

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ФАКУЛЬТЕТ ОБЩЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Оценочные материалы

по дисциплине **Инфекционные болезни**

Направление подготовки 34.03.01 «Сестринское дело» (уровень
бакалавриата)

Зав. кафедрой _____ проф. Амбалов Ю.М.

2023г.

Форма промежуточной аттестации – зачёт.

Вид промежуточной аттестации – решение ситуационных задач.

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной или в формировании которых участвует дисциплина

общепрофессиональных (ОПК): ОПК 5

Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения общепрофессиональной компетенции
ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач.	ИД 1 ОПК-5 Владеет алгоритмом клинико-лабораторной и функциональной диагностики при решении профессиональных задач. ИД 2 ОПК-5 Умеет оценивать результаты клинико-лабораторной и функциональной диагностики при решении профессиональных задач. ИД-3 ОПК-5 Уметь определять морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы организма человека.

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ОПК 5	Задания открытого типа: Ситуационные задачи	75 с эталонами ответов

Задания открытого типа: *ВСЕГО 75 заданий (ситуационных задач)*

ОПК 5

Задача № 1 Пациент 18 лет, учащийся колледжа. Заболел 6 дней назад. Повысилась температура до 38,1°, появилось ощущение тяжести в правом подреберье, пропал аппетит, тошнило. В первые три дня дважды была рвота после приема пищи. На 2-3 день болезни потемнела моча. Спустя 4 дня температура нормализовалась, сохранялись тошнота и отсутствие аппетита. В день поступления утром появилась желтуха. При осмотре кожа и склеры умеренно желтушны. Печень на 3 см ниже края реберной дуги, край закруглен, консистенция мягкая, поверхность гладкая, пальпация умеренно болезненная. Селезенка

не увеличена. Сердце и легкие без патологии. Моча темная, кал светло-желтого цвета. Накануне заболевания алкоголь и лекарства не употреблял.

1. Предварительный диагноз (ПД) и его обоснование.

2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1. ПД – острые вирусные гепатиты (А, В, С, D, E), хронические гепатиты (В, С, D). Однако, с учетом возраста и лихорадки только в преджелтушном периоде вероятнее всего гепатит А. Лептоспироз, инфекционный мононуклеоз, сепсис, иерсиниозы исключаются, т.к. желтуха не сопровождается лихорадкой. Лекарства и алкоголь перед заболеванием не употреблял, что исключает токсическое поражение печени. Нет желчной колики, которая за день предшествует появлению желтухи при осложнении желчнокаменной болезни (закупорка камнем желчевыводящих путей). При гемолитической желтухе не бывает обесцвечивания кала, обнаруживается спленомегалия, но необходим анализ крови (эритроциты, гемоглобин, ретикулоциты). Опухоль маловероятна у лиц молодого возраста.

2. План обследования. Антитела к ВГА класса IgM (анти-HAV-IgM-IgG). Поверхностный антиген гепатита В (HBsAg). Антитела к сердцевинному антигену вируса гепатита В класса IgM (анти-HBc IgM-IgG). Антитела к вирусу гепатита С (анти-HCV) и РНК-вируса гепатита С (HCV-RNA). Билирубин, АлТ, АсТ, ЩФ, общий белок и его фракции.

Задача № 2 Пациент 48 лет, служащий. Заболел 8 дней назад. Повысилась температура до 37,8°, появились боли в суставах ощущение тяжести в правом подреберье, пропал аппетит, тошнило. Через день на коже появилась сыпь, напоминающая укусы комаров, зудом не сопровождалась, исчезла через 5 дней бесследно. Периодически раз в два-три дня была рвота после приема пищи. На 2-й день болезни потемнела моча. Спустя 5 дней температура нормализовалась, сохранялись тошнота и отсутствие аппетита. За день до поступления утром появилась желтуха. При осмотре кожа и склеры желтушны. Печень на 4 см ниже края реберной дуги, край закруглен, консистенция мягкая, поверхность гладкая, пальпация умеренно болезненная. Селезенка не увеличена. Сердце и легкие без патологии. Моча темная, кал светлый. Накануне заболевания алкоголь и лекарства не употреблял. За четыре месяца до заболевания амбулаторно лечился по поводу остеохондроза, получал инъекции. Три месяца назад лечился у стоматолога (кариес, протезирование).

1. Предварительный диагноз (ПД) и его обоснование.

2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1. ПД – острые вирусные гепатиты (А, В, С, D, E), хронические гепатиты (В, С, D). Однако, с учетом возраста и лихорадки только в преджелтушном периоде, болей в суставах, сыпи на коже вероятнее всего гепатит В. Лептоспироз, инфекционный мононуклеоз, сепсис, иерсиниозы исключаются, т.к. желтуха не сопровождается лихорадкой. Лекарства и алкоголь непосредственно перед заболеванием не употреблял, что исключает токсическое поражение печени. Не было желчной колики, которая обычно за день предшествует появлению желтухи при осложнении желчнокаменной болезни

(закупорка камнем желчевыводящих путей). При гемолитической желтухе не бывает обесцвечивания кала, обнаруживается спленомегалия, но необходим анализ крови (эритроциты, гемоглобин, ретикулоциты). Вероятность опухоли может быть оценена по данным лабораторного исследования, но отсутствие зуда кожи для холестаза несвойственно.

2. План обследования. Антитела к ВГА класса IgM (анти-HAV-IgMi-IgG). Поверхностный антиген гепатита В (HBsAg). Антитела к сердцевинному антигену вируса гепатита В класса IgM (анти-НВс IgMi-IgG). Антитела к вирусу гепатита С (анти-НСV) и РНК-вируса гепатита С (НСV-RNA). Билирубин, АлТ, АсТ, ЩФ, общий белок и его фракции.

Задача № 3 Пациентка 28 лет, служащая. Заболела 7 дней назад. Повысилась температура от 37,8 ° до 38,2°, беспокоило ощущение тяжести в правом подреберье, пропал аппетит, тошнило. Периодически в первые дни один-два раза в день была рвота после приема пищи. На 2-3 день болезни потемнела моча. Спустя 5 дней температура нормализовалась, сохранялись тошнота и отсутствие аппетита. За день до поступления появилась желтуха. При осмотре температура нормальная, кожа и склеры умеренно желтушны. Печень на 3 см ниже края реберной дуги, край закруглен, консистенция мягкая, поверхность гладкая, пальпация умеренно болезненная. Селезенка не увеличена. Сердце и легкие без патологии. Моча темная, кал светлый. Накануне заболевания алкоголь и лекарства не употреблял. Месяц назад вернулась из туристической поездки в Индию.

1. Предварительный диагноз (ПД) и его обоснование.

2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1. ПД – острые вирусные гепатиты (А, В, С, D, E), хронические гепатиты (В, С, D), но с учетом пребывания в Индии и возраста, лихорадки только в преджелтушном периоде существует вероятность гепатита E. Лептоспироз, инфекционный мононуклеоз, сепсис, иерсиниозы исключаются, т.к. желтуха не сопровождается лихорадкой. Лекарства и алкоголь перед заболеванием не употреблял, что исключает токсическое поражение печени. Нет желчной колики, которая за день предшествует появлению желтухи при осложнении желчнокаменной болезни (закупорка камнем желчевыводящих путей). При гемолитической желтухе не бывает обесцвечивания кала, обнаруживается спленомегалия, но необходим анализ крови (эритроциты, гемоглобин, ретикулоциты). Опухоль маловероятна у лиц молодого возраста, но для исключения нужны дополнительные исследования по показаниям.

2. План обследования. Антитела к ВГА класса IgM (анти-HAV-IgMi-IgG). Антитела к ВГЕ класса IgM (анти-HEV-IgMi-IgG). Поверхностный антиген гепатита В (HBsAg). Антитела к сердцевинному антигену вируса гепатита В класса IgM (анти-НВс IgMi-IgG). Антитела к вирусу гепатита С (анти-НСV) и РНК-вируса гепатита С (НСV-RNA). Билирубин, АлТ, АсТ, ЩФ, общий белок и его фракции.

Задача № 4 Пациент 38 лет, служащий. Наблюдается у нефролога в связи с хроническим гломерулонефритом и хронической почечной недостаточностью в течение 4-х лет. Последние 2 года на хроническом гемодиализе. Готовится к пересадке почки. Год назад при плановом обследовании был выявлен HBsAg. Прошел обследование, находится на

диспансерном учете. Гепатит В протекал с минимальной активностью (АлТ и АсТ стабильно в норме). Состояние ухудшилось 6 дней назад. Повысилась температура до 37,5°, появились умеренные распирающие боли в правом подреберье, пропал аппетит, тошнило. Раз или два за день была рвота. На 2-й день болезни потемнела моча. За день до появления желтухи температура нормализовалась, сохранялись тошнота и отсутствие аппетита. Беспокоила нарастающая слабость, утомляемость, плохой сон. За день до поступления заметил появление желтухи. Состояние при осмотре тяжелое, вялый адинамичный. Температура в норме. Кожа и склеры интенсивно желтушны. Печень на 5 см ниже края реберной дуги, край закруглен, консистенция эластическая, поверхность гладкая, пальпация печени болезненная. Селезенка не увеличена. Сердце и легкие без патологии. Моча темная, кал светлый. Накануне заболевания алкоголь и лекарства не употреблял.

1. Предварительный диагноз (ПД) и его обоснование.
2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1. ПД – острые вирусные гепатиты (А, С, D, E), , но с учетом предшествующего гемодиализа у больного с ранее легко протекавшим гепатитом В и выраженной тяжести состояния пациента вероятнее всего суперинфекция вирусом С или вирусом D. Лептоспироз, инфекционный мононуклеоз, сепсис, иерсиниозы исключаются, т.к. желтуха не сопровождается лихорадкой. Лекарства и алкоголь непосредственно перед заболеванием не употреблял, что исключает токсическое поражение печени. Не было желчной колики, которая обычно за день предшествует появлению желтухи при осложнении желчнокаменной болезни (закупорка камнем желчевыводящих путей). При гемолитической желтухе не бывает обесцвечивания кала, обнаруживается спленомегалия, но необходим анализ крови (эритроциты, гемоглобин, ретикулоциты). Вероятность опухоли может быть оценена по данным лабораторного исследования.

2. План обследования. Антитела к ВГА класса IgM (анти-HAV-IgM-IgG). Поверхностный антиген гепатита В (HBsAg). Антитела к сердцевинному антигену вируса гепатита В класса IgM (анти-HBc IgM-IgG). Антитела к ВГD класса IgM (анти-HDV-IgM-IgG). Антитела к вирусу гепатита С (anti-HCV) и РНК-вируса гепатита С (HCV-RNA). Антитела к ВГЕ класса IgM (анти-HEV-IgM-IgG). Билирубин, АлТ, АсТ, ЩФ, общий белок и его фракции.

Задача № 5 Пациент 52 лет, рабочий. При плановом предоперационном обследовании (планировалось удаление липомы шеи) были выявлены суммарные антитела к вирусу гепатита С (тест на HBsAg отрицательный). Больным себя не считает, жалоб нет. При осмотре. Температура в норме. Кожа и склеры обычной окраски. Желтухи нет. Со стороны легких и сердца без патологии. Живот обычной формы и размеров. Печень на 4 см ниже края реберной дуги, размеры по Курлову 15–14–11 см. При пальпации край печени острый, консистенция плотная, поверхность гладкая, пальпация печени безболезненна. Селезенка не пальпируется. Моча и кал обычной окраски.

1. Предварительный диагноз (ПД) и его обоснование.
2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1. ПД. Острый или хронический гепатит С. Обнаружение антител к вирусу гепатита С может наблюдаться при остром субклиническом гепатите С или в периоде ранней реконвалесценции гепатита, либо быть проявлением хронического гепатита С. Острый край печени и ее плотная консистенция свидетельствуют в пользу хронического гепатита или цирроза печени. Можно исключить гепатиты В и D, т.к. HBsAg не обнаружен. Лептоспироз, инфекционный мононуклеоз, сепсис, иерсиниозы исключаются, т.к. желтуха не сопровождается лихорадкой. Лекарства и алкоголь непосредственно перед заболеванием не употреблял, что исключает токсическое поражение печени. Не было желчной колики, которая за день предшествует появлению желтухи при осложнении желчнокаменной болезни (закупорка камнем желчевыводящих путей). Желтухи нет, в том числе, гемолитической. Вероятность опухоли может быть оценена по данным УЗИ, КТ и лабораторного исследования.

2. План обследования. РНК-вируса гепатита С (HCV-RNA), количественный тест и определение генотипа вируса С. Билирубин, АлТ, АсТ, ЩФ, общий белок и его фракции. Для выявления опухоли печени - УЗИ или КТ печени, альфа-фетопротеин.

Задача № 6 Пациент 57 лет. В течение последних 4-х лет стал замечать периодическое, но не постоянное увеличение размеров живота. Временами размеры живота возвращались к норме. Последний год живот увеличен постоянно и продолжает увеличиваться. Два месяца назад по скорой помощи попал в отделение хирургии с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода. Кровотечение было остановлено, расширенные вены лигированы. При обследовании в хирургическом отделении были обнаружены антитела к вирусу гепатита С, РНК-вируса гепатита С (HCV-RNA) в концентрации $2,8 \cdot 10^6$ МЕ/мл, генотип 1b. Тест на HBsAg отрицательный. При осмотре кожа и склеры слегка желтушны, расширены подкожные вены в боковых областях передней брюшной стенки. Пупок уплощен. Живот увеличен в объеме, в отлогих местах притупление перкуторного звука, симптом флюктуации. Печень увеличена, размеры по Курлову 18-16-14 см. При пальпации край острый, консистенция плотная, поверхность бугристая, болезненности нет. Пальпируется край селезенки на 4 см ниже левой реберной дуги. Моча темная, кал обычной окраски.

1. Предварительный диагноз (ПД) и его обоснование.

2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1. ПД – Хронический гепатит С, возможна суперинфекция вирусом А или Е. Острый край печени и ее плотная консистенция и бугристая поверхность, увеличение селезенки, асцит, варикозно расширенные вены пищевода свидетельствуют в пользу цирроза печени. Этиология цирроза – вирус гепатита С. Можно исключить гепатиты В и D, т.к. HBsAg не обнаружен. Лептоспироз, инфекционный мононуклеоз, сепсис, иерсиниозы исключаются, т.к. желтуха не сопровождается лихорадкой. Лекарства и алкоголь непосредственно перед заболеванием не употреблял, что исключает токсическое поражение печени. Не было желчной колики, которая за день предшествует появлению желтухи при осложнении желчнокаменной болезни (закупорка камнем желчевыводящих путей). Вероятность опухоли печени как осложнения цирроза может быть оценена по данным УЗИ, КТ, а также лабораторного исследования (альфа-фетопротеин).

2. План обследования. Поверхностный антиген гепатита В (HBsAg). Антитела к HBsAg гепатита В класса IgM (анти-HBc IgMi-IgG). HBeAg и антитела к нему (анти-HBe). Антитела к ВГD (анти-HDV-IgMi-IgG). Антитела к вирусу гепатита С (анти-HCV) и РНК-вируса гепатита С (HCV-RNA). Билирубин, АлТ, АсТ, ЩФ, общий белок и его фракции. УЗИ или КТ брюшной полости для оценки выраженности асцита и для исключения опухоли печени. Билирубин, АлТ, АсТ, ЩФ, общий белок и его фракции, альфа-фетопротеин.

Задача № 7 Пациентка 19 лет, студентка. Заболела 7 дней назад. После тяжелой и длительной физической нагрузки (переезд в другую квартиру, переноска вещей с этажа на этаж) стала ощущать нарастающую слабость. Спустя три дня потемнела моча, затем появилась желтуха. Жалуется на выраженную слабость, утомляемость, нарушение памяти (стала забывать имена друзей). При осмотре состояние средней тяжести, кожа и склеры желтушны, на коже груди сосудистые звездочки, гиперемия кожи ладоней. Живот увеличен в объеме, при перкуссии в отлогих местах живота притупление звука, симптом флюктуации. Размеры печени по Курлову 7-6-5. В правом подреберье печень не пальпируется, в эпигастральном углу – каменной плотности, бугристая, край острый, болезненности нет. Селезенка увеличена, пальпируется на 6 см ниже левой реберной дуги. Моча темная, кал обычной окраски. Со слов матери в последние дни стала вялой и не вполне адекватной в общении.

1. Предварительный диагноз (ПД) и его обоснование.

2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1. ПД – Хронический гепатит, цирроз печени. Уменьшение размеров печени, ее острый край, плотная консистенция и бугристая поверхность, увеличение селезенки, асцит свидетельствуют в пользу цирроза печени. Начальные признаки печеночной шунтовой энцефалопатии. Этиология цирроза – вирусы гепатитов В, С, D. У молодых людей дополнительно нарушения метаболизма в результате наследственных болезней (недостаточность альфа-1-антитрипсина, болезнь Вильсона-Коновалова). Лептоспироз, инфекционный мононуклеоз, сепсис, иерсиниозы исключаются, т.к. желтуха не сопровождается лихорадкой. Лекарства и алкоголь непосредственно перед заболеванием не употреблял, что исключает токсическое поражение печени. Не было желчной колики, которая за день предшествует появлению желтухи при осложнении желчнокаменной болезни (закупорка камнем желчевыводящих путей). Опухоль печени маловероятна, но может быть выявлена по результатам УЗИ или КТ.

2. Поверхностный антиген гепатита В (HBsAg). Антитела к HBsAg гепатита В (анти-HBc IgMi-IgG). HBeAg и антитела к нему (анти-HBe). Антитела к ВГD (анти-HDV-IgMi-IgG). Антитела к вирусу гепатита С (анти-HCV) и РНК-вируса гепатита С (HCV-RNA). Альфа-1-антитрипсин. Церулоплазмин, концентрация меди в суточной моче. УЗИ или КТ брюшной полости для оценки размеров печени и выраженности асцита. Билирубин, АлТ, АсТ, ЩФ, общий белок и его фракции, электролиты (К, Na).

Задача № 8 Пациент 21 года, студент. Жалоб нет. В течение последнего года замечает периодически желтушность склер, самочувствие не страдает. Цвет мочи и кала ни разу не

изменялся. Несколько раз прошел УЗИ и лабораторное обследование в период появления желтушности склер и после ее исчезновения. Билирубин общий до 48 ммоль/л, связанный 4 ммоль/л. В период без желтухи – общий 22 ммоль/л, связанный 3 ммоль/л. АлТ, АсТ и ЩФ исследованы трижды ни разу повышены не были. УЗИ патологии печени и селезенки не выявило. Суммарные антитела к вирусу гепатита С и HBsAg в течение года дважды отрицательные. В анализе крови эритроциты $4,9 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 153 г/л, ретикулоциты 0,4 %. При осмотре печень по Курлову 9-8-7 см, пальпируется у края реберной дуги, пальпаторно не изменена. Селезенка не пальпируется. Лекарства и алкоголь в течение года не употреблял.

1. Предварительный диагноз (ПД) и его обоснование.

2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1. ПД – синдром Жильбера. Болен в течение года, гепатит А может быть исключен. Маркеры гепатита В и С отрицательные. Повышен только свободный билирубин, но ни гемолиза, ни ретикулоцитоза нет, что исключает гемолитическую желтуху. Диагноз – синдром Жильбера. Лептоспироз, инфекционный мононуклеоз, сепсис, иерсиниозы исключаются, т.к. желтуха не сопровождается лихорадкой. Лекарства и алкоголь не употреблял, что исключает токсическое поражение печени. Нет желчной колики, которая за день предшествует появлению желтухи при осложнении желчнокаменной болезни (закупорка камнем желчевыводящих путей). При гемолитической желтухе не бывает обесцвечивания кала, обнаруживается спленомегалия, но необходим анализ крови (эритроциты, гемоглобин, ретикулоциты). Опухоль маловероятна у лиц молодого возраста.

2. Обследование – генетический тест на выявление мутаций в гене UGT1A1.

Задача № 9 Пациентка 27 лет, беременность 36 недель. Две недели назад стала ощущать усиливающийся кожный зуд, вначале перед сном и ночью, в последнее время зуд беспокоит и днем, но усиливается вечером и в ночное время. Из-за зуда стала плохо спать. Неделю назад заметила пожелтение склер. Обследована в женской консультации. Антитела к вирусу гепатита С и HBsAg не обнаружены. Билирубин 58 ммоль/л, АлТ 84 ммоль/л, АсТ 68 ммоль/л, ЩФ 240 ммоль/л, ГГТ 180 ммоль/л. При обследовании кроме зуда кожи жалоб нет. Кожа и склеры умеренно желтушны. Размеры печени по Курлову 10-9-8 см. Пальпация печени в эпигастральном углу – край закруглен, консистенция мягкая, поверхность гладкая, болезненности нет. Селезенка перкуторно не увеличена. Легкие без патологии. Пульс 72 в мин., АД 115/60. Моча насыщенно желтая, цвет кала не изменен.

1. Предварительный диагноз (ПД) и его обоснование.

2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1. ПД – Доброкачественный холестаз беременных, гепатиты А или Е. Холестаз подтверждается повышением ЩФ и ГГТ. Маркеры гепатита В и С отрицательные, их можно исключить. Не исключены гепатиты А (может протекать с холестазом) и Е. Лептоспироз, инфекционный мононуклеоз, сепсис, иерсиниозы исключаются, т.к. желтуха не сопровождается лихорадкой. Лекарства и алкоголь не употребляла, что исключает токсическое поражение печени. Нет желчной колики, которая за день предшествует

появлению желтухи при осложнении желчнокаменной болезни (закупорка камнем желчевыводящих путей). При гемолитической желтухе не бывает зуда кожи и обесцвечивания кала, обнаруживается спленомегалия, необходим анализ крови (эритроциты, гемоглобин, ретикулоциты). Опухоль маловероятна у лиц молодого возраста.

2. Обследование – определение концентрации желчных кислот в сыворотке крови. Биохимические тесты (АлТ, АсТ, ЩФ) для оценки эффективности проводимого лечения.

Задача № 10 Пациентка 38 лет, служащая. Заболела вчера. Спустя несколько часов после обильной еды (жареная, жирная и острая пища, малая доза алкоголя) появились сильные боли в правом подреберье. Боли иррадиировали вверх в область правой ключицы, надплечье и лопатку справа, периодически усиливались. На высоте болей возникала рвота (4-6 раз за ночь), пыталась найти положение, которое могло бы помочь ослабить боли. Приступ длился несколько часов. Вызывала скорую помощь, врач ввел ей спазмолитик и обезболивающее. Боли несколько уменьшились. Утром окружающие заметили желтуху, появился зуд кожи, потемнела моча. Повышенного питания. Температура в норме. Кожа и склеры желтушны. Легкие без патологии. Пульс 68 в мин., АД 130/90. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье у реберной дуги по средне ключичной линии. Вправо и влево от этой области болезненность при пальпации заметно меньше. При поколачивании по правой и по левой реберной дуге боль усиливается в этой же точке. Моча красно-коричневая, стула за ночь и утром не было. Печень по Курлову 10-9-8 см, пальпация края печени затруднена из-за болезненности правого подреберья.

1.Предварительный диагноз (ПД) и его обоснование.

2.План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1. ПД – Желчнокаменная болезнь, механическая желтуха. Бурное начало болезни с приступа боли и вслед за ними появление желтухи даёт основание предполагать желчнокаменную болезнь ((закупорка камнем желчевыводящих путей).Острые вирусные гепатиты (А, В, С, D, E) маловероятны с учетом острейшего начала и выраженных болей. Лептоспироз, инфекционный мононуклеоз, сепсис, иерсиниозы исключаются, т.к. желтуха не сопровождается лихорадкой.Алкоголь перед заболеванием употребляла, но в малых дозах, недостаточных для тяжелых проявлений гепатита. При гемолитической желтухе может быть внезапное начало, но только как осложнение гемотрансфузии, которой не было. Опухоль маловероятнапри при столь стремительном начале болезни.

2. План обследования. Антитела к ВГА класса IgM (анти-HAV-IgMi-IgG). Поверхностный антиген гепатита В (HBsAg). Антитела к HBсантигену вируса гепатита В класса IgM (анти- HBс IgMi-IgG). Антитела к вирусу гепатита С (anti-HCV) и РНК-вируса гепатита С (HCV-RNA). Билирубин, АлТ, АсТ, ЩФ, общий белок и его фракции. МРТ-холангиография или РХПГ.

Задача №11 Больная 23 года. Заболела утром. Появились боли внизу живота схваткообразного характера. К вечеру присоединилась головная боль, общая слабость, тошнота, рвота, повысилась температура до 37,8 °С, появился жидкий стул с примесью слизи и крови. При поступлении состояние средней тяжести, температура тела 38 °С. Кожные покровы бледные, чистые. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца громкие,

ритмичные. Пульс 98 уд/мин. АД — 110/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен. Живот при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна, симптомов раздражения брюшины нет. Стул до 10 раз в сутки. Мочилась 2 часа назад.

1. Диагноз и его обоснование.
2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

Предварительный диагноз: Дизентерия, сальмонеллёз, другие острые кишечные инфекции (напр. кампилобактериоз, эшерихиоз). Кишечный иерсиниоз. Дегидратация 1 ст. У больной со рвотой и поносом нельзя исключить данные заболевания.

План обследования (с целью верификации диагноза): бактериологическое исследование кала, исследование кала методом ПЦР, серологические исследования.

Задача №12 Больной 45 лет, доставлен в тяжелом состоянии с жалобами на резкую слабость, понос, повторную рвоту, судороги нижних конечностей. Заболел сегодня.

При поступлении: состояние тяжелое, температура тела 35,6°C. В сознании, безучастен к окружающему. Кожные покровы бледные. Черты лица заострены, глаза запавшие. Кожа, собранная в складку, долго не расправляется. ЧДД - 30/мин., тоны сердца глухие, пульс 100 в мин. АД 70 и 40 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот запавший, при пальпации мягкий, безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Стул в приемном покое непроизвольный, обильный, без выраженных патологических примесей. Не мочился.

1. Диагноз и его обоснование.
2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: Cholera, сальмонеллёз тяжёлое течение. Дегидратация 3 ст. Гиповолемический шок. Инфаркт миокарда. Экзогенная интоксикация. У больного со рвотой и поносом нельзя исключить данные заболевания.

2. План обследования (с целью верификации диагноза): бактериологическое исследование кала, исследование кала методом ПЦР, серологические исследования. ЭКГ. Исследование уровня тропонинов в крови.

Задача №13 У больного 54 лет в вагоне поезда появился жидкий стул (обильный, водянистый), затем несколько раз рвота. На вокзале был «обморок». Доставлен в приемный покой в конце первых суток болезни. Общее состояние ближе к тяжёлому, температура тела 37,4°C, сознание не нарушено, «менингеальных знаков» нет, судороги икроножных мышц, цианоз, сухость слизистых оболочек и кожи, жажда, тахикардия, небольшая разлитая болезненность при пальпации живота, симптомов раздражения брюшины нет. Последние 7-8 часов не мочился. АД 80/50 мм рт. ст. Стул не осмотрен.

1. Диагноз и его обоснование.
2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

Предварительный диагноз: Холера, дизентерия, сальмонеллёз тяжёлое течение. Дегидратация 2 ст. Инфаркт миокарда. Экзогенная интоксикация. У больного со рвотой и поносом нельзя исключить данные заболевания.

План обследования (с целью верификации диагноза): бактериологическое исследование кала, исследование кала методом ПЦР, серологические исследования. ЭКГ. Исследование уровня тропонинов в крови.

Задача №14 Больная, 30 лет, поступила на 8-й день болезни с жалобами на высокую температуру, головную боль, общую слабость. Заболевание началось утром с потрясающего озноба, который продолжался около 2-х часов, после чего температура тела повысилась до 39,8 °С. Ночью температура снизилась до нормы. На следующий день после озноба опять было повышение температуры тела до 40 °С на 8-10 часов. Эти ежедневные ознобы и повышение температуры тела продолжались еще 3 дня, после чего они стали возникать четко через день. При поступлении: состояние ближе к тяжелому. Температура тела - 38,5 °С. Лицо гиперемировано, на губах герпетические высыпания. Язык обложен белым налетом. Дыхание везикулярное. Тоны сердца притуплены, пульс 120 в мин., ритмичный. АД - 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, печень у края реберной дуги. Пальпируется увеличенная селезенка, мягкой консистенции. Моча обычного цвета.

1. Диагноз и его обоснование.
2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

Окончательный диагноз: Малярия (vivax, ovale), тяжёлое течение. Установлен на основании интермиттирующей лихорадки с интервалами между пароксизмами 48 часов.

План обследования (с целью верификации диагноза): микроскопическое исследование окрашенного мазка и «толстой капли» крови с целью обнаружения малярийного плазмодия.

Задача №15 Больной 34 года, житель сельской местности. Заболел около месяца назад, когда впервые повысилась температура тела до 39-40°С, появилась выраженная слабость, потливость, снижение аппетита, головная боль, ломота в суставах и мышцах.. Лечился самостоятельно в течение недели, принимал жаропонижающие препараты (аспирин), без эффекта. Появилась боль в правом коленном и голеностопном суставах, отечность, ограничение подвижности в них. Отмечает снижение массы тела до 5 кг за последний месяц. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 38,7°С. Шейные, подмышечные, надключичные, паховые лимфоузлы увеличены до 0,5-1,0 см в диаметре, с окружающими тканями не спаяны, чувствительные при пальпации. Печень +2 см, край чувствительный при пальпации, эластичный. Селезенка не увеличена. Правые коленный и голеностопный суставы отечны, отмечается локальная гипертермия, ограничение подвижности.

1. Диагноз и его обоснование.
2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

Предварительный диагноз: Острый бруцеллез в фазе формирования вторичных очаговых поражений. Иерсиниозы. Системные заболевания соединительной ткани (ревматизм, ревматоидный артрит, системная красная волчанка и др.). Туберкулёз. У больного с поражением суставов (артрит) нельзя исключить данные заболевания.

План обследования (с целью верификации диагноза): Реакция Райта, РПГА с бруцеллезным эритроцитарнымдиагностикомом, ИФА на определение иммуноглобулинов к бруцелле, исследование крови методом ПЦР с целью обнаружения ДНК бруцеллы, кожно-аллергическая проба Бюрне. Бактериологическое и серологическое исследование с целью идентификации возбудителей иерсиниозов. Консультация фтизиатра, ревматолога.

Задача №16 Больной Д., 22 года. Заболел сегодня. К концу дня появились озноб, тошнота, головная боль, чувство тяжести в эпигастрии, двукратная рвота, боли в животе разлитого характера. Присоединился частый, жидкий, обильный стул, повысилась температура до 38 °С. При осмотре кожные покровы бледные. Цианоз губ. Беспокоят судороги мышц нижних конечностей, жажда, выраженная общая слабость. В легких дыхание везикулярное. ЧД — 18 уд/мин. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс — 126 уд/мин, АД — 90/40 мм рт. ст. Язык сухой, покрыт коричневым налетом. Живот болезненный в эпигастрии, околопупочной и правой подвздошной областях. Стул обильный, водянистый, зловонный, цвета «болотной тины».

1. Диагноз и его обоснование.
2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

Предварительный диагноз: Дизентерия, сальмонеллёз, другие острые кишечные инфекции (напр. кампилобактериоз, эшерихиоз). Кишечный иерсиниоз. Вирусные диареи (напр. ротавирусная). Острый аппендицит. Дегидратация 1 ст. У больного со рвотой и поносом отсутствуют клинические противоречия для указанных заболеваний.

План обследования (с целью верификации диагноза): бактериологическое исследование кала, исследование кала методом ПЦР, серологические исследования.

Задача №17 Больной 39 лет поступил в стационар на третий день болезни с жалобами на озноб, сменяющийся жаром, а затем через несколько часов - потливостью. Заболел: повысилась температура до 39°С, отмечалась головная боль, боли в мышцах и суставах. При осмотре: состояние средней тяжести за счет интоксикации, температура 38,7°С, кожа лица гиперемирована, блеск глаз. Язык обложен белым налетом. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 100 уд. в 1 минуту. Тоны сердца звучные, деятельность ритмичная. В легких сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает ниже реберной дуги на 1,5-2 см. край эластичный, чувствительная при пальпации. Селезенка не прощупывается. Менингеальных знаков нет.

1. Диагноз и его обоснование.
2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

Предварительный диагноз: Малярия, лептоспироз, брюшной тиф, сепсис. У больного с лихорадкой и гепатомегалией нельзя исключить данные заболевания.

План обследования (с целью верификации диагноза): микроскопическое исследование окрашенного мазка и «толстой капли» крови с целью обнаружения малярийного плазмодия. Бактериологическое и молекулярно-биологическое исследование крови. Соответствующие серологические исследования.

Задача №18 Больная 44 лет доставлена бригадой СМП с нарушением сознания. Анамнез выяснить не удалось. При осмотре: сопор, температура 38°C, кожа влажная, сыпи нет. Пульс ритмичный среднего наполнения, 120 уд. в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные. Дыхание шумное, 30 экскурсий в минуту. В легких перкуторно - легочной звук с коробочным оттенком, при аускультации - рассеянные сухие хрипы на фоне везикулярного дыхания. Живот мягкий, принимает участие в акте дыхания. Печень, селезенка не увеличены. Менингеальные знаки слабо положительные.

1. Диагноз и его обоснование.
2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

Предварительный диагноз: Субарахноидальное кровоизлияние, малярия тропическая, бактериальный менингоэнцефалит (напр. менингококковый), вирусный менингоэнцефалит (напр. энтеровирусный, герпетический). У больного с острым нарушением сознания нельзя исключить данные заболевания.

План обследования (с целью верификации диагноза): микроскопическое исследование окрашенного мазка и «толстой капли» крови с целью обнаружения малярийного плазмодия. Клиническое, биохимическое, бактериологическое и молекулярно-биологическое исследование крови, СМЖ.

Задача №19 Больной Г., 32 года, Более недели назад начали беспокоить приступы лихорадки (температура тела повышалась до 39 °С), сопровождающиеся ознобами, продолжавшейся в течение нескольких часов с последующим появлением проливного пота и резкой общей слабостью. Вначале приступы были беспорядочными, в дальнейшем приобрели закономерный характер — через каждые 2 дня. В периоды апиреksии состояние было удовлетворительным. При поступлении: кожные покровы бледные, чистые. Иктеричность склер. В легких дыхание везикулярное. Тоны приглушены, ритмичные. Пульс — 80 уд/мин. АД — 115/75 мм рт. ст. Язык влажный, обложен серым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 2,5 см выступает из-под края реберной дуги. Пальпируется край селезенки.

1. Диагноз и его обоснование.
2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

Окончательный диагноз: Малярия (*P. malariae*). Установлен на основании исключительных лихорадочных пароксизмов, возникающих строго через 2 дня и сопровождающихся периодами апирексии.

План обследования (с целью верификации диагноза): микроскопическое исследование окрашенного мазка и «толстой капли» крови с целью обнаружения малярийного плазмодия.

Задача №20 Больной 28 лет, матрос, направлен с диагнозом «грипп» на 4-5 день болезни. Жалобы на слабость, повышение температуры тела до 39°C, потливость, головную боль. При осмотре состояние ближе к средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Лимфатические узлы не увеличены. Отмечается субиктеричность склер. Язык обложен. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. АД 110/60 мм рт.ст. Пульс 100 уд/мин, ритмичный. Тоны сердца чистые, ясные. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 2,5 см, пальпируется увеличенная селезенка. По органам мочевыделительной системы и ЦНС патологии не выявлено.

1. Диагноз и его обоснование.
2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

Предварительный диагноз: Малярия, ОВГ, лептоспироз, КГЛ, генерализованная форма иерсиниозов. У больного с лихорадкой и гепатолиенальным синдромом отсутствуют клинические противоречия для указанных заболеваний.

План обследования (с целью верификации диагноза): микроскопическое исследование окрашенного мазка и «толстой капли» крови с целью обнаружения малярийного плазмодия. Серологические исследования (в том числе маркеры вирусных гепатитов, антитела к вирусу ККГЛ). Бактериологическое исследование крови (лептоспироз, иерсиниозы).

Задача №21 Больная 25 лет, заболела внезапно 3-4 часа назад, когда появилась тошнота, многократная обильная рвота съеденной непереваренной пищей, повысилась температура тела до 37,3°C. Вызвала «скорую помощь». При осмотре в приемном покое: состояние средней тяжести, сознание не нарушено, слабость, рвота фонтаном 2 раза. Кожные покровы бледно-розового цвета, тургор сохранен. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 19/мин. Пульс - 92/мин., АД - 100/80 мм рт.ст. Язык сухой, чистый. Температура тела 37,4°C. Живот безболезненный урчит во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Стула не было.

1. Диагноз и его обоснование.
2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

Предварительный диагноз: Пищевые токсикоинфекции, сальмонеллёз, экзогенная интоксикация. Дегидратация 1 ст. У больной с внезапно возникшей рвотой нельзя исключить данные заболевания.

План обследования: бактериологическое исследование промывных вод желудка, общеклинические исследования. Консультация врача-токсиколога.

Задача №22 Больной, 21 года, заболел вчера, когда с ознобом повысилась температура до 38,3°C, появились общая слабость, головная боль, боли в мышцах, суставах, тошнота, однократная рвота. Стул в течение дня трижды, жидкий, без патологических примесей. На 2-й день болезни температура оставалась высокой, самочувствие не улучшалось, появились боли в правой половине живота, метеоризм. Состояние средней тяжести. Температура тела - 37,8 °С. Слизистая ротоглотки умеренно гиперемирована, налетов на миндалинах нет. В легких и сердце без отклонений от нормы. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в илеоцекальной области, там же выявляется напряжение мышц. Печень у края реберной дуги. Кал жидкий, без патологических примесей.

1. Диагноз и его обоснование.
2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

Предварительный диагноз: Иерсиниозы (псевдотуберкулез, кишечный иерсиниоз) локализованная форма, острый аппендицит, мезентериальный лимфаденит, ОКИ (сальмонеллез, дизентерия и др.). У больного с поносом, сопровождающимся лихорадкой и интоксикацией не представляется возможным исключить данные заболевания.

План обследования: (с целью верификации диагноза): бактериологическое исследование кала, исследование кала методом ПЦР, серологические исследования. Консультация врача-хирурга.

Задача №23. Мужчина, 25 лет, заболел вчера, когда с ознобом повысилась температура до 38,6 °С, стали беспокоить общая слабость, головная боль, тошнота, рвота. При поступлении: состояние средней тяжести, температура – 38,3 °С. Кожные покровы обычной окраски, лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены. Пульс 90 уд.в мин., удовлетворительного наполнения, тоны сердца умеренно приглушены. В легких дыхание везикулярное. Язык слегка обложен бело-серым налетом, суховат. Живот мягкий, умеренно болезненный в области эпигастрия. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги, мягкая, безболезненная. Селезенку пропальпировать не удалось. Моча обычной окраски. Стул нормальный.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1. ПД: ОВГ, лептоспироз, сепсис, иерсиниозы, брюшной тиф и др.

У больного нельзя исключить данные заболевания, к остальным выявлены клинические противоречия.

2. Бак. исследование крови на стерильность и гемокультуру, ИФА на маркеры ВГ; РНГА, ИФА, ПЦР на иерсиниозы, РМА, ИФА на лептоспироз; ОАК, биохимические исследования крови, ОАМ.

Задача №24. Больной, 30 лет, заболел 2 дня назад. Заболевание началось с озноба, тошноты, повторной рвоты, схваткообразных болей в животе. Одновременно появился жидкий стул (7-8 раз в сутки), повысилась температура до 39,2 °С. При поступлении: температура – 38,5°C. Общее состояние средней тяжести. Пульс 96 в мин., АД – 105/70 мм рт.ст. Язык суховат, густо обложен белым налетом. Живот мягкий, при пальпации болезненность по

всему животу, несколько больше в левой подвздошной области. Стул жидкий с примесью слизи.

1.Предварительный диагноз и его обоснование.

2.План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1. ПД: дизентерия, сальмонеллез, брюшной тиф, иерсиниозы, ОКИ вирусной этиологии и др. У больного нельзя исключить данные заболевания, к остальным выявлены клинические противоречия.

2. Бак. исследование кала на всю кишечную группу, РНГА, ИФА, ПЦР на иерсиниозы, сальмонеллез, дизентерию, энтеровирусную инф.

Задача №25. Мужчина 34 лет., заболел 15 июля, когда повысилась температура до 37,5-38,0°C, стали беспокоить общая слабость, мышечные боли, головная боль, пропал аппетит. Пытался лечить себя сам с помощью парацетамола, но безуспешно. На 3-й день болезни на фоне сохраняющихся лихорадочно-интоксикационных явлений на коже появилась сыпь. В тот же день, трижды был жидкий стул. Поступил в инфекционное отделение на 4-й день заболевания состояние средней тяжести. Температура тела-38,4°C. На коже верхних конечностей, груди, живота выявляется необильная розеолезно-папулезная сыпь. Слизистая ротоглотки обычного цвета. Дыхание-везикулярное. Тоны сердца-слегка приглушены. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот мягкий, урчит при пальпации в области пупка. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Печень и селезенка не увеличены. Моча нормального цвета. Кал - водянистый, без патологических примесей.

1.Предварительный диагноз и его обоснование.

2.План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1. ПД: Иерсиниозы, ЛЗН, ОКИ вирусной этиологии (энтеровирусная, ротавирусная, норовирусная инф.) и др. У больного нельзя исключить данные заболевания, к остальным выявлены клинические противоречия.

2. Бак. исследование кала на иерсиниозы, РНГА, ИФА, ПЦР на иерсиниозы, ЛЗН, ротавирусную, норовирусную, энтеровирусную инф., ОАК, ОАМ, биохимические исследование крови.

Задача №26. Женщина 55 лет, заболела 29 июня, когда с ознобом повысилась температура до 38,5-39,0°C. стала сильно болеть голова. Появилась тошнота, пропал аппетит, дважды была рвота. После приема баралгина состояние не улучшилось. На 2 -й день болезни стала заговариваться. Машиной скорой помощи доставлена в инфекционный стационар. Состояние при поступлении тяжелое. Контакт практически не возможен. В окружающей обстановке не ориентирована. Температура тела -39,7°C. умеренно выраженная ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига и Брудзинского. Периодически возникают судорожные подергивания мышц конечностей и туловища. В легких – дыхание везикулярное. Тоны сердца глухие. АД160/100 мм рт. ст. живот мягкий. Печень и селезенку пропальпировать не удалось.

1.Предварительный диагноз и его обоснование.

2.План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1. ПД: менингококковая инфекция (менингоэнцефалит), ЛЗН, энтеровирусная инфекция, лептоспироз и др. У больного нельзя исключить данные заболевания, к остальным выявлены клинические противоречия.

2. Люмбальная пункция с исследованием ликвора (микроскопия, бактериологическое, ПЦР), ИФА, ПЦР крови на ЛЗН, энтеровирусную инф., лептоспироз. Исследование мазка из носоглотки на менингококк, РМА на лептоспироз. ОАК, ОАМ, биохимические исследование крови.

Задача №27. Больной 22 лет, заболел 5 дней назад, когда появились головная боль, боли в животе, и пояснице. Температура тела повысилась до 39,2°C, не опускалась последующие дни, была повторная рвота. При поступлении состояние тяжелое, температура тела - 39,8°C. Гиперемия кожи лица и шеи. Инъекция сосудов склер. На боковых поверхностях грудной клетки петехиальная сыпь. Пульс 108 в мин. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Симптом «поколачивания» положительный с обеих сторон. Моча с красноватый оттенком.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.

2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1. ПД: ГЛПС, КГЛ, сепсис, лептоспироз, лептоспироз, ЛЗН и др. У больного нельзя исключить данные заболевания, к остальным выявлены клинические противоречия.

2. ИФА, ПЦР крови на ГЛПС, КГЛ, ЛЗН, лептоспироз, РМА на лептоспироз, бактериологическое исследование крови на стерильность. ОАК, ОАМ, биохимические исследование крови, коагулограмма.

Задача №28. Больной, 34 лет, заболел 4 дня назад, когда с ознобом повысилась температура до 39,7°C⁰, появилась головная боль, общая слабость, сильные боли в мышцах, особенно нижних конечностей, тошнота, дважды была рвота. При поступлении: состояние тяжелое, температура 39,6 °C, Лицо одутловато. Склеры инъецированы, желтушны. Пульс-114 в минуту, ритмичен. Тоны сердца приглушены. АД – 100/60 мм.рт.ст. В легких везикулярное дыхание. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень прощупывается на 2 см ниже края реберной дуги по средне-ключичной линии, мягкая. В положении на правом боку пальпируется край селезенки. Кал обычной окраски. Моча темная.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.

2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1. ПД: ОВГ, лептоспироз, сепсис, КГЛ, иерсиниозы, отравление гемолитическими ядами и др. У больного нельзя исключить данные заболевания, к остальным выявлены клинические противоречия.

2. ИФА, ПЦР крови на вирусные гепатиты, КГЛ, лептоспироз, иерсиниозы, РМА на лептоспироз, бактериологическое исследование крови на стерильность, кровь на токсины, ОАК, ОАМ, биохимические исследование крови, коагулограмма.

Задача №29. Больной 37 лет заболел 3 дня назад, когда появились головная боль, озноб, ломота во всем теле, боли в мышцах, особенно икроножных. Температура тела все дни-38-39°C. при поступлении: состояние средней тяжести. Кожа и склеры умеренно иктеричны. Пульс 78 в мин., ритмичный. Тоны сердца приглушены. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируются увеличенные печень и селезенка. Симптом «поколачивания» слабо положительный с обеих сторон. Моча – темно-красного цвета.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.

2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1. ПД: ОВГ, лептоспироз, сепсис, иерсиниозы, отравление гемолитическими ядами и др. У больного нельзя исключить данные заболевания, к остальным выявлены клинические противоречия.

2. ИФА, ПЦР крови на вирусные гепатиты, лептоспироз, иерсиниозы, РМА на лептоспироз, бактериологическое исследование крови на стерильность, кровь на токсины, ОАК, ОАМ, биохимическое исследование крови, коагулограмма.

Задача №30 Больной, 16 лет; заболел вчера, когда температура тела повысилась до 37,6 °С, появились обильные выделения из носа, першение в горле, осиплость голоса, кашель.

При поступлении: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела-37,4 °С. Сыпи на коже нет. ЧДД 18 в минуту. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 86 в минуту. АД 110/60 мм рт.ст. Слизистая ротоглотки умеренно гиперемирована. Миндалины без налетов и наложений. Подкожные лимфоузлы не увеличены. Печень у края реберной дуги.

1. Диагноз и его обоснование

2. План обследования и его обоснование

Эталон ответа.

1. ПД: грипп и др. ОРВИ, COVID-19, корь, инфекционный мононуклеоз Эпштейна-Барр, иерсиниозы (катаральная форма) др.

2. ОАК (+ мононуклеары), ПЦР на COVID-19, наблюдение в динамике

Задача №31 Больная, 18 лет, заболела 5 дней назад, когда с ознобом температура повысилась до 39,2 °С, появились головная боль, заложенность носа, кашель, першение в горле. Лечилась дома симптоматическими средствами. Через 2 дня температура снизилась до субфебрильных цифр, головная боль уменьшилась. На 5-й день болезни состояние вновь ухудшилось, температура поднялась до 39 °С, кашель стал влажным, присоединилась одышка. При поступлении: состояние достаточно тяжелое. Температура тела 39,2°С. Слизистая ротоглотки умеренно гиперемирована. В легких справа в подлопаточном пространстве выслушиваются мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы, перкуторно - укорочение звука в этой же области. ЧДД - 28 в минуту. Тоны сердца приглушены. Пульс 104 в минуту, АД 105/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

1. Диагноз и его обоснование.

2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа.

1. ПД: грипп и др. ОРВИ, COVID-19, осложненные очаговой пневмонией, инфекционный мононуклеоз, вызванный вирусом Э-Б, осложненный очаговой пневмонией, катаральная форма иерсиниозов, осложненная очаговой пневмонией, легионеллез и др.

2. ОАК (+ мононуклеары), R-графия ОГК, мазки из ротоглотки на РНК вируса гриппа и COVID-19 (ПЦР), ИФА (кровь и моча) на легионеллез

Задача №32 .Больной , 26 лет; заболел 5 дней назад, когда появились кашель, насморк, першение в горле. Температура — 37,2-37,3 °С. Лечился самостоятельно. Вчера состояние ухудшилось. Температура повысилась до - 38,5 °С, появилась головная боль в лобно-височной области. Состояние средней тяжести. Температура тела — 38,3 °С. Отделяемое из носа желтоватого характера. Слизистая ротоглотки — гиперемирована.

1. Диагноз и его обоснование.
2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

- 1.ПД: грипп и др.ОРВИ, COVID-19, осложненные синуситом, инфекционный мононуклеоз, вызванный вирусом Э-Б, осложненный синуситом, легионеллез и др.
2. ОАК (+ мононуклеары), R-графия ППН , мазки из ротоглотки на РНК вируса гриппа и COVID-19, Э-Б-инфекция (ПЦР) ,ИФА (кровь и моча) на легионеллез

Задача №33 Больной, 36 лет, заболел 12 часов назад, когда с ознобом повысилась температура тела до 40 °С, появились общая слабость, головная боль, кашель, заложенность носа. При поступлении: состояние тяжелое. Акроцианоз. Носовое дыхание затруднено. Слизистая ротоглотки — ярко гиперемирована, зернистая. ЧДД - 36 в минуту. В легких – с обеих сторон мелко- и крупнопузырчатые хрипы, в задне-нижних отделах обоих легких крепитация. Пульс 100 в минуту. Тоны сердца приглушены. АД 90/60 мм рт. ст. Менингеальных симптомов нет.

1. Диагноз и его обоснование.
2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа.

- 1.ОД Грипп, осложненный вирусной пневмонией и РДСВ
2. R-графия ОГК, при необходимости - мазки из ротоглотки на РНК вируса гриппа (ПЦР)

Задача №34 Больная, 18 лет, поступила в отделение на 3-й день болезни с жалобами на сильные боли в горле, больше справа, затруднение при глотании пищи, слабость, головную боль. Заболевание началось с подъема температуры тела до 39,3 °С, общей слабости, болей в горле при глотании. Лечилась домашними средствами. Сегодня боли в горле усилились, особенно справа. При поступлении: состояние достаточно тяжелое. Температура тела 39,5 °С. Кожные покровы чистые. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс 96 в мин. Слизистая ротоглотки резко гиперемирована. Миндалины рыхлые, гипертрофированные, в лакунах жидкий гной. Паратонзиллярная клетчатка, окружающая правую миндалину, резко отечна, язычок отклонен влево от средней линии. Печень и селезенка не увеличены.

1. Диагноз и его обоснование.

2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа.

1 ПД: Ангина, вызванная УПБ (лакунарная), осложненная паратонзиллярным абсцессом, инфекционный мононуклеоз, вызванный вирусом Э-Б, осложненный паратонзиллярным абсцессом и др.

1. 3. Обследование и лечение в условиях ЛОР- отделения

Задача №35 Больной, 18 лет; заболел вчера, когда появились недомогание, боли в горле, заложенность носа, температура повысилась до 37,7 °С.

При поступлении: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела – 37,3 °С. Носовое дыхание затруднено Слизистая ротоглотки ярко гиперемирована. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД-100/60 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание.

1. Диагноз и его обоснование.

2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1. Грипп и др. ОРВИ, COVID-19, корь, инфекционный мононуклеоз Эпштейна-Барр, иерсиниозы (катаральная форма) др.

2. ОАК (+ мононуклеары), ПЦР на COVID-19, корь, Э-Б инф., иерсиниозы, наблюдение в динамике

Задача №36 Больная, 35 лет, заболела 3 дня назад, когда появились боли в горле, головная боль, припухлость в подчелюстной области справа.

При поступлении: состояние средней тяжести. Температура тела - 38,9 °С. Слизистая ротоглотки умеренно гиперемирована. Правая миндалина увеличена, отечна, покрыта трудно снимаемым серым налетом, который за пределы миндалины не распространяется. В подчелюстной области справа определяется лимфоузел, размерами 2,5-3 см, с четкими контурами, подвижный, умеренно болезненный. Другие лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца умеренно приглушены. АД - 100/60 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. Моча - нормального цвета.

1. Диагноз и его обоснование.

2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа.

1. ПД: туляремия (ангинозно-бубонная форма), вторичный лимфаденит на фоне заболеваний с ангинозным синдромом (ангины УПБ, дифтерии ротоглотки), инфекционный мононуклеоз, вызванный вирусом Э-Б, лимфопролиферативные и онкогематологические заболевания и др.

2.ОАК (+ мононуклеары), ИФА на вирус Э-Б, бактериоскопия и бакпосев на возбудителя туляремии, ВЛи др. флору материала с поверхности миндалин, при необходимости - пункция л/у , консультация гематолога

Задача №37 15.Девушка, 20 лет, обратилась к врачу с жалобами на повышение температуры тела до 37,2-37.5 °С. Болеет в течение 6 дней. Беспокоят общая слабость, небольшая боль в горле.

При поступлении: состояние средней тяжести. Температура тела 37,6 °С. Слизистая ротоглотки гиперемирована. Обе миндалины увеличены, покрыты желтоватым налетом. Подчелюстные, подмышечные, паховые лимфоузлы умеренно увеличены, безболезненны. Пальпируется увеличенная селезенка.

1. Диагноз и его обоснование.
2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа.

1. ПД: Ангина, вызванная УПБ на фоне лейкоза, инфекционный мононуклеоз, вызванный вирусом Э-Б, заболевания кроветворной системы (лейкоз)

2. ОАК (+ мононуклеары), ИФА на вирус Э-Б, консультация гематолога при необходимости

Задача №38 Больная 23 года. Заболела утром. Появились боли внизу живота схваткообразного характера. К вечеру присоединилась головная боль, общая слабость, тошнота, рвота, повысилась температура до 37,8 °С, появился жидкий стул с примесью слизи и крови. При поступлении состояние средней тяжести, температура тела 38 °С. Кожные покровы бледные, чистые. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца громкие, ритмичные. Пульс 98 уд/мин. АД — 110/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен. Живот при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна, симптомов раздражения брюшины нет. Стул до 10 раз в сутки. Мочилась 2 часа назад.

1. Диагноз и его обоснование.
2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

Предварительный диагноз: Дизентерия, сальмонеллёз, другие острые кишечные инфекции (напр. кампилобактериоз, эшерихиоз). Кишечный иерсиниоз. Дегидратация 1 ст. У больной со рвотой и поносом нельзя исключить данные заболевания.

План обследования (с целью верификации диагноза): бактериологическое исследование кала, исследование кала методом ПЦР, серологические исследования.

Задача №39 Больной 45 лет, доставлен в тяжелом состоянии с жалобами на резкую слабость, понос, повторную рвоту, судороги нижних конечностей. Заболел сегодня.

При поступлении: состояние тяжелое, температура тела 35,6°С. В сознании, безучастен к окружающему. Кожные покровы бледные. Черты лица заострены, глаза запавшие. Кожа,

собранный в складку, долго не расправляется. ЧДД - 30/мин., тоны сердца глухие, пульс 100 в мин. АД 70 и 40 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот запавший, при пальпации мягкий, безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Стул в приемном покое непроизвольный, обильный, без выраженных патологических примесей. Не мочился.

1. Диагноз и его обоснование.
2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: Холера, сальмонеллёз тяжёлое течение. Дегидратация 3 ст. Гиповолемический шок. Инфаркт миокарда. Экзогенная интоксикация. У больного со рвотой и поносом нельзя исключить данные заболевания.

2. План обследования (с целью верификации диагноза): бактериологическое исследование кала, исследование кала методом ПЦР, серологические исследования. ЭКГ. Исследование уровня тропонинов в крови.

Задача №40 У больного 54 лет в вагоне поезда появился жидкий стул (обильный, водянистый), затем несколько раз рвота. На вокзале был «обморок». Доставлен в приемный покой в конце первых суток болезни. Общее состояние ближе к тяжёлому, температура тела 37,4°C, сознание не нарушено, «менингеальных знаков» нет, судороги икроножных мышц, цианоз, сухость слизистых оболочек и кожи, жажда, тахикардия, небольшая разлитая болезненность при пальпации живота, симптомов раздражения брюшины нет. Последние 7-8 часов не мочился. АД 80/50 мм рт. ст. Стул не осмотрен.

1. Диагноз и его обоснование.
2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

Предварительный диагноз: Холера, дизентерия, сальмонеллёз тяжёлое течение. Дегидратация 2 ст. Инфаркт миокарда. Экзогенная интоксикация. У больного со рвотой и поносом нельзя исключить данные заболевания.

План обследования (с целью верификации диагноза): бактериологическое исследование кала, исследование кала методом ПЦР, серологические исследования. ЭКГ. Исследование уровня тропонинов в крови.

Задача №41 Больная, 20 лет, заболела 6 дней назад, когда повысилась температура до 37,4°C, появились общая слабость, головная боль. Лечилась самостоятельно жаропонижающими средствами. Сегодня утром на фоне сохраняющихся жалоб заметила появление желтушности кожи и склер. При поступлении: состояние средней тяжести. Температура тела 37,6°C. Кожа и склеры умеренно желтушны. Пульс 86 в 1 мин. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1,5 см ниже реберного края по среднеключичной линии, мягкая, эластичная. Пальпируется нижний край увеличенной селезенки. Моча темная. Кал обычной окраски.

1. Диагноз и его обоснование
2. План обследования и его обоснование

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: острые вирусные гепатиты, острый токсический гепатит, лептоспироз, иерсиниозы, сепсис, заболевания с синдромом гемолитической желтухи и др.
У больного нельзя исключить данные заболевания, к остальным выявлены клинические противоречия.
2. ИФА крови на маркеры вирусных гепатитов; РМА, ИФА, ПЦР крови на лептоспироз; РНГА, ИФА, ПЦР крови на иерсиниозы; бактериологическое исследование крови на стерильность; ОАК; биохимические исследования крови; УЗ-исследование органов брюшной полости; консультация токсиколога, гематолога (по показаниям).

Задача №42 Пациентка 47 лет, заболела вчера. Стала ощущать двоение в глазах при взгляде в сторону, нечеткость зрения, сухость во рту, слабость. При обследовании в сознании, ориентирована, адекватна. Со стороны внутренних органов без отклонений от нормы. Пульс 72, АД 120/80. Выявлено расширение зрачка и его сниженная реакция на свет. Мелкий текст читает с трудом, хотя до болезни очками не пользовалась. Глазодвижения в полном объеме. Чувствительность и слух не нарушены. В позе Ромберга устойчива, нарушений координации нет. Мышечная сила несколько снижена. Мочеиспускание свободное. Безболезненное. Стула в течение двух дней не было.

1. Предварительный диагноз (ПД) и его обоснование.
2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1. ПД. Ботулизм, легкая форма. Внутренняя офтальмоплегия (мидриаз, нарушение аккомодации) противоречит миастении. Отсутствие нарушений чувствительности позволяет исключить полиневрит. Сохранность сознания исключает поражение ЦНС (воспалительное, токсическое). Нет нарушений слуха и координации, что исключает нарушение вертебробазиллярного кровообращения.
2. Биологическая проба нейтрализации ботулотоксина на мышах, посев промывных вод желудка и испражнений в анаэробных условиях.

Задача №43 Пациент 28 лет, заболел вчера. Стал ощущать двоение в глазах, нечеткость зрения, резкую сухость во рту, выраженную мышечную слабость, затруднение при глотании жидкой пищи, часть её при глотании вытекает через нос. При обследовании в сознании, ориентирован, адекватен. Кожа обычной окраски без цианоза. Со стороны внутренних органов без отклонений от нормы, чувства нехватки воздуха нет. Живот мягкий, безболезненный, вздут, кишечные шумы ослаблены. Пульс 68, удовлетворительных качеств частота дыхания 22 в мин., АД 110/60. Выявлены расширение зрачка и отсутствие его реакции на свет, умеренный двусторонний птоз, нарушение конвергенции. Читает с трудом, хотя раньше очками не пользовался. Все глазодвижения ограничены, в частности, отведение глаз и конвергенция.

Чувствительность и слух не нарушены. В позе Ромберга устойчив, нарушений координации нет. Мышечная сила заметно снижена. Мочится свободно. Стула в течение двух дней не было.

1. Предварительный диагноз (ПД) и его обоснование.

2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1. ПД. Ботулизм, форма средней тяжести (т.к. нет нарушений дыхания). Внутренняя офтальмоплегия (мидриаз, нарушение аккомодации) противоречит миастении. Отсутствие нарушений чувствительности позволяет исключить полиневрит. Сохранность сознания исключает поражение ЦНС (воспалительное, токсическое). Нет нарушений слуха и координации, что исключает нарушение вертебробазиллярного кровообращения.

2. Биологическая проба нейтрализации ботулотоксина на мышцах, посев промывных вод желудка и испражнений в анаэробных условиях.

Задача №44 Пациент 48 лет, заболел вчера вечером. Появилась тошнота, дважды рвота, один раз понос. Стал ощущать двоение в глазах, нечеткость зрения, резкую сухость во рту, выраженную мышечную слабость, нарушение глотания, чувство нехватки воздуха. При обследовании состояние тяжелое, выражена одышка. Диффузный цианоз. В сознании, ориентирован. Тоны сердца глухие. Живот безболезненный, вздут, кишечные шумы резко ослаблены. Пульс 96, слабый ритмичный частота дыхания 32 в мин., АД 100/60. Зрачки расширены, реакции на свет нет, двусторонний птоз, глазные яблоки неподвижны. Афония, губами речь артикулирует. Не способен произносить звуки. Видит нечетко. Все предметы и текст расплываются. Чувствительность и слух не нарушены. В позе Ромберга неустойчив из-за резкой мышечной слабости, нарушений координации нет (пальце-носовую и пяточно-коленную пробу выполняет). Мочится свободно. Стула в течение двух дней не было.

1. Предварительный диагноз (ПД) и его обоснование.

2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1. ПД. Ботулизм, тяжелая форма (т.к. есть признаки нарушения дыхания). Внутренняя офтальмоплегия (мидриаз, нарушение аккомодации) противоречит миастении. Отсутствие нарушений чувствительности позволяет исключить полиневрит. Сохранность сознания исключает поражение ЦНС (воспалительное, токсическое). Нет нарушений слуха и координации, что исключает нарушение вертебробазиллярного кровообращения.

2. Биологическая проба нейтрализации ботулотоксина на мышцах, посев промывных вод желудка и испражнений в анаэробных условиях.

Задача №45 Пациентка 52 лет. Больна в течение 6 дней, когда к концу дня стала ощущать нарастающую слабость, затруднения при открывании глаз, двоение предметов, особенно расположенных на дистанции (раздвоение дороги, двери в подъезд, два телевизора). Спустя два дня стал появляться умеренный птоз с обеих сторон более выраженный к вечеру. После ночного отдыха эти проявления исчезали или становились намного меньше. Нарастала мышечная слабость, стало трудно подниматься по лестнице. Птоз стал более

выраженным, голос приобрел гнусавый оттенок, во время еды стала нарастать слабость жевательных мышц вплоть до невозможности жевать. Вчера появилось затруднение глотания, дизартрия, все описанные проявления усиливались после физической нагрузки. При осмотре ориентирована, адекватна. Выраженная мышечная слабость, речь невнятная с носовым оттенком, трудно глотать, поперхивание, часть жидкости при глотании вытекает через нос. Зрачки обычного размера, реакция на свет живая, содружественная. Острота зрения не нарушена. Глазодвижения ограничены. Чувствительность и координация не нарушены.

1. Предварительный диагноз (ПД) и его обоснование.

2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1. ПД. Миастения, миастеноподобные синдромы (Ламберта-Итона, Миллера-Фишера). Отсутствие внутренней офтальмоплегии противоречит ботулизму. Отсутствие нарушений чувствительности позволяет исключить полиневрит. Сохранность сознания исключает поражение ЦНС (воспалительное, токсическое). Нет нарушений слуха и координации, что исключает нарушение вертебробазиллярного кровообращения.

2. Электромиография (до и после введения прозерина), определение антител к рецепторам ацетилхолина, КТ грудной клетки и средостения - размеры тимуса (вилочковой железы).

Задача № 46 Мужчина 55 лет был доставлен в отделение неотложной помощи с жалобами на головокружение, нарушение равновесия и координации, ухудшение остроты зрения, легкую дизартрию, парестезии в кистях с обеих сторон. Две недели назад был консультирован и обследован в отделении неотложной помощи (миалгия, озноб, лихорадка), отпущен домой с симптоматическим лечением (анальгетики, жаропонижающие). В сознании, активен, ориентирован, адекватен. При осмотре полная двусторонняя офтальмоплегия (мидриаз, птоз, нарушение глазодвижений), речь невнятная с носовым оттенком, помахивание при пальценосовой пробе слева, арефлексия (сухожильные рефлексы), двусторонняя гиперестезия кистей и стоп, нарушения глотания, поперхивание. МРТ ангиография не выявила сосудистые заболевания мозга. Менингеальные симптомы были умеренно выражены. При лабораторном исследовании ликвора – белок 3,2 г/л, цитоз 4 клетки в куб. мм, все лимфоциты.

1. Предварительный диагноз (ПД) и его обоснование.

2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1. ПД – синдром Гийена-Барре, синдром Миллера-Фишера, полиневрит, полинейропатия. Нарушения чувствительности и координации, менингеальные симптомы, изменения в ликворе противоречат ботулизму. Сохранность сознания исключает поражение ЦНС (воспалительное, токсическое). Отсутствие нарушений слуха и чувствительности в области лица (черепно-мозговые нервы) исключает нарушение вертебробазиллярного кровообращения, что дополнительно подтверждено при МРТ.

2. Нейрофизиологическое исследование (анализ скорости распространения возбуждения по нерву и электромиография), антитела к ганглиозидам.

Задача № 47 Мужчина 67 лет. В анамнезе диабет 2 типа, артериальная гипертензия. Заболел остро. Повысилась температура до 38,6°, беспокоила сильная головная боль, перестал ориентироваться во времени и пространстве, появились параличи мышц конечностей, заторможенность и сонливость. При обследовании нарушения глотания, глазодвижений, птоз, более выраженный слева, анизокория, афазия, дисфагия (трудно глотать жидкую и твердую пищу, поперхивание). Продуктивный контакт затруднен. Выполняет примитивные задания. Имеется ригидность мышц затылка. При исследовании ликвора – белок 0,66 г/л, цитоз 78 клеток в куб. мм, все лимфоциты.

1. Предварительный диагноз (ПД) и его обоснование.
2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1. ПД – энцефалит и менингоэнцефалит (в том числе, энтеровирусные), лихорадка Западного Нила (с учетом сезона активности комаров). Лихорадка, нарушение сознания, дезориентация, менингеальные симптомы, лабораторные изменения в ликворе (серозный менингит) противоречит ботулизму. Отсутствие нарушений чувствительности позволяет исключить полиневрит. Нет нарушений слуха и координации, что исключает нарушение вертебробазиллярного кровообращения.
2. ПЦР и серологические тесты (ИФА) с учетом предварительного диагноза (энтеровирусы, лихорадка Западного Нила).

Задача №48. Больная, 26 лет, заболела 3 дня назад, когда появились общая слабость, головная боль, умеренные боли в горле, усиливающиеся при глотании, температура тела повысилась до 37,3-37,6 °С. Лечилась домашними средствами.

При поступлении: состояние средней тяжести, температура - 37,8 °С. Слизистая ротоглотки умеренно гиперемирована. Обе миндалины увеличены, покрыты сплошным пленчатым налетом серого цвета. Увеличены только подчелюстные лимфоузлы, умеренно болезненны. Пульс 82 в 1 мин., ритмичный. Тоны сердца несколько приглушены. В легких изменений нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

1. Диагноз и его обоснование
2. План обследования и его обоснование

Эталон ответа:

1. ПД: ангина, вызванная УПБ(пленчатая).инфекционный мононуклеоз, вызванный вирусом Эпштейна-Барр, дифтерия ротоглотки , заболевания системы крови (лейкозы)
- 2.ОАК (+ мононуклеары), бактериоскопия и бактериологическое исследование материала с поверхности миндалин на ВЛ и др. микрофлору, ПЦР на Э-Б вирус

Задача №49 Больная, 26 лет, поступила на 3-й день болезни. Заболела, когда повысилась температура тела до 38,3 °С, стала беспокоить умеренная боль в горле, общая слабость. При поступлении: общее состояние средней тяжести. Температура тела - 37,5 °С. В ротоглотке умеренная гиперемия слизистой с цианотичным оттенком. На поверхности миндалин налеты серовато-белого цвета в виде мелких островков.

Подчелюстные лимфоузлы незначительно увеличены, мягкие, подвижные, слегка болезненные. Со стороны сердца и легких без изменений.

1. Диагноз и его обоснование
2. План обследования и его обоснование

Эталон ответа:

1. ПД: ангина, вызванная УПБ(островчатая).инфекционный мононуклеоз, вызванный вирусом Эпштейна-Барр, дифтерия ротоглотки , заболевания системы крови (лейкозы)
- 2.ОАК (+ мононуклеары), бактериоскопия и бактериологическое исследование материала с поверхности миндалин на ВЛ и др. микрофлору, ПЦР на Э-Б вирус

Задача №50 Больная, 26 лет, заболела вчера, когда температура повысилась до 39 °С, появились боли в горле при глотании, общая слабость.

При поступлении: состояние тяжелое. Температура тела - 39,2 °С, Вялая, адинамичная. Кожные покровы бледные. Дыхание через рот. ЧДЦ - 24 в минуту. Шея увеличена в размерах за счет отека подкожной клетчатки, достигающего до уровня ключицы. Пульс 116 в минуту. Тоны сердца глухие, единичные экстрасистолы. АД 90/50 мм рт.ст. В легких дыхание с жестким оттенком. Язык обложен серовато-белым налетом. На поверхности миндалин, язычке, твердом небе сплошные беловатые налеты. Подчелюстные лимфоузлы до 1 см в диаметре, умеренно болезненные при пальпации.

1. Диагноз и его обоснование
2. План обследования и его обоснование

Эталон ответа:

- 1.ОД: токсическая дифтерия ротоглотки 2 ст, осложненная дифтерийным миокардитом.
2. ОАК, бактериоскопия и бактериологическое исследование материала с поверхности миндалин на ВЛ , ЭКГ

Задача №51 Больная, 27 лет, заболела несколько дней назад, когда повысилась температура тела до субфебрильных цифр, появились общая слабость, снизился аппетит. На 7 день болезни температура достигла 38,5 °С, выросла общая слабость.

При поступлении: состояние тяжелое. Температура тела — 39,0 С. Больная вялая, адинамичная. Кожные покровы бледные. Тоны сердца приглушены. Пульс 78 в мин., АД 110/60 мм рт.ст. В легких единичные сухие хрипы в подлопаточной области слева. Тоны сердца приглушены. В легких рассеянные сухие хрипы. Выявлены ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига и Брудзинского. Язык сухой, обложен коричневатым налетом, по краям чистый. Видны отпечатки зубов. Живот мягкий урчит при пальпации. На передней брюшной стенке выявлено несколько элементов мелко-пятнистой сыпи исчезающей при надавливании. Печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги. В положении на правом боку пальпируется увеличенная селезенка. Стула не было 3 дня.

1. Диагноз и его обоснование
2. План обследования и его обоснование

Эталон ответа:

1. ПД : Брюшной тиф, сепсис (возможно, пневмониогенный)
2. Общ. анализ крови, посев крови на гемокультуру и стерильность, R-графия ОГК

Задача №52. Больной, 35 лет, заболел 3 дня назад, когда с ознобом повысилась температура до 38,5°C, появились общая слабость, головная боль, боли в мышцах. Одновременно беспокоили умеренные боли в горле при глотании. Лечился самостоятельно, домашними средствами. На 2 день болезни на фоне сохраняющейся лихорадки появилась умеренно болезненная припухлость в подчелюстной области справа, которая в последующие дни увеличилась. Состояние при поступлении средней тяжести. Температура тела – 38,2°C. Лицо умеренно гиперемировано. Подчелюстной лимфоузел справа увеличен до 2×4 см в диаметре, умеренно болезнен, не спаян с подлежащими тканями, кожа над ним обычной окраски. Слизистая ротоглотки умеренно гиперемирована. Миндалины увеличены, отечны, с серовато-белыми некротическими налетами. В легких и сердце без отклонений от нормы. Язык слегка обложен белым налетом. Край печени выступает на 3 см ниже реберной дуги по средне-ключичной линии справа, консистенция печени – мягкая. Селезенка не увеличена. Моча нормального цвета.

1. Диагноз и его обоснование
2. План обследования и его обоснование

Эталон ответа:

1. ПД: туляремия, чума, ВИЧ, туберкулез миндалин (язвенная форма), лимфопролиферативные и онкогематологические заболевания, метастазы злокачественных новообразований и др.

У больного нельзя исключить данные заболевания, к остальным выявлены клинические противоречия.

2. ПЦР крови, пунктата бубона и налета с миндалин на ДНК *Francisella tularensis* и *Yersinia pestis*; кожно-аллергическая проба с тулярином; микроскопическое и бактериологическое исследование крови, пунктата бубона и налета с миндалин на *Yersinia pestis*; исследование крови на ВИЧ (антитела и антиген-p24); консультация фтизиатра, гематолога, онколога (по показаниям).

Задача №53 Больная, 35 лет, заболела 3 дня назад, когда появились боли в горле, головная боль, припухлость в подчелюстной области справа.

При поступлении: состояние средней тяжести. Температура тела – 38,9°C. Слизистая ротоглотки умеренно гиперемирована. Правая миндалина увеличена, отечна, покрыта

трудно снимаемым серым налетом, который за пределы миндалины не распространяется. В подчелюстной области справа определяется лимфоузел, размерами 2,5-3 см, с четкими контурами, подвижный, умеренно болезненный. Другие лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца умеренно приглушены. АД – 100/60 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. Моча – нормального цвета.

1. Диагноз и его обоснование
2. План обследования и его обоснование

Эталон ответа:

1.ПД: туляремия, дифтерия ротоглотки, ангина язвенно-пленчатая, чума, ВИЧ, туберкулез миндалин (язвенная форма), первичный сифилис (шанкр-амигдалит), лимфопролиферативные и онкогематологические заболевания, метастазы злокачественных новообразований и др.

У больного нельзя исключить данные заболевания, к остальным выявлены клинические противоречия.

2.ПЦР крови, пунктата бубона и налета с миндалин на ДНК *Francisella tularensis* и *Yersinia pestis*; кожно-аллергическая проба с тулярином; микроскопическое и бактериологическое исследование крови, пунктата бубона и налета с миндалин на *Yersinia pestis*; бактериологическое исследование и ПЦР налета с миндалин на *Corynebacterium diphtheriae*; бактериологическое исследование налета с миндалин на микробную флору; исследование крови на ВИЧ (антитела и антиген-p24); консультация ЛОР-врача, фтизиатра, дерматовенеролога, гематолога, онколога (по показаниям).

Задача №54 Больной, 38 лет, заболел вчера, когда с ознобом повысилась температура до 39,6 °С, появились головная боль, боли в мышцах, общая слабость, дважды была рвота. К концу суток стал отвечать боли в паховой области справа, где появилось резко болезненное уплотнение. При поступлении: состояние больного тяжелое. Температура тела – 40,2 °С. Лицо гиперемировано. Тоны сердца глухие, пульс 120 в минуту, аритмичный. АД – 90/55 мм рт. ст. Язык обложен густым белым налетом, сухой. Живот мягкий. В паховой области справа – резко болезненное уплотнение 3-4 см в диаметре, кожа над ним ярко гиперемирована. Контурсы инфильтрата нечеткие.

1. Диагноз и его обоснование
2. План обследования и его обоснование

Эталон ответа:

1.ПД: чума, туляремия, туберкулез периферических лимфатических узлов (казеозная форма), ВИЧ, лимфопролиферативные и онкогематологические заболевания,

метастазы злокачественных новообразований и др. У больного нельзя исключить данные заболевания, к остальным выявлены клинические противоречия.

2. Микроскопическое и бактериологическое исследование крови и пунктата бубона на *Yersinia pestis*; ПЦР крови и пунктата бубона на ДНК *Yersinia pestis* и *Francisella tularensis*; кожно-аллергическая проба с тулярином (с 3-го дня заболевания); исследование крови на ВИЧ (антитела и антиген-p24); консультация фтизиатра, гематолога, онколога, хирурга (по показаниям).

Задача №55 Больная, 28 лет, заболела 5 дней назад, когда с ознобом поднялась температура до 38,8°C. Все последующие дни сохранялась лихорадка, беспокоит головная боль, выраженная общая слабость. Спустя 2 дня обратила внимание на появление в подмышечной области справа умеренно болезненного округлого образования.

При поступлении: состояние средней тяжести. Температура тела – 38,5°C Тоны сердца умеренно приглушены. В правой подмышечной области прощупывается лимфоузел размерами 2,0x2,5 см в диаметре, подвижный, с четкими контурами, слегка болезненный. Кожа над ним обычной окраски. Другие лимфоузлы не увеличены. Печень и селезенка не увеличены.

1. Диагноз и его обоснование
2. План обследования и его обоснование

Эталон ответа:

1. ПД: туляремия, болезнь кошачьих царапин, вторичный лимфаденит, чума, ВИЧ, туберкулез периферических лимфатических узлов (инфильтративная форма), лимфопролиферативные и онкогематологические заболевания, метастазы злокачественных новообразований и др. У больного нельзя исключить данные заболевания, к остальным выявлены клинические противоречия.

2. ПЦР крови, пунктата бубона на ДНК *Francisella tularensis* и *Yersinia pestis*; кожно-аллергическая проба с тулярином; ИФА крови на антитела к *Bartonella henselae*; ПЦР пунктата бубона на ДНК *Bartonella henselae*; микроскопическое и бактериологическое исследование крови, пунктата бубона на *Yersinia pestis*; исследование крови на ВИЧ (антитела и антиген-p24); ОАК; консультация хирурга, фтизиатра, гематолога, онколога (по показаниям).

Задача №56 Больной, 56 лет, заболел 4 дня назад, когда появились озноб, головная боль, общая слабость. Температура тела поднялась до 38,5°C. На второй день заметил в области правой кисти пузырек, который затем вскрылся и образовалась болезненная язвочка. Спустя еще один день прощупал «шишку» в правой подмышечной области: подвижную, умеренно болезненную. При поступлении: состояние средней тяжести. Температура тела – 38,9°C.

Тоны сердца умеренно приглушены. В легких без изменений. АД – 100/75 мм рт. ст. На 2-м пальце правой кисти небольшая (до 5 мм в диаметре) язвочка, болезненная, отека нет. В правой подмышечной области лимфоузел размерами 2,0x2,5 см в диаметре, подвижный, незначительно болезненный. Окраска кожи над ним не изменена

1. Диагноз и его обоснование
2. План обследования и его обоснование

Эталон ответа:

1.ПД: туляремия, болезнь кошачьих царапин, вторичный лимфаденит, чума, ВИЧ, туберкулез периферических лимфатических узлов (инфильтративная форма), лимфопролиферативные и онкогематологические заболевания, метастазы злокачественных новообразований и др.

У больного нельзя исключить данные заболевания, к остальным выявлены клинические противоречия.

2.ПЦР крови, пунктата бубона и скарификата язвы на ДНК Francisella tularensis и Yersinia pestis; кожно-аллергическая проба с тулярином; ИФА крови на антитела к Bartonella henselae; ПЦР пунктата бубона на ДНК Bartonella henselae; микроскопическое и бактериологическое исследование крови, пунктата бубона и скарификата язвы на Yersinia pestis; исследование крови на ВИЧ (антитела и антиген-r24); ОАК; консультация хирурга, фтизиатра, гематолога, онколога (по показаниям).

Задача №57 Больной, 29 лет, заболел вчера, когда с ознобом поднялась температура тела до 39,0°C, появились сильная головная боль, рвота. Стал ощущать сильную боль в паховой области слева, где сам прощупал болезненное уплотнение.

При поступлении: состояние тяжелое, Температура тела 39,8°C. Лицо гиперемировано. Язык сухой, обложен белым налетом. Пульс 104 в мин., сниженного наполнения. АД – 90/50 мм. рт. ст. Тоны сердца глухие. В паховой области слева прощупывается болезненный «инфильтрат», размерами 3x5 см, малоподвижный. Кожа над ним гиперемирована.

1. Диагноз и его обоснование
2. План обследования и его обоснование

Эталон ответа:

1.ПД: чума, туляремия, туберкулез периферических лимфатических узлов (казеозная форма), ВИЧ, лимфопролиферативные и онкогематологические заболевания, метастазы злокачественных новообразований и др.

У больного нельзя исключить данные заболевания, к остальным выявлены клинические противоречия.

2. Микроскопическое и бактериологическое исследование крови и пунктата бубона на *Yersinia pestis*; ПЦР крови и пунктата бубона на ДНК *Yersinia pestis* и *Francisella tularensis*; кожно-аллергическая проба с тулярином (с 3-го дня заболевания); исследование крови на ВИЧ (антитела и антиген-p24); консультация фтизиатра, гематолога, онколога, хирурга (по показаниям).

Задача №58 В инфекционное отделение доставлена женщина 40 лет в тяжелом состоянии. Заболевание началось 3 дня тому назад с появления на шее зудящего «фурункула». В последующие 2 дня состояние ухудшилось, температура тела повысилась до 38,2°C. При поступлении состояние тяжелое. Температура тела – 39,4°C. Обращает на себя внимание отечность лица, шеи, верхней части грудной клетки. В центре воспалительного очага (на месте бывшего «фурункула») – язвочка размерами 2х3 см в диаметре с серозно-геморрагическим отделяемым. Язвенная поверхность окружена багровым валиком, безболезненная. В легких дыхание везикулярное. ЧДД 28 в мин. Тоны сердца приглушены. АД-100/60 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. Кал оформлен.

1. Диагноз и его обоснование
2. План обследования и его обоснование

Эталон ответа:

1. ПД: сибирская язва, повреждение кожи (химический ожог, токсический эффект при контакте с ядовитым животным) и др.

У больного нельзя исключить данные заболевания, к остальным выявлены клинические противоречия.

2. ПЦР крови и отделяемого язвы на ДНК *Bacillus anthracis*; микроскопическое и бактериологическое исследование крови и отделяемого язвы на *Bacillus anthracis*; кожно-аллергическая проба с антраксином; консультация хирурга, токсиколога (по показаниям).

Задача №59 У женщины, 31 года, в области тыла правой кисти появилось пятно красного цвета, которое сильно чесалось. Утром следующего дня на этом месте образовался зудящий «прыщик» с кровянистым содержимым. К концу дня больную стало знобить, ухудшилось общее состояние. При поступлении: состояние средней тяжести. Температура тела – 38°C. На коже тыла правой кисти язвочка 0,3х0,2 см, покрытая спекшейся кровью, вокруг ободок гиперемии. Правая кисть, предплечье и частично плечо отечны. Цвет кожи над ними обычной окраски. Со стороны внутренних органов особых отклонений не выявлено.

1. Диагноз и его обоснование
2. План обследования и его обоснование

Эталон ответа:

1.Предварительный диагноз: сибирская язва, повреждение кожи (химический ожог, токсический эффект при контакте с ядовитым животным) и др.

У больного нельзя исключить данные заболевания, к остальным выявлены клинические противоречия.

2.ПЦР крови и скарификата язвы на ДНК *Bacillus anthracis*; микроскопическое и бактериологическое исследование крови и скарификата язвы на *Bacillus anthracis*; кожно-аллергическая проба с антраксином (с 5-го дня заболевания); консультация хирурга, токсиколога (по показаниям).

Задача №60 Вчера у больного, 34 лет, в области тыльной поверхности левой кисти появилась язвочка, которая быстро увеличилась в размерах, дно язвы потемнело.

На момент поступления: состояние средней тяжести. Температура тела 38,8°C. Отмечается выраженный отек кисти, область язвы безболезненна. В левой подмышечной области прощупывается умеренно увеличенный лимфоузел. Печень и селезенка не увеличены.

1. Диагноз и его обоснование
2. План обследования и его обоснование

Эталон ответа:

1.Предварительный диагноз: сибирская язва, повреждение кожи (химический ожог, токсический эффект при контакте с ядовитым животным) и др.

У больного нельзя исключить данные заболевания, к остальным выявлены клинические противоречия.

2.ПЦР крови и скарификата язвы на ДНК *Bacillus anthracis*; микроскопическое и бактериологическое исследование крови и скарификата язвы на *Bacillus anthracis*; кожно-аллергическая проба с антраксином (с 5-го дня заболевания); консультация хирурга, токсиколога (по показаниям).

Задача №61 Больная, 55 лет, заболела вчера, когда температура тела повысилась до 38,5°C. Беспокоили общая слабость. головная боль. На коже правой голени появилась краснота. Состояние средней тяжести. Температура тела - 38,9°C. В области средней трети правой голени отек, яркая гиперемия кожи с четкими контурами, имеются пузыри в диаметре до 2 см с серозным содержимым. При пальпации пораженного участка кожи отмечается умеренная болезненность. Пульс — 96 в минуту. Тоны сердца — приглушены. В легких дыхание везикулярное. Печень и селезенка – не увеличены.

1. Диагноз и его обоснование
2. План обследования и его обоснование

Эталон ответа:

1.Предварительный диагноз: рожа правой голени (эритематозно-буллезная форма), повреждение кожи (химический ожог) и др. У больного нельзя исключить данные заболевания, к остальным выявлены клинические противоречия.

2.ОАК; биохимические исследования крови; консультация хирурга (по показаниям).

Задача №62 Больная, 56 лет, заболела вчера, когда возникла сильная боль в области правой ягодицы. Муж обратил внимание появления красноты. На следующий день температура тела повысилась до 38,2°C, появились головная боль, общая слабость.

Состояние средней тяжести. Температура тела 38,5°C. В области правой ягодицы участок гиперемии кожи без четких границ, резко болезненный при надавливании, особенно в центре. Со стороны внутренних органов изменений не выявлено.

1. Диагноз и его обоснование
2. План обследования и его обоснование

Эталон ответа:

1.Предварительный диагноз: абсцесс правой ягодицы, тромбофлебит поверхностных вен правой ягодицы, повреждение кожи (химический ожог, токсический эффект при контакте с ядовитым животным) и др. У больного нельзя исключить данные заболевания, к остальным выявлены клинические противоречия.

2.Консультация хирурга; ОАК; биохимические исследования крови; консультация токсиколога (по показаниям).

Задача №63 Мужчина, 37 лет, 5 дней назад обратил внимание на появление на боковой поверхности средней трети правого бедра красноватого пятна диаметром 2,0 см, которое стало расширяться по 1,0-1,5 см в день. Вчера отметил появление лихорадки (37,6-38,2°C).

Состояние средней тяжести. Температура тела – 38,5°C. На коже правого бедра – красное пятно до 10 см в диаметре. Края эритемы ровные и четкие, ее пальпация умеренно болезненна. Со стороны внутренних органов – без существенных отклонений.

1. Диагноз и его обоснование
2. План обследования и его обоснование

Эталон ответа:

1.Предварительный диагноз: Лайм-боррелиоз, повреждение кожи (химический ожог, токсический эффект при контакте с ядовитым животным), тромбофлебит поверхностных вен правого бедра и др. У больного нельзя исключить данные заболевания, к остальным выявлены клинические противоречия.

2.ИФА крови на маркеры Лайм-боррелиоза; ОАК; биохимические исследования крови; консультация хирурга, токсиколога (по показаниям).

Задача №64 Больная, 33 лет, поступила на 2-й день болезни с жалобами на общую

слабость, головную боль, покраснение кожи лица. Заболела вчера, когда повысилась температура до 39,0°C. В тот же день на левой щеке появилось красное пятно, умеренно болезненное на ощупь, которое стало увеличиваться в размерах.

Состояние средней тяжести. Температура тела – 39,2°C. В области левой щеки и носа яркая краснота и отечность. Кожа на ощупь горячая, болезненная при пальпации. Граница пораженного участка со здоровой кожей четкая. Тоны сердца – приглушены. Пульс – 96 в минуту. В легких – дыхание везикулярное.

1. Диагноз и его обоснование
2. План обследования и его обоснование

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: рожа лица (эритематозная форма), тромбоз поверхностных вен лица, повреждение кожи (химический ожог, токсический эффект при контакте с ядовитым животным) и др. У больного нельзя исключить данные заболевания, к остальным выявлены клинические противоречия.

2. ОАК; биохимические исследования крови; консультация хирурга, токсиколога (по показаниям).

Задача №65 Больная, 18 лет, заболела 10 дней назад, когда повысилась температура тела до 37,5°C. В это же время обратила внимание на появление в подмышечной области слева умеренно болезненного лимфатического узла, который за несколько дней значительно увеличился в размерах. В последние 2 дня лимфоузел стал более болезненным, кожа над ним покраснела. При поступлении: состояние средней тяжести. Температура тела – 38,0°C. Кожные покровы чистые. В левой подмышечной области прощупывается лимфоузел размерами 2,0x2,5 см в диаметре, с нечеткими контурами, болезненный при пальпации. Кожа над ним ярко гиперемирована. Другие лимфоузлы не увеличены. На тыльной стороне левого предплечья при осмотре обнаружена папула 0,5 см в диаметре, покрытая корочкой телесного цвета, безболезненная. Печень и селезенка не увеличены.

1. Диагноз и его обоснование
2. План обследования и его обоснование

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: болезнь кошачьих царапин, вторичный лимфаденит, туляремия, туберкулез периферических лимфатических узлов (казеозная форма), ВИЧ, лимфопролиферативные и онкогематологические заболевания, метастазы злокачественных новообразований и др. У больного нельзя исключить данные заболевания, к остальным выявлены клинические противоречия.

2. ИФА крови на антитела к Bartonella henselae; ПЦР пунктата бубона на ДНК Bartonella henselae; ОАК; ПЦР крови и пунктата бубона на ДНК Francisella tularensis; кожно-

аллергическая проба с тулярином; исследование крови на ВИЧ (антитела и антиген-р24); консультация хирурга, фтизиатра, гематолога, онколога (по показаниям).

Задача №66 Девушка, 20 лет, 3 дня назад обратила внимание на появление за правым ухом умеренно болезненного лимфоузла. Вчера отметила появление лихорадки до 38,0°C. Состояние средней тяжести. Температура тела – 38,5°C. За правым ухом пальпируется умеренно болезненный лимфатический узел размерами до 1,0 см, подвижный, с четкими контурами. Кожа над ним обычной окраски. При осмотре на затылочной области волосистой части головы обнаружен участок гиперемии кожи овальной формы, с четкими краями, диаметром до 10 см, безболезненный. В центре эритемы имеется несколько мелких везикул. Со стороны внутренних органов – без существенных отклонений.

1. Диагноз и его обоснование
2. План обследования и его обоснование

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: Лайм-боррелиоз, повреждение кожи (химический ожог, токсический эффект при контакте с ядовитым животным) и др. У больного нельзя исключить данные заболевания, к остальным выявлены клинические противоречия.
2. ИФА крови на маркеры Лайм-боррелиоза; ОАК; биохимические исследования крови; консультация хирурга, токсиколога (по показаниям).

Задача №67 У больного, 38 лет, заболевание началось с повышения температуры тела до 37,7°C, снижения аппетита, легкого недомогания. На 3-й день болезни присоединились тошнота, тяжесть в области правого подреберья. Состояние при поступлении (5-й день болезни) – относительно удовлетворительное. Температура тела – 36,8°C. Кожные покровы обычной окраски. Дежурным врачом отмечена умеренная желтушность склер. Печень выступает на 2 см ниже края реберной дуги по среднеключичной линии, мягкая, эластичная. Селезенка не увеличена. Моча темная.

1. Диагноз и его обоснование
2. План обследования и его обоснование

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: острые вирусные гепатиты, острый токсический гепатит, желчнокаменная болезнь с обструкцией общего желчного протока, заболевания с синдромом гемолитической желтухи и др.
У больного нельзя исключить данные заболевания, к остальным выявлены клинические противоречия.
2. ИФА крови на маркеры вирусных гепатитов; ОАК; УЗ-исследование органов брюшной полости; консультация хирурга, токсиколога, гематолога (по показаниям).

Задача №68 Больной, 16 лет, заболел 7 дня назад, когда повысилась температура до 37,5°C, появились общая слабость, головная боль, тошнота, ухудшился аппетит. Через 5 дней температура снизилась до нормального уровня, самочувствие значительно улучшилось. На 6-й день заболевания окружающие заметили у пациента желтушность кожи и склер. При поступлении: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Кожа и склеры умеренно желтушны. Пульс 70 в 1 мин. Тоны сердца чистые. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см ниже реберного края по среднеключичной линии, мягкая, эластичная, безболезненная. Пальпируется нижний край увеличенной селезенки. Моча темная. Кал светлый.

1. Диагноз и его обоснование
2. План обследования и его обоснование

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: острые вирусные гепатиты, острый токсический гепатит, заболевания с синдромом гемолитической желтухи и др.

У больного нельзя исключить данные заболевания, к остальным выявлены клинические противоречия.

2. ИФА крови на маркеры вирусных гепатитов; ОАК; УЗ-исследование органов брюшной полости; консультация токсиколога, гематолога (по показаниям).

Задача №69 Больной, 25 лет, заболел 7 дней назад, когда повысилась температура до 37,3°C, появились общая слабость, ухудшился аппетит. На 6-й день заболевания на фоне сохраняющихся жалоб заметил появление желтушности кожи и склер.

При поступлении: состояние средней тяжести. Температура тела 37,8°C. Кожа и склеры умеренно желтушны. Пульс 90 в 1 мин. Тоны сердца чистые. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см ниже реберного края по среднеключичной линии, мягкая, эластичная. Пальпируется нижний край увеличенной селезенки. Моча темная.

1. Диагноз и его обоснование
2. План обследования и его обоснование

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: острые вирусные гепатиты, острый токсический гепатит, лептоспироз, иерсиниозы, сепсис, заболевания с синдромом гемолитической желтухи и др. У больного нельзя исключить данные заболевания, к остальным выявлены клинические противоречия.

2.ИФА крови на маркеры вирусных гепатитов; РМА, ИФА, ПЦР крови на лептоспироз; РНГА, ИФА, ПЦР крови на иерсиниозы; бактериологическое исследование крови на стерильность; ОАК; биохимические исследования крови; УЗ-исследование органов брюшной полости; консультация токсиколога, гематолога (по показаниям).

Задача №70 Больная, 20 лет, заболела 6 дней назад, когда повысилась температура до 37,4°C, появились общая слабость, головная боль. Лечилась самостоятельно жаропонижающими средствами. Сегодня утром на фоне сохраняющихся жалоб заметила появление желтушности кожи и склер. При поступлении: состояние средней тяжести. Температура тела 37,6°C. Кожа и склеры умеренно желтушны. Пульс 86 в 1 мин. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1,5 см ниже реберного края по среднеключичной линии, мягкая, эластичная. Пальпируется нижний край увеличенной селезенки. Моча темная. Кал обычной окраски.

1. Диагноз и его обоснование
2. План обследования и его обоснование

Эталон ответа:

1.Предварительный диагноз: острые вирусные гепатиты, острый токсический гепатит, лептоспироз, иерсиниозы, сепсис, заболевания с синдромом гемолитической желтухи и др.

У больного нельзя исключить данные заболевания, к остальным выявлены клинические противоречия.

2.ИФА крови на маркеры вирусных гепатитов; РМА, ИФА, ПЦР крови на лептоспироз; РНГА, ИФА, ПЦР крови на иерсиниозы; бактериологическое исследование крови на стерильность; ОАК; биохимические исследования крови; УЗ-исследование органов брюшной полости; консультация токсиколога, гематолога (по показаниям).

Задача №71 Пациентка 47 лет, заболела вчера. Стала ощущать двоение в глазах при взгляде в сторону, нечеткость зрения, сухость во рту, слабость. При обследовании в сознании, ориентирована, адекватна. Со стороны внутренних органов без отклонений от нормы. Пульс 72, АД 120/80. Выявлено расширение зрачка и его сниженная реакция на свет. Мелкий текст читает с трудом, хотя до болезни очками не пользовалась. Глазодвижения в полном объеме. Чувствительность и слух не нарушены. В позе Ромберга устойчива, нарушений координации нет. Мышечная сила несколько снижена. Мочеиспускание свободное. Безболезненное. Стула в течение двух дней не было.

- 1.Предварительный диагноз (ПД) и его обоснование.
- 2.План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1. ПД. Ботулизм, легкая форма. Внутренняя офтальмоплегия (мидриаз, нарушение аккомодации)противоречит миастении. Отсутствие нарушений чувствительности

позволяет исключить полиневрит. Сохранность сознания исключает поражение ЦНС (воспалительное, токсическое). Нет нарушений слуха и координации, что исключает нарушение вертебробазилярного кровообращения.

2. Биологическая проба нейтрализации ботулотоксина на мышах, посев промывных вод желудка и испражнений в анаэробных условиях.

Задача №72 Пациентка 19 лет, студентка. Заболела внезапно 4 часа назад Температура с ознобом повысилась до $39,3^{\circ}$, появилась сильная головная боль, трижды была рвота. Скорой помощью доставлена в больницу. Состояние крайне тяжелое, заторможена. На коже туловища и конечностей обильная геморрагическая сыпь. Тоны сердца приглушены, пульс 96 в мин., АД 80/40. Выражена ригидность мышц затылка, симптомы Кернига и Брудзинского положительны.

1. Предварительный диагноз (ПД) и его обоснование.
2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1. ПД – менингококковая инфекция (менингококцемия и менингит), бактериальные менингиты другой этиологии, первичные и вторичные. Наличие менингита подтверждается положительными менингеальными симптомами. Геморрагическая сыпь является признаком менингококцемии (90%), но может встречаться и при других бактериальных гнойных менингитах (10%). Наличие сыпи позволяет исключить менингизм и субарахноидальное кровоизлияние. Тахикардия и низкой АД являются признаками токсико-инфекционного шока.

2. Люмбальная пункция и лабораторное исследование спинномозговой жидкости (белок, реакции Панди и Нонне-Аппельта, цитоз, соотношение нейтрофилов и лимфоцитов, молочная кислота, глюкоза, окраска осадка по Граму и Цилю-Нильсену). Общий анализ крови. С-реактивный белок. Коагулограмма. КЩС.

Задача №73 Пациент 72 лет, пенсионер. Заболел два дня назад. Повысилась температура до $38,5^{\circ}$, появилась головная боль, слабость заторможенность. Скорой помощью доставлен в больницу. При поступлении состояние средней тяжести, в сознании, но вялый, заторможенный. В легких без патологии. Тоны сердца приглушены, пульс 92 в мин., АД 140/90. Менингеальные симптомы положительные.

1. Предварительный диагноз (ПД) и его обоснование.
2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1 ПД. Бактериальные гнойные менингиты (первичные и вторичные), серозные менингиты (первичные и вторичные), туберкулезный менингит, субарахноидальное кровоизлияние, менингизм. Без исследования спинномозговой жидкости ни одно из заболеваний исключить невозможно.

2. Люмбальная пункция и лабораторное исследование спинномозговой жидкости (белок, реакции Панди и Нонне-Аппельта, цитоз, соотношение нейтрофилов и лимфоцитов,

молочная кислота, глюкоза, окраска осадка по Граму и Цилю-Нильсену). Общий анализ крови. С-реактивный белок. Коагулограмма. КЩС.

3. Задача №74 Пациент 28 лет, служащий. Болен две недели. Заболевание началось постепенно с повышения температуры до $37,3^{\circ}$ – $37,6^{\circ}$, которая за прошедшие две недели постепенно достигла $38,4^{\circ}$. Нарастала слабость, недомогание. Беспокоила умеренная головная боль, утомляемость, ощущение дискомфорта в области шеи и спины. При осмотре кожа бледная, ориентирован, адекватен, но несколько заторможен. Температура $38,3^{\circ}$. Носогубная складка слева сглажена, левая глазная щель уже, чем правая. Язык высовывает по средней линии. Легкие без патологии. Тоны сердца громкие ритмичные, АД 115/65, пульс 92 в мин. Умеренно выражена ригидность мышц затылка, симптомы Кернига и Брудзинского слабо положительные.

1. Предварительный диагноз (ПД) и его обоснование.
2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1 ПД. Бактериальные гнойные менингиты (первичные и вторичные), серозные менингиты (первичные и вторичные), туберкулезный менингит, субарахноидальное кровоизлияние, менингизм. Без исследования спинномозговой жидкости ни одно из заболеваний исключить невозможно. С учетом постепенного начала болезни и признаков поражения черепно-мозговых нервов высока вероятность туберкулезного менингита.

2. Люмбальная пункция и лабораторное исследование спинномозговой жидкости (белок, реакции Панди и Нонне-Аппельта, цитоз, соотношение нейтрофилов и лимфоцитов, молочная кислота, глюкоза, окраска осадка по Граму и Цилю-Нильсену). Общий анализ крови. С-реактивный белок.

Задача №75 Пациент 32 лет, инженер. Заболел вчера, температура повысилась до $38,7^{\circ}$, беспокоили заложенность носа, першение в горле, сухой кашель с болями за грудиной, головная боль в лобно-височной области, светобоязнь, один раз была рвота. При обследовании выявлены менингеальные симптомы. Выполнена люмбальная пункция. В спинномозговой жидкости белок 0,24 г/л, реакции Панди и Нонне-Аппельта отрицательные, цитоз 6 клеток, все лимфоциты.

1. Предварительный диагноз (ПД) и его обоснование.
2. План обследования и его обоснование.

Эталон ответа:

1. ПД. Грипп и другие ОРЗ. Менингизм. По клиническим проявлениям наиболее вероятен грипп (высокая температура, интоксикация, поражение верхних дыхательных путей с доминированием трахеита). Менингеальные симптомы в сочетании с отсутствием лабораторных изменений в спинномозговой жидкости – признак менингизма.

2. ПЦР (мазки-отпечатки слизистой носа и ротоглотки, кровь), а также парные сыворотки для серологического исследования на респираторные вирусы.

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закреплённом практическом навыке	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.

Критерии оценивания при зачёте

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа

зачтено	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом	умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	логичность и последовательность ответа
не зачтено	недостаточное знание изучаемой предметной области, неудовлетворительное раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	слабые навыки анализа явлений, процессов, событий, неумение давать аргументированные ответы, приводимые примеры ошибочны	отсутствие логичности и последовательности ответа

Критерии оценивания форм контроля:

Ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует

	выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу			
--	---	--	--	--