**ФЕДЕРАЛЬНОЕ Государственное БЮДЖЕТНОЕ образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» МинистерствА здравоохранениЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра поликлинической терапии с курсом идпо**

 УТВЕРЖДАЮ

 зав.каф.поликлинической

 терапии с курсом ИДПО

  д.м.н., профессор Волевач Л.В.

 «30» ноября 2016 г.

**Методические указания для студентов**

по самостоятельной внеаудиторной работе

по дисциплине «Поликлиническая терапия»

Тема: «**Лихорадки неясного генеза в амбулаторно – поликлинической практике**»

**Лечебный факультет**

Дисциплина: Поликлиническая терапия

Специальность 31.05.01. –лечебное дело

Курс 6 Семестр XI

УФА 2016

Тема: «Лихорадки неясного генеза в амбулаторно – поликлинической практике» на основании рабочей программы дисциплины поликлиническая терапия утвержденной в 2016 году.

Рецензент:Г.Х. Мирсаева – доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской терапии БГМУ

Авторы: Крюкова А.Я., Сахаутдинова Г.М., Низамутдинова Р.С., Тувалева Л.С., Курамшина О.А., Габбасова Л.В.

Утверждено на заседании кафедры, протокол №4 от 30.11.2016 г.

**1.Тема. Лихорадки неясного генеза в амбулаторно – поликлинической практике** Субфебрилитет является одной из наиболее актуальных проблем в физиологии и медицине. Высока частота его распространения, а нарушение терморегуляции в течение длительного времени приводит к психосоциальной дезадаптации больных. Трудности диагностики лихорадочных состояний связаны с различным происхождением ряда заболеваний, широким использованием лекарственных препаратов, которые стирают типичную картину заболевания, сами могут быть причиной развития лихорадки, что в целом затрудняет проведение лечебно – профилактических мероприятий.

В практике врача часто встречаются больные, у которых основным синдромом является длительная лихорадка без определённых клинических признаков поражения какого-либо органа. Описанные впервые Petersdorf и Beeson (1961) критерии лихорадки неясного генеза включали: длительность заболевания более 3-х недель, лихорадку выше 38,3 %, неясность диагноза после обследования больного больного в клинике в течение недели.

Если в течение 2-3 недель у пациента отмечается температура тела выше 37,5 % и диагноз не установлен после общепринятого клинического обследования, то это состояние расценивается как лихорадка неясного генеза (ЛНГ) или происхождения (ЛИП) (она должна быть документирована медицинскими работниками). Не следует подозревать у больного ЛНП при продолжительности заболевания не более 2- х недель. Обследование по поводу ЛНП весьма трудоёмко и прибегать к нему следует только после исключения банальных, легко излечимых заболеваний.

Диагноз синдрома лихорадки неясного генеза принято выделять в качестве промежуточного в ходе диагностического поиска у больных с длительной гипертермией. Он допустим на том этапе обследования, когда заболевание, стоящее за лихорадкой, ещё не распознано. Повышение температуры может быть единственным симптомом болезни либо сочетаться с другими её проявлениями, увеличением СОЭ, «воспалительным» сдвигом белков сыворотки крови, не позволяющими, однако, однозначно высказаться о диагнозе. Большинство случаев длительной лихорадки обусловлено атипичным течением известных заболеваний. Поэтому для постановки диагноза необходимо тщательно собирать анамнез, детально проводить физическое обследование, применять адекватные методы дополнительного исследования.

Лихорадка представляет собой симптом, присущий многим болезням, в первую очередь инфекционным, но также и неинфекционным. Биологический смысл лихорадочной реакции организма в большинстве случаев носит защитный и приспособительный характер, направленный на мобилизацию организма против патогенного агента. Повышение температуры тела активирует фагоцитоз, продукцию антител, мобилизацию лейкоцитов, выработку интерферона, стероидных гормонов, альдостерона. При этом ухудшаются также условия существования патогенной флоры в неадекватной для её развития высокой температуре. Поэтому шаблонное подавление лихорадки при всех заболеваниях недопустимо. С другой стороны, длительная гипертермия выше 40 , которая грозит гипертермическим шоком, коагуляцией белков, требует применения антипиретиков.

Причины лихорадки многообразны. Во всех случаях она является результатом нарушения соответствия между процессами теплопродукции и теплоотдачи, регулируют которые церебральные центры, расположенные в переднем гипоталамусе.

Повышение температуры – результат многих внешних и внутренних стимулов, влияющих на тепловой центр. Чаще всего пусковым звеном служат так называемые экзогенные пирогены. К ним относятся, прежде всего, инфекционные возбудители (бактерии, вирусы, грибы) и их токсины, продукты распада белков (некрозы, гематомы, гемолиз), аллергены и иммунные комплексы, медикаменты и различные пирогенные субстанции. Эти экзогенные пирогены влияют на тепловой центр гипоталамуса не прямо, а через посредство эндогенного пирогена – низкомолекулярного белка, вырабатываемого лейкоцитами крови (моноцитами) и макрофагами тканей печени, селезёнки, лёгких, брющины. Некоторые опухоли способны к автономному продуцированию эндогенного пирогена (лимфомы, моноцитарный лейкоз, рак почки). Эндогенный пироген после освобождения из клеток действует на термочувствительные нейроны преоптической области гипоталамуса, где с участием серотонина индуцируется синтез простогландина E 1,E2, и Цамф. Эти соединения, с одной стороны, вызывают интенсификацию теплопродукции, а с другой – влияют на сосудодвигательный центр, вызывая сужение периферических сосудов и уменьшение теплоотдачи, что в целом и ведёт к лихорадке.

Хорошо изучены пирогенные свойства интерлейкина -1.Пирогенными свойствами обладают интерфероны. Лихорадка может быть также следствием побочного действия лекарственных и биологических препаратов, включая донорскую кровь и её заменители, применяемые с лечебной целью.

Лихорадки инфекционного генеза встречаются при кровоизлияниях в мостомозжечковую область, тиреотоксикозе, распадающихся опухолях.

Экссудативные плевриты, перитониты, перикардиты также сопровождаются лихорадкой, тогда как выпоты в эти полости при циррозах печени, нефрите, сердечной недостаточности протекают обычно без повышенной температуры.

Уфвеличение теплопродукции происходит за счёт повышения метаболизма главным образом в мышечной ткани. Стимуляция гипоталамуса в некоторых случаях может быть связана не с пирогенами, а с нарушением функций гипоталамуса, эндокринной (тиреотоксикоз) или вегетативной нервной системы, с влиянием некоторых медикаментов.

Таким образом, повышение температуры тела обусловлено разными механизмами: или активациекй системы экзо – и эндопирогенов (инфекции, воспаление, пирогенные субстанции), или автономной продукцией только эндопирогенов (опухоли), или вообще без участия пирогенов. В последнем случае некоторые исследователи предпочитают использовать термин «гипертермия», а не «лихорадка». При острой кратковременной лихорадке первостепенное значение имеет первый механизм, при хронической – возрастает роль других, в частности, неинфекционных факторов.

В механизме действия экзопирогенов существенную роль играют промежуточные звенья – медиаторы и трансмиттеры, выделяемые моноцитами, нейтрофилами и лимфоцитами. Последние выделяют лимфокины, которые активируют макрофаги и лимфоциты, стимулируют выделение ими эндопирогенов.

Длительное сохранение лихорадки, но с более низкой температурой, чем в остром периоде болезни, наблюдается при постинфекционных состояниях, не связанных с прямым действием микроба (исключением является сепсис, хронические инфекции).

В некоторых случаях лихорадка может быть следствием рефлекторного воздействия на центры терморегуляции (например, при прохождении камня по мочеточнику или желчевыводящим путям).

Это общие и далеко не все возможные механизмы возникновения лихорадки, которые в разной степени присущи различным нозологическим формам.

При инфекционных болезнях клинические варианты или типы лихорадок давно стали одним из опорных симптомов при проведении дифференциальной диагностики. Для большинства из них характерен свой тип лихорадки, что оказывает существенную помощь в установлении клинического диагноза даже тогда, когда другие симптомы не выражены, а решающие лабораторные данные вызывают сомнение или отсутствуют.

Выделяют лихорадки в зависимости от высоты: субфебрильную – до 38,умеренную – до 38-39, высокую – до 39-41, гиперпиретическую – выше 41.

Важное значение для диагноза имеет не только установление повышенной температуры, но и определение суточных колебаний, т.е.типа лихорадки. Различают следующие основные типы лихорадки:

1. Постоянная лихорадка – характеризуется тем, что в течение суток разница между утренней и вечерней температурой не превышает 1 гр., например при крупозном воспалении легких, во 2 ст. брюшного тифа.
2. Послабляющая лихорадка – даёт суточные колебания температуры более 1 гр, причём утренний минимум выше 37 гр.; она часто бывает при туберкулёзе, в 3 ст. брюшного тифа, при гнойных заболеваниях и очаговой пневмонии.
3. Перемежающая лихорадка- отличается суточными колебаниями температуры более 1 гр., причём минимум её лежит в пределах нормы.
4. Истощающая, или гектическая – характеризуется сильными повышениями температуры (до 2-4 гр.) и падениями её до нормы и ниже; она, как правило, сопровождается изнуряющими потами, чаще всего встречается при тяжёлом туберкулёзе легких, нагноениях, сепсисе.
5. Обратный тип лихорадки – характеризуется тем, что утренняя температура бывает выше вечерней; наблюдается при сепсисе, туберкулёзе, бруцеллёзе.
6. Неправильная лихорадка- отличается разнообразными и неправильными суточными колебаниями. Такого типа лихорадка возникает часто при ревматизме, эндокардите, сепсисе, туберкулёзе и др.
7. Возвратная лихорадка- отличается чередованием периодов лихорадки с безлихорадочными периодами; она характерна для возвратного тифа.
8. Волнообразной лихорадке, как показывает само название, свойственны периодические нарастания температуры, сменяющиеся её затуханиями; она нередко наблюдается прибруцеллёзе и лдимфогранулематозе.
9. В целях диагностики используют также такой критерий как, интенсивность повышения температуры в начальном периоде болезни. При остром начале болезни, характерном для гриппа, менингококкового менингита , малярии, температура тела повышается внезапно в течение нескольких часов. При подостром начале заболевания разогревание организма достигается апогея в течение 2-3 суток. Это характерно для сыпного тифа, тифопаратифозных заболеваний, орнитоза, Ку- лихорадки. При постепенном начале болезни(например, при брюшном тифе, бруцеллёзе, некоторых форм орнитоза и Ку -лизхорадки) температура тела повышается до максимальных цифр к 5-7 – м суткам.

Заболевания с остро возникшей лихорадкой широко распространены в медицинской практике. Задачей врача является, с одной стороны, достаточно ранняя диагностика серьёзных заболеваний, требующих специфической терапии, с другой – желательно избежать излишних и сложных диагностических исследований, а также ненужной терапии во многих случаях вполне «доброкачественных» заболеваний, способных закончиться спонтанным выздоровлением. В зависимости от конкретной ситуации следует дифференцированно решать вопросы обследования, наблюдения и лечения. В большинстве случаев вопросы врачебной тактики могут быть успешно решены на основе простого клинического обследования больного. Особенно важным является расспрос пациента, при котором нужно выяснить, когда появилась лихорадка, какими симптомами сопровождалась, остро или постепенно, какова переносимость лихорадки. Необходимо уточнить какие события предшествовали повышению температуры: переохлаждление, травма, иногда ранение, операция или инструментальное обследование (инвазивное или эндоскопическое), контакт с инфекционными больными, путешествие и пр.: такие проявления, например, рвота, расстройство стула, мочеиспускания, другие болезни. Следует выяснить все перенесённые и сопутствующие хронические заболевания, предшествующее медикаментозное лечение, вакцинации, интоксикации, пребывание в стационаре. Важно провести полное систематическое объективное обследование и оценить состояние больного.

В одних случаях повышение температуры сопровождается характерными жалобами и или объективными симптомами, что позволяет сразу ориентироваться в диагнозе и в лечении больного. Нередко первое обследование не раскрывает причину лихорадки. В этом случае следует учитывать два важных фактора состояние здоровья пациента до заболевания и состояние во время лихорадки. При возникновении последней на фоне полного здоровья, особенно у человека молодого или среднего возраста и удовлетворительном его состоянии в большинстве случаев речь идёт о вполне доброкачественном заболевании с самоограничивающимся течением и спонтанным выздоровлением. Главной причиной такого благоприятно протекающего заболевания является инфекция, чаще всего вирусная, например острые респираторные вирусные инфекции.

Повышение температуры инфекционного происхождения никогда не бывает изолированным симптомом. Лихорадка почти всегда сопровождается такими нарушениями, как головная боль, недомогание, озноб, миалгия и артралгия. Из объективных признаков имеют значение учащение дыхания, повышение частоты сердечных сокращений (исключение – брюшной тиф менингит) пульсового артериального давления. Часто наблюдается увеличение СОЭ вследствие повышения содержания в крови гаптоглобина, церулоплазмина, С - реактивного белка, так называемых белков острой фазы.

Показано повторное обследование через 2-3 дня. У некоторых больных в течение этого времени будет отмечено снижение температуры, улучшение самочувствия. У других же могут появиться новые признаки, что будет вести к определённому диагнозу. У некоторых пациентов температура может оставаться достаточно высокой или ухудшаться общее состояние. В этих случаях требуются повторное обследование, более углубленный расспрос и проведение дополнительных исследований. При выявлении так называемого воспалительно – деструктивного синдрома (лейкоцитоз, сдвиг влево, увеличение СОЭ, появление С- реактивного белка, гиперферментемия и др.)оправдан поиск заболеваний с экзо – или эндогенными пирогенами: инфекций, в том числе очаговых, воспалительных или опухолевых процессов.

Особое внимание следует обратить на реакцию крови. Так, моноцитоз встречается при бактериальном эндокардите, туберкулёзе, бруцеллёзе, лимфомах, раке, цитомегаловирусной инфекции, эозинофилия – при лекарственной лихорадке, паразитарных инвазиях, узелковом периартериите, ревматоидном артрите, лейкопения - при милиарном туберкулёзе, бруцеллёзе, СКВ, лейкозах, лимфомах, лимфоцитоз – при туберкулёзе, инфекционном мононуклеозе, атипичные лимфоциты – при инфекционном мононуклеозе, токсоплазмозе, безжелтушном гепатите, цитомегаловирусной инфекции, увеличение СОЭ- при ювенильном ревматоидном артрите, гипернефроме, бактериальном эндокардите, лекарственной лихорадке, карциноме, лимфома и т.д. Повышение ревматоидного фактора может указывать на бактериальный эндокардит, хронический активный гепатит, ревматоидный артрит; высокий уровень щелочной фосфатазы – на туберкулёз, лимфому, инфекционный мононуклеоз, ювенильный ревматоидный артрит, подострый тиреодит, гепатит, цирроз, желчнокаменную болезнь, гипернефрому, узелковый периартериит.

При лихорадке наблюдается ряд характерных изменений в работе органов и систем.

Так, со стороны сердечно – сосудистой системы нередко отмечается учащение сердцебиения. Отклонение в частоте пульса по отношению к температуре используют в качестве вспомогательного диагностического признака. При нормальном их соответствии повышение температуры тела на 1 гр сопровождается учащением пульса на 10-12 в минуту (правило Либермейстера). При ряде инфекционных болезней наблюдается относительная тахикардия (пульс «обгоняет» температуру), а при брюшном тифе, гриппе, геморрагической лихорадке с почечным синдромом, Ку – лихорадке, вирусных гепатитах в период выраженной желтухи – относительная брадикардия.

При лихорадочных состояниях часто повышается артериальное давление и остаётся высоким до последней стадии развития лихорадки: в этот период оно снижается постепенно (лизис) или катастрофически быстро, параллельно с падением температуры тела (кризис, коллапс).

В лёгких возможны застойные явления, образование стаза и других расстройств микроциркуляции. Давление крови в лёгочной артерии нередко увеличивается. Причинами перечисленных расстройств кровообращения могут быть действие пирогенов на тонус кровеносных сосудов и их влияние на центральную нервную регуляцию кровообращения, определённое воздействие оказывает и само повышение температуры. Со стороны внешнего дыхания при лихорадке наблюдается учащение дыхательных движений и увеличение минутного объёма легочной вентиляции и в стадиях лихорадки. Развивается процесс называемый тепловой одышкой. в патогенезе этих процессов имеет значение влияние гипертермии на бульбарный дыхательный центр.

При лихорадке возникают характерные изменения водного обмена, кислотно – щелочного равновесия и мочеотделения. В начальной стадии лихорадки в результате повышения артериального давления и раздражения различными токсическими веществами, бактериальные токсины, пептиды, например субстанция Р, соматостатики и многие другие, эпителия канальцев почек, активируются мочеотделение и мочеиспускание – полиурия. Относительная плотность мочи обычно увеличивается вследствие задержки в организме воды и натрия иногда появляется белок в моче альбуминурия. Процесс этот продолжается в течение стадии заболевания и заканчивается в разрешающей стадии. В этот период резко выделяется вода из ткани в кровь и увеличивается мочеотделение. Одновременно отмечаются потеря натрия и нарушение минерального обмена в организме.

Резкие и характерные изменения наступают при лихорадке в желудочно-кишечном тракте. Выделение секреторных продуктов всеми пищеварительми железами уменьшается. Угнетение слюноотделения вызывает сухость во рту, эпителиальный покров губ высыхает и трескается. Уменьшение слюноотделения создает условия для размножения различных микробов – стрепто- и стафилококки спирохеты и др., находящиеся в полости рта. Возникает неприятный гнилостный запах изо рта. У больных развивается жажда, пропадает аппетит. Это нарушение усиливается вследствие угнетения секреции желудочного сока.

При некоторых болезнях холецистит и др. нарушается секреция желчи. Все эти процессы вызывают резкое нарушение пищеварения. Нередко у таких больных обнаруживается дисбактериоз и связанные с этим состояния нарушения функции толстой кишки, нередко развиваются запоры.

Появление в организме при лихорадке экзопирогенов и нарушение многих видов обмена веществ вызывают интоксикацию, которая обусловлена нередко инфекциями или интоксикациями эндогенного происхождения. Эти процессы действуют прежде всего на нервную систему начиная с высших её отделов распространяются на все её нижележащие отделы. Особое значение имеет интоксикация вегетативных центров промежуточного гипоталамус и продолговатого мозга. У больных с лихорадкой появляются тошнота, нередко рвота и головная боль, головокружение, иногда возбуждение, могут терять сознание.

Таким образом, синдром длительного субфебрилитета это состояние организма, которое находится на стыке теоретической и практической медицины, и подход к решению проблемы субфебрилитета должен быть комплексным, включающим выяснение ключевых механизмов, приводящих к длительным нарушениям теплового баланса организма.

**2.Цель:** овладение основами диагностики при повышениях температуры, проведения дифференциальной диагностики, принципами лечения.

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **знать** (исходные базисные знания и умения):

-понятие о лихорадке неясного генеза;

-основные заболевания (нозологические формы),сопровождающиеся длительными лихорадками;

- алгоритм диагностического поиска длительно лихорадящих больных;

- понятие синдрома «красных флажков» или малых симптомов «тревоги»;

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **уметь**:

- проводить обследование пациентов с лихорадкой;

- выявлять критерии лихорадки неясного генеза;

**3.Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:**

Вопросы для самоподготовки:

1. Критерии постановки диагноза лихорадки неясного генеза;
2. Основные клинические проявления основных заболеваний, сопровождающихся длительным лихорадочным синдромом;

**4.Вид занятия:** самостоятельная внеаудиторная работа

**5.Продолжительность занятия:** 6 (в академических часах)

**6. Оснащение:**

6.1. Дидактический материал (кино- и видеофильмы, тренинговые и контролирующие компьютерные программы, мультимедийные атласы и ситуационные задачи, деловые игры, фантомы, тренажеры и др.);

6.2. ТСО (компьютеры, видеодвойка, мультимедийные проекторы и др.)

**7.** **Содержание занятия:**

 7.4. Самостоятельная работа обучающихся (курация больных, оформление медицинской документации, ознакомление с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературой).

 7.5. Контроль уровня усвоения темы: тесты, ситуационные задачи.

Место проведения самоподготовки: читальный зал.

Работа с основной и дополнительной литературой, анализ амбулаторных карт, анализ статистических показателей работы ЛПУ.

**Механизмы лихорадки неясного генеза в амбулаторно - поликлинической практике**

ОПТИМАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПОИСКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СОПУТСТВУЮЩИМИ СИМПТОМАМИ

* Потеря массы тела
* Гипотензия
* Одышка
* Менингеальные симптомы
* Дезориентация
* Сердечные шумы
* Кожные высыпания
* Желтуха
* Диарея
* Лимфоаденопатия
* Боль в животе
* Дизурия
* Гематурия
* Артралгия
* Артрит
* Миалгия
* Рвота
* Органомегалия
* Поражения глаз
* Тошнота

ПОДОЗРЕНИЕ НА ОБЩУЮ ИНФЕКЦИЮ

**OAК , подсчет ретикулоцитов и тромбоцитов, СОЭ.**

**Анализ мочи с окраской осадка по Граму.**

**Гемокультура. Посев мочи не менее 3 раз.**

**ДИАГНОЗ УСТАНОВЛЕН**

**АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ**

ПОДОЗРЕНИЕ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

* ПОВТОРНЫЕ ПОСЕВЫ МОКРОТЫ,
* ПРОМЫВНЫХ ВОД БРОНХОВ,
* ЖЕЛУДКА НА МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА
* ПРОБА МАНТУ
* ПОВТОРНЫЕ СНИМКИ ЛЕГКИХ И ТОМОГРАММЫ

ИСКЛЮЧИТЬ ДИФФУЗНЫЕ БОЛЕЗНИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

* Определение белковых фракций
* Иммуноэлектрофорез белков
* Исследование на антинуклеарный фактор
* Антитела к ДНК
* LE-клетки
* Биопсия кожи, почек, мышц и другие

ПОДОЗРЕНИЕ НА ИНФЕКЦИОННЫЙ ГЕПАТИТ

* Белковоосадочные пробы (тимоловая, сулемовая и другие)
* Определение аминотрансфераз, билирубина, ЩФ, гаммаглутамилтранспептидазы, холестерина и др.
* Кровь на маркеры гепатита А, В, С, D и др.
* Определение степени фиброза аппаратом фиброскан
* Биопсия печени

ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ПОИСК

* Миелограмма
* Рентгенографическое и эндоскопическое исследование ЖКТ
* Компьютерная томография
* МРТ
* Нижняя контрастная лимфография. Ангиография ОБП. Лапароскопия с прицельной биопсией. Диагностическая лапаротомия
* Компьютерная томография с галлием
* Эхокардиография
* Лейкозы
* Злокачественные новообразования в брюшной полости, лимфогранулематоз, саркоидоз
* Интра- и ретроперитонеальные образования, абсцессы, увеличенные лимфоузлы
* Миксома предсердия
* при отрицательном результате - Наблюдение или пробная терапия

ЛИХОРАДКИ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

* Группа общих инфекций
* Группа очаговых инфекций

ОБЩИЕ ИНФЕКЦИИ

1. Туберкулез
2. Сепсис
3. Брюшной тиф
4. Бруцеллез
5. Малярия
6. СПИД

ОЧАГОВЫЕ ИНФЕКЦИИ

1. Гнойные инфекции верхнего этажа брюшной полости (холецистит, холангит, поддиафрагмальный абсцесс, абсцесс печени, подпеченочный абсцесс)
2. Гнойные инфекции нижнего этажа брюшной полости (аппендицит, дивертикулит, воспалительные заболевания тазовых органов, НЯК)
3. Инфекции мочевыводящих путей (пиелонефрит, паранефральный абсцесс, инфекции мочеточников, предстательной железы)
4. Бактериальный эндокардит
5. Бронхоэктазы с нагноением
6. Бактериемия без установленного первичного очага (вирусные, риккетсиозные и хламидиозные инфекции, инфекционный мононуклеоз, цитомегаловирусная инфекция Коксаки, Ку-лихорадки, пситаккоз, вирусный гепатит)
7. Паразитарные инвазии (амебиаз, трихинеллез, токсоплазмоз, описторхоз, аскаридоз, токсокароз, энтеробиоз)
8. Спирохетозы (лептоспироз, рецидивирующая лихорадка)

ЛИХОРАДКИ НЕИНФЕКЦИОННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

1. Опухоли почек, печени, легких, поджелудочной железы, желудка, толстого кишечника, миксома предсердия, метастазирующие опухоли
2. Болезни крови и кроветворных органов (апластическая, гемолитическая и пернициозная анемии, агранулоцитоз, лимфогранулематоз, лимфомы, лимфосаркома, множественная миелома)
3. Диффузные болезни соединительной ткани (СКВ, ревматизм, ревматоидный артрит, узелковый периартериит, склеродермия, дерматомиозит, гранулёматоз Вегенера, болезнь Крона и др.)

ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ

1. Тромбофлебит, ТЭЛА
2. Тиреотоксикоз, тиреоидит
3. Хронический гепатит и цирроз печени
4. Саркоидоз
5. Расслаивающая аневризма аорты
6. Болезнь Уиппла
7. Синдром Гудпасчера
8. Лекарственная болезнь

**Тесты**

ВЫБЕРИТЕ ОДИН ИЛИ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

1.К ОБЩИМ ИНФЕКЦИЯМ ОТНОСЯТСЯ:

1. Туберкулез

1. Сепсис
2. Брюшной тиф
3. Бруцеллез

2.ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТУБЕРКУЛЕЗ РЕКОМЕНДОВАНО

1. Посев мокроты на БК

2. Рентгенография легких

3. Проба Манту

4. Компьютерная томография легких

3.ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ИНФЕКЦИОННЫЙ ГЕПАТИТ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК ВКЛЮЧАЕТ

1. Белковоосадочные пробы

2. Определение степени фиброза аппаратом фиброскан

3. Биопсия печени

4. УЗИ ОБП

1. К ГРУППЕ ОБЩИХ ИНФЕКЦИЙ НЕ ОТНОСИТСЯ
2. Брюшной тиф
3. Бруцеллез
4. Малярия
5. Лямблиоз
6. ГНОЙНЫЕ ИНФЕКЦИИ ВЕРХНЕГО ЭТАЖА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
7. Холецистит
8. Холангит
9. Поддиафрагмальный абсцесс
10. Абсцесс печени
11. Подпеченочный абсцесс)

Ответы

1. 1,2,3,4
2. 1,2,3
3. 1,2,3.4
4. 4
5. 1,2,3,4,5

**Литература**

**Основная:**

1. Поликлиническая терапия: учебник для студентов медицинских вузов, рек. УМО мед. и фармац. вузов РФ / А. Я. Крюкова; под ред. А. Я. Крюковой ; МЗ и соц. развития РФ, Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа: Гилем, 2009. - 325 с.
2. Поликлиническая терапия: учебник/ Г. И. Сторожаков, И. И. Чукаева, А. А. Александров. - 2-е изд., перераб. и доп.- М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013-640 с.
3. Поликлиническая терапия: учебное пособие/М.В. Зюзенков (и др.); под редакцией М.В. Зюзенкова. –Минск: Высшая школа, 2012. – 608 с.
4. Поликлиническая терапия: учебник /под ред И.Л. Давыдкина, Ю.В. Щукина. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 688 с.

**Дополнительная**

1. Экспертиза временной нетрудоспособности в медицинских организациях: учебное пособие : рек. УМО по мед. и фармац. образов. вузов России для обучающихся по основам образов. программ высш. образования - подготовки кадров высш. квалиф. по программам ординатуры по спец. "Организация здравоохранения и общественное здоровье"/ Л. Н. Коптева, А. Г. Барабанов. - Нижний Новгород: Изд-во НижГМА, 2015. – 91с.
2. Медицинская реабилитация: учебник : Мин. образования и науки РФ, рек. ГБОУ ВПО "Первый Московский гос. мед. ун-т им. И. М. Сеченова" для студ. учреждений ВПО, обуч. по спец. "Лечебное дело" и "Педиатрия" по дисц. "Медицинская реабилитация"/ под ред.: А. В. Епифанова, проф. Е. Е. Ачкасова, В. А. Епифанова. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2015. - 668 с.