завершения антибактериальной терапии ежедневным 3-х кратным посевом испражнений и 1-кратным посевом дуоденального содержимого (В и С порций).

Задача №46.

Больной, 68 лет, пенсионер, осмотрен врачом поликлиники на дому. Из анамнеза выяснено, что заболел остро с появления тошноты, повторной рвоты, болей по всему животу схваткообразного характера, водянистого стула более 15 раз за сутки, озноба, повышения температуры до 39,6°C, головной боли, головокружения, нарастающей слабости. На момент прихода врача появились судороги кистей рук.

При объективном осмотре: температура 39,4°C, черты лица заострены, кожа и слизистые сухие, тургор тканей снижен, акроцианоз, больной вялый, адинамичный, голос тихий. Пульс частый, малый, ритмичный, слабого наполнения 120 в минуту, тоны сердца глухие, АД 70/50 мм рт.ст. Пальпация живота болезненна в эпигастральной и околопупочной областях, отмечается урчание, газы отходят, оправляется под себя тёмно-зелёной жижей, зловонной, мочевой пузырь пуст, когда последний раз мочился, не помнит.

Ваша тактика как врача поликлиники, вызванного к больному на дом:

1. Какие дополнительные анамнестические данные Вам следует выяснить?
2. Сформулируйте предположительный диагноз.
3. Обоснуйте степень тяжести состояния больного.
4. Составьте план ведения больного.

Эталон ответов к задаче №46.

1. Для уточнения анамнеза заболевания Вам следует выяснить: давность заболевания, с чем сам больной связывает заболевание, имеется ли связь с приёмом пищи, были ли случаи аналогичных заболеваний в окружении больного у лиц, принимавших ту же пищу. Есть ли хронические фоновые заболевания, случались ли аналогичные заболевания в прошлом, знает ли больной показатели своего “рабочего” давления.

2. На основе имеющихся данных (острое начало заболевания, выраженные симптомы интоксикации и гастроэнтерита, нарастающие признаки нарушения гемодинамики, судорожный синдром) можно предположить наличие у больного ПТИ, гастроэнтеритический вариант, тяжёлое течение.

3. Тяжесть состояния больного обусловлена выраженным интоксикационным синдромом в сочетании с признаками дегидратации. При оценке тяжести необходимо принять во внимание шоковый индекс >1 , высокую скорость прогрессирования заболевания, возраст больного, нарушение функции почек.

4. Больному показана экстренная госпитализация в инфекционный стационар в отделение интенсивной терапии для лечения и обследования. Врач поликлиники обязан вызвать бригаду скорой помощи на себя. До прибытия бригады необходимо начать регидратационную терапию.

Задача №47.

Больная, 37 лет, поступила в инфекционную больницу через 10 часов после начала заболевания. Заболевание началось с озноба, подъёма температуры, до $38,5^{\circ}\text{C}$, быстро нарастающей слабости, головной боли. Одновременно появилась тошнота, многократная рвота, приносящая кратковременное облегчение, боли в животе схваткообразного характера, а затем жидкий стул без счёта, водянистый, пенистый, зеленоватого цвета без патологических примесей.

При поступлении: температура $35,6^{\circ}\text{C}$, сомноленция. Бледна, кисти, стопы холодные, акроцианоз, кожа и слизистые сухие. Тургор тканей снижен. Пульс 120 в минуту, слабого наполнения. АД 60/30 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. На пальпацию живота реагирует стоном. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика прослушивается. Стула в отделении не было. Мочевой пузырь при катетеризации пуст. Судороги мышц нижних конечностей.

Со слов сопровождающей матери, в день начала заболевания вернулась поездом из Геленджика, по дороге покупала продукты с рук на станциях.

1. О каком заболевании следует думать?
2. Какие дополнительные лабораторные данные необходимы для определения объёма неотложной терапии.
3. Тактика инфузионной терапии.
4. Решите вопрос о целесообразности проведения этиотропной терапии.

Эталон ответов к задаче №47.

1. В данном случае, на основании эпид.данных об употреблении в дороге продуктов сомнительного качества, стремительное развитие заболевания с явлениями интоксикации (температура, озноб), признаками гастроэнтерита (рвота, боли в животе, водянистый стул без

счёта), быстро приведших к симптомам шока (падение температуры до субнормальных показателей, бледность кожных покровов, акроцианоз, тахикардия, гипотония, шоковый индекс=2, анурия, нарушение сознания) следует думать о развитии у больной с гастроэнтеритическим вариантом ПТИ шока II степени (вероятнее всего, смешанного генеза, интоксикационного и дегидратационного).

2. Для уточнения степени шока и объёма противошоковой терапии больной следует знать массу тела больной до заболевания, определить ЦВД, показатели гематокрита, рН крови, дефицит буферных оснований, газовый состав крови, содержание ионов калия, натрия, хлоридов, мочевины, остаточного азота.

3. Начать регидратационную терапию полиионными растворами внутривенно до компенсации водно-электролитных потерь. При сохраняющихся или усугубляющихся явлениях шока (преобладание инфекционно-токсического компонента шока над гиповолемическим) прибегнуть к введению противошоковых растворов (“Полиглюкин”, свежезамороженная плазма крови), кортикостероидной терапии.

4. Учитывая тяжёлое течение заболевания, наличие осложнений, возможность генерализации кишечной инфекции целесообразно назначить этиотропную терапию препаратами широкого спектра действия.

Задача №48.

Пациентка, 29 лет, рабочая машиностроительного завода, заболела 3 дня назад, когда почувствовала общее недомогание, повышение температуры до 38,4°C, отмечала познабливание, несильную головную боль. Одновременно появились боли в нижней половине живота, частый жидкий стул (при первых дефекациях – полуоформленный), без примесей. В последующие 1,5-2 суток температура повысилась до 38,9°C, боли в животе усилились, приобрели схваткообразный характер, стул стал скудным, но более частым (до 10-12 раз в сутки), с примесями слизи и крови. Появились болезненные ложные позывы на низ.

В день начала болезни вернулась из командировки. В дороге ела невымытые фрукты. В анамнезе – хронический гастрит с пониженной секрецией.

Осмотрена врачом поликлиники на 3-й день болезни. Жалобы на боли в нижней части живота, частый жидкий стул. Температура 38,4°C. Больная вялая. Кожные покровы влажные, нормальной окраски. Тургор кожи не снижен. Пульс 92 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД 110/70 мм рт.ст. Язык влажный, обложен у корня серым налётом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левой подвздошной области, где пальпируется спазмированная сигмовидная кишка в виде плотного тяжа.

Осмотрен стул: скудный, с малым содержанием каловых масс и значительной примесью слизи, прожилками крови.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Решите вопрос о необходимости госпитализации больной, наметьте тактику ведения.

Эталон ответов к задаче №48.

См. схему диагностического поиска и алгоритм дифференциального диагноза.

1. Учитывая острое начало заболевания с одновременного появления симптомов интоксикации (головная боль, общая слабость, озноб, лихорадка) и симптомов дистального спастического колита (боли в нижней половине живота, частый стул с примесью слизи и крови, ложные болезненные позывы на низ), принимая во внимание данные эпиданамнеза (больная была в командировке, употребление немытых фруктов), объективные данные (пальпируется болезненная, уплотнённая и спазмированная сигмовидная кишка, стул с примесью слизи и крови), следует сформулировать предварительный диагноз “Острый шигеллёз, колитический вариант, среднетяжёлое течение”.

2. Учитывая наличие клинических показаний к госпитализации (среднетяжёлая форма болезни) и 3-й день заболевания, необходимо госпитализировать больную в инфекционную больницу (отделение) для проведения дальнейшей диагностики и лечения.

Для подтверждения диагноза, выяснения вида возбудителя необходимо проведение бактериологического исследования испражнений с посевом их на селективные питательные среды. Ранняя диагностика осуществляется при исследовании слюны, крови и копрофильтрата у больной в реакции коаггутинации для выявления антигенов шигелл. С конца первой недели от начала заболевания возможна постановка РПГА с дизентерийным (шигеллёзным) диагностикумом.

Учитывая среднетяжёлое течение колитического варианта шигеллеза, больной следует назначить антибактериальную терапию (ципролет по 0,5 x 2 раза в день в течение 5-7 дней) после забора материала для бактериологических исследований.

Задача №49.

Больной, 40 лет, владелец подсобного хозяйства (птицы, свиньи). Поступил в инфекционную больницу на 2-е сутки от начала заболевания. Болезнь началась остро в дороге (пассажирский поезд “Ташкент-Москва”): поднялась температура до 39°C, появился частый жидкий стул, обильный, с незначительной примесью слизи и крови. Одновременно – схваткообразные боли по всему животу, тошнота, повторная рвота. До заболевания питался продуктами, купленными при остановках поезда (творог, сметана, фрукты). В связи с заболеванием самостоятельно принимал ципрофлоксацин 0,5 x 2 раза в сутки.

При осмотре в отделении: позывы на тошноту, боли по всему животу, частый водянистый жидкий стул. Больной адинамичен, лицо бледное, лёгкий цианоз губ, кожа сухая, тургор тканей понижен, определяется осиплость голоса, отмечает жажду. АД 90/60 мм рт.ст.

Тоны сердца глухие, язык сухой, обложен по спинке массивным грязно-белым налётом. Живот умеренно вздут. При пальпации – выраженные боли по всему животу, но особенно по ходу толстой кишки. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпируется болезненная спазмированная сигмовидная кишка.

Осмотрен стул: обильный, жидкий, водянистый, с примесью слизи и крови.

В результате комплексной терапии с внутривенным введением полиионных солевых регидратационных растворов (3 литра раствора “Хлосоль”), продолжением приёма ципрофлоксацина по 0,5 x 2 раза в день и спазмолитиков - боли в животе исчезли с четвёртого дня болезни, снизилась температура, стул приобрёл кашицеобразный характер, исчезла примесь крови.

1. Совершите поэтапно дифференциально-диагностический поиск, придерживаясь данного Вам алгоритма.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз с учётом степени обезвоживания больного.
3. Составьте план лечебных мероприятий.

Эталон ответов к задаче №49.

1. Основным проявлением болезни, определяющим тяжесть состояния данного больного в данном случае, является остро возникший синдром гастроэнтероколита (жидкий стул с примесью слизи и крови, рвота, боли в животе, спазмированная уплотнённая сигмовидная кишка), который явился причиной обезвоживания II степени (сухой язык, жажда, осиплость голоса, цианоз, снижение тургора тканей, склонность к гипотонии). Одновременно у больного были проявления интоксикационного синдрома, высокая лихорадка. Получен быстрый эффект от применения комплексной этиотропной и патогенетической терапии. Пользуясь диагностическим алгоритмом, можно убедиться, что у данного больного следует думать о диагнозе острой дизентерии, т.к. Вы последовательно исключаете 1) амебиаз, 2) неспецифический язвенный колит (начальные проявления, его острые формы), 3) балантидиаз.

Наиболее сходная симптоматика в этом случае в отношении проведения дифференциального диагноза между шигеллёзом (гастроэнтероколитический вариант) и пищевой токсикоинфекцией в её гастроэнтероколитическом варианте. Острое начало болезни с повторной рвотой, болями по всему животу, частым обильным стулом калового характера с патологическими примесями, признаками обезвоживания организма (II степени) присущи гастроэнтероколитическому варианту пищевой токсикоинфекции. Подобный вариант этого заболевания встречается относительно редко по сравнению с обычным гастроэнтеритическим вариантом пищевых токсикоинфекций. Выраженная болезненность при пальпации живота преимущественно по ходу толстой кишки, болезненная, уплотнённая и спазмированная сигмовидная кишка, позволяют остановиться в первую очередь на диагнозе “Шигеллёз”.

Именно для острого шигеллёза характерно раннее (с 1-х суток) появление симптомов гемоколита.

2. С учётом особенностей клинического течения заболевания, анамнестических данных, предварительный диагноз может быть сформулирован: “Острый шигеллёз, гастроэнтероколитический вариант, среднетяжёлое течение, обезвоживание II степени”.

3. Соответственно диагнозу больному следует продолжить:

- а) соблюдение палатного режима, диеты №4;
- б) этиотропную терапию (ципрофлоксацин 0,5 x 2 раза в сутки);
- в) регидратационную терапию оральными глюкозо-солевыми растворами “ORS”, “Регидрон”;
- г) приём оральных спазмолитических средств (но-шпа);
- д) приём ферментных препаратов;
- е) после окончания курса этиотропной терапии возможно назначение пробиотиков (эубиотиков).

Задача №50.

Больная, 38 лет, заболела 8 дней назад. Появилась слабость, недомогание, плохой аппетит, повысилась температура. В последующие дни несмотря на приём сульфаниламидных препаратов и жаропонижающих средств, температура повысилась до 38-39°C, наросла слабость, появилась головная боль. При осмотре: температура тела 39,4°C. Больная бледная.

На коже живота единичные элементы розеолезной сыпи. Пульс 80 ударов в 1 мин. АД 100/60 мм рт.ст. Язык утолщен, густо обложен сероватым налётом, больше у корня. Живот вздут, перистальтика прослушивается. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпируются увеличенные печень и селезёнка. Стул 2 раза за сутки, разжижен, без патологических примесей.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные клинико-эпидемиологические данные необходимо уточнить для постановки предварительного диагноза?
3. Врачебная тактика на догоспитальном этапе.

Эталон ответов к задаче №50.

1. Учитывая длительный лихорадочный период, с нарастанием интоксикации (слабость, недомогание, плохой аппетит, головная боль), постепенное развитие заболевания, отсутствие эффекта от приёма антибактериальных препаратов, а также данные объективного осмотра больной (высокая температура, бледность лица, наличие на коже живота единичных элементов розеолезной сыпи, относительную брадикардию, гипотонию, наличие “тифозного”

языка, метеоризма, увеличения печени и селезёнки), можно предположить тифо-паратифозное заболевание.

2. Необходимо уточнить данные эпиданамнеза: пребывание в очагах кишечных инфекций, в том числе брюшного тифа, пользование водой (некипячёной) из открытых водоёмов, колодцев, технического водопровода, наличие в окружении больных, переболевших брюшным тифом или носителей.

3. Учитывая длительность лихорадки, выраженность интоксикации, признаки генерализации инфекции больная подлежит госпитализации в инфекционный стационар с диагнозом “Тифо-паратифозное заболевание?” для изоляции, обследования и лечения. Должно быть составлено экстренное извещение в санэпидслужбу о случае выявления инфекционного заболевания.