ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ

**Задача № 1**

Больной Е., 18 лет, поступил в больницу в связи с тем, что мать заметила у сына желтуху. Никаких других симптомов болезни не отмечает.

Самочувствие хорошее. Раньше желтухой не болел. Никаких парентеральных вмешательств в течение полгода не было. Отмечается легкая желтушность склер и кожи, печень у края реберной дуги, чувствительная при пальпации и перкуссии.

Общий билирубин крови - 140 мкмоль/л, прямой билирубин - 105 мкмоль/л, аминотрансаминаза (АлАТ) - 4,0 мкмоль/час/л, тимоловая проба -19 ед.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Составьте план обследования.
3. Назначьте лечение.
4. Какова длительность диспансерного наблюдения при данном заболевании?
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

**Эталон ответа к задаче № 1**

1. Острый вирусный гепатит А, желтушная форма, средняя степень тяжести. Обоснование: в эпиданамнезе парентеральные вмешательства отсутствуют за последние 6 месяцев, острое начало заболевания, наличие желтухи, гепатомегалии; с появлением желтухи самочувствие не ухудшилось, гипербилирубинемия, повышенная тимоловая проба, гиперферментемия.
2. ОАК, О AM, биохимический анализ крови в динамике, ИФА (IgM и IgG к HAV).
3. Базисная терапия, дезинтоксикационная терапия, ферменты (мезим-форте, панкреатин), адсорбенты (фильтрум, лактофильтрум).
4. 3-6 месяцев.
5. Соблюдение санитарно-гигиенических норм, вакцинация.

**Задача № 2**

Больной А., 15 лет, считает себя здоровым, жалоб не предъявляет. Госпитализирован после клинико-лабораторного обследования в школе в связи со случаем заболевания «желтухой» одноклассника. Со слов больного, в крови нашли «какие-то» изменения, что и послужило основанием для направления в стационар.

При тщательном опросе выяснено, что до обследования в течение 7-8 дней мальчик чувствовал себя плохо, были слабость, пониженный аппетит, небольшая боль в правом подреберье, однократная рвота. Температуру тела не измерял. Темной мочи и изменения окраски кала не видел.

При осмотре состояние больного удовлетворительное, желтухи нет. Пульс - 72/мин., ритмичный. Печень выступает на 1,5 см ниже из-под края реберной дуги, селезенка - у края реберной дуги. Моча и кал нормальной окраски.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Составьте план обследования.
3. Назначьте базисную терапию.
4. В чем заключается профилактика данного заболевания?
5. Укажите сроки диспансерного наблюдения реконвалесцентов данного заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 2**

1. Острый вирусный гепатит А, безжелтушная форма, легкая степень тяжести. Диагноз вставлен на основании эпиданамнеза (контакт с больным гепатитом в школе), острого начала с астеновегетативного и диспепсического синдромов в преджелтушном периоде, объективных данных - самочувствие не нарушено, гепатоспленомегалия, отсутствие желтухи.
2. OAK, ОАМ, биохимический анализ крови в динамике (АлАТ, АсАТ, тимоловая проба), ИФА (IgM и IgG к HAV).
3. Режим постельный, стол 5, обильное питье до 2,5-3 литров, поливитамины.
4. Вакцинация, соблюдение санитарно-гигиенических норм.
5. 3-6 месяцев.

**Задача № 3**

Больная М., 25 лет, лечится у врача по поводу ОРЗ (ринофарингит) в течение 5 дней. В последние 2 дня температура тела нормализовалась, однако самочувствие ухудшилось - пропал аппетит, появилась выраженная слабость, тупая боль в правом подреберье. При расспросе удалось выявить, что цвет мочи стал несколько темнее.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Какие необходимо провести обследования для подтверждения диагноза.
3. Ваша тактика.
4. Какой период болезни регистрируется в настоящее время?
5. Подчеркните сходства и различия с ОРЗ.

**Эталон ответа к задаче № 3**

1. Острый вирусный гепатит А, продромальный период болезни. Диагноз выставлен на основании острого начала с гриппоподобного и астеновегетативного синдромов, потемнения мочи в конце продромального периода.
2. Биохимический анализ крови (АлАТ), ИФА (IgM к HAV), ПЦР - РНК HAV.
3. Госпитализация в инфекционное отделение, экстренное извещение в ГЦСЭН, наблюдение за контактными, заключительная дезинфекция в квартире больной силами родственников, санитарно-просветительная работа.
4. Продромальный период болезни.
5. Сходства: повышение температуры, боль в горле; различия: диспепсический синдром на фоне нормализации температуры, темный цвет мочи.

**Задача № 4**

Больной Н., студент, 18 лет. 18 сентября отметил появление кашля и насморка, повышение температуры до 37,6°С. В поликлинике поставлен диагноз «ОРЗ», лечилсяаспирином, этазолом. Однако самочувствие продолжало ухудшаться, исчез аппетит, после приема таблеток этазола была рвота, стал ощущать тошноту, тяжесть в верхнем отделе живота, температура повысилась до 38,0°С.

При повторном осмотре врачом 22 сентября беспокоят тошнота, однократная рвота, вздутие и болезненность в эпигастрии. С диагнозом «пищевая токсикоинфекция» доставлен в инфекционное отделение.

В приемном отделении отмечена небольшая желтушность кожи, цвет мочи темный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,0-3,0 см, чувствительная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Пульс - 52/мин., АД -100/60 мм рт.ст.

Из анамнеза: аналогичная симптоматика отмечена еще у 2х человек, бывших вместе с заболевшим в туристической поездке.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите лабораторные методы исследования для уточнения диагноза.
3. Дайте рекомендации по лечению данного больного.
4. Подчеркните сходства и различия с ПТИ.
5. Укажите сроки диспансерного наблюдения реконвалесцентов.

**Эталон ответа к задаче № 4**

1. Острый вирусный гепатит А острый, желтушная форма Диагноз выставлен на основании гриппоподобного и диспепсического синдромов продромального периода, наличия гепатомегалии, желтушности кожи, сведений эпидемиологического анамнеза - аналогичная симптоматика у 2 контактных лиц.
2. Маркеры вирусных гепатитов, биохимические исследования (билирубин, трансаминазы, тимоловая и сулемовая пробы).
3. Режим покоя, диета № 5, обильное питье, поливитамины, ферменты, адсорбенты, глюкозо-солевые растворы внутривенно.
4. Сходства: тошнота, рвота, тяжесть в эпигастрии; различия: желтушность кожи, темный цвет мочи, гепатомегалия.
5. Наблюдение в КИЗе 3-6 месяцев.

**Задача № 5**

Больной К., 30 лет, продавец магазина. С 10 марта находился в терапевтическом отделении ЦРБ по поводу обострения ревматоидного артрита. В связи с появлением желтухи 18 марта переведен в инфекционное отделение с диагнозом: Гепатит. В контакте с желтушными больными не был.

При поступлении отмечается интенсивная желтушность кожи, склер, зуд кожи с расчесами в области груди и конечностей. Аппетит понижен, язык обложен, живот мягкий, печень +5,0 см, чувствительная при пальпации. Пальпируется край селезенки, поташнивает. Температура нормальная. Пульс 56/мин., ритмичный, АД-100/60 мм рт.ст., спит плохо из-за зуда кожи.

В анализах крови: L - 4,2\*109/л, формула без особенностей, СОЭ - 8 мм/час; билирубин общий -180 мкмоль/л, прямой билирубин -100 мкмоль/л, сулемовая проба -1,9, тимоловая проба -2,5 ед, холестерин крови - 6,76 мкмоль/час/л, АлАТ - 5,5 мкмоль/час/л (норма 0,7 мкмоль/час/л).

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Какие необходимо провести обследования для подтверждения диагноза?
3. Ваша тактика по лечению холестаза.
4. План лечения в стационаре.
5. Укажите сроки диспансерного наблюдения.

**галон ответа к задаче № 5**

1. Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, средней степени тяжести. Диагноз выставлен на основании острого начала, преджелтушного периода в течение 9 дней по артралгическому варианту, желтушного синдрома, гепатоспленомегалии, холестаза, гипербилирубинемии за счет прямой фракции, повышения АлАТ, холестерина.
2. ИФА (IgM к HBcorAg, HBsAg, HBeAg), ПЦР - ДНК HBV.
3. Дезинтоксикационная терапия внутривенным вливанием солевых растворов, спазмолитики (но-шпа, дротаверин, сернокислая магнезия 25%), препараты урсодезоксихолевой кислоты (урсофальк).
4. Режим, стол № 5, дезинтоксикационная терапия, адсорбенты, ферменты.
5. Наблюдение в КИЗе в течение 12 месяцев.

Задача № 6

Больной С., 36 лет, оперирован в начале октября 2009 г. по поводу язвенной болезни 12™-перстной кишки. До и после операции переливалась кровь, всего перелито 1300 мл. В контакте с желтушными больными не был. 28.11.09 г. появились боли в суставах, слабость, пропал аппетит. 30.11.09 г. потемнела моча, со 2.12.09 г. заметил желтушность кожи, склер, в тот же день поступил в больницу с диагнозом: Вирусный гепатит.

При поступлении: вялый, адинамичный, плохой аппетит, выраженная желтуха, рвота 1-2 раза в день. Печень +2,0 см, болезненна, селезенка не увеличена. Температуратела нормальная, пульс 64/мин., L - 7,2\*109/л, СОЭ - 15 мм/час, билирубин общий - 300 мкмоль/л, его прямая фракция - 250 мкмоль/л, АлАТ - 6,2 мкмоль/час/л (норма до 0,7 мкмоль/час/л), сулемовая проба -1,2 ед.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. План лабораторного обследования.
3. Назначьте лечение.
4. Развитие какого осложнения возможно?
5. В чем заключается специфическая профилактика данного заболевания?

**ответа к задаче № 6**

1. Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, тяжелая степень тяжести. Диагноз выставлен на основании данных эпиданамнеза (хирургическое вмешательство, гемотрансфузия), преджелтушного периода по смешанному варианту (артралгический, астеновегетативный, диспепсический синдромы), ухудшения самочувствия пациента с появлением желтухи (слабость, адинамия, рвота 1-2 раза), желтушного синдрома, гепатомегалии, темной мочи, брадикардии, гипербилирубинемии с преобладанием прямой фракции, повышенной АлАТ.
2. Биохимический анализ крови в динамики, белок и его фракции, ПТИ, маркеры ВГВ (ИФА) - IgM к HBcor Ag, HBsAg, HBeAg; ПЦР - ДНК HBV.
3. Базисная терапия, дезинтоксикационная терапия внутривенно (глюкозо-солевые растворы в объеме до 1,5-2 литров), адсорбенты (фильтрум, лактофильтрум, неосмектин, лактулоза), ферменты (креон, микразим, панкреатин).
4. ОПЭ.
5. Вакцинация (вакцина «Энджерикс», «Эувакс» и др.).

**Задача № 7**

Больной И., 50 лет, оперирован в туберкулезной больнице 10.06.09 г. по поводу туберкулеза левого легкого. 7.08.09 г. В палате, где находился больной И., выявлен больной с желтухой, также оперированный в этой больнице в мае 2009 года.

25.08.09 г. пациент И. почувствовал слабость, недомогание, боли в суставах, тошноту, потемнела моча. 28.08.09 г. появилась желтуха склер и кожных покровов. Больной активен, несколько эйфоричен, пульс 100/мин., ритмичный, печень у края реберной дуги, резкая болезненность при пальпации и перкуссии, на коже груди, предплечья множественные геморрагии. Утром и днем была рвота. Температура тела 38,5°С.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. План лабораторного обследования.
3. Ваша тактика по ведению больного.
4. Укажите сроки диспансерного наблюдения.
5. Укажите сроки инкубационного периода при данном заболевании.

**Эталон ответа к задаче № 7**

1. Вирусный гепатит В острый, желтушная форма, тяжелое течение, осложненный ОПЭ, прекома I ст. Диагноз выставлен на основании острого начала, короткого преджелтушного периода по артралгическому, астеновегетативному, диспепсическому синдромам, ухудшения самочувствия пациента с появлением желтухи (повысилась температура, рвота, тахикардия, сокращение размеров печени, ее резкая болезненность, геморрагии, эйфория), данных эпиданамнеза (хирургическое вмешательство, контакт с больным).
2. ОАК, биохимический анализ крови (билирубин, и его фракции, АлАТ, АсАТ), ПТИ, маркеры на вирусный гепатит В (IgM к HBcorAg, HBsAg, HBeAg), ПЦР - ДНК HBV.
3. Перевод больного в реанимационное отделение. Диета с ограничением белка, очистительная клизма, лактулоза по 30,0 мл 2 раза в сутки, Гепа-Мерц - 1 порошок 3 раза, глюкозо-солевые растворы внутривенно капельно в объеме до 1,5 литров, ферменты, осмодиуретики (манитол).

Диспансерное наблюдение в КИЗе в течение 12 месяцев. 5. 2-6 месяцев.

**Задача № 8**

Больная П., 26 лет, медсестра отделения реанимации областной больницы. Переведена из областной больницы, где лечилась в течение 7-ми дней по поводу острого холецистита. Заболевание началось постепенно с резкой общей слабости, разбитости,

. ломоты в суставах и мышцах. Температура тела со 2-го дня болезни 38-39°С, с 3-го дня болезни сильные боли в области правого подреберья, была многократная рвота. Получала лечение по поводу холецистита - без эффекта. На 8-й день болезни появилась желтуха и больная переведена в инфекционную больницу с диагнозом: Вирусный гепатит.

. В контакте с желтушными больными не была, никаких инъекций и парентеральных

вливаний в течение последнего года не было, ничем не болела.

При поступлении: больная вялая, адинамичная, сознание сохранено, заторможена.

I Желтуха интенсивная. Язык сухой, обложен сероватым налетом, плохо спала прежние ночи, весь день сонлива. Печень +0,5 см, край мягкий, пальпируется отчетливо, резкая болезненность при ощупывании печени. Селезенка не увеличена. Пульс - 98/мин., ритмичный, мягкий, АД -100/40 мм рт.ст.

В анализах крови: L - 3,2\*109/л с нейтрофильным сдвигом, СОЭ - 3 мм/час; билирубин общий - 240 мкмоль/л, его прямая фракция -180 мкмоль/л, сулемовая проба -1,1, АлАТ - 6,0 мкмоль/час/л, холестерин - 3,64 мкмоль/л, протромбин - 45%.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Какой лабораторный критерий указывает на развитие печеночно-клеточной недостаточности?
3. Назначьте патогенетическую терапию осложнения данного заболевания.
4. Какой биохимический синдром Вы ожидаете при исследовании сыворотки крови?
5. Выпишите рецепт на «Гепа-Мерц».

**Эталон ответа к задаче № 8**

1. Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, тяжелое течение, осложненное ОПЭ, прекома I-II ст. Диагноз выставлен на основании острого начала, преджелтушного периода по артралгическому, астеновегетативному, диспепсическому синдромам, многократной рвоты, тахикардии, сокращения размеров печени, ее резкой болезненности, интенсивной желтухи, симптомов ОПЭ (заторможенность, инверсия сна - бессонница ночью, сонливость днем), данных эпиданамнеза - работает медсестрой реанимации.
2. ОПЭ, прекома 1-2.
3. ПТИ -45% при норме 80-100%.
4. Диета с ограничением белка, очистительная клизма, лактулоза по 30 мл 2 раза в сутки, антибиотики (рифам пицин, канамицин - 5 дней per os), Гепа-Мерц по 1 порошку 3 раза.
5. Гиперазотемию.
6. Rp.: Hepa-Merz 3,0

D.td№ 30

S. По 1 порошку 3 раза в день, растворить в 200 мл. воды.

**Задача № 9**

Больная А., 28 лет, доставлена в инфекционную больницу без сознания, с резко выраженной желтухой. Ощущается «печеночный» запах изо рта. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. При перкуссии грудной клетки легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, слабого наполнения, 120/мин., АД - 110/70 мм рт.ст. Печень и селезенка не пальпируются. При перкуссии нижний край печени определяется на 2,0 см выше реберной дуги по средне­ключичной линии справа. Корнеальные рефлексы сохранены.

Из анамнеза: 3 месяца назад больной произведена аппендэктомия. Желтуха появилась вчера; за неделю до поступления началось «простудное заболевание».

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для определения этиологии заболевания?
3. Какой лабораторный показатель указывает на печеночно-клеточную недостаточность?
4. Обоснуйте назначение препарата «Гепа-Мерц» в лечении данной пациентки.
5. Тактика врача приемного отделения в данной ситуации.

**Эталон ответа к задаче № 9**

1. Острый вирусный гепатит В, фульминантная форма, осложненная ОПЭ, кома I ст. Диагноз выставлен на основании острого начала, короткого продромального периода по гриппоподобному варианту, выраженной желтухи, резкого сокращения размеров печени, «печеночного» запаха изо рта, тахикардии, отсутствия сознания, сохранении корнеальных рефлексов, сведений эпиданамнеза (хирургическое вмешательство 3 месяца назад).
2. Маркеры на вирусный гепатит В, D (ИФА), ПЦР диагностика - ПЦР - ДНК HBV, ПЦР - РНК HD V.
3. Протромбиновый индекс (ПТИ), альбумины сыворотки крови.
4. Развитие ОПЭ обусловлено нарушением связывания аммиака в печени (снижение синтеза мочевины); орнитин-аспартат (Гепа-Мерц) участвует в связывании аммиака в печени и в нейроглии.
5. Госпитализация в реанимационное отделение.

**Задача № 10**

Больной А., 50 лет, направлен в клинику инфекционных болезней на 20-й день заболевания из районной больницы. В течение 3х недель беспокоили общая слабость, недомогание, тошнота и рвота, отсутствие аппетита. 2 дня назад повысилась температура тела до 37,8°С. Выражено головокружение, участилась рвота, появилась боль в области правого подреберья, нарастала слабость.

При осмотре: резко выражена желтушность кожи и склер, единичные петехии на коже, преимущественно в области верхней части грудной клетки. Температура тела 37,8°С. Пульс - 116/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены. АД - 80/60 мм рт.ст. В легких везикулярное дыхание. Язык густо обложен серым налетом, сухой. Живот мягкий, несколько вздут. Нижний край печени определяется на 3,0 см ниже уровня реберной дуги, верхний - на уровне 6-го ребра, селезенка +2,0 см из-под края реберной дуги.

В биохимическом анализе сыворотки крови: билирубин общий - 206,9 мкмоль/л, прямой - 172,7 мкмоль/л, АлАТ-44,5 мкмоль/час/л, сулемовая проба - 1,2 мл, протромбиновый индекс - 40%.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. По каким лабораторным показателям определяют степень тяжести больного?
3. Обосновано ли назначение гормонотерапии (преднгоолон) ?
4. Составьте план лечения.
5. Укажите сроки диспансерного наблюдения.

**Эталон ответа к задаче № 10**

1. Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, тяжелое течение. Диагноз выставлен на основании продромального периода в течение 3х недель по смешанному типу (астеновегетативный, диспепсический синдромы), с появлением выраженной желтухи самочувствие ухудшилось - повысилась температура, участилась рвота, наросла слабость, головокружение, тахикардия, отмечается синдром печеночно-клеточной недостаточности, гепатоспленомегалия, геморрагический синдром, снижение ПТИ.
2. Гипербилирубинемия более 200 мкмоль/л, снижение ПТИ.
3. Не обосновано, т.к. возможна активация репликации вируса, усиление геморрагического синдрома.
4. Диета с ограничением белка, очистительная клизма, лактулоза по 30 мл 2 раза в сутки, антибиотики (рифампицин, канамицин - 5 дней per os), Гепа-Мерц по 1 порошку 3 раза,адсорбенты, ферменты.
5. Диспансерное наблюдение в КИЗе в течение 12 месяцев.

**Задача № 11**

Больная Е., 40 лет, в течение 2х недель отмечает слабость, потливость, резкое снижение работоспособности, боль в мышцах и суставах рук и ног. В последние дни - тошнота, исчез аппетит, потемнела моча, появила сь головная боль и головокружение. Температура не повышалась. Вчера родственники заметили желтушность склер. Сегоднябыла повторная рвота, головокружение, носовое кровотечение. Госпитализирована по «скорой помощи».

При осмотре: вялая, заторможена. Температура тела - 36,3°С. Выраженная желтуха.

| На коже и слизистых - геморрагии, положительный симптом щипка. Живот мягкий, слегка вздут. Печень у реберной дуги мягкая. Селезенка не пальпируется. В легких сердце - без особенностей. АД - 90/70 мм рт.ст. Пульс - 100/мин. Моча цвета пива, кал светло- коричневого цвета.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Какие биохимические исследования необходимо провести?
3. Ваша тактика по ведению больной.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Назовите причину развития геморрагического синдрома.

**Эталон ответа к задаче № 11**

1. Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, тяжелое течение. Диагноз выставлен на основании продромального периода в течение 2х недель по смешанному типу (астеновегетативный, диспепсический, артралгический синдромы), с появлением выраженной желтухи участилась рвота, появились головокружение, тахикардия, геморрагический синдром, незначительная гепатомегалия, моча цвета пива, кал светлый.
2. Общий билирубин и его фракции, тимоловая проба, белок и его фракции, АлАТ, АсАТ, щелочная фосфатаза, ПТИ, фибриноген.
3. Перевод в реанимационное отделение в связи с развитием печеночно-клеточной недостаточности. Диета с ограничением белка, очистительная клизма, лактулоза по 30,0 мл 2 раза в сутки, антибиотики (рифампицин, канамицин - 5 дней per os), Гепа- Мерц по 1 порошку 3 раза.
4. Вирусные гепатиты A, D, аутоиммунный гепатит.
5. Печеночно-клеточная недостаточность.

**Задача № 12**

Больной В., 19 лет, учащийся техникума, доставлен машиной «скорой помощи» в инфекционное отделение с синдромом желтухи в тяжелом состоянии.

! Из анамнеза: за 4 месяца до настоящего заболевания больной был выписан из

хирургического отделения, где находился по поводу флегмонозного аппендицита, осложненного перитонитом. Аппендэктомия сопровождалась переливанием крови. После | выписки и до настоящего заболевания злоупотреблял алкогольными напитками. Преджелтушный период протекал по смешанному типу (артралгический, диспепсический и астеновегетативный синдромы) в течение 3х дней.

При поступлении жаловался на головную боль, резкую слабость, «ощущение провала в пропасть».

При осмотре: больной вял, сонлив. Кожные покровы и слизистые интенсивно иктеричные. Тоны сердца приглушены. Пульс - 82/мин., ритмичен. Язык влажный. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Печень пальпируется до 1,0 см ниже реберной дуги, селезенка по краю реберной дуги. Билирубин крови 215,6 I мкмоль/л с преобладанием прямого. Активность аминотрансфераз незначительная.

На следующий день состояние больного ухудшилось: спутанное сознание, двигательное беспокойство, рвота «кофейной гущей», печеночный запах изо рта ощущается на расстоянии. Печень не пальпируется. Дыхание шумное.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какое осложнение развилось у пациента?

| 3. Назначьте обследование для подтверждения диагноза.

1. Укажите сроки инкубационного периода при данном заболевании.
2. Какие антибактериальные препараты могут быть использованы и с какой целью?

**Эталон ответа к задаче № 12**

1. Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, фульминантное течение, осложненное ОПЭ, кома 1-Пст. Диагноз выставлен на основании эпиданамнеза (хирургическое вмешательство, гемотрансфузия), острого начала, смешанного варианта короткого преджелтушного периода, злокачественного течения заболевания (нарушение сознания, двигательное беспокойство, рвота «кофейной гущей», «печеночного» запаха изо рта, нарастания желтухи при сокращении размеров печени, тахикардия), билирубино-ферментной диссоциации в биохимическом анализе крови.
2. ОПЭ, кома 1-2.
3. Маркеры на вирусные гепатиты В,Д,С - IgM к HBcor Ag, HBsAg, HBeAg, IgM к Ag HD V; ПЦР - РНК НС V.
4. 2-6 месяцев.
5. Рифаксимин по 1200 мг/сут., ципрофлоксацин 1 г/сут., неомицин 4-6 г/сут., канамицин 1,5 г/сут.) для подавления микрофлоры кишечника и уменьшения образования кишечных токсинов.

**Задача № 13**

Мужчина 36 лет состоит активным донором, последние 6 месяцев - донором плазмы. Направлен в гепатоцентр станцией переливания крови в связи с появившимся у него повышением трансаминаз: АлАТ - 2500 мкмоль/л (норма 30). Ранее подобного повышения ферментных тестов не регистрировалось. Жалоб не предъявляет. При обследовании отмечено небольшое увеличение печени.

Из эпидемиологического анамнеза: повышение аминотрансфераз выявлено еще у 2х доноров этой станции. ИФА диагностика на маркеры к вирусным гепатитам B,C,D показала отрицательный результат.

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Как подтвердить диагноз?
3. Назовите путь передачи инфекции.
4. Ваша тактика по ведению пациента.
5. Укажите сроки диспансерного наблюдения.

**Эталон ответа к задаче № 13**

1. Острый вирусный гепатит С, безжелтушная форма, легкая степень тяжести. Диагноз выставлен на основании сведений эпидемиологического анамнеза (активный донор плазмы), субклинического течения заболевания, высокой активности АлАТ)
2. ПЦР - диагностика с целью обнаружения РНК HCV, определение генотипа вируса.
3. Парентеральный.
4. Назначение противовирусной терапии (реаферон по 3 млн. ежедневно 1-й месяц, далее поЗ млн 3 раза в неделю -от 3 до 6 месяцев в комплексе с рибавирином по 0,8-1,0 г ежедневно). Курс лечения 3-6 месяцев.
5. Диспансерное наблюдение 12 месяцев.

**Задача № 14**

У больной С., 30 лет, беременной на сроке 12 недель, при обследовании в женской консультации обнаружены общие антитела к вирусу гепатита С. Предъявляла жалобы на незначительную усталость, слабость.

При осмотре: кожные покровы чистые, желтухи нет, печень не увеличена.

В биохимическом анализе крови: повышение АлАТ в 2 раза.

Из эпидемиологического анамнеза: 10 лет назад оперирована по поводу язвенной болезни желудка, операция сопровождалась переливанием плазмы.

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Ваша тактика по ведению пациентки.

< 4. В какой период беременности необходимо провести количественную ПЦР- диагностику НС V-инфекции?

5. Противопоказано ли грудное вскармливание?

**Эталон ответа к задаче № 14**

1. Хронический вирусный гепатит С, минимальная степень активности. Диагноз выставлен на основании данных эпиданамнеза (хирургическое вмешательство, переливание плазмы), слабо выраженной клинической симптоматики, минимальной гиперферментемии (повышение АлАТ в 2 раза), наличия общих антител к вирусному гепатиту С.
2. Маркеры к HCV: IgM и G, АТ к NS2, NS4, NS3, NS5; ПЦР-диагностика с целью выявления РЖ HCV, определение генотипа вируса.
3. Наблюдение у инфекциониста по месту жительства, плановое биохимическое исследование крови (АлАТ, АсАТ, билирубин), в 3 триместре беременности количественное определение РНК HCV методом ПЦР для решения вопроса о родоразрешении. Противовирусная терапия беременным и кормящим не проводится. В лечении - хофитол внутрь до нормализации АлАТ.
4. В первом и третьем триместрах беременности.
5. Грудное вскармливание не противопоказано.

**Задача № 15**

Больная Т., 26 лет, обратилась в инфекционное отделение с жалобами на слабость, снижение аппетита, тошноту, легкую желтушность кожи и склер, темную мочу.

При осмотре: легкая желтушность кожи, диффузная иктеричность склер; печень чувствительна при пальпации, мягко-эластичная, пальпируется на 3,0 см из-под края реберной дуги; селезенка пальпаторно не увеличена.

Из эпидемиолоическош анамнеза: 3 месяца назад впервые несколько раз вводила внутривенно наркотические средства. Больная была госпитализирована с подозрением на вирусный гепатит.

При биохимическом исследовании сыворотки крови: билирубин общий - 86 мкмоль/л, прямая фракция - 64 мкмоль/л, АлАТ - 620 ммоль/с/л (норма 40). При серологическом исследовании: все маркеры на вирусные гепатиты - отрицательные.

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Каков прогноз течения заболевания?
4. Определите терапевтическую тактику.
5. Дайте дальнейшие рекомендации по диспансеризации больного.

**Эталон ответа к задаче № 15**

1. У больной острый вирусный гепатит, возможно С, желтушная форма, легкое течение. Обоснование: наркомания, желтушный синдром, гепатомегалия, отрицательные результаты маркеродиагностики ВГ.
2. Рекомендована ПЦР диагностика для выявления HCV-PHK с определением генотипа вируса.
3. Согласно данным литературы, формирование хронического гепатита регистрируется у 70-80% больных.
4. Назначение противовирусной терапии по схеме: реаферон по 3 млн ЕД в/м ежедневно + рибавирин по 1,0-1,2 г ежедневно - в течение 3-6 месяцев.
5. Наблюдение у инфекциониста КИЗа в течение 12 месяцев.

**Задача № 16**

Машиной «скорой помощи» в приемное отделение инфекционной больницы доставлен больной К., 28 лет, на 6-ой день болезни с жалобами на головную боль, слабость, потерю аппетита, боли в правом подреберье и эпигастрии, тошноту, однократную рвоту и разжиженный стул.

При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы и склеры желтушные. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, дыхание везикулярное, сердечные тоны ясные, ритмичные, АД - 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, печень выступает из-под нижнего края реберной дуги до 3,0 см, болезненная при пальпации, мягко-эластичной консистенции, край ровный. Моча темная.

Из эпидемического анамнеза: больной отдыхал в Узбекистане, купался в арыке, пил сырую воду, ел фрукты.

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Можно ли заподозрить данное заболевание на основании эпидемиологического анамнеза?
3. Каков путь заражения?
4. Какие методы лабораторных исследований необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Обозначьте сроки диспансерного наблюдения реконвалесцентов.

**Эталон ответа к задаче № 16**

1. Острый вирусный гепатит Е желтушная форма. Обоснование: прибыл из эндемичного по гепатиту Е района, в продромальном периоде - тошнота, рвота, диарея; при осмотре: желтуха, гепатомегалия.
2. Узбекистан эндемичен по вирусному гепатиту Е.
3. Водный путь передачи инфекции.
4. Общеклинический анализ крови, моча на желчные пигменты, кал на стеркобилин, содержание билирубина и его фракций, АлАТ, АсАТ, маркерная диагностика (ИФА), ПЦР.
5. Диспансерное наблюдение в течение 3-6 месяцев.

**Задача № 17**

Больная К., 42 лет, врач-реаниматолог, обратилась в поликлинику 23.04. с жалобами на высокую температуру тела, боль в правом подреберье, коленных и лучезапястных суставах. Больна 3-й день, пыталась лечиться самостоятельно (анальгин, аспирин), но самочувствие ухудшилось, заметила появление крупнопятнистой сыпи на теле, головокружения, продолжалась боль в правом подреберье, усилилась тошнота, была повторная рвота, изменился цвет мочи, температура тела повысилась до 39,7°С. После осмотра врачом поликлиники больная направлена на госпитализацию в инфекционный стационар с подозрением на «Вирусный гепатит».

При осмотре в инфекционном отделении: тяжелое состояние, желтуха, артралгии, боли в правом подреберье. Пульс - 90/мин, тоны сердца приглушены. Живот вздут, болезненный при пальпации в правом подреберье, печень пальпируется на 4,0 см ниже края реберной дуги. Селезенка увеличена. Асцит.

При биохимическом исследовании крови: билирубин крови прямой - 150 мкмоль/л, непрямой - 82 мкмоль/л, АлАТ - 624 нмоль/с.л, АсАТ -123 нмоль/с.л, тимоловая проба - 14 ед., ПТИ - 50 %, альбуминов - 35 %, у -глобулины - 32 %.

При ИФА-диагностике: обнаружены HBsAg , общие антитела к HBcorAg, IgM к

HDV.

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Обоснуйте тяжесть течения заболевания.
3. Укажите предполагаемый путь инфицирования.
4. Спрогнозируйте исход болезни.
5. Обозначьте сроки диспансерного наблюдения.

**Эталон ответа к задаче № 17**

1. Супер-инфекция (острый вирусный гепатит D + хронический гепатит В), тяжелое течение. Обоснование: острое начало с лихорадки, артралгического, диспепсического синдромов; желтуха, гепатоспленомегалия, асцит; положительные маркеры к вирусному гепатиту В и IgM к HDV-инфекции.
2. Тяжесть состояния обусловлено печеночно-клеточной недостаточностью (снижение ПТИ, альбуминов), гипербилирубинемией -150 мкмоль/л.
3. Инфицирование могло произойти по месту работы (врач-реаниматолог).
4. Прогноз неблагоприятный. У больной гепатит D - суперинфекция, приводящая к летальному исходу у 20% больных и, в случае выздоровления, формирование хронического гепатита - у 80% больных.
5. Диспансерное наблюдение 12 месяцев.

**Задача № 18**

Две студентки медицинского колледжа проходили учебно-производственную практику в инфекционном отделении городской больницы. Студентка Сидорова Е., в основном, работала в процедурном кабинете, а студентка - Иванова Р. - в палатах (осуществляла сестринский уход за больным гепатитом). Через 2 недели после прохождения практики Иванова Р. почувствовала недомогание, слабость, снижение аппетита, тошнота,

чувство тяжести в правом подреберье, а через 3 дня стала темнеть моча. Через 4 месяца такие же симптомы заболевания и артралгии появились у Сидоровой Е.

1. Ваши предполагаемые диагнозы у двух пациенток.
2. Какие механизмы передачи характерны для данных заболеваний?
3. В какой период болезни пациентки обратились за медицинской помощью?
4. Какие лабораторные исследования необходимы для уточнения диагноза?
5. Назначьте лечение.

**Эталон ответа к задаче № 18**

1. У больной Ивановой Р. - острый вирусный гепатит А, у больной Сидоровой Е. - острый вирусный гепатит В.
2. Фекально-оральный и парентеральный
3. В преджелтушны й период болезни
4. Биохимический анализ крови (AJIT, ACT), маркерная диагностика (ИФА), ПЦР- диагностика.
5. Базисная терапия, дезинтоксикационная терапия, ферменты (мезим-форте, панкреатин), адсорбенты (фильтрум, лактофильтрум).

**Задача № 19**

У больного 44 лет при обследовании по эпидемическим показаниям был обнаружен HBsAg в крови.

Из анамнеза установлено, что впервые HBsAg был обнаружен год назад, когда больной лечился в стационаре по поводу язвенной болезни желудка. Несколько лет отмечает быструю утомляемость, снижение трудоспособности, чувство тяжести в правом подреберье. Перенесенный в прошлом вирусный гепатит отрицает.

При поступлении состояние удовлетворительное. Пальпируется печень на 1,5 см ниже реберной дуги. При повторном исследовании в отделении вновь обнаружен в крови HBsAg, АсАТ - 260 ммоль/л, АлАТ - 150 ммоль/л. Общий белок 85 г/л. Холестерин 4,5. По данным УЗИ органов гепатопанкреатодуоденальной зоны диаметр портальной и селезеночной вены в пределах нормальных значений.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз.
2. Укажите путь передачи данной инфекции в данном случае.
3. Назначьте лечение с указанием противовирусного препарата.
4. Укажите сроки диспансерного наблюдения.
5. Каковы профилактические мероприятия в семье?

**Эталон ответа к задаче № 19**

1. Хронический гепатит В (HBsAg +) впервые выявленный, умеренной степени активности.
2. Парентеральный (часто проводили ФГДС).
3. Диета 5, режим постельный, ферменты (панкреатин, креон), энтекавир по 0,5 мг ежедневно, в течение 3-5 лет.
4. Диспансерное наблюдение в КИЗе, с кратностью биохимического исследования 1 раз в 6 месяцев.
5. Членов семьи обследовать на HBsAg, при его отсутствии обязательно поставить прививку против вирусного гепатита В по схеме.

**Задача № 20**

Больная Д., 36 лет, находится на лечении в инфекционной больнице по поводу вирусного гепатита. Желтушный период продолжается 6 недель. Желтуха не нарастает. Беспокоит зуд кожи уже 2 недели. Самочувствие удовлетворительное. Спит плохо из-за кожного зуда. Аппетит не изменен.

При осмотре: желтуха кожи и склер умеренная. На коже туловища следы расчесов. Пальпируется печень на 4,5 см ниже реберной дуги, край ровный, эластичной консистенции, безболезненный. Кал светлый, моча темная.

Биохимические показатели: билирубин общий - 260, прямой - 224 ммоль/л, АлАТ - 400 ммоль/л, холестерин - 8,8, щелочная фосфатаза - 400 ед. В анализе мочи определяются желчные пигменты. Анализ крови без патологических отклонений.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какой лабораторный тест является основным при определении степени тяжести заболевания?
3. Какие лабораторные тесты подтверждают холестаз?
4. Какой препарат необходимо назначить для купирования холестатического компанента?
5. Правила выписки больной из стационара с данной патологией.

**Эталон ответа к задаче № 20**

1. Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, тяжелая степень тяжести.
2. Биохимический анализ крови - билирубин общий более 200 ммоль/л.
3. Щелочная фосфатаза и холестерин.
4. Урсофальк, урсосан.
5. Нормализация обмена билирубина (общий билирубин - 20 ммоль/л), отсутствие желтухи, улучшение самочувствия.

**Задача № 21**

Больной Р., 19 лет, поступил в инфекционное отделение с жалобами на повышение температуры тела до 38°С, боли в животе, рвоту, жидкий стул. На фоне лечения состояниеулучшилось, но через 5 дней вновь появилась рвота, боли в животе, выявлена желтушностъ кожных покровов, гепатомегалия, потемнение мочи.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Перечислите лабораторные обследования для уточнения диагноза.
3. Определите вероятность возникновения ВБИ.
4. Определите вид, метод, объекты и средства дезинфекции.
5. Укажите нормативный документ, регламентирующий мероприятия в эпидемическом очаге.

**Эталон ответа к задаче № 21**

1. Вирусный гепатит.
2. Биохимический анализ крови (билирубин, тимоловая проба, AJIT), маркерная диагностика
3. Больной поступил в преджелтушном периоде, данных за диагноз ВБИ нет.
4. Заключительная очаговая дезинфекция. Химический метод. Объекты дезинфекции: сантехника, полотенца, нательное белье, посуда, игрушки. Средства дезинфекции: галлоидосодержащие дезинфектанты (3% раствор хлорамина).
5. «Профилактика вирусных гепатитов» СП 3.1.958-00.

**Задача № 22**

Диагноз «Вирусный гепатит А» установлен у мужчины 27 лет, работающего в компьютерной фирме.

Дата заболевания 15 января, дата обращения 19 января, дата установления диагноза 26 января, дата госпитализации 26 января.

Состав семьи: мать 48 лет, воспитатель в ДДУ, сестра 16 лет, школьница.

1. Определите количество и границы эпидемических очагов.
2. Установите срок наблюдения за контактными лицами.
3. Определите характер ограничительных мероприятий.
4. Определите необходимость лабораторного обследования контактных.
5. Необходима ли госпатализация данного пациента?

**Эталон ответа к задаче № 22**

1. 1 очаг - домашний, границы - квартира.
2. 35 дней.
3. Наблюдение контактных - углубленный врачебный осмотр 1 раз в 7 дней.
4. Биохимический анализ крови.
5. Госпитализация больного обязательна.

**Задача № 23**

Больной Б., 40 лет, обратился в поликлинику через неделю после начала заболевания с жалобами на слабость, плохой аппетит, боли в животе.

При осмотре: желтушностъ кожи и склер, темная моча, обесцвеченный стул, выраженная гепатомегалия.

Из анамнеза: 30 дней назад выписан из отделения травматологии после автомобильной аварии, получал гемотрансфузию. Живет с женой, работает ЧП.

1. Установите предварительный диагноз.
2. Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
3. Определите срок и кратность наблюдений контактных лиц в очаге.
4. Назначьте обследование контактным лицам.
5. Определите вид, метод, объекты и средства дезинфекции.

**Эталон ответа к задаче № 23**

1. Вирусный гепатит.
2. Биохимический анализ крови (билирубин, тимоловая проба, АЛТ), HbsAg.
3. 35 дней, 1 раз в 7 дней.
4. Контактные лица подлежат лабораторному обследованию биохимический анализ крови (AJIaT).
5. Заключительная очаговая дезинфекция. Химический метод. Объекты дезинфекции: сантехника, полотенца, нательное белье, посуда, игрушки. Средства дезинфекции: галлоидосодержащие дезинфектанты (3% раствор хлорамина).

**Задача № 24**

Больной С. обратился в поликлинику по поводу желтушности кожных покровов и симптомов интоксикации.

Из анамнеза: болен 10 дней, заболел с появления симптомов ОРВИ, лечился самостоятельно. 2 месяца назад находился на оперативном лечении в хирургическом отделении, после операции была гемотрансфузия.

Состав семьи: жена, парикмахер, дочь школьница, сын посещает ДДУ.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
3. Определите срок наблюдения за контактными лицами.
4. Назначьте обследование контактным лицам.
5. Определите вид, метод, объекты и средства дезинфекции

**Эталон ответа к задаче № 24**

1. Вирусный гепатит.
2. Биохимический анализ (билирубин, АЛТ, тимоловая проба), ИФА на маркеры ВГ.
3. 35 дней.
4. Контактные лица подлежат лабораторному обследованию - биохимический анализ крови (АлАТ).
5. Заключительная очаговая дезинфекция. Химический метод. Объекты дезинфекции: сантехника, полотенца, нательное белье, посуда, игрушки. Средства дезинфекции: галлоидосо держащие дезинфектанты (3% раствор хлорамина).

**ДИЗЕНТЕРИЯ**

**Задача № 1**

Больной Н., 43 лет, заболел остро, когда появились озноб, общая слабость, головокружение, ломота во всем теле, появились схваткообразные боли в нижнем отделе живота, частый жидкий стул. На 2-ой день состояние ухудшилось, температура тела повысилась до 40°С, усилились схваткообразные боли внизу живота, жидкий стул со слизью до 20 раз в сутки, ложные позывы на акт дефекации.

Из эпидемиологического анамнеза: за день до заболевания употреблял в пишу ливерную колбасу вместе с сослуживцем, у которого регистрируется аналогичная симптоматика.

При осмотре: больной бледный, язык влажный, обложен грязно-серым налетом, живот при пальпации мягкий, болезненный по ходу толстого кишечника, в эпигастрии, левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна. Пульс - 90/мин., ритмичный, АД - 110/80 мм рт.ст. Менингеальный синдром отсутствует. Мочеиспускание безболезненное.

В копрограмме: эритроциты - 5-8 в поле зрения, лейкоциты - 8-12 в поле зрения, слизи много.

В периферической крови: L -13,7\* 109/л, СОЭ - 20 мм/час, э - 0 %, ю -1 %, п - 35 %, с- 56 %, л - 6 %, м - 2 %.

1. Ваш диагноз и его обоснование. \*
2. Какое обследование необходимо провести для постановки диагноза? Обязательно ли бактериологическое подтверждение заболевания в данном случае?
3. Назначьте этиотропное лечение.
4. Назовите правила выписки декретированной группы населения.
5. Укажите сроки диспансерного наблюдения.

**Эталон ответа к задаче № 1**

1. Острый шигеллез, колитический вариант, средней степени тяжести. Диагноз выставлен на основании острого начала, интоксикации, лихорадки, схваткообразных болей в нижних отделах живота, частого жидкого стула со слизью, ложных позывов на акт дефекации, характерных изменений в копрограмме (эритроциты, лейкоциты, слизь), умеренного лейкоцитоза со сдвигом влево и умеренно ускоренной СОЭ в периферической крови, сведений эпидемиологического анамнеза.
2. Бактериологическое исследование кала на дизентерийную группу. Подтверждение не обязательно, т.к. в данном случае колитический вариант шигеллеза может быть выставлен клинико-эпидемиологически и на основании характерной копрограммы.
3. Фторхинолоны (ципрофлоксацин по 0,5 г 2 раза в день 5 дней; офлоксацин, норфлоксацин).
4. Выписка производится после однократного отрицательного результата контрольного бактериологического посева кала, забор которого осуществляется через два дня на третий после отмены антибиотиков, и в состоянии клинического выздоровления.
5. Работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, после выписки на работу остаются на диспансерном наблюдении в течение 3 мес. с ежемесячным осмотром врачом, а также бактериологическим исследованием кала.

**Задача № 2**

Больная Н., 23 года, заболела утром, когда появились схваткообразные боли в животе. К вечеру беспокоили головная боль, слабость, разбитость, озноб, появился жидкий стул со слизью и прожижами крови бессчетное количество раз. Ночью появилась тошнота, трижды была рвота желчью. Участковым терапевтом направлена на госпитализацию с диагнозом: Гастроэнтероколит.

При осмотре: температура тела 37°С, кожные покровы бледные, сыпи нет. Пульс - 98/мин., ритмичный, умеренного наполнения, тоны сердца чистые. Язык суховат, обложен грязно-серым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах. Сигмовидная кишка спазмирована, резко болезненная.

В периферической крови: L - 13,5\*109/л, э - 2 %, п - 28 %, с - 31 %, л - 26 %, м - 13 %, СОЭ -18 мм/час.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Укажите лабораторно-диагностические методы обследования для постановки диагноза.
3. Назначьте патогенетическую терапию в период разгара заболевания.
4. Перечислите виды возбудителя данного заболевания.
5. Назовите правила выписки декретированной группы населения.

**Эталон ответа к задаче № 2**

Острый шигеллез, гастроэнтероколитический вариант, средней степени тяжести. Диагноз выставлен на основании острого начала, субфебрилитета, интоксикации, диспепсического синдрома (тошнота, рвота, жидкий стул со слизью и кровью), схваткообразных болей в нижних отделах живота, с пазм ирован но й сигмовидной кишки, умеренного лейкоцитоза со сдвигом влево при незначительно ускоренной СОЭ в периферической крови.

1. Копрология, бактериологическое исследование кала на дизентерийную группу, биохимическое исследование крови (мочевина, креатинин, Na, К, Са, Mg).
2. Инфузионная дезинтоксикационная терапия (внутривенно капельно лактасоль, ацесоль до 1,5-2 л); энтеросорбенты (фильтрум, энтеродез, смекта); ферментные препараты (панкреатин, микразим, креон), спазмолитики.
3. Shigella dysenteriae, Shigella flexneri, Shigella boydii и Shigella sonnei.
4. Выписка производится после однократного отрицательного результата контрольного бактериологического посева кала, забор которого осуществляется через два дня на третий после отмены антибиотиков, и в состоянии клинического выздоровления.

**Задача № 3**

Больной ILL, болен 2 года. В настоящее время беспокоит периодически возникающий жидкий стул на фоне умеренных болей в животе.

Из анамнеза: 2 года назад повысилась температура до 39°С, беспокоили общая слабость, головная боль, рези внизу живота. Отмечался частый жидкий стул со слизью и кровью. Больной лечился в ЦРБ по поводу острой дизентерии, которая была подтверждена высевом из кала Shigellae Flexneri.

После выписки из стационара беспокоят боли в животе и периодически кратковременные поносы. На протяжении 2х лет при бактериологическом исследовании кала периодически высевается Shigellae Flexneri.

При очередном поступлении в инфекционный стационар - общее состояние больного удовлетворительное. Температура тела нормальная. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации безболезненный. Стул оформлен.

По результатам ректороманоскопии диагностируется катаральный проктосигмоидит.

Бактериологическое исследование кала на дизентерию отрицательное.

В копрограмме: оформленный кал, эритроцитов и слизи не обнаружено.

В периферической крови: L - 5,1\*109/л, э - 2 %, п - 5 %, с - 54 %, л - 29 %, м -10 %, СОЭ - 9 мм/час.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Укажите пути передачи возбудителя данного заболевания.
3. Какое обследование необходимо для подтверждения диагноза?
4. В течении какого времени подлежат диспансерному наблюдению больные хронической формой заболевания?
5. Назначьте терапию для восстановления кишечного биоценоза.

**Эталон ответа к задаче № 3**

1. Хроническая дизентерия, Sh. Flexneri, рецидивирующее течение. Диагноз выставлен на основании длительности заболевания (2 года), диспепсического и болевого синдромов, результатов бактериологического исследования кала, ректороманоскопии.
2. Водный, пищевой, алиментарный, контактно-бытовой.
3. Серологическое исследование крови (РНГА, РПГА, ИФА), ПЦР.
4. Лица, страдающие хронической дизентерией, подтвержденной выделением возбудителя, и носители, длительно выделяющие возбудителя, подлежат наблюдению в течение 3 месяцев с ежемесячным осмотром инфекционистом поликлиники или участковым врачом и бактериологическим исследованием.
5. Бифиформ, бифидумбактерин, линекс в стандартной дозировке в течение 7-14 дней.

**Задача № 4**

Больная В., 36 лет, заболела остро, когда появились общая слабость, познабливание, головная боль, боли в эпигастрии, мезогастрии, внизу живота, метеоризм. Спустя 8 часов появились рвота желудочным содержимым трижды, частый жидкий стул до 10 раз со слизью. Участковым терапевтом направлена в инфекционный стационар с диагнозом: Подозрение на ОКИ.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела - 37,9°С. АД -120/75 мм рт.ст., ЧСС - 80/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. Язык сухой, обложен сероватым налетом. Живот мягкий, при пальпации болезненный по всем отделам, сигмовидная кишка несколько спазмирована, урчит. Стул жидкий, светло-коричневый, со слизью.

Из эпидемиологического анамнеза: часто питается в столовой, на работе пользуется общим туалетом, личную гигиену соблюдает нерегулярно.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какое обследование необходимо для подтверждения диагноза?
3. Назначьте лечение.
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
5. На уровне какого отдела кишечника прогекает патогенез данного заболевания?

**Эталон ответа к задаче № 4**

1. Острая дизентерия, гастроэнтероколитический вариант, средней степени тяжести. Диагноз выставлен на основании острого начала с симптомов интоксикации, болевого синдрома, диспепсических явлений (жидкий стул со слизью, рвота), сведений эпидемиологического анамнеза.
2. Бактериологическое исследование кала на дизентерийную группу, копрология.
3. Режим палатный, стол № 4, антибактериальная терапия (ципрофлоксацин по 0,5 г. 2 раза в сутки 5 дней, или другие фторхинолоны), адсорбенты (фильтрум по 0,4 г 3 раза в сутки 3 дня, регидрон), ферменты (панкреатин по 0,25 г 3 раза в сутки до 2х недель), дезинтоксикация глюкозо-солевыми растворами в соотношении 1:2 в разгаре заболевания с последующей пероральной дезинтоксикацией (цитроглюкосолан, глюкосолан).
4. Пищевая токсикоинфекция, сальмонеллез, холера
5. Дистальные отделы толстого кишечника.

**Задача № 5**

Больная С., 36 лет, заболела остро, когда появилась лихорадка до 38,4°С с ознобом, выраженная слабость, разбитость, головная боль. На следующий день появились боли по всему животу и жидкий светло-коричневый обильный стул до 18 раз со слизью. Самостоятельно принимала жаропонижающие, смекту - без эффекта. Врачом скорой помощи госпитализирована в инфекционный стационар с подозрением на ОКИ.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 37,9°С. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в мезогастрии, внизу живота, урчит. Стул в приемном покое жидкий, светло-коричневый, со слизью.

Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что в детском саду, где работает больная, было несколько случаев диареи у детей.

1. Ваш диагноз и его обоснование. Обязательна ли госпитализация данной пациентки?
2. Как подтвердить диагноз?
3. Назначьте этиотропную терапию.
4. Какова типичная локализация болевого синдрома при данном заболевании?
5. Перечислите формы заболевания согласно классификации.

**Эталон ответа к задаче № 5**

1. Острый шигеллез, энтероколитический вариант, средней степени тяжести. На основании острого начала с симптомов интоксикации, энтероколитическош синдрома, сведений эпиданамнеза. Госпитализация обязательная, т.к. больная относится к декретированной группе.

1. Копрология, бактериологическое исследование кала на дизентерийную группу при поступлении и через 2 дня на третий после отмены антибактериальной терапии (Приказ № 475), серологическое исследование сыворотки крови (РИГА, ИФА) не ранее чем через 7-10 дней от начала заболевания, при необходимости - ректороманоскопия.
2. Фторхинолоныципрофлоксацин, норфлоксацин и пр.).
3. В левой подвздошной области, в проекции сишовидной кишки.
4. Острая дизентерия (колитический, гастроэнтеритический, гастроэнтероколитический варианты), хроническая дизентерия (рецидивирующее, непрерывное течение), бактерионосительство.

**Задача № 6**

Больная В.,32 лет, продавец в магазине «Молоко», заболела остро, когда появилась слабость, недомогание, умеренная головная боль, познабливание, затем чувство жара. Одновременно появились схваткообразные боли по всему животу, кашицеобразный стул до 5 раз за вечер. Самостоятельно приняла 2 таблетки интестопана. На следующий день боли усилились, появился выраженный метеоризм. Участился стул до 15 раз. В испражнениях заметила большое количество слизи. Повысилась температура тела до 39,4°С. Вызван на дом врач, который направил пациентку на госпитализацию в инфекционный стационар с диагнозом: Острая кишечная инфекция.

Больная проживает в отдельной квартире с семьей из 3 человек. Члены семьи здоровы. Заболеваний желудочно-кишечного тракта в анамнезе нет.

При осмотре: больная вялая, температура тела - 38,8°С. Тургор кожи сохранен. Пульс - 96/мин., АД -115/70 мм рт.ст. Язык суховат, обложен коричневым налетом. Живот мягкий, урчит по ходу кишечника, при пальпации отмечается болезненность в мезогастрии, внизу живота, больше слева. Стул светло-коричневый, жидкий, со слизью.

1. Диагноз и его обоснование.
2. Какое лабораторное исследование обязательно?
3. Наметьте план лечения больной.
4. Назовите сходства и различия данного заболевания с ПТИ.
5. Правила выписки декретированной группы населения.

**Эталон ответа к задаче № 6**

1. Острый шигеллез, энтероколитический вариант, средней степени тяжести. Диагноз выставлен на основании острого начала, интоксикации, энтероколитического синдрома (частый жидкий стул со слизью, боли в мезогастрии и внизу живота).
2. Копрология, бактериологическое исследование кала на дизентерийную группу (при поступлении в стационар и перед выпиской согласно приказа № 475), серологическое исследование сыворотки крови (РИГА, ИФА).
3. Стол № 4, фторхинолоны, дезинтоксикационная терапия, ферменты, сорбенты.
4. Сходство: острое начало, схваткообразные боли в животе, познабливание. Различие: увеличивающийся по кратности жидкий стул, метеоризм, слизь в кале, повышение температуры на второй день заболевание.
5. Выписка производится после однократного отрицательного результата контрольного бактериологического посева кала, забор которого осуществляется через два дня на третий после отмены антибиотиков, и в состоянии клинического выздоровления.

**Задача № 7**

Больная Н., 32 года, воспитатель в детском саду, предъявляет жалобы на незначительную слабость, кашицеобразный стул. В детском саду выявлено несколько случаев острой кишечной инфекции у детей за последние 4 дня. У одного из заболевших детей при бактериологическом исследовании кала выделена Shigella Sonnei.

При осмотре инфекционистом поликлиники: состояние удовлетворительное, температура тела нормальная. Язык влажный, несколько обложен у корня. Живот мягкий, немного болезненный по ходу толстого кишечника, умеренно урчит. Стул кашицеобразный каловый, с примесью слизи, до 3 раз.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Как подтвердить диагноз?
3. Необходима ли госпитализация?
4. Составьте план лечения.
5. Кто является источником инфекции при данном заболевании?

**Эталон ответа к задаче № 7**

1. Острая дизентерия, колитический вариант, легкое течение.
2. Копрология, бактериологическое исследование кала на дизентерийную группу, серологическое исследование сыворотки крови (РИГА, ИФА), при необходимости - ректороманоскопия.
3. Да, т.к. больная относится к декретированной группе.
4. Антибактериальная терапия фторхинолонами, адсорбенты, пероральная дезинтоксикация.
5. Человек, больной острой или хронической формой дизентерии, а также носитель - реконвалесцентный или транзиторный.

**Задача № 8**

Больная Г., 20 лет, заболела остро накануне днем, когда появилась тошнота, рвота пищей, жидкий скудный стул с обильным количеством слизи, спастические боли по всему животу, повысилась температура тела до 38°С. Вызвала «скорую помощь», госпитализирована в инфекционное отделение.

Из эпидемиологического анамнеза: в день заболевания употребляла в пишу некипяченое молоко, купленное из бочки на улице.

При осмотре в приемном покое: состояние средней тяжести, слабость, тошнота, спастические боли в животе. Кожные покровы бледао-розового цвета, тургор сохранен. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДЦ - 19/мин. Пульс - 90/мин., АД - 115/90 мм рт.ст. Язык суховат, чистый. Живот болезненный в проекции сигмовидной кишки, урчит. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул скудный, слизистый, без примеси крови.

1. Ваш предположительный диагноз. •
2. Составьте план обследования больной.
3. Перечислите основные патогенетические звенья развития диареи при данном заболевании.
4. Укажите механизм действия лекарственных средств, направленных на купирование диарейного синдрома.
5. Перечислите виды возбудителя острой дизентерии.

**Эталон ответа к задаче № 8**

1. Острая дизентерия, гастроколитический вариант, средней тяжести.
2. РАК, О AM, Бакатериологическое исследование кала на дизентерийную группу, сальмонеллез, биохимический анализ крови (мочевина, амилаза, К+, Na4).
3. Бактериальные токсины индуцируют циклооксигеназу, что в свою очередь приводит к внутриклеточному накоплению цАМФ, которое в свою очередь приводит к секреции энтероцитами электролитов и воды в просвет кишки. Это же приводит к накоплению простагландинов, в стенке кишки, что приводит к усилению транссудации плазмы через кишечную стенку.
4. НПВС, ингибируя циклооксигеназу-2, приводят к снижению синтеза простагландинов, тем самым купируя воспалительные явления. Препараты кальция (Кальция хлорид, кальция глюконат) ингибируют аденилациклазу, тем самым приводя к снижению внутриклеточного уровня цАМФ приводят к купированию потери электролитов и воды.
5. Shigella dysenteria, Shigella flexneri, Shigella boydii, Shigella sonnei.

**Задача № 9**

Больной Ф., 24 года, обратился самостоятельно на 4-ый день заболевания с жалобами на умеренные боли в животе, повышение температуры тела до 37,1°С, жидкий стул 2-3 раза в день скудный, слизистый.

Из эпидемиологического анамнеза: 5 дней назад больной с друзьями был на пикнике за городом, где употребляли в пишу салаты, жареную рыбу приготовленные там же, а так же в соседней деревне покупали молоко у частных лиц. 2 друга больного госпитализированы в инфекционную больницу с диагнозом: Острая дизентерия.

При осмотре в приемном покое: состояние удовлетворительное, слабость. Кожные покровы бледно-розового цвета, тургор сохранен. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДЦ - 18/мин. Пульс - 80/мин., АД - 125/90 мм рт.ст. Язык суховат, чистый. Живот незначительно болезненный в проекции сигмовидной кишки, урчит. Симптомов раздражения брюшины нет. Стула при осмотре нет.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Перечислите показания для госпитализации больным с данной патологией.
3. Составьте план обследования больного.
4. Составьте план амбулаторного лечения больного.
5. У кажите механизм передачи заболевания.

**Эталон ответ к задаче № 9**

1. Острая дизентерия, колитический вариант, легкое течение.
2. Выраженные симптомы интоксикации, угроза развития И1Ш или ГВШ, выраженный гемоколит, тяжелая сопутствующая патология, пожилой возраст. Так же госпитализации подлежат все декретированные лица.
3. РАК, О AM, Бактериологическое исследование кала на дизентерийную группу, сальмонеллез, биохимический анализ крови (мочевина, амилаза, К+, Na4), РЫТА с дизентерийным диагностикумом.
4. Стол 46, Таб. Ципрофлоксацин 0,5 г 2 рраза в день после еды 5 дней и/или Рифаксимин 0,2 г 3 раза в день после еды 5 дней, после отмены антибиотиков Бифидумбактерин 10 доз 3 раза в день за 30 минут до еды 14 дней или Нормобакт 1 пакетик 1 раз в день во время еды 14 дней и Хилак форте 30 капель 2 раза в день до еды 1 месяц. Регидрон до 2х литров в день перорально.
5. Фекально-оральный.

**Задача № 10**

Больная 3., 35 лет, заболела остро 1 день назад, когда появилась тошнота, боли в животе вокруг пупка спастического характера, болезненные позывы к дефекации со скудным отделяемым в виде слизи с примесью крови, температура тела повысилась до 38°С. Вызвала «скорую помощь», госпитализирована в инфекционный стационар с диагнозом: Острая кишечная инфекция.

Из эпидемиологического анамнеза: 2 дня назад употребляла в пишу деревенскую сметану и деревенский творог.

При осмотре в приемном покое: состояние средней тяжести, слабость, тошнота, спастические боли в животе. Кожные покровы бледно-розового цвета, тургор сохранен. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Пульс - 92/мин., АД - 130/80 мм рт.ст. Язык суховат, чистый. Температура тела 38,4°С. Живот болезненный в левой подвздошной области, урчит. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул по типу «ректального плевка», тенезмы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Составьте план обследования больной.
3. Перечислите показания для проведения ректороманоскопии.
4. Составьте план лечения больной.
5. Проводится ли специфическая профилактика заболевания?

**Эталон ответа к задаче № 10**

1. Острая дизентерия, колитический вариант, легкое течение.
2. Общеклиническое, бактериологическое, серологическое.
3. Дифференциальная диагностика дизентерии с другими заболеваниями, отсутствие эффекта от лечения.
4. Соблюдение диеты, антибактериальная, дезинтоксикационная терапия, ферменты, адсорбенты.
5. Не проводится - не разработана

**САЛЬМОНЕЛЛЕЗ**

**Задача № 1**

Больной Д., 21 года, заболел остро, когда появились, озноб, головная боль, тошнота, чувство тяжести в эпигастрии и двукратная рвота. Боли в животе приобрели разлитой характер, появился обильный водянистый стул с зеленоватым оттенком. Отмечалась повторная рвота, многократный жидкий стул, наросла лихорадка до 38,5°С. «Скорой помощью» доставлен в инфекционный стационар.

Из эпидемиологического анамнеза: за 10 часов до заболевания употреблял в пишу жареную рыбу, приготовленную накануне и хранившуюся вне холодильника, картофельное пюре, заправленное сырым куриным яйцом.

При осмотре в приемном покое: состояние тяжелое, выраженная слабость. Кожные покровы бледные, цианоз губ, судороги икроножных мышц. Дыхание везикулярное. Пульс - 126/мин., АД - 90/40 мм рт.ст. Язык сухой, густо обложен коричневым налетом. Живот болезненный в эпигастрии и мезогастрии. Пальпируется печень на 1,0 см ниже реберной дуги. *Стул* обильный, водянистый, зловонный, с зеленоватым оттенком.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. На основании каких лабораторных данных подтвердить диагноз?
3. Назначьте патогенетическую терапию.
4. Какова типичная локализация болевого синдрома при данном заболевании?
5. Укажите порядок проведения диспансеризации лиц декретированной группы при данном заболевании.

**Эталон ответа к задаче № 1**

1. Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, тстроэнтеритический вариант, тяжелое течение, осложненное ГВШ II ст. На основании острого начала, интоксикации, гепатомегалии, диспепсического синдрома (повторная рвота, многократный жидкий стул с зеленоватым оттенком), болевого синдрома, симптомов обезвоживания (бледность кожы, судороги икроножных мышц вследствие гипокалиемии), нестабильной гемодинамики (тахикардия, гипотония), сведений эпиданамнеза.
2. Бакисследование кала на сальмонеллез, серологическое исследование сыворотки крови (РИГА) не ранее 7-10 дня от начала заболевания.
3. Внутривенное введение солевых растворов (стартовый раствор - ацесоль), в объеме не менее 6% от массы тела, энтеросорбенты (смекта, фильтрум, лактофильтрум), ферменты, антидиарейные препараты (имодиум по 0,016 г/сутки в течение 2 дней).
4. В правой подвздошной области, в проекции купола слепой кишки
5. 5. Работники пищевых и приравненных к ним предприятий подлежат диспансерному наблюдению в течение 3 месяцев с ежемесячным однократным исследованием кала При установлении бактерионосительства в течение более 3 мес. этих лиц переводят на другую работу на срок не менее 1 года. При получении хотя бы одного положительного результата исследований после 1 года наблюдений этих лиц рассматривают как хронических бактерионосителей и отстраняют от работы по специальности.

**Задача № 2**

Больной Б., 37 лет, токарь, направлен в инфекционную больницу с диагнозом: острый гастроэнтерит.

Из анамнеза: заболел остро, когда появились слабость, головная боль, тошнота, боли в мезогастрии и эпигастрии, одновременно появился жидкий водянистый стул, отмечалась однократная рвота. Температура тела повысилась до 38,2°С, сопровождалась ознобом.

Из эпидемиологического анамнеза: накануне заболевания был на дне рождения, вместе с приглашенными употреблял в пищу курицу-гриль, пил вино. Идентичная клиническая симптоматика наблюдалась у других гостей.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 38,2°С, кожные покровы чистые, бледные. Пульс - 100/мин., ритмичный. АД - 100/50 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, мезогастрии, внизу живота, больше в илеоцекальном углу. Интенсивно урчит по ходу кишечника. Печень, селезенка не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Стул водянистый, цвета «болотной тины», 10 раз в сутки.

В копрограмме: эритроцитов, лейкоцитов нет, мышечные волокна непереваренные 1-2 в поле зрения.

В периферической крови: L - 5,1\*109/л, п - 42 %, с - 38 %, л -18 %, м - 2 %, СОЭ - 5

мм/час.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Укажите лабораторные методы подтверждения диагноза.
3. Составьте план лечения.
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
5. Перечислите клинические формы заболевания согласно классификации.

**Эталон ответа к задаче № 2**

1. Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, гастроэнтероколитический вариант, средне-тяжелое течение. На основании короткого инкубационного периода, острого начала, интоксикации (лихорадка с ознобом, слабость), диспепсических явлений (рвота, жидкий стул цвета «болотной тины»), болей в животе, метеоризма, сведений эпиданамнеза.
2. Бактериологическое исследование кала на сальмонеллез, серологическое исследование (РИГА, ИФА).
3. Режим палатный, диета 4, промывание желудка, внутривенная инфузия полионных растворов, далее оральная регидратация, энтеросорбенгы, ферментные средства, пробиотики.
4. Пищевая токсикоинфекция, дизентерия, холера.
5. Гастроинтестинальная (гастритический, гастроэнтеритический, гастроэнтероколитический варианты), генерализованная (тифоподобный, септикопиемический варианты), бактерионосительство.

**Задача № 3**

Больной LLL, 52 лет, заболел остро, когда появился озноб, лихорадка до 38,2°С. Самостоятельно принимал жаропонижающие - без эффекта. Отмечал тошноту, пятикратную рвоту, обильный водянистый, зловонный жидкий стул цвета «болотной тины» до 20 раз, сопровождающийся интенсивными болями в околопупочной области с внизу живота, преимущественно справа. Нарастала слабость, появилось головокружение, зябкость. На следующий день по «скорой помощи» госпитализирован в инфекционную больницу.

При осмотре: состояние тяжелое, вялый, в контакт вступает. Кожные покровы бледные, на передней и боковых поверхностях кожи живота отмечается бледно-розовая сыпь, исчезающая при надавливании. Температура 38,8°С. Пульс - 100/мин. АД - 80/50 мм рт.ст. Язык сухой, густо обложен серым налетом. Живот доступен пальпации, мягкий, болезненный в околопупочной области, внизу живота по правому флангу. Перитонеальных знаков нет. Наблюдается гепатомегалия +4,0 см, край ровный. Селезенка не увеличена. Сохраняется жидкий стул зеленого цвета. Мочится свободно, количество мочи несколько снижено.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Составьте план обследования больного.
3. Назначьте адекватное лечение.
4. С каким заболеванием следует проводить дифференциальную диагностику в первую

очередь?

1. Укажите возбудитель данного заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 3**

1. Сальмонеллез, генерализованная форма, тифоподобный вариант. Диагноз выставлен на основании острого начала, интоксикации, диспепсических явлений, болевого синдрома, розеол на кожных покровах живота.
2. Общеклиническое обследование, копрология, бактериологическое исследование кала, мочи, крови на сальмонеллез, серологическое исследование сыворотки крови (РИГА) с сальмонеллезным диагностикумом, биохимическое исследование сыворотки крови (амилаза, мочевина, креатинин, Na, К, Са, Mg).
3. Антибактериальная терапия препаратами фторхинолонового ряда, дезинтоксикационная терапия солевыми растворами, адсорбенты, ферменты
4. Брюшной тиф, паратифы А и Б.
5. Salmonella typhi.

**Задача № 4**

Больной П., 60 лет, доставлен на 6-й день заболевания с жалобами на выраженную слабость, тошноту, рвоту 2-3 раза в сутки, схваткообразные боли в животе, жидкий водянистый стул зеленого цвета до 15 раз, судороги икроножных мышц, лихорадку. Заболел остро, когда повысилась температура тела до 38,5°С с ознобом, усилилась слабость. Одновременно появились тошнота, рвота, схваткообразные боли в животе, жидкий водянистый стул, вначале 7-8 раз, а в последующие дни до 10-15 раз, менее обильный. Все дни сохраняется высокая лихорадка, слабость, головная боль. В последние дни не мочился, появились судороги кистей рук, икроножных мышц. К врачу не обращался, ничем не лечился.

Из эпидемиологического анамнеза: накануне заболевания пил сырые яйца, купленные на рынке.

При поступлении: состояние больного тяжелое. Тургор кожи снижен. Акроцианоз. Слизистая полости рта, язык сухой. Голо осиплый. Тоны сердца ритмичные, глухие, 130/мин., АД - 80/40 мм рт.ст. ЧДЦ - 28/мин. Живот мягкий, не вздут, отмечается болезненность по ходу толстого кишечника, больше внизу живота справа. Менингеальных знаков нет. Диурез снижен.

В **периферической крови:** Ег - **5,4\*1012/л,** Hg -**167 г/л, цветной показатель - 0,7,** L - **5,8\*109/л, п -11 %, с - 74 %, л -14 %, м -1 %,** СОЭ **-** 23 **мм/ч.**

В биохимическом анализе крови: мочевина - 22,6 ммоль/л, креатинин-0,54 ммоль/л, К+ - 3,04 ммоль/л, Na+ -148,7 ммоль/л.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Составьте план обследования для подтверждения диагноза.
3. Назовите возбудителя данного заболевания.
4. Перечислите сходства и различия с ПТИ.
5. Назначьте лечение на амбулаторном этапе долечивания.

**Эталон ответа к задаче № 4**

1. Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, гастроэнтероколитический вариант, тяжелое течение, осложненное ГВШ Ш ст. Диагноз выставлен на основании длительности заболевания, наличия в клинике болезни интоксикации, диспепсических явлений, болевого синдрома, явлений дегидратации. ГВШ выставлен на основании сниженного тургора кожи, акроцианоза, судорожного синдрома вследствие гипокалиемии, нестабильной гемодинамики, олигоурии, изменений со стороны картины крови (повышение уровня мочевины, гипокалиемия, гипернатриемия, сгущение крови). Бактериологическое исследование кала на сальмонеллез, серологическое исследование сыворотки крови (РНГА, ИФА) с сальмонеллезным диагностикумом.
2. Salmonella typhimurium, Salmonella enteritidis
3. Сходство: тошнота, рвота, схваткообразные боли в животе; различия: 6-ой день болезни, жидкий стул зеленого цвета.
4. Ферментативные препараты, пробиотики (бификол, линекс, бифидумбактерин, бифилонг) до 14 дней.

**Задача № 5**

Больная С., 47 лет, поступила в стационар с жалобами на озноб, лихорадку, тонические судороги мышц конечностей, рвоту желчью, непроизвольный стул, потерю сознания.

Заболела остро 2 дня назад. Почувствовала озноб, температура повысилась до 38°С, отмечалась повторная рвота до 7-8 раз, жидкий стул до 10 раз, боли в животе с неопределенной локализацией. Осмотрена врачом «скорой помощи», доставлена в хирургическое отделение.

При поступлении в стационар: состояние средней тяжести, рвота до 6 раз, жидкий стул с зеленоватым оттенком, температура тела 38,5°С. На утро состояние ухудшилось, усилился озноб, температура повысилась до 41°С, регистрировались судороги конечностей, стул без счета, водянистый, цвета «болотной тины». Количество выделенной мочи снижено до 100 мл. Переведена в инфекционное отделение с диагнозом: Пищевая токсикоинфекция.

При осмотре инфекционистом: состояние тяжелое, сознание отсутствует. Температура тела 39,5°С. На коже лица, склерах единичные кровоизлияния. Дыхание поверхностное, в легких - ослабленное, в нижних отделах выслушиваются единичные мелкопузырчатые хрипы, ЧДД - 32/мин. Тоны сердца глухие, пульс - 120/мин., АД - 70/50мм рт.ст. Язык суховат, живот мягкий. Очаговой неврологической симптоматики нет. Умеренная ригидность затылочных мышц, клонические судороги мышц конечностей.

В периферической крови: НЬ - 107 г/л, Тг - 150\*109/л, L - 16\*109/л, СОЭ-21 мм/час, гематокрит - 0,33.

При биохимическом исследовании сыворотки крови: К+ - 3,2 ммоль/л, Na+ - 141 ммоль/л, pH крови - 7,46, мочевина - 25 ммоль/л, креатинин - 0,4 ммоль/л.

При исследовании ликвора: цвет умеренно ксантохромный, белок - 0,33 г/л; цитоз - 12 клеток, из них 9 нейтрофилов, 3 лимфоцита. Осадочные реакции Панди и Нонне- Аппельта отрицательные.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Укажите методы обследования для подтверждения диагноза.
3. Назначьте этиотропную терапию.
4. Перечислите степени гиповолемического шока.
5. Каковы принципы регидратационной терапии?

**Эталон ответа к задаче № 5**

1. Сальмонеллез, генерализованная форма, септикопиемический вариант, тяжелое течение. Диагноз выставлен на основании острого начала с явлений интоксикации и гастроэнтерита, после чего развилась картина септикопиемии с вовлечением в патологический процесс ЦНС (ригидность мышц затылка, нарушение сознания, клонические судороги, при исследовании ликвора - цитоз), органов дыхания (хрипы в легких), лихорадка гектического типа.
2. Бактериологическое исследование кала, мочи, крови, ликвора на сальмонеллез, биохимическое исследование крови (амилаза, мочевина, креатинин, Na, К, Са, Mg), рентгенография грудной клетки.
3. Фторхинолоны внутривенно (ципрофлоксацин по 0,5 г 2 раза в сутки) в сочетании с аминогликозидами (гентамицин 0,24 г/сут., или амикацин по 1,0 г/сут.) - или цефалоспоринами III поколения (цефтриаксон 2 г/сут.) —в течение 7 дней. *I*
4. I ст. - потеря жидкости 1-3 % от массы тела, II ст. - 4-6 %, III ст. - 7-9 %, IV ст.- 10 % и более.
5. Регидратационная терапия проводится в два этапа: 1 этап - восполнение имеющихся потерь жидкости, 2 этап - коррекция водно-электролитнош баланса.

**Задача № 6**

Больной К., 33 года, заболел остро, 4 дня назад, когда почувствовал слабость, недомогание, к вечеру повысилась температура до 39,4°С, с ознобами, выраженным гипергидрозом. На 2-й день заболевания обратился к терапевту, диагностирована ОРВИ, назначено лечение: капсулы Арбидол 0,2 4 раза в день после еды, «Терафлю» 1 пакетик 2 раза в день. На фоне проводимой терапии состояние ухудшилось, появилась многократная рвота, 2х-кратно кашецеобразный стул темно-зеленого цвета.

Из эпидемиологического анамнеза: за 12 часов до заболевания употреблял в пишу пиццу с кур и цой, купленную у частных лиц на вокзале.

При осмотре в приемном покое: состояние тяжелое, выраженная слабость, стонет. Кожные покровы бледные, цианоз губ, ногтей. Дыхание жесткое, ЧДЦ - 22/мин. Пульс - 136/мин., АД - 90/40 мм рт.ст. Язык сухой, густо обложен коричневым налетом. Живот болезненный по ходу толстой кишки, урчит, кишка подвздута на всем протяжении. Пальпируется печень на 3,0 см ниже реберной дуги. Стул обильный, темно-зеленого цвета.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Каким методом исследования необходимо подтвердить данную форму заболевания?
3. Назначьте этиотропную терапию.
4. Укажите механизм передачи инфекции.
5. Перечислите методы профилактики заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 6**

1. Сальмонеллез, локализованная форма, гастроэнтероколит, тяжелое течение, осложненное ИТШ I-П ст. Выраженные симптомы интоксикации, боли в животе, жидкий стул, эпиданамнез, шоковый индекс 1,5.
2. Бактериологический посев кала на питательные среды с последующим выделением чистой культуры.
3. Стол 46, Ципрофлоксацин 0,5 внутривенно капельно 2 раза в день, и/или Амикацин 1,0 г внутримышечно, и/или Цефтриаксон 1,0-2,0 внутривенно.
4. Фекально-оральный.
5. Санитарно **-** просветительская работа среди населения, соблюдение правил личной гигиены, гигиены питания.

**Задача № 7**

Больная Ш., 20 лет, заболела остро 1 день назад, когда появилась тошнота, спастические боли в животе, обильный жидкий стул, зеленого цвета, зловонный. Самостоятельно приняла 10 таблеток активированного угля - без эффекта, в связи с повышением температуры тела до 39,2°С вызвала «скорую помощь», госпитализирована в инфекционный стационар с диагнозом: ОКИ.

Из эпидемиологического анамнеза: 2 дня назад употребляла в пищу 3 сырых куринных яйца, купленных в деревне.

Из анамнеза жизни: больная не переносит все группы антибиотиков - развивается отек Квинке. При осмотре в приемном покое: состояние средней тяжести, слабость, тошнота, спастические боли в животе. Кожные покровы бледно-розового цвета, тургор сохранен. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДЦ - 19/мин. Пульс - 90/мин., АД - 115/90 мм рт.ст. Язык суховат, чистый. Живот болезненный по ходу толстой кишки, урчит. Стул обильный, водянистый, зловонный, темно-зеленого цвета.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Составьте план обследования больной.
3. Укажите основные патогенетические звенья развития диареи при данном заболевании.
4. Укажите варианты этиотропной терапии при непереносимости антибиотиков.
5. Назовите механизм передачи заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 7**

1. Сальмонеллез, локализованная форма, энтероколитический вариант, средней тяжести.
2. Общеклиническое, бактериологическое, серологическое.
3. Бактериальные токсины индуцируют циклооксигеназу, что в свою очередь приводит к внутриклеточному накоплению цАМФ, которое в свою очередь приводит к секреции энтероцитами электролитов и воды в просвет кишки. Это же приводит к накоплению простагландинов, в стенке кишки, что приводит к усилению транссудации плазмы через кишечную стенку.
4. Сальмонеллезный бактериофаг по 30 мл 3 раза в день независимо от приема пищи, в течение 5-7 дней.
5. Фекально-оральный.

**Задача № 8**

Больной В., 50 лет, заболел остро 2 дня назад, когда появился жидкий стул до 5-7 в сутки темно-зеленого цвета с неприятным, резким запахом; схваткообразные боли в животе; два раза рвота пшцей, повышение температуры тела до 37,9°С. Самостоятельно принимал 10 таблеток активированного угля, стул стал реже. Сегодня вновь жидкий зловонный стул до 7 раз в сутки и повышение температуры тела до 38,4°С, вызвал «скорую помощь», доставлен в приемный покой инфекционного отделения с диагнозом: ПТИ.

Из эпидемиологического анамнеза: в день заболевания употреблял в пишу плохо прожаренный шашлык из курицы.

При осмотре в приемном покое: состояние средней тяжести, слабость, тошнота, спастические боли в животе, 3 раза жидкий темно-зеленый стул с неприятным запахом. Кожные покровы бледно-розового цвета, тургор сохранен. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДЦ - 19/мин. Пульс - 90/мин., АД - 140/90 мм рт.ст. Язык суховат, чистый. Живот болезненный в правой подвздошной области, урчит.

1. Ваш предположительный диагноз, обоснование.
2. Составьте план обследования больного.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите механизм передачи заболевания.
5. Перечислите формы заболевания согласно классификации.

**Эталон ответа к задаче № 8**

1. Сальмонеллез, локализованная форма, энтероколитический вариант, средней тяжести.
2. Общеклиническое, бактериологическое, серологическое.
3. Стол 46, дезинтоксикация, адсорбенты, ферменты, при затяжном тяжелом течении - фторхинолоны.
4. Фекально-оральный
5. Гастроинтестинальная (гастритический, гастроэнтеритический, гастроэнтероколитический варианты), генерализованная (тифоподобный, септикопиемический варианты), бактерионосительство.

**Задача № 9**

Больная Н., 27 лет, заболела остро 7 дней назад, когда появилась температура до 39°С с ознобами, выраженным гипергидрозом, слабостью, тошнотой, головной болью. Обратилась к участковому терапевту, выставлен диагноз: ОРВИ. Назначен арбидол 0,2 г 4 р/д на 5 дней, бромгексин 0,008 г 3 р/д на 5 дней, парацетамол 0,5 г 2 р/д при повышении температуры выше 38°С, клюквенный морс. На фоне проводимой терапии состояние не улучшилось. На 6-ой день заболевания появилась выраженная головная боль, рвота, не приносящая облегчения, вызвала «скорую помощь», доставлена в приемный покой инфекционного отделения.

Из эпидемиологического анамнеза: 8 дней назад употребляла в пшцу яичницу с жидким желтком. Яйца куплены в деревне у частных лиц.

Из анамнеза жизни: больная принимает иммунодепрессанты по поводу системного заболевания.

При осмотре: состояние тяжелое, положение вынужденное - лежит на правом боку, рвота желчью, не приносящая облегчения. Живот мягкий, пальпируется подвздутая урчащая слепая кишка, симптомов раздражения брюшины нет. Кожные покровы бледные, тургор снижен. Дыхание жесткое, хрипов нет, ЧДЦ - 23/мин. Пульс - 110/мин., АД - 115/90 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Регидность мышц затылка до 3,0 см, симптом Кернига 140°, симнтом Манн - Гуревича резко положительный. Стул кашицеобразный, дважды в день, темно-зеленого цвета. При бакисследовании крови выделена Salmonella enteritidis, чувствительная к ципрофлоксацину, амикацину.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Составьте план обследования больной.
3. Какова причина столь тяжелого течения заболевания у молодой больной?
4. Составьте план лечения больной.
5. Укажите профилактическае мероприятия данного заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 9**

1. Сальмонеллез, генерализованная форма, септикопиемический вариант, тяжелое течение. Осложнение: Бактериальный менингит.
2. Общеклиническое, бактериологическое (кровь, испражнения, моча), люмбальная пукция с последующим посевом ликвора, биохимический анализ крови (мочевина, амилаза, К+, Na+, АЛТ, ACT, 1 1 1 , ЩФ), ЭКГ, КТ головного мозга.
3. Снижение иммунитета в связи с приемом иммунодепрессантов.
4. Диета, антибактериальная, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая терапия, НПВС.
5. Санитарно - просветительская работа среди населения, соблюдение правил личной гигиены, гигиены питания.

**Задача № 10**

Студент П. 19 лет, болен 3 дня. Диагноз «ОКИ» установлен клинически на 3-й день болезни. Не госпитализирован. Семья: мать - инженер, отец - журналист, сестра посещает детский сад.

1. Установите срок наблюдения за контактными лицами.
2. Определите характер ограничительных мероприятий для контактных.
3. Определите необходимость лабораторного обследования контактных.
4. Необходим ли осмотр контактных лиц узкими специалистами?
5. Определите необходимость назначения контактным лицам биологически активных препаратов.

**Эталон ответа к задаче № 10**

1. 7 дней.
2. Наблюдение сестры в ДДУ.
3. Бактериологический анализ кала у сестры (декретированное лицо), от посещения ДЦУ не отстраняется.
4. Контактные лица узкими специалистами не осматриваются.
5. Контактным лицам рекомендуется бактериофаг в профилактической дозировке.

**Задача № 11**

Диагноз «Сальмонеллез» установлен у больной К., 35 лет, проживающей в частном доме. Работает кассиром в банке, госпитализирована. Семья: муж 35 лет-инженер, сын 8 лет- школьник, дочь-3 лет, посещает ДЦУ.

1. Определите количество и границы эпидемических очагов.
2. Установите срок наблюдения за контактными лицами.
3. Определите необходимость лабораторного обследования контактных.
4. Необходим ли осмотр контактных лиц узкими специалистами?
5. Определите необходимость назначения биологически активных препаратов лицам, находящимся в контакте с больным.

**Эталон ответа к задаче № 11**

1. 1 домашний очаг, границы - дом.
2. 7 дней.
3. Бактериологический анализ кала дочери (декретированное лицо).
4. Контактные лица узкими специалистами не осматриваются.
5. Контактным лицам рекомендуется сальмонеллезный бактериофаг в профилактической дозировке.

**ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ, БОТУЛИЗМ**

**Задача № 1**

Больной Б., 32 лет, поступил в инфекционное отделение 10.08. с жалобами на слабость, головокружение, тошноту, «пелену перед глазами», вздутие живота. Заболел остро 9.08. в 12 часов, когда появились тошнота, рвота, боли в эпигастрии, сухость во рту, слабость. Самостоятельно промывал себе желудок, но состояние не улучшалось, прогрессировала слабость, оставались головокружение и рвота. Машиной скорой помощи доставлен в инфекционное отделение с диагнозом «острая кишечная инфекция».

Из эпвдемиологического анамнеза: за 2 дня до болезни употреблял в пищу соленую осетрину домашнего приготовления, привезенную с Крайнего Севера. Кроме больного рыбу ели жена и сослуживцы.

При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 36,8°С, сознание сохранено, вялый, бледный, голос осиплый. Выявлены анизокория, стробизм, нарушение конвергенции. Сердечные тоны приглушены, пульс - 90/мин., АД - 100/80 мм рт.ст. Язык сухой, обильно покрыт белым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации в эпигастрии. Стула не было. Диурез сохранен.

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какое обследование необходимо для подтверждения диагноза?
3. Назначьте специфическое лечение пациенту.
4. Необходима ли специфическая профилактика заболевания членам семьи?
5. Назовите возбудителя данного заболевания и его серовары.

Эталон ответа к задаче № 1

1. Ботулизм, тяжелое течение. Обоснование: сведения эпиданамнеза об употребление соленой осетрины, глазные симптомы, осиплость голоса, метеоризм, отсутствие стула.
2. Реакция нейтрализации ботулотоксинов антитоксическими сьюоротками; биологическим материалом от больного в данном случае служат кровь, промывные воды желудка.
3. Противоботулиническая сыворотка по методу Безредко: 10 тысяч ME типов А и Е и 5 тысяч ME типа В (одна лечебная доза).
4. Употреблявшим вместе с заболевшим соленую осетрину целесообразно внутримышечное введение половинных доз трех типов ПБС.
5. Clostridium botulinum, серовары A,B,CbC2,D,E,F,G.

Задача № 2

Больной К., 36 лет, доставлен машиной «скорой помощи» в инфекционное отделение в тяжелом состоянии с жалобами на резкую мышечную слабость, головокружение, двоение и расплывчатость предметов, выраженную одышку, сердцебиение. Заболел остро в 12 часов дня, когда появились тошнота, общая слабость, недомогание, снижение остроты зрения, мелькание мушек перед глазами, затрудненное глотание, нарушение речи, болезненность в эпигастральной области, сухость во рту. Родственниками вызвана скорая помощь и больной доставлен в инфекционное отделение с диагнозом «аденовирусная инфекция».

Из эпидемиологического анамнеза: накануне вечером больной употреблял в пищу консервированные грибы домашнего приготовления.

При осмотре: состояние тяжелое, температура 37,5°С, сознание сохранено, маскообразное, амимичное лицо, выраженная адинамия, бледность кожных покровов, мышечная слабость, осиплый голос из-за сухости слизистых ротовой полости. Язык густо обложен налетом. Тоны сердца умеренно приглушены, пульс - 110/мин., АД - 110/70 мм рт.ст. Живот подвздут, стул однократно кашицеобразный. Диурез сохранен.

В приемном покое была однократная рвота Промыт желудок в присутствии врача- реаниматолога.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Как подтвердить данное заболевание?
3. Какое осложнение возможно при проведении специфического лечения? Назначьте

превентивное лечение.

1. Укажите сроки и порядок диспансеризации реконвалесцентов.
2. Какой патогенетический процесс лежит в основе развития данного заболевания?

Эталон ответа к задаче № 2

1. Ботулизм, тяжелое течение, период разгара. Обоснование: сведения эпиданамнеза об употреблении консервированных грибов, мышечная слабость, адинамия, глазная симптоматика, затрудненное глотание, сухость во рту, диспепсия.
2. Реакция нейтрализации с целью выявления ботулотоксина из крови, испражнений, рвотных масс, промывных вод желудка; посев испражнений, рвотных масс на среды Китта-Тароцци, казеиново-грибную, бульон Хоттингера.
3. Поскольку вводятся гетерологичные лошадиные антитоксические моновалентные сыворотки, возможно развитие сывороточной болезни, которая характеризуется триадой симптомов (полиморфная экзантема, периферические отеки, лихорадка), на 3- 5-7 дни от момента прекращения специфической терапии. С целью профилактики и лечения данного осложнения необходимо введение антигистаминных препаратов, ГКС. Tab. Clarotadini 0,1 1-2 раза в день перорально; Dexamethazoni 4 ED 3-4 раза в день внутримышечно.
4. Диспансеризация не регламентирована. Целесообразно наблюдение не менее 6 месяцев с участием невролога и кардиолога.
5. Ацеталхолиновый блок.

Задача № 3

Больная О., 25 лет, доставлена врачом «скорой помощи» в инфекционную больницу с диагнозом: Пищевая токсикоинфекция. Заболела остро ночью через 6 часов после употребления в пишу соленых грибов домашнего приготовления, хранившихся в эмалированном ведре под гнетом. Появилась схваткообразная боль в животе, жидкий стул. Температура тела оставалась нормальной. Утром обратилась в поликлинику, т.к. продолжалась тошнота, развилась сильная слабость.

Госпитализирована. Получала обильное питье раствора «Глюкосолан». На следующий день чувствовала себя удовлетворительно: диспепсические явления прошли, температура тела не повышалась.

Через 2 дня после госпитализации отметила ухудшение зрения, но врачу об этом не сказала. На следующий день пожаловалась дежурному врачу на невозможность чтения мелкого шрифта.

При осмотре: выявлено некоторое затруднение при глотании твердой пищи, сухость слизистых полости рта, анизокория, снижение конвергенции.

1. Ваш диагноз и его обоснование
2. Как подтвердить диагноз в данном случае?
3. Назначьте лечение для подавления жизнедеятельности возбудителя заболевания и предупреждения образования токсинов.
4. Какова длительность диспансеризации при данном заболевании?
5. Укажите сроки инкубационного периода при данном заболевании.

Эталон ответа к задаче № 3

1. Ботулизм, средне-тяжелое течение. Обоснование: сведения эпиданамнеза об употреблении соленых грибов, хранившихся с нарушением санитарно-гигиенических правил, острое начало с диспепсического синдрома, выраженная слабость, сухость слизистых полости рта, глазная симптоматика, затруднение глотания.
2. Биологический метод исследование путем постановки реакции нейтрализации с кровью пациентки.
3. В течение 5 дней пероральный прием антибактериальных препаратов: Хлорамфеникол по 0,5 4 раза - препарат выбора, или ампициллин по 0,5-1,0 4 раза в день перорально.
4. Диспансеризация не регламентирована. Целесообразно наблюдение не менее 6 месяцев с участием невролога и кардиолога
5. До 1 суток, реже 2-3 дня, в единичных случаях - 9-12 дней.

**Задача № 4**

У больной Д., 25 лет, заболевание началось с появления чувства тяжести и тупых болей в эпигастрии, тошноты и последующей двукратной рвоты через сутки после употребления маринованных грибов. В день заболевания был один раз кашицеобразный стул. На следующий день появилась сухость во рту. Отмечала выраженную мышечную слабость.

Вызвала на дом участкового терапевта, который промыл желудок, после чего наступило кратковременное улучшение самочувствия.

На третий день болезни ухудшилось зрение, появился «туман» перед глазами, больная не могла читать мелкий шрифт, с четвертого дня болезни с трудом открывала глаза. Развилась общая слабость. Стула все последующие дни не было, появилось затруднение при мочеиспускании. На 9-ый день с диагнозом: «Отравление грибами, ретробульбарный неврит зрительных нервов» направлена в многопрофильную больницу, где после осмотра неврологом, токсикологом, JIOP-врачом, диагноз при направлении снят.

При осмотре врачом-инфекционистом: состояние средней тяжести, сознание ясное, температура тела 37,5°С, больная вялая. Отмечается резкая сухость слизистых рта, заложенность носа. Тоны сердца приглушены, брадикардия. Живот вздут, стул задержан, мочеиспускание небольшими порциями, затруднено. Двусторонний птоз, мидриаз, отсутствие фотореакции зрачков, нарушение конвергенции. Речь с носовым оттенком.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Оцените тактику участкового терапевта.
3. Как следует назначить специфическое лечение, если проба на него положительная?
4. Чем и в каких случаях проводится экстренная специфическая профилактика?
5. Назовите 4 формы данного заболевания в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

Эталон ответа к задаче № 4

1. Ботулизм, средне-тяжелое течение. Обоснование: сведения эпиданамнеза об употреблении грибов, глазная симптоматика, задержка стула.

1. Участковый терапевт не должен был промывать в домашних условиях желудок, т.к. наблюдалась миастения, что могло усугубить состояние пациентки вплоть до развития коллапса. Необходимо срочно госпитализировать больную в инфекционный стационар.
2. Наличие аллергической реакции не исключает введения ПБС, однако требует назначения преднизолона в дозе 0,24 г/сут., а также введения всей суточной лечебной дозы сыворотки под глубоким фторотановым наркозом одномоментно.
3. Специфическую профилактику полианатоксином проводят лишь лицам, работающим с ботулотоксином (Зх-кратно с интервалом в 1,5 месяца).
4. 4 формы ботулизма: пищевой ботулизм, раневой ботулизм, ботулизм раннего детского возраста, ботулизм неуточненной природы.

**Задача № 5**

Больная К., 50 лет, заболела остро. Почувствовала умеренную тупую боль в эпигастрии, была однократная рвота. Сама промыла себе желудок 1 литром раствора марганцовки. К врачу не обращалась, т.к. указанные явления больше не возобновлялись. На следующий день стала отмечать быструю утомляемость и выраженную сухость во рту. Кконцу дня отметила невозможность глотания твердой пищи, поперхивание, отсутствие голоса. Наблюдалась повторная рвота. Реанимационной бригадой «скорой помощи» доставлена в инфекционное отделение.

При осмотре: состояние тяжелое, кожные покровы чистые, бледные, температура тела 37,5°С. Отмечается двусторонний птоз век, снижение конвергенции, мидриаз. Слизистая полости рта сухая. При попытки выпить воды, она выливается через нос. ЧСС - 58/мин., АД - 150/100 мм рг.ст. Живот вздут, безболезненный, шума перистальтики кишечника не выслушивается. Стула 3 дня не было.

Из эпидемиологического анамнеза: за день до заболевания употребляла в пищу маринованные грибы домашнего приготовления.

На третий день пребывания в стационаре развилась одышка до 28/мин. В легких жесткое дыхание, справа выслушиваются разнокалиберные хрипы.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Как подтвердить диагноз в данном случае?
3. Определите план лечения больной.
4. Каковы неотложные мероприятия в отношении данной пациентки?
5. Чем и в каких случаях проводится специфическая профилактика?

**Эталон ответа к задаче № 5**

1. Ботулизм, тяжелое течение, осложненное парезом глоточно-язычных мышц, правосторонней аспирационной пневмонией. Обоснование: сведения эпиданамнеза об употреблении домашних маринованных грибов, глазная симптоматика, поперхивание при глотании, вздутие живота, парез кишечника, глоточно-язычных мышц, отсутствие стула, брадикардия, артериальная гипертензия, одышка, аускультативная картина в легких.
2. Биологический метод исследование крови с целью выявления ботулотоксина при постановки реакции нейтрализации.
3. Внутривенное введение ПБС; дезинтоксикация; десенсибилизирующая терапия антигистаминными препаратами; антибиотики (цефалоспорины, макролиды); блокаторы Н2-рецепторов (ранитидин, фамотидин); ингибиторы протоновой помпы (омепразол, эзомепразол, рабепразол); препараты, улучшающие моторику ЖКТ (домперидон, метоклопрамид); миокардиальные цигопротекторы (триметазидин, карнитин); антигипоксанты (мексидол, гипоксен).
4. Госпитализация в реанимационное отделение или ПРИТ инфекционное отделения; интубация трахеи, перевод на управляемое дыхание; гипербарическая оксигенация; назо-гастральный зонд.
5. Специфическую профилактику полианатоксином проводят лишь лицам, работающим с ботулотоксином (Зх-кратно с интервалом в 1,5 месяца).

**Задача № 6**

Больной III., 45 лет, поступил в инфекционный стационар на 5-й день болезни с жалобами на снижение остроты зрения, диплопию, туман перед глазами. Отмечал сухость во рту, мышечную слабость, затрудненное глотание. Доставлен «скорой помощью» в инфекционный стационар.

Из эпидемологического анамнеза: накануне заболевания был в гостях, где ел мясной салат и консервированные грибы домашнего приготовления.

При поступлении: состояние больного тяжелое, сознание ясное, речь нечеткая. Больной беспокоен, не может глотать пишу, выраженная одышка с участием вспомогательной мускулатуры, цианоз видимых слизистых оболочек и кончика носа. Отмечаются двусторонний гггоз век, мидриаз, парез мягкого неба, голосовых связок. Пульс

1. 68/мин., слабого наполнения и напряжения. АД - 100/60 мм рт.ст. В легких ослабленное дыхание, хрипов нет, ЧДД - 24/мин. Язык сухой, густо обложен сероватым налетом. Живот вздут, мягкий, участвует в акте дыхания, безболезненный при пальпации. Стула нет.
2. Поставьте и обоснуйте предварительны й диагноз.
3. Назначьте специфическое лечение.
4. Каков прогноз дальнейшего состояния у данного больного?
5. Как проводится диспансеризация реконвалесцентов данного заболевания?
6. К какой группе заболеваний относится данная инфекционная нозология?

**Эталон ответа к задаче № 6**

1. Ботулизм, тяжелое течение, осложненное парезом глоточно-язычных мышц. Диагноз выставлен на основании сведений эпиданамнеза, глазной симптоматики, сухости слизистых оболочек, затрудненного глотания, брадикардии, относительной гипотонии, вздутия живота, отсутствия стула.
2. Внутривенное введение первой дозы ПБС в дозе по 10000 ЕД типов А и Е, 5000 ЕД типа В. Впоследствие введение второй дозы ПБС внутримышечно.
3. Учитывая длительность заболевания, позднее поступление больного в стационар, позднее назначение специфического лечения, возможно развитие бактериальных осложнений, парезов, дыхательной недостаточности.
4. Диспансеризация не регламентирована. Целесообразно наблюдение не менее 6 месяцев с участием невролога и кардиолога.
5. К сапронозам.

**Задача № 7**

Больная К., 66 лет, заболела остро: в 22 часа появились обильная рвота до 5 раз, приносящая облегчения, сначала желудочным содержимым, а затем желчью, озноб, частый жидкий стул желтоватого цвета. В 2 часа ночи отмечались судороги икроножных мышц, в 4 часа ночи - кратковременная потеря сознания. Доставлена по «скорой помощи» в инфекционный стационар.

Из эпидемиологического анамнеза: в день заболевания употребляла в пищу мясной салат, заправленный майонезом, хранившийся при комнатной температуре.

При поступлении: больная беспокойна, жалуется на тянущие боли в икроножных мышцах, слабость, головокружение. В приемном покое была 2 раза рвота. Состояние тяжелое. Температура тела 36°С. Кожные покровы холодные на ощупь, цианоз губ, кончика носа Слизистая полости рта сухая. Язык обложен густым беловатым налетом. Голос сиплый, говорит с усилием, временами переходит на шепот. Наблюдались периодические судорожные подергивания икроножных мышц, кистей, стоп и пальцев ног. Тургор кожи снижен, особенно на тыльной стороне кистей и стоп. Пульс - 124/мин., АД - 70/50 мм рт.ст., ЧДЦ - 28/мин. Живот несколько вздут, чувствительный в эпигастрии, урчание при пальпации тонкой кишки. Стул водянистый, желтоватого цвета.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Как подтвердить диагноз?
3. Назначьте патогенетическую терапию.
4. Определите лечение на догоспитальном этапе.
5. Изменения каких показателей биохимического анализа крови наиболее важны при данном заболевании?

**Эталон ответа к задаче № 7**

1. ПТИ, гастроэнтеритический вариант, тяжелое течение, осложненное ГВШ II ст. На основании эпиданамнеза, короткого инкубационного периода, острого начала, выраженных диспепсических явлений (рвота, жидкий стул), тахикардии, гипотонии, судорожного синдрома, акроцианоза, сухости кожных покровов и слизистых).
2. Бакисследование кала, рвотных масс на условно-патогенную флору.
3. Регидратационная терапия солевыми растворами (стартовым является ацесоль) в объеме не менее 6% от массы тела: Acesoli 400,0+Disoli 400,0+(Sol. Natrii chloridi 0,9%- 400,0+Sol. Kalii chloridi 3%-30,3) внутривенно капелью быстро.
4. Промывание желудка до чистых промывных вод. Прием сорбентов (энеросгель, полисорб, полифепан) и начало регидратации per os глюкозо - солевыми растворами или раствором Регидрон. При неукротимой рвоте Sol. Metoclopramidi 4 ml в/м или в/в.
5. Мочевина, К+, Na+, амилаза.

**Задача № 8**

Больная И., 23 лет, служащая, заболела внезапно, когда появились режущие боли в эпигастрии, тошнота, многократная рвота, жидкий водянистый стул дважды. Беспокоил озноб, температура до 37,2°С, головная боль, резкая общая слабость, головокружение. Вызванный врач «скорой помощи» промыл желудок, после чего самочувствие больной значительно улучшилось. ЧСС - 72/мин., АД - 120/75 мм рт.ст. Кожные покровы чистые, обычной окраски, живот мягкий, безболезненный. После промывания желудка рвоты не наблюдается.

Из эпидемиологического анамнеза: за 1 час до заболевания употребляла торт, приготовленный накануне и хранившийся вне холодильника.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Укажите методы лабораторной диагностики в данном случае.
3. Нуждается ли больная в госпитализации? Дайте рекомендации по дальнейшему лечению больной.
4. Укажите этиологический агент данного заболевания.
5. Показана ли антибактериальная терапия данной больной?

**Эталон ответа к задаче № 8**

1. ПТИ, гастроэнтеритический вариант, легкое течение. Обоснование: короткая инкубация, острое начало, многократная рвота, улучшение состояния после промывания желудка.
2. Бактериологическое исследование промывных вод желудка.
3. Больная в госпитализации не нуждается - не относится к контингенту декретированной группы, улучшение состояния, стабильная гемодинамика, отсутствие явлений дегидратации. Лечение амбулаторно под наблюдением инфекциониста КИЗа - соблюдение диеты (стол № 4), обильное щелочное питье, пероральная регидратация (глюкосолан, цитроглюкосолан), адсорбенты, ферменты.
4. Бактерии группы условно - патогенной флоры (Staphylococcus spp., Streptococcus spp., Enterobacteriacea, Klebsiella spp.).
5. Антибактериальная терапия при ПТИ не проводиться.

**Задача № 9**

Больной В., 50 лет, санитарке терапевтического отделения, на работе стало «плохо»

1. закружилась и заболела голова, ослабла, появилась тошнота, затем рвота и многократный жидкий водянистый стул. Выяснилось, что завтракала бутербродами с колбасой, пролежавшей за окном 3 дня. В отделении больной сделали промывание желудка, после чего ей стало легче.

При осмотре: температура тела 36°С, состояние тяжелое. Больная бледная, цианоз губ, пульс - 120/мин., слабого наполнения, АД - 90/50 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот мягкий, незначительно болезненный в эпигастрии, усиленно урчит по ходу тонкого кишечника. Симптомов раздражения брюшины нет. Госпитализирована в инфекционное отделение.

1. Ваш диагноз и его обоснование.

1. Какие биохимические показатели сыворотки крови необходимо определить при данном заболевании?
2. Обязательна ли госпитализация в инфекционное отделение данной пациентки?
3. Укажите препараты патогенетической терапии данного заболевания.
4. Какой механизм лежит в основе заболевания у данной пациентки?

**Эталон ответа к задаче № 9**

1. Пищевая токсикоинфекция, гастроэнтеритический вариант, тяжелое течение. ГВШ I ст. Диагноз выставлен на основании эпиданамнеза, короткой инкубации, острого начала, диспепсических явлений (рвота, жидкий стул), выраженного метеоризма, резкой слабости, акроцианоза, тахикардии, гипотонии.
2. Мочевина, амилаза, креатинин, К+, Na+, Mg2+.
3. Госпитализация обязательна в виду тяжелого состояния больной, обусловленного ГВШ, а также по эпидпоказаниям, т.к. больная относится к контингенту декретированной группы (Приказ М3 РФ № 475).
4. Внутривенное введение кристаллоидных растворов (ацесоль, дисоль, трисоль, квартасоль и др.) в объеме не менее 3 % от массы тела.
5. Гиповолемия.

**Задача № 10**

Больной С., 25 лет, заболел остро 3 часа назад, когда появилась тошнота, многократная обильная рвота съеденной непереваренной пищей, повысилась температура тела до 37,3°С. Вызвал «скорую помощь», госпитализирован с диагнозом: Отравление неизвестным ядом.

Из эпидемиологического анамнеза: 5 часов назад употреблял в пищу йогурт с кисловатым привкусом, который хранился двое суток открытом вне холодильника.

При осмотре в приемном покое: состояние средней тяжести, слабость, рвота фонтаном 3 раза. Кожные покровы бледно-розового цвета, тургор сохранен. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДЦ - 19/мин. Пульс - 92/мин., АД - 110/80 мм рт.ст. Язык сухой, чистый. Температура тела 37,4°С. Живот безболезненный урчит во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Стула не было.

В периферической крови: НЬ -187 г/л, L - 12\*109/л, СОЭ - 7 мм/час.

В биохимическом анализе сыворотки крови: К+ - 3,0 ммоль/л, Na+ - 140 ммоль/л, мочевина-10,1 ммоль/л.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план обследования больного.
3. Окажите помощь на догоспитальном этапе.
4. Составьте план лечения.
5. Укажите сроки инкубационного периода при данном заболевании.

**Эталон ответа к задаче № 10**

1. Пищевая токсикоинфекция, гастритический вариант, средней тяжести.
2. Общеклиническое, бактериологическое.
3. Промывание желудка, сорбенты (полисорб, полифепан, энтерсогель), при неукротимой рвоте Sol. Metoclopramidi 4 ml в/м или в/в. Оральная регидратация глюкозо-солевыми растворами или готовым раствором Регидрон.
4. Промывание желудка, Полисорб 3,0 г 3 раза в день за 1 час до еды 3-4 дня, Солевые растворы (дисоль, трисоль, квартасоль) до 2,5-3 литров в/в в первые сутки, с уменьшением в последующие, метоклопрамид 2 мл в/м 2 раза в день, ферментативные препараты (панкреатин 25 ЕД или креон 10000 ЕД) 3 раза в день во время еды, стол 4 Б.
5. От 30 минут до нескольких часов.

**ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЛИХОРАДКИ, МАЛЯРИЯ**

**Задача № 1**

Больной С., 38 лет, колхозник, работал в течение последних 2х недель на сенокосе, жил на полевом стане. Больных в стане нет. Воду для питья и приготовления пищи доставляют из колхоза, иногда употреблял воду для питья из ручья. Заболел 2 дня назад остро. Беспокоили сильный озноб, резкая головная боль, слабость, боли во всем теле, особенно в пояснице, тошнота, каждый день рвота, мучительная икота. Отмечал яркую гиперемию лица, шеи, верхней части туловища («симптом капюшона»), инъекцию сосудов склер, «пылающий зев». В первые дни заболевания госпитализирован в инфекционное отделение районной больницы с диагнозом: Подозрение на грипп.

Общее состояние тяжелое, временами бред. Температура 39-40°С. Патологических изменений со стороны мочи нет. На 3-ий день пребывания в больнице появилась мелкоточечная петехиальная сыпь на груди, спине, верхних конечностях. Несколько раз наблюдалось носовое кровотечение.

При повторном анализе мочи: белок 2,5 мг/л, в большом количество эритроциты, лейкоциты, цилиндры.

Температура тела нормальная, состояние больного тяжелое, сознание спутанное, частая рвота с примесью крови, анурия.

1. Ваш предполагаемый диагноз, его обоснование.
2. Методы диагностики заболевания.
3. Составьте план лечения.
4. У кажите препарат выбора для этиотропной терапии заболевания.
5. Укажите возбудитель заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 1**

1. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, олигоурический период, тяжелое течение. Обоснование: острое начало с лихорадки, озноба, спутанное сознание, боли в пояснице, рвота, синдром «капюшона», инъекция сосудов склер, гиперемия зева, мелкоточечная петехиальная сыпь на теле, носовое кровотечение, анурия; в О AM - протеинурия, цилиндрурия, микрогематурия, пиурия.
2. Клинико-эпидемиологический, серологический (ИФА, РНГА), ПЦР.
3. Инфузионная терапия (раствор глюкозы, полионные растворы), противовирусная терапия (реаферон по 3 млн ЕД 5 дней), специфический иммуноглобулин (6 мл в сутки 3 дня), десенсибилизирующая терапия, мочегонные (лазикс), антикоагулянты (гепарин 40-50 ЕД в сутки), дезагреганты (трентал, курантил), ингибиторы протеаз (гордокс 300-500 тыс. АТЕ/сутки 5-7 дней), по показаниям - экстракорпоральный гемодиализ.
4. Рибаверин по 0,2 г 4 раза в день 5-7 дней.
5. Арбовирус семейства Bunyaviridae рода Hantavirus.

**Задача № 2**

Больная К., 24 лет, инженер, живет в Узбекистане. Заболела 7.10, когда повысилась температура тела до 39,8°С, сопровождающаяся ознобом, беспокоили головная боль, мышечные боли. С первых часов заболевания состояние расценено как тяжелое: больная крайне вялая, адинамичная, стонет из-за сильной мышечной боли. Вскоре появились частые позывы на стул, при этом выделилось небольшое количество слизи с кровью. К концу Iх суток заболевания сыпь и крупные геморрагии размером 3,0\*4,0 см. 8.10 была повторная рвота и обильное кишечное кровотечение. 9.10 состояние больной крайне тяжелое. На коже туловища и конечностей масса геморрагической сыпи разного размера. Несмотря на активную гемостатическую терапию, повторялась кровавая рвота, продолжалось кишечное кровотечение, присоединилось носовое и маточное кровотечение. Больная скончалась.

1. Ваш предполагаемый диагноз, его обоснование.
2. Методы диагностики заболевания.
3. Назначьте этиотропную терапию.
4. Укажите сроки инкубационного периода при данном заболевании.
5. Укажите механизм передачи инфекции при данном заболевании.

**Эталон ответа к задаче № 2**

1. Геморрагическая лихорадка, вероятно Крым-Конго, тяжелое течение Обоснование диагноза: острое начало с лихорадки, озноба, мышечных болей, выраженный геморрагический синдром (геморрагическая сыпь на теле, кишечное, маточное кровотечение, кровавая рвота).
2. Клинико-эпидемиологический (уточнить - был ли укус клеща), серологический (ИФА, РЫТА), ПЦР.
3. Рибавирин 0,8-1,0 г в сутки 5-7 дней.
4. 2-14 суток, в среднем 3-5 дней.
5. Трансмиссивный.

**Задача № 3**

Больной Л., 22 лет, 6.01 приехал с Дальнего Востока. Заболел остро 8.01, когда появились головная боль, боли в животе и пояснице, повысилась температура тела с ознобом до 38,9°С, была повторная рвота. 10.01 больной госпитализирован с подозрением на сыпной тиф.

При поступлении: состояние тяжелое, температура тела 39,9°С, сознание затемнено. Гиперемия кожи лица и шеи. Резкая инъекция сосудов склер. На боковых поверхностях грудной клетки петехиальная сыпь. Пульс - 112/мин. Тоны сердца приглушены. Язык обложен, суховат. В зеве гиперемия, энантема. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Резко выражен симптом XII ребра. Стул задержан. Мочился, мочи мало.

В анализе мочи: цвет насыщенно-желтый, значительный осадок. Белок 1,4 г/л, лейкоциты - 15-20 в поле зрения, эритроциты покрывают почти все поле зрения, большое количество крупных вакуолизированных эпителиальных клеток, обнаружены фибринные цилиндры.

1. Ваш предполагаемый диагноз, его обоснование.
2. Методы серологической диагностики заболевания.
3. Назначьте антикоагулянтную терапию.
4. Укажите препарат выбора этиотропной терапии при данном заболевании.
5. Укажите сроки инкубационного периода при данном заболевании.

**Эталон ответа к задаче № 3**

1. ГЛПС, олигоурический период, тяжелое течение. Обоснование: острое начало с лихорадки, озноба, а также сознание затемнено, боли в пояснице, положительный симптом XII ребра, повторная рвота, синдром «капюшона», инъекция сосудов склер, мелкоточечная петехиальная сыпь на теле, олигонурия, в О AM - протеинурия, цилиндрурия, микрогематурия, лейкоцитурия.
2. ИФА, РИГА.
3. Антикоагулянты (гепарин 40-50 ЕД/сут., фраксипарин -1-2 мл/сут.).
4. Рибаверин по 0,2 г 4 раза в день 5-7 дней.
5. 4-49 дней, в среднем 14-21 день.

**Задача № 4**

Больной И., 39 лет, поступил в клинику 10 ноября на 2-й день болезни с диагнозом: ОРВИ. Заболел остро 9.11, когда после озноба температура тела повысилась до 39°С, появились сильная головная боль, боли в мышцах спины и поясницы, светобоязнь. Катаральных явлений не было. Госпитализирован в связи с тяжестью состояния.

При поступлении: состояние больного тяжелое, вялый, адинамичный, отмечается гиперемия лица, шеи и верхних отделов грудной клетки, инъекция сосудов склер, гиперемия конъюнктивы век и слизистой зева. Температура на 3-й день болезни в пределах 40,2^Ю,5°С. С 3-го дня заболевания нарушение зрения в виде ощущения сетки перед глазами и расплывчатости окружающих предметов. На боковой поверхности грудной клетки элемент мелкой геморрагической сыпи в виде полос, симптом щипка положительный. Относительная брадикардия, гипотония. К 6-му дню болезни температура критически снизилась до нормы, однако состояние больного еще более ухудшилось: появились сильные боли в подложечной области и пояснице, неукротимая рвота, (в рвотных массах - примесь крови), положительный симптом Пастернацкош, развились симптомы ОПН (олишанурия, альбуминурия до 3,0 г/л, микрогематурия, цилиндриурия, содержание мочевины в крови - 28,0 ммоль/л, креатинина - 0,468 ммоль/л).

Выздоровление больного наступило лишь после проведения гемодиализа в почечном центре.

Из эпидемиологического анамнеза: осенью больной неоднократно выезжал к родственникам в деревню, оказывал им помощь на различных сельскохозяйственных работах. В жилых и хозяйственных постройках наблюдалось много мышевидных грызунов.

1. Ваш предполагаемый диагноз, его обоснование.
2. Какова предположительная картина периферической крови у больного?
3. Укажите показания к гемодиализу.
4. Назначьте этиотропную терапию.
5. Укажите сроки диспансерного наблюдения за реконвалесцентами после перенесенного заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 4**

1. ГЛПС, олигоурический период, тяжелое течение. Обоснование: острое начало с лихорадки с последующей нормализацией температуры и ухудшением состояния - сильная головная боль, боли в пояснице, развитие симптомов ОПН при сохраняющимся положительном симптоме «капюшона», инъекция сосудов склер, снижение остроты зрения, геморрагический синдром (сыпь, симптом пщпка), неукротимая рвота с кровью, положительны йо симптом Пастернацкого, изменения в ОАМ.
2. Ускоренная СОЭ, лейкопения, сдвиг формулы влево, моноцитоз, тромбоцитопения.
3. Отсутствие эффекта от комплексной терапии в течение 2-3 дней; нарастание признаков острой почечной недостаточности (мочевина более 30 ммоль/л, креатинин более 600 мкмоль/л); развитие почечной эклампсии.
4. Рибаверин по 0,2 г 4 раза в день 5-7 дней, йодантипирин по схеме.
5. 3-12 месяцев.

**Задача № 5**

У двух рабочих зоопарка, ухаживающих за обезьянами, доставленными 2 недели назад из Уганды, повысилась температура тела до высоких цифр с ознобом, появились головная боль, мышечные и суставные боли.

Состояние больных тяжелое, жалуются на головную боль разлитого характера, колющую боль в груди, сухой кашель, мышечно-суставные боли, слабость. Слизистая глотки гиперемирована, имеются единичные везикулы на мягком небе и языке. Пальпация мышц шеи и спины безболезненная. С 3-го дня болезни появились боли в животе, водянистый стул с примесью крови, у одного больного была повторная рвота, увеличена печень. С 4-го дня на коже туловища выявлена геморрагическая сыпь, распространившаяся на шею, лицо, верхние конечности. Состояние ухудшилось, появились признаки обезвоживания, спутанности сознания, ригидности мышц затылка.

В периферической крови: лейкопения, тромбоцитопения, анизоцитоз, пойкилоцитоз.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Укажите методы серологической диагностики заболевания.
3. Назначьте этиотропную терапию.
4. Укажите возбудитель заболевания.
5. Укажите источник инфекции при данном заболевании.

**Эталон ответа к задаче № 5**

1. Лихорадка Марбург. Обоснование: контакт с обезьянами, острое начало с лихорадки, озноба, симптомы интоксикации, изменения в зеве (гиперемия, единичные везикулы на мягком небе и языке), сухой кашель, боль в груди, геморрагическая сыпь, боли в животе, гепатомегалия, жидкий стул, признаки обезвоживания, спутанность сознания, лейкопения, тромбоцитопения в периферической крови.
2. ИФА (диагностические титры при поступлении в стационар: IgM - 1:8, IgG - 1:64, в динамике нарастание титра в 4 раза).
3. Рибавирин (0,8-1,0 г/сут.), интерфероны (реаферон), переливание плазмы реконвалесцентов.
4. Marburgvirus рода MarburgvirusceMeftcTBa Filoviridae.
5. Обезьяны, в частности, африканские мартышки.

**Задача № 6**

Больной Т., 41 года, поступил в терапевтическое отделение 7 сентября с диагнозом: Острый пиелонефрит. Заболел остро 5 сентября с повышения температуры тела до 40°С, отмечал озноб, сильную головную боль, боли в пояснице и в животе, плохой сон, отсутствие аппетита. 11 сентября состояние больного ухудшилось, стал вял, заторможен.

При осмотре: гиперемия лица и плечевого пояса, на боковых поверхностях грудной клетки, на спине - скудная, линейная петехиальная сыпь; в местах инъекций обширные кровоподтеки; кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза. В легких везикулярное дыхание. Пульс - 88/мин., ритмичный. АД - 120/90 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и правой половине живота. Симптом XII ребра резко положительный с обеих сторон. Менингеальных симптомов нет. За сутки выпил 2200 мл жидкости, выделил 150,0 мл мочи.

Из эпидемиологического анамнеза: в течение последнего месяца находился в Московской области, строил дом, складировал в сарай тюки с паклей.

1. Ваше предположение о диагнозе и его обоснование.
2. Какова предположительная картина биохимического анализа крови в периоде олигурии?
3. Укажите исходы заболевания.
4. Укажите возбудитель заболевания.
5. Укажите препарат этиотропной терапии данного заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 6**

1. ГЛПС, олигурический период, тяжелое течение. Обоснование: острое начало с лихорадки, озноба, вид больного (вялый, заторможенный), боли в пояснице, положительный симптом Пастернацкого, повторная рвота, синдром «капюшона», инъекция сосудов склер, геморрагический синдром (сыпь на теле, кровоподтеки, кровоизлияния в конъюнктиву), олигонурия.
2. Повышение остаточного азота, мочевины, креатинина.
3. Резидуальный синдром: умеренная жажда, полиурия, гипостенурия; постинфекционная астения; очаговый нефросклероз, летальный исход.
4. Рибаверин по 0,2 г 4 раза в день 5-7 дней.
5. Арбовирус семейства Bunyaviridae рода Hantavirus.

**Задача № 7**

Больной Д., 21 года, учащийся из Мали, обратился в медпункт с жалобами на слабость, озноб, повышение температуры тела до 40°С, боли в животе и учащенный до 5 раз, кашицеобразный стул. Болен 3-й день. В первые 2 дня были ознобы, высокая лихорадка, однократная рвота. С диагнозом: Острая дизентерия направлен в инфекционную больницу.

При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 40°С, чувство жара, слабость. Кожа повышенной влажности, склерит. Тоны сердца приглушены, пульс - 120/мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, резко болезненный в верхних отделах, больше слева. Сигмовидная кишка не пальпируется. Стул кашицеобразный, с небольшим количеством слизи. Печень увеличена на 3,0 см из-под края реберной дуги, селезенка перкуторно увеличена. Менингеальных знаков нет.

Из эпидемиологического анамнеза: вернулся из Мали 3 недели назад, куда ездил на каникулы впервые за 3 года обучения.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Назначьте обследование, подтверждающее диагноз.
3. Назначьте этиотропную терапию.
4. Перечислите виды возбудителя заболевания.
5. Укажите механизм передачи инфекции при данном заболевании.

**Эталон ответа к задаче № 7**

1. Тропическая малярия, средне-тяжелое течение. Обоснование: острое начало, малярийный пароксизм (озноб-жар-пот), рвота и жидкий стул как реакция на лихорадку, гепатоспленомегалия, сведения о пребывании в эндемичной по малярии зоне.
2. Микроскопия препаратов крови («толстой капли», «тонкого мазка»).
3. Хинина гидрохлорид по 0,5-1,5 г (в зависимости от веса: в расчете 20 мг/кг) однократно, затем по 0,5 через каждые 8-12 часов; на третий день - 0,5 г однократно. После контроля мазка крови - примахин - по 0,15 мг/кг в сутки в течение 14 дней.
4. Plasmodium malariae, PI. falciparum, PL ovale, PI. vivax.
5. Трансмиссивный.

**Задача № 8**

К больному В., 40 лет, вызвана «скорая помощь» в связи с ухудшением состояния. Заболевание началось 5 дней назад с познабливания, головной боли. Быстро повысиласьтемпература тела до 40°С, дважды была рвота. По совету знакомого врача, предположившего грипп, принимал ремантадин, после чего на следующий день температура снизилась до 37,5°С, но к вечеру вновь повысилась до 40,5°С, при этом отмечал сильную головную боль, тошноту, слабость. В течение следующих дней температура оставалась повышенной, повторялась рвота, не приносящая облегчение, неприятные ощущения в эпигастральной области. Сегодня при высокой температуре появился бред.

При осмотре: состояние тяжелое, контакту не доступен. Бледен, лежит с полузакрытыми глазами. Зрачки узкие. Пульс - 106/мин., АД - 90/60 мм рт.ст. Печень и селезенка увеличены, живот мягкий. Слабо выражен симптом Кернига.

В периферической крови: Ег - 2,2\*1012/л, НЬ - 93 г/л, Тг - 115\*109/л, L - 4,2\*109/л, лейкоцитарная формула без особенностей, количество разрушенных эритроцитов - 50%.

Из эпидемиологического анамнеза: 1 месяц назад вернулся из Нигерии, где работал в течение 6 месяцев.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Как и какие формы возбудителя возможно идентифицировать при данном состоянии пациента?
3. Какова этиотропная терапия в данном клиническом случае?
4. Какую фазу претерпевает возбудитель заболевания в организме человека?
5. Укажите сроки диспансеризации реконвалесцентов данного заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 8**

1. Тропическая малярия, осложненная малярийной комой, тяжелое течение Диагноз выставлен на основании острого начала, малярийного пароксизма, диспепсических явлений, гепатоспленомегалии, тахикардии, гипотонии, отсутствия сознания, сведений эпиданамнеза, изменений периферической крови (анемия, тромбоцитопения, разрушенные эритроциты).
2. При злокачественном осложненном течение при микроскопии «толстой капли» и «тонкого мазка» возможна идентификация всех форм PI. falciparum (кольцевидные трофозоиты, гаметоциты, мерозоиты).
3. Хинин: первая доза - 7 мг/кг внутривенно в течение 30 мин., вторая доза - 10 мг/кг внутривенно капельно в течение 4 часов; поддерживающая доза - 10 мг/кг с интервалом в 8 часов в течение 1,5-2 часов внутривенно капельно. Хинин вводится в комбинации с тетрациклином (0,25 4 раза в день 7-10 дней) или доксициклином (0,2 в сутки 7-10 дней). При устойчивости к хинину - артеметер 3,2 мг/кг/сут. в первый день, 1,6 мг/кг/сут. последующие 6 дней внутримышечно в комбинации с мефлохилом 15 мг/кг однократно; затем для устранения гаметоносительства - примахин 0,25 мг/кг/сут. в течение 14 дней.
4. Шизогонию.
5. 1,5 месяца после тропической малярии, 2 года после малярии, вызванной PL malariae, PL ovale, PI. vivax.

**Задача № 9**

Больной Н., 40 лет, моторист трансморфлота, вернулся на родину после многомесячного плавания в районах Средиземноморья и Западной Африки. Через месяц после возвращения почувствовал слабость, разбитость, головную боль. На следующий день появились сухость во рту, небольшая ломота в суставах, недомогание. Вечером начался потрясающий озноб, температура тела поднялась до 39,5°С. Отмечались тошнота, повторная рвота. Через 2 часа озноб прекратился, больной ощущал жар и сильную слабость, затем началось обильное потоотделение. Глубокой ночью после наступившего облегчения заснул. На следующий день температура держалась на уровне 37,5°С, но самочувствие было хорошим. На 3-й день заболевания вечером состояние вновь ухудшилось: поднялась температура тела, сопровождающаяся ознобом, беспокоили сильная головная боль, тошнота, была повторная рвота, суставные боли и боли в животе. Участковым врачом направлен в больницу с диагнозом: Грипп.

При осмотре: больной бледен, сыпи нет. Температура тела 39°С. Катаральные явления со стороны дыхательных путей отсутствуют. Лимфатические узлы не увеличены. Пульс до 120/мин., среднего наполнения. Тоны сердца приглушены, ритмичны, границы не расширены. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, болезненный в левом подреберье. Печень +2,0 см из-под края реберной дуги, селезенка пальпируется до 3,0 см ниже края реберной дуги. Диурез сохранен.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назначьте обследование, подтверждающее Ваш диагноз.
3. Возможно ли было избежать заболевания?
4. Укажите возможные осложнения заболевания.
5. Укажите возбудитель данной формы заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 9**

1. Тропическая малярия, средне-тяжелое течение. Обоснование: острое начало, малярийный пароксизм, гепатоспленомегалия, пребывание в эндемичном по малярии очаге.
2. Микроскопия препаратов крови («толстой капли», «тонкого мазка»).
3. Да. Лицам, выезжающим в эндемичные по малярии зоны, необходимо проведение химиопрофилактики заболевания (СанПин 3.2.1333-03) за 2 недели до въезда в очаг, весь период пребывания в очаге и спустя 4 недели после выезда из очага. С этой целью назначаются: мефлохил по 0,25 1 раз в неделю (назначается не более чем на 6 месяцев), или саварин (0,2 прогуанина и 0,05 хлорозина) 1 раз в неделю.
4. Малярийная кома, гипохромная анемия, гемоглобинурийная лихорадка, малярийный алгид.
5. Plasmodium falciparum.

**Задача № 10**

Больной О., 37 лет, прибыл из Центральной Африки, где находился в командировке в течение 2 месяцев. Через 3 дня после возвращения ночью почувствовал потрясающий озноб с повышением температуры тела до 40,5°С, резкую головную боль, затем жар и проливной пот. Следующие 3 дня сохранялся субфебрилитет. На 4-ый день заболевания ночью вновь наблюдался потрясающий озноб, лихорадка до 40°С, проливной пот.

При осмотре врачом скорой помощи: кожные покровы чистые, выраженный гипергидроз, температура тела 39,2°С. ЧСС - 100/мин., АД -110/75 мм рт.ст. Живот мягкий, печень и селезенка увеличены. Диурез достаточный.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какой вид возбудителя Вы ожидаете идентифицировать при специфическом обследовании и почему?
3. Назначьте этиотропную терапию и лечение для профилактики рецидива.
4. Укажите переносчика инфекции при данном заболевании.
5. Укажите механизм передачи инфекции при данном заболевании.

**Эталон ответа к задаче № 10**

1. Трехдневная малярия, средне-тяжелое течение. Диагноз выставлен на основании острого начало, малярийного пароксизма, гепатоспленомегалии, сведений эпиданамнеза.
2. PI. ovale, т.к. для трехдневной малярии-ovale характерны ночные малярийные пароксизмы.
3. Таб. Делагил 1,0 г однократно, затем по 0,5 г через 6 часов, затем по 0,5 г 2 дня. После контроля мазка крови - лечение гистошизотропными препаратами - примахин 0,25 мг/кг/сут. 14 дней.
4. Комары рода Anopheles.
5. Трансмиссивный.

**Задача № 11**

Больной М., 26 лет, матрос, поступил в больницу с диагнозом «грипп» на 4-ый день болезни. Жалобы при поступлении на слабость, ломоту в теле, повышение температуры до 40°С, потливость, головную боль в течение всех дней.

При осмотре: состояние средней тяжести; кожа чистая, обычного цвета. Субъиктеричность склер. Язык обложен. Лимфатические узлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. АД -110/60 мм рт.ст. Пульс - 100/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.

Из эпиданамнеза: месяц назад был в Юго-Восточной Азии с экипажем корабля.

В больнице был установлен диагноз, подтвержденный обнаружением в толстой капле крови плазмодиев (трофозоиты и шизонты до 200 на 100 лейкоцитов). Больному был назначен делагил (вначале в таблетках, а затем в виде 5% раствора в/в). В течение последующих 3х дней температура сохранялась до 39,0-40,0°С, при повторном исследовании толстой капли крови количество паразитов сохранялась прежним.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какова дальнейшая тактика врача?
3. Какие этиотропные средства можно также использовать?
4. Составьте план дальнейшего обследования.
5. Обозначьте сроки инкубационного периода при данном заболевании.

Эталон ответа к задаче № 11

1. Тропическая малярия, тяжелое течение.
2. Отменить делагил и назначить хинин в/в в дозе 10 мг/кг через каждые 8 часов в течение 7 дней.
3. Препараты группы артемизина, мефлохин, лариам, малорон, примахин.
4. Ежедневно определять уровень паразитемии, содержание гемоглобина, число эритроцитов. Контроль диуреза, цвет и состав мочи.
5. Инкубационный период 7-10дней.

**Задача № 12**

Больной В., 30 лет, поступил в стационар с предположительным диагнозом тифо­паратифозное заболевание на 6 день болезни. Заболевание развилось остро ознобом и повышением температуры до 39,5° С, которая держалась в течение 3х дней, а затем критически снизилась до субфебрильных цифр. Снижение температуры сопровождалось обильным потоотделением. Через 12 часов отмечено повторное повышение температуры до 40°С, сопровождающееся ознобом, общей слабостью, головной болью, мышечными болями.

Из эпвдемиологического анамнеза: работает поваром на судне торгового флота. За сутки до заболевания возвратился из Алжира.

При осмотре: вялый, кожные покровы бледные, склеры иктеричны. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 84/мин. АД - 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 4,0 см. Селезенка увеличена на 3,0 см. Менингеальных знаков нет.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Как подтвердить диагноз?
3. Следует ли начать специфическую терапию до получения лабораторных данных?
4. Укажите критерии эффективности лечения больного.
5. Назовите вид желтухи при данном заболевании.

Эталон ответа к задаче № 12

1. Тропическая малярия. Диагноз выставлен на основании данных эпиданамнеза - возвратился из Алжира; наличия малярийного пароксизма - озноб, повышение температуры до 39,5°С, с последующим ее критическим снижением и обильным потоотделением, гепатоспленомегалии, бледности кожных покровов, иктеричность склер.
2. \* Для уточнения диагноза проводят микроскопическое исследование крови (толстая капля и мазок).
3. Специфическую терапию необходимо начать до получения лабораторных данных, т.к. больной приехал из эндемичного района.
4. Нормализация температуры тела, исчезновение паразитов из периферической крови.
5. Гемолитическая желтуха.

**Задача № 13**

Больной К., 27 лет, прибыл в Россию из Кении. 26.08. у больного развился приступ лихорадочного пароксизма, который повторился 28.08. и 30.08.

При поступлении в отделение на 7-й день болезни: состояние тяжелое. Сознание сохранено, бледен. Пульс - 120/мин. АД - 90/50 мм рт.ст. Печень плотная, увеличена на 2,0 см, пальпируется край селезенки. Умеренно выражена ригидность мышц затылка.

В «толстой капле» крови обнаружены юные трофозоиты.

Начато немедленное введение 5% раствора делагила в вену. Через 8 часов делагил введен повторно. Несмотря на это через сутки повторился приступ лихорадки и озноб. Лечение делагилом отменено. Больному начато введение хинина в вену. Через 5 часов после введения хинина состояние резко ухудшилось, появился озноб, температура повысилась до 40,4°С, боли в пояснице и в крестце, многократно повторилась рвота, выражены мышечные боли, появилось желтушное окрашивание склер. Моча темно- коричневого цвета. За сутки выделил 200,0 мл мочи.

В периферической крови: L - 12,5\*109/л, Ег - 2,2\*1012/л, НЬ - 80 г/л, СОЭ - 45

мм/час.

1. Обоснуйте предположительный диагноз.
2. Чем обусловлено ухудшение состояния больного?
3. Какие лабораторные данные могут свидетельствовать о тяжести заболевания?
4. Что может явиться причиной летального исхода?
5. Назовите препараты химиопрофилактики заболевания.\

Эталон ответа к задаче № 13

1. Тропическая малярия, тяжелое течение, осложненная гемоглобинурийной лихорадкой. Диагноз выставлен на основании данных эпид. анамнеза- прибыл из эндемичного по малярии района Африки; острое начало с приступа малярийного пароксизма, гепатоспленомегалии, в последующем на фоне введения хинина быстрое повышение температуры тела, появление болей в пояснице, повторная рвота, миалгии, моча темно- коричневого цвета, снижение диуреза.
2. Развитием осложнения - гемоглобинурийной лихорадки.
3. В ОАК - гипохромная анемия, лейкоцитоз, ускоренная СОЭ; при исследовании толстой капли крови паразиты не обнаруживаются, т.к. идет массивный гемолиз эритроцитов, пораженных паразитами, которые быстро гибнут.
4. Развитие ОПН.
5. Применение до отъезда в очаг, в течение всего периода пребывания в нем и на протяжении не менее 2 недель после возвращения следующих препаратов (мефлохин, лариам, препараты группы артемизина, примахин).

**Задача № 14**

Больная М., 22 лет, заболела остро, когда после озноба температура вновь повысилась до 39,8°С, появилась головная боль и слабость. В последующие 5-6 дней ознобы повторялись ежедневно, возникали в середине дня, после чего температура на 8-10 часов устанавливалась на уровне 40-41°С. Затем ознобы и повышение температуры возникали через день, появилось желтушное окрашивание кожи и склер, присоединились боли в поясничной области, резко уменьшилось количество выделяемой мочи.

При поступлении на 8-й день болезни: температура 39,9°С. Кожные покровы желтушные. Лицо гиперемировано. Герпес на губах. Инъекция сосудов склер. Язык сухой, обложен белым налетом. Пульс 140/мин., ритмичный, мягкий. АД - 100/60 мм рт.ст. Печеньувеличена на 4 см. Пальпируется плотная, увеличенная на 3,0 см селезенка. Симптом XII ребра положительный. За сутки выделила 250,0 мл мочи.

Из анамнеза: за неделю до заболевания вернулась из Конго, куда выезжала на время

каникул.

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. Оцените степень тяжести заболевания.
3. О чем свидетельствуют боли в поясничной области и уменьшение количества мочи?
4. Назначьте лечение.
5. Чем объяснить неправильный тип лихорадки в первые дни болезни?\

Эталон ответа к задаче № 14

1. Тропическая малярия, осложненная острой почечной недостаточностью.
2. Тяжелая степень тяжести, обусловленная высокой паразитемией.
3. О развитии ОПН.
4. Назначение хинина противопоказано; возможно назначение делагила или артемизина; преднизолон в/в, **4%** гидрокарбоната натрия, лазикс, при отсутствии эффекта - гемодиализ.
5. Неправильный тип лихорадки объясняется наличием в крови нескольких генераций паразитов, развивающихся по разному «графику» - пароксизмы могут быть 2 раза в день и наступать в разное время суток.

**Задача № 15**

В поликлинику обратился мужчина с жалобами на высокую температуру в течение 5 дней. При осмотре выявлено: желтушность кожных покровов, увеличение печени и селезенки.

Из анамнеза: 3 месяца назад вернулся из командировки в Индию.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите метод лабораторной диагностики дня подтверждения диагноза.
3. Определите количество и границы эпидемических очагов.
4. Определите срок наблюдения за контактными лицами.
5. У кажите показания и место госпитализации.

**Эталон ответа к задаче № 15**

1. Малярия.
2. Анализ крови - толстая капля.
3. Природно-очаговое заболевание - домашнего очага и очага в поезде нет.
4. Контактные лица наблюдению и обследованию не подлежат.
5. Обязательная госпитализация больного в инфекционное отделение

**Задача № 16**

В поликлинику обратился мужчина 35 лет с жалобами на высокую температуру тот в течение 5 дней. При осмотре выявлено увеличение печени и селезенки.

Из анамнеза: 2 года назад заболевший вернулся из командировки в Африку. 7 месяцев назад находился на лечении в хирургическом отделении по поводу желчнокаменной болезни с симптомами печеночной колики. Приступ купирован без оперативного нмешательства.

В контакте жена, служащая банка, дочь 5 лет, посещает детский сад. Семья проживает в многоквартирном доме.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Укажите метод лабораторной диагностики для подтверждения диагноза.
3. Определите количество и границы эпидемических очагов.
4. Установите срок наблюдения за контактными лицами.
5. Определите необходимость назначения биологически активных препаратов лицам, находящимся в контакте с больным

**Эталон ответа к задаче № 16**

1. Малярия.
2. Анализ крови - толстая капля.
3. Природно-очаговое заболевание - домашнего очага нет.
4. Контактные лица наблюдению и обследованию не подлежат.
5. Назначается делагил лицам, находящимся в природном очаге.

**ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ, ГРИПП Задача № 1**

Больная А., 27 лет, служащая, обратилась к врачу на 5-й день болезни с жалобами на сильную головную боль, повышение температуры тела, слабость, насморк, заложенность носа, сухой кашель. Заболела 7 декабря после переохлаждения с повышения температуры тела до 37,8°С. Принимала аспирин, полоскала горло. Самочувствие немного улучшилось, но 12 декабря головная боль усилилась, вновь поднялась температура тела до 38,5°С, стало трудно дышать - дышала ртом.

На работе много больных «гриппом».

При осмотре: состояние средней тяжести, температура 38,2°С, лицо бледное, одутловатое, выражен конъюнктивит с гнойным отделяемым, слизистая носа набухшая, миндалины увеличены, рыхлые, выражена гиперемия слизистой ротоглотки. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфатические узлы, мягкие, безболезненны. В легких дыхание везикулярное. Пульс - 80/мин., тоны сердца ясные. Живот мягкий, безболезненный, урчит. Печень пальпируется на 1,0-1,5 см ниже края реберной дуги. Дизурии, менингеальных явлений нет.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте план обследования больного, подтверждающий диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Кто является возбудителем и источником инфекции?
5. Укажите способы профилактики данного заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 1**

1. Аденовирусная инфекция. Диагноз выставлен на основании острого начала, интоксикации, катаральных явлений с конъюнктивитом, лимфаденопатии, гепатомегалии.
2. Общеклиническое, печеночные пробы, вирусологическое исследование, ИФА, РСК, РТГА, МИФ, ПЦР - диагностика.
3. Симптоматические средства,'дезинтоксикация.
4. Аденовирус рода Mastadenovirus семейства Adenoviridae. Источник инфекции - больной человек.
5. Неспецифическая профилактика - регулярное проветривание помещений, обеззараживание поверхностей ультрафиолетом и дезрастворами, ношение медицинских масок. Специфическая профилактика - вакцинация противогриппозной вакциной Гриппол, Инфлювак, Ваксигрипп.

**Задача № 2**

В поликлинику к терапевту обратился студент П., 20 лет, проживающий в общежитии. Болен 2-й день: отмечаются недомогание, легкое познабливание, слабость, температура тела - 37,0 - 37,5°С, насморк, частое чихание, рези в глазах, першение в горле.

При осмотре: кожа чистая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Слизистая оболочка носа отечна и гиперемирована, обильные слизисто-водянистые выделения из носа Умеренно выражена гиперемия конъюнктив и склер, слезотечение. Голос охрипший. Слизистая ротоглотки и задней стенки глотки умеренно гиперемирована, зернистость задней стенки глотки, миндалины не увеличены. Внутренние органы без особенностей.

1. О каком заболевании можно думать? Дайте обоснование.
2. Назначьте обследование, подтверждающее диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите механизм передачи инфекции.
5. Укажите сроки и порядок диспансеризации реконвалесцентов.

**Эталон ответа к задаче № 2**

1. ОРВИ (риновирусная инфекция). Острое начало, интоксикационный синдром с субфебрильной температурой, выраженный катаральный синдром.
2. Общеклиническое, вирусологическое исследование, ИФА, РСК, РТГА, МИФ, ПЦР - диагностика. \*
3. Симптоматическая, патогенетическая терапия.
4. Воздушно-капельный
5. В отсутствии осложнений, диспансеризация не проводится

**Задача № 3**

Участкового врача вызвали к больному К., 32 лет, который жалуется на головную боль, боль в глазных яблоках, ломоту в теле, повышение температуры тела до 38,6-39,6°С, сухой кашель, заложенность носа, першение в горле.

Заболел остро. Накануне вечером имел контакт с больным гриппом. Живет с женой в отдельной квартире. Ранее ничем не болел.

При осмотре: состояние среднетяжелое. Лицо гиперемировано. Склеры и конъюнктивы инъецированы, светобоязнь. Кожные покровы горячие, гиперемированы, сыпинет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Миндалины, язычок, дужки набухшие, ярко гиперемированы с небольшим цианотичным оттенком. В легких везикулярное дыхание. Пульс - 88/мин., ритмичный. АД - 110/70 мм рт.ст. Сознание ясное. Менингеальных симптомов нет.

1. Ваш предварительный диагноз и его обоснование.
2. Забор какого биологического материала от больного необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Назначьте этиотропную терапию (ингибитор нейроменидазы) для пероральнош приема. « <
4. Укажите виды возбудителя данного заболевания.
5. Какие возможны осложнения данного заболевания?

**Эталон ответа к задаче № 3**

1. Грипп. Обоснование: острое начало заболевания, выраженный интоксикационный синдром, с высокой лихорадкой, умеренный катаральный синдром.
2. Смывы и мазки из носоглотки и ротоглотки на вирусологическое исследование, ПЦР - диагностика; сыворотка крови на серологическое исследование.
3. Капе. Тамифлю по 0,075 г 2 раза в день в течение 5 дней.
4. РНК-вирус гриппа А и В.
5. Пневмония, отек легких, инфекционно-токсический шок

**Задача № 4**

К больной В., 17 лет, вызван врач «скорой помощи». Заболела остро, 2 дня назад. Появились озноб, температура тела до 37,8°С, головная боль, насморк, сильный кашель с выделением скудной слизистой мокроты. На следующий день усилился кашель, появилась резкая одышка, переходящая в удушье, мокрота приобрела розовый цвет, появились боли в груди, нарастала слабость. Накануне навещала подругу, больную гриппом.

При осмотре: состояние тяжелое. Беспокойна, сидит в постели, кожа лица гиперемирована, цианоз губ, инъекция сосудов склер, яркая гиперемия слизистой глотки с единичными геморрагиями и зернистостью. Одышка, ЧДД до 48/мин. Дыхание шумное, клокочущее. В легких над всей поверхностью выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы в большом количестве. Мокрота пенистая, кровянистая. Пульс - 110/мин. АД - 100/50 мм рт.ст.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз. Какое развилось осложнение?
2. Назначьте обследование для уточнения диагноза
3. Тактика врача скорой помощи в отношении больного.
4. В условиях какого отделения должна оказывать медицинская помощь?
5. Укажите сроки инкубационного периода данного заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 4**

1. ОРВИ, тяжелое течение, осложненное отеком легких. Диагноз выставлен на основании острого начала, интоксикационного и катарального синдромов, появления и нарастание одышки, цианоза губ, вынужденного положения, усиления кашля с пенистой кровянистой мокротой, шумного клокочущего дыхания, болей в грудной клетке, влажных разнокалиберных хрипов в легких, тахикардии, гипотонии.
2. Смывы и мазки из носоглотки и ротоглотки на РИФ, ИФА, ПЦР - диагностика, сыворотка крови на РТГА, РСК, ИФА со специфическими диагностикумами.
3. Придать больному полусидячее положение, ингаляция кислорода, пропущенного через 70% этиловый спирт, ингаляция антифомсилана, ГКС.
4. В отделение интенсивной терапии инфекционного стационара.
5. 1-10 дней.

**Задача №5**

Больная У., 21 год, медсестра роддома, заболела вчера остро, когда появились головная боль, разбитость, резкая общая слабость, повышение температуры тела до 39,1°С с ознобом. На 2-ой день появился сухой кашель, боли за грудиной, заложенность носа, боли в глазных яблоках, ломота в пояснице, мышцах, суставах, лихорадка до 39,0 - 40°С.

При осмотре: в ротоглотке яркая гиперемия, дужки мягкого неба отечны, гиперемированы. Пульс - 100/мин., ритмичный, мягкий. Тоны сердца приглушены, АД - 110/70 мм рт.ст. В легких - рассеянные сухие хрипы. Язык обложен грязно-серым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Менингеальный синдром отсутствует. В семье все здоровы.

В периферической крови: L - 4,4\*109/л, п - 14 %, с - 51 %, лф - 29 %, мн - 6 %, СОЭ -10 мм/час.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Назначьте обследование, подтверждающее диагноз.
3. Назначьте этиотропную терапию (ингибитор нейроменидазы) для ингаляционного приема.
4. Укажите путь передачи инфекции.
5. Каким препаратом возможна профилактика данного заболевания?

**Эталон ответа к задаче № 5**

1. Грипп. Обоснование: острое начало, выраженная интоксикация с высокой лихорадкой, миалгии, артралгии, катаральные явления.
2. Смывы и мазки из носоглотки и ротоглотки на РИФ, ИФА, ПЦР - диагностика, сыворотка крови на РТГА, РСК, ИФА со специфическими диагностикумами.
3. Реленза по 5 мг 2 раза в день ингаляционно.
4. Аэрогенный.
5. Специфическая профилактика вакциной гриппол.

**Задача № 6**

Больной С., 16 лет, заболел остро. Накануне заболевания общался с одноклассником, у которого был насморк и осиплость голоса. На следующий день у больного появился сильный кашель, заложенность носа, першение в горле, осиплость голоса, повышение температуры до 37,8°С. Среди ночи проснулся от резко затрудненного дыхания, чувства нехватки воздуха.

При обследовании врачом «скорой помощи» выявлено тяжелое состояние больного, афония, приступообразный грубый лающий кашель, свистящее дыхание, одышка с затруднением вдоха, ЧДЦ - 32/мин., бледен, акроцианоз, кожные покровы покрыты холодным потом. Больной беспокоен, отмечается субфебрильная лихорадка до 37,7°С. При аускультации легких - дыхание шумное, сухие хрипы. Сердечные тоны громкие, ритмичные. ЧСС до 140/мин., АД -100/60 мм рт.ст.

1. Поставьте диагноз, оцените и обоснуйте степень тяжести.
2. Обязательно ли проводить обследование для подтверждения диагноза?
3. Какова тактика ведения больного? Необходима ли госпитализация?
4. С чем можно дифференцировать данное заболевание?
5. Возможно ли было избежать развитие данного заболевания и как? л

**Эталон ответа к задаче № 6**

1. Парагрипп, тяжелое течение, осложненное бронхоспазмом, ОДН. Обоснование: острое начало, умеренная интоксикация, катаральный синдром с явлениями ларингита, ухудшение в ночное время, афония, характер кашля и дыхания. Тяжесть состояния обусловлена бронхоспазмом, дыхательной недостаточностью.
2. Не обязательно. Характерные симптомы, эпиданамнез позволяют поставить диагноз клинико-эпидемиологически.
3. Эуфиллин 2,4% - 10 мл внутривенно струйно очень медленно!, ГКС, ингаляции кислорода. Необходима срочная госпитализация в профильный инфекционный стационар.
4. Риновирусная инфекция, пневмония.
5. Да, возможно при проведении специфической профилактики противогриппозной вакциной (Ваксигрипп, гриппол, Инфлювак)

**Задача** № 7

Больной И., 23 года, заболел постепенно. Появилась слабость, боли в горле, насморк, сухой кашель, головная боль, повысилась температура тела до 38°С. Самостоятельно принимал парацетамол, делал ингаляции. Состояние ухудшилось. Появились рези в глазах, усилились боли в горле, насморк, кашель с мокротой, сохранялась лихорадка. Поступил в стационар на 6-й день болезни.

При осмотре: склеры, конъюнктивы гиперемированы, отечны, гнойное отделяемое из глаз. Задняя стенка глотки гиперемирована, отечна, зернистая из-за увеличения лимфатических фолликулов. Миндалины увеличены до II ст., покрыты гнойными наложениями. Дыхание через нос затруднено, из носа умеренное светлое отделяемое Увеличены подчелюстные, шейные лимфатические узлы. Печень +3,0 см, пальпируется селезенка. Живот мягкий, безболезненный, громко урчит. Температура ремиттирующая, в пределах 38,0 - 39,0°С. Интоксикация умеренная.

1. Ваш диагноз, его обоснование.
2. Какие методы лабораторной диагностики необходимы для подтверждения диагноза?
3. Назначьте этиотропную терапию.
4. Укажите путь передачи данной инфекции
5. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную инфекцию?

**Эталон ответа к задаче № 7**

1. Аденовирусная инфекция, среднетяжелое течение. Обоснование: постепенное начало, умеренная интоксикация, выраженный катаральный синдром, гнойный конъюнктивит, ангина, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, урчание в кишечнике
2. Общеклинические, вирусологические, серологические, ПЦР-диагностика. бактериологическое исследование мазков из ротоглотки на флору и антибиотикограмму.
3. Антибиотики широкого спектра действия парентерально и местно в виде глазных капель (пенициллины, макролиды, фторхинолоны).
4. Аэрогенный.
5. Риновирусная инфекция, парагрипп, инфекционный мононуклеоз.

**Задача № 8**

У студента, навестившего больного товарища в соседней комнате общежития, на 2- е сутки появился озноб, повысилась температура тела до 39°С, появились сильная головная боль в лобной области, боли в глазных яблоках, ломота в теле, тошнота. К концу 1-го дня заболевания появились заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной. При осмотре: гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер и конъюнктивы, заложенность носа, в зеве разлитая гиперемия мягкого неба, дужек, миндалин, задней стенки глотки. На мягком небе миллиарная зернистость, на задней стенке глотки гранулезная зернистость. В легких жесткое дыхание, единичные хрипы. Пульс - 102/мин., ритмичный. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Назначьте обследование, подтверждающее диагноз.
3. Назначьте дезинтоксикациоыную терапию.
4. Укажите виды возбудителя данного заболевания.
5. В какой период предпочтительно следует проводить специфическую профилактику?

**Эталон ответа к задаче № 8**

1. Грипп, среднетяжелое течение. Диагноз выставлен на основании острого начала после контакта с больным, интоксикационного и катарального синдромов с преобладанием интоксикации.
2. Общеклиническое, смывы и мазки из носоглотки и ротоглотки на вирусологию, ПЦР- диагностика, сыворотка крови на серологическое исследование (ИФА, РТГА, РСК) с типоспецифическими гриппозными д иагностикумами.
3. Внутривенно капельное введение 400 мл 5% глюкозы с 4 ед инсулина, 400 мл 0,9% хлорида натрия с *5%* аскорбиновой кислоты 5 мл, перорально употребление жидкости до 3х литров в виде морсов, соков, минеральной воды, компотов и др.
4. РНК-вирусгриппаАиВ.
5. В период предшествующий ожидаемой эпидемии гриппа (ранней осенью).

**Задача № 9**

Больной Ю., 20 лет, студент, проживает в общежитии. Заболел остро 7 дней назад. Повысилась температура до 38,6°С, беспокоили головная боль, насморк, сухой кашель. В комнате, где проживает больной, аналогичным заболеванием болеют еще 2 студента. Лечился симптоматически по назначению терапевта. Состояние и самочувствие стало улучшаться, температура снизилась до 37°С, кашель уменьшился. Вчера состояние ухудшилось: температура снова повысилась до 38,0 - 39,0°С, усилился кашель с необильной густой мокротой, появились боли в грудной клетке справа.

При осмотре: кожные покровы бледные, в ротоглотке застойная гиперемия, миндалины до I ст. В легких выслушивается жесткое дыхание по всем полям, справа ниже угла лопатки резко ослаблено. ЧДЦ - 23/мин., АД -100/65 мм рт.ст., ЧСС - 105/мин.

В периферической крови на 2-й день болезни: L - 3,5\* 109/л, п - 3 %, с - 53 %, лф - 40 *%,* мн - 4 %, СОЭ - 5 мм/час; в день поступления в больницу: L - 12,5\*109/л, п - 23 %, с - 45 %, лф - 25 %, мн - 7 %, СОЭ - 32 мм/час.

1. О каком заболевании можно думать? Какие осложнения возникли? Дайте обоснование диагноза.
2. Укажите методы диагностики, подтверждающие возникшее осложнение.
3. Необходима ли госпитализация и почему?
4. Составьте план лечения.
5. Укажите препарат специфической профилактики данного заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 9**

1. Грипп, осложненный трахеобронхитом, правосторонней внебольничной пневмонией. Обоснование: острое начало после контакта с больными, катаральный и интоксикационный синдромы, ухудшение с усугублением интоксикации, признаками деструкции бронхо-легочной ткани, появление лейкоцитоза и сдвига формулы влево в гемограмме.
2. Необходима R-графия грудной клетки, исследование мокроты, общеклиническое, бактериологическое обследование.
3. Госпитализйция обязательна, т.к. больной проживает в общежитии.
4. Необходимо назначить антибактериальную, дезинтоксикационную, симптоматическую терапию.
5. Ваксигрипп, гриппол.

**Задача № 10**

Больной М., 50 лет, поступил в больницу на 3-й день болезни. Заболел остро. С первого дня заболевания и до поступления держалась постоянно высокая температура (39,0 - 39,5°С), беспокоили озноб, сильная головная боль в лобной части, ломота в теле, бессонница, редкий сухой кашель, носовые кровотечения, сухость в носу. В квартире, где живет больной, имеются больные с идентичными симптомами.

При осмотре: тяжелое состояние, эйфория, гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер. Носовое дыхание затруднено. Кожа чистая, без сыпи. Температура тела 40°С. В зеве разлитая гиперемия, геморрагии на мягком небе. Дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены. Тахикардия. АД - 90/60 мм рт.ст. Язык обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Назначьте этиотропную терапию.
4. Кто является источником инфекции при данном заболевании?
5. Какие возможны осложнения данной инфекции?

**Эталон ответа к задаче № 10**

1. Грипп, среднетяжелое течение, осложнение носовое кровотечение. На основании контакта с больными в семье, острого начала заболевания, интоксикации, катаральных явлений, возникновения носовых кровотечений.
2. Общеклиническое, вирусологическое исследование, ИФА, РСК, РТТА, РИФ, ПЦР - диагностика, осмотр ЛОР - врача.
3. Можно назначить один из противовирусных препаратов: Арбидол по 0,2 г 4 раза в день перорально в течение 3-5 дней; Тамифлю по 0,075 г 2 раза в день перорально в течение 5 дней; Ингавирин по 0,09 г 1 раз в день перорально в течение 5 дней; Релегоа по 0,005 г 2 раза в день ингаляционно.
4. Больной человек.
5. Пневмония, отек легких, инфекционно-токсический шок

**Задача № 11**

Больная Г., 36 лет, заболела остро 2 дня назад, когда температура тела к вечеру повысилась до 38°С, беспокоила сильная головная боль, небольшая заложенность носа с незначительными серозными выделениями, сухой кашель. Участковый врач, вызванный на дом, поставил диагноз «Грипп», назначил аспирин, анальгин. На следующий день состояние больной резко ухудшилось. Была вызвана бригада «скорой помощи», которая нашла больную в тяжелом состоянии: температура тела 40°С, резкая слабость, сильная головная боль в лобной части, выраженная одышка. Лицо бледное, слизистые губ с цианотичным оттенком, на лбу капли пота. АД снижено, тахикардия. Доставлена в инфекционное отделение с диагнозом: Лакунарная ангина.

При осмотре: состояние тяжелое, адинамия, выраженная бледность кожных покровов, плотный диффузный отек шейной клетчатки до середины шеи. Гиперемия слизистой ротоглотки с цианотичным оттенком, зев отечен, на поверхности гипертрофированных миндалин плотный блестящий белого цвета налет, распространяющийся на мягкое и твердое небо. Регионарный лимфаденит. Пульс - 90/мин. АД - 90/60 мм рт.ст.

На 10-ый день пребывания в стационаре у больной появилась жалобы на боли в области сердца, усиленное сердцебиение. При осмотре: адинамия, вялость, выраженная бледность кожных покровов. Границы сердца расширены на 1,5-2,0 см, тоны сердца глухие, систолический шум на верхушке. Максимальное АД снижено до 70 мм рт.ст., тахикардия до 120/мин.

1. Ваш диагноз, его обоснование.
2. Составьте план обследования больной.
3. Составьте план лечения больной.
4. Назовите виды возбудителя.
5. В каком отделении предпочтительно лечить данную пациентку?

**Эталон ответа к задаче № 11**

1. Грипп, тяжелое течение, период разгара заболевания, осложненное отеком легких. Обоснование: острое начало, катаральные явления, интоксикация, ухудшение состояния - одышка, клокочущее дыхание, притупление перкуторного звука, масса влажных мелкопузырчатых хрипов в легких, бледность и цианоз кожных покровов.
2. Общеклиническое, смывы и мазки из носоглотки и ротоглотки на вирусологию, ПЦР- диагностика, сыворотка крови на серологическое исследование (ИФА, РТТА, РСК) с типоспецифическими гриппозными диагностикумами, рентгеноргафия грудной клетки.
3. Полусидячее положение, жгуты на конечности, ингаляции кислорода и аэрозолей - пеногасителей, внутривенно сердечные гликозиды, ГКС; Детоксикационная, этиотропная, патогенетическая терапия.
4. РНК-вирус гриппа А и В.
5. В отделении интенсивной терапии и реанимации.

**Задача № 1**

Больная В., 54 лет, работник мясокомбината, обратилась за медицинской помощью с жалобами на повышение аппетита, снижение веса на 5 кг в течение последнего года, слабость, раздражительность, периодические боли в правой подвздошной области, урчание в животе. Больная обнаружила, что при акте дефекации отошел ленточный гельминт размером до 15 см, беловатого цвета.

При осмотре: кожные покровы обычной окраски, дыхание везикулярное, сердечные тоны ясные, ритмичные, АД - 130/90 мм. рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом, живот мягкий, подвздут, болезненный в правой подвздошной области, урчит. Отмечает неустойчивый стул.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.

1. Назовите возможные изменения в анализе крови.
2. Назовите возбудителя заболевания.
3. Назначьте лечение.
4. Как проводится контроль эффективности дегельминтизации?

**ответа к задаче № 1**

Тениаринхоз. Диагноз поставлен на основании эпиданамнеза (работает на мясокомбинате), симптомов поражения ЖКТ (боли в правой подвздошной области, урчание в животе, неустойчивый стул), похудания на фоне повышение аппетита, интоксикации, отхождения при акте дефекации участка стробилы половозрелого гельминта.

Лейкоцитоз, эозинофилия, анемия.

1. Taeniarhynchus saginatus.
2. Вермокс по 0,1 г 2 раза в день внутрь в течение 1 суток.
3. Через 4 месяца после лечения исследуют соскоб с перианальных складок 2х-кратно с интервалом 10 дней и опрашивают об отхождении члеников гельминта.

**Задача № 2**

Больной А., 52 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на периодические боли в животе, тошноту после приема пищи, неустойчивый стул с чередованием запоров и поноса в течение 3х месяцев. Последнюю неделю беспокоит слабость, головокружение, головная боль, снижение работоспособности. Вчера в испражнениях обнаружил лентовидное образование беловатого цвета длиной 70,0 см.

Больной увлекается рыбалкой, часто употребляет в пишу свежесоленую рыбу и икру рыб карповых пород, щуку.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Составьте план лабораторного обследования.
3. Назначьте лечение.
4. Длительность диспансерного наблюдения.
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

**Эталон ответа к задаче № 2**

' 1. Дифиллоботриоз. Обоснование: эпиданамнез (употребление в пишу свежесоленой рыбы и икры рыб карповых пород и щуки), симптомы поражения ЖКТ (боли в животе, тошнота, неустойчивый стул), отхождение участка стробилы гельминта с испражнениями, симптомы интоксикации и анемии (слабость, головокружение, головная боль)

1. Анализ кала на обнаружение яиц широкого лентеца, анализ крови (В12-дефицитная анемии);
2. Бильтрицид по 25 мг/кг массы однократно. Накануне лечения требуется диета из легко усваиваемой пищи в течение 2х дней (бульон, жидкая каша пюре, молоко, кисели, фруктовые соки, сладкий чай). Через 1-3 часа после лечения - солевое слабительное.
3. 2 месяца, с контролем исследованием кала на обнаружение яиц широкого лентеца.
4. Исключить употребление свежесоленой и термически необработанной рыбы в пишу, охрана водоемов от загрязнения испражнениями.

**Задача № 3**

Больной Б., 33 лет обратился в поликлинику к терапевту. Жалобы на слабость, плохой аппетит, ознобы, повышение ^температуры тела, головную боль, чувство тяжести в правом подреберьи. Заболел остро 3 дня назад. С первого дня температура повысилась до 38,0°С и сохранялась в пределах 38,0 - 39,0°С, сопровождаясь познабливанием.

При осмотре: кожа обычной окраски, лицо гиперемировано. Язык обложен грязно­серым налетом. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД - 120/90 мм рт ст. пульс - 90/мин. Живот мягкий при пальпации, болезненный в правом подреберьи, где пальпируется уплотненная печень, выступающая на 2,5 см из-под края реберной дуги. Стул оформлен, обычного цвета. Дизурии нет. Изменений цвета мочи нет.

При обследовании изменений биохимических печеночных проб не выявлено. В общем анализе крови: НЬ - 134 г/л, L - 14\*109г/л, э - 16 %, п - 12 %, с - 54 %, л - 12 %, м - 6 %, СОЭ - 15мм/час.

Из анамнеза\* больной один месяц назад вернулся из г. Назарово, рыбачил на реке Чулым, неоднократно ел малосоленую рыбу (карп, ерш).

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте план лабораторного обследования.
3. Составьте план лечения.
4. Назовите возбудителя заболевания.
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

**Эталон ответа к задаче № 3**

1. Острый описторхоз. Диагноз выставлен на основании данных эпиданамнеза (употребление в пишу малосоленой рыбы из водоема эндемичного по описторхозу), острого начала заболевания с симптомов интоксикации (повышение температуры до 38-39°С с познабливанием, слабостью, головной болью), астенического синдрома, гепатомегалии, болей в правом подреберьи; эозинофилии.
2. ИФА (IgM, IgG к описторхам), дуоденальное зондирование с исследованием желчи на яйца Opisthorchis felineus, исследование кала на яйца Opisthorchis felineus..
3. Дезинтоксикационная терапия глюкозо-солевыми растворами, десенсибилизирующие средства, желчегонные, спазмолитики, препараты симптоматической терапии, дегельминтизация билырицидом.
4. Opisthorchis felineus.
5. Исключить употребление свежесоленой и термически необработанной рыбы в пишу, охрана водоемов от загрязнения испражнениями.

**Задача № 4**

Больной П., 43 лет, доставлен «скорой помощью» 25.08. в аллергологическое отделение с диагнозом: Отек Квинке. Жалобы на отек лица, сыпь в области шеи, груди, рук, ломоту в теле, боли в спине, плечах, голенях.

Заболел остро 5 дней назад. Появились боли в животе, разжиженный стул до 5-ти раз в день, повысилась температура тела до 38,0°С. На следующий день состояние ухудшилось, появилась головная боль, отек лица, боли в спине, голенях. Принимал самостоятельно таблетки аспирина, анальгина, парацетамола, с временным снижением температуры и уменьшением боли. 24.08. появилась сыпь, усилились боли, нарос отек на лице, температура до 38,0-39,0°С не снижалась приемом жаропонижающих препаратов.

При осмотре: лицо гиперемировано, отечно, кожные покровы горячие, в области шеи, груди, рук, на спине пятнисто-папулезная, ярко-розовая, округлой формы, в диаметре

1. 3.1,5 см, зудящаяся сыпь. При пальпации мышц спины, конечностей, живота - боль. Рот открывает с трудом. В ротоглотке слизистая обычной окраски, миндалины не увеличены, при глотании отмечает болезненность. Дыхание везикулярное, сердечные тоны приглушены, ритмичные. АД - 120/80 мм рт. ст., ЧСС - 97/мин^ Живот при пальпации мягкий, болезненный, симптомов раздражения брюшины не выявлено. Стул кашецеобразный, без патологичесих примесей.

Из анамнеза: больной 3 недели назад употреблял в пищу мясо медведя, которым его угостили родственники. В семье родственников заболели два человека, которые в настоящее время находятся на лечении в ЦРБ по месту жительства.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Тактика врача-аллерголога в отношении данного больного?
3. Назначьте план обследования.
4. Предположите результаты гемограммы.
5. Назначьте лечение.

**Эталон ответа к задаче № 4**

1. Трихинеллез. Диагноз поставлен на основании эпидемического анамнеза (употребление в пищу мяса медведя), острое начало заболевания с интоксикационным синдромом (высокая лихорадка, слабость, головная боль), разжиженный стул с начала заболевания, миалгии, затруднение открывания рта, отечный синдром, характерная сыпь.
2. Направить на лечение в инфекционный стационар.
3. Общеклинический анализ крови, серологические исследования, трихинеллоскопия остатков мяса медведя
4. Лейкоцитоз, высокая эозинофилия, ускорение СОЭ.
5. Вермокс по 0,3-0,4 г в сутки на протяжении 7-14 дней.

**Задача № 5**

Больной П., 43 лет, обратился к врачу поликлиники с жалобами на слабость, головокружение, дискомфорт в животе, повышение аппетита, тошноту после еды. Указанные жалобы беспокоят в течение последних 6 месяцев.

При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, сыпи нет. Дыхание везикулярное. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, АД - 110/70 мм рт. ст., ЧСС - 86/мин. Живот округлой формы, в акте дыхания участвует активно, при пальпации мягкий, слабо болезненный вокруг пупка, в эпигастральной области.

В анализе крови выявлено: Ег - 4,2\*1012/л, ц.п. - 0,98, НЬ - 78 г/л, L - 7,4\*109/л, э- 16 %, п -12 %, с - 30 %, л - 34 %, м - 8 %, СОЭ - 45 мм/ч.

Из эпидемиологического анамнеза: больной увлекается рыбалкой, регулярно употребляет в пищу малосоленую и свежевыловленную речную рыбу и икру преимущественно карповых пород.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Какие изменения выявлены в гемограмме? С чем они связаны?
3. Назовите возбудителя заболевания.
4. Назовите фактор передачи инфекции в данном случае.
5. Назначьте препарат для лечения данного заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 5**

1. Следует думать о дифиллоботриозе. На основании эпидемиологического анамнеза: употребление в пищу малосоленой и свежевыловленной речной рыбы и икры, преимущественно карповых пород; симптомы поражения ЖКТ: тошнота, повышение аппетита, чувство дискомфорта в животе, болезненность живота при пальпации.
2. В12 - дефицитная анемия связана с адсорбцией витамина В12 паразитом. Эозинофилия связана с присутствием паразита и его аллергизирующим действием на макроорганизм.
3. Diphyllobothrium latum.
4. Причиной заболевания послужило употребление в пишу малосоленой и свежевыловленой речной рыбы и икры.
5. Бильтрицид в дозе 25 мг/кг массы однократно.

**Задача № 6**

Больной М., 40 лет, заболел остро 2 недели назад, когда появилась лихорадка до 39°С, слабость, боли в правом подреберье. Лечился самостоятельно в течение недели жаропонижающими и противовирусными препаратами.

На фоне лечения состояние не улучшалось. Высокая температура тела сохранялась, беспокоили умеренные боли в правом подреберье. Обратил внимание на желтушность склер. Врачом «скорой помощи» доставлен в инфекционный стационар. Из анамнеза: в пищу употреблял малосольную речную рыбу за 3 недели до заболевания, которой угостили родственники.

При осмотре: незначительная желтушность кожных покровов, иктеричность склер, печень выступает из-под края реберной дуги на 0,5-1,0 см, чувствительная при пальпации.

В периферической крови: Ь-17,0\*109/л, НЬ-146 г/л, СОЭ-22 мм/час, э-40 %.

В биохимическом анализе крови: общий билирубин - 85 ммоль/л, прямой билирубин - 55 ммоль/л, непрямой - 30 ммоль/л, АлАТ - 1,8 мкмоль/л, АсАТ - 0,88 мкмоль/л.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назовите фактор передачи инфекции в данном случае.
3. Назовите возбудителя заболевания.
4. Составьте план лечения.
5. Укажите сроки диспансерного наблюдения при данном заболевании.

**Эталон ответа к задаче № 6**

1. Острый описторхоз. Диагноз поставлен на основании эпиданамнеза (употребление в пищу малосольной речной рыбы), интоксикации с повышением температуры, слабостью, симптомов поражения гепатобшшиарной системы (желтуха, гепатомегалия, боли в правом подреберьи, гипербилирубинемия), изменений в гемограмме (лейкоцитоз, высокая эозинофилия).
2. Употребление в пишу малосольной речной рыбы за 3 недели до заболевания.
3. Opisthorchis felineus.
4. Дезинтоксикация, подготовительная терапия с применением антигистаминный препаратов, спазмолитиков и желчегонных в течение 10 дней с последующей дегельминтизацией бильтрицидом.
5. 3 месяца, с контрольным исследованием кала на обнаружение яиц гельминта.

**Задача № 7**

Больной К., 45 лет, обратился в поликлинику с жалобами на сухой кашель, повышение температуры тела до 37,6°С, приступы удушья, снижение остроты зрения на левый глаз. Данные симптомы появились около 1 месяца назад.

Из анамнеза выяснено, что содержит 4 собаки, с которыми охотится.

При осмотре: на коже малозаметная бледно-розовая пятнисто-папулезная сыпь, незначительно зудится, расположена на сгибательных поверхностях рук. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны ясные, ритмичные, АД - 120/80 мм рт.ст., ЧСС - 96/мин. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется увеличенная безболезненная печень. При осмотре офтальмологом в стекловидном теле левого глаза обнаружено червеобразное мелкое, свободно плавающее образование.

В периферической крови: эозинофилия до 15%, гипохромная анемия, лимфоцитоз.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назовите причину снижения зрения на левый глаз.
3. Назовите возбудителя заболевания.
4. Назначьте лечение.
5. Каким образом произошло заражение?

**Эталон ответа к задаче № 7**

1. Токсокароз. Обоснование: эпиданамнез (контакт с собаками), длительный субфебришгет, на сухой кашель, приступы удушья при отсутствии физикальных изменений в легких, характерная сыпь, эозинофилия.
2. Глазной токсокароз (наличие возбудителя в стекловидном теле левого глаза).
3. Toxocara canis.
4. Мебендазол внутрь из расчета взрослым по 0,1 г 2 раза в день курсом 7-10 дней; при необходимости возможно проведение повторных курсов.
5. При контакте с собачьей шерстью на руки попадали яйца возбудителя, которые больной заглатывал вместе с пищей.

**Задача № 8**

Больная В., 25 лет обратилась за медицинской помощью к участковому терапевту. Заболела постепенно 16 дней назад. В начале заболевания беспокоили тяжесть и боли в правом подреберьи, тошнота, снижение аппетита, слабость, раздражительность. Больная самостоятельно принимала таблетки но-шпы и панкреатина, которые уменьшали боль, а через 5 дней боли полностью прошли. Но на 9-ый день болезни появился сухой приступообразный кашель со скудной мокротой и прожилками крови, повышение температуры до 38,5°С, потливость, усилилась слабость. При аускультации выслушивалось жесткое дыхание. Сердечные тоны ясные, ритмичные; АД -110/70 ммрт.ст., ЧСС - 78/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень по нижнему краю реберной дуги, безболезненная. Симптом XII ребра отрицательный. Стул оформлен. Дизурических явлений нет.

При R-обследовании легких выявлена мелкоочаговая пневмония с множеством очагов инфильтрации по всем полям легких.

Назначенная антибактериальная, патогенетическая и симптоматическая терапия состояния не улучшила. Сохранялась лихорадка, кашель усилился, приступообразный со скудной светлой мокротой, появились боли в грудной клетке и одышка.

В периферической крови: L - 8,5\*109/л, э - 27 %, СОЭ -24 мм/час.

При повторном R-обследовании легких сохранялись очаги инфильтрации, но наибольшая их локализация выявлялась ближе к бронхиальному дереву.

Из эпиданамнеза: в июле и начале августа больная жила на даче, ела немытую клубнику, огурцы, помидоры и другие ягоды и фрукты.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз. '
2. Объясните картину R-обследовании легких.
3. Назначьте лечение, эффективное для данной стадии заболевания.
4. Назовите возбудителя заболевания.
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?
6. **Эталон ответа к задаче № 8**
7. 1. Аскаридоз, ранняя (личиночная) фаза. Обоснование: эпиданамнез (употребление немытых ягод и овощей), симптомы поражения печени и легких в процессе миграции личинок аскарид, гепатомегалия, приступообразный кашель со скудной мокротой и прожилками крови, жесткое дыхание, отсутствие эффект на антибактериальную и

симптоматическую терапию, интоксикация, аллергия, изменения в гемограмме (лейкоцитоз, эозинофилия, ускорение СОЭ), R-данные (мелкоочаговая пневмония).

1. На R-картине выявлены эозинофильные инфильтраты Леффлера, отражающие миграцию личинок аскариды в легких.
2. Вермокс 0,1 г 2 раза в день в течение 3-4 дней, или немозол по 0,4 г 2 раза в день в течение 5 дней.
3. Ascaris lumbricoides.
4. Соблюдение санитарно-гигиенических норм приема пищи: ягоды, овощи, фрукты, зелень необходимо тщательно мыть перед употреблением в пищу; исключить применение фекальных масс в качестве удобрения.

**Задача № 9**

В группе детского сада 14 детей из 25 стали капризны, раздражительны, у них снизился аппетит. При осмотре фельдшером детского сада видимых изменений объективного статуса выявлено не было, у 8 детей при пальпации живота незначительная болезненность. При беседе с родителями этих детей выяснилось, что большинство детей плохо, беспокойно спят, у них зудится \* перианальная область. Четверо родителей обнаружили в перианальных складках ребенка выползших мелких беловатых червячков и лечили самостоятельно рекомендованным в аптеке лекарством. В течение нескольких дней дети спали спокойно, но затем все повторилось.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Назначьте обследование, подтверждающее диагноз.
3. Какие противоэпидемические мероприятия в группе детского сада необходимо провести для ликвидации очага заболевания?
4. Каким детям необходимо провести дегельминтизацию и почему?
5. Назначьте лечение.

**Эталон ответа к задаче № 9**

1. Энтеробиоз. Обоснование: зуд в перианальной области, изменение в поведении (раздражительность, плохой сон), обнаружение особей паразита.
2. Копровоскопия соскоба из перианальных складок для обнаружения яиц гельминта.
3. Необходима дегельминтизация детей и персонала, на период лечения их изолируют; провести дезинфекцию в группе горячим мыльно-содовым раствором с обработкой пола, дверных ручек, игрушек; ковры и матрацы вынести на солнце или на мороз.
4. Дегельминтизацию провести всем детям в группе, т.к. выявлено более 15% инвазированных; провести заключительную дезинфекцию с обработкой инвентаря, предметов гигиены, игрушек.
5. Немозол 10 мг/кг детям, 0,4 г взрослым однократно с последующим соблюдением санитарно-гигиенических норм.

**Задача № 10**

Больной А., 25 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на периодические боли в животе, преимущественно вокруг пупка, изжогу, раздражительность в течение последних 3х месяцев. Вчера в испражнениях обнаружил гельминта округлой формы, беловатого цвета, диаметром до 0,5 см, длиной до 40,0 см. Накануне ел острую пишу. Летом отдыхал на море, употреблял в пишу немытые ягоды, фрукты и овощи, купленные на рынке.

При осмотре: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, дыхание везикулярное, сердечные тоны ясные, ритмичные, АД - 120/80 мм рт.ст. Язык обложен беловатым налетом, живот при пальпации мягкий, болезненный по ходу кишечника, вокруг пупка. Печень не увеличена.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Назовите возбудителя заболевания.
3. Назовите осложнения при данном заболевании. С чем они связаны?
4. Назовите причину отхождения гельминта при акте дефекации.
5. Назначьте лечение.

**Эталон ответа к задаче № 10**

1. Аскаридоз. Обоснование: периодические боли в животе, преимущественно вокруг пупка, изжога, раздражительность в течение последних 3х месяцев, обнаружение в испражнениях особи аскариды.
2. Ascaris lumbricoides.
3. Аппендицит, кишечная непроходимость, острый панкреатит, холецистит, перфорация кишечной стенки с развитием перитонита, острый аднексит; связаны с возможностью аскариды передвигаться по кишечнику и заползать в аппендикс, протоки поджелудочной железы, желчевыводящие протоки, заползать у женщин в половые органы.
4. Употребление в пишу острой пшци, которая послужила для аскариды раздражающим фактором.
5. Немозол по 0,4 взрослым одно-двукратно внутрь.

**Задача № 1**

Больная Б., 30 лет, обратилась с жалобами на слабость, боли в суставах, плохой сон. Считает себя больной около 6 месяцев. Периодически обращалась в поликлинику по месту жительства, принимала обезболивающие препараты (анальгин, баралгин), местно финалшн, массаж. Состояние несколько улучшалось, но потом вновь возвращались боли в суставах. В последнее время состояние ухудшилось: нарастала слабость, постоянная боль в суставах, выраженная потливость, появилась раздражительность. Больная направлена на консультацию к инфекционисту.«

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожа повышенной влажности. Со стороны ротоглотки изменений не обнаружено. Менингеальных знаков нет. В пояснично- крестцовой области определяются уплотнения. Суставы не изменены, движения в коленных, голеностопных, локтевых, лучезапястных суставах несколько ограничены из-за болезненности. Тоны сердца ритмичные, несколько приглушены, пульс - 80/мин. АД - 130/80 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены.

Больная работает дояркой в пригородном хозяйстве. Замужем. Двое детей. Члены семьи здоровы. Последние месячные были в срок.

Прививочный анамнез без особенностей.

Госпитализирована в инфекционное отделение. Поставлена внутрикожная аллергическая проба

1. Предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Необходима ли госпитализация больной.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
4. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
5. Как оценить результат внутрикожной пробы?

**Эталон ответа к задаче № 1**

1. Первично-хронический бруцеллез, локомоторная форма, ст. субкомпенсации. Обоснование: торпидное течение заболевания, отсутствие острого периода в анамнезе, фиброзиты в пояснично-крестцовой области; поражение суставов при отсутствии органических изменений с их стороны; профессиональный эпиданамнез.
2. Госпитализация больной необходима для проведения комплексного лечения и пробы Бюрне.
3. Дифференцировать необходимо в первую очередь с ревматизмом и реаматоидным полиартритом.
4. Реакция Райта, Хеддельсона, РСК, РНГА, реакция Кумбса, кожно-аллергическая проба Бюрне.
5. Проба Бюрне считается положительной при размере участка отека 3,0\*3,0 см и более (местная реакция), с наличием общей (повышение температуры, вегетативные реакции) и очаговой реакции (усиление болей в суставах).

**Задача № 2**

Больной И., 28 лет, зоотехник, обслуживает фермы крупного и мелкого рогатого скота. В контакте с лихорадящими больными не был, молоко не употребляет ни в каком виде, хотя в собственном хозяйстве видимой деформации и явлений воспаления. Со стороны других органов и систем - без особенностей.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какие лабораторные методы диагностики необходимы для подтверждения диагноза?
3. Составьте план лечения больного с назначением препаратов этиотропной терапии.
4. Как произошло заражение в данном случае?
5. Каковы противоэпидемические мероприятия в очаге данного заболевания?

Эталон ответа к задаче № 2

1. Острый бруцеллез, среднетяжелое течение. Диагноз выставлен на основании высокой лихорадки при удовлетворительном состоянии пациента, лимфаденопатии, гепатоспленомегалии, эпиданамнеза (работает зоотехником, контактирует с крупным и мелким рогатым скотом).
2. Реакция Райта, реакция Хеддельсона, бактериологическое исследование крови 3-5"™ кратно с целью выявления бруцелл, кожно-аллергическая проба Бюрне не ранее 25-ш дня от момента заболевания.
3. Патогенетическая дезинтоксикационная и десенсибилизация терапия, этиотропная терапия препаратами тетрациклиновош ряда по 2-3 курса длительностью не менее 10 дней каждый. Доксициклин 0,1 г 2 раза в день перорально; или доксициклин 0,1 г

• внутривенно капельно на физиологическом растворе 2 раза в день; или тетрациклин 0,1 г по 5 таблеток 4 раза в день перорально.

1. В собственном хозяйстве имеется корова, у которой 1 месяц назад зарегистрирован самопроизвольный аборт - наиболее характерный признак бруцеллезного поражения животных.
2. Выявление больных животных, вакцинопрофилактика работающего контингента, санитарно-гигиенические и ветеринарные мероприятия.

**Задача № 3**

Больная Д.; 50 лет, в течение многих лет работает ветеринарным' врачом, прививает крупный и мелкий рогатый скот. Обратилась с жалобами на боли в крупных суставах рук, ног, слабость, потливость, раздражительность.

Считает себя больной около 2х лет, когда стали беспокоить боли в суставах, временами субфебрильная температура. Лечилась амбулаторно по поводу ревматизма - с временным улучшением. Месяц назад усилилась слабость, потливость, обострилась боль в суставах, появилась раздражительность, что и заставило обратиться к врачу.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, умеренный гипергидроз. Лимфатические узлы не увеличены. В подкожной клетчатке пояснично- крестцовой области определяются болезненные уплотнения величиной до фасоли. Суставы без видимых признаков деформации, движения в коленных, голеностопных, локтевых, лучезапястных суставах болезненны и ограничены в амплитуде. Тоны сердца ритмичны, приглушены, пульс - 76/мин. АД - 120/70 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных и очаговых проявлений нет.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Укажите методы диагностики, подтверждающие диагноз.
3. Какое лечение предпочтительно в данном клиническом случае?
4. Как могло произойти заражение в данном случае?
5. Спрогнозируйте исход заболевания.

Эталон ответа к задаче № 3

1. Первично-хронический бруцеллез, локомоторная форма, ст. субкомпенсации. Диагноз выставлен на основании вегетативной симптоматики, фиброзитов крестцово- поясничного отдела, артралгий, профессионального анамнеза и отсутствия перенесенного острого процесса.
2. Серологические реакции Райта и Хеддельсона, кожно-аллергическая проба Бюрне.
3. Патогенетическое лечение нестероидными противовоспалительными препаратами: ортофен 3,0 мл 1 раз в день внутримышечно; или мелоксикам 0,0075 г 2-3 раза в день; или немисулид 0,1 г 2 раза в день. Десенсибилизирующая терапия антигистаминными препаратами: кларотадин 0,1 г 1 раз в день; или цитеризин 0,1 1 раз в день.
4. Заражение произошло, возможно, из-за несоблюдения правил работы при вакцинировании скота.
5. Исход для жизни благоприятный, в будущем возможно развитие резидуального бруцеллеза.

**Задача № 4**

Больная Т., 29 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на общую слабость, головную боль, ухудшение аппетита, нарушение сна, периодическое повышение температуры тела до 37,5°С, особенно во время менструации, раздражительность, снижение работоспособности. Обследована на туберкулез - поражения легких не обнаружено.

Замужем, детей нет (первая беременность закончилась выкидышем). Обследована гинекологом - патологии не обнаружено. Обращалась неоднократно к неврологу.

При осмотре: кожные покровы увеличенной влажности, лимфатические узлы увеличены до 0,5-1,0 см в диаметре, умеренно болезненны при пальпации. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичные. АД 110/70 мм рт.ст. Пульс 78/мин. Живот умеренно вздут, при пальпации безболезненный. Печень увеличена до 1,0 см. Диурез сохранен, стула не было в течение суток.

В общем анализе крови: нормоцитоз и умеренная лейкопения с относительным лимфоцитозом.

На ЭКГ - диффузные изменения в миокарде.

Установлен диагноз «Вегетососудистая дистония по гипотоническому типу». Назначено общеукрепляющее лечение.

1. Согласны ли вы с диагнозом врача поликлиники?
2. Ваш диагноз, его обоснование.
3. Какие сведения в анамнезе необходимо выяснить?
4. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
5. Назначьте лечение.

Эталон ответа к задаче № 4

1. Диагноз врача поликлиники недостаточно обоснован.
2. Первично-хронический токсоплазмоз. Обоснование: обилие жалоб при почти полном отсутствии объективных данных, невынашивание беременности.
3. Необходимо собрать эпиданамнез о наличии содержания домашних животных (кошек)и употребление сырого фарша при приготовлении пищи.
4. Необходимо провести ИФА, РСКА, ПЦР в динамике, ВКП с токсоплазмином, рентгено-логическое исследование черепа.
5. Химиотерапия (хингамин или делагил, доксициклин) десенсибилизирующая терапия, витаминотерапия.

**Задача № 5**

Больная М., 34 лет, в течение многих работает в приюте для животных, где содержатся кошки и собаки. Обратилась к врачу с жалобами на слабость, нарушение сна, раздражительность, головную боль, сердцебиение, боли в области сердца, боли в мышцах и суставах. В процессе беседы с больной выяснено, что на протяжении последних 5-6 месяцев отмечает повышение температуры тела до 37,2-37,5°С, раздражительность, плаксивость, необоснованное чувство страха.

Замужем, дважды беременности заканчивались самопроизвольными абортами, часто болеет респираторными заболеваниями.

При осмотре: кожные покровы бледные, пальпируются увеличенные, плотноватые, слегка болезненные подчелюстные, шейные, надключичные, подмышечные, паховые лимфатические узлы до 1,0-3,0 см в диаметре по типу полиаденита. Сердечные тоны приглушены, выслушивается систолический шум на верхушке. АД - 100/55 мм рт.ст, пульс 95/мин., ритмичный. Живот мягкий, печень пальпируется на 1,0 см из-под края реберной дуги.

На ЭКГ - диффузные изменения в миокарде.

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте обследование, подтверждающее диагноз.
3. Назначьте терапию в данном клиническом случае.
4. Как произошло заболевание в данном случае?
5. Спрогнозируйте исход заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 5**

1. Хронический токсоплазмоз, смешанная форма, стадия субкомпенсации. Обоснование: длительность течения, многочисленные жалобы, субфебрилитет, полиаденит, тахикардия, гипотония, гепатомегалия, аускультативные и ЭКГ-изменения в сердце, сведения эпиданамнеза о длительном контакте с домашними животными.
2. ИФА на предмет обнаружения специфических IgM и/или IgG, РСК, ПЦР, внутрикожная аллергическая проба с токсоплазмином.
3. Учитывая образование новых очагов целесообразно проведение химиотерапии хлорид ином - 0,025 г 2 раза в день 10 дней на фоне десенсибилизирующей терапии антигистаминными препаратами.
4. Заболевание в данном случае возможно при контакте с кошками или употреблении в пишу недостаточно обработанного термически сырого мяса.

Хронический процесс не излечивается, его можно перевести в стадию компенсации.

**Задача № 6**

На прием в гинекологу женской консультации обратилась пациентка Н., 27 лет, беременная на сроке 26 недель. При скрининг-обследовании выявлены IgM и IgG к токсоплазмам. Предъявляет жалобы на слабость.

Из анамнеза: проживает в частном доме, на протяжении всей жизни дома содержатся кошки. Ранее на токсоплазмоз не обследовалась.

При осмотре: кожные покровы чистые, влажные, температура тела в пределах нормы. Лимфатические узлы не увеличены. Живот увеличен за счет беременности, печень перкуторно по краю реберной дуги.

Беременность развивается нормально, по результатам УЗИ - патологии со стороны плода нет.

1. Сформулируйте и обоснуйте полный диагноз.
2. Какова тактика врача-гинеколога в отношении беременной?
3. Каковы лечебные мероприятия в данном случае?
4. Как произошло инфицирование в данном случае?
5. Дайте прогноз в отношении беременности.

**Эталон ответа к задаче № 6**

1. Токсоплазмоз, латентное течение. Диагноз выставлен на основании отсутствия клинической симптоматики, сведений анамнеза о тесном контакте с кошками в течение всей жизни, обнаружении специфических антител.
2. Направление на консультацию к инфекционисту, обследование плода на предмет выявления уродств.
3. Для снижения риска развития врожденного токсоплазмоза у плода необходимо назначение спирамицина в дозе по 3 млн ЕД 3 раза в день в течение 2-3 недель.
4. Тесный контакт с кошками в течение всей жизни.
5. Прогноз для жизни благоприятный, но при вынашивании плода неясен - при отсутствии лечения возможны самопроизвольный аборт или врожденные уродства.

**Задача № 7**

Больной Т., 26 лет, обратился в поликлинику 13 апреля по месту жительства с жалобами общее недомогание, повышение температуры тела, головную боль, высыпания на коже. Заболел 4 апреля, когда отметил появление небольшой опухоли в заушной области слева на волосистой часть головы и общее недомогание. С 10 апреля температура повысилась до 38°С, появились умеренная головная боль, шум в голове, нарушение сна - яркие, беспокойные сновидения. 11 апреля температура тела достигла 39,0-40,0°С. 12 апреля на кожных покровах появилась сыпь в области кистей и предплечий, на следующий день сыпь распространилась на грудь и живот. Направлен на госпитализацию в инфекционное отделение с диагнозом: Грипп, тяжелое течение.

При поступлении выяснено, что с 31 марта по 8 апреля был в деревне. 1 апреля снимал с себя клеща.

При осмотре: температура тела 40°С. Состояние тяжелое. Склерит. На волосистой части головы, слева в заушной области, определяется инфильтрат размером 1,5\* 1,5 см с шелушением кожи, в центре - корочка до 2,0 мм в диаметре. Шейные лимфатические узлы слева увеличены до 1,0\* 1,5 см, безболезненные. На коже обильная папулезная сыпь. В ротоглотке умеренная гиперемия, зернистость задней стенки глотки, миндалины гипертрофированы до П ст., свободные от наложений. Пульс - 100/мин. АД - 100/50 мм рт.ст. Печень увеличена до 1,0 см. ниже реберной дуги. Со стороны легких и ЖКТ - без патологии. -

1. Согласны ли Вы с диагнозом поликлиники и почему?
2. Ваш диагноз, его обоснование.
3. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Назначьте лечение.
5. Укажите возбудителя данного заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 7**

1. Диагноз «Грипп» несостоятелен. Наличии сыпи, гепатомегалии не характерны для такого диагноза. В анамнезе нет контакта с больным гриппом.
2. Эндемический сыпной тиф (Клещевой риккетсиоз), тяжелое течение. Обоснование: первичный аффект, характерная сыпь, эпиданамнез (укус клеша в эпидемический сезон).
3. РСК с антигеном R. sibirica в динамике.
4. Доксициклин в средних терапевтических дозах 0,1 г 2 раза в день в течение 14 дней, дезинтоксикационная, десенсибилизация.
5. R. sibirica.

**Задача № 8**

При обходе подвального помещения в кирпичном доме задержаны и доставлены в спецприемник 3-е лиц без определенного места жительства. Осмотрены врачом.

При осмотре: у всех доставленных имеются жалобы на чувство жара, головную боль, слабость. На вопрос «когда заболели?», внятного ответа не получено. Все больные пониженного питания, кожные покровы грязные, со следами расчесов и наличием высыпаний от розеол до точечных геморрагий. У одного больного температура 39°С, у двух других - субфебрильная. Кожа лица гиперемирована, склеры инъецированы. АД в пределах - 100/70 - 90/65 мм рт.ст. Пульс несколько учащен, ритмичен. В легких рассеянные сухие хрипы. Со стороны органов брюшной полости без видимой патологии. Печень у всех увеличена на 1,0-2,0 см. Больные плохо контактны, поведение неадекватное.

Больные машиной «скорой помощи» доставлены в инфекционный стационар с диагнозом: Тифо-паратифозное заболевание? Изолированы в отдельный бокс.

1. Ваше мнение о диагнозе врача «скорой помощи».
2. Ваш предварительный диагноз и его обоснование.
3. Какова должна быть тактика врача приемного покоя в отношении больного?
4. Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
5. Назначьте этиотропную терапию.

**Эталон ответа к задаче № 8**

1. Диагноз недостаточно уточнен для последующих противоэпидемических мероприятий.
2. Эпидемический сыпной тиф. Педикулез. Обоснование: контингент, одновременное заболевание с одинаковой клиникой нескольких человек (лихорадка, характерная экзантема, расчесы, неадекватное поведение).
3. Полная санитарная обработка. Все белье собрать в резиновый мешок, отправить в дезкамеру. Обработка головы и других волосистых участков тела (после стрижки) педикулоцидами. Вымыть больного в ванне. Провести заключительную дезинфекцию и дезинсекцию в приемном покое. Отправить экстренное извещение для последующей обработки очага в подвальном помещении жилого дома и проведения поквартирного обхода всех жителей этого дома для выявления контактных и заболевших.
4. Забор крови для постановки РСК, РИГА с риккетсиями Провачека в динамике.
5. Антибиотики тетрациклинового ряда в средних терапевтических дозах курсом 7-10 дней.

**Задача № 9**

Больная Б., 49 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры с периодическими ознобами, головную боль распирающего характера, нарушение сна. Заболевание началось 3 дня назад. Принимала самостоятельно аспирин, димедрол - без эффекта.

При осмотре: состояние средней тяжести, умеренная гиперемия в ротоглотке. Со стороны внутренних органов без видимой патологии. АД - 110/65 мм рт.ст. Выдан больничный лист, назначено лечение: постельный режим, арбидол, димедрол.

Через три дня больная вновь обратилась в поликлинику - состояние больной не улучшилось. Температура тела постоянно повышена до 37,9-38,3°С, беспокоит головная боль, прием анальгина дает кратковременный эффект. Сохраняются слабость, плохой сон, отсутствие аппетита, тремор кистей.

При осмотре: на боковых стенках живота обильная полиморфная розеолезно- петехиальная сыпь. Тоны сердца приглушены, такикардия, пульс 88/ мин., ритмичен, удовлетворительного наполнения. Печень и селезенка увеличены до 1,5-2,0 см ниже реберной дуги. Тремор кончика языка. Стул задержан, диурез сохранен.

Со слов больной такое состояние наблюдалось около 30 лет назад. Выставлен диагноз: Тифо-паратифозное заболевание? Больная направлена на госпитализацию в инфекционный стационар.

1. Оцените тактику врача поликлиники. Согласны ли вы с направительным диагнозом?
2. Ваш диагноз и его обоснование.
3. Необходимые исследования для подтверждения диагноза.
4. Назначьте лечение.
5. Укажите возбудитель данного заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 9**

1. Тактика врача поликлиники вполне правомерна при диагнозе: Грипп, ОРВИ. Лечение обосновано. У врача не было данных, которые могли бы уточнить диагноз (перенесенное ранее подобное заболевание, характерные высыпания).
2. С направительным диагнозом можно согласиться (для расшифровки данной группы заболеваний необходимо обследование в стационаре).

3/. Болезнь Брилла (рецидив эпидемического вшивого сыпного тифа). Обоснование: эпиданамнез, интоксикация, характерная экзантема гепатоспленомегалия.

1. Для подтверждения диагноза необходима РСК с риккетсиями Провачека с определением антител (IgM, IgG) в динамике с нарастанием титра не менее чем в 4 раза.
2. Антибиотики тетрациклинового ряда курсом 7-10 дней (тетрациклин или доксициклин в средних терапевтических дозировках). Дезинтоксикационная и десенсибилизирующая терапия, витаминотерапия.

**Задача № 10**

На прием в поликлинику обратился больной К., 42 лет, с жалобами на лихорадку до 39°С, слабость, головную боль, боль при движении глазных яблок, боли в мышцах и суставах, повышенную потливость, сухой болезненный кашель. Заболел 4 дня назад.

При осмотре: лицо гиперемировано, инъекция склер, гиперемия ротоглотки, на мягком небе - энантема. Тоны сердцд приглушены, брадикардия. АД 100/60 мм рт.ст. В легких дыхание везикулярное, рассеянные сухие хрипы. Печень и селезенка увеличены до 1,0-2,0 см. Диурез в полном объеме, стул задержан.

Из анамнеза: фермер, содержит свое небольшое хозяйство, имеет несколько голов скота - коров и коз.

Направлен на госпитализацию в инфекционное отделение с диагнозом: Грипп? Тифо-паратифозное заболевание?

В отделении на R-графии органов грудной клетки определяются отдельные мелкие очаги затемнения, корни легких уплотнены и расширены.

1. Согласны ли Вы с направительным диагнозом? Ваш предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать заболевание?
2. Как произошло заражение в данном случае?
3. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Назначьте этиотропное лечение.
5. Какова профилактика данного заболевания?

**Эталон ответа к задаче № 10**

1. Диагноз Грипп? и ТПЗ? вполне правомерен на амбулаторном этапе. На основашш 11- данных, с учетом профессии можно подумать о Ку-лихорадке, среднетяжелом течении. Обоснование: лихорадочный и интоксикационный синдром, физикальные явления в легких. Дифференцировать в первую очередь необходимо с гриппом, ОРВИ, бронхитом, пневмонией.
2. Заражение произошло при уходе за животными.
3. Подтверждается диагноз бактериологическим методом - выделение возбудителя из крови, мокроты; серологическими реакциями: РСК со специфическим антигеном, диагностический титр 1:8-1:16 выявляется с 10-12 дня болезни (наиболее точные результаты дает реакция иммунофлюоресценции).
4. Антибиотики широкого спектра действия.
5. По эпидпоказаниям проводится активная специфическая профилактика с помощью живой вакцины.

**Задача № 11**

Врачом «скорой помощи» с вокзала доставлен в приемный покой больной С., 67 лет, без определенного места жительства. Заболел остро - появился озноб, чувство жара, головная боль, сильная слабость, головокружение. Перенесенные болезни не знает. При осмотре: температура тела - 40°С, лицо гиперемировано, склеры инъецированы, кожа грязная, имеются расчесы. Положительный симптом Говорова-Годелье. На коже груди, спины, живота, на боковых поверхностях обильная розеолезная сыпь, имеются точечные петехии, следы расчесов. АД-100/70 мм рт.ст. Пульс - 120/мин., ритмичен. В легких хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Умеренная гепатоспленомегалия. Больной несколько эйфоричен, многословен, излишне подвижен.

1. Ваш предварительный диагноз и его обоснование.
2. Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
3. Какова тактика приемного покоя в отношении больного?
4. Как произошло заражение?
5. Спрогнозируйте исход заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 11**

1. Эпидемический вшивый сыпной тиф. Педикулез. Обоснование: лихорадка, положительный симптом Говорова-Годелье, обильная экзантема, гиперемия лица и склер, гепатолиенальный синдром, эйфория при высокой температуре.
2. Сыворотка крови на РСК, РНГА, НРИФ с риккетсиями Провачека.
3. Санитарная обработка: все белье собрать в резиновый мешок и отправить в дезкамеру; обработать волосистую часть головы и другие волосистые участки тела педикулоцидами; вымыть больного в ванне; провести заключительную дезинфекцию и дезинсекцию в приемном покое.
4. Заражение произошло при втирании инфицированных экскрементов вшей в поврежденную расчесами кожу или при раздавливании на коже инфицированных вшей.
5. Прогноз при своевременной и адекватной терапии благоприятный, исход - выздоровление.

**Задача №12**

Больной Д., 42 лет, в инфекционную клинику поступил на 7-ой день болезни с подозрением на тифо-паратифозное заболевание. Заболел остро с выраженной интоксикации и повышения температуры тела с ознобом. Самостоятельное лечение жаропонижающими средствами выраженного эффекта не дало. Госпитализирован.

При наблюдении в динамике отмечались лихорадка постоянного типа, интенсивная головная боль диффузного характера, бессонница, шум в ушах, потеря аппетита. На 6-ой день болезни на боковых стенках живота появилась обильная полиморфная розеолезно- петехиальная сыпь. Наблюдались тахикардия, гипотония, гепатоспленомегалия, тремор кончика языка.

РСК с антигеном Провачека в динамике -1:160-1:640.

Из анамнеза: подобное заболевание наблюдалось около 20 лет назад.

1. Предположительный диагноз и его обоснование.
2. Укажите наиболее достоверный метод, подтверждающий диагноз.
3. Назначьте этиотропную терапию.
4. Как произошло заражение в данном случае при отсутствии педикулеза?
5. Каков прогноз в данном случае?

**Эталон ответа к задаче № 12**

1. Болезнь Брилла (рецидивирующий сыпной тиф). Диагноз выставлен на основании перенесенного 20 лет назад эпидемического сыпного тифа.
2. Положительная реакция Провачека с нарастанием титра в динамике; РИФ - нарастание титра IgG в динамике (диагностический титр -1:128).
3. Антибиотиками выбора являются препараты тетрациклинового ряда (перорально: тетрациклин по 0,5 4 раза в день, или доксициклин по 0,1 2 раза в день; курс лечения - 5 дней).
4. Риккетсии Провачека после перенесенного заболевания могут годами паразитировать в цитоплазме эндотелиальных и мезотелиальных клеток и при провоцирующих факторах проникать в кровь и вызывать рецидив заболевания.
5. Прогноз при адекватной терапии благоприятный, исход выздоровление.

**Задача № 13**

Больная К., 20 лет, ведет беспорядочный образ жизни. Вызвала врача «скорой помощи» на 6-ой день болезни. Отмечалось повышение температуры до 39°С.

При осмотре: выявлен педикулез, обильная пятнистая сыпь на туловище, увеличение печени и селезенки. Девушка возбуждена, агрессивна. Стул ежедневно, оформленный. Олигурия.

1. Установитее предварительный диагноз.
2. Проведите необходимые исследования для подтверждения диагноза.
3. Определите количество и границы эпидемических очагов.
4. Установите срок наблюдения за контактными лицами.
5. Определите необходимость и кратность лабораторного обследования контактных лиц.

**Эталон ответа к задаче № 13**

1. Сыпной тиф.
2. Серологическое исследование крови (РСК).
3. 1 домашний очаг, границы - квартира.
4. 25 дней с ежедневным врачебным осмотром, термометрией 2 раза в день, осмотром на педикулез.
5. Серологический анализ крови.

**Задача № 1**

Больная А., 16 лет, студентка медучилища, заболела постепенно 28 сентября, когда появились головная боль, общая слабость, повысилась температура тела до 37,6°С, плохо спала. В последние дни ощущала повышенную температуру тела с познабливанием, головную боль, слабость. 2 октября поступила в приемное отделение многопрофильное больницы. Госпитализирована в пульмонологическое отделение с диагнозом: Внебольничная двусторонняя пневмония. Лечилась цефалоспоринами, макролидами. Состояние не улучшалось, продолжалась лихорадка до 38,5-39,5°С, головная \* боль, бессонница, слабость, раздражительность.

5 октября в виду отсутствия положительной динамики вызван инфекционист, который нашел больную в тяжелом состоянии. Больная вялая, адинамичная, кожные покровы бледные, на груди, животе единичные розеолы, слизистая зева и полости рта ярко- красная. Язык сухой, обложен серовато-бурым налетом, боковые поверхности и кончик языка свободные от налета. В легких выслушиваются сухие рассеянные хрипы, частый кашель. Температура тела 39,8°С, пульс - 78/мин. Тоны сердца приглушены, живот незначительно вздут, при пальпации мягкий, чувствительный в правой подвздошной области. Стул кашицеобразный, 2-3 раза в сутки. Печень на 2,5 см ниже края реберной дуги, пальпируется селезенка

В периферической крови: L - 4,0\*109/л, ю - 1 %, п - 18 %, с - 45 %, лф - 32 %, мн - 4 %, СОЭ - 20 мм/час. \*

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Как подтвердить диагноз?
3. Назначьте этиотропную терапию.
4. Укажите возбудитель данного заболевания.
5. Определите сроки диспансеризации реконвалесцентов данного заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 1**

1. Брюшной тиф, тяжелое течение. На основании длительности течения, лихорадки, интоксикации, характерной картины языка, подвздутого живота, чувствительного в илеоцекальном углу, умеренных диспепсических явлений, относительной брадикардии, гепатоспленомегалии, изменений в гемограмме (лейкопения с палочкоядерным сдвигом).
2. Серологическое исследование крови (реакция Видаля, РНГ А с брюшнотифозным, паратифозными диагностикумами), бактериологическое исследование кала, крови, мочи с целью выявления Salmonella typhi.
3. Пероральный прием фторхинолонов, или левомицетина по схеме: Tab. Cyprofloxacini 0,5 2 раза в день; Tab. Laevomycetini 0,5 6 раз в день с последующим снижением дозы.
4. Salmonella typhi.
5. 3 месяца в КИЗе.

**Задача № 2**

Больной Г., 37 лет, находился на стационарном лечении в инфекционном отделении с диагнозом: Брюшной тиф с 26.02. по 26.03.09 г. Через 5 дней после выписки появились головная боль, общая слабость, познабливание, боли в животе, температура тела утром 37,1°С, вечером 38°С. В последующие дни температура тела сохранялась в пределах 37,5-38,0°С. 2.04 больной повторно госпитализирован в инфекционное отделение.

При поступлении: состояние средней тяжести, вялый, адинамичный. Кожные покровы бледные, чистые. Пульс 80/мин., ритмичный. Тоны сердца ясные, в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Язык суховат, утолщен, обложен грязно-серым налетом. Живот вздут, при пальпации болезненный в правой подвздошной области. Печень выступает на 1,0 см ниже реберной дуги; селезенка не увеличена Положительный симптом Падалки справа. Стула нет.

В периферической крови: L - 4,1\*109/ л, э - 0 %, п - 10 %, с- 36 %, лф - 45 %, мн - 9 %, СОЭ - 22 мм/час.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Укажите возможные причины данного состояния больного.
3. Укажите критерии отмены антибиотиков при брюшном тифе.
4. Назначьте этиотропную терапию.
5. Укажите возбудитель заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 2**

1. Брюшной тиф, рецидив, средне-тяжелое течение. На основании сведений о ранее перенесенном брюшном тифе, сохраняющейся после выписки лихорадки, интоксикации, гепатомегалии, вздутия живота, его болезненности в правой подвздошной области, положительного симптома Падалки, лейкопении с анэозинофилией в периферической крови.
2. Неадекватная по длительности и выбору антибактериальная терапия, назначение при первой волне заболевания ГКС, несоблюдение диеты и режима в раннем периоде реконвалесценции.
3. Антибактериальная терапия при брюшном тифе отменяется не ранее 12 дня нормализации температуры тела.
4. Пероральный прием фторхинолонов, или левомицетина по схеме: Tab. Cyprofloxacini 0,5 2 раза в день; Tab. Laevomycetini 0,5 6 раз в день с последующим снижением дозы.
5. Salmonella typhi.

**Задача № 3**

Больной И., 32 лет, рабочий, считает себя больным в течение 2х недель. Беспокоили головная боль, общая слабость, плохой аппетит; температуру тела не измерял. К врачу не обращался, продолжал работать. На работе при подъеме тяжести почувствовал сильную давящую боль в правой половине живота, в связи с чем машиной «скорой помощи» доставлен в хирургическое отделение, где был оперирован по поводу перфорации язвы тонкого кишечника.' Послеоперационный период прошел без осложнений. Однако продолжали беспокоить головная боль, слабость, плохой сон, повышенная температура тела в пределах 37,8-38,9°С.

В связи с длительно сохраняющейся лихорадкой на консультацию приглашен инфекционист.

При осмотре инфекционистом: живот при пальпации мягкий, чувствительный в области операционного рубца, признаков воспаления послеоперационной раны нет. На коже живота определяются единичные розеолы, умеренная гепатоспленомегалия. В легких на фоне несколько ослабленного дыхания выслушиваются единичные сухие хрипы. Менингеальной, очаговой симптоматики нет. Диурез достаточный. Стул жидкий, 1-2 раза в сутки.

При детальном расспросе выяснено, что в течение 2х месяцев до заболевания проживал за городом, употреблял воду из родника.

1. Ваш диагноз и его обоснование.

1. Какова врачебная тактика в отношении данного пациента?
2. Назначьте патогенетическую терапию.

; 4. Укажите сроки инкубационного периода при данном заболевании.

1. Укажите поздние специфические осложнения данного заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 3 ' . \***

1. Брюшной тиф, тяжелое течение, осложненное перфорацией брюшнотифозной язвы. На основании длительности течения, лихорадки, сохраняющейся в послеоперационном периоде, бессонницы, болевого синдрома, диспепсических явлений, гепатоспленомегалии, сведений эпиданамнеза; причиной перфорации брюшнотифозной язвы явилась физическая нагрузка
2. Оперативное вмешательство в данном случае обосновано. Необходим перевод больного в инфекционное отделение для дальнейшего лечения брюшной тифа, т.к. со стороны хирургического осложнения отсутствуют показания для дальнейшего пребывания пациента в условиях хирургического стационара.
3. Дезинтоксикация коллоидными и кристаллоидными растворами в соотношении 1:2, ежедневное опорожнение кишечника при отсутствии стула (очистительные клизмы), адсорбенты (неосмектин, фильтрум, смекта, энтеросгель), ферменты (панкреатин, фестал, энзистал, панзинорм).
4. 3-21 день, чаще 9-14 дней.
5. Кишечное кровотечение, перфорация брюшнотифозной язвы, ИТШ.

**Задача № 4**

Больной Б., 40 лет, доставлен машиной скорой помощи в инфекционное отделение с i диагнозом: ОРЗ, тяжелое течение.

Из анамнеза: заболевание началось с повышения температуры тела 3 недели назад. Больной обратился в поликлинику на 4-ый день болезни с жалобами на общее недомогание и лихорадку. Выставлен диагноз «ОРЗ», назначено лечение аспирином, димедролом. Состояние не улучшалось, температура тела постоянно держалась в пределах 38,0-39,0°С, беспокоили слабость, головокружение, отсутствие аппетита, нарушение сна. В последний день перед госпитализацией был однократный жидкий стул черного цвета.

При поступлении: жаловался на головную боль, резкую слабость, головокружение, тошноту. Состояние тяжелое, больной вялый, адинамичный, заторможенный. Кожные | покровы бледные, на брюшной стенке единичные элементы сыпи бледно-розового цвета, округлой формы, исчезающие при надавливании, с четкими краями, 3-5 мм в диаметре. Зев спокоен, слизистые бледно-розовые. Тоны сердца приглушены. Пульс - 82/мин., ритмичен, АД - 90/60 мм рт.ст. В легких дыхание везикулярное. Язык влажный, обложен у корня серовато-коричневатым налетом, края и кончик чистые, отпечатки зубов по краям. Живот I мягкий, умеренно вздут, болезненный и урчащий в илеоцекальной области. Печень

пальпируется до 2,0 см ниже реберной дуги, мягкоэластической консистенции. Селезенка по краю реберной дуги. Диурез в норме.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какое дополнительное обследование необходимо в данном случае?
3. Назначьте лечение пациенту исходя из особенностей течения заболевания в данном конкретном случае.
4. Назначьте этиотропную терапию.
5. Укажите периоды патоморфологической картины кишечника при данном заболевании.

**Эталон ответа к задаче № 4**

1. Брюшной тиф, тяжелое течение, осложненное кишечным кровотечением. Обоснование: длительная лихорадка типа Febris continius, тифозный статус, характерный язык, гепатоспленомегалия, болевой синдром, розеолы, стул по типу melena.
2. Бактериологическое и серологическое исследование для подтверждения диагноза, ОАК с определением Ег, Тг, НЬ, биохимический анализ крови с определением протромбиинового комплекса и время свертывания крови, кал на скрытую крови, определение группы крови и резус-фактораРежим строго постельный, голод, пузырь со льдом на живот, гемостатическая консервативная терапия (Ac. Aminocapronici 4,0 внутривенно капельно на физ.растворе в течение 1 часа, затем Etamsylati 0,125 3 раза в день внутримышечно; или Dicinoni 2,0 ml внутримышечно 3 раза в день), после купирования кровотечения Sol. Vicasoli 1 % 1,0 ml внутримышечно 2 раза в день. Плазмозамещающие растворы (волювен, инфукол), при необходимости - переливание эритромассы, тромбомассы. При отсутствии эффекта - консультация хирурга для решения вопроса об оперативном лечении.
3. Пероральный прием фторхинолонов, или левомицетина по схеме: Tab. Cyprofloxacini
4. 5 2 раза в день; Tab. Laevomycetini 0,5 6 раз в день с последующим снижением дозы.
5. Период мозговидного набухания лимфоидных образований, период некроза, период чистых язв, период рубцевания, период рассасывания рубцов.

**Задача № 5**

Больной Б., 39 лет, доставлен машиной «скорой помощи» в инфекционный стационар с диагнозом: Лихорадка неясного генеза.

Из анамнеза: заболел 3 недели назад. Обратился в поликлинику на 4-ый день болезни с жалобами на общее недомогание и лихорадку. Выставлен диагноз «ОРЗ», назначены жаропонижающие, антигистаминные препараты. Состояние не улучшалось, сохранялась высокая лихорадка до 39,6°С, присоединилась слабость, головокружение, отсутствие аппетита, нарушение сна, боли в правой половине живота. Госпитализирован.

При поступлении: жалобы на головную боль, резкую слабость, головокружение, тошноту. Состояние тяжелое, больной вялый, адинамичный, заторможенный. Кожные покровы бледные. Тоны сердца приглушены, ЧСС - 72/мин., ритмичен, АД - 90/60 мм рт.ст. Язык влажный, обложен у корня серовато-коричневатым налетом. Живот мягкий, умеренно вздут, болезненный и урчащий в илеоцекальной области. Печень пальпируется до 2,0 см ниже реберной дуги, мягкоэластической консистенции. Селезенка по краю реберной дуги. Диурез в норме.

На следующий день после госпитализации состояние больного ухудшилось, появились тошнота, многократная рвота, икота, жидкий стул, усилились боли в животе давящего характера.

При осмотре: бледность кожных покровов, капли пота на лице и груди. Тахикардия, гипотония, язык суховат. При пальпации живота боли в правой половине, перкуторно - отсутствует «печеночная тупость». Симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского намечены.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какова врачебная тактика в данном случае?
3. Назначьте обследование, подтверждающее диагноз.
4. Укажите критерии соблюдения режима при данном заболевании и назначьте этиотропное лечение.
5. Укажите сроки и порядок диспансеризации реконвалесцентов данного заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 5**

1. Брюшной тиф, тяжелое течение, осложненное перфорацией брюшнотифозной язвы. Диагноз выставлен на основании длительности течения, лихорадки, интоксикации, характерного языка, нарастания болевого синдрома, наличии перитонеальных знаков, икоты, рвота, исчезновения «печеночной тупости».
2. Немедленная консультация хирурга для решения вопроса об оперативном вмешательстве - верхне-срединная лапаротомия, ушивание единичной язвы или резекция тонкой кишки при множественных язвах с последующим наложением кишечного анастомоза по типу «бок в бок». **1** \*
3. Серологическое исследование крови (реакция Видаля, РИГА с брюшнотифозным, паратифозными диагностикумами), бакисследование кала, крови, мочи с целью выявления Salmonella thyfi.
4. Диета - диета № 4, сухари до 8-го дня нормальной температуры, хлеб с 10-12 *дня* нормальной температуры; Уход - строго постельный режим с последующим переводом на постельный на 5 неделе заболевания, профилактика пролежней, очистительные клизмы при запорах; этиотропная терапия - пероральный прием фторхинолонов, или левомицетина по схеме: Tab. Cyprofloxacini 0,5 2 раза в день, или Tab. Laevomycetini 0,5 6 раз в день с последующим снижением дозы.
5. 3 месяца в КИЗе.

Задача № 6

Больной К., 27 лет, доставлен машиной скорой помощи в инфекционный стационар с диагнозом: ОРЗ.

Из анамнеза: заболел неделю назад. Обратился в поликлинику с жалобами на ломоту с суставах и мышцах, общее недомогание и повышение температуру тела до 38°С. Выставлен диагноз «ОРЗ», назначены жаропонижающие, антигистаминные препараты. На протяжении 3х дней состояние не улучшалось, лихорадка усилилась до 39,5°С, присоединилась слабость, головокружение, нарушение сна, боли в правой половине живота. Госпитализирован. При осмотре: жалобы на головную боль, резкую слабость, головокружение, тошноту. Состояние тяжелое, больной вялый, адинамичный, заторможенный. Кожные покровы бледные. Тоны сердца приглушены, ЧСС - 62/мин., ритмичен, АД -110/70 мм рт.ст. Язык влажный, обложен у корня серовато-коричневатым налетом. Живот мягкий, болезненный и урчащий в илеоцекальной области. Печень пальпируется до 3,0 см ниже реберной дуги, мягкоэластической консистенции. Селезенка по краю реберной дуги. Диурез в норме.На следующий день после госпитализации больной внезапно потерял сознание и упал с кровати.При осмотре больной бледен, тахикардия, кратковременная гипотония 90/40 мм рт.ст. Пришел в сознание самостоятельно, слаб, дезориентирован. Высокая лихорадка и боли в животе сохраняются.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Врачебная тактика в данном случае?
3. Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
4. Укажите осложнения данного заболевания.
5. Назначьте этиотропную терапию.

**Эталон ответа к задаче № 6**

1. Брюшной тиф, тяжелое течение, осложненное острой сосудистой недостаточностью. Обоснование: длительность течения, лихорадка, интоксикация, характерный язык, нарастание болевого синдрома, резкое падение давления и потеря сознания с быстрым восстановлением давления.
2. Кардиотоники. Положение с поднятым ножным концом. Строгий постельный режим.
3. Серологическое исследование крови (реакция Видаля, РИГА с брюшнотифозным, паратифозными диагностикумами), бакисследование кала, крови, мочи с целью выявления возбудителя.
4. Ранние осложнения: острая сосудистая недостаточность, коллапс; поздние осложнения: кишечное кровотечение, перфорация брюшнотифозной язвы, ИТШ.
5. Tab. Cyprofloxacini 0,5 г 2 раза в день.

**Задача № 7**

Больная Н., 21 года, студентка кулинарного училища, заболела 1 неделю назад. Заболевание развивалось постепенно: поднялась температура тела до 37,5°С, затем появились головная боль, общая слабость, нарушение сна. Затем появились умеренные боли в животе, усилилась головная боль, температура тела повысилась до 38,9°С. Обратилась за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства.

При осмотре: кожные покровы бледные, влажные. Язык обложен, утолщен, с отпечатками зубов по краям. Тоны ясные, ритмичные, АД -130/90 мм рт.ст., пульс - 60/мин. Живот слегка подвздут, чувствительный в илеоцекальной области, с притуплением перкуторного звука. Селезенка увеличена. Дизурии нет.

В периферической крови: L - 3,2\*109/л, п -16 %, с - 40 %, лф - 39 %, м - 4 %, СОЭ - 20 мм/час.

1. Ваш диагноз.
2. Ваши действия в данном конкретном случае?
3. Как подтвердить диагноз?
4. С чем можно дифференцировать данное заболевание?
5. Укажите возбудитель данного заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 7**

1. Брюшной тиф, тяжелое течение.

2. Немедленная госпитализация в инфекционный стационар.

1 Серологическое исследование крови (реакция Видаля, РНГА с брюшнотифозным, паратифозными диагностикумами), бактериологическое исследование кала, крови, мочи с целью выявления возбудителя.

1. Грипп, сыпной тиф, малярия.
2. Salmonella typhi.

**Задача № 8**

Больная JL, 24 лет, кормящая мать в летнее время отдыхала в сельской местности. Заболела с появления слабости, головной боли, снижения аппетита, температуру не измеряла. Свое состояние связывала с переутомлением и недосыпанием. К концу недели состояние ухудшилось: беспокоили слабость, головная боль усилилась, исчез аппетит, температура повысилась до 39,0 - 40,0°С, присоединился кашель, чувство дискомфорта в правой половине живота, склонность к запорам.

При осмотре на 7-й день болезни: отмечалась больная заторможена, выраженная бледность кожных покровов, пульс - 80/мин. АД - 100/60 мм рт.ст. Язык сухой, густо обложен коричневым налетом, с отпечатками зубов по краям. Живот мягкий, безболезненный. Над легкими справа в нижних отделах небольшое количество мелкопузырчатых хрипов.

Участковый врач диагностировал очаговую нижнедолевую правостороннюю пневмонию и назначил амбулаторное лечение пенициллином.

Несмотря на лечение состояние больной продолжало ухудшаться, оставалась высокой температура, ночью бредила.

На 12-й день болезни направлена для госпитализации в инфекционное отделение с диагнозом: Двусторонняя пневмония.

При осмотре: состояние тяжелое, резко выражена адинамия, негативна, на вопросы отвечает односложно. Температура тела 39,8°С. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС - 88/мин. АД - 100/50 мм рт.ст. В нижних отделах легких с двух сторон выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. На коже живота имеются единичные высыпания бледно-розового цвета, диаметром 3-4 мм. Живот вздут, урчит в илеоцекальной области. Печень выступает на 3,0 см из-под реберной дуги. «

В периферической крови: Ег - 4,1\*1012/л, НЬ - 120г/л, ц.п. - 0,98, L - 3,8\*109/л, э - , 0 %, п -19 %, с - 40 %, л - 35 %, м - 6 %, СОЭ - 18 мм/час.

1. Вероятный диагноз и его обоснование.
2. Какие специфические методы лабораторной диагностики необходимо провести в день поступления в стационар?
3. Укажите механизм заражения данной инфекцией.
4. Назначьте этиотропное лечение.
5. Укажите сроки диспансерного наблюдения реконвалесцентов.

**Эталон ответа к задаче № 8**

1. Брюшной тиф, тяжелое течение,' осложненное двусторонней пневмонией. Диагноз выставлен на основании длительного лихорадочного периода, метеоризма, болезненности в правой подвздошной области, язык обложенный коричневым налетом с отпечатками зубов по бокам, патогномоничная сыпь на теле; лейкопения с лимфоцитозом; кашель, мелкопузырчатые хрипы в легких
2. Посев крови на гемокультуру.
3. Фекально-оральный.
4. Tab. Cyprofloxacini 0,5 г 2 раза в день до 12 дня нормальной температуры.
5. 3 месяца в КИЗе.

**Задача № 9**

Больной С., 28 лет, доставлен в хирургическое отделение на 12-й день болезни с диагнозом: Внутреннее кровотечение.

Из анамнеза: заболевание началось постепенно с появления общей слабости, головной боли, снижения аппетита, повышения температуры до 37,8°С. В последующие дни температура тела нарастала и достигла максимально высоких цифр к концу недели - 39,2°С, появилась бессонница, сухой кашель. Лечился амбулаторно по поводу острого бронхита. Непосредственно перед поступлением состояние больного значительно ухудшилось, появилась общая резкая слабость, головокружение, дважды был кашицеобразный стул, состоящий из сгустков темно-вишневого цвета.

При осмотре: температура тела 37,0°С, больной очень бледен, вял. Пульс нитевидный до 140/мин. АД - 80/40 мм рт.ст. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот умеренно вздут, безболезненный, перитонеальных знаков нет. Печень увеличена на 2,5 см, пальпируется селезенка.

В периферической крови - анемия.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Каковы морфологические изменения в данный период в кишечнике?
3. Составьте план лечения.
4. Укажите сроки инкубационного периода при данном заболевании.
5. Укажите сроки и порядок диспансеризации реконвалесцентов данного заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 9**

1. Брюшной тиф, тяжелое течение, осложненный кишечным кровотечением. Обоснование: длительная лихорадка, интоксикация, язык обложен коричневым налетом, вздутый живот, кашицеобразный стул темно-вишневого цвета, низкое артериальное давление, нитевидный пульс до 140 ударов в минуту, анемия в крови.
2. Множественные язвы на слизистой кишечника с эрозией сосудов.
3. Режим строго постельный, голод, пузырь со льдом на живот, гемостатическая консервативная терапия, дезинтоксикационная терапия препаратами гидроксиэталенкрахмалов, антибактериальная терапия.
4. 3-21 день, чаще 9-14 дней.
5. 3 месяца в КИЗе.

**Задача № 10**

Больной Р., 20 лет, поступил в инфекционное отделение на 12-й день лихорадочного периода с жалобами на головную боль, бессонницу, общую слабость, снижение аппетита, сыпь на теле.

При осмотре: больной вялый, адинамичный. Кожные покровы бледные, на поверхности живота скудная розеолезная сыпь, исчезающая при надавливании. Живот незначительно вздут, безболезненный при пальпации, печень эластичная с закругленным краем, выступает на 2,0 см ниже реберного края, пальпируется край селезенки.

Из анамнеза: заболевание развивалось постепенно, в первые 6 дней температура была утром - 39,5°С, 40,0°С - вечером.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Укажите тип температурной кривой.
3. Какой биологический материал необходимо забрать от больного для лабораторного подтверждения диагноза?
4. Укажите преимущественный путь передачи инфекции при данном заболевании.
5. Укажите возбудитель заболевания.

**Эталон ответа** *к* **задаче № 10**

1. Брюшной тиф, тяжелое течение. Диагноз выставлен на основании длительности течения, лихорадки, интоксикации, характерного языка, наличия типичной сыпи на коже.
2. Постоянная лихорадка.
3. Кровь.
4. Водный.
5. Salmonella typhy.

Задача № 1

Специальным рейсом в город О. прибыл самолет с 15 геологами, работавшими в стране, неблагополучной по особо опасным инфекциям. Обсервацию пассажиры самолета проходили в течение 5-ти суток в колонии русских геологов до прибытия в город. При осмотре на санитарно-контрольном пункте аэропорта у прибывших никаких признаков заболевания не установлено.

На следующий день у одного из геологов, размещенных в общежитии, начался понос, затем однократная рвота, общая слабость, головокружение. Общее состояние больного прогрессивно ухудшалось: температура тела - 35,8°С, отмечалось спутанное сознание, рвота стала неукротимой, многократный водянистый стул в виде «рисового отвара». Соседями по комнате через дежурного по общежитию к больному вызван врач.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Как подтвердить данное заболевание?
3. Назначьте этиотропную терапию.
4. Какова длительность диспансерного наблюдения реконвалесцентов?
5. Назовите возбудителя данного заболевания и его серотипы.

**Эталон ответа к задаче № 1**

1. Холера, дегидратация Ш ст., тяжелое течение. Диагноз выставлен на основании эпиданамнеза, гипотермии, характерных диспепсических явлений (неукротимая рвота, стул в виде «рисового отвара»).
2. Бактериологическое исследование испражнений и рвотных масс на холерный вибрион экспресс-методом, ускоренным и полным микробиологическим анализом.
3. Антибиотики тетрациклинового ряда, фторхинолоны (Доксициклин 0,2 на физ.растворе внутривенно капельно 1 раз в день 5 дней, или офлоксацин 0,4 на физ.растворе

внутривенно капельно 1 раз в день 5 дней).

1. 3 месяца.
2. Холерный вибрион (vibrio cholerae) классический и Эль-Тор. Серотипы Огава, Инаба, Гикошима.

**Задача № 2**

Больная Н., 17 лет, поступила в инфекционный стационар рано утром с остро развившимся заболеванием. Ночью появился жидкий водянистый стул 10 раз в течение 2-3 часов, затем дефекация участилась, стул стал бессчетное количество раз, постепенно приобрел вид и консистенцию «рисового отвара». Присоединилась обильная рвота «фонтаном».

При осмотре: состояние тяжелое. Температура тела 35,7°С. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Черты лица заострены. Тургор кожи снижен, «руки прачки». Под глазами темные круги. Отмечается судорожный синдром в виде «руки акушера» и «конской стопы». ЧДЦ - 30/мин., тоны сердца глухие, пульс - 126/мин., нитевидный, АД - 60/40 мм рт.ст. Язык сухой, обложен густым темным налетом. Живот запавший, безболезненный. При пальпации отмечается урчание, шум плеска жидкости в мезогастрии. Анурия.

Из эпидемиологического анамнеза: 3 дня назад вернулась из туристической поездки 0 Индию.

1. Ваш диагноз и его обоснование?
2. Назначьте обследование, подтверждающее диагноз и состояние больной.
3. Назначьте интенсивную терапию с указанием критериев ее эффективности.
4. Какова длительность диспансерного наблюдения и кратность бактериологического исследования испражнений?
5. Укажите сроки инкубационного периода при данном заболевании.

**Эталон ответа к задаче № 2**

1. Холера, дегидратация Ш степени, тяжелое течение. Гиповолемический шок Ш степени. Диагноз выставлен на основании эпидемиологического анамнеза, острого начала заболевания, выраженных диспепсических явлений при отсутствии интоксикации, гипотермии, внешнего вида пациента, нестабильных показателей гемодинамики. \*
2. ОАК (гематокрит, Hg), биохимический анализ крови (мочевина, амилаза, креатинин, К+, Na+, Mg2''), бактериологическое исследование испражнений и рвотных масс на холерный вибрион экспресс-методом, ускоренным и полным микробиологическим анализом.
3. Регидратационная терапия проводится в 2 этапа - первый направлена на восполнение ОЦК, второй - на коррекцию водно-электролитного состава крови. Необходима внутривенная инфузия солевых растворов (ацесоль-стартовый раствор, дисоль, лактосоль и др.) в объеме не менее 9% от массы тела. Критериями эффективности являются: потепление и порозовение кожных покровов, прекращение рвоты и поноса, нормализация показателей гемодинамики, купирование судорожного синдрома.
4. 3 месяца. В первый месяц проводят бактериологическое исследование испражнений один раз в десять дней, в дальнейшем -1 раз в месяц.
5. От нескольких часов до 5 суток, чаще 2-3 дня.

**Задача Jft 3**

Больная К., 62 лет, поступила в инфекционное отделение через 20 часов после начала заболевания. Заболевание началось остро с появления частого жидкого стула, общой слабости. Температура тела оставалась нормальной. Вскоре присоединилась рвота без тошноты, многократная, «фонтаном». Позывы на низ были неудержимыми, стул обильный, бесцветный, с комочками слизи. Состояние прогрессивно ухудшалось, нарастала слабость, появились судороги, госпитализирована.

{1з эпидемиологического анамнеза: за 2 дня до заболевания вернулась из Южного Китая, где находилась в командировке.

При поступлении: состояние крайне тяжелое, сознание сопорозное. Температура тела 35,5°С. Кожные покровы бледные, покрыты липким потом, холодные на ошупь. Тургор кожи, тонус глазных яблок снижены. Глаза запавшие, темные круги под глазами. Черты лИЦД заострены. Выражен акроцианоз. Над легкими выслушивается ослабленное дыхание, перкуторно - легочный звук. ЧДЦ - 36/мин. Тоны сердца глухие. Пульс нитевидный, 130/мин. Систолическое АД - 50 мм рт.ст., диастолическое АД не определяется. Язык сухой, обложен густым темным налетом. Живот запавший, безболезненный. При пальпации отмечается урчание, шум плеска жидкости в мезогастрии. Печень и селезенка не увеличены. За последние 30 минут рвота и понос прекратились, ЧСС - 60/мин. Анурия.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Как подтвердить диагноз?
3. Назначьте этиотропную терапию.
4. Назначьте интенсивную терапию (нормальный вес пациентки - 70 кг).
5. Назовите препараты специфической профилактики холеры.

**Эталон ответа к задаче № 3**

1. Холера, алгид, тяжелое течение. ГВШ Ш ст. Диагноз выставлен на основании эпиданамнеза, острого начала, неукротимой рвоты, диспепсических явлений (бессчетного жидкого стула по типу «рисового отвара», многократной рвоты), которые прекратились в разгаре заболевания, судорожного синдрома, гипотермии, тахипное, тахикардии, сменяющейся брадикардией, гипотонии, анурии, внешнего вида больной.
2. Бактериологическое исследование испражнений и рвотных масс на холерный вибрион.
3. Антибиотики тетрацикл инового ряда.
4. Интенсивная терапия назначается следующим образом
5. объем регидратации рассчитывается по формуле У=(Р\*П)/100%, где Р - масса тела больного (кг), П - *%* дефицита массы тела больного: V=(70\*10)/100%=7 л. Acesoli 1200,0 внутривенно капельно быстро
6. Disoli 1200,0 внутривенно капельно быстро
7. Sol. Natrii chloridi 0,9%-1200,0+Sol. Kalii chloridi 4%-60,0 внутривенно капельно
8. Trisoli 1200,0 внутривенно капельно
9. Kvartasoli 1200,0
10. Kvintasoli 1200,0
11. Холероген - анатоксин и холерная вакцина.

**Задача № 4**

Больной К., 26 лет, заболел остро в 5 часов утра, когда появились урчание в животе, жидкий водянистый стул до 20 раз, рвота 5 раз. Усилилась слабость, появились судороги икроножных мышц.

За день до заболевания вернулся из туристической поездки в Китай.

Доставлен в приемный покой инфекционной больницы в 14 часов в крайне тяжелом состоянии. Кожные покровы цианотичны, резкая сухость слизистых, афония, западение глазных яблок, заострившиеся черты лица. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Тургор кожи резко снижен, «руки прачки». Температура тела 35,6°С. Периодически у больного развивается возбуждение, судороги конечностей. ЧДД - 34/мин., дыхание поверхностное. Тоны сердца глухие, едва прослушиваются, пульс частый, нитевидный, не сосчитывается. Систолическое АД-60 мм рт.ст., диастолическое АД не определяется. Живот несколько вздут, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Менингеальных симптомов нет.

В периферической крови: Ht - 0,71, относительная плотность плазмы - 1,033, pH - 7,55, рС02 - 65 мм рт.ст., АВ (истинный бикарбонат натрия, N - 24-26 мэкв/л) - 27 мэкв/л, ВВ (общая буферная система - натрий плазмы-хлориды плазмы, N-40 - 60 мэкв/л) - 55 мэкв/л,, BE (дефицит оснований, N от -3 до +2) - +4 мэкв/л.

1. Ваш диагноз и его обоснование. Дайте интерпретацию показателям КОС в крови.
2. Составьте план обследования.
3. Составьте план лечения с назначением препаратов калия.
4. Назначьте препарат для экстренной профилактики заболевания.
5. Проводится ли плановая специфическая профилактика данного заболевания?

**Эталон ответа к задаче № 4**

Холера, дегидратация Ш степени, тяжелое течение. ГВШ III ст. Диагноз выставлен на основании эпиданамнеза, острого начала, диспепсических явлений (рвота, понос), внешнего вида больного, показателей гемодинамики, гипотермии, судорожного синдрома, В крови - метаболический алкалоз.

1. Общеклиническое, водно-электролитный состав крови, бактериологическое исследование испражнений, рвотных масс.
2. Регидратационная терапия для восполнения ОЦК и коррекции КОС, антибактериальная терапия тетрациклином, симптоматическое лечение.
3. Acesoli 800,0 внутривенно капельно быстро
4. Sol. Glucosae 5%-100,0 ml+Panangini 20,0 ml внутривенно капельно
5. Tab. Asparcami fto 2 табл. 3 раза в день перорально
6. Экстренная профилактика проводится антибиотриками тетрациклинового ряда, фторхинолонами.
7. Холерная вакцина 1 мл подкожно через 7-10 дней - 1,5 мл; холероген-анатоксин 0,5 мл подкожно под лопатку.

**Задача № 5**

Больной X., 25 лет, доставлен машиной «скорой помощи» в инфекционное отделение в тяжелом состоянии с жалобами на резкую слабость, профузный понос, неукротимую рвоту, судороги нижних конечностей. Заболел остро в 12 часов дня.

Эпидемиологический анамнез: 3 дня назад вернулся из туристической поездки по Индии, где употреблял национальные блюда в уличных кафе.

При поступлении: состояние крайне тяжелое, температура тела 35,6°С. Больной безучастен к окружающему. Кожные покровы бледные, покрыты липким холодным потом. Кончики пальцев кистей и стоп, мочки ушей, кончик носа, губы синюшные. Пальцы рук морщинистые, черты лица заострены, глаза запавшие, под глазами темные круги. Афония. Кожа, собранная в складку, не расправляется. ЧДД - 36/мин., тоны сердца глухие, пульс и АД на периферических сосудах не определяются. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот запавший, при пальпации мягкий, безболезненный. Стул непроизвольный, обильный, бесцветный. Во время осмотра-рвота «фонтаном». Мочи выделено за сутки 200,0 мл.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Возможно ли было избежать заболевания?
3. Назначьте препарат для экстренной специфической профилактики заболевания.
4. Назначьте интенсивную терапию при весе пациента 90 кг.
5. Укажите преимущественный путь передачи данного заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 5**

1. Холера, дегидратация Ш ст., тяжелое течение. ГВШ Ш ст. Диагноз выставлен на основании эпиданамнеза, острого начала, внешнего вида больного, акроцианоза, диспепсии, гипотермии, тахипное, нестабильной гемодинамики, явлений дегидратации, анурии.
2. Возможно проведение специфической профилактики холеры по эпидемическим показаниям - вакцина, содержащая 8-10 вибрионов в 1 мл подкожно 1 мл, через 7-10 дней -1,5 мл; холероген-анатоксин 0,5 мл подкожно ниже угла лопатки.
3. Пероральный прием антибактериальных препаратов: ципрофлоксацин 0,5 2 раза в день 3-4 дня, или тетрациклин по 0,3 4 раза в день 4 дня, или норфлоксацин по 0,4 2 раза в день 4 дня.
4. Интенсивная регидратационная терапия рассчитывается по формуле:

У=(РхП)/100%, где Р - масса тела больного,а П - % дефицита массы тела больного

**V=(90x10)/100%=9 литров**

Acesoli 1600,0 в/в кап. быстро

Disoli 1600,0 в/в кап. быстро

SoLNatrii chlorati 0,9% -1200,0 + Kalii chlorati *4%* - 60,0 в/в кап.

Trisoli 1400,0 в/в кап.

Kvartasoli 1200,0 в/в кап.

Kvintasoli 1200,0 в/в кап.

1. Водный.

**Задача № 6**

В приемное отделение многопрофильной больницы бригадой «скорой помощи» доставлен больной Ч., 42 лет, с диагнозом: Пневмония. Болен около 2х дней. Началось заболевание остро с высокой температуры тела до 40°С, резкой головной боли, неоднократной рвоты, боли в грудной клетке, кашля с отхождением кровянистой мокроты.

При осмотре в приемном покое: больной возбужден, неадекватен, психомоторное возбуждение. Лицо гиперемировано, склеры и конъюнктивы инъецированы. Язык сухой, покрыт белым налетом. Выраженная одышка. В легких жесткое дыхание, сухие хрипы. Тоны сердца глухие. АД - 75/55 мм рт.ст. пульс 130/мин. Живот несколько напряжен, симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка пальпируются по краю реберной дуги. Менингеальной симптоматики нет.

Из эпидемиологического анамнеза со слов родственников, сопровождающих больного: больной ездил с друзьми на охоту на границе с Тувой, вернулся 4 дня назад.

1. О каком заболевании следует думать в первую очередь?
2. С каким заболеванием следует дифференцировать в первую очередь?
3. Какова тактика врача приемного покоя.
4. Назначьте лечение.
5. Каковы срочные противоэпидемические мероприятия при данном заболевании?

**Эталон ответа к задаче № 6**

1. О чуме, первично-лешчной форме, тяжелое течение.
2. С крупозной двусторонней пневмонией (кровохарканье, боль в груди, одышка, гипертермия).
3. Консультация инфекциониста. Оповещение главного врача. Экстренное извещение . Изоляция (оставаться с больным, недопущение никого в палату) и оказание неотложной медицинской помощи больному. Экстренная химиопрофилактика врачу.

Комплекс антибиотиков (не менее 7-10 суток) - стрептомицин, тетрациклин, доксициклин, рифампицин. Дезинтоксикациониая терапия с форсированным диурезом, десенсибилизирующая, в т.ч. глюкокортикоиды, сосудистые и дыхательные аналептики, сердечные гликозиды.

5. Организация карантина на 10 дней. Выявление контактных лиц и проведение им экстренной химиопрофилактики антибиотиками широкого спектра действия (офлоксацин 0,2 г 2 раза в день или доксициклин 0,2 г 1 раз в день перорально; амикацин 0,5 г 2 раза в день или стрептомицин по 0,5 г 2 раза в день в/м. Курс 5 дней). Дезинфекция, дезинсекция, дератизация в очаге.

**Задача № 7**

К дежурному терапевту приемного отделения многопрофильной больницы «скорой помощью» доставлен больной Ч., 36 лет., с диагнозом: Пневмония, алкогольный делирий? Болен 3-ий день, высоко лихорадит до 40-41°С, жалуется на головную боль, боли в грудной клетке, кашель с мокротой, в которой отмечались прожилки крови.

При осмотре: больной возбужден, неадекватен - периодически возникает психомоторное возбуждение. На кожных покровах определяются множественные мелкие кровоизлияния. Лицо гиперемировано, склеры и конъюнктивы инъецированы. Одышка до 38/мин. В легких дыхание жесткое, обильные сухие хрипы. Тоны сердца глухие, тахикардия до 150/мин., АД - 80/50 мм рт.ст. Язык сухой, покрыт белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стула не было. Мочится редко, скудно. Менингеальной симптоматики нет.

Со слов жены, 4 дня назад вернулся из экспедиции по Алтайскому краю. Один из геологов перед отъездом внезапно умер в местной больнице.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какова должна быть тактика врача? Каковы профилактические меры в отношении предупреждения заболевания врача?
3. Возможно ли было избежать заболевания данному пациенту?
4. Каков прогноз в отношении данного пациента?
5. Как произошло заражение?

**Эталон ответа к задаче № 7**

1. Чума, первично-легочная форма, тяжелое течение. Обоснование: острое начало, выраженная интоксикация, возбуждение, кровоизлияния на коже, гиперемия лица, явления склерита и конъюнктивита, патологические изменения со стороны легких (одышка, боли в грудной клетке, кашель, кровохарканье, скудные физикальные данные), эпиданамнез (пребывание в очаге чумы, контакт с умершим членом экспедиции).
2. Срочно известить главного врача учреждения, организовать карантин, известить центр Госсанэпиднадзора срочно по телефону и затем направить экстренное извещение. Врачу необходимо проведение экстренной химиопрофилактики: ципрофлоксацин по
3. 5 г 2 раза в день 5 дней перорально, или стрептомицин по 0,5 г 2 раза в день 5 дней внутримышечно, или комплексный прием рифам пицина (по 0,3 г 1 раз в день) и ампициллина (по 1,0 2 раза в день) 7 дней перорально.
4. Лицам, проживающим в эпизоотологических очагах или выезжающих туда, целесообразно проведение специфической ежегодной иммунизации живой противочумной вакциной.
5. Летальность достигает 100% чаще к 5-му дню заболевания при отсутствии лечения.
6. Контакт с геологом, умершим впоследствии.

**Задача № 8**

Больной В., 40 лет, заболел остро 4 дня назад с познабливания, повышения температуры тела до 38°С, появления болезненности и плотного образования в правой подмышечной области. Принимал анальгин, делал компрессы на правую подмышечную область - без эффекта. Состояние ухудшилось: усилилась лихорадка до 40°С, по вечерам

сохранялись ознобы, боль в подмышечной области постепенно усиливалась, что и заставило больного обратиться к врачу.

Из эпидемиологического анамнеза: перед заболеванием ездил в Астраханскую область, помогал по хозяйству, участвовал в сельскохозяйственных работах.

При осмотре: на правой кисти имеется рана, покрытая гнойной коркой с гиперемией, с цианотичным оттенком вокруг нее. В правой подмышечной области определяется резко болезненное образование размером 5,0\*6,0 см, плотное, нечетко контурирующееся, с размягчением в центре; кожа над ним ярко гиперемирована, вокруг отмечается небольшая отечность. Пульс - 100/мин., АД - 120/70 мм рт.ст. Больной вялый, адинамичный. Яркий румянец на щеках. Очаговых и менингеальных симптомов нет.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С каким заболеванием приходится дифференцировать данный случай в первую

очередь?

1. Назначьте обследование, подтверждающее диагноз. Укажите правила забора материала для исследования при данном заболевании.
2. Назначьте этиотропную терапию.
3. Каков прогноз в данном случае?

**Эталон ответа к задаче № 8**

1. Чума, бубонная форма, средне-тяжелое течение. Обоснование: острое начало, интоксикация, патогномоничные локальные изменения (в подмышечной области - резко болезненный, плотный, без четких контуров бубон с размягчением в центре), эпиданамнез (работа в эндемическом очаге чумы).
2. С сибирской язвой.
3. Микроскопия мазков пунктата бубона, окрашенных по Граму с целью обнаружения овоидных биполярных палочек с интенсивной биполярной окраской (экспресс-метод); бактериологическое исследование пунктата бубона с целью выделения Y. pestis; биологический метод, РНГА. Забор материала осуществляется персоналом в противочумных костюмах комплектации-4 в специальную посуду с притертой крышкой, промаркированный бикс, с использованием дезинфицирующих средств.
4. Доксициклин по 0,2 г 2 раза в день 10 дней перорально, или ципрофлоксацин по 0,5 г 2 раза в день 7-10 дней перорально, или стрептомицин по 0,5 г 2 раза в день 7 дней внутримышечно, или цефтриаксон по 2,0 г 1 раз в день 7 дней внутривенно; возможна «двойная» терапия.
5. При адекватной терапии прогноз благоприятный.

**Задача № 9**

Больной И., 40 лет, геолог, в течение 2х месяцев, предшествующих заболеванию, находился в Забайкалье.

Заболел остро на 6-й день после возвращения домой самолетом: повысилась температура тела до 40°С, появились головная боль, рвота, озноб. На 2-3-й день озноб повторился, сохранялась высокая лихорадка до 41°С, нарастала слабость. На 5-ый день болезни у больного появились боль в грудной клетке, кровохарканье, вызван врач на дом.

При осмотре: состояние тяжелое, больной беспокоен, речь невнятная. Кожные покровы бледные, множественные точечные кровоизлияния. Тоны сердца глухие, пульс - 110/мин., АД - 80/60 мм рт.ст. Одышка до 40/мин., в легких жесткое дыхание,

выслушиваются разнокалиберные хрипы. Кашель с отхождением обильной кровавой мокроты. Язык обложен густым белым налетом - меловой язык. На коже правой голени резко болезненная язва размером 2,0-3,0 см, покрытая темным струпом с красно-багровым воспалительным валом вокруг. Из-под струпа проступают скудные гнойно-серозные [ выделения. В правой паховой области резкая болезненность на месте увеличенного до ' размера 3,0\*4,0 см лимфатического узла.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Чем обусловлено развитие данной формы заболевания?

| 3. Назначьте этиотропную терапию в данном клиническом случае.

1 4. Тактика врача в данном случае.

1. Спрогнозируйте исход заболевания в данном случае.

**Эталон ответа к задаче № 9**

1. Чума, вторично-легочная форма, тяжелое течение. Обоснование: острое начало, интоксикация, в начале заболевания характерные изменения на коже голени, что говорит о кожно-бубонной форме чумы изначально, кашель, кровохарканье, аускультативная картина в легких, эпиданамнез - нахождение в природном очаге чумы.
2. Отсутствием раннего лечения локализованной инфекции.
3. Учитывая состояние больного, необходимо сочетанное введение антибактериальных препаратов: цефтриаксон 1,0 г + стрептомицин 0,5 г 2 раза в день в/в 10 дней, или

5 ципрофлоксацин 0,5 г в/в + рифампицин 0,3 г перорально 2 раза в день 10 дней, или ципрофлоксацин 0,2 г + цефтриаксон 1,0 г 2 раза в день в/в.

1. Немедленно по телефону поставить в известность главного врача о выявлении особо опасной инфекции. Ожидать бригаду эвакуации больного. Обеспечить изоляцию больного и членов семью от контактов между собой и соседями. После эвакуации больного: провести дезобработку очага силами дезотдела и специфическую профилактику врачу и членам семьи.
2. Процент летальных исходов при этой форме заболевания чрезвычайно высок.

**Задача №10**

I Больной П., 50 лет, чабан, почувствовал озноб, головную боль, болезненность в

подмышечной области справа, повысилась температура тела до 38°С. Ночью состояние ухудшилось: появилась резкая слабость, усилилась головная боль. На следующий день к больному был вызван врач из участковой больницы. При осмотре: состояние больного Тяжелое, температура тела 40°С, психомоторное возбуждение. В правой подмышечной области болезненное уплотнение 4,0\*5,0 см с нечеткими контурами, кожа гиперемирована с цианотичным оттенком, кровоизлияния.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Каковы экстренные профилактические мероприятия в отношении контактных лиц?
3. Назначьте лечение данному пациенту.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный процесс?
5. Каким возбудителем вызвано заболевание?

**Эталон ответа к задаче № 10**

1. Чума, бубонная форма, тяжелое течение. Обоснование: острое начало, интоксикация, специфические изменения в правой подмышечной области; сведения эпиданамнеза о профессии заболевшего.
2. Наложение карантина на 10 дней (максимальный инкубационный период); экстренная химиопрофилактика - офлоксацин 0,2 г 2 раза в день 5 дней перорально, или стрептомицин 0,5 г 2 раза в день внутримышечно 5 дней, или амикацин 0,5 г 2 раза в день внутримышечно 5 дней, или доксициклин 0,2 г 1 раза вдень 7 дней перорально.
3. Постельный режим. Диета. Этиотропная терапия антибиотиками широкого спектра действия (возможно сочетание 2х антибиотиков). Дезинтоксикационная и десенсибилизирующая терапия. Витаминотерапия.
4. Необходимо дифференцировать данный процесс с туляремией, лимфогранулематозом, гнойным лимфаденитом.
5. Yersineapestis.

**Задача №11**

Акушерку, работающую на ФАПе, вызвали к женщине на дом.

Больная жалуется на сильную головную боль, повышение температуры до 39°С, нарушение координации при ходьбе, нечеткость речи.

При осмотре: резко гиперемированное лицо и склеры, язык густо обложен белым налетом, на предплечье язва, в подмышечной области пальпируется резко болезненный лимфатический узел, увеличенный до размеров куриного яйца.

Больная ночевала в степи, где наблюдался падеж грызунов.

1. Установите предварительный диагноз.
2. Укажите показания и место госпитализации.
3. Проведите необходимые исследования для подтверждения диагноза.
4. Установите срок наблюдения за контактными лицами.
5. Определите характер ограничительных мероприятий в отношении контактных лиц.

**Эталон ответа к задаче № 11**

1. Чума, кожно-бубонная форма.
2. Обязательная госпитализация в бокс инфекционной больницы, транспортом отдела дезинфекции, в сопровождении военизированной охраны.
3. Больная подлежит бактериологическому обследованию, материал для исследования - кровь, отделяемое язвы, пунктат из бубона.
4. Наблюдение контрактных регламентируется максимальным сроком инкубационного периода-10 дней.
5. Провизорная госпитализация контактных лиц в сопровождении военизированной охраны.

**СИБИРСКАЯ ЯЗВА, ТУЛЯРЕМИЯ, ЛЕПТОСПИРОЗ**

**Задача № 1**

К хирургу в поликлинику обратился больной Д., 40 лет, рубщик мяса на рынке, приехавший из Ставропольского края. Неделю назад на внутренней поверхности левого предплечья появился красноватый узелок, вокруг которого отмечался зуд кожных поровов. На следующий день узелок превратился в пузырь, затем появились новые пузыри. Рука отекла, кожа предплечья потемнела, приобрела синюшную окраску. Присоединилось чувство жара, пывысилась температура тела до 38°С. Болевых ощущений в руке не отмечает.

При осмотре: нижняя треть предплечья левой конечности резко отечна, кожа вокруг узелков слегка цианотична. На коже предплечья ближе к кисти корка темно- коричневого цвета, диаметром до 3,0 см, вокруг нее пузырьки в виде венчика, заполненные красноватой жидкостью. Пальпация узелков безболезненна. Отмечаются увеличенные подмышечные лимфоузлы слева в виде конгломерата до 3,0 см в диаметре.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Что необходимо выяснить у больного?
4. Какова тактика врача в данном случае?
5. Составьте план лечения.

**Эталон ответа** *к* **задаче № 1**

1. Сибирская язва, кожно-буллезная форма, средне-тяжелое течение.
2. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с фурункулами и карбункулами, чумой, туляремией, рожей. Обязательно лабораторное исследование на сибирскую язву (микроскопия, ИФА)
3. Необходимо собрать эпиданамнез (уточнить - откуда поступило мясо для разделки, не был ли это вынужденный забой больного животного, была ли на нем печать).
4. Хирургическое вмешательство противопоказано. Срочная консультация инфекциониста и забор анализов для подтверждения диагноза (микроскопия мазка из отделяемого пузырька, проба с антраксином, ПЦР, в динамике ИФА, РНГА, РПГА).
5. Антибиотикотерапия (пенициллин в/м, тетрациклин внутрь, цефалоспорины в/м и др. антибиотики). Противосибироязвенный иммуноглобулин 40 мл в/м однократно. Дезинтоксикационная и десенсибилизирующая терапия.

**Задача № 2**

На станцию «скорой помощи» поступил вызов к больной Н., 42 лет, остро заболевшей в 23 часа. При расспросе удалось узнать, что легкое недомогание началось вечером предыдущего дня, заметила небольшое покраснение в области правого запястья, отмечала его болезненность и зуд, ночью это покраснение расчесала. Резкое ухудшение отметила на следующий день, когда повысилась температура тела до 37,3°С, появилась сильная головная боль, слабость, разбитость, боли во всем теле. Госпитализирована в инфекционный стационар.

Из эпидемиологического анамнезаг в хозяйстве содержит домашний скот, 6 дней назад пал бык.

При осмотре: в области правого лучезапястного сустава имеется язва диаметром 1,0 см, покрытая черной коркой. Вокруг язвы в виде ожерелья расположены пузырьки, наполненные жидкостью темного цвета, на фоне гиперемии и отека окружающей ткани. Температура тела повысилась утром. Область язвы при пальпации безболезненная. Увеличены локтевые и подмышечные лимфатические узлы справа. При перкуссии грудной клетки легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, частота пульса 120/мин., АД - 110/60 мм рт. ст. Язык чистый, суховат. Живот безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назначьте обследование, подтверждающее данный диагноз.
3. Назначьте этиотропную терапию.
4. Как произошло заражение в данном случае?
5. Укажите возбудителя данного заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 2**

1. Сибирская язва, кожная форма, карбункулезный вариант, легкое течение. Обоснование: острое начало, интоксикация, наличие карбункула (безболезненная язва с черным струпом, пузырьки с серозно-геморрагическим содержимым - симптом жемчужного ожерелья, перифокальное воспаление), сведения эпиданамнеза.
2. Бактериологическое исследование (микроскопия мазков отделяемого язвы, выделение чистой культуры В. anthracis), ПЦР; кожно-аллергическая проба с антраксином не ранее 3-го дня заболевания; серологическое исследование (ИФА, РНГА, РПГА) не ранее 10- 12 дня заболевания.
3. Специфический противосибиреязвенный иммуноглобулин 20 мл однократно внутримышечно; аугментин 875/125 мг 2 раза в день перорально 7 дней и другие антибиотики пенициллинового, тетрациклиновош, цефалоспоринового ряда.
4. Заражение произошло через кожные покровы при соприкосновении с животным, погибшим от сибирской язвы.
5. Bacillus anthracis.

**Задача № 3**

Больной С., 39 лет, скорняк, заболел остро с выраженной лихорадки до 40°С с потрясающим ознобом, головной боли, миалгий. Отмечал незначительный насморк, першение в горле. Через несколько часов у больного развился приступ удушья, сопровождающийся болями в грудной клетке при дыхании, появился кашель с кровавой мокротой. Реанимационной бригадой доставлен в инфекционное отделение.

При осмотре: состояние крайне тяжелое, сознание сохранено, положение вынужденное - полусидячее. Кожные покровы чистые, бледные. Отмечается выраженная смешанная одышка до 40/мин. Дыхание поверхностное, при аускультации ослабленное, выслушиваются множественные разнокалиберные хрипы, перкуторно над легкими укорочение звука. Продолжается кашель с отхождением пенистой кровавой мокроты, которая быстро сворачивается в виде желе. Сердечные тоны глухие, ЧСС - 120/мин., АД - 80/40 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень увеличена до 2,0 см ниже реберной дуги, безболезненная. Диурез снижен.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Каков прогноз при данном состоянии пациента?
3. Назначьте этиотропную терапию в данном клиническом случае.
4. Как произошло заражение в данном случае?
5. Что необходимо сделать в первую очередь для подтверждения диагноза?

**Эталон ответа к задаче № 3**

1. Сибирская язва, первично-генерализованная форма, легочный вариант, тяжелое течение, осложненное ИТШ Ш ст. Обоснование: интоксикация, физикальные изменения в легких, ДН, кровавая пенистая мокрота, тахикардия, тахипное, гипотония, олигоурия, показатель Аллговера более 1.
2. При развитии легочного варианта сибирской язвы и осложненном ИТШ течении летальность составляет 95-100 %.
3. Комплексная антибактериальная терапия парентерально: ципрофлоксацин по 0,5 г 2 раза в день + амикацин 1,0 г 2 раза в день; специфический противосибиреязвенный иммуноглобулин 40 мл однократно внутримышечно.
4. Заражение связано с профессией больного и произошло при обработке шкуры, снятой с больного животного.
5. Необходимо произвести забор крови и мокроты больного для бактериологического исследования на сибирскую язву.

**Задача № 4**

К хирургу обратился больной Г., 38 лет, скотник, приехал из Минусинского района 6 дней назад. На тыле правой кисти появился сильно зудящий красноватый узелок, который на следующей день превратился в пузырь. Затем вокруг появились новые пузыри, стал быстро развиваться отек кисти. Температура повышалась максимально до 38,5°С, боль в руке не отмечал. Установлено, что принимал участие в вынужденном забое больной коровы, при исследовании внутренних органов которой выделена B.anthracis.

При осмотре: состояние средней тяжесть, температура тела 38°С. Правая кисть и нижняя треть предплечья резко отечны, на тыле кисти корка темно коричневого цвета, диаметром до 5,0 см, вокруг нее пузыри в виде венчика, заполненные желтовато­красноватой жидкостью. Пальпация пораженного участка безболезненна. Увеличены подмышечные лимфатические узлы справа.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какова тактика хирурга в данном клиническом случае?
3. Возможно ли было избежать заболевание?
4. Укажите сроки инкубационного периода при данном заболевании.
5. Укажите формы данного заболевания согласно классификации.

**Эталон ответа к задаче № 4**

Сибирская язва, кожная форма, карбункулезный вариант, среднетяжелое течение. Диагноз выставлен на основании синдрома интоксикации, патогномоничных местных проявлений, подтвержден эпидемиологически выделением возбудителя заболевания у коровы, в забое которой пациент принимал участие.

1. Экстренное направление на госпитализацию в инфекционный стационар; хирургическое вмешательство противопоказано в виду риска развития генерализации процесса.
2. Да. При наличии факта забоя больной коровы, обнаружения в ее органах возбудителя сибирской язвы необходимо было провести экстренную специфическую профилактику заболевания противосибиреязвенным иммуноглобулином 20 мл внутримышечно, и антибактериальным препаратов перорально в течение 5 дней (ципрофлоксацин по 0,5 г 2 раза в день, или ампициллин по 1,0'г 3 раза в день).
3. Заражение произошло в результате несоблюдения правил вынужденного забоя заведомо больного животного (не использовалась спецодежда, резиновые перчатки).
4. Кожная (карбункулезный, буллезный, рожистоподобный, глазной варианты), генерализованная (легочный, кишечный, септический варианты).

**Задача № 5**

Больной К., 30 лет, в сентябре во время охоты разделывал тушку ондатры. Через 4 дня внезапно повысилась температура до 39,0 - 40,0°С, появились озноб, головная боль, боль в мышцах всего тела, слабость, потливость. Катаральных явлений не отмечалось. На 3- й день болезни отметил значительную болезненность в правой подмышечной области и позднее 2 плотных подвижных образования величиной с куриное яйцо. Кожа над опухолью не изменена. Но через 3 недели от начала болезни кожа стала красной, отечной, появилось изъязвление с выделением гноя молочно-белого цвета без запаха, напоминающего сливки. Температура тела была высокой в течение 8 дней, а затем - субфебрильной.

При осмотре: зев чистый, язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Гепатоспленомегалия. Пульс - 82/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Гипотония, тоны сердца приглушены. В легких катаральных явлений не выявлено.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какое обследование необходимо для подтверждения диагноза?
3. Назначьте этиотропную терапию.
4. Назовите препарат специфической профилактики заболевания.
5. К какой группе заболеваний относится данная инфекционная нозология?

**Эталон ответа к задаче № 5**

1. Туляремия, язвенно-бубонная форма, средней степени тяжести. Диагноз выставлен на основании данных эпиданамнеза (разделывал тушку ондатры), острого начала с лихорадки, интоксикации, наличия 2х подвижных, величиной с куриное яйцо, безболезненных бубонов в подмышечной области, гнойного изъязвления их спустя 3 недели, гепатоспленомегалии.
2. Серологическое исследование (реакция агглютинации, диагностический титр 1:100) со 2-ой недели заболевания.
3. Гентамицин внутримышечно или внутривенно по 5-6 мг/кг 10-14 дней; альтернативой могут быть фторхинолоны (ципрофлоксацин по 0,4 г. 2 раза в день 10-14 дней), тетрациклины (доксициклин по 0,1 2 раза в день не менее 14-21 дня, т.к. относительно возбудителя туляремии препарат обладает бактериостатическим действием).
4. Применяют живую сухую туляремийную вакцину.
5. Классическая природно-очаговая болезнь, облигатный зооноз

**Задача № 6**

Больная К., 14 лет, поступила в больницу 3 августа. Заболела остро 28 июля. Повысилась температура до 38,5°С, в последующие дни сохранялась лихорадка в пределах 38,0 - 39,0°С, беспокоили слабость, головная боль. С 30 июля отмечает боли в левой паховой области.

При осмотре: лицо гиперемировано, язык сухой, умеренно обложен сероватым налетом, сыпи на коже нет. Паховые лимфатические узлы увеличены до размеров боба, плотные, умеренно болезненные при пальпации, умеренная отечность кожи в этой области, умеренная гиперемия, контуры лимфатических узлов отчетливые. Печень +2 см, пальпируется край селезенки. Интоксикация умеренная.

Из эпидемиологического анамнеза: за неделю до заболевания собирала в лесу малину, отмечала множественные ссадины на нижних и верхних конечностях.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какие изменения со стороны периферической крови характерны для данного заболевания?
3. Назначьте патогенетическую терапию.
4. Назовите препарат специфической профилактики заболевания.
5. Назовите возбудителя заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 6**

1. Туляремия, бубонная форма, средняя степень тяжести. Обоснование: эпиданамнез (множественные ссадины на нижних конечностях, полученные в лесу), острое начало с лихорадки, умеренной интоксикации, гиперемия лица, наличие паховых бубонов, гепатоспл еномегал ия.
2. В периферической крови в первые дни болезни - умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренная СОЭ, в разгар болезни - лейкопения с палочкоядерным сдвигом, лимфоцитоз, токсическая зернистость, ускоренная СОЭ.
3. Внутривенное введение глюкозо-солевых или кристаллоидных растворов в объеме до 1,5-2 литров в сутки в соотношении 1:2, сердечно-сосудистые и десенсибилизирующие средства, витамины С и группы В. Местное лечение в области бубонов - компрессы, мазевые повязки, физиотерапия (соллюкс, диатермия).
4. Живая сухая туляремийная вакцина.
5. Francisellatularensis

**Задача № 7**

Больной А., 28 лет, заболел остро в марте. Заболеванию предшествовала работа на обмолоте перезимовавшего в поле стога пшеницы. Почти одновременно заболели еще 2 колхозника, занимавшихся обмолотом.

Общее состояние больного тяжелое, температура до 38,5°С, в последующие дни лихорадка сохранялась в пределах 38,0-39,0°С с ознобом. Отмечались сухой кашель, боль в груди.

При осмотре: в легких рассеянные сухие и единичные влажные хрипы. При рентгеноскопии на 5-й день болезни на фоне усиленного легочного рисунка выявляются увеличенные бронхиальные лимфатические узлы.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Составьте план обследования.
3. Назначьте этиотропное и патогенетическое лечение с учетом формы заболевания.
4. К какой группе заболеваний относится данная нозология?
5. Перечислите формы заболевания согласно классификации.

**Эталон ответа к задаче № 7**

1. Туляремия, первично-легочная форма, пневмонический вариант, тяжелое течение. Обоснование: острое начало, интоксикация, кашель, аускультативная и рентгенологическая картина в легких, сведения эпиданамнеза о случаях заболевания людей, работавших в поле.

1. Общеклиническое, серологические методы исследования (РА, РГТГА, ИФА), внутрикожная проба с тулярином, рентгенологическое исследование легких в динамике.
2. Фторхинолоны (левофлоксацин 0,5 г 1 раз в день внутривенно 10-14 дней); муколитики (мукалтин, бромгексин, коделак и др.), щелочно-масляные ингаляции, для нормализации микроциркуляции - трентал, курантил, в последующем - физиотерапевтические методы (индуктометрия, электрофорез, дыхательная гимнастика).
3. Природно-очаговая болезнь, облигатный зооноз
4. Бубонная, язвенно-бубонная, глазобубонная, ангинозно-бубонная, абдоминальная, легочная с бронхитическим и пневмоническим вариантами, генерализованная (или первично-септическая).

**Задача № 8**

К больному JL, 20 лет, вызван на дом врач поликлиники 25 августа. При осмотре жалуется на сильную головную боль, боли в мышцах, чувство жара. Заболел 6 дней назад, когда внезапно повысилась температура тела до 39°С, заболела голова, с трудом передвигался из-за сильных болей в ногах. Принимал жаропонижающие средства (аспирин, анальгин) - без эффекта: температура оставалась повышенной, присоединилась слабость, боль в мышцах, особенно икроножных.

При осмотре: гиперемия лица, конъюнктивит, пульс до 100/мин., АД - 90/70 мм рт.ст. Язык густо обложен, гепатоспленомегалия, мышцы, особенно икроножные, болезненные при пальпации. Диурез снижен, моча более темного, чем обычно, цвета. Незначительная гиперемия слизистой ротоглотки. Менингеальных явлений нет.

Свое заболевание больной связывает с переохлаждением: вскапывал на даче землю, вспотел, отдыхал в копне соломы, обмывал лицо и руки в яме с водой. Врач поликлиники поставил диагноз: Грипп, среднетяжелое течение.

1. Согласны ли Вы с диагнозом врача?
2. Ваша версия диагноза.
3. Необходима ли госпитализация больного?
4. Назначьте лечение.

5. Укажите сроки инкубационного периода при данном заболевании.

**Эталон ответа к задаче № 8**

1. Нет, имеется ряд нехарактерных для гриппа симптомов (гепатиспленомегалия, темная моча, олигурия, отсутствие в анамнезе контакта с больными гриппом, сохранение лихорадки более 6-ти дней).
2. Лептоспироз, безжелтупшая форма, тяжелое течение, осложненное ОПН.
3. Госпитализация необходима по тяжести заболевания.
4. Лечение в стационаре. Постельный режим до разрешения ОПН и нормализации температуры тела. Диета: ограничение белка, исключение соленого, жареного, копченого. Антибиотики пенициллинового ряда (Bensilpenicyllini по 500000 ЕД в/м 6 раз в сутки внутримышечно) или тетрациклинового ряда (Доксициклин 0,1 г внутривенно капельно 2 раза в сутки в течении всего лихорадочного периода + 2-3 дня нормальной температуры, дезинтоксикационная терапия, гемодиализ, промывание желудка *4%* раствором гидрокарбоната натрия через тонкий зонд (для уменьшения уремии), осмотические (при начале ОПН) или салурические (при анурии) мочегонные средства.
5. 3-30 дней, чаще 7-10 дней.

**Задача № 9**

Больной М.,19 лет, заболел остро 5 дней назад с повышения температуры тела до 39°С, головной боли, интенсивных болей в ногах. Самостоятельно принимал жаропонижающие - без эффекта. Госпитализирован в инфекционный стационар по «скорой помощи».

При осмотре: лицо гиперемировано, явления конъюнктивита. Пульс 102/мин., АД - 95/70 мм рт.ст. Язык густо обложен у корня, печень увеличена, чувствительна при пальпации, пальпируется край селезенки. Мышцы, в особенности, икроножные, < болезненны при пальпации. Моча темная, количество ее снижено. Менингеальных знаков нет.

Из эпидемиологического анамнеза: накануне заболевания отмечал переохлаждение, строил сарай на даче, мыл руки в яме со стоячей водой.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Укажите методы специфической диагностики заболевания.
3. Назначьте этиотропную терапию.
4. Каким образом произошло заражении?
5. Спрогнозируйте исход заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 9**

1. Лептоспироз, ренальная форма, среднетяжелое течение. Обоснование: острое начало, интоксикация, миалгии, гепатоспленомегалия, потемнение мочи и сниженное ее количество, сведения эпиданамнеза.
2. Бактериоскопический (темнопольная микроскопия крови и мочи), бактериологический (посев крови, мочи), серологический (реакция микроагглютинации, диагностический титр антител 1:100).
3. Антибиотики пенициллинового (препараты выбора), или тетрациклинового ряда: Bensilpenicyllini-natrii по 1 млн 6 раз в день внутримышечно, или доксициклин 0,1 г 2 раза в день внутривенно капельно на физ.растворе; отмена антибиотиков на 3 день нормальной температуры тела.
4. В яму со стоячей водой попали испражнения грызунов, а больной мыл в ней руки.
5. Прогноз благоприятный (молодой возраст больного, среднетяжелое течение, отсутствие осложнений).

СТОЛБНЯК, РОЖА, БЕШЕНСТВО

**Задача № 1**

Больной С., 40 лет, поступил в приемное отделение многопрофильной больницы с явлениями удушья. 2 дня назад появились тревожное состояние, раздражительность. Отмечал незначительное повышение температуры тела до 37,5°С, умеренную головную боль, сухость во рту. В день поступления в стационар отмечается лихорадка до 38,5°С, явления общего беспокойства усилились. При попытке утром попить воды наступил сильный спазм гортани с явлениями удушья. После этого даже вид воды или упоминания о ней вызывают резкое беспокойство больного и явления лариншспазма.

Из эпидемиологического анамнеза: 3 недели назад на охоте убил волка, при снятии шкуры слегка поранил руку.

При осмотре: на левой кисти небольшой рубец на месте бьюшей раны. В области рубца больной отмечает легкое жжение и зуд.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Определите тактику ведения больного.
3. Возможно ли было избежать заболевания? Что необходимо было провести больному своевременно?
4. Укажите возбудитель данного заболевания.
5. Укажите клинические формы заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 1**

1. Бешенство. Диагноз выставлен на основании умеренной интоксикации, гидрофобии, сведений эпиданамнеза.
2. Госпитализация в инфекционное отделение в отдельную палату с затемненными окнами при отсутствии сквозняков и водопровода; миорелаксанты, спазмолитики.
3. Да В кратчайшие сроки пассивная иммунизация антирабическим иммуноглобулином или сывороткой однократно в/м 20 МЕ/кг веса и активная иммунизация вакциной антирабической вакциной пятикратно - по 0,5 мл п/к или в/м в дни 0,3,7,14,30. <
4. РНК-содержащий вирус семейства Rhabdoviridae рода Lyssavirus.
5. Бульбарная, паралитическая, мозжечковая.

**Задача № 2**

Больная П., 22 лет, разнорабочая, заболела 4 дня назад. Вначале появились боли мышц при жевании, постепенно стало трудно открывать рот и жевать пишу. Присоединились боли в мышцах шеи, спины, стало трудно сидеть.

Из анамнеза: за 14 дней до заболевания в антисанитарных условиях производился криминальный аборт.

При поступлении: состояние средне-тяжелое, сознание сохранено. Рот открывает не в полном объеме. Кожные покровы и видимые слизистые без особенности. Температура тела 38°С. Выражен тризм жевательных мышц, ригидность затылочных мышц и напряжение мышц живота. Лимфатические узлы не пальпируются, щитовидная железа не увеличена. Дыхание через нос, свободное. В легких перкуторно ясный легочной звук, аускультативно везикулярное дыхание. Живот при пальпации безболезненный, ощущается напряженность мышц. Мочеиспускание безболезненное. При наружном осмотре выделений из матки нет.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Имеет ли значение лабораторная верификация диагноза?
3. Назначьте специфическое лечение.
4. Укажите возбудитель заболевания.
5. Укажите сроки инкубационного периода при данном заболевании.

**Эталон ответа к задаче № 2**

1. Столбняк, генерализованная форма, средне-тяжелое течение. Диагноз выставлен на основании тризма жевательных мышц, затруднения открывания рта, ригидности затылочных мышц, эпиданамнеза (криминальный аборт).
2. Нет. Выявление антитоксических антител свидетельствует только о прививках в анамнезе, а нарастания титра антител при столбняке не происходит, т.к. отсутствует иммунный ответ.
3. Противостолбнячная очищенная концентрированная сыворотка 50-100 тыс. ME однократно в/м для нейтрализации циркулирующего экзотоксина, или, что предпочтительнее, противостолбнячный иммуноглобулин 900 ME однократно в/м. Раннее и повторное назначение препаратов не влияет на течение и исход заболевания.
4. Clostridium tetani.
5. До 1 месяца, в среднем 1-2 недели.

**Задача № 3**

Больная П., 18 лет, поступила в инфекционное отделение с подозрением на бешенство. В анамнезе - укус бродячей собаки в области левого бедра.

Больна в течение 5-ти суток. Вначале появились головная боль, мышечные подергивания вокруг укушенной раны, локальная боль. Состояние ухудшалось - появилась общая слабость, усилились мышечные боли.

При осмотре: состояние тяжелое, напряжение жевательных и шейных мышц, мышц спины, тонические и клонические судороги. Однократно наблюдался опистотонус. Наблюдается тризм жевательной мускулатуры, сардоническая улыбка. Больная в сознании, из-за тризма невнятно отвечает на вопросы.

1. Установите и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Возможно ли было избежать заболевания?
3. Назначьте неотложную патогенетическую терапию.
4. Укажите возбудитель данного заболевания и его антигены.
5. Укажите сроки инкубационного периода при данном заболевании.

**Эталон ответа к задаче № 3**

1. Столбняк, генерализованния форма, тяжелое течение. Обоснование: патогномоничнаяй клиника (тризм жевательной мускулатуры, сардоническая улыбка, опистотонус), эпиданамнез об укусе бродячей собакой.
2. Да. Помимо вакцинации АКДС согласно календарю прививок после укуса необходимо проведение экстренной специфической профилактики. Пассивная иммунизация проводится гетерогенной противостолбнячной сывороткой 3000 ME подкожно или высокоактивным противостолбнячным иммуноглобулином 300 ME внутримышечно. Однако пассивная иммунизация не всегда предупреждает заболевание, поэтому для активной иммунизации вводится столбнячный анатоксин 10-20 ME подкожно.
3. Интубация трахеи, перевод на ИВЛ; миорелаксанты (тубокурарина хлорид 15-30 мг/час, пипекурония бромид 0,04-0,06 мг/(кг\*час) и др.); противосудорожные препараты (аминазин до 0,1/сут., дроперидол до 0,01/сут., тиопентал натрия 0,125 в/в медленно); транквилизаторы (диазепам до 0,04-0,05/сут.); нейролептики (трамадол 0,05-0,1 в/м не более 4 раз в день, галоперидол 0,005 в/м 2-3 раза в день); десенсибилизирующая терапия антигистаминными препаратами; Р-блокаторы.
4. Clostridium tetani, соматический (О) и жгутиковый (Н).
5. 1-31 день, в среднем 1-2 недели.

**Задача № 4**

Больной Г., 18 лет, тракторист, во время работы в поле получил колотую рану левой стопы, вскоре после ранения обратился к медицинской сестре фельдшерского пункта. Рана была обработана настойкой йода и наложена повязка. Больной продолжал работать.

Спустя неделю после травмы почувствовал общее недомогание, подергивание мышц вокруг раны и тянущие боли в ране. Обратился к врачу поликлиники.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 37,3°С. В области раны отмечается яркое перифокальное воспаление кожи, явления нагноения, отмечаются судорожные подергивания мышц левой стопы, ригидность мышц левой голени и стопы. Менингеальной, очаговой симптоматики нет. ЧСС - 74/мин., АД -120/75 мм рт.ст.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какова хирургическая тактика в данном случае?
3. Назначьте специфическое лечение.
4. Перечислите патогенные для человека токсины, образуемые возбудителем данного заболевания.
5. Укажите формы заболевания с учетом входных ворот инфекции.

**Эталон ответа к задаче № 4**

1. Столбняк местный, средне-тяжелое течение. Диагноз выставлен на основании сведений эпиданамнеза о ранении стопы, местных судорог, субфебрилитета.
2. Обкалывание раны противостолбнячной сывороткой в дозе 1000-3000 ME; первичная хирургическая обработка раны с иссечением нежизнеспособной ткани, вскрытием гнойных затеков, созданием оттока раневого содержимого. Раствором йода рана не обрабатывается, швы на рану не накладываются.
3. Противостолбнячная сыворотка 50-100 тыс. ME однократно внутримышечно; или противостолбнячный иммуноглобулин 900 ME однократно внутримышечно.
4. Тетаноспазмин, тетанолизин, низкомолекулярная фракция.
5. Травматический столбняк, столбняк вследствие воспалительных и деструктивных процессов, криптогенный столбняк.

**Задача № 5**

К больной А., 53 лет, вызван участковый терапевт. 2 дня назад появился озноб, повысилась температура тела до 39,5°С, головная боль, мышечные боли. Через несколько часов появилось чувство жжения в области правого виска, покраснение кожи, а затем распространенный отек.

Из анамнеза: в течение длительного времени страдает хроническим гайморитом с периодическими обострениями 1 раз в 1,5 года.

При осмотре: состояние средней тяжести. На правой половине лица участок эритемы, охватывающий верхнюю часть щеки, веки,4 лоб, височную область и ушную раковину. Правая глазная щель закрыта из-за выраженного отека век. Эритема болезненна при пальпации, горячая на ощупь, края ее неровные, четкие, возвышаются. Пальпируются болезненные подчелюстные лимфатические узлы справа. АД - 155/90 мм рт.ст., ЧСС - 82/мин.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Возможно ли амбулаторное лечение в данном случае?
3. Составьте план лечения больной с указанием препаратов этиотропной терапии.
4. Укажите возбудитель данного заболевания.
5. Перечислите клинические формы заболевания согласно классификации.

**Эталон ответа к задаче № 5**

1. Рожа лица первичная, эритематозная форма. Фон: Хронический гайморит. Диагноз выставлен на основании интоксикации с последующим появлением характерного очага специфического воспаления, лимфаденопатии, а также сведений анамнеза жизни пациентки о наличии хронического гайморита.
2. Нет. Показано стационарное лечение в виду локализации очага воспаления.
3. Патогенетическая терапия (дезинтоксикация, десенсибилизация антигистаминными препаратами, при отсутствии положительной динамики - гормоны), этиотропная терапия препаратами пенициллинами или цефалоспоринами: Пенициллин по 1-2 млн ЕД каждые 4 часа в/м; или цефиксим по 0,2 г 2 раза в день перорально; или цефтибутен) по 0,4 г 1 раз в сутки перорально; или цефтриаксон по 2,0 г 1 раз в день в/в капельно или струйно на физ.растворе.
4. р-гемолитический стрептококк группы А.
5. Эритематозная, эритематозно-буллезная, эритематозно-геморрагическая, буллезно­геморрагическая формы.

**Задача № 6**

Больная С., 55 лет, доставлена в инфекционное отделение с диагнозом: Эритематозная рожа правой голени. При поступлении предъявляла жалобы на повышение температуры тела до 39,0°С, покраснение кожи правой голени, отек и болезненность голеностопного сустава.

Из анамнеза: заболела 3 дня назад, когда отметила лихорадку, сутки назад появились гиперемия кожи правой голени, ее отек, болезненность, боли в области голеностопного сустава. 1 год назад перенесла операцию - ампутация левой нижней конечности до середины бедра ввиду ХВН Ш ст. За 1,5 года до операции перенесла однократно рожу левой голени.

При осмотре: состояние средней тяжести, лихорадка 38,6°С. Культя левой нижней конечности без воспалительных изменений. На коже правой голени яркая, горячая, болезненная при пальпации гиперемия с четкими границами, отек голени и голеностопного сустава Движения в голеностопном суставе ограничены из-за отека и боли. На внутренней поверхности правого бедра отмечаются явления лимфангита. Пальпируются подколенные и паховые лимфатические узлы до 0,7-1,5 см в диаметре, не спаяны, болезненны.

1. Можно ли расценить данное состояние как рецидив рожи?
2. Чем обусловлено данное заболевание?
3. Сформулируйте окончательный диагноз согласно классификации.
4. Какова тактика ведения больной?
5. Перечислите последствия заболевания согласно классификации.

**Эталон ответа к задаче № 6**

1. Нет. Первое заболевание рожей регистрировалось более 2х лет назад.
2. Длительным течением ХВН.
3. Повторная метастатическая рожа, эритематозная форма. Фон: ХВН нижней конечности Шст.
4. Помимо лечения рожи необходима консультация сосудистого хирурга в плане лечения ХВН. Целесообразно назначение флеботоников (детралекс по 1 табл. 2 раза вдень перорально в течение 3-х месяцев), антиагрегантов (курантил, гепарин, фраксипарин).
5. Лимфедема, фибродема.

**Задача № 7**

Больная Ч., 48 лет, обратилась в поликлинику к участковому терапевту с жалобами на лихорадку до 37,8°С, покраснение кожи левой голени. Из анамнеза: заболела остро 2 дня назад с лихорадки. Накануне обращения в поликлинику появилась гиперемия кожи. Ранее подобного не наблюдала. Самостоятельно не лечилась.

При осмотре: состояние ближе к удовлетворительному, температура тела 37,5°С. На боковой поверхности левой голени определяется умеренно болезненная, несколько отечная гиперемия с неровными границами. Пальпируются подколенные лимфатические узлы до

1. 7.1,0 см в диаметре, незначительно болезненные, подвижные. Лимфангита не наблюдается. На стопах - явления микоза.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какова тактика участкового терапевта?
4. Обязательна ли в данном случае госпитализация в стационар?
5. Составьте план лечения.
6. Каковы профилактические мероприятия в стадию реконвалесценции в данном случае?

**Эталон ответа к задаче № 7**

1. Рожа левой голени первичная, эритематозная форма, легкое течение. Фон: Микоз стоп. Обоснование: умеренная интоксикация, патогномоничные локальные изменения кожи, лимфаденопатия, явления микоза стоп.
2. Направление к инфекционисту в КИЗ.
3. Учитывая легкое течение возможно лечение в у инфекциониста КИЗа.
4. Обильное питье, жаропонижающие, таблетированные антибиотики (аугментин, супраск, цедекс), таблетированные флеботоники (детралекс), антигистаминные препараты (кларотадин, цетиризин).
5. Бициллинопрофилактика в стадию реконвалесценции в течение 1-1,5 лет.

**Задача № 8**

К больному А., 59 лет, вызван врач «скорой помощи» в виду высокой лихорадки до 39,0°С, боли в правой нижней конечности.

Из анамнеза: в течение последних 5 лет страдает рецидивирующей рожей правой нижней конечности, неоднократно лечился в условиях инфекционного стационара, последний раз в виду буллезно-геморрагической рожи - в отделении гнойной хирургий. В течение длительного времени - ХВН III ст., периодически - трофические язвы на нижних конечностях. Рецидивы заболевания возникают 3-4 раза в год. Настоящий рецидив заболевания возник 8-9 дней назад, когда на фоне повышения температуры тела появилась яркая гиперемия с четкими границами в области правой голени, правого бедра. Был осмотрен участковым терапевтом и хирургом поликлиники, от предложенного направления на госпитализацию отказался, лечился амбулаторно супраксом, цетиризином, детралексом. Однако на фоне лечения состояние не улучшалось, продолжала сохраняться лихорадка, гиперемия приобрела геморрагический характер, появились пузыри, на некоторых участках гиперемии - явления некроза.

При осмотре врачом «скорой помощи»: состояние тяжелое, лихорадка 38,4°С. На коже правой нижней конечности на фоне яркой гиперемии - геморрагии, буллы с серозно­геморрагическим содержимым. На передней поверхности правой голени определяется участок некроза. Подколенные и паховые лимфатические узлы увеличены, болезненны, подвижны.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какова тактика врача «скорой помощи»?
3. Составьте план лечения больного.
4. Укажите предрасполагающие факторы для развития заболевания.
5. Укажите формы заболевания по распространенности местного воспалительного очага.

**Эталон ответа к задаче № 8**

1. Рожа нижней конечности упорно рецидивирующая, буллезно-геморрагическая форма, тяжелое течение, осложненная некрозом кожи. Фон: ХВН Ш степени. Обоснование: Длительное течение рожи, ХВН, отсутствие своевременного лечения рецидива, местные изменения очага, лимфаденит.
2. Госпитализация в отделение гнойной хирургии.
3. Активная дезинтоксикационная терапия, назначение 2х парентеральных антибиотиков, десенсибилизирующая терапия гормональными препаратами, хирургическое вмешательство - вскрытие булл, некрэктомия. Местное лечение антисептиками.
4. ХВН, сахарный диабет, микозы, хронические очаги стрептококковой инфекции.
5. Локализованная, распространенная, метастатическая.

**Задача №9**

Больная П., 45 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на болезненный отек правого предплечья, гиперемию кожи.

Из анамнеза выяснено, что 2 дня назад отмечала лихорадку до 39,5°С. Свое состояние расценила как начальные проявления ОРВИ, самостоятельно принимала жаропонижающие - с кратковременным эффектом. 1 год назад произведена мастэктомия справа в виду онкологической патологии. В настоящее время проводится химиотерапия.

При осмотре: состояние средней тяжести, лихорадка субфебрильная. Правое плечо отечно, гиперемия с четкими границами, неровными контурами, горячая на ощупь. На передней поверхности плеча определяются 3 буллы с серозно-геморрагическим экссудатом. На правом предплечье - явления лимфангита.

1. Ваш предварительный диагноз и его обоснование.
2. Какова тактика врача поликлиники?
3. Составьте план лечения.
4. Назначьте этиотропную терапию данной пациентке.
5. Возможно ли предупреждение рецидивов заболевания?

**Эталон ответа к задаче № 9**

1. Рожа правой верхней конечности первичная, эритематозно-буллезная форма. Фон: состояние после • мастэктомии справа. Обосновние: интоксикация с последующим появлением характерного местного очага инфекции с буллами, перенесённая мастэктомия и химиотерапия в настоящее время, что привело к развитию лимфостаза, иммунодефицита.
2. Направление на госпитализацию в хирургический стационар.
3. Госпитализация в хирургическое или инфекционное отделение после осмотра хирургом, вскрытие булл, антибактериальная терапия цефалоспоринами П1 поколения парентерально, дезинтоксикационная терапия глюкозо-солевыми растворами в соотношении 1:2, десенсибилизирующая терапия высшими дозами антигистаминные препаратами парентерально и перорально (Suprastini 2,0 2 раза в день внутримышечно+ТаЬ.Скеплш 0,01 1 раз в день перорально) и/или гормонами.
4. Цефтриаксон 2,0 г внутривенно 1 раз в день не менее 10 дней.
5. Да, проведением бициллинопрофилактики.

**Задача № 10**

Больной Б., 55 лет, обратился в поликлинику к участковому терапевту с жалобами на боли, отек левой голени, усиливающийся при ходьбе, повышение температуры тела до 39°С.

Из анамнеза выяснено, что 6 месяцев назад находился на стационарном лечении в хирургическом отделении по поводу тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей.

При осмотре: состояние средней тяжести. По всей поверхности левой голени отмечается болезненная и горячая на ощупь возвышенная эритема с неровными краями. Движения в коленном суставе затруднены из-за выраженного отека. На передней поверхности левой голени на фоне эритемы отмечаются пузыри с серозным содержимым. Пальпируются болезненные подколенные лимфатические узлы.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какие изменения в периферической крови ожидаются?
3. Составьте план лечения больного с назначением десенсибилизирующей терапии в данном клиническом случае.
4. Укажите препараты выбора для этиотропной терапии данного заболевания.
5. Перечислите клинические формы заболевания согласно классификации.

**Эталон к задаче № 10**

1. Рожа левой голени первичная, эритематозно-буллезная форма. Фон: Тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей. Диагноз выставлен на основании интоксикации с последующим появлением патогномоничнош местного очага, лимфаденопатии, сопутствующего тромфоблебита глубоких вен нижних конечностей.
2. Лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, ускоренная СОЭ.
3. Вскрытие булл, антибиотики цефалоспориновош ряда внутривенно, дезинтоксикация, УФО крови, десенсибилизация гормональные препаратами - Дексаметазон по 8 ед. 2 раза в день внутривенно капельно на физ.растворе.
4. Р-лакшмы: пенициллины, цефалоспорины.
5. Эритематозная, эритематозно-буллезная, эритематозно-геморрагическая, буллезно­геморрагическая формы.

**КЛЕЩЕВЫЕ НЕЙРОИНФЕКЦИИ**

Задача № 1

Больная Д., 42 лет, 1 июня поступила в приемно-диагностическое отделение на 2-ой день заболевания с жалобами на головную боль, лихорадку до 39°С, ломоту в мышцах, общую слабость.

Из анамнеза: заболела остро 29 мая, когда появился озноб, тянущие боли в мышцах. Температура тела повысилась до 37,7°С. Вечером того же дня состояние ухудшилось - появились головные боли, лихорадка до 40,0°С.

I Из эпидемиологического анамнеза: 24 мая была в лесу, сняла с себя 5 клещей,

экстренная специфическая профилактика не проводилась, клещи не исследовались.

При осмотре: состояние ближе к тяжелому. Сознание ясное. Кожные покровы горячие, гиперемированные, температура тела - 39,4°С. ЧСС - 88/мин., АД - 40/100 мм рт.ст. Очаговой неврологической симптоматики, менингеальных знаков нет.

1. Ваш предположительный диагноз, его обоснование.
2. Какие специфические методы исследования необходимо провести?
3. Назначьте специфическое лечение.
4. Укажите возбудитель заболевания.
5. Можно ли было избежать развития заболевания в данном случае?

**Эталон ответа к задаче № 1**

1. Клещевой энцефалит, лихорадочная форма. Обоснование: острое начало с лихорадки, отсутствие очаговой и менингеальной симптоматики, данные эпидемиологического анамнеза о факте присасывания клещей.
2. Исследование сыворотки крови на наличие специфических антител (нРИФ, ИФА), выявление РНК вируса клещевого энцефалита методом ПЦР.
3. Йодантипирин по схеме, противоклещевой иммуноглобулин.
4. Вирус клещевого энцефалита.
5. Да, если бы проводилась плановая или экстренная специфическая профилактика клещевого энцефалита.

**Задача № 2**

Больной С., 52 лет, поступил в стационар на 4-ый день заболевания с жалобами на разлитую головную боль, выраженную слабость, головокружение, тошноту, повторную рвоту, снижение аппетита, ломящие боли во всем теле.

Из анамнеза: вышеперечисленные жалобы появились 3 дня назад, однако в день поступления состояние резко ухудшилось, повысилась температура тела до 38,0°С, что и I заставило обратиться за медицинской помощью. За неделю до начала заболевания отмечал « укус клеща в область уха. Специфическая профилактика КЭ не проводилась.

При осмотре: состояние тяжелое, больной вялый. Лицо гиперемировано, отмечаются явления склерита. Тоны сердца ритмичные, глухие, тахикардия до 120/мин., АД - 90/60 мм рт.ст. язык сухой, обложен.

В неврологическом статусе: сглаженность носогубной складки, опущение правого угла рта. Намечена дивиация языка вправо. Сухожильные рефлексы на верхних конечностях равны, на нижних - незначительно s>d. Ригидность мышц затылка 4,0 см, симптом Кернига 120° с обеих сторон.

В периферической крови: Ег - 4,15\*1012/л, НЬ -136 г/л, L - 15,0\*109/л, э -1 %, п - 7 %, с - 86 %, л - 4 %, м - 2 %, СОЭ - 6 мм/ч.

В ликворе: прозрачный, бесцветный, давление 240,0 мм вод.ст. Плеоцитоз 144, с преобладанием лимфоцитов. Белок - 0,33 г/л, реакция Панди (++).

1. Ваш диагноз, его обоснование.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Назначьте этиотропную терапию в данном клиническом случае.
4. Укажите путь передачи данного заболевания.
5. Возможно ли хроническое течение при данном заболевании?

**Эталон ответа к задаче № 2**

1. Клещевой энцефалит, менингеальная форма. Острое начало, интоксикационный, менингеальный синдром, эпидемиологический анамнез, результаты исследования ликвора.
2. Специфическая серодиагностика, ПЦР ликвора на выявление РНК ВКЭ, для контроля эффективности лечения через 10-12 дней - повторная люмбальная пункция. При отсутствии положительной динамики - решение вопроса о проведении ЭЭГ.
3. Противовирусные препараты в сочетании с рибонуклеазой.
4. Трансмиссивный.
5. Да.

**Задача № 3**

Больной М., 25 лет, заболел остро 2 дня назад. Появились головная боль, тошнота, выраженная слабость, особенно в нижних конечностях. На следующий день отмечалась многократная рвота, головные боли локализовались преимущественно в лобно-височных областях, отметил снижение силы в правой руке. К вечеру повысилась температура тела до 38,5°С. Самостоятельно принимал жаропонижающие, анальгетики - без эффекта. Машиной «скорой помощи» доставлен в стационар.

Из эпиданамнеза: за 10 дней до начала заболевания отмечал укус клеща в левую руку, спустя 2 дня после укуса клеща с целью экстренной профилактики введен противоклещевой иммуноглобулин.

При осмотре: состояние средней тяжести, в сознании, адекватен. Температура тела 38,2°С, ЧСС - 70/мин. В неврологическом статусе: равномерный мидриаз, парез правого лицевого и подъязычного нервов по центральному типу. Движения в конечностях в полном объеме, сила в правой руке значительно снижена. Сухожильные рефлексы снижены. Симптомы Бабинского и Оппенгейма справа. Ригидность мышц затылка 3,0 см., симптом Кернига 160° с обеих сторон.

1. Ваш предположительный диагноз, его диагностические критерии.
2. Как подтвердить диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования возможно провести данному пациенту?
4. Составьте план лечения.
5. Какое аутоиммунное заболевание может развиться у пациента в стадию реконвалесценции (спустя 4-6 месяцев)?

**Эталон ответа к задаче № 3**

1. Клещевой энцефалит. М енингоэнцефалитическая форма Центральный монопарез правой руки. Интоксикация, очаговая и менингеальная симптоматика, снижение силы правой руки, эпидемиологический анамнез.
2. Серодиагностика, ПЦР ликвора с целью выявления РНК ВКЭ.
3. ЭЭГ,ЭМГ,ЭНМГ,РЭГ.
4. Противовирусная терапия препаратами интерферона-а, рибонуклеаза, дезинтоксикация, препараты, улучшающие мозговое кровообращение, симптоматическая терапия.
5. Синдром Гийена-Барре.

**Задача № 4**

Больной А., 30 лет, поступил в инфекционный стационар с жалобами на повышение температуры тела до 37,8-38,0°С. Повышение температуры тела появилось 5 дней назад, самостоятельно принимал жаропонижающие - с кратковременным эффектом. Однако состояние не улучшилось. Машиной «скорой помощи» с диагнозом: Лихорадка неясного генеза доставлен в инфекционный стационар. Из эпиданамнеза: за 2 недели до заболевания пребывал в лесной зоне, однако укус клеща отрицает. При осмотре патологии со стороны внутренних органов не выявлено, в неврологическом статусе без особенностей.

На 10-е сутки заболевания в сыворотке крови при нРИФ выявлены IgM в титре 1:1200 и IgG в титре 1:800 к ВКЭ.

1. Ваш диагноз, его обоснование.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Составьте план лечения больного.
4. Назначьте специфическую профилактику заболевания в плане микст-инфекции.
5. Укажите путь передачи инфекции при данном заболевании.

**Эталон ответа к задаче № 4**

1. Клещевой энцефалит, лихорадочная форма. Обоснование: лихорадка, пребывание в лесной зоне, наличия титра АТ к ВКЭ.
2. нРИФ, ИФА сыворотки крови на предмет выявления АТ к боррелиям, нРИФ для определения нарастания титра АТ к ВКЭ к динамике.
3. Йодантипирин по схеме, дезинтоксикационная терапия.
4. Доксициьслин 0,1 г по 1 капсуле 2 раза в день перорально 10 дней.
5. Трансмиссивный.

**Задача № 5**

К дерматологу обратилась больная П., 58 лет. Неделю назад появилась головная боль, лихорадка до 38°С. Наблюдалась с диагнозом ОРВИ, принимала аскорутин, глюконат кальция, тавегил. Температура тела снизилась, но на 4-ый день болезни появилось жжение, зуд и покраснение на правом бедре, которое сохраняется до настоящего времени, постепенно увеличиваясь в размерах. 3 недели назад ездила в лес за ягодой.

**Эталон ответа к задаче № 5**

1. Острый ИКБ, эритемная форма, средней степени тяжести.
2. Кольцевидный и мигрирующий характер эритемы, данные анамнеза о поездке в лес, лихорадка более 3х дней.
3. Выявление антител к боррелиям (ИФА, нРИФ).
4. Дезинтоксикационная, десенсибилизирующая терапия, антибактериальная терапия препаратами тетрациклинового ряда.
5. Borrelia afzelii, Borrelia garinii.

**Задача № 6**

В поликлинику обратилась больная В., 48 лет, с жалобами на периодическое повышение температуры тела к вечеру до 37,5-38,0°С в течение последних 3х недель, боли в коленных и голеностопных суставах, повышенную утомляемость, слабость.

Из эпидемиологического анамнеза: 4 месяца назад отдыхала на даче.

При осмотре: кожные покровы чистые, температура тела 37,6°С. Отмечается увеличение подключичных и подмышечных лимфатических узлов. Коленные и голеностопные суставы без видимой деформации, движения в них ограничены, болезненны.

1. Ваш предположительный диагноз, его обоснование.
2. Как подтвердить диагноз?
3. Составьте план лечения.
4. Какова длительность курса этиотропной терапии в данном случае?
5. Дефект какого звена иммунной системы является основополагающим патогенетическим фактором для развития данного течения болезни?

**Эталон ответа к задаче № 6**

1. Подострый ИКБ, манифестная безэритемная форма, средней степени тяжести, с преимущественным поражением опорно-двигательного аппарата. Обоснование: лихорадка, поражение суставов, лимфаденопатия, гепатомегалия, данные эпиданамнеза.
2. ИФА, нРИФ (выявление АТ к боррелиям).
3. Дезинтоксикационная терапия; десенсибилизирующая терапия антигистаминными препаратами; НПВП; антибактериальная терапия антибиотиками цефалоспоринового ряда III поколения.
4. 21-28 дней.
5. Фагоцитарного.

**Задача № 7**

В травмпункт обратился мужчина 35 лет, которого 3 часа назад укусил клещ. После удаления клеща и введения 10,0 мл противоклещевого иммуноглобулина самочувствие удовлетворительное. На следующий день при обследовании клеща выявлены боррелии. Обратился к инфекционисту поликлиники. Жалоб не предъявляет:

1. Ваш диагноз, его обоснование.
2. Ваша тактика как врача-инфекциониста.
3. Укажите возможные исходы данного состояния больного.
4. Укажите путь передачи инфекции в данном случае.
5. Укажите сроки инкубационного периода при данном заболевании.

**Эталон ответа к задаче № 7**

1. Острый ИКБ, субклиническая форма.
2. Необходима антибактериальная терапия.
3. Выздоровление, манифестация острого процесса, хронизация инфекционного процесса без манифестации.
4. Трансмиссивный.
5. 1-60 дней.

**Задача № 8**

Больная А., 57 лет, обратилась к терапевту поликлиники с жалобами на лихорадку до 38- 39°С, недомогание, покраснение кожи живота. Заболела 10 дней назад, когда появилась гиперемия кожи живота размером до 10,0-12,0 см в диаметре, отек, болезненность, зуд. Через 5 дней повысилась температура тела. Самостоятельно смазывала пораженный участок кожи раствором йода, принимала димедрол.

Из эпиданамнеза: за 20 дней до заболевания на даче отмечала присасывание клеща в область живота, который находился на коже больной около 2х суток. Против КЭ не привита.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 38,5°С. Кожные покровы теплые, на коже передней поверхности брюшной стенки в области присасывания клеща ярко-розовая гиперемия с инфильтрацией с четкими границами до 15,0-17,0 см в диаметре, болезненная при пальпации. Отмечается увеличение подмышечных, паховых лимфатических узлов.

1. Ваш диагноз, его обоснование.
2. Назначьте этиотропное лечение.
3. Как подтвердить диагноз?
4. Следует ли подтверждать диагноз при данной форме болезни?
5. Укажите механизм передачи инфекции при данном заболевании.

**Эталон ответа к задаче № 8**

1. Острый ИКБ, эритемная форма, средней степени тяжести. Обоснование: интоксикация, лимфаденопатия, наличие эритемы, данные эпиданамнеза об укусе клеща.
2. Доксициклин 0,1 г по 1 капсуле 2 раза в день 14-21 дней.
3. ИФА - обнаружение IgM и IgG к боррелиям не менее 20 МЕ/мл.
4. Согласно рекомендациям ВОЗ (1995) эритемная форма ИКБ может верифицироваться клинико-эпидемиологически.
5. Трансмиссивный.

**Задача № 9**

Больной К., 18 лет, в ноябре 2011 г. обратился в инфекционное отделение по направлению терапевта поликлиники с жалобами на умеренные боли в коленных, голеностопных, локтевых суставах, усиливающихся при физической нагрузке.

Проживает на селе; в мае 2009 г. снимал с себя присосавшегося в области шеи клеща. Эритемы не наблюдалось. В августе 2009 г. чувствовал общее недомогание, утомляемость, но внимания на это не обращал. Осенью 2009 г. отмечал повышение температуры тела до 37,0-37,5°С, боли в шейном и поясничном отделах позвоночника, коленных, голеностопных, локтевых суставах, умеренную головную боль, слабость. В октябре 2009 г. госпитализирован в терапевтическое отделение ЦРБ с подозрением на ревматоидный артрит, выписан с Ds: Инфекционно-аллергический полиартрит неустановленной этиологии. На протяжении всего года беспокоят боли в суставах, лихорадка, слабость.

При осмотре: температура тела 37,0°С, АД-100/70 мм рт.ст., ЧСС - 72/мин. Коленные, голеностопные, локтевые суставы несколько отечны, движения в них в полном объеме, болезненны, с посторонней помощью. Встает с кровати с посторонней *помощью или с* помощью рук, походка на полусогнутых нижних конечностях, отмечается гипотрофия мышц плечевого пояса, гипотония верхних конечностей больше слева, выраженный гипергидроз. При R-обследовании суставов выявлена деформация коленных суставов с сужением суставном щели. При нРИФ к боррелиям IgM 1:80, IgG 1:160.

1. Ваш диагноз, его обоснование.
2. Когда была допущена ошибка в тактике ведения больного?
3. Составьте план обследования.
4. Составьте план лечения.
5. Укажите возможных возбудителей данного заболевания, циркулирующих в

Красноярском крае.

**Эталон ответа к задаче № 9**

1. Хронический ИКБ, непрерывное течение, с преимущественным поражением нервной системы (полирадикулоневрит, вегето-сосудистая дистония), опорно-двигательного аппарата (полиартрит), стадия субкомпенсации. Обоснование: патогномоничная симптоматика, эпиданамнез, серологическое подтверждение диагноза.
2. Находясь в октябре 2005 г. на стационарном лечении в терапевтическом отделении ЦРБ с подозрением на ревматоидный артрит, больной не был обследован на предмет иксодовош клещевого боррелиоза (серологическое исследование сыворотки крови).
3. Общеклиническое, серологическое, биохимическое, УЗИ суставов, иммунологическое, осмотр невролога, кардиолога, иммунолога в динамике, серологическое исследование сыворотки крови для выявления АТ к боррелиям в динамике через 3 месяца.
4. Антибактериальная терапия цефалоспоринами и фторхинолонами, дезинтоксикация, десенсибилизация, иммунокоррекция, НПВП, витамины, препараты, улучшающие мозговое и периферическое кровообращение, активизирующие метаболические процессы головного мозга.
5. Borrelia afzelii, Bonrelia garinii.

**МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ, МЕНИНГИТЫ**

**Задача № 1**

Больной Т., 25 лет, заболел внезапно, среди полного здоровья, возвращаясь со спортивных соревнований. По приезде домой чувствовал себя хорошо, пошел принимать ванну. Через 1 час жена обнаружила больного на полу в ванной комнате без сознания. Вызвана «скорая помощь», больной доставлен в инфекционную больницу с диагнозом: Острое отравление.

При осмотре: больной богатырского телосложения. Состояние крайне тяжелое, без сознания, периодически клонические судороги конечностей. Лицо цианотично. Температура 39,8°С. На коже туловища и конечностей темно-багровые пятна, на их фоне - множественная геморрагическая сыпь различной величины от точечных элементов до обширных кровоизлияний в кожу. Особенно обширные кровоизлияния в области бедер. Пульс на периферических сосудах не определяется. Тоны сердца глухие, пульс 140-160/мин., АД - 40/0 мм рт.ст. Дыхание поверхностное, ЧДЦ - 40/мин.

Со слов жены ранее ни чем не болел, наследственных и хронических заболеваний, а также травм не было.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Назначьте обследование, подтверждающее диагноз.
3. Назначьте неотложную терапию.
4. Назначьте этиотропной терапию.
5. Укажите возбудитель заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 1**

1. Менингококковая инфекция, мениншкокцемия. ИТШ III ст. Диагноз выставлен на основании острейшего начала, интоксикации, судорожного синдрома, характерной геморрагической сыпи на кожных покровах, патологических изменений со стороны гемодинамики.
2. После выведения из ИТШ - люмбальная пункция с цитологическим и бактериологическим исследованием ликвора.
3. Немедленная госпитализация в реанимационное отделение или ПРИТ инфекционного отделения. Перевод больного на управляемое дыхание (ИВЛ). Дезинтоксикационная терапия кристаллоидными растворами (ацесоль, дисоль и пр.) по принципу управляемой гемодилюции, восстановление гемодинамики (препараты гидроксиэтиленкрахмалов - (Волювен, Инфукол) плазма, альбумин), глюкокортикоиды (дексаметазон), ингибиторы протеаз (контрикал, трасилол), противосудорожные препараты (диазепам, теопентал натрия).
4. С целью этиотропнош лечения стартовым является левомицетина сукцинат натрия 80- 100 мг/кг в сутки внутривенно каждые 6 часов, или сумамед 500 мг/сут в/в кап.
5. Nesseria meningitidis.

**Задача № 2**

Больной К., 17 лет, заболел остро. Появилась сильная головная боль, более интенсивная в области лба, резкая общая слабость, боли в пояснице. Через несколько часов появилась тошнота, а затем - повторная рвота, повышение температуры тела до 39°С. Бригадой скорой помощи доставлен в инфекционное отделение.

>■ Из анамнеза: за 5 дней до заболевания отмечал заложенность носа, першение в

горле, сухой редкий кашель, повышение температуры тела до 37,5°С. Самостоятельно не лечился, за медицинской помощью не обращался.

При осмотре: больной возбужден, мечется в кровати, стонет от головной боли. На коже нижних конечностей, грудной клетки, области живота обильная звездчатая геморрагическая сыпь. Пульс - 92/мин., ритмичный, АД - 80/60 мм рт.ст. Язык суховат, густо обложен грязно-серым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Симптом XII ребра отрицательный с обеих сторон. Резко выражена ригидность мышц затылка, симптом Кернига с обеих сторон 160°. Положительный верхний и нижний симптом Брудзинского.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Составьте план обследования больного.
3. Назначьте этиотропную терапию.
4. Возможно ли было избежать заболевания?
5. Укажите формы заболевания согласно клинической классификации.

**Эталон ответа к задаче № 2**

1. Менингококковая инфекция, менингококковый менингит, менингококцемия, тяжелое течение. Диагноз выставлен на основании интоксикации, каратальных явлений, менингеальных знаков, геморрагической сыпи, сведений анамнеза о заболевании за 5 дней до развития данной клинической картины, что может интерпретироваться как менингококковый назофарингит.

1. Общеклиническое обследование. Люмбальная пункция с цитологическим и бактериологическим исследованием ликвора
2. Госпитализация в реанимационное отделение или ПРИТ инфекционного отделения. Стартовым антибиотиком является левомицетина сукцинат натрия 80-100 мг/кг в сутки внутривенно каждые 6 часов, затем цефтриаксон 2,0-4,0 г на физ.растворе внутривенно капельно.
3. Да, при условии своевременной диагностики и лечения мениншкоккового назофарингита.
4. Локализованные (носительство, назофарингит), генерализованные (менингит, менингококцемия, менингоэнцефалит, смешанная), редкие формы (хроническая мениншкокцемия, менингококковая пневмония, менингококковый артрит, менингококковый ир идо циклит).

**Задача № 3**

Больная М., 27 лет, заболела остро. К вечеру почувствовала озноб, общее недомогание, повысилась температура тела до 38°С. Через 3 часа отметила лихорадку до 39,5°С с ознобом. Была вызвана бригада «скорой помощи». Сделана инъекция анальгина с димедролом. Состояние несколько улучшилось. На следующий день вновь наблюдалась высокая лихорадка, резкая слабость, боли в крупных суставах.

Повторно вызвана «скорая помощь». Врач обратил внимание на обильную сыпь на кожных покровах живота, груди, ягодиц. Пульс - 120/мин., ритмичный, АД - 90/60 мм рт.ст. Доставлена в инфекционное отделение с диагнозом: Корь.

Из анамнеза: за 3 дня до настоящего заболевания беспокоило першение в горле на фоне удовлетворительного самочувствия.

При осмотре: состояние тяжелое, акроцианоз, лихорадка. На коже голеней, бедер, ягодиц и живота многочисленные элементы розовато-красной сыпи и единичные геморрагии. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца глухие, пульс - 120/мин., ритмичный, пониженного наполнения и напряжения. АД - 90/60 мм рт.ст. Умеренная гиперемия слизистой ротоглотки. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных знаков нет. Стул обычный, мочи выделено 300,0 мл.

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Каковы лабораторно-диагностические критерии диагноза?
3. Назначьте этиотропное лечение в данном случае.
4. Укажите возбудитель заболевания.
5. Укажите механизм передачи инфекции при данном заболевании.

**Эталон ответа к задаче № 3**

1. Менингококковая инфекция, менингококцемия, осложненная ИТШ II ст. Диагноз выставлен на основании лихорадки, характерной экзантемы, тахикардии, относительной гипотонии, указаний на явления назофарингита в анамнезе заболевания.
2. Бактериологическое исследование крови на менингококк, бактериологическое исследование мазка из зева и носа на менингококк, серологическое исследование сыворотки крови для обнаружения специфических антител (ИФА).
3. Стартовым антибиотиком является левомицетина сукцинат натрия 80-100 мг/кг в сутки внутривенно каждые 6 часов, или сумамед 500 мг/сут с последующей сменой на антибиотики широкого спектра по принципу двойной терапии после выведения из шока.
4. Nesseria meningitidis.
5. Воздушно-капельный.

**Задача № 4**

В инфекционное отделение поступила больная А., 18 лет, проживающая в общежитии, где зарегистрирован случай заболевания генерализованной формой мениншкокковой инфекции. Предъявляет жалобы на незначительное першение в горле.

При обследовании контактных лиц у больной из носоглотки выделен N. meningitidis группы В. Направлена на госпитализацию инфекционистом поликлиники.

При осмотре: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, температура 37,1°С. В зеве незначительная гиперемия задней стенки глотки, голос не изменен. Из носа скудное отделяемое, дыхание через нос не затруднено. Со стороны внутренних органов без патологии.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Необходима ли госпитализация в данном клиническом случае?
3. Назначьте лечение данной пациентке.
4. Укажите порядок проведения контрольного бактериологического исследования

при данном заболевании.

1. Укажите сроки инкубационного периода при данном заболевании.

**Эталон ответа к задаче № 4**

1. Менингококковая инфекция, локализованная форма, менингококковый назофарингит, легкое течение. Обоснование: катаральные явления, субфебрилитет, сведения эпиданамнеза, бактериологическое подтверждение диагноза.
2. Да. В этом случае необходима госпитализация по эпидемическим показаниям (проживает в общежитии).
3. Ампициллин внутрь в возрастных дозировках в течение 4х дней, или левомицетин внутрь в возрастных дозировках в течение 4х дней, или рифампицин перорально в течении 2х суток 2 раза в день в суточной дозе 0,6 г.
4. Через 2 дня на третий после отмены антибиотика.
5. 1-10 дней, чаще 2-4 дня.

**Задача №5**

Больная Р., 25 лет, заболела остро с резкой головной боли распирающего характера на фоне высокой лихорадки. Бригадой «скорой помощи» доставлена в инфекционний стационар.

Из анамнеза: 5 дней назад контактировала с подругой, больной ОРВИ. За 2 дня до настоящего заболевания отмечала першение в горле, незначительный насморк, повышение температуры тела до 37,2°С.

При осмотре: состояние крайне тяжелое. Вялая, сонливая, в контакт вступает не охотно. Акроцианоз. На коже живота, груди, конечностей определяется геморрагическая сыпь различной величины и формы. Температура тела 39°С, АД - 100/60 мм рт.ст. в легких дыхание жесткое, тоны сердца аритмичные, тенденция с брадикардии. Живот мягкий, печень на 1,0 см увеличена из-под края реберной дуги.

Через час состояние резко ухудшилось. Положение вынужденное - поза «легавой собаки». Увеличилось количество геморрагических элементов сыпи на коже. Многократная рвота. Пульс частый, слабый. Зрачки умеренно расширены, фотореакция слабая.

В периферической крови: НЬ -120 г/л, Ег - 3,6\*1012/л, Тг - 170\*109/л, L - 17\*109/л, п - 27 %, с - 53 %, э - 2 %, лф -10 %, мн - 8 %, СОЭ - 30 мм/час.

В ликворе: цвет мутный, опалесцирует. Цитоз 1800 клеток, лимфоциты - 10%, нейтрофилы - 90 %, белок 0,46 г/л.

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Какие лабораторные исследования могут подтвердить клинический диагноз?
3. Назначьте этиотропную терапию в данном случае.
4. Каковы патогенетические причины появления сыпи?
5. Перечислите клинические формы данного заболевания согласно классификации.

**Эталон ответа к задаче № 5**

1. Менингококковая инфекция, смешанная генерализованная форма: менингококцемия, менингококковый менингит, тяжелое течение. Диагноз выставлен на основании лихорадки, характерной экзантемы, вынужденного положения тела, центральной рвоты, указаний на контакт с больной и явления назофарингита в анамнезе заболевания, лейкоцитоза периферической крови с нейтрофильным сдвигом, нейтрофильного цитоза в ликворе.
2. Бактериологическое исследование крови на менингококк, бактериологическое исследование мазка из зева и носа на менингококк, бактериологическое исследование ликвора, серологическое исследование сыворотки крови для обнаружения специфических антител (ИФА).
3. Стартовые антибиотики - препараты с бактериостатическим действием: левомицетина сукцинат натрия 80-100 мг/кг в сутки внутривенно каждые 6 часов, или сумамед 0,5 г в сутки, затем цефтриаксон 2,0-4,0 г на физ.растворе внутривенно капельно.
4. В результате высокой концентрации липополисахаридов подавляются функциональная активность клеток, наблюдаются расстройства микроциркуляции, внутрисосудистое светрывание крови. Что приводит к геморрагическому синдрому (ДВС-синдром).
5. Локализованные (носительство, назофарингит), генерализованные (менингит, менингококцемия, менингоэнцефалит, смешанная), редкие формы (хроническая менингококцемия, менингококковая пневмония, менингококковый артрит, менингококковый иридоциклит).

**Задача № 6**

Больная О., 30 лет, заболела остро с повышения температуры тела до 38°С, сильной головной боли, многократноой не приносящей облегчения рвоты, однократного кашицеобразного стула. Доставлена в инфекционный стационар в первый день болезни в состоянии средней тяжести.

Из анамнеза: за 3 дня до настоящего заболевания лечилась амбулаторно у ЛОР- врача по поводу острого гнойного отита справа.

При осмотре: в сознании, контакту доступна. Температура тела - 38,1°С, позывы на рвоту. Кожные покровы чистые. В легких хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны, умеренная тахикардия, АД -110/80 мм рт.ст. Язык влажный, живот мягкий, безболезненный. Косоглазие с детства. Менингеальных симптомов не выявлено.

На следующий день головная боль усилилась, отмечается рвота пятикратно без тошноты, не приносящая облегчения, однократный кашицеобразный стул. Появилась ригидность затылочных мышц до 4,0 см, симптом Кернига с обеих сторон 160°.

В периферической крови: НЬ -118 г/л, Ь-16,3\*109/л, п -18 %, с - 53 %, лф - 22 %, мн - 6 %, СОЭ - 30 мм/час.

При люмбальной пункции получен мутный ликвор, вытекающий под давлением, цитоз 8320 клеток, из них нейтрофилов - 7904, лимфоцитов - 416, белок 1262 мг/л, осадочные реакции Нонне-Аппельта и Панди (++++).

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Составьте план обследования больной.
3. Назначьте патогенетическую терапию.
4. Назначьте адекватную этиотропную терапию.
5. Укажите возможные этиологические агенты данного заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 6**

1. Вторичный гнойный менингит, среднетяжелое течение. Диагноз выставлен на основании интоксикации, менингеального синдрома, нейтрофильного цитоза при исследовании ликвора, лейкоцитоза с палочкоядерным сдвигом, а также сведений анамнеза о наличии острого гнойного одностороннего отита.
2. Общеклиническое, люмбальная пункция в динамике.
3. Дезинтоксикация кристаллоидными растворами (ацесоль, дисоль и пр.). Дегидратация - 20% раствор маннитола из расчета 0,25-1,0 г/кг в течение 60 мин. Антиоксиданты - мексидол 0,2-0,3 г 2 раза в день внутривенно капельно.
4. Антибиотики, проникающие через гематоэнцефалический барьер (цефтриаксин в среднетерапевтической дозе).
5. Бактериальная флора (стрептококки, стафилококки, пневмококки).

**Задача № 7**

Больной Р., 19 лет, заболел остро накануне, когда появилась сильная диффузная головная боль, многократная рвота, не приносящая облегчения, повысилась температура тела до 39,8°С. Накануне заболевания отмечал переохлаждение. Доставлен «скорой помощью» в приемно-диагностическое отделение многопрофильной больницы.

При осмотре: состояние тяжелое. Сохраняется сильная головная боль, высокая лихорадка. Кожные покровы чистые. Тоны сердца громкие, тахикардия до 110/мин., АД- 90/60 мм рт.ст. Дыхание через нос несколько затруднено, в легких везикулярное, хрипов нет. Язык слегка обложен белым налетом, живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. В неврологическом статусе определяется симптом Манн-Гуревича, ригидность мышц затылка до 4,0 см, симптом Кернига с обеих сторон 150°.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Укажите метод диагностики, определяющий диагноз.
3. Назначьте патогенетическое лечение данному пациенту.
4. Укажите возможные противопоказания для проведения диагностической манипуляции при данном заболевании.
5. Каков патогенетический путь распространения инфекции при данном заболевании?

**Эталон ответа к задаче № 7**

1. Вторичный менингит. Диагноз выставлен на основании острого начала, лихорадки, многократной рвоты центрального генеза, менингеальных знаков.
2. Для подтверждения диагноза необходимо проведение диагностической люмбальной пункции с цитологическим и бактериологическим исследованием ликвора.
3. Дезинтоксикационная терапия кристаллоидными растворами; десенсибилизирующая терапия антигистаминными препаратами; антиоксиданты; препараты, улучшающие мозговое кровообращение.
4. ОНГМ, шок.
5. Гематогенный, периневральный.

**Задача № 8**

Больной П., 35 лет, заболел остро 2 дня назад, когда появилась головная боль, слабость, мышечные боли, лихорадка до 38,5°С. Самостоятельно принимал обезболивающие, жаропонижающие препараты - с кратковременным эффектом. На 3-ий день болезни наросла общая слабость, появились головокружение, сильная головная боль, лихорадка до 38,9°С с ознобом, миалгии, отметил светобоязнь и боль при движении глазных яблок. Доставлен «скорой помощью» в инфекционный стационар.

При осмотре: состояние тяжелое, контакту доступен. Кожные покровы чистые, гиперемированы, горячие на ошупь, температура тела до 38°С. В приемном покое была рвота дважды, без тошноты, не приносящая облегчения. Сердечные тоны громкие, тахикардия до 110/мин., АД - 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Ригидность мышц затылка до 4,0 см, симптом Кернига 150° с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Проведена диагностическая люмбальная пункция: в ликворе цитоз 864 клетки, из них нейтрофилов 655, осадочные реакции Панди и Нонне-Аппельта (++++), белок 4422 мг/л.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. С каким заболеванием, на основании каких критериев, с применением каких методов необходимо проводить дифференциальную диагностику в данном клиническом случае?
3. Назначьте этиотропное лечение.
4. Какие изменения в периферической крови Вы ожидаете?
5. Укажите возможные противопоказания для проведения диагностической манипуляции при данном заболевании

**Эталон ответа к задаче № 8**

1. Вторичный гнойный менингит. Диагноз выставлен на основании интоксикации, менингеального синдрома, нейтрофильного цитоза в ликворе, положительных осадочных реакций.

Необходимо проводить дифференциальную диагностику с объемным процессом в головном мозге на основании белково-клеточной диссоциации; целесообразно проведение компьютерной или магнитно-резонансной томограммы головного мозга.

1. Антибиотики широкого спектра действия по принципу двойной терапии - цефтриаксон 2,0 г внутривенно на физиологическом растворе + ципрофлоксацин 0,5 г внутривенно капельно, или сумамед 0,5 г 1-2 раза в день внутривенно капельно.
2. Лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом.
3. ОНГМ, шок.

**Задача № 9**

Больная П., 35 лет, вечером доставлена «скорой помощью» в приемное отделение многопрофильной больницы с жалобами на диффузную головную боль, боли в мышцах, суставах, рвоту трижды, не приносящую облегчения, повышение температуры тела до 38,7°С. Вышеперечисленные жалобы появились утром, самостоятельно принимала жаропонижающие, спазмолитики, обезболивающие - без эффекта.

Из анамнеза: в течение недели отмечала явления ОРВИ, лечилась колдрексом, тера-флю, при этом ходила на работу.

При осмотре: состояние ближе к тяжелому. В сознании, заторможена, вялая, в контакт вступает не охотно. Кожные покровы чистые, горячие, умеренный гипергидроз. В зеве гиперемия и зернистость задней стенки глотки, миндалины гипертрофированы до II ст., рыхлые, наложений нет. Лимфаденопатии не выявлено. В легких жестковатое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС - 110/мин., АД - 90/60 мм рт.ст. Живот мягких, безболезненный. Диурез сохранен. Зрачки d=s, фотореакция сохранена. РМЗ -4,0 см. симптом Кернига 160° с обеих сторон.

Неврологом приемного отделения проведена люмбальная пункция: ликвор | прозрачный, вытекает частыми каплями. При микроскопическом исследовании ликвора выявлен цитоз - 628 клеток, из них 74 % лимфоцитов, 26 % нейтрофилов, белок 0,06 г/л.

I 1. Ваш предварительный диагноз и его обоснование.

1. Подлежит ли больная госпитализации и в какое отделение
2. Каковы предпосылки заболевания в данном клиническом случае?
3. Назначьте обследование для верификации первоисточника настоящего заболевания.
4. Назначьте этиотропную терапию в данном клиническом случае.

**Эталон ответа к задаче № 9**

1. Вторичный серозный менингит, средней степени тяжести. Диагноз выставлен на основании острого начала, сведений о ранее перенесенной ОРВИ, катаральных явлений, менингеального синдрома, цитоза в ликворе за счет лимфоцитов.
2. Да. Госпитализация в инфекционное отделение.
3. Перенесенная ОРВИ без адекватного лечения с соблюдением постельного режима.
4. ИФА крови на вирусы герпетической группы, ПЦР смывов из носоглотки на грипп, парагрипп, аденовирусную инфекцию.
5. Учитывая отсутствие сведений о первичной этиологии заболевания, следует назначить противовирусные препараты, действующие и на ДНК-co держащие вирусы (ацикловир парентерально), и на РНК-содержащие вирусы (тами-флю, реленза, арбидол); антибиотики, протикающие через гематоэнцефалический барьев (цефалоспорины Ш поколения).

**Задача №10**

Диагноз «Мениншкокковая инфекция» установлен у студента техникума. Состав семьи: мать и отец.

1. Определите количество и границы эпидемических очагов.
2. Установишь срок наблюдения за контактными лицами.
3. Проведите лабораторное обследование контактных лиц.
4. Необходима ли консультация контактных лиц узкими специалистами?
5. Назначьте контактным лицам биологически активные препараты.

**Эталон ответа к задаче № 10 '**

1. 2 очага: домашний (границы - квартира), техникум (границы - группа).
2. 10 дней.
3. Контактные лица подлежат однократному бактериологическому исследованию - анализ смыва из носоглотки.
4. Контактные лица должны быть осмотрены ЛОР - врачом.
5. Иммуноглобулин человеческий нормальный.

**ИЕРСИНИОЗЫ, ЭШЕРИХИОЗЫ**

**Задача № 1**

Больная П., 45 лет, рабочая завода, заболела остро. Появился озноб, температура тела до 38,5°С, ломота во всем теле. На следующий день отметила сильные боли в мышцах ног, темную мочу. С 3-го дня болезни присоединилась головная боль, тошнота, ухудшился сон, пропал аппетит, температура держалась на высоких цифрах. Вызванный врач поставил диагноз: Грипп, назначил анальгин, арбидол, эритромицин. К вечеру появились схваткообразные боли в околопупочной области, жидкий водянистый стул дважды, гиперемия и отечность кистей рук.

Врач «скорой помощи» обнаружил мелкоточечную сыпь на коже нижних отделах живота и боковых поверхностях туловища, расценил ее как аллергическую и назначил глюконат кальция и димедрол. Участковый терапевт при повторном осмотре на 6-й день болезни отметил желтушную окраску кожи и склер, обильную пятнисто-папулезную, местами сливную сыпь на руках, по типу «перчаток» и «носков», гиперемию слизистой глотки. Со стороны органов дыхания без патологических изменений.

При осмотре в приемном покое: состояние средней тяжести. Пульс - 100/мин., АД - 100/80 мм рт.ст. Язык влажный, яркий. Печень выступает на 2,0 см из-под реберного края. Симптом XII ребра слабо положителен. Менингеальных явлений нет.

Из эпидемического анамнеза: больная часто употребляет в пишу салатЫ из свежей капусты. Капусту хранит в погребе, где имеются следы пребывания грызунов (погрызанные овощи, испражнения).

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Назначьте обследование, подтверждающее диагноз.
3. Кто является источником инфекции?
4. Назначьте этиотропную терапию.
5. Каковы меры профилактики инфекции?

**Эталон ответа к задаче № 1**

1. Кишечный иерсиниоз, средне-тяжелое течение. Обоснование: эпиданамнез, острое начало с интоксикации, дисфункции со стороны кишечника, кожные проявления (сыпь на симметричных участках туловища и конечностей), желтуха, гепатомегалия.
2. Серологическое исследование сыворотки крови(ИФА, РА, РНГА, РСК) с иерсиниозным, псевдотуберкулезным диагностикумами.
3. Основным источником инфекции являются грызуны - мыши, крысы.
4. Антибактериальная терапия препаратами тетрациклинового ряда, фторхинолонами, левомицетином.
5. Меры профилактики направлены на уничтожение грызунов, предупреждение проникновения их на пищеблок и овощехранилище; термическая обработка овощей.

**Задача № 2**

Больной Л., 32 лет, почувствовал себя плохо утром, когда появилось познабливание, повысилась температура тела 39,2°С, беспокоили умеренная головная боль, миалгии, артралгии, боли в горле при глотании, 2 раза была рвота, нарастала слабость. К вечеру появились боли в правой половине живота, метеоризм. Стул был 3 раза, кашицеобразный. На второй день болезни сохранялась лихорадка до 39°С, боли в животе усилились и локализовались в правой подвздошной области. Больной госпитализирован в хирургический стационар с подозрением на острый аппендицит.

При осмотре: напряжение мышц передней брюшной стенки и нечетко выраженные симптомы раздражения брюшины.

В периферической крови: Ь-12\*109/л, нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом, э - 8 %, СОЭ - 22 мм/час.

Оперирован - обнаружен неизмененный аппендикс и пакеты увеличенных мезентериальных лимфатических узлов, что заставило хирурга-оператора заподозрить брюшной тиф.

Осмотрен инфекционистом: определяется легкая желтушность склер, увеличение печени на 1,0 см и ее болезненность. Больной проживает в собственном доме сельского типа, в течение недели до заболевания часто употреблял салаты из овощей, хранившихся в погребе, где обитают мыши.

1. О каком заболевании следует думать? Обоснуйте.
2. Назовите клиническую форму заболевания, при которой могут быть проявления в виде острого аппендицита.
3. Какие методы лабораторной диагностики необходимы для подтверждения диагноза?
4. Укажите оптимальные сроки проведения серологических исследований для подтверждения диагноза.
5. Назначьте дальнейшее лечение.

**Эталон ответа к задаче № 2**

Кишечный иерсиниоз, генерализованная форма, тяжелое течение, осложненное мезаденитом справа. Диагноз выставлен на основании сведений эпиданамнеза, острого начала с интоксикации, миалгий, артралгий, дисфункции со стороны ЖКТ, локализации болей в правой подвздошной области, симптомов раздражения брюшины, желтухи, гепатомегалии, результатов оперативного вмешательства (неизмененный аппендикс, пакеты увеличенных мезентериальных лимфатических узлов).

1. Абдоминальная форма.
2. Серологическое исследование крови (РКА, ИФА, РА, РИГА, РСК) с иерсиниозным и псевдотуберкулезным диагностикумами.
3. В конце 1 -й или начале 2-й недели болезни.
4. Антибактериальная терапия парентерально (препараты тетрациклинового ряда, левомицетина сукцинат натрия, фторхинолоны); патогенетическая, симптоматическая терапия.

**Задача № 3**

Больная Б., 46 лет, рабочая свинофермы, заболела остро с познабливания, повышения температуры тела до 38,6°С, головной боли, болей в крупных суставах и мышцах, урчания в животе; к концу дня отмечала тошноту и двукратную рвота, нарастала слабость.

При осмотре на 2-ой день болезни врачом поликлиники выявлена гиперемия кожи лица и шеи, полнокровие сосудов конъюнктивы и склер, гиперемия слизистой зева. Диагностировано острое респираторное заболевание. Ночью плохо спала, состояние к 3-му дню болезни ухудшилось. Температура повысилась до 39,6°С. Потемнела моча, появилась яркая сыпь на коже в области локтевых сгибов и живота. При повторном осмотре врачом поликлиники выявлена желтушность склер. Больная направлена в инфекционный стационар с диагнозом: Вирусный гепатит-? аллергическая сыпь-?

При поступлении: состояние средней тяжести, температура тела 39,2°С; на коже сгибательных поверхностей конечностей, в подмышечных впадинах, груди и живота обильная мелкая точечная сыпь, в складках кожи - группы петехиальных элементов. Легкая желтушность склер. Лицо, кисти и стопы ярко гиперемированы. Дыхание везикулярное. Пульс - 98/мин., АД - 100/70 мм рт.ст. Живот мягкий, печень болезненная, выступает из-под реберной дуги на 2,0 см. Селезенка не увеличена. Моча темная. Менингеальных симптомов не выявлено.

В периферической крови: L - 10,8\*109/л, э - 6 %, п - 26 %, с - 52 %, лф - 12 %, мн - 4 %, СОЭ - 22 мм/час.

В биохимическом анализе крови: билирубин-120 ммоль/л, прямой-80 ммоль/л, сулемовая проба-1,7 мл, тимоловая проба-20 ЕД, Ал Ат-3,6 ммоль/л. Маркеры к вирусам гепатита А, В, С при ИФА-исследовании отрицательные.

В моче: белок - 0,33 г/л, L - 2-3 в поле зрения; эритроциты - 2-4 в поле зрения, желчные пигменты - резко положительные.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какие методы лабораторной диагностики необходимы для подтверждения диагноза?
3. С каким заболеванием необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. Назовите механизм передачи инфекции.
5. Назначьте этиотропное лечение.

**Эталон ответа к задаче № 3**

1. Псевдотуберкулез, средне-тяжелое течение. Диагноз выставлен на основании острого начала, интоксикации, поражения ЖКТ, артралгий и миалгий, кожно-аллергических проявлений (сыпь на лице, шее, симметричных участках туловища, конечностей, симптомы «носков» и «перчаток»), желтухи, гепатомегалии.
2. Серологическое исследование (РКА, ИФА, РА, РИГА, РСК) с иерсиниозным и псевдотуберкулезным диагностикумами.
3. С вирусным гепатитом А.
4. Фекально-оральный механизм передачи инфекции.
5. Антибактериальная, терапия парентерально (препараты тетрациклинового ряда, левомицетин, фторхинолоны).

**Задача № 4**

Больной П., 23 лет, переведен в краевую больницу на 14-й день болезни в тяжелом состоянии с жалобами на лихорадку, непостоянные боли в животе с преимущественной локализацией в околопупочной и правой подвздошной области, жидкий стул 2-4 раза в сутки. В районной больнице получал левомицетин, фуразолидон. После некоторого улучшения на 12-й день болезни состояние ухудшилось, вновь повысилась температура до 39°С, появилась пятнистая сыпь на верхних конечностях и туловище, боли в суставах.

Больной - житель сельской местности, работает трактористом, живет в частном доме, в подвале обитают мыши, крысы.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Кто является источником инфекции?
3. Назначьте обследование, подтверждающее диагноз.
4. Какому антибиотику отдадите предпочтение в данном клиническом случае?
5. Перечислите меры профилактики данной инфекции.

**Эталон ответа к задаче № 4**

1. Кишечный иерсиниоз, средне-тяжелое течение. Обоснование: эпиданамнез, острое начало с интоксикации, дисфункции со стороны кишечника, пятнистая сыпь на верхних конечностях и туловище, боли в суставах.
2. Основным источником инфекции являются грызуны - мыши, крысы.
3. Серологическое исследование (РКА, ИФА, РА, РИГА, РСК).
4. Гентамицин по 80 мг 2 раза внутримышечно.
5. Меры профилактики направлены на уничтожение грызунов, предупреждение проникновения их овощехранилище; термическая обработка овощей.

**Задача № 5**

Больной 3., 18 лет, обратился к врачу на 2-й день болезни с жалобами на высокую температуру до 39°С, зуд в области стоп и кистей, боли в голеностопных суставах и пояснице. Неделю назад перенес ОРЗ, сохраняются остаточные явления.

При осмотре: состояние средней тяжести, гиперемия лица, шеи, верхней части груди, явления конъюктивит, склерит, кисти и стопы отечны, гиперемированы. В ротоглотке умеренная гиперемия, миндалины гипертрофированы, периферические лимфатические узлы не увеличены. Признаков воспаления суставов нет. Часто употребляет в пишу свежие овощи, салаты из свежей капусты. Продукты покупает в магазине.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какие методы лабораторной диагностики необходимы для подтверждения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. Укажите сроки инкубационного периода данного заболевания.
5. Назначьте этиотропную терапию.

**Эталон ответа к задаче № 5**

1. Псевдотуберкулез, средне-тяжелое течение. Диагноз выставлен на основании острого начала, интоксикации, зуд в области стоп и кистей, боли в голеностопных суставах, симптомы «капюшона», «носков» и «перчаток», явления склерита, конъюктивита, эпиданамнеза (употребление в пищу свежих овощей, салата из свежей капусты).
2. Серологическое исследование (РКА, ИФА, РА, РНГА, РСК) с иерсиниозным и псевдотуберкулезным диагностикумами.
3. Аденовирусная инфекция, ревматизм.
4. 3-19 дней, в среднем 5-10 дней.
5. Антибактериальная терапия препаратами тетрациклинового ряда, фторхинолонами, левомицетином.

**Задача № 6**

Больная X., 15 лет, поступила на 3-ий день болезни. Заболела остро, когда повысилась температура до 38,4°С, появилась головная боль, тошнота. В течение 2х дней температура держалась в пределах 37,8-39,2°С, на 2-ой день появилась одутловатость лица, отмечались боли в коленных и голеностопных суставах, на боковых поверхностях грудной клетки и вокруг коленных суставов появилась полиморфная сыпь.

При поступлении: состояние тяжелое, температура тела 39,1°С. Лицо гиперемировано. Язык обложен белым налетом, у кончика малинового цвета. В зеве разлитая гиперемия слизистых оболочек небных дужек, твердого неба, задней стенки глотки. Кожа кистей и стоп отечна, синюшная, симптом «перчаток» и «носков». Живот мягкий, печень выступает на 1,5 см из-под края реберной дуги.

В периферической крови: L - 18,6\*109/л, э - 6 %, с - 56 %, л -19 %, мн - 3 %, СОЭ - 26 мм/час.

1. Ваш диагноз, его обоснование.
2. Что необходимо выяснить из эпидемиологического анамнеза?
3. Назначьте обследование.
4. Укажите этиологический фактор данной инфекции.
5. Укажите сроки диспансерного наблюдения реконвалесцентов.

**талон ответа к задаче № 6**

1. Кишечный иерсиниоз, гастроинтестинальная форма, тяжелая степень тяжести. Диагноз выставлен на основании характерных клинических симптомов: острое начало с высокой температуры, увеличение печени, «малиновый язык», положительный симптом «перчаток» и «носков», боли в коленных и голеностопных суставах, на боковых поверхностях грудной клетки и вокруг коленных суставов полиморфная сыпь.

1. Употребляла ли в пищу салат из свежих овощей (капуста, морковь).
2. Общеклиническое, печеночные пробы, серологическое (ИФА, РА, РНГА, РСК) с иерсиниозным, псевдотуберкулезным диагностикумами.
3. Yersinia enterocolitica.
4. Реконвалесценты наблюдаются в КИЗе в течение 3 месяцев.

**Задача № 7**

Больная В., 40 лет, лечится в инфекционной больнице по поводу иерсиниоза. Начальный период заболевания протекал по типу острой дизентерии в среднетяжелой форме. На 16-й день болезни, на фоне удовлетворительного состояния (готовилась к выписке), появилась температура до 38°С, появилась сыпь на боковых поверхностях туловища, боли в суставах, неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение, одышка, тахикардия. При аускультации - систолический шум над верхушкой, ослабление звучности сердечных тонов.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Укажите период болезни.
3. Какие дополнительные инструментальные методы обследования необходимо назначить

пациенту?

1. Назначьте этиотропное лечение.
2. Укажите сроки диспансерного наблюдения реконвалесцентов.

**Эталон ответа к задаче № 7**

1. Кишечный иерсиниоз, вторично-очашвая форма, артрит, миокардит, средне-тяжелое течение.
2. Рецидив.
3. ЭКГ, ФКГ.
4. Антибактериальная терапия парентерально (цефалоридин, цефлоксацин, гентамицин).
5. Реконвалесценты наблюдаются в КИЗе в течение не менее 3 месяцев; необходима консультация кардиолога.

**Задача № 8**

Больной О., 22 лет, учащийся университета, обратился к участковому врачу с жалобами на повышение температуры до 38°С, озноб, тошноту, схваткообразные боли в животе, частый жидкий стул со слизью.

Заболел накануне утром, когда почувствовал слабость, головную боль, далее появилась тошнота с позывами на рвоту. Дома была рвота до 5 раз в сутки, появились сильные боли вокруг пупка, а через час начался жидкий стул до 10 раз в сутки с примесью слизи. Несколько раз отмечал ложные позывы на акт дефекации.

При осмотре: рвоты нет, сохраняются боли в животе, больше в мезогастрии,

I урчание по ходу кишечника. Язык суховат, обложен белым налетом. В легких - без изменений. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс - 100/мин, АД - 100/50 мм рт. ст. Живот вздут, мягкий умеренно болезненный вокруг пупка. Сигмовидная кишка слегка чувствительна при пальпации. Слепая кишка урчит при пальпации. Каловые массы осмотрены: они обильные, желтоватого цвета с незначительной примесью слизи. Диурез несколько снижен.

Взят кал для бактериологического исследования на патогенную микрофлору.

Из эпидемиологического анамнеза: за сутки до заболевания в столовой академии употреблял в пищу творог со сметаной. Больной проживает в общежитии, где вместе с ним проживают еще 3 человека.

Врач поликлиники поставил диагноз: ОКИ, и направил на госпитализацию в инфекционное отделение, где при бактериологическом обследовании выделена энтеропатогенная Escherichia coli 0124.

1. Сформулируйте окончательный диагноз.
2. Назовите механизм передачи данной инфекции.

3: С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

1. Какому антибактериальному препарату отдадите предпочтение в лечении?
2. Какова стратегия противоэпидемических мер при данном заболевании?

**Эталон ответа к задаче № 8**

1. Энтероинвазивный эшерихиоз (0124), гастроэнтероколитическая форма, средняя степень тяжести.
2. Фекально-оральный.
3. С острой дизентерией, ПТИ, сальмонеллезом.
4. Ципрофлоксацин по 0,5 г 2 раза в сутки в течение 5-7 дней.
5. Пресечение пищевого пути передачи. Санитарный контроль за продуктами питания. Санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим на предприятиях общественного питания.

**Задача № 9**

В инфекционную больницу обратились две девушки с жалобами на повышение температуры тела до 38°С, головную боль, слабость, головокружение, схваткообразные боли в эпигастрии и вокруг пупка, тошноту, рвоту 3 раза, испражнения 4 раза за ночь, стул водянистый, обильный, без примеси слизи.

Из анамнеза болезни известно, что накануне ели творог со сметаной, которые хранились вне холодильника.

При осмотре: язык сухой, обложен белым налетом, живот умеренно вздут, урчит, болезненный в эпигастрии, пульс 86/мин., АД -110/70 мм рт.ст.

При бактериологическом исследовании фекалий выделена энтеропатогенная Escherichia coli 0112.

1. Сформулируйте окончательный диагноз.
2. Назовите путь передачи инфекции
3. Назначьте обследование.
4. Назначьте этиотропную терапию.
5. Каковы правила выписки больных с данной нозологией из стационара?

**Эталон ответа к задаче № 9**

1. Энтеропатогенный эшерихиоз (0112), гастроэнтероколитическая форма, средняя степень тяжести.
2. Пищевой.
3. Бактериологическое исследование кала, рвотных масс; иммунологические методы исследования (РА, РПГА).
4. Ципрофлоксацин по 0,5 г 2 раза в сутки в течение 5-7 дней.
5. Выписка больных производится после клинического выздоровления и отрицательного результата бактериологических исследований (для декретированных групп - двукратных отрицательных результатов).

**Задача № 10**

В геронтологическом интернате заболело 18 человек. У 14 человек заболевание протекало по типу шигеллеза с преобладанием колитического варианта. Наиболее частыми симптомами были боли в животе, необильный жидкий стул до 5-10 раз в сутки с примесью слизи, у 4 человек в порциях кала прожилки крови, повышение температуры тела от \* субфебрильных до высоких цифр.

При осмотре: у всех больных при пальпации сигмовидная кишка спазмирована. При бактериологическом исследовании кала у 10 человек выделены патогенные серотипы кишечной палочки 0124.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. К какой группе относится возбудитель данного заболевания?
3. Назначьте лечение.
4. Какие профилактические мероприятия следует провести?
5. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную инфекционную нозологию?

**Эталон ответа к задаче № 10**

1. Энтероинвазивный эширихиоз (0124), колитическая форма, средней степени тяжести. Диагноз был выставлен на основании характерных клинических симптомов: боли в животе, необильный жидкий стул с прожилками слизи до 5-10 раз в сутки и с примесью крови, интоксикационный синдром. При пальпации сигма спазмирована.
2. К группе эшерихиозов, к роду Escherichia, сем. Enterobacteriaceae.
3. Диета № 4, регидратационное лечение, этиотропная терапия (ципрофлоксацин по 0,5 г 2 раза в сутки в течении 5-7 дней), ферменты, спазмолитики.
4. Пресечение пищевого пути передачи. Санитарный контроль за продуктами передачи. Санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим на предприятиях общественного питания.
5. С холерой, сальмонеллезом, шигеллезом, кампилобактериозом, ПТИ, с ротовирусной, энтеровирусной, пикорновирусной инфекциями.

**Задача № 11**

В бактериологическую лабораторию врач поликлиники направил порции фекалий больных, у которых были жалобы на повышение температуры тела до 37,6°С, общую слабость, недомогание, тошноту, многократную рвоту, схваткообразные боли в животе, частый и обильный жидкий стул с примесью крови. Предположительно был выставлен диагноз: ОКИ. При бактериологическом исследованим испражнений выделен штамм кишечной палочки 0111.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какие дополнительные методы диагностики необходимы для подтверждения диагноза?
3. Назовите механизм передачи инфекции.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Назначьте лечение.

**Эталон ответа к задаче № 11**

1. Эшерихиоз, гастроэнтеретическая форма, средней степени тяжести. Обоснование: субфебрилитет, слабость, недомогание, тошнота, многократная рвота, схваткообразные боли в животе и обильный жидкий стул с примесью крови.
2. Серологические методы исследования.
3. Фекально-оральный механизм передачи.
4. С шигеллезом, сальмонеллезом, стафилоккоковыми инфекциями.
5. Диета № 4, регидратационная терапия (трисоль, ацесоль, квартасоль), ферменты (мезим, креон) этиотропная терапия (ципрофлоксацин по 0,5 г 2 раза в сутки 5-7 дней).

**Задача № 12**

У помощника повара на 4-й день болезни острым гастроэнтеритом обнаружена ЭПКП 055. Больной находится дома. Живет в благоустроенной 1-комнатной квартире. Состав семьи: жена - парикмахер, дочь - фармацевт.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите необходимость госпитализации больного.
3. Определите количество и границы эпидемических очагов.
4. Установите срок наблюдения за контактными лицами.
5. Проведите лабораторное обследование контактных лиц.

**Эталон ответа к задаче № 12**

1. Эшерихиоз 055.
2. Больной должен быть госпитализирован по эпидпоказаниям - декретированное лицо.
3. 2 очага: домашний (границы - квартира), пищеблок.
4. 7 дней.
5. Бактериологический анализ кала декретированных лиц (жена - парикмахер).

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

**Задача № 1**

Больной В., 48 лет, журналист, обратился к врачу поликлиники с жалобами на слабость, лихорадку до 38,5°С в течение 3х дней. Диагностирован грипп, назначен тетрациклин. Состояние не улучшалось. На 7-ой день болезни консультирован инфекционистом и госпитализирован на 9-ый день болезни. Жалуется на слабость, небольшую головную боль, боль в горле, снижение аппетита.

Из эпидемиологического анамнеза: живет один в отдельной квартире. 1 месяц назад был в командировке в США.

При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, определяются увеличенные отдельные лимфатические узлы на шее и в аксиллярной области до 1,0-1,5 см в диаметре. Миндалины увеличены, слизистая ротоглотки обычного цвета. Пульс - 96/мин., АД - 130/90 мм рт.ст. Язык обложен, живот мягкий, безболезненный, умеренно вздут. Страдает запорами. Печень выступает на 1,5-2,0 см из-под края реберной дуги. Селезенка пальпируется у реберного края.

В периферической крови на 10-ый день болезни: L - 5,6\*109/л, э - 1 %, п - 10 %, с - 20%, л - 60%, м - 9%, СОЭ - 15 мм/час. Среди лимфоцитов много атипичных мононуклеаров.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Достаточно ли полно собран эпидемиологический анамнез?
3. Отдифференцируйте заболевание с брюшным тифом и инфекционным монопуклеозом.
4. Составьте план обследования больного.
5. Выпишите рецепт назначения тимазида.

**Эталон ответа к задаче № 1**

1. ВИЧ-инфекция, стадия первичных проявлений, мононуклеозоподобный синдром. В пользу диагноза свидетельствует лихорадка, увеличение отдельных лимфоузлов, гепатолиенальный синдром, картина крови.
2. Нет. Необходим детальный половой анамнез, данные о переливании крови, парентеральных процедурах, употреблении наркотиков.
3. В клиническую картину брюшного тифа не укладывается увеличение лимфатических узлов, тахикардия, отсутствие тифозного статуса, картина крови. Несмотря на наличие в крови атипичных мононуклеаров, диагноз инфекционного мононуклеоза менее вероятен в связи с возрастом больного; отсутствием ангины, фарингита; симметричного увеличения латеральных шейных лимфоузлов; отсутствием лейкоцитоза в крови.
4. ИФА; при получении положительных результатов обследование крови методом иммунного блота.
5. Caps. Timazidi 0,1 g по 2 капсулы 3 раза в день.

**Задача № 2**

К гастроэнтерологу обратился больной Ф., 25 лет, с жалобами на частый жидкий стул в течение полугода, слабость, потерю веса на 17 кг.

Из анамнеза заболевания: 5-6 месяцев назад у больного было «пищевое отравление»: тошнота, боль в животе, жидкий стул до 10 раз, рвота, повышение температуры тела. Эти явления исчезли через 2-3 дня, но в последующем вновь стал появляться жидкий стул, который становился все более частым. Иногда диарея продолжалась до 10 дней с частотой стула до 15 раз. Принимал различные препараты - с временным эффектом. Стал ощущать слабость. К врачу обратился впервые.

Из анамнеза жизни: до 22 лет был здоров. В последние 3 года дважды перенес пневмонию, лихорадил, находили кандидоз полости рта.

При осмотре: истощен, бледен, «заеды» в углах рта, афтозный стоматит. В легких дыхание везикулярное, сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс 78/мин., АД - 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, слегка болезненный по ходу толстого кишечника, при пальпации урчание. Стул осмотрен - водянистый, желтого цвета, без примесей. С диагнозом: Дисбактериоз кишечника направлен на госпитализацию в гастроэнтерологическое отделение.

1. Согласны ли Вы с этим диагнозом? Выскажите свои предположения и обоснуйте их.
2. Какую информацию необходимо получить при сборе эпидемиологического анамнеза?
3. Составьте план обследования.
4. Какой прогноз заболевания?
5. Определите тактику ведения пациента.

**Эталон ответа к задаче № 2**

1. Нет. В данном случае дисбактериоз кишечника возможен, но является вторичным. Вероятнее всего, у больного имеется ВИЧ-инфекция в стадии вторичных заболеваний, о чем свидетельствует длительная диарея, повторные эпизоды лихорадки, наличие афтозного стоматита, «заед», потери веса, повторная пневмония.
2. Необходим детальный половой анамнез, данные о парентеральных вмешательствах.
3. Обследование на ВИЧ - ИФА и при положительном результате исследование крови

методой иммунного блоте. Бактериологические, вирусологические и др. исследования для выявления оппортунистических инфекций.

1. Прогноз неблагоприятный.
2. Патогенетическая терапия, лечение оппортунистических инфекций. При наличии показаний комбинированная ретровирусная терапия.

**Задача № 3**

В терапевтическом отделении у больного с хроническим гепатитом в стадии выраженной активности инфекционного процесса получена положительная реакция на ВИЧ вИФА.

1. Как интерпретировать такой результат?
2. Определите тактику дальнейших действий врача.
3. Сообщить ли больному о наличии у него ВИЧ-инфекции?
4. Назовите возбудителя ВИЧ-инфекции.
5. Выпишите рецепт назначения диданозина.

**Эталон ответа к задаче № 3**

1. Результат анализа позволяет предположить наличие ВИЧ-инфекции, однако нельзя исключить и ложноположительный результат у больного хроническим гепатитом.
2. Необходимо направить анализ крови для выявления специфических х ВИЧ антител в иммунном блоте.
3. О наличии ВИЧ-инфекции больному врач сообщает только в случае подтверждения диагноза в иммунном блоте.
4. Вирус иммунодефицита человека относится к подсемейству лентевирусов семейства ретровирусов.
5. Tab. Didanosini 0,1 g по 2 таблетке 2 раза в день.

**Задача № 4**

Больная Ц., 47 лет, медсестра, поступила в стационар с жалобами на слабость, сухой кашель, одышку, повышение температуры до 38°С, жидкий стул. Заболела 2 недели назад, когда повысилась температура до 38,7°С, появился сухой редкий кашель. Врач поликлиники диагностировал грипп, бронхит и назначил оксациллин. На фоне лечения состояние продолжало постепенно ухудшаться, температура сохранялась на уровне 38°С, кашель стал частым, появилась одышка. На 12-ый день болезни больной сделана R-графия грудной клетки, где выявлена очаговая пневмония, больная направлена в стационар.

Из анамнеза: последние 6 мес. периодически отмечала жидкий стул, потеряла 15 кг

веса.

При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 39°С, кожные покровы бледные, цианоз губ, кахексия, выраженная слабость, вялость. Положение в постели вынужденное - сидячее. Пальпируется безболезненный подмышечный лимфатический узел справа. В легких дыхание ослаблено, немногочисленные сухие хрипы, ЧДЦ - 38/мин. АД - 100/60 мм рт.ст., ЧСС - 100/мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул осмотрен - жидкий, с небольшим содержанием слизи. Со стороны мочевыделительной системы и ЦНС патологии не выявлено.

1. Укладывается ли картина болезни в указанный диагноз?
2. Предположите диагноз и обоснуйте его.
3. Каких данных не хватает для уточнения диагноза?
4. Составьте план обследования и лечения.
5. Для каких инфекционных заболеваний характерно развитие пневмонии?

**Эталон ответа к задаче № 4**

1. Нет, т.к. для очаговой пневмонии на 12 день болезни на фоне лечения не характерно прогрессирующее ухудшение состояния, слабость, сохранение температуры, одышки. В диагноз пневмонии не укладывается увеличение лимфатического узла, кахексия, длительная диарея.
2. ВИЧ-инфекция, стадия IIIВ (СПИД). В пользу этого заболевания свидетельствует прогрессирующая потеря веса - 15 кг за полгода, рецидивирующая диарея, лимфаденит, вялотекущая очаговая пневмония.
3. Необходимо уточнить эпидемиологические данные (половой, наркологический анамнез, возможность профессионального инфицирования).
4. Для подтверждения диагноза необходимо проведение специфических исследований (ИФА, иммунный блот, ПЦР), а также бактериологическое исследование мокроты для уточнения этиологии пневмонии, кровь на иммунный статус, мокроту на ВК. Учитывая наиболее вероятную пневмоцистную этиологию пневмонии, больной следует назначить бисептол в течение 3-4 недель.
5. Развитие пневмонии характерно для легионеллеза, орнитоза, Ку-лихорадки, микоплазмоза.

**Задача № 5**

Во время выполнения люмбальной пункции больному с ВИЧ-инфекцией IIIВ стадии инфекционист случайно проколол резиновую перчатку и поранил кожу пальца с выделением капель крови.

1. Определите действия врача в подобной ситуации.
2. Есть ли необходимость проведения химиопрофилактики?
3. Назовите степени риска заражения и необходимость проведения химиопрофилактики.
4. Укажите возбудитель ВИЧ-инфекции.
5. Выпишите рецепт назначения ламивудина.

**Эталон ответа к задаче № 5**

1. Необходимо немедленно обработать перчатки дезинфицирующим раствором и снять их. Выдавить кровь из ранки, вымыть руки под проточной водой с мылом, обработать их 70% спиртом и смазать ранку 5% раствором йода. Поставить в известность администрацию медицинского учреждения, которая, проведя расследование и составив акт о несчастном случае, вносит запись об этом в индивидуальную карту медицинского работника. Наблюдение за пострадавшим врачом и исследование его крови на антитела к ВИЧ следует проводить в СПИД-центре каждые 3 месяца в течение одного года.

Объем химиопрофилактики зависит от степени риска парентерального инфицирования. В данном случае, несмотря на неглубокое поражение кожи (капельное отделение крови), степень риска высокая, так как у больного имеется развернутая клиническая картина заболевания (стадия 1ПВ). Комбинированная химиопрофилактика должна быть начата не позднее, чем через 6 часов после происшедшей травмы и проводится в течение 4-х недель тремя препаратами (два ингибитора обратной транскриптазы, один ингибитор протеазы).

1. Выделены 3 степени риска заражения при парентеральном инфицировании: высокая - при глубоком ранении, сопровождающемся кровотечением; умеренная - при неглубоком ранении с «капельным» отделением крови; минимальная - при поверхностной травматизации кожи или попадании биологических жидкостей больных на слизистые. Химиопрофилактика в течение 4 недель обязательна при высокой степени риска, должна быть предложена при умеренной степени риска, и желательна - при минимальной степени риска.
2. Вирус иммунодефицита человека относится к подсемейству лентевирусов семейства ретровирусов.
3. Tab. Lamivudini 0,15 g по 2 таблетке 2 раза в день в комбинации с тимазидом.

**Задача № 6**

Больной Ф., 27 лет, бомж, доставлен в больницу 08 сентября с вокзала с диагнозом: Пищевая токсикоинфекция-? Холера-?

Из эпиданамнеза: пациент живет на вокзалах, имеет случайные половые связи. В последнее время - около 3 месяцев - ухудшилось самочувствие, появилась резкая слабость, частый жидкий, временами обильный стул бело-желтого цвета, со зловонным запахом. Беспокоил кашель, очень сильно похудел.

При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 38,0°С. Истощен, кожа сухая, в углах рта заеды. В легких единичные сухие хрипы. Пульс - 96/мин., АД - 80/60 мм.рт.ст. Язык обложен, лейкоплакия. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Вокруг ануса остроконечные кондиломы. Стул 5-6 раз в сутки, обильный, водянистый. В сознании, менингеальных явлений нет.

При микроскопическом исследовании испражнений обнаружены ооцисты криптоспоридий. При посеве кала холерный вибрион не выделен.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. К какому семейству относится возбудитель данного заболевания?
3. Назовите оппортунистическую инфекцию, выявленную у больного.
4. Отдифференпуруйте заболевание с холерой.
5. Составьте план лечения больного.

**Эталон ответа к задаче № 6**

1. Снижение веса, диарея, поражение слизистых оболочек и кожи могут быть обусловлены образом жизни больного. Однако эти же симптомы могут свидетельствовать об иммунодефиците специфического характера и обязывают обследовать больного на ВИЧ-инфекцию (ИФА, иммунный блот). Длительность заболевания, диарея, отсутствие боли в животе, повышение температуры тела, резкая потеря веса, вплоть до истощения, обнаружение в кале ооцист криптоспоридий позволяют поставить диагноз криптоспоридиоза. Полиорганность поражения может быть обусловлена микстом оппортунистических инфекций - криптоспоридиоза, туберкулеза, пневмоцистоза, ЦМВИ и др.
2. Семейство ретровирусов.
3. Криптоспоридиоз кишечника.
4. Сходство с холерой: водянистая диарея, отсутствие боли в животе, потеря веса. Однако, длительность течения болезни, лихорадка, обнаружение ооцист криптоспоридий и отрицательный посев кала позволяют отвергнуть диагноз холеры. Потеря массы тела при криптоспоридиозе обусловлена мальабсорбцией, а при холере - обезвоживанием.
5. При подтверждении ВИЧ-инфекции следует назначить антиретровирусную терапию. Для лечения криптоспоридиоза - метронидазол.

**1 Задача № 7**

Больной В., 19 лет, студент, обратился к врачу поликлиники в связи с \* обнаружением в течение 3-4 месяцев увеличенных лимфатических узлов на шее.

При осмотре: температура тела нормальная, состояние удовлетворительное. Кожа чистая, обычной окраски. Следы внутривенных инъекций на руках. Заднешейные, надключичные и локтевые лимфатические узлы увеличены до 1,0 см, подмышечные - до 1,5 см в диаметре, плотно-эластичной консистенции, безболезненны. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости и R-графии органов грудной клетки увеличения висцеральных лимфатических узлов не обнаружено.

1. Ваш предварительный диагноз и его обоснование.
2. Составьте план обследования.
3. Дайте рекомендации больному.
4. Что нужно выяснить из эпидемиологического анамнеза?
5. Выпишите рецепт назначения тимазида.

**Эталон ответа к задаче № 7**

1. ВИЧ-инфекция, стадия первичных проявлений, фаза генерализованной персистирующей лимфаденопатии (П В). Основанием для такого диагноза является увеличение более 2-х лимфатических узлов, более чем в 3 группах, размерами более 1,0 см и эпидемиологический анамнез (выявлены признаки наркомании - следы множественных инъекций по ходу вен).
2. Необходимо тщательное изучение анамнеза. Для подтверждения ВИЧ-инфекции исследовать кровь на антитела к ВИЧ в ИФА и иммунном блоттинге, произвести подсчет количества CD4 лимфоцитов. Для исключения болезни крови - гемограмма. Реакция Вассермана, серологические и иммуннологические исследования для исключения хламидиоза, токсоплазмоза, сифилиса, ЦМВИ, а также вирусных гепатитов ВиС.
3. При подтверждении диагноза ВИЧ-инфекции больного информируют о необходимости соблюдения правил поведения и его ответственности за распространение ВИЧ- инфекции: уведомление половых партнеров, применение презервативов при сексуальном контакте, риске рождения инфицированного ребенка, необходимости использовать только индивидуальные предметы личной гигиены, способные травмировать кожу и слизистые оболочки (зубная щетка, бритва, ножницы и др.). Больной обязан извещать медицинских работников о своем заболевании при обращении к ним за помощью. При несоблюдении этих правил больной несет уголовную ответственность (статья 13 Федерального закона «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека», 1995).
4. Наличие незащищенных половых связей, гомосексуализм, внутривенное введение наркотиков, переливание крови и препаратов крови.
5. Caps. Timazidi 0,1 g по 2 капсулы 3 раза в день.

**Задача № 8**

Больной Б., 37 лет, заболел постепенно, стал испытывать слабость, обнаружил увеличение шейных, подмышечных лимфоузлов, почувствовал кожный зуд.

При осмотре: гепато-лиенальный синдром, температура 36,6°С, в легких на фоне жесткого дыхания рассеянные сухие хрипы и единичные влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах.

Эпидемиологический анамнез: больной приехал из Заира 1,5 месяца тому назад, в детстве болел малярией.

1. Ваш предварительный диагноз и его обоснование.
2. Составьте план обследования.
3. Дайте рекомендации больному.
4. Что нужно выяснить из эпидемиологического анамнеза?
5. Выпишите рецепт назначения диданозина.

**Эталон ответа к задаче № 8**

1. ВИЧ-инфекция, стадия первичных проявлений, фаза генерализованной персистирующей лимфаденопатии (II В). Основанием для такого диагноза является увеличение более 2-х лимфатических узлов, более чем в 3 группах, эпиданамнез (приехал из Заира 1,5 месяца тому назад).
2. Необходимо тщательное изучение анамнеза. Для подтверждения ВИЧ-инфекции исследовать кровь на антитела к ВИЧ в ИФА и иммунном блоттинге, произвести подсчет количества CD4 лимфоцитов. Для исключения болезни крови - гемограмма. Реакция Вассермана, серологические и иммуннологические исследования для исключения хламидиоза, токсоплазмоза, сифилиса, ЦМВИ, а также вирусных гепатитов В и С, малярии.
3. При подтверждении диагноза ВИЧ-инфекции больного информируют о необходимости соблюдения правил поведения и его ответственности за распространение ВИЧ- инфекции: уведомление половых партнеров, применение презервативов при сексуальном контакте, риске рождения инфицированного ребенка, необходимости использовать только индивидуальные предметы личной гигиены, способные травмировать кожу и слизистые оболочки (зубная щетка, бритва, ножницы и др.). Больной обязан извещать медицинских работников о своем заболевании при обращении к ним за помощью. При несоблюдении этих правил больной несет уголовную ответственность (статья 13 Федерального закона «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека», 1995).
4. Половые контакты в Заире, внутривенное введение наркотиков, переливание крови и препаратов крови.
5. Tab. Didanosini 0,1 по 2 таблетке 2 раза в день.

**Задача № 9**

Больной Ц., 29 лет, приехал из Нигерии год назад. Стал испытывать слабость, недомогание, повышение температуры до 37,5°С. Периодически отмечает появление сыпи на теле, ежедневно жидкий стул до 2-3 раз в сутки, потерял в весе свыше 10 кг. Увеличены шейные и подмышечные лимфатические узлы.

1. Ваш предварительный диагноз и его обоснование.
2. Составьте план обследования.
3. Дайте рекомендации больному.
4. Что нужно выяснить из эпидемиологического анамнеза?

5. Выпишите рецепт назначения ламивудина.

**Эталон ответа к задаче № 9**

1. ВИЧ-инфекция IV Б. Обосновывается слабостью, недомоганием, повышением температуры до 37,5°С, периодическое появление сыпи на теле, ежедневный жидкий стул до 2-3 раз в сутки, потеря веса свыше 10 кг, увеличеные шейные и подмышечные узлы.
2. Дня подтверждения ВИЧ-инфекции исследовать кровь на антитела к ВИЧ в ИФА и иммунном блоттинге, произвести подсчет количества CD4 лимфоцитов.
3. При подтверждении диагноза ВИЧ-инфекции больного информируют о необходимости соблюдения правил поведения и его ответственности за распространение ВИЧ- инфекции: уведомление половых партнеров, применение презервативов при сексуальном контакте, риске рождения инфицированного ребенка, необходимости использовать только индивидуальные предметы личной гигиены, способные травмировать кожу и слизистые оболочки (зубная щетка, бритва, ножницы и др.). Больной обязан извещать медицинских работников о своем заболевании при обращении к ним за помощью. При несоблюдении этих правил больной несет уголовную ответственность (статья 13 Федерального закона «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека», 1995).
4. Половые контакты в Нигерии, внутривенное введение наркотиков, переливание крови и препаратов крови.
5. Tab. Lamivudini 0,15 g Rp.: по 2 таблетке 2 раза в день в комбинации с тимазидом.

**Задача № 10**

В инфекционное отделение поступила больная В., 49 лет, в тяжелом состоянии с жалобами на выраженное истощение (в течение года потеряла в весе 36 кг), желтушность кожи и склер глаз, одышку, полное бессилие, боли в груди, в области печени, почек, затрудненное скудное мочеиспускание, отеки слизистых оболочек. Больна 1,5 года.

При осмотре: печень пальпируется на 3-4 см ниже края правой реберной дуги, плотной консистенции. На коже пигментные пятна, пальпируются подмышечные, заднешейные лимфатические узлы.

В периферической крови - анемия. В моче - эритроцитурия.

Из эпидемиологического анамнеза: 1,5 года назад обращалась за стоматологической ортопедической помощью. До этого была практически здоровой, активной, энергичной, работала.

1. Выскажите свои предположения о диагнозе.
2. Какую информацию необходимо получить при сборе эпидемиологического анамнеза?
3. Составьте план обследования.
4. Каков прогноз в отношении дальнейшего развития заболевания?
5. Определите тактику ведения пациентки.

**Эталон ответа к задаче № 10**

1. ВИЧ-инфекция, стадия IV В.
2. Необходим подробный эпиданамнез: сексуальная ориентация, контакты, переливание крови, наркомания, пребывание в эпидемических очагах ВИЧ-инфекции.
3. Кровь на ВИЧ (ИФА, иммунный блот), бактериологическое, серологическое, R- исследования для исключения оппортунистических инфекций.
4. Прогноз неблагоприятный.
5. Лечение может быть неэффективным. Больной необходимо обеспечить комфортные условия, уход персонала и родственников, можно в домашних условиях или в условиях хосписа.

ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛЫХ

**Задача № 1**

Больной Н., 25 лет, обратился к участковому врачу 10 марта. Болен с 6 марта, когда появились кашель, насморк, охриплость голоса, боли в горле, беспокоила слабость, повышение температуры тела до 38,0°С. неприятные ощущения в глазах, слезотечение, отечность лица и век.

При осмотре: температура тела 38,0-39,0°С, обильная сливная пятнисто­папулезная сыпь красного цвета на лице и шее, белесоватые наложения на слизистой щек. В легких жесткое дыхание и сухие хрипы.

Заподозрен грипп, аллергическая сыпь, назначены десенсибилизирующие средства В дальнейшем в течение 3х дней сыпь распространилась на грудь, плечи, а далее на бедра, предплечья и голени, в связи с чем, он вызвал «скорую помощь», которая с подозрением на инфекционное заболевание доставила его в инфекционный стационар.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Отметьте особенность течения болезни.
3. Дайте оценку работе врача поликлиники.
4. Какое лабораторное исследование необходимо провести для подтверждения диагноза?
5. Составьте план лечения.

**Эталон ответа к задаче № 1**

1. Корь типичная, средняя степень тяжести.
2. Этапность высыпаний: сначала сыпь на лице, шее, на следующий день - на груди, верхних конечностях, на 3-й день - на бедра, предплечья и голени. Периоду высыпания предшествовал катаральный период.
3. Больного осматривали невнимательно и симптомы истолковывались неверно.
4. ИФА, РСК, PITA.
5. Госпитализация в стационар (минимальный срок госпитализации до 5 дня от момента появления сыпи), дезинтоксикационная терапия, антигистаминные препараты.

**Задача № 2**

Больной П., 28 лет, рабочий, обратился в МСЧ завода в связи с плохим самочувствием, слабостью, повышением температуры тела до 37,5°С, появлением кашля и насморка, головной боли. Осмотрен врачом. Отмечены отечность, гиперемия слизистой ротоглотки. С диагнозом: Грипп направлен на амбулаторное лечение. В течение следующих 2-3 дней самочувствие ухудшилось, нарастала слабость, мучил сухой кашель насморк, температура достигла 39,5°С, исчез аппетит, плохо спал ночью. Врач поликлиники, вызванный на дом, выявил гиперемию и одутловатость лица, отечность конъюнктив и краев век, слезотечение и светобоязнь. Кашель был частым, грубым, голос - охрипшим.

При осмотре: яркая разлитая гиперемия, отечность слизистой зева. На внутренней поверхности щек напротив коренных зубов беловатые образования до 1 мм в диаметре, окруженные небольшим венчиком красноты. В легких рассеянные, сухие хрипы, пульс 98/мин, ритмичный. Шейные лимфатические узлы увеличены, безболезненны. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Менингеальных явлений нет.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Решите вопрос о необходимости госпитализации.
4. Спрогнозируйте дальнейшее развитие болезни. Укажите возможные осложнения.
5. Укажите сроки диспансерного наблюдения за контактными.

**Эталон ответа к задаче № 2**

1. Корь типичная, катаральный период болезни. Диагноз поставлен на основании острого начала, нарастающей лихорадки, наличия катаральных явлений, в частности, конъюнктивита и склерита, наличия пятен Филатова-Коплика, лимфаденопатии.
2. В данном случае необходимо дифференцировать с гриппом, при котором наблюдается более острое развитие болезни с наибольшей выраженностью в 1-2 день болезни, в то же время наличия пятен Коплика-Филатова и шейных лимфоузлов не наблюдается.
3. С учетом тяжести течения кори у взрослых желательна госпитализация больного.
4. Прогноз благоприятный, но возможны осложнения - бронхит, пневмония, кератоконъюктивит, отит, энцефалит.
5. Наблюдение за контактными до 21 дня от момента разобщения.

**Задача № 3**

Бригада «скорой помощи» была вызвана 20.01 к больной С., 29 лет. Врач нашел больную без сознания. Со слов родственников стало известно, что 13.01 больная отметила слабость, головную боль, боли в мышцах, озноб, насморк, светобоязнь, температура тела поднялась до 38,2°С. Принимала анальгин, 15.01 утром появилась сыпь на лице, туловище, конечностях, к вечеру сыпь стала более обильная на туловище, на верхних и нижних конечностях. Отметила также боль в затылочной области. Вызванный участковый врач поставил диагноз: ОРЗ, медикаментозная сыпь. Назначена десенсибилизирующая терапия. С 3-го дня болезни температура начала снижаться, и к 5-му дню болезни нормализовалась. В это же время сыпь побледнела, и к 5-му дню полностью купирована. Утром 20.01 вновь поднялась температура до 38,8°С, появилась неадекватность поведения, рвота, судороги.

При осмотре: состояние тяжелое, сознание отсутствует. Кожа чистая. Увеличены затылочные и заднешейные лимфатические узлы. Дыхание ритмичное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Пульс - 60/мин. АД - 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Реакция зрачков на свет снижена, легкая сглаженность носогубной складки слева, положительные симптомы Гордона, Оппенгейма слева, положительный ладонно­подбородочный рефлекс справа. Выявлена также ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Каков прогноз заболевания?
3. Составьте план обследования
4. Составьте план лечения.
5. Укажите средства специфической профилактики заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 3**

1. Краснуха типичная, менингоэнцефалит, тяжелое течение болезни. Диагноз выставлен на основании лихорадки, катаральных явлений, сыпи, увеличения затылочных лимфатических узлов, а также внезапного появления на 8-й день болезни температуры, судорог и потери сознания, рвоты.
2. Прогноз серьезный. Летальность достигает 20-40%.
3. Для подтверждения диагноза показана люмбальная пункция с исследованием ликвора. Обнаружение в крови антител класса IgM или 4х кратного нарастания титра общих антител к вирусу краснухи.
4. Патогенетическое, симптоматическое, борьба с отеком мозга путем применения салуретиков и дексазона.
5. Применяется живая вирусная вакцина против краснухи (обязательной вакцинации подлежат девочки 12-14лет).

**Задача № 4**

У воспитателя детского сада 22 лет при поступлении в инфекционное отделение отмечена высокая температура, увеличенные болезненные переднешейные и затылочные лимфоузлы, мелкая пятнистая розовая сыпь на лице, туловище, конечностях, обильная, без тенденции к сгущению, равномерно покрывает все участки кожных покровов, боли в суставах. Больна в течение 3х дней, За сутки до появления сыпи был умеренно выраженный катаральный синдром в виде насморка, слезотечения, чувства першения в горле, а также повышение температуры тела до 37,8°С.

Из эпидемиологического анамнеза: в группе детского сада у 2х детей 2 недели назад была зарегистрирована мелкая пятнистая сыпь, расцененная медицинской сестрой детского сада как аллергическая.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Каковы мероприятия в отношении контактных?
3. Как подтвердить диагноз?
4. Назначьте лечение.
5. Укажите правила выписки больной из стационара.

**Эталон ответа к задаче № 4**

1. Краснуха типичная, средняя степень тяжести. Диагноз выставлен на основании

< лихорадки, катаральных явлений, сыпи, лимфаденопатии, эпиданамнеза (контакт с

больными детьми).

1. Наблюдение за контактными 21 день, карантин на группу детского сада.
2. ИФА, забор крови на 4-5 сутки от момента появления сыпи (обнаружение в крови антител класса IgM к антигену краснухи с низкой авидностью).
3. Дезинтоксикация (глюкозо-солевые растворы), десенсибилизация (супрастин, тавегил), витаминотерапия, сухое тепло на область суставов.
4. Прогноз при краснухе благоприятный при отсутствии развития осложнений, выписка по клиническому выздоровлению, но не ранее 5 дня от момента появления сыпи.

**Задача № 5**

Больной LLL, 20 лет, рядовой, обратился в МСЧ 3 апреля с жалобами на припухлость шеи в области правой околоушной железы, боль при открывании рта, сухость во рту, головную боль, слабость.

Заболел накануне вечером, когда заметил припухлость в области угла нижней челюсти справа, боль при открывании рта, слабость, боли в животе.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура 37,7°С. Кожные покровы чистые. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Незначительный тризм жевательной мускулатуры. В правой околоушной области отмечается припухлость, слегка болезненная при пальпации, тестоватой консистенции, не связанная с подлежащими тканями, кожа над ней натянута и лоснится. Слизистая глотки не гиперемирована. В легких жесткое дыхание, хрипов нет, Тоны сердца ритмичные. Пульс - 86/мин, ритмичный удовлетворительного наполнения. АД - 110/70 мм рт.ст. Язык густо обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул скудный, 2 раза в сутки, без патологических признаков. Печень и селезенка не пальпируются. Менингеальных явлений нет. Госпитализирован.

В дальнейшем температура тела стала снижаться и нормализовалась 5 апреля Припухлость в области правой околоушной железы стала постепенно исчезать.

При обследовании выявлено повышение амилазы крови до 320 г/(ч/л) (норма 16-32 г/(ч/л). 7 апреля появился озноб, температура тела 39,1°С. головная боль, ноющие боли в правом яичке, паховой области.

При осмотре: правое яичко увеличено в размере по сравнению с левым в 2 раза, плотное, болезненное, кожа мошонки гиперемирована.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Поражение каких органов возможно при данном заболевании, особенно у взрослых?
3. Какие отдаленные неблагоприятные последствия возможны после перенесения данной инфекции?
4. Какие лабораторные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

**Эталон ответа к задаче № 5**

1. Паротитная инфекция: панкреатит, правосторонний орхит. Диагноз установлен на основании наличия лихорадки, увеличения и болезненности правой околоушной железы, болей в животе, жидкого стула и повышения активности амилазы крови, клинических признаков орхита.
2. Помимо наблюдавшихся у данного больного проявлений, возможно еще поражение ЦНС в виде менингита, мениншэнцефалита; салышнгоофорит, бартолинит, мастит у женщин; поражение щитовидной железы, в редких случаях наблюдается поражение и других желез (слезной, вилочковой, паращитовидной, надпочечников, предстательной железы).
3. Развитие сахарного диабета. При двустороннем орхите возможна атрофия яичек и бесплодие.
4. Серологические методы диагностики (РСК, РТГА) - высокий титр S- и низкий V- антител в острый период болезни, с последующим нарастанием титра V-антител в 4 раза через 2-3 недели после начала болезни.
5. Слюнно-каменная болезнь, орхит, панкреатит другой этиологии.

**Задача № 6**

Больная Т., 32 лет, обратилась в инфекционный стационар с жалобами на припухлость шеи в области околоушных желез, боль при открывании рта, сухость во рту, головную боль, слабость. Заболела 4 дня назад, когда заметила сначала припухлость в области угла нижней челюсти справа, боль при открывании рта, слабость, повышение температуры до 37,7°С, через 2 дня боль и припухлость появились слева в области околоушной железы и температура повысилась до 38°С. Отмечается болезненность за мочкой обоих ушей. На момент осмотра кожные покровы чистые, периферические лимфатические узлы не пальпируются. Незначительный тризм жевательной мускулатуры. В околоушных областях отмечается припухлость, слегка болезненная при пальпации, тестоватой консистенции, не связанная с подлежащими тканями, кожа над ней натянута и лоснится. Ушные раковины оттопырины, а мочки ушей подняты кверху. Саливация сохранена, но снижена. В зеве без патологических изменений. Со стороны внутренних органов без патологии.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Кто является источником инфекции? Какова длительность контагиозности данного больного?
3. Назовите клинические формы болезни.
4. Назначьте лечение.
5. Существует ли специфическая профилактика данного ифекционного заболевания?

**Эталон ответа к задаче № 6**

1. Эпидемический паротит, типичный, средняя степень тяжести. Диагноз установлен на основании наличия лихорадки, увеличения и болезненности правой и левой околоушных желез, положительный симптом Филатова, кожа над воспаленными железами обычного цвета натянута и лоснится.
2. Источником инфекции является больной человек, который выделяет вирус за 1-2 дня до появления клинических симптомов и до 6-9 дня болезни.
3. Железистые формы: эпидемический паротит, субмаксилит, сублингвит, паротитный орхит, паротитный панкреатит; нервные формы: серозный менингит, менингоэнцефалит.
4. Постельный режим, дезинтоксикационная терапия (глюкозо-солевые растворы или обильное питье), десенсибилизирующие средства (супрастин, тавегил), витаминотерапия, возможно применение виферона, лейкинферона.
5. Существует живая паротитная вакцина. Прививка проводится детям в возрасте 18 месяцев.

**Задача № 7**

Больной А., 19 лет, обратился с жалобами на высокую температуру, слабость, наличие сыпи на теле. Болен в течение 3х дней.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура 39°С, на коже лица, туловища обильная сыпь в виде пятен, папул и везикул, имеются высыпания на волосистой части головы и на слизистой полости рта. Больной живет в квартире, где еще проживают 2 человека.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назовите возбудитель данной инфекции.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
4. Назначьте лечение.
5. Укажите сроки диспансерного наблюдения за контактными.

**Эталон ответа к задаче № 7**

1. Ветряная оспа типичная, средней степени тяжести. Диагноз выставлен на основании лихорадки, полиморфных элементов обильной сыпи (в виде пятен, папул и везикул) на волосистой части головы и на коже лица, туловища и слизистых.
2. Varicella zoster (герпес-вирус Штипа), относится к семейству Herpesviridae.
3. Дифференцировать с импетиго, аллергической сыпью, пузырчаткой.
4. Обработка элементов сыпи спиртовыми растворами анилиновых красителей, антигистаминные препараты (тавегил, супрастин), ацикловир, дезинтоксикационная терапия.
5. Наблюдение за контактными в течение 21 дня от момента контакта.

**Задача № 8**

Больная Д., 28 лет, бригадой «скорой помощи» была доставлена в инфекционное отделение с жалобами на высокую температуру, слабость, наличие единичных элементов сыпи в виде пятен, папул, везикул и корочек на коже лица, волосистой части головы. На следующий день элементы полиморфной сыпи появились на туловище, конечностях, на 3-и сутки полиморфная сыпь стала еще обильней, появился кожный зуд. Лихорадка сохранялась на высоких цифрах - 38,0 - 39,0°С.

Из эпидемиологического анамнеза: 2 недели назад пациентка была в гостях у подруги, у которой ребенок 5 лет был в сыпи.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назовите клинические формы, относящиеся к тяжелым проявлениям данной болезни.
3. Назовите длительность контагиозности больной.
4. Назначьте этиотропную терапию.
5. Укажите методы профилактики заболевания.

**Эталон ответа к задаче № 8**

1. Ветряная оспа типичная, средняя степень тяжести. Диагноз выставлен на основании лихорадки, полиморфных элементов обильной сыпи (в виде пятен, папул, везикул и корочек) на волосистой части головы и на коже лица, туловища и конечностях, эпиданамнеза (контакт с ребенком, больным ветряной оспой).
2. Буллезная, геморрагическая, гангренозная формы.
3. Больная заразна за 24 часа до появления сыпи и до 5 дня от момента появления последнего элемента сыпи.
4. Ацикловир по 0,8 г 5 раз в сутки в течение 5 дней.
5. Изоляция больных на период их заразности для окружающих, после изоляции тщательное проветривание помещения и влажная уборка. Вакцинация.

**Задача № 9**

Больной П., 35 лет, врач-хирург, поступил в отделение на 5-ый день болезни. Заболевание началось с повышения температуры до 38,5ЪС, появилась головная боль, боль в горле, однократная рвота.

При поступлении: состояние средней тяжести, температура 38°С, на щеках румянец, бледный носогубный треугольник, на коже боковых поверхностях туловища и конечностях, преимущественно на сгибательных поверхностях, обильная мелкоточечная сыпь со сгущением в складках кожи. Белый дермагрофизм. Зев гиперемирован, в лакунах миндалин сероватого цвета наложения. Язык обложен густым налетом, края и кончик - ярко-красные с выраженными сосочками.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие клинические данные явились основными для постановки диагноза?
3. Назначьте обследование.
4. Назначьте этиотропное лечение.
5. Укажите правила выписки больного из стационара.

**Эталон ответа к задаче № 9**

1. Скарлатина типичная, средняя степень тяжести.
2. Наличие ангины, мелкоточечная сыпь со скоплением в естественных складках кожи (симптом Пастиа), отсутствие сыпи в области носогубного треугольника, белый дермагрофизм, «малиновый язык», лихорадка.
3. Общий анализ крови, мазок из зева на флору (высев (^гемолитического стрептококка группы А), общий анализ мочи, ЭКГ.
4. Антибиотики (пенициллин, эритромицин, азитромицин, оксациллин) не менее 10 дней.
5. 5. Выписка на 9-10 день болезни при условии нормализации общего состояния и отсутствия выраженных изменений в периферической крови.

**Задача № 10**

Больная Р., 34 лет, заболела остро, когда повысилась температура до 38°С, а к вечеру появилась сыпь.

При осмотре врачом «скорой помощи»: состояние средней тяжести, жалобы на головную боль, боль в горле, на коже лица, туловища обильная мелкоточечная сыпь, бледный носогубный треугольник. В ротоглотке яркая гиперемия миндалин и дужек, в лакунах наложения сероватого цвета. Больной рекомендован эритромицин по 0,250 г 4 раза в день 7 дней.

На 4-й день температура нормализовалась, а затем на 6-е сутки вновь повысилась, появились боли в области сердца, учащенное сердцебиение. Вызванный на дом участковый врач зарегистрировал расширение границ сердца, систолический шум на верхушке сердца.

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какое осложнение развилось на 6 день болезни.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.
4. Назовите путь передачи данной инфекции.
5. Назначьте лечение.

**Эталон ответа к задаче № 10**

1. Скарлатина типичная, средняя степень тяжести. Диагноз выставлен на основании интоксикации, наличие ангины, мелкоточечной сыпи, отсутствие сыпи в области носогубного треугольника.
2. Миокардит
3. Корь, краснуха, инфекционный мононуклеоз, острый тонзиллит с токсикодермией.
4. Воздушно-капельный.

Дезинтоксикационная, антибактериальная (пенициллин, эритромицин, азитромицин, оксациллин) не менее 10 дней, симптоматическая терапия, консультация кардиолога.

**Задача № 11**

Диагноз «Эпидемический паротит» зарегистрирован у ребенка 16 лет, посещающего школу.

1. Определите количество и границы эпидемических очагов.
2. Определите характер ограничительных мероприятий в отношении больного и контактных лиц.
3. Установите срок наблюдения за контактными лицами.
4. Определите необходимость лабораторного обследования контактных.
5. Определите необходимость назначения биологически активных препаратов контактным лицам.

**Эталон ответа к задаче № 11**

1. 2 очага - школьный (границы - класс), домашний (границы - квартира).
2. Изоляция больного до выздоровления (не ранее 5 дней с момента заболевания), в отношении контактных лиц ограничений нет.
3. 21 день.
4. Контактные лица лабораторному обследованию не подлежат.
5. Вакцинация непривитых лиц (в возрасте до 35 лет).

**Задача № 12**

Учащийся, посещающий школу, заболел ветряной оспой. В контакте мать, отец, брат 6 лет, посещающий детский сад.

1. Определите количество и границы эпидемических очагов.
2. Установитесрок наблюдения за контактными лицами.
3. Определите характер ограничительных мероприятий для контактных лиц.
4. Необходим ли осмотр контактных лиц узкими специалистами?
5. Необходимо ли лабораторное обследование контактных ли?

**Эталон ответа к задаче № 12**

1. 2 очага: домашний (границы - квартира), школьный (границы - класс).
2. 21 день.
3. Брат, отстраняется от посещения ДЦУ с 10 по 21 день.
4. Контактные лица узкими специалистами не осматриваются.
5. Лабораторное обследование контактных лиц не проводится.

**Задача № 13**

Диагноз кори установлен 5-летнему ребенку 10 февраля. Со слов матери ребенок болен с 5 февраля, последний день был в детском саду 4 февраля. Не госпитализирован.

Семья проживает в 2х-комнатной квартире. Мать и отец переболели корью в детстве. По списку в группе 25 детей, присутствует 17, все ранее привиты живой коревой вакциной. Групповая изоляция в детском саду соблюдается.

1. Определите количество и границы эпидемических очагов.
2. Установите срок наблюдения контактных лиц в эпидемическом очаге.
3. Необходимо ли лабораторное обследование контактных лиц?
4. Необходим ли осмотр контактных лиц узкими специалистами.
5. Необходимо ли назначение контактным биологически активных препаратов.

**Эталон ответа к задаче № 13**

1. 1 очаг, границы - группа.
2. 21 день (срок исчисляется с момента разобщения).
3. Контактные лица подлежат 2-кратному серологическому обследованию (по решению врача-эпидемиолога).
4. Контактные лица узкими специалистами не осматриваются.
5. Вакцинация непривитых или введение противокоревого иммуноглобулина.

**Задача № 14**

29-30 марта в детском саду зарегистрировано 8 случаев скарлатины. Заболевшие дети из разных групп, заболевание протекает тяжело, дети госпитализированы.

1. Предположите диагноз.
2. Укажите вероятные сроки заражения.
3. Укажите возможный источник и факторы передачи инфекции.
4. Разработайте противоэпидемические мероприятия в отношении контактных лиц.
5. Определите вид, метод, объекты и средства дезинфекции.

**Эталон ответа к задаче № 14**

1. Скарлатина.
2. 21 день.
3. Больной человек. Путь передачи: аэрогенный, контактный.
4. Наблюдение за контактными до погашения.
5. Текущая дезинфекция.