

**Экзамен по МДК 02.01/ Лечение инфекционных заболеваний**  
**Специальность 32.01.01 Лечебное дело**

Экзамен проводится в форме собеседования по билету. Задание билета включает два теоретических вопроса и ситуационную задачу.

**Перечень вопросов**

1. Понятие об инфекционном и эпидемическом процессе. Три звена эпидемического процесса. Понятие о профилактике инфекционных заболеваний.
2. Понятие об эпидемическом очаге. Виды и способы дезинфекции, основные дезсредства и их использование. Понятие о дезинсекции, дератизации.
3. Источник инфекции, методы выявления. Медицинское воздействие на источник с целью профилактики распространения заболевания.
4. Понятие о восприимчивости к инфекционным заболеваниям, медицинское влияние на восприимчивость. Плановая и экстренная иммунизация. Виды вакцин.
5. Принципы лабораторной диагностики инфекционных заболеваний.
6. Иммуитет естественный и искусственный. Методы воздействия на иммунитет. Активная и пассивная иммунизация, медицинские препараты для создания специфического иммунитета.
7. Виды возбудителей инфекционных заболеваний. Принципы этиологической терапии. Осложнения этиотропной терапии.
8. Основные патогенетические звенья инфекционного заболевания. Принципы терапии. Периоды острого инфекционного заболевания.
9. Интоксикационный синдром при инфекционных заболеваниях. Виды микробных токсинов. Принципы дезинтоксикационной терапии.
10. Пассивная иммунизация, сывороточная терапия. Осложнения при введении чужеродных сывороток и иммуноглобулинов, помощь при осложнениях.
11. Инфекционно-токсический шок, стадии развития. Противошоковая терапия.
12. Локализованные (гастроинтестинальные) острые кишечные инфекции. Этиологическая структура, основные синдромы, лабораторная диагностика.
13. Кровяные инфекции, способы заражения, методы профилактики.
14. Воздушно-капельные инфекции, методы профилактики.
15. Механизмы и пути передачи инфекций. Эпидемиологическая классификация инфекционных заболеваний. Методы прерывания путей передачи с целью профилактики.
16. Локализованные кишечные инфекции бактериальной, вирусной этиологии. Клинические формы. Принципы терапии, профилактики.
17. Парентеральные вирусные гепатиты, этиологическая структура, способы заражения. Клинические формы. Профилактика.
18. ВИЧ-инфекция, лабораторная диагностика, показания к обследованию. Профилактика, защита медперсонала.
19. Вирусные гепатиты, клиническое течение, прогнозы. Печёночная кома (энцефалопатия), стадии, экстренная помощь.
20. Лечение острых вирусных гепатитов, понятие о базисной терапии. Наблюдение реконвалесцентов острых вирусных гепатитов.
21. Клинико-эпидемиологическая, лабораторная диагностика сальмонеллёза. Осложнения. ВИЧ-инфекция. Профилактика.

22. Антропозоозы, эпидемиологические особенности. Профилактика антропозоозов.
23. Клинико-лабораторная диагностика ГЛПС. Принципы терапии. Наблюдение реконвалесцентов.
24. Ботулизм. Этиология, эпидемиология, клинические синдромы. Лабораторная диагностика. Профилактика. Этиология, эпидемиология ботулизма.
25. Генерализованные формы менингококковой инфекции. Клиника менингококкцемии, принципы терапии. Экстренная помощь в условиях ФАПа.
26. Дифтерия зева, клинические формы. Клинико-лабораторная диагностика, осложнения. Принципы терапии, мероприятия в очаге дифтерии.
27. Клиническая диагностика столбняка. Принципы лечения, догоспитальная помощь.
28. Этиология, эпидемиология ботулизма. Принципы терапии, возможные осложнения сывороточной терапии, помощь при осложнениях. Действия фельдшера в условиях ФАПа.
29. Бешенство. Этиология, эпидемиология, клиника. Иммунопрофилактика бешенства, неспецифические профилактические меры. Мероприятия в очаге.
30. ВИЧ-инфекция. Группы риска по заражению ВИЧ-инфекцией. СПИД-ассоциированные комплексы.
31. ОРВИ, клинические особенности различных этиологических форм, осложнения, терапия.
32. Особо опасные инфекции, особенности работы в очагах, карантинные мероприятия.
33. Туляремия. Этиология, эпидемиология, клинические формы, лабораторная диагностика, принципы терапии, профилактика.
34. Методы диагностики инфекционных заболеваний. Клинико-эпидемиологическая, лабораторно-инструментальная диагностика, диагностические аллергические пробы.
35. Эпидемиология острых кишечных инфекций (локализованных и генерализованных), противоэпидемические мероприятия.
36. Этиология, эпидемиология тифо-паратифозных заболеваний. Клинико-лабораторная диагностика. Клинико-эпидемиологические особенности паратифов. Клинические формы брюшного тифа.
37. Этиология, эпидемиология, основные симптомы сальмонеллёза, пищевых токсикоинфекций. Экстренная помощь.
38. Этиология, эпидемиология, клиника инфекционного мононуклеоза. Лабораторная диагностика, осложнения, лечение.
39. Принципы лечения тифо-паратифозных заболеваний. Основные осложнения, диагностика осложнений, экстренная помощь. Профилактика брюшного тифа, мероприятия в очаге.
40. Псевдотуберкулёз. Этиология, эпидемиология, клинические синдромы, осложнения. Клинико-лабораторная диагностика. Принципы терапии.
41. Малярия. Этиология, эпидемиология, виды малярии. Клинико-эпидемиологическая диагностика. Осложнения.

42. Этиология, эпидемиология вирусного гепатита А. Клинико-лабораторная диагностика. Лечение. Мероприятия в очаге, профилактика
43. Малярия, показания к обследованию, лабораторная диагностика. Принципы лечения, профилактика.
44. Сыпной тиф. Этиология, эпидемиология, клиника. Болезнь Брилля.
45. Холера, этиология, эпидемиология, клинико-лабораторная диагностика. Мероприятия в очаге холеры.
46. Вирусные гепатиты, этиологическая структура, пути передачи. Клинические стадии вирусных гепатитов. Лабораторная диагностика.
47. Клинико-лабораторная диагностика сыпного тифа, болезни Брилля. Осложнения. Принципы терапии. Профилактика, мероприятия в очаге.
48. Острая дизентерия, этиология, эпидемиология. Клиническая, лабораторно-инструментальная диагностика.
49. ВИЧ-инфекция, этиология, пути передачи, клинические стадии.
50. Грипп, этиология, эпидемиология, клинико-эпидемиологическая диагностика. Критерии тяжести, показания к госпитализации. Осложнения.
51. ОРВИ, этиологическая структура, клиническая, лабораторная диагностика. Профилактика.
52. Менингококковая инфекция, этиология, эпидемиология, клинические формы, лабораторная диагностика. Профилактика, мероприятия в очаге.
53. Осложнения различных этиологических форм ОРВИ, гриппа. Лечение ОРВИ, гриппа, профилактика.
54. Холера, стадии заболевания, стадии обезвоживания, принципы лечения и профилактики.
55. Острая дизентерия, эшерихиозы. Клинические формы, лечение, профилактика.
56. Лайм-боррелиоз. Этиология, эпидемиология, клинические стадии. Симптомы острого боррелиоза, лечение, профилактика.
57. Этиология, эпидемиология дифтерии, локализация патологического процесса. Плановая профилактика дифтерии.
58. Столбняк, этиология, эпидемиология. Плановая и экстренная профилактика столбняка.
59. Рожь, этиология, эпидемиология, клиническая диагностика, осложнения. Показания к госпитализации. Лечение. Профилактика рецидивов.
60. Этиология, эпидемиология ГЛПС, клинические стадии, осложнения соответственно клиническим стадиям. Профилактика, мероприятия в очаге.
61. Клещевой энцефалит, этиология, эпидемиология, клинические формы. Клинико-эпидемиологическая диагностика, лабораторные исследования. Профилактика, принципы лечения.
62. Лептоспироз. Этиология, эпидемиология, клинико-лабораторная диагностика, принципы терапии.
63. Менингококковая инфекция, этиология, эпидемиология. Клиника менингита, принципы терапии, осложнения. Мозговая кома. Неотложная помощь в условиях ФАПа.
64. Сибирская язва, этиология, эпидемиология, клинические формы. Профилактика.

65. Этиология, эпидемиология чумы. Клинические формы. Принципы лечения. Профилактика.
66. Клиника кожной формы сибирской язвы, осложнения. Принципы терапии. Мероприятия в очаге.
67. Этиология, эпидемиология бруцеллёза. Клинико-эпидемиологическая, лабораторная диагностика. Профилактика.
68. Инфекционно-токсический, анафилактический, дегидратационный шоки, противошоковые методы.
69. Бруцеллёз. Лечение, профилактика, мероприятия в очаге. Значение профессионального фактора.
70. Клинико-лабораторная диагностика чумы. Мероприятия в очаге.

### Ситуационные задачи

1. Больной 25 лет, направлен фельдшером в инфекционное отделение с диагнозом: ОРВИ. Болен 4 дня, температура 39-40<sup>0</sup>С, головная боль, выраженная слабость, небольшой насморк, умеренная разлитая гиперемия в зеве. При осмотре врач отметил легкую иктеричность склер. Печень пальпируется на 0,5-1 см ниже реберной дуги. Моча темная. При исследовании в моче обнаруживается билирубин.

*Вопросы:*

- а) Обоснование направительного диагноза
- б) План обследования
- в) Лечебная тактика

2. Больной Ф., 47 лет, заболел остро: повысилась температура до 38,0<sup>0</sup>С, присоединились головная боль, слабость. На 3-й день болезни появились умеренная боль в горле, при глотании, усилилась слабость, сохранялась фебрильная температура. Обратился к врачу – диагностирована ангина. Назначены эритромицин, полоскание зева раствором фурациллина, димедрол, обильное питье. К 4-му дню болезни температура снизилась до 37,5<sup>0</sup>С, однако общее состояние ухудшилось – усилилась слабость, стал вялым, адинамичным, обратил внимание на бледность кожи. Объективно: состояние средней тяжести. Температура 37,4<sup>0</sup>С. Вял. Бледен. В зеве застойно-синюшная гиперемия и отёк слизистой миндалин. На миндалинах серо-грязные налёты, выступают над поверхностью, с трудом снимаются шпателем, оставляя кровоточащую поверхность. Пленка не растирается между шпателями. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, эластичны, не спаяны между собой.

*Вопросы:*

- а) Обоснование клинического диагноза
- б) Обоснование плана обследования и лечения
- в) Осложнения данного заболевания

3. Больной Г. 18 лет, заболел остро. За двое суток до заболевания купался в реке Волга, заглатывал воду. Появились схваткообразные боли в животе, императивные позывы на низ. В течение первых суток болезни, стул сначала был очень частым, кашицеобразным, затем потерял каловый характер и состоял из небольшого количества слизи и прожилок крови. Акту дефекации предшествовали боли схваткообразного характера с преимущественной локализацией в левой подвздошной области. Температура тела поднялась до субфебрильных цифр.

*Вопросы:*

- а) Обоснование клинического диагноза
- б) Лабораторный и инструментальный методы обследования, подтверждающие диагноз
- в) Тактика лечения

4. Больная 21 года, студентка, проживает в общежитии. Поступила в инфекционный стационар с подозрением на вирусный гепатит. Болеет неделю: повышена температура до 38-39<sup>0</sup>С, боль в горле при глотании. Три дня назад потемнела моча. Накануне госпитализации фельдшером медпункта общежития отмечена желтуха на склерах. Исследована моча в поликлинике, обнаружены желчные пигменты. В беседе с больной выяснилось, что соседка по комнате в общежитии 2 недели назад переболела ангиной. При осмотре: умеренная желтуха кожи и склер. Увеличены все группы периферических лимфоузлов, включая задне-шейные и затылочные, размеры 1-2 см в диаметре. В зеве

– резко увеличены, гиперемированы, разрыхлены миндалины, покрыты сероватым налетом. Пульс соответствует температуре. Живот безболезнен. Пальпируется печень на 1-1.5 см ниже реберного края, определяется селезенка на 1 см ниже реберной дуги.

*Вопросы:*

- а) Обоснование диагноза
- б) План обследования
- в) Лабораторный критерий диагностики

5. Больной А., 19 лет, заболел постепенно. Появились недомогание, головная боль, насморк, сухой кашель. За два дня до болезни имел контакт с больными ОРВИ. На второй день болезни осип голос, температура тела поднялась до 37,2<sup>0</sup>С. На третий день состояние ухудшилось, температура 38,2-39,2<sup>0</sup>С. Госпитализирован. При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована. Миндалины увеличены, выступают за пределы дужек. Из носа серозные выделения. Кашель сухой, частый. В легких дыхание везикулярное. Пульс 84 в мин., АД 130/70 мм рт. ст. Тоны сердца ясные. Живот безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Проведена симптоматическая терапия, на фоне которой с 5 дня болезни температура нормализовалась, а с седьмого прекратились кашель, насморк, восстановился тембр голоса.

*Вопросы:*

- а) Обоснование диагноза
- б) Осложнения данного заболевания
- в) Обоснование плана лечения

6. Больная Г., 45 лет, заболела остро: появились озноб, головная боль, стала повышаться температура тела. Головная боль быстро нарастала по интенсивности. Присоединилась рвота. Через 12 часов от начала болезни потеряла сознание. При осмотре: лежит на боку с запрокинутой головой и приведенными к животу ногами. На коже туловища конечностей обильная геморрагическая сыпь, в центре отдельных элементов некроз. За неделю до настоящего заболевания отмечался насморк. Заболевание связывает с переохлаждением.

*Вопросы:*

- а) Обоснование диагноза, клинической формы
- б) Тактика фельдшера на догоспитальном этапе
- в) Осложнения данного заболевания

7. Больной З., 20 лет, в течение последнего месяца был занят земляными работами в регионе, где имелись заброшенные скотомогильники. В день заболевания появился зуд кожи на ограниченном участке нижней трети ладонной поверхности левого предплечья. Зуд был настолько мучительным, что прижег зудящее место горячей сигаретой. На следующий день образовался чёрный струп на участке поражения диаметром около 1 см, который был окружён мелкими пузырьками с серозной жидкостью и небольшим венчиком гиперемии. Пораженная конечность отекала. Отёк был от кончиков пальцев до плечевого сустава. Определялся крупный подмышечный лимфатический узел слева. Температура тела 39<sup>0</sup>С.

*Вопросы:*

- а) Обоснование диагноза, клиническая форма
- б) План обследования и лечения
- в) Противоэпидемические мероприятия

8. В городскую больницу в течение суток поступило из разных районов города и с разных улиц 28 больных. У всех больных тошнота, рвота, частый жидкий стул, боль в эпигастрии, гипотония, судороги мышц нижних конечностей. Еще 60 больным с поносом и рвотой медперсонал «скорой помощи» оказал помощь на дому, не госпитализируя их, так как общее состояние не было тяжелым. Всех заболевших объединяло одно обстоятельство: они ели пирожные, изготовленные в одном из кондитерских цехов.

*Вопросы:*

- а) Обоснование диагноза
- б) План обследования и лечения на догоспитальном этапе
- в) Противоэпидемические мероприятия

9. В инфекционный стационар фельдшером медпункта речного порта направлен больной, с жалобами на резкую слабость, головокружение, рвоту, бессонницу, высокую температуру, резкие боли в правой паховой области. Болен второй день. Сознание затемнено, беспокоен, тоны сердца глухие, тахикардия, пульс слабого наполнения и напряжения. Селезенка увеличена. Размеры печени в пределах нормы. В паховой области болезненный конгломерат плотно-эластической консистенции. Кожа над ним

гиперемирована. Работает грузчиком в порту. Несколько дней назад разгружал теплоход, прибывший из Африки.

*Вопросы:*

- а) Тактика фельдшера при выявлении данного заболевания
- б) Тактика медперсонала ЛПУ при поступлении и после госпитализации больного
- в) Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекций

10. Больная П., 22 лет, заболела остро спустя 2 недели после легкого назофарингита. С ознобом стала повышаться температура тела и через 3 часа достигла 39°C. На коже туловища стала появляться сыпь с локализацией в области крупных суставов. Осмотрена через 18 часов с момента заболевания. В сознании. Жалуются на умеренной интенсивности головную боль, слабость. Кожа холодная на ощупь, влажная. Полиморфная, обильная геморрагическая звездчатая сыпь на коже туловища, в центре отдельных элементов некроз. Пульс и АД не определяются. Имеются ригидность мышц затылка и положительный симптом Кернига. Последние несколько часов не мочилась.

*Вопросы:*

- а) Обоснование диагноза, клиническая форма
- б) Тактика фельдшера на догоспитальном этапе
- в) Мероприятия в очаге

11. Больной Т., 37 лет, зоотехник в Озинском районе. Во время учебы в зооветеринарном техникуме проходил практику в Карагандинской области. В хозяйстве был поражен бруцеллезом и туберкулезом крупный рогатый скот. После окончания института работал в хозяйстве, где регистрировались единичные случаи бруцеллеза овец. Болен 8 лет. Беспокоят боли ноющего характера в суставах, потливость, познабливание, периодический субфебрилитет, снижение трудоспособности. За последние 2 года усилились боли в суставах, особенно в коленных, появилась боль в пояснице. Усиление симптомов болезни отмечает весной и осенью. Выражен гипергидроз. Бурсит коленных суставов и в области наружных лодыжек.

*Вопросы:*

- а) Обоснование диагноза
- б) План лабораторного обследования
- в) Тактика лечения

12. Больной Ш., 29 лет, обратился к фельдшеру на 3 день болезни. Температура субфебрильная. На шее справа пальпируется плотный лимфатический узел размером с куриное яйцо, умеренно болезненный и не спаянный с окружающими тканями. На задней поверхности шеи – сухая корочка темно-коричневого цвета. За 5 дней до заболевания гулял в лесу, отдыхал на траве.

*Вопросы:*

- а) Обоснование диагноза
- б) План обследования
- в) Тактика лечения

13. Ребенок 5 лет возвращался самолетом с родителями из Лаоса. Во время полета у ребенка появились озноб, слабость, кашель. К концу полета температура достигла 41°C. Семья была снята с самолета. В аэропорту ребенок осмотрен фельдшером медпункта. Диагностирована очаговая пневмония. Отмечена выраженная интоксикация, хотя в легких выслушивались очень скудные физикальные данные. Ребенок отправлен в стационар. На 2-й день у ребенка присоединились жидкая кровянистая мокрота, тахикардия, резкое возбуждение, бред. При явлениях быстро нарастающей интоксикации и недостаточности сердечно-сосудистой системы ребенок скончался. В стационаре началась вспышка пневмонии с высоким процентом летальности.

*Вопросы:*

- а) Обоснование диагноза
- б) Тактика фельдшера на догоспитальном этапе
- в) Мероприятия на разных этапах наблюдения за ребенком

14. Больная А., 23 года, заболела остро, спустя 4 часа после употребления в пищу яиц всмятку. С ознобом повысилась температура до 38,5°C; появились умеренные боли в эпигастрии схваткообразного характера, многократная рвота, затем жидкий стул зеленоватого цвета, зловонный. Частота стула впервые сутки заболевания равнялась 6. Объем каждой порции 400-500 мл. При осмотре, состояние средней тяжести. Температура 38,3°C. Кожа бледная, пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. АД 90 и 60 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации умеренно болезненный в эпигастрии. Стул жидкий, водянистый, зеленоватого цвета, без патологических примесей.

*Вопросы:*

- а) Обоснование диагноза
- б) План обследования
- в) Тактика лечения

15. Больная Н., 43 года, жалуется на резкую слабость, ухудшения зрения (нечёткость изображения, затруднение при чтении газетного шрифта, двоение предметов), сухость во рту. Больна вторые сутки. Указанные ранее симптомы появились в первый день болезни. На вторые сутки стала испытывать затруднение при глотании твердой пищи, изменился голос. Заболевание связывает с употреблением консервированных грибов.

*Вопросы:*

- а) Обоснование диагноза
- б) Тактика фельдшера на догоспитальном этапе
- в) План обследования

16. Больной Г., 59 лет, фермер. Доставлен в клинику на 17-й день после травмы пальцев правой руки. Травматическая ампутация пальцев во время работы с пилой. Лечился в хирургическом отделении районной больницы. Внезапно у больного появились напряжение мышц лица, шеи, спины, живота, затрудненное дыхание. При осмотре больного врачи заметили сужение глазных щелей, наморщенный лоб, затруднение при открывании рта с помощью шпателя. Состояние тяжелое. Через каждые 30-40 минут возникают тонические судороги. Лежит больной на спине, касаясь, постели затылком и пятками. Мочеиспускание затруднено. Стул задержан. Температура тела 37,5°C. Пульс 120 в мин с редкими экстрасистолами. АД 140/90 мм рт. ст.

*Вопросы:*

- а) Обоснование диагноза
- б) Тактика фельдшера на догоспитальном этапе
- в) Этапы профилактики данного заболевания

17. Больной Ш., 21 год, вернулся из Афганистана. Обратился к фельдшеру по месту жительства. Заболел остро, когда около 14 часов, после «потрясающего озноба» в течении 40 минут температура тела поднялась до 38°C. К 22 часам температура тела снизилась до нормы, с обильным потоотделением, что пациент связал с приемом аспирина. На следующий день вновь в 14 часов появился «потрясающий озноб», продолжающийся также около 40 минут. Температура тела поднялась до 40°C, снизилась к 22 часам, что так же связал с приемом аспирина. На третий день болезни, самочувствие было хорошим, температура не повышалась. В последующем на 4-й, 6-й, 8-й, 10-й дни болезни в 14 часов после озноба повышалась температура тела до 40,0<sup>0</sup>-40,3°C. На 5-й, 7-й, 11-й дни чувствовал себя удовлетворительно. При осмотре отмечалась бледность кожных покровов, герпетическая сыпь на губах, лабильность пульса, приглушение тонов сердца, увеличение размеров печени и селезёнки, небольшое снижение числа эритроцитов в периферической крови, СОЭ 27 мм/час.

*Вопросы:*

- а) Обоснование диагноза
- б) План обследования и лечения
- в) Противоэпидемические мероприятия в очаге

18. Больная Г., 26 лет, отметила постепенное повышение температуры тела до постоянной в конце первой недели болезни (40,0<sup>0</sup>-41,0<sup>0</sup>C). Появилась головная боль, стала нарастать слабость, исчез аппетит, присоединился кашицеобразный стул 1-2 раза в сутки. Наблюдалась у фельдшера по месту жительства. От предложенной неоднократно госпитализации, неоднократно отказывалась. Лечилась пенициллином. В стационар направлена на 17-й день болезни. Обращают на себя внимание бледность кожи, единичные розовые пятнышки на коже живота до 0,3 см в диаметре, глухость сердечных тонов, сухой, обложенный коричневым налетом язык, увеличенные печень и селезёнка, бред; в день поступления, в стуле была отмечена примесь крови тёмного цвета.

*Вопросы:*

- а) Обоснование диагноза
- б) Тактика фельдшера на догоспитальном этапе
- в) План обследования и лечения

19. В клинику 30 августа в 17.00 поступил больной В., 5 лет, на 4-й день от начала заболевания с симптомами гидрофобии и аэрофобии. В июне ребенка укусила неизвестная собака в левое предплечье около локтевого сустава. Рану не обрабатывали. В стационаре у ребенка появилось возбуждение, галлюцинации «ел нитки, веревки», звал к себе мать, пытался ее укусить. Через 5 часов

присоединились усиленная саливация, обильное потоотделение, обнаружена левосторонняя гемиплегия, через 1 час произошла внезапная остановка сердца и наступила смерть.

*Вопросы:*

- а) Обоснование диагноза, стадии заболевания
- б) Методы диагностики и тактика оказания помощи
- в) Мероприятия по профилактике данного заболевания

20. Больной Г., 46 лет, вызвал фельдшера на 4 день болезни. Заболел остро. Повышение температуры тела до 38,5<sup>0</sup>С сопровождалась ознобом. В последующие дни температура достигла 39<sup>0</sup>-40<sup>0</sup>С. На 3 день болезни появились и стали нарастать боли в пояснице, жажда, носовое кровотечение. Уменьшилось количество мочи. Лицо больного гиперемировано, инъектированность сосудов склер. Фельдшером отправлена моча на исследование. В общем анализе мочи: относительная плотность 1005, лейкоциты 2-3 в п/зр., эритроциты до 100 в п/зр., фибринные цилиндры. Больной живет в районе лесного массива.

*Вопросы:*

- а) Обоснование диагноза, возможные осложнения
- б) План обследования
- в) План лечения

21. Мужчина Б., 56 лет, болен 5-й день. Предъявляет жалобы на сильную головную боль, недомогание, чувство жара, отсутствие сна. Заболевание началось остро: озноб, головная боль, повышение температуры тела в 1-й день до 38<sup>0</sup>С, с 3-го дня сохраняется на уровне 38,5<sup>0</sup>-39,3<sup>0</sup>С. В анамнезе: перенес корь, ангину, эпидемический паротит в детстве, пневмонии и сыпной тиф – в возрасте 18 лет. Температура тела 39<sup>0</sup>С. Говорлив, временами морщится и жмурит веки (усиливается головная боль). Кожа лица, шеи и верхних отделов туловища гиперемирована. На коже внутренних поверхностей плеч и шеи, а также боковых отделов груди и живота имеются множественные элементы полиморфной сыпи: розеола и петехии. Конъюнктивы красные, на переходных складках век – единичные ярко-красные пятнышки. Слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, у основания язычка мягкого нёба – две петехии. Пульс 106 ударов в 1 минуту, среднего наполнения. Тоны сердца ослаблены. АД 105 и 60 мм рт. ст. ЧДД – 20 в 1 минуту. Язык показывает толчками, сухой, красный, на поверхности тонкий серый налёт. Живот мягкий безболезненный. Размеры печени по Курлову 12-10-9 см, край плотный, безболезненный. Селезёнка выступает из-под рёберной дуги на 2 см, средней плотности, безболезненная. Стул задержан. Мочевыделение частое, небольшими порциями.

*Вопросы:*

- а) Обоснование диагноза
- б) Принципы лабораторной диагностики и лечения.
- в) Мероприятия в очаге заболевания.

22. Больная Г., 45 лет, заболела остро: появились озноб, головная боль, стала повышаться температура тела. Головная боль быстро нарастала по интенсивности. Присоединилась рвота. Через 12 часов от начала болезни потеряла сознание. При осмотре потеряла сознание, лежит на боку с запрокинутой головой и приведенными к животу ногами. На коже туловища конечностей обильная геморрагическая сыпь, в центре отдельных элементов некроз. За неделю до настоящего заболевания отмечался насморк. Заболевание связывает с переохлаждением.

*Вопросы:*

- а) Обоснование диагноза, клиническая форма
- б) Принципы обследования
- в) Неотложная терапия

23. В течение 2 недель в посёлке заболело около 40 человек (всего 3000 жителей), главным образом взрослых. У них отмечалась головная боль, заторможенность, высокая температура, сухой, обложенный в центре язык, слабость, урчание в кишечнике. У части больных отмечалось увеличение печени и селезёнки, а также единичные розеола на коже живота.

*Вопросы:*

- а) Обоснование диагноза
- б) Тактика фельдшера
- в) Противоэпидемические мероприятия

24. Больная Б., 56 лет, вернулась из Венгрии в ноябре 2002 года. Жалуется на периодическое повышение температуры тела; температура носит интермиттирующий характер, пароксизмы наступают с 48- часовым интервалом, развиваются остро, температура достигает за 1,5-2 часа 39<sup>0</sup>-40<sup>0</sup>С, снижаясь через 2-6 часов с обильным потоотделением. После пароксизма наблюдается период



апирексии. Беспокоит слабость. При осмотре отмечается бледность кожных покровов, глухость тонов сердца, увеличение печени и селезёнки, снижение числа эритроцитов в периферической крови до  $2,7 \times 10^{12}/л$ , увеличение СОЭ до 54 мм/час.

*Вопросы:*

- а) Обоснование диагноза
- б) Лабораторное обследование
- в) Принципы лечения

25. Больная 17 лет поступила в больницу на рассвете, по поводу остро развившегося заболевания ночью. Появился жидкий стул, водянистый, затем дефекации участились, стул становился все обильнее, постепенно приобретая вид рисового отвара. Присоединилась рвота, обильная, мучительная. Температура нормальная, явление острого нарушения водно-солевого обмена и слабость сердечной деятельности.

*Вопросы:*

- а) Обоснование заболевания
- б) Тактика ухода и лечения
- в) Противозидемические мероприятия

26. Вечером у больного появилось ощущение давления под ложечкой, затем общая слабость, головокружение и тягостное ощущение замирания сердца. В дальнейшем появилось ощущение сухости во рту, холодный пот, общая мышечная слабость, шаткая походка. Поднятие век осуществляется с трудом. Появилось двойное видение предметов. Зрачки мало реагируют на свет. Стул задержан 36 часов. Накануне заболевания, больной ел осетровый балык, купленный им на базаре.

*Вопросы:*

- а) Обоснование диагноза
- б) Тактика фельдшера на догоспитальном этапе
- в) Принципы терапии

27. В поликлинику к участковому врачу обратился пациент с жалобами на повышение температуры до  $38,2^{\circ}C$ , першение в горле, тошноту, плохой аппетит, потемнение мочи.

*Вопросы:*

- а) Обоснование диагноза
- б) План обследования
- в) Тактика лечения

28. Больной Б., 20 лет, с утра почувствовал общую слабость. Разбитость. Одновременно окружающие обратили внимание на покраснение у него кожи в области лба. В последующие несколько часов самочувствие ухудшилось: появились озноб и головная боль; повысилась температура тела до  $38,8^{\circ}C$ . Покраснение кожи распространилось на область носа и левой щеки. При осмотре: больной вялый, в области лба, спинки носа и левой щеки, яркая эритема с чётким отграничением от здоровой кожи. Края эритемы неровные, приподняты над уровнем здоровой кожи (периферический валик). Кожа в области эритемы напряжена, горячая на ощупь, инфильтрирована. На фоне эритемы – несколько геморрагий размером примерно  $0,5 \times 0,5$  см. Отёк левой щеки распространяется на область век. Глазная щель слева сужена, при пальпации эритемы – умеренная болезненность. Определяются увеличенные подчелюстные лимфатические узлы. При клиническом обследовании: тоны сердца приглушены, пульс 110 ударов в минуту, АД 110/60 мм рт. ст. язык сухой, живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются.

*Вопросы:*

- а) Обоснование диагноза
- б) План обследования
- в) Тактика лечения

29. В конце ноября медработник детского сада, обследуя детсад, установил появление случаев заболевания гриппом среди сотрудников и детей, в младшей, средней и старшей группах. В этот период в городе тоже намечалась тенденция к росту заболевания гриппом.

*Вопросы:*

- а) Противозидемические мероприятия
- б) Профилактика

30. Больной В., 29 лет, речник, обратился в медпункт в первый день болезни. Заболевание началось с позывов на дефекацию. Болей в животе не отмечал. Беспокоили урчания в животе. Стул был обильный, водянистый. В дальнейшем стул приобрёл вид рисового отвара. Снижился аппетит,

появилась слабость и жажда. При осмотре: температура тела нормальная, пульс 100 ударов в минуту. Язык сухой, живот втянут, безболезненный. АД 100/60 мм рт. ст.

*Вопросы:*

- а) Обоснование диагноза
- б) Тактика фельдшера на догоспитальном этапе
- в) План лечения и обследования

31. Больная С., 18 лет, наркоманка, вводит внутривенно вытяжку мака. В течении недели отмечала нарастающую слабость, ухудшение аппетита, вплоть до отвращения к пище, появилась темная моча. При осмотре кожа и склеры, интенсивно окрашены в желтый цвет. Температура тела нормальная. Тахикардия. АД 90/60 мм рт. ст. Язык влажный, умеренно обложен белым налётом. Живот мягкий безболезненный. Печень имеет размеры по Курлову 10-9-8 см, нижний её край определяется по рёберной дуге. Селезенка не пальпируется. Больная вялая. Во время беседы с врачом зевала, закрывала глаза, говорила, что хочет спать. Менингеальных и очаговых симптомов нет.

*Вопросы:*

- а) Обоснование диагноза, клиническая форма
- б) Тактика фельдшера на догоспитальном этапе
- в) Обследование и неотложная помощь

32. Больной Ш., 48 лет, страдающий сахарным диабетом и микозом стоп, заболел остро. Появились болезненное напряжение и ощущение жжения в левом голеностопном суставе, и его припухлость. На вторые сутки отёчность увеличилась. Кожа над суставом покраснела. Стал испытывать боль и затруднение в ходьбе. Поднялась температура тела до 38,0<sup>0</sup>С. На третьи сутки отёк, гиперемия кожи распространились на нижнюю треть голени. Осмотрен на третьи сутки болезни. Левый голеностопный сустав и нижняя часть голени отёчны, гиперемированы. Гиперемия и отёк чётко ограничены от здоровой кожи, возвышаются над ней. Этот участок кожи горячий на ощупь.

*Вопросы:*

- а) Обоснование диагноза
- б) План лечения
- в) Тактика предупреждения рецидива

33. Больная Б., 30 лет, заболела 3 дня назад: почувствовала общее недомогание, повысилась температура до 38,4<sup>0</sup>С, отмечала познбливание, головную боль. Одновременно появились боли в нижней половине живота, частый жидкий стул, полуоформленный. В последующие 1,5-2 суток температура повысилась до 38,9<sup>0</sup>С, боль в животе усилилась, приобрела схваткообразный характер, стул жидкий до 10-12 раз в сутки, с примесью слизи крови. Появились ложные позывы на низ. Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что больная находилась в контакте с дочерью, которая находилась на лечении по поводу острого кишечного заболевания. При осмотре: температура тела 38,4<sup>0</sup>С. Больная вялая. Кожные покровы влажные, нормальной окраски. Тургор кожи не снижен. Пульс 92 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 100 и 70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня серым налётом. При пальпации живота определялись болезненность и уплотненная спазмированная сигмовидная кишка. Стул скудный с малым содержанием каловых масс и значительной примесью слизи, прожилками крови.

*Вопросы:*

- а) Обоснование диагноза, форма течения и тяжесть болезни
- б) План обследования
- в) Тактика лечения

34. Больная И., 20 лет, заболела остро: поднялась температура тела до 39,5<sup>0</sup>С и оставалась повышенной в течение 3 дней, затем снизилась до нормы. С третьего дня болезни потемнела моча. На седьмой день болезни появились иктеричная окраска склер, рвота, анорексия, стал ахоличным стул. При осмотре: кожа и склеры окрашены в желтый цвет. Пульс 56 ударов в минуту. Размеры печени по Курлову 112-10-9 см.

*Вопросы:*

- а) Обоснование диагноза
- б) План обследования и лечения.
- в) Противоэпидемические мероприятия.

35. Больная М. 29 лет, заболела остро 19 октября. Повысилась температура до 39<sup>0</sup>С. Появились: головная боль, ломота в суставах, умеренные боли в пояснице. С 24 октября температура снизилась до нормальных цифр. Усилились боли в пояснице, в течение суток расстройство зрения. Уменьшилось количество отделяемой мочи. Присоединилась частая многократная рвота, икота. Госпитализирована

в стационар. При осмотре состояние тяжелое. Рвота, икота, гиподинамия, вялость, заторможенность. Кожа без изменений. Субконъюнктивальные кровоизлияния. В зеве гиперемия. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, пульс 74 в минуту, ритмичный, АД 130/100 мм рт. ст. Язык сухой. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области и правом подреберье. Резкая болезненность при пальпации в поясничной области. За последние сутки выделилось 200 мл мочи.

*Вопросы:*

- а) Обоснование диагноза, стадия заболевания
- б) План обследования
- в) Тактика лечения