

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Косенок Сергей Михайлович  
Должность: ректор  
Дата подписания: 06.06.2024 08:24:53  
Уникальный программный ключ:  
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА**  
**Приложение к рабочей программе по дисциплине**

**ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ**

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Квалификация<br>выпускника | СПЕЦИАЛИСТ                             |
| Направление<br>подготовки  | 31.05.01<br>Лечебное дело              |
| Форма обучения             | очная                                  |
| Кафедра-<br>разработчик    | Многопрофильной клинической подготовки |
| Выпускающая<br>кафедра     | Внутренних болезней                    |

# **ТИПОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ**

## **КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА – НАПИСАНИЕ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

### **Итоговая контрольная работа 9 семестр.**

Контрольная работа проводится с целью контроля усвоения студентами знаний лекционного курса, оценки знаний и навыков, приобретенных в ходе практических занятий, а также для проверки умения решать различного рода задачи, развивающие профессиональные способности в соответствии с требованиями квалификационной характеристики специалиста. Контрольная работа проводится по расписанию в часы учебных занятий в объеме, предусмотренном рабочей программой по дисциплине и учебной нагрузкой преподавателя. Время на подготовку к контрольной работе входит в число часов самостоятельной работы студентов и не должно превышать 4-х часов. Контрольная работа оценивается дифференцированной оценкой. В случае неудовлетворительной оценки, полученной студентом, назначается новый срок написания контрольной работы во внеучебное время.

(Сургутский государственный университет Система менеджмента качества СМК СурГУ СТО-2.12.5-15 Организация текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации студентов Редакция №2 стр. 7 из 21)

### **Написание истории болезни в 9 семестре проводится по темам:**

- Кишечные инфекции: сальмонеллез, дизентерия, ротовирусная инфекция, пищевые токсикоинфекции, кишечные инфекции, вызванные условно- патогенной микрофлорой.
- острый респираторные инфекции: грипп, парагрипп, аденовирусная инфекция, коронавирусная инфекция, ангина.
- инфекции центральной нервной системы: энтеровирусные инфекции, менингококковая инфекция.
- герпесвирусные инфекции.

### **Написание клинической истории болезни**

Обучающийся самостоятельно выбирает нозологическую форму, разрабатывает и защищает историю болезни по предложенной схеме (Приложение №2 Схема истории болезни)

Основные этапы написания клинической истории:

#### **Титульный лист (отдельная страница)**

1. Паспортная часть.
2. Жалобы: основные и найденные при опросе по системам органов.
3. Анамнез основного и сопутствующих заболеваний.
4. Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез.
5. Данные объективного исследования больного.
6. Обоснование предварительного диагноза и его формулировка.
7. План обследования.
8. Данные лабораторных и инструментальных исследований, заключения консультантов.
9. Окончательный клинический диагноз (обоснование и формулировка).
10. Дифференциальный диагноз.
11. Лечение больного и его обоснование.
12. Прогноз.
13. Профилактика (первичная и вторичная).
14. Эпикриз.
15. Дневник курации.

## **16. Список использованной литературы.**

### **Итоговая контрольная работа 10 семестр.**

Контрольная работа проводится с целью контроля усвоения студентами знаний лекционного курса, оценки знаний и навыков, приобретенных в ходе практических занятий, а также для проверки умения решать различного рода задачи, развивающие профессиональные способности в соответствии с требованиями квалификационной характеристики специалиста. Контрольная работа проводится по расписанию в часы учебных занятий в объеме, предусмотренном рабочей программой по дисциплине и учебной нагрузкой преподавателя. Время на подготовку к контрольной работе входит в число часов самостоятельной работы студентов и не должно превышать 4-х часов. Контрольная работа оценивается дифференцированной оценкой. В случае неудовлетворительной оценки, полученной студентом, назначается новый срок написания контрольной работы во внеучебное время.

(Сургутский государственный университет Система менеджмента качества СМК СурГУ СТО-2.12.5-15 Организация текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации студентов Редакция №2 стр. 7 из 21)

### **Написание истории болезни в 10 семестре проводится по темам:**

- Кишечные инфекции: сальмонеллез, дизентерия, ротовирусная инфекция, пищевые токсикоинфекции, кишечные инфекции, вызванные условно- патогенной микрофлорой.
- клещевые инфекции: клещевой энцефалит, болезнь Лайма.
- ВИЧ- инфекция, вторичные заболевания при ВИЧ: кандидоз, пневмоцистная пневмония
- вирусные гепатиты: вирусный гепатит А, вирусный гепатит В, вирусный гепатит С, цирроз печени, вызванный вирусным гепатитом С.

### **Написание клинической истории болезни**

Обучающийся самостоятельно выбирает нозологическую форму, разрабатывает и защищает историю болезни по предложенной схеме (Приложение №2 Схема истории болезни)

Основные этапы написания клинической истории:

#### **Титульный лист (отдельная страница)**

17. Паспортная часть.
18. Жалобы: основные и найденные при опросе по системам органов.
19. Анамнез основного и сопутствующих заболеваний.
20. Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез.
21. Данные объективного исследования больного.
22. Обоснование предварительного диагноза и его формулировка.
23. План обследования.
24. Данные лабораторных и инструментальных исследований, заключения консультантов.
25. Окончательный клинический диагноз (обоснование и формулировка).
26. Дифференциальный диагноз.
27. Лечение больного и его обоснование.
28. Прогноз.
29. Профилактика (первичная и вторичная).
30. Эпикриз.
31. Дневник курации.
32. Список использованной литературы.

## ТИПОВЫЕ ВОПРОСЫ ЭКЗАМЕНУ (10 семестр)

*Зачет содержит три теоретических вопроса и ситуационную задачу.*

| «Знает»   | Вид задания          |
|---|----------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Понятие «инфекция», «инфекционный процесс», «инфекционная болезнь». Периоды инфекционной болезни и их значение для диагностики.</li> <li>2. Понятие об инфекционной болезни и ее признаки.</li> <li>3. Общие закономерности развития инфекционного процесса, его формы.</li> <li>4. Содержание и задачи науки об инфекционных болезнях. Её связь с другими медицинскими дисциплинами.</li> <li>5. Классификация инфекционных болезней. Принципы классификации отдельных нозологических форм.</li> <li>6. Общие принципы раннего выявления инфекционных больных в практике участкового врача.</li> <li>7. Принципы ранней диагностики инфекционных заболеваний.</li> <li>8. Основные принципы и методы лечения инфекционных больных.</li> <li>9. Принципы антибиотикотерапии инфекционных больных.</li> <li>10. Природно – очаговые заболевания Западной Сибири и их профилактика.</li> <li>Кишечные инфекции.</li> <li>11. Брюшной тиф: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника.</li> <li>12. Лечение больных брюшным тифом. Выявление, диагностика бактерионосительства в период реконвалесценции.</li> <li>13. Брюшной тиф. Патогенез, патоморфологические изменения в кишечнике. Диагностика заболевания.</li> <li>14. Дизентерия: колитическая форма. Клиника, диагностика и лечение.</li> <li>15. Дизентерия. Клиническая классификация дизентерии.</li> <li>Гастроэнтероколитическая форма дизентерии. Диагностика и лечение.</li> <li>16. Дифференциальная диагностика бактериальной дизентерии, сальмонеллеза, пищевой токсикоинфекции.</li> <li>17. Сальмонеллез. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.</li> <li>18. Сальмонеллез. Гастроинтестинальная форма. Клиника и лечение.</li> <li>19. Характеристика генерализованных форм сальмонеллеза. Лечение больных.</li> <li>20. Сальмонеллез. Этиология, эпидемиология, патогенез. Клиническая классификация. Диагностика и профилактика сальмонеллеза.</li> <li>21. Псевдотуберкулез. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, и лечение.</li> <li>22. Иерсиниоз. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика и лечение.</li> <li>23. Холера. Особенности эпидемиологии и течения холеры ЭЛЬ – ТОР.</li> <li>24. Клинические формы холеры, их характеристика. Организация прием и лечение больных холерой.</li> <li>25. Пищевые токсикоинфекции, этиология, клиника, диагностика и лечение.</li> <li>26. Неотложные состояния при пищевых токсикоинфекциях.</li> <li>Клинические проявления, лечение. Гиповолемический шок.</li> <li>27. Пищевые токсикоинфекции, этиология, клиника, диагностика и лечение. Эпидемиология и профилактика пищевых токсикоинфекций.</li> <li>28. Пищевые токсикоинфекции. Этиология. Эпидемиология. Патогенез и</li> </ol> | <p>Теоретический</p> |

клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.  
 Профилактика.  
 29. Ротавирусный гастроэнтерит. Патогенез. Клиника. Диагноз. Лечение.  
 Профилактика.  
 30. Эшерихиозы. Этиология. Клиника. Диагноз. Лечение. Профилактика.  
 31. Ботулизм. Этиология. Патогенез. Клиника, диагностика, лечение,  
 профилактика.  
 32. Клиника, диагностика и лечение больных ботулизмом.  
 Гельминтозы.  
 33. Нематодозы (аскаридоз, энтеробиоз). Эпидемиология, патогенез,  
 лечение, профилактика.  
 34. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение ленточных  
 гельминтозов  
 (тениоз, тениаринхоз, дифиллоботриоз).  
 35. Описторхоз. Клиника, диагностика и лечение больных ранней фазе  
 (острой стадии) и поздней фазе (хронической стадии) паразитарной  
 инвазии.  
 36. Описторхоз. Патогенез и клиника. Диагноз и дифференциальный  
 диагноз. Лечение. Профилактика.  
 Протозойные инфекции  
 37. Токсоплазмоз. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика и  
 лечение.  
 38. Амебиаз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника,  
 диагностика, лечение.  
 39. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение,  
 профилактика малярии.  
 Инфекции кожного покрова.  
 40. Рожь, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.  
 41. Рецидивирующая форма рожи. Патогенез, клиника, лечение.  
 42. Дифференциальная диагностика рожи и абсцесса, флегмоны, экземы,  
 эризипелоида.  
 Вирусные гепатиты и ВИЧ-инфекция.  
 43. Вирусный гепатит «А». Патогенез, клиническая классификация,  
 диагностика и лечение больных. Клиника и диагностика вирусных  
 гепатитов «А», «Е».  
 44. Вирусный гепатит «Е». Эпидемиология, патогенез, клиника,  
 диагностика, лечение.  
 45. Преджелтушный период при вирусных гепатитах «А» и «В», их  
 дифференциальная диагностика.  
 46. Вирусный гепатит В, холестатическая форма. Клиника, диагностика,  
 лечение.  
 47. ВГВ, фульминантная форма, ранние клинические признаки,  
 предрасполагающие факторы. Печеночная кома. Причины  
 возникновения. Лечение. Прогноз.  
 48. Лабораторная диагностика вирусных гепатитов А, В, С, D, G.  
 49. Эпидемиология и профилактика вирусных гепатитов «А», «В» и «С».  
 50. Вирусный гепатит С, патогенез, клиника, принципы лечения  
 хронической формы.  
 51. Диагностика и лечение больных вирусными гепатитами «В» и «С».  
 52. Реабилитация реконвалесцентов вирусными гепатитами «А», «В»,  
 «С», «D», «Е»  
 53. ВИЧ – инфекция: этиология, эпидемиология, группы риска ,  
 клиническая классификация, клиника (стадия первичных проявлений).  
 54. ВИЧ – инфекция. Патогенез и клиника. Клиническая классификация.

Диагностика. Лечение.

55. ВИЧ-инфекция. Эпидемиология, группы риска, клиническая классификация. Алгоритм действий врача при возникновении аварийной ситуации.

Инфекции респираторного тракта.

56. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика и профилактика гриппа.

57. Грипп: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика и лечение.

58. Аденовирусная инфекция. Патогенез, клиника, лечение.

59. Парагрипп – этиология, клиника, диагностика, лечение.

60. Грипп, неотложные состояния при тяжелых формах гриппа и их лечение.

61. Клиника, лабораторная диагностика, лечение орнитоза.

62. Ангины. Этиология. Клиника. Диагноз. Лечение. Профилактика.

63. Дифтерия. Этиология. Этиология, эпидемиология, диагностика и лечение. Клиническая картина токсической формы дифтерии.

64. Дифтерия ротоглотки. Этиология. Эпидемиология. Патогенез и клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.

Профилактика.

65. Легионеллез. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника.

Диагноз.

Лечение.

Нейроинфекции

66. Менингококковая инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Тактика ведения больных с менингококковым менингитом.

67. Локализованные и генерализованные формы менингококковой инфекции: клиника, диагностика и лечение.

68. Менингококкцемия. Клиника, диагностика и лечение.

69. Осложнения менингококковой инфекции: инфекционно – токсический

шок, синдром церебральной гипертензии. Клинические проявления и лечение.

70. Неотложные состояния при менингококковой инфекции: острый отек и

набухание вещества головного мозга: клиника, диагностика и лечение.

71. Диагностика и лечение инфекционно – токсического шока у больных менингококковой инфекцией.

72. Лечение больных менингококковой инфекцией локализованных и генерализованных форм.

73. Энтеровирусная инфекция, клиническая картина основных форм.

Диагностика, терапия.

74. Клещевой энцефалит: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика и

лечение. Тактика врача при нападении клеща на больного.

75. Клещевой энцефалит. Клиническая классификация. Характеристика менингоэнцефалитической формы. Диагностика. Лечение. Экстренная профилактика при укусе клеща.

76. Болезнь Лайма. Этиология, эпидемиология, Группы риска. Патогенез заболевания.

77. Болезнь Лайма. Клиника, диагностика, лечение. Экстренная профилактика при укусе клеща.

78. Эпидемический сыпной тиф и болезнь Брилля. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

|  |  |
|--|--|
| <p>Герпетические инфекции.</p> <p>79. Герпетическая инфекция: простой герпес (этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. Диагностика).</p> <p>80. Герпетическая инфекция: опоясывающий герпес (этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, диф. диагностика).</p> <p>81. Инфекционный мононуклеоз Эпштейна – Барр вирусной этиологии: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, исходы, профилактика болезни.</p> <p>Геморрагические лихорадки.</p> <p>82. Лихорадка Эбола. Этиология. Эпидемиология. Клиника. Лечение.</p> <p>83. Лихорадка Эбола. Эпидемиология, клиника. Алгоритм действий врача при выявлении особоопасной инфекции.</p> <p>84. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. Этиология, эпидемиология, патогенез. Характеристика основных периодов болезни.</p> <p>85. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. Клиническая картина. Диагностика, лечение, профилактика болезни.</p> <p>Зоонозы.</p> <p>86. Туляремия: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика и лечение.</p> <p>87. Туляремия (классификация, клиническая картина, диф. Диагноз, лабораторная диагностика, лечение, профилактика).</p> <p>88. Чума: этиология, эпидемиология, патогенез, клиническая классификация, характеристика отдельных форм, диагностика, лечение.</p> <p>89. Сибирская язва этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>90. Клинические формы сибирской язвы, их характеристика, лечение.</p> <p>91. Лептоспироз этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>92. Бруцеллез: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>93. Принципы лечения больных острым и хроническим бруцеллезом</p> |  |
|--|--|

| <b>Задания для показателя дескриптора «Умеет» «Владеет»</b>  | <b>Вид задания</b> |
|--|--------------------|
| <p>Больной С., 38 лет. Обратился к врачу скорой помощи 4.09. с жалобами на постоянную умеренную боль в животе, однократную рвоту, повышение температуры тела до 38,6°C. Из анамнеза известно, что за 2 недели до болезни возвратился из круиза по Волге. Впервые почувствовал недомогание 17.08.: познабливало, болела голова. Температура 37,4°C. К врачу не обращался, самостоятельно принимал ампициллин по 1 таб. 3 раза в день. Продолжал работать, хотя сохранялась субфебрильная температура, познабливало, был плохой аппетит. 22-23.08. проявления заболевания исчезли, прекратил принимать ампициллин. В ночь с 3 на 4.09. вновь повысилась температура, появились боли в животе (преимущественно справа), тошнота, была однократная рвота. Объективно: состояние средней тяжести, кожа бледная, сухая, на животе имеются несколько розовых «пятен». Язык обложен густым серым налетом, суховат. Живот вздут, умеренно болезненный в илеоцекальной области. Там же определяется небольшое напряжение мышц, нерезко выраженный симптом Щеткина. С диагнозом «острый аппендицит» доставлен в стационар, прооперирован. Червеобразный отросток умеренно гиперемирован, отекает. При ревизии брюшной полости замечено значительное увеличение мезентериальных узлов, один из них удален для гистологического исследования. В дистальном отделе подвздошной</p> | практическое       |

кишки обнаружены просвечивающие сквозь кишечную стенку язвы. Анализ крови: Нб-126г/л, лейкоциты- $6,1 \cdot 10^9$ /л, п/я-8%, с/я-51%, лим.-38%, мон-3%, СОЭ-12 мм/час. Поставлен диагноз «острый аппендицит, язвенный илеит».

**ЗАДАНИЕ.**

1.Согласны ли Вы с данным диагнозом?

2.Установите диагноз.

3.План обследования и лечения.

Больная О., 35 лет, воспитатель детского сада. Обратилась к участковому врачу 11.09. на 3-й день болезни с жалобами на головную боль, нарушение сна, слабость. Заболела остро, в течение 3 дней температура достигла до  $39^{\circ}\text{C}$ , беспокоила головная боль, снизился аппетит, стала часто просыпаться ночью, нарастала слабость. Сообщила врачу, что в течение последнего месяца в группе отмечено 2 случая заболеваний детей «гриппом». У некоторых из них был жидкий стул. Температура повышалась в течение 5-8 дней. При осмотре на 3-й день болезни температура  $39,1^{\circ}\text{C}$ . Состояние средней тяжести. Кожа бледная. Слизистая ротоглотки чистая. Язык суховат, обложен белым налетом. В легких хрипов нет. Пульс 84 уд/мин., АД 100/60 мм.рт.ст. Живот слегка болезненный в области пупка, мягкий. Стул был два дня назад, нормальный, оформленный без патологических примесей. Дизурии нет. Менингеальных знаков нет. Врачом был поставлен диагноз «грипп», назначены бисептол, аспирин, анальгин. На фоне терапии температура сохранялась в течение недели, затем снизилась до нормальной, но в течение примерно 7 дней продолжала беспокоить слабость. На 17-й день от начала болезни была выписана на работу. Спустя 12 дней вновь появилась головная боль, кашель, температура  $38,4^{\circ}\text{C}$ . Участковым врачом отмечена бледность кожи, сухие рассеянные хрипы в легких. Плохой аппетит, обложенность и отечность языка. Пульс 72 уд/мин. Обращали на себя внимание вздутие живота, увеличение печени и селезенки. Госпитализирована с диагнозом «грипп, пневмония».

**ЗАДАНИЕ.**

1.Согласны ли Вы с направительным диагнозом?

2.Поставьте диагноз, обоснуйте его. Проведите дифференциальный диагноз.

3.Составьте план обследования и лечения.

Больной Н., 36 лет, коммерсант. Обратился к терапевту с жалобами на высокую температуру, слабость, головную боль, отсутствие аппетита, тошноту, расстройство стула. Заболел остро 5 дней назад: появилось плохое самочувствие, ночью температура поднялась до  $38,6^{\circ}\text{C}$ , знобило, болела голова. Дважды повторялась рвота, был жидкий стул. Принимал таблетки «от гриппа», но лучше не стало. Головная боль и слабость нарастали, на следующий день температура поднялась до  $39^{\circ}\text{C}$ . За 10 дней до начала болезни вернулся из туристической поездки в Индию.

При осмотре состояние средней тяжести, небольшой насморк, гиперемия слизистой ротоглотки. На коже туловища и конечностей обильная пятнисто-папулезная сыпь, которую вчера больной не видел. Лимфоузлы не увеличены, в легких хрипов нет. Пульс 88 уд/мин, АД 120/60 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом, утолщен. Живот мягкий, слегка болезненный в правой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул жидкий, дважды за день. Печень и селезенка пальпируются. Менингеальных симптомов нет.

**ЗАДАНИЕ.**

1.Поставьте и обоснуйте диагноз.



2.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

3.Составьте план обследования и тактику ведения больного.

Больной К., 61 года, госпитализирован с диагнозом «острая дизентерия». При поступлении жаловался на боли в нижней части живота, иррадиирующие в крестец, стул до 5 раз в сутки со слизью и кровью, повышение температуры до 38,2°C. Болен 4-й день. Болезнь началась с повышения температуры, болей в животе, недомогания, диареи (частота стула за дни болезни увеличилась до 2-5 раз в сутки). С первого дня заметил примесь крови к испражнениям. Температура в пределах от 37,1 до 37,6°C. Анамнез жизни без особенностей, однако в течение 3-4 месяцев отмечал задержку стула в течение 2-3 дней, прожилки крови в оформленном кале, общую слабость, утомляемость.

Данные осмотра: больной бледен. Лимфоузлы не увеличены. Со стороны сердечно-сосудистой системы и органов дыхания патологии нет. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, сигма инфильтрирована, плотная, чувствительная при пальпации, малоподвижна. Печень увеличена на 3см, плотная. Стул (осмотрен) каловый, кашицеобразный с примесью слизи, крови и гноя.

ЗАДАНИЕ.

1.Согласны ли Вы с диагнозом?

2.Если нет, то почему?

3.Между какими болезнями необходимо проводить дифференциальный диагноз.

4.План обследования.

Больная А., 32 лет, поступила 7.06. с диагнозом «дизентерия» с жалобами на сильную слабость, головную боль, боли в животе, частый жидкий стул со слизью и кровью. Заболела 4.06., когда появился озноб, жар, температура повысилась до 37,8°C, однократно был жидкий стул. 5.06. состояние ухудшилось - температура поднялась до 38,3°C, стул 3 раза жидкий, обильный, появились боли в животе без четкой локализации. 6.06. частота стула увеличилась до 8 раз, появились примесь слизи и крови, боли в животе стали более интенсивными.

Состояние при поступлении средней тяжести, температура 38,8°C, обращает на себя внимание бледность кожи. Тоны сердца приглушены. Пульс 108 уд/мин, АД 100/50 мм.рт.ст. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный по ходу толстого кишечника. Печень увеличена на 2см, отчетливо пальпируется селезенка. Стул жидкий, каловый с большим количеством слизи и крови. Анализ крови: Нb-98г/л, лейкоц.-12,4\*10<sup>9</sup>/л, СОЭ-24мм/ч.

Ректороманоскопия: Тубус свободно введен на 22см, дальнейший осмотр затруднен из-за большого количества кровянисто-слизистого содержимого. На осмотренном отрезке слизистая оболочка резко отечна, гиперемирована, выступает в просвет кишки, выражена контактная кровоточивость, местами имеются наложения фибрина, эрозии. Взяты биоптаты слизистой оболочки.

ЗАДАНИЕ.

1.Установите и обоснуйте предварительный диагноз.

2.Проведите дифференциальный диагноз с дизентерией.

3.Составьте план ведения больного.

Больной Д., 65 лет, пенсионер, поступил в приемное отделение городской больницы 29.10. на второй день болезни с диагнозом «острый гастроэнтерит». Жалобы на резкие боли в животе без четкой локализации, усиливающиеся при движении, сухость во рту, жидкий

стул со слизью и кровью. Заболел остро 28.10. вечером, через несколько часов после ужина. Появились резкие боли постоянного характера внизу живота. Несколько раз был жидкий стул с кровью, сильная слабость. Принимал папаверин. 29.10. в течение дня жалобы те же. Из-за продолжающихся болей в животе вызвал «скорую помощь» и был госпитализирован. Эпиданамнез: живет один в отдельной квартире, питается дома. Контакт с больными, у которых отмечались желудочно-кишечные расстройства, отрицает. Свое заболевание связывает с употреблением несвежей сметаны за ужином. При объективном обследовании выявлено: общее состояние тяжелое. В сознании, но беспокоен. Кожные покровы бледно-землистой окраски. Выражен акроцианоз и похолодание конечностей. Пониженного питания. Лимфатические узлы не увеличены. Перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком. При аускультации - дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы. ЧД - 24 в мин. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены, имеются единичные экстрасистолы. Пульс 86 уд/мин., АД 160/100 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот мягкий, при пальпации болезненный в среднем и нижнем отделах, в акте дыхания участвует. Сигмовидная и слепая кишки мягкие, эластичные. Печень и селезенка не пальпируются. Перистальтика не выслушивается. Стул в приемном покое каловый с небольшим количеством крови со сгустками.

**ЗАДАНИЕ.**

1. Укажите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие анамнестические данные Вы хотели бы получить дополнительно?
3. Проведите дифференциальный диагноз с дизентерией.
4. Какова тактика введения больного?

Больная У., 21 года, воспитатель детского сада, 24.05 обратилась к врачу амбулатории с жалобами на сильную слабость, озноб, схваткообразные боли внизу живота, больше слева, жидкий стул. Считает себя больной с 16 час. 23.05, когда внезапно появились сильные схваткообразные боли внизу живота, слабость, озноб. Через час появился кашицеобразный стул (6 раз за вечер). Около 20.00 был кратковременный обморок. В последующие часы отмечала головокружение, ощущение дурноты при каждой попытке встать с постели. В детском саду, где работает больная, 20.05. и 21.05. несколько детей госпитализировано с подозрением на острую дизентерию. При осмотре врачом выявлено: температура тела 36,0°C. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сигмовидная кишка мягкая, безболезненная, не спазмирована. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет. Поколачивание по области почек безболезненное. Менингеальных явлений нет. Замужем. Отмечает задержку менструации на 7 недель.

**ЗАДАНИЕ.**

1. Согласны ли Вы с направительным диагнозом?
2. Обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
3. Укажите тактику ведения больной