

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

Инфекционные болезни

сборник ситуационных задач с эталонами ответов для
студентов 6 курса, обучающихся по специальности
31.05.02 – Педиатрия

Красноярск

2017

УДК
ББК

Инфекционные болезни: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для студентов 5 курса, обучающихся по специальности 31.05.02 – Педиатрия / сост. Н.В. Андропова, Е.П. Тихонова, Т.Ю. Кузьмина. – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2017. - 118 с.

Составители: к.м.н., доцент Андропова Н.В.;
д.м.н., профессор Тихонова Е.П.;
к.м.н., доцент Кузьмина Т.Ю.

Сборник ситуационных задач с эталонами ответов полностью соответствуют требованиям ФГОС ВО (2015) по специальности 31.05.02. – Педиатрия, рабочей программы дисциплины (2016) и **СТО СМК 4.2.01-11. Выпуск 3.**

Рецензенты:

д.м.н., профессор, заведующая кафедрой детских инфекционных болезней ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России Мартынова Г.П.;

к.м.н., доцент, заведующая кафедрой лабораторной диагностики ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, Анисимова Е.Н.

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № ____ от ____ . ____ . ____ г.)

КрасГМУ
2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

Наименование	Страницы
Оглавление	3
Список сокращений	4
Вирусные гепатиты	5-13
Острые кишечные инфекции	14-32
Особо опасные инфекции	33-38
Зоонозные инфекции	39-46
Воздушно-капельные инфекции	47-59
Трансмиссивные инфекции	60-62
Паразитарные заболевания	63-65
Инфекции кожных покровов	66-69
Ответы	70-118

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД – артериальное давление
АлАТ – аланинаминотрансфераза
АсАТ – аспартатаминотрансфераза
ВГD – вирусный гепатит D
ВГА – вирусный гепатит A
ВГВ – вирусный гепатит B
ВГЕ – вирусный гепатит E
ВПГ – вирус простого герпеса
ВПГ – вирус простого герпеса
ГЛПС – геморрагическая лихорадка с почечным синдромом
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
ИФА – иммуноферментный анализ
ОАК – общий анализ крови
ОПЭ – острая печеночная энцефалопатия
ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция
ПДС – противодифтерийная сыворотка
ПЦР – полимеразная цепная реакция
РИФ – реакция иммунофлюоресценции
РН – реакция нейтрализации
РНГА – реакция непрямой гемагглютинации
РСК – реакция связывания комплемента
СОЭ – скорость оседания эритроцитов
ЦМВ – цитомегаловирус
ФГДС – фиброгастродуоденоскопия
СП – санитарные нормы и правила
ВБИ – внутрибольничная инфекция
ЧДД – частота дыхательных движений

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ

Ситуационная 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 ощупывании и поколачивании. Общий билирубин крови – 140 мкмоль/л, прямой билирубин – 105 мкмоль/л, АлАТ – 4,0 мкмоль/л, тимоловая проба - 29 ед.

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

Ситуационная задача №2: Больной А., 15 лет, считает себя здоровым, жалоб не предъявляет. Госпитализирован после клиничко-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 выяснилось, что до обследования в течение 7-8 дней мальчик чувствовал себя плохо, были слабость, пониженный аппетит, небольшая боль в правом подреберье, 1 раз рвота. Температуру не измерял. Темной мочи и изменения окраски кала не видел. При осмотре состояние больного удовлетворительное, желтухи нет. Пульс-72/мин., ритмичный. Печень на 1,5 см ниже 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) Длительность диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача №3: Больная М., 25 лет, лечится у врача по поводу ОРВИ 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?
- 5) Подчеркните сходства и различия с ОРВИ.

Ситуационная задача №4: Больной Н., студент, 18 лет. 18 сентября отметил появление кашля и насморка, повышение температуры до 37,6°C. В поликлинике поставлен диагноз «ОРЗ», лечился аспирином, 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°C.

При повторном осмотре врачом 22 сентября выявлены: тошнота, однократная рвота, вздутие и болезненность живота в верхнем отделе. С диагнозом «пищеваятоксикоинфекция» был госпитализирован в инфекционное отделение.

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

Из анамнеза выяснилось, что аналогичная симптоматика отмечена еще у двух 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) Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача № 5: Машиной скорой помощи в приемное отделение инфекционной больницы доставлен больной К., 28 лет на 6 день болезни, с жалобами на головную боль, слабость, потерю аппетита, боли в правом подреберье и эпигастрии, тошноту, однократно рвоту и разжиженный стул.

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

Из эпидемического анамнеза выяснено, что 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) Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача № 6: У больной С., 30 лет, беременной на сроке 12 недель, при обследовании в женской консультации были обнаружены общие антитела к вирусному гепатиту 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: в возрасте 20 лет была 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 HCV-инфекции
- 5) Противопоказано ли грудное вскармливание.

Ситуационная задача № 7: 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. Эпидемиологический анамнез: повышение аминотрансфераз выявлено еще у 2 доноров этой станции. Маркеры на вирусные гепатиты В, С, Д – отрицательные (метод ИФА).

- 1) Ваш предполагаемый диагноз.
- 2) Как подтвердить диагноз?
- 3) Назовите путь передачи инфекции.
- 4) Ваша тактика по ведению пациента.
- 5) Диспансерное наблюдение (сроки).

Ситуационная задача № 8: Больной 40 лет обратился в поликлинику через неделю после начала заболевания с жалобами на слабость, плохой аппетит, боли в животе. При осмотре выявлено желтушное окрашивание кожи и склер, темная моча, обесцвеченный стул, выраженная гепатомегалия. Из анамнеза выяснено, что 30 дней назад больной выписан из отделения травматологии после автомобильной аварии, получал гемотрансфузию. Живет с женой, работает частным предпринимателем.

- 1) Установить предварительный диагноз.
- 2) Провести лабораторное обследование больного для уточнения диагноза.
- 3) Определить срок и кратность наблюдений контактных лиц в очаге.
- 4) Провести лабораторное обследование контактных лиц.

5) Определить вид, метод, объекты и средства дезинфекции.

Ситуационная задача № 9: Больной 19 лет поступил в инфекционное отделение с жалобами на повышение температуры тела до 38 градусов, боли в животе, рвоту, жидкий стул. На фоне лечения состояние улучшилось, но через 5 дней вновь появилась рвота, боли в животе, выявлена желтушность кожных покровов, гепатомегалия, потемнение мочи.

- 1) Поставьте предварительный диагноз.
- 2) Проведите лабораторное обследование 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.

Ситуационная задача № 10: В родильный дом поступила беременная женщина, которая в прошлом переболела вирусным гепатитом В. При серологическом исследовании антигены вирусов гепатитов не были выявлены.

- 1) Передается ли гепатит В ребенку во время беременности, если да, то каким путем, если нет, то в каких случаях?
- 2) Какой механизм является основным при передаче гепатита В?
- 3) Что служит исследуемым материалом и какова микробиологическая диагностика гепатита В?
- 4) Каков патогенез гепатита В, возможен ли благоприятный исход после перенесенного заболевания?
- 5) Проводится ли специфическая профилактика гепатита В, если да, то чем?

Ситуационная задача № 11: У больной С., 30 лет, беременной на сроке 12 недель, при обследовании в женской консультации были обнаружены общие антитела к вирусному гепатиту 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: в возрасте 20 лет была 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 HCV-инфекции
- 5) Противопоказано ли грудное вскармливание.

Ситуационная задача № 12: 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, больная была направлена на госпитализацию с подозрением на «Вирусный гепатит». В стационаре выявлено тяжелое состояние, желтуха. Сохранялась боль в суставах, правом подреберье. Пульс 90 уд/мин, тоны сердца приглушены. Живот вздут, болезненный при пальпации в правом подреберье, печень увеличена (пальпируется на 4 см ниже края реберной дуги). Селезенка увеличена. Асцит. При биохимическом исследовании крови: билирубин крови прямой – 150, непрямой – 82 мкмоль/л, АлАТ – 624, АсАТ – 123 нмоль/л., тимоловая проба – 14 ед., ПТИ – 50%, альбуминов – 35%, γ -глобулины – 32%. При серологическом исследовании обнаружены HbsAg, общие антитела к HBsAg, антитела класса М к антигену вируса гепатита Д.

- 1) Ваш предполагаемый диагноз.
- 2) Обоснуйте тяжесть течения заболевания.
- 3) Предполагаемый путь инфицирования.
- 4) Прогнозируйте исход болезни.
- 5) Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача № 13: Больной А., 56 лет перенес острый вирусный гепатит В 12 лет назад. Выписан с клиническим выздоровлением. На учете у инфекциониста не состоял, не обследовался. Больным себя не считал. Две недели назад после злоупотреблением алкоголем появилась слабость, тяжесть в правом подреберьи и эпигастрии, тошнота, снижение аппетита, вздутие живота. Шесть дней назад состояние ухудшилось, выросла слабость, появились боли в правом подреберье, тошнота, периодически рвота после еды, разжиженный стул, живот увеличился в размере, желтушность склер и кожи, кожный зуд, отеки на ногах. Последние два дня повышение температуры до 37,8°С. Доставлен в инфекционное отделение скорой помощью. При осмотре кожные покровы и склеры желтушные, расчесы на коже, на шее и груди «сосудистые звездочки», расширенная венозная сеть на животе, геморрагии по всему телу и на конечностях; язык сухой, «лаковый»; в легких выслушивается жесткое дыхание и сухие хрипы; живот увеличен за счет асцита, отеки на ногах до колен. АД 100/60 мм рт.ст., ЧСС 87 уд/мин, диурез – 500 мм в сутки.

- 1) Укажите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Назовите причину развития данного заболевания.
- 3) Какие признаки декомпенсации функции печени имеются у больного?

- 4) Что ожидаем увидеть при УЗИ печени?
- 5) Какими исследованиями можем подтвердить этиологию заболевания и какие результаты ожидаем получить?

Ситуационная задача № 14: 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 см выше реберной дуги по средне-ключичной линии справа. Корнеальные рефлексы сохранены. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад больной произведена аппендэктомия, осложнившаяся перитонитом. Желтуха появилась 3 дня назад, а за неделю до появления желтухи началось «простудное заболевание» с высокой лихорадкой.

- 1) Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
- 2) Какие лабораторные исследования необходимо провести для определения этиологии заболевания?
- 3) Обоснуйте назначение препарата «Гепат-Мерц» в лечении данной пациентки.
- 4) Какой препарат применяется для профилактики данного заболевания?
- 5) Выпишите Гепат – Мерц для лечения данной пациентки.

Ситуационная задача № 15: Мужчина 25 лет, поступил в инфекционный стационар с диагнозом острый вирусный гепатит В, утром 10 мая. В ночь на 11 мая обратился к врачу с жалобами на ощущение «провала в пропасть», бессонницу, в разговоре путает дату, время года, не может вспомнить домашний адрес. Объективно: кожа и склеры иктеричны, чистые, лимфоузлы не пальпируются, при осмотре полости рта аммиачный запах, в легких дыхание жесткое по всем полям, ЧДД -21, АД 90/60 мм рт.ст., пульс -107. Пальпаторно край печени не определяется, селезенка не пальпируется, живот подвздут, стула нет с 9 мая. В 01.30 произведен забор крови по cito – L – 17.4, нейтрофилы 64%, Нв-118, тромбоциты – 181, СОЭ -31. АЛТ – 987, АСТ -511, Общий билирубин -475,2, альбумин -31, мочевины – 16.2, ПТИ – 47%, фибриноген 1.12. Начата интенсивная терапия. В динамике в 06.00 L – 21.7, нейтрофилы – 77%, Нв-109, тромбоциты -68, СОЭ – 39. АЛТ – 2376, АСТ -1112, Билирубин общий 549,3, альбумин – 22, мочевины – 28.3, ПТИ – 30% фибриноген – 0.42.

- 1) Ваш предположительный диагноз.
- 2) Составьте план дальнейшего обследования.
- 3) Составьте план лечения.
- 4) Укажите причину развития данного состояния.

5) Назовите методы профилактики.

Ситуационная задача №16: 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 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 – $4,2 \cdot 10^9$ /л, формула без особенностей, СОЭ – 8 мм/час; билирубин общий – 180 мкмоль/л, прямой билирубин – 100 мкмоль/л, сулемовая проба – 1,9, тимоловая проба – 6,5 ед, холестерин крови – 6,76 мкмоль/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) Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача №17: Больной С., 36 лет, оперирован в начале сентября по поводу язвенной болезни 12^{ти}-перстной кишки. До операции и после операции переливалась кровь, всего перелито 1300 мл. В контакте с желтушными больными не был. 28.11. появились боли в суставах, слабость, пропал аппетит. 30.11. потемнела моча, со 2.12. заметил желтушность кожи, склер, в тот же день поступил в больницу с диагнозом: Вирусный гепатит.

При поступлении отмечают вялость больного, адинамия, плохой аппетит, выраженная желтуха, рвота 1-2 раза в день. Печень +2 см, болезненна, селезенка не увеличена. Температура нормальная, пульс 64/мин., L- $7,2 \cdot 10^9$ /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?

Ситуационная задача №18: Больная П., 26 лет, медсестра отделения реанимации областной больницы. Переведена из областной больницы, где лечилась в течение 7 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°C, 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: Болезнь Боткина.

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 ясное, заторможена. 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 – 80 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) О каком осложнении можно думать?
- 3) Какое лабораторного обследования указывает на развитие печеночно-клеточной недостаточности?
- 4) Назначьте патогенетическую терапию ОПЭ.
- 5) Выпишите рецепт на «Гепа-мерц».

Ситуационная задача №19: Больной И., 50 лет, оперирован в туберкулезной больнице 10.06.16 г. по поводу туберкулеза левого легкого. 7.08.16 г. в палате, где находился И., выявлен больной с желтухой, также оперированный в этой больнице в мае 2016 года.

25.08.16 г. пациент И. почувствовал слабость, недомогание, боли в суставах, тошноту, потемнела моча. 28.08.16 г. появилась желтуха склер и кожных покровов. Больной активен, несколько эйфоричен, пульс 100/мин., ритмичный, печень у края реберной дуги, резкая болезненность при ощупывании и поколачивании, на коже груди, предплечья множественные геморрагии. Утром и днем была рвота. Температура тела 38,5°C.

- 1) Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
- 2) План лабораторного обследования.
- 3) О каком осложнении можно думать?
- 4) Ваша тактика по ведению больного.
- 5) Длительность диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача №20: Больной обратился в поликлинику по поводу желтушности кожных покровов и симптомов интоксикации. Из анамнеза

выявлено, что он 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) Поставить предварительный диагноз.
- 2) Провести лабораторное обследование больного для уточнения диагноза.
- 3) Установить срок наблюдения за контактными лицами.
- 4) Провести лабораторное обследование контактных лиц.
- 5) Определить вид, метод, объекты и средства дезинфекции.

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Ситуационная задача №21: Больная 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°C. 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. Объективно: больная вялая, температура тела – 38,8°C. 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 недекретированной группы населения.

Ситуационная задача №22: Больная С., 36 лет, заболела остро, когда появилась лихорадка до 38,4°C 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°C. 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) Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача №23: Больная В., 36 лет, заболела остро, когда появились общая слабость, познабливание, головная боль, боли в эпигастрии, мезогастррии, 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°C. АД-120/75 мм рт. ст., ЧСС-80 в минуту, 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. В ходе сбора эпидемиологического анамнеза выяснено, что 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 можно дифференцировать?
- 5) Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача №24: Больной Ш., болен 2 года. В настоящее время беспокоят периодически возникающий жидкий стул на фоне умеренных болей в животе. Из анамнеза выяснено, что 2 года назад повысилась температура до 39°C, 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 *Shigellaeflexneri*. После выписки из стационара больного беспокоят боли в животе и периодически кратковременные поносы. На протяжении 2-х лет при бактериологическом исследовании кала периодически высеивается *Shigellaeflexneri*. 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 ОАК: L-5,1*10⁹/л, э-2%, п-5%, с-54%, лимф.-29%, м-10%, СОЭ-9 мм/час.

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

Ситуационная задача № 25: 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 прожилками крови бесчисленное количество раз. Ночью появилась тошнота, трижды была рвота желчью. Участковым терапевтом направлена на госпитализацию с диагнозом: Гастроэнтероколит. При осмотре: температура тела 37°C, кожные покровы бледные, сыпи нет. Пульс 98 в минуту, ритмичный, умеренного наполнения, тоны сердца чистые. Язык суховат, обложен серо-грязным 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%, лимф.-26%, м-13%, СОЭ-18 мм/час.

- 1) Ваш диагноз и его обоснование.
- 2) Каковы лабораторно-диагностические методы обследования для постановки диагноза?
- 3) Назначьте патогенетическую терапию в период разгара заболевания.
- 4) Перечислите возбудителей данного заболевания.
- 5) Правила выписки декретированной группы населения.

Ситуационная задача № 26: Больная 27 лет, заболела остро 7 дней назад, когда появилась температура до 39°C, с ознобами, обильным потоотделением, слабостью, тошнотой, головной болью. Обратилась к участковому терапевту, выставлен диагноз: ОРВИ. Назначен арбидол 0,2 * 4 р/д на 5 дней, бромгексин 0,008*3 р/д на 5 дней, парацетамол 0,5 * 2 р/д при повышении температуры выше 38°C, клюквенный морс. На фоне проводимой терапии состояние не улучшилось. На 6 день заболевания появилась выраженная головная боль, рвота, не приносящая облегчения, вызвала Скорую помощь, доставлена в приемный покой инфекционного отделения. Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что 8 дней назад употребляла в пищу яичницу с жидким желтком. Яйца куплены в деревне с рук. Из анамнеза жизни известно, что больная принимает иммунодепрессанты по поводу системного заболевания. При осмотре в приемном покое: состояние тяжелое, положение вынужденное на правом боку, рвота, желчью не приносящая облегчения. Живот мягкий, пальпируется подвздутая урчащая слепая кишка, симптомы раздражения брюшины отрицательны. Кожные покровы бледные, тургор снижен. Дыхание жесткое, хрипов нет, ЧДД -23. Пульс-110/мин., АД-115/90 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Ригидность мышц затылка до 3см, Симптом Кернига 140 градусов, Симптом Ман-Гуревича резко (+). Стул мягко оформленный 2 раза в день, темно зеленого цвета. При бактериологическом исследовании крови, выделена *Salmonellaenteritidis* чувствительная к ципрофлоксацину, амикацину.

- 1) Ваш предположительный диагноз?

- 2) План обследования больной.
- 3) Причина столь тяжелого течения заболевания у молодой больной?
- 4) План лечения больной.
- 5) Профилактика указанного заболевания.

Ситуационная задача № 27: 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°C, отмечалась повторная рвота до 7-8 раз, жидкий стул до 10 раз, боли в животе с неопределенной локализацией. Осмотрена врачом скорой помощи и доставлена в хирургическое отделение. При поступлении в стационар состояние средней тяжести, рвота до 6 раз, жидкий стул с зеленоватым оттенком, температура тела – 38,5°C. На утро состояние ухудшилось, усилился озноб, температура повысилась до 41°C, 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 39,5°C. На коже лица и 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-70/50 мм рт. ст. Язык суховат, живот мягкий. Очаговой неврологической симптоматики нет. Умеренная ригидность затылочных мышц, клонические судороги мышц конечностей. В периферической крови: Hg-107 г/л, Tr-150*10⁹/л, L-16*10⁹/л, СОЭ-21 мм/час, гематокрит-0,33. При биохимическом исследовании сыворотки крови: K⁺-3,2 ммоль/л, Na⁺-141 ммоль/л, Рн крови-7,46, мочевины-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?

Ситуационная задача № 28: Больной Ш., 52 лет, заболел остро, когда появился озноб, лихорадка до 38,2°C. 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°C. 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 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?
- 5) Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача № 29: Больной Б., 37 лет, токарь, направлен в инфекционную больницу с диагнозом: острый гастроэнтерит. Из анамнеза выяснено, что заболел остро, когда появились слабость, головная боль, тошнота, боли в мезогастррии и эпигастррии, одновременно появился жидкий водянистый стул, отмечалась однократная рвота. Температура тела повысилась до 38,2°C, 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°C, 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 эпигастррии, мезогастррии, 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-44%, с-38%, лимф.-18% СОЭ-5 мм/час.

- 1) Ваш диагноз и его обоснование.
- 2) Укажите лабораторные методы подтверждения диагноза.
- 3) Составьте план лечения.
- 4) С какими заболеваниями можно дифференцировать?
- 5) Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача №30: Больной Д., 21 года, заболел остро, когда появились, озноб, головная боль, тошнота, чувство тяжести в эпигастррии и

двукратная рвота. Боли в животе приобрели разлитой характер, появился обильный водянистый стул с зеленоватым оттенком. Отмечалась повторная рвота, многократный жидкий стул, выросла лихорадка до 38,5°C. Скорой помощью доставлен в инфекционный стационар. Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что за 10 часов до заболевания употреблял в пищу 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, судорожное сведение икроножных мышц. Дыхание везикулярное. Пульс-126/мин., АД-90/40 мм рт. ст. Язык сухой, густо обложен коричневым налетом. Живот болезненный в эпигастрии и мезогастррии. Пальпируется печень на 1 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) Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача №31: Больная А., 16 лет, студентка медучилища, заболела 28.09.2016 г. Заболевание развивалось постепенно: появились головная боль, общая слабость, повысилась температура до 37,6°, плохо спала. В последние дни ощущала повышенную температуру тела с познанием, головную боль, слабость. 2.10.16 г. поступила в приемное отделение многопрофильное больницы. Госпитализирована в пульмонологическое отделение с диагнозом: Внебольничная двусторонняя пневмония. Лечилась цефалоспоридами, макролидами. Состояние не улучшалось, продолжалась лихорадка до 38,5-39,5°C, головная боль, бессонница, слабость, раздражительность. 5.10.16 г. 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°C, пульс 78 в минуту. 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%, лимф.-32%, м-4%, СОЭ-20 мм/час.

- 1) Ваш диагноз и его обоснование?
- 2) Как подтвердить диагноз?
- 3) Назначьте этиотропную терапию.

- 4) Возбудитель инфекции.
- 5) Диспансеризация больного.

Ситуационная задача №32: Больной Г., 37 лет, находился на стационарном лечении в инфекционном отделении с диагнозом: Брюшной тиф с 26.02. по 26.03.16 г. Через 5 дней после выписки появились головная боль, общая слабость, познабливание, боли в животе, температура тела утром 37,1°C, вечером 38°C. В последующие дни температура тела сохранялась в пределах 37,5-38°C. 2.04. больной повторно госпитализирован в инфекционное отделение. При поступлении состояние средней тяжести, вялый, адинамичный. Кожные покровы бледные, чистые. Пульс 80 в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Язык суховат, утолщен, обложен серо-грязным налетом. Живот вздут, при пальпации болезненный в правой подвздошной области. Печень выступает на 1 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%, лимф.-45%, п-9%, СОЭ-22 мм/час.

- 1) Ваш диагноз и его обоснование.
- 2) Укажите возможные причины данного состояния больного.
- 3) Укажите критерии отмены антибактериальной терапии при брюшном тифе.
- 4) Препараты этиотропной терапии.
- 5) Прогноз.

Ситуационная задача №33: Больной И., 32 лет, рабочий, считает себя больным в течение 2-х 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 тонкого кишечника. Послеоперационный период прошел без осложнений. Однако продолжали беспокоить головная боль, слабость, плохой сон, повышенная температура тела в пределах 37,8-38,9°C. В связи с длительно сохраняющейся лихорадкой на консультацию приглашен инфекционист. При осмотре: живот при пальпации мягкий, чувствительный в области операционного рубца, признаков воспаления послеоперационной раны нет. На коже живота определяются единичные розеолы, имеет место 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 2-х месяцев до заболевания проживал за городом, употреблял воду из родника.

- 1) Ваш диагноз и его обоснование?
- 2) Какова врачебная тактика в отношении данного пациента?

- 3) Назначьте патогенетическую терапию.
- 4) Сроки диспансеризации декретированной группы.
- 5) Режим пребывания в стационаре больного данной инфекцией.

Ситуационная задача №34: Больной А., 24 лет, заболел остро с повышения температуры тела до фебрильных цифр, кашля, насморка. На 2-ой день болезни доставлен скорой помощью в инфекционное отделение с жалобами на головную боль, гиперемиию кожи лица, инъецированные сосуды склер. Заболевание сопровождается ремиттирующей лихорадкой 37,5-39°C. Госпитализирован с диагнозом: ОРВИ. На 5-ый день болезни на кожных покровах появилась сыпь. Около 8 дней назад он вернулся от брата из деревни, где пил воду из колонки. При осмотре: кожа лица гиперемирована, сосуды склер инъецированы. губах. Больной заторможен. АД=100/70 мм рт. ст., ЧСС=62 уд/мин. Отмечается заложенность носа, насморк, температура тела 39,2°C. Озноб, обильный пот. Сыпь на голених и бедрах полиморфная, обильная. Живот мягкий, безболезненный, немного вздут, урчит при пальпации. Стул был 3 раза за сутки. В гемограмме – нормоцитоз, СОЭ незначительно увеличена.

- 1) Ваш предварительный диагноз и его обоснование?
- 2) Укажите возбудителя заболевания.
- 3) Составьте план лечения.
- 4) Укажите критерии отмены этиотропной терапии.
- 5) Укажите характерные особенности данного заболевания.

Ситуационная задача № 35: Больная Е., 27 лет, 2 недели назад приехала с летнего отдыха с озера, и стала отмечать ухудшение самочувствия, вялость, слабость, головную боль. С первых дней болезни наблюдается тошнота, тяжесть в эпигастрии, метеоризм, вздутие живота, частый стул. В течение последних суток отмечает периодические подъемы температуры тела до высоких цифр 39–40°C, которая затем самостоятельно снижается до субфебрильных цифр. На 3-ий день болезни появилась экзантема в виде обильных розеол на коже живота. Данное состояние отмечает у себя впервые и связывает его с употреблением воды из открытого водоема.

- 1) Ваш предварительный диагноз и его обоснование?
- 2) Обязательна ли госпитализация?
- 3) Возможны ли осложнения при этой болезни?
- 4) Назначьте обследование для верификации диагноза.
- 5) Назначьте этиотропную терапию.

Ситуационная задача № 36: Больная Е., 27 лет, 2 недели назад приехала с летнего отдыха с озера, и стала отмечать ухудшение самочувствия, вялость, слабость, головную боль.

С первых дней болезни наблюдается тошнота, тяжесть в эпигастрии, метеоризм, вздутие живота, частый стул. В течение последних суток

отмечает периодические подъемы температуры тела до высоких цифр 39–40°C, которая затем самостоятельно снижается до субфебрильных цифр. На 3-ий день болезни появилась экзантема в виде обильных розеол на коже живота.

Данное состояние отмечает у себя впервые и связывает его с употреблением воды из открытого водоема.

- 1) Ваш предварительный диагноз и его обоснование?
- 2) Обязательна ли госпитализация?
- 3) Возможны ли осложнения при этой болезни?
- 4) Назначьте обследование для верификации диагноза.
- 5) Назначьте этиотропную терапию.

Ситуационная задача № 37: Больной А., 24 лет, заболел остро с повышения температуры тела до фебрильных цифр, кашля, насморка. На 2-ой день болезни доставлен скорой помощью в инфекционное отделение с жалобами на головную боль, гиперемиию кожи лица, инъецированные сосуды склер. Заболевание сопровождается ремиттирующей лихорадкой 37,5–39°C. Госпитализирован с диагнозом: ОРВИ.

На 5-ый день болезни на кожных покровах появилась сыпь.

Около 8 дней назад он вернулся от брата из деревни, где пил воду из колонки.

При осмотре: кожа лица гиперемирована, сосуды склер инъецированы. губах. Больной заторможен. АД=100/70 мм рт. ст., ЧСС=62 уд/мин. Отмечается заложенность носа, насморк, температура тела 39,2°C. Озноб, обильный пот. Сыпь на голенях и бедрах полиморфная, обильная. Живот мягкий, безболезненный, немного вздут, урчит при пальпации. Стул был 3 раза за сутки.

В гемограмме – нормоцитоз, СОЭ незначительно увеличена.

- 1) Ваш предварительный диагноз и его обоснование?
- 2) Укажите возбудителя заболевания.
- 3) Составьте план лечения.
- 4) Укажите критерии отмены этиотропной терапии.
- 5) Укажите характерные особенности данного заболевания.

Ситуационная задача № 38: В инфекционное отделение скорой помощью доставлен больной С., 30 лет, с диагнозом: лихорадка неясного генеза. Из анамнеза выяснено, что болен в течение 5-ти дней; беспокоит повышение температуры тела до 39,5°C, которая самостоятельно в течение дня снижается до 37,5°C. Лихорадка не купируется приемом жаропонижающих препаратов. При детальном расспросе установлено, что в течении лихорадочного периода отмечал жидкий стул ежедневно 1–2 раза в сутки, вздутие живота, метеоризм. Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что 2 недели назад вернулся из похода. Вместе с друзьями жил в палатке, пищу готовил на костре, для мытья

посуды использовал воду из родника. У двоих друзей отмечается повышение температуры тела и диспепсия.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 38,2°C. Инъекция сосудов склер, незначительный насморк. Живот мягкий, урчит по ходу кишечника. Печень увеличена на 1,0 см из-под края реберной дуги, безболезненная. Стул жидкий, 1-2 раза в сутки, коричневый, без патологических примесей.

На 7-ой день болезни на коже спины, груди, живота появилась пятнисто-папулезная сыпь.

- 1) Ваш предварительный диагноз и его обоснование?
- 2) Как подтвердить данное заболевание?
- 3) С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику прежде всего?
- 4) Укажите клинические формы данного заболевания согласно классификации.
- 5) Назначьте этиотропную терапию.

Ситуационная задача № 39: К терапевту поликлиники обратилась больная А, 28 лет, с жалобами на частый жидкий стул в течение последних 3-х дней до 2-3 раз в сутки. Данное состояние расценено как ферментопатия, назначен креон. На 6-ой день болезни диспепсический синдром сохранялся, повысилась температура тела до 38,5°C, скорой помощью доставлена в инфекционное отделение с диагнозом: ОКИ.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура при поступлении 37°C. Живот мягкий, подвздут, урчит. Сохраняется жидкий стул. На коже груди, живота обильная сыпь в виде розеол, единичные папулы. Дизурии нет. Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что проживает на даче, в пищу употребляет воду из колонки.

- 1) Ваш диагноз и его обоснование?
- 2) Нуждается ли больная в госпитализации?
- 3) Укажите лабораторные методы для подтверждения диагноза.
- 4) Укажите возбудителя заболевания.
- 5) Укажите правила отмены этиотропной терапии данного заболевания.

Ситуационная задача № 40: В инфекционное отделение по скорой помощи поступил больной А., 36 лет, с жалобами на лихорадку, которая в течение дня колеблется в пределах 37,5-35,9°C без эффекта от приема жаропонижающих препаратов, незначительный насморк, жидкий стул 1-2 раза в сутки.

Из анамнеза выяснено, что заболел остро 3 дня назад с вышеперечисленных жалоб. За неделю до заболевания приехал из деревни, где находился в течение 2-х недель: употреблял воду для питья, приготовления пищи, умывания из родника.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура 38,6°C. Кожные покровы обычной окраски. На коже груди, живота, спины необильная сыпь в виде папул, розеол, петехий. Насморк, сухой кашель. Катаральных явлений в зеве нет. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, урчит, незначительно вздут. Стул жидкий, до 2 раз в сутки, диурез достаточный.

- 1) Ваш диагноз и его обоснование?
- 2) Укажите характер лихорадки.
- 3) Укажите преимущественный путь передачи заболевания и механизм.
- 4) С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
- 5) Обязательно ли назначение антибактериальной терапии?

Ситуационная задача № 41: Больная Х., 15 лет, поступила на 3-ий день болезни. Заболела остро, повысилась температура до 38,4°C, появилась головная боль, тошнота. В течение 2х дней температура держалась в пределах 37,8-39,2°C, на второй 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 39,1°C. Лицо гиперемировано. Язык обложен белым налетом, у кончика малинового цвета. При осмотре зева отмечается разлитая гиперемия слизистых оболочек небных дужек, твердого неба, задней стенки глотки. Кожа кистей и стоп отечна, синюшная – положительный симптом «перчаток» и «носков». Живот мягкий, печень выступает на 1,5 см из-под края реберной дуги. ОАК: Лейкоцитов $18,6 \times 10^9$ /л, э-6, с-56, л-19, м-3, СОЭ 26 мм/час.

- 1) Ваш диагноз и его обоснование.
- 2) Необходимая лабораторная диагностика?
- 3) Между какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
- 4) Составьте план лечения.
- 5) Как могло произойти заражение?

Ситуационная задача № 42: Больная 45 лет, рабочая завода, заболела остро. Появился озноб, температура – 38,5°C, ломота во всем теле. На следующий день сильные боли в мышцах ног, темная моча. С 3-го дня болезни присоединилась головная боль, тошнота, ухудшился сон, пропал аппетит, температура держалась до 39,8°C.

Вызванный врач поставил диагноз «грипп», назначил анальгин, сульфадиметоксин, эритромицин. К вечеру появились схваткообразные боли в околопупочной области, зуд и отечность кистей рук. Врач «скорой помощи» обнаружил мелкоточечную сыпь в нижних отделах живота, 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, зудящую сыпь на руках, по типу «перчаток» и «носков», гиперемию слизистой глотки. Отклонений со стороны органов дыхания нет. Пульс 100 в мин., АД=100/80 мм рт. ст. Язык влажный, яркий. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги. Симптом XII ребра слабо положительн. Менингеальных знаков нет.

- 1) Предположение о диагнозе, его обоснование.
- 2) Оцените тактику ведения больной на догоспитальном этапе.
- 3) Проведите дифференциальный диагноз.
- 4) Назовите возбудителя, его особенности.
- 5) Назначьте обследование подтверждающее диагноз.

Ситуационная задача № 43: Больной Л., 32 лет, почувствовал себя плохо утром, когда появилось познабливание, повысилась температура тела $39,2^{\circ}\text{C}$, 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°C , боли в животе усилились и локализовались в правой подвздошной области. Больной госпитализирован в хирургический стационар с подозрением на острый аппендицит.

При осмотре отмечено напряжение мышц передней брюшной стенки и нечетко выраженные симптомы раздражения брюшины. В периферической крови: $L-12 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом, э-8%, СОЭ-22 мм/час.

Оперирован – обнаружен неизмененный аппендикс и пакеты увеличенных мезентериальных лимфатических узлов, что заставило подумать лечащего врача-хирурга о брюшном тифе. Консультант-инфекционист выявил легкую желтушность склер, увеличение печени на 1 см и ее болезненность. При расспросе установил, что больной проживает в собственном доме сельского типа, в течение недели до заболевания часто употреблял салаты из овощей, хранившихся в погребе, где имеются 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) Оптимальные сроки проведения серологических исследований для подтверждения диагноза?
- 5) Назначьте дальнейшее лечение.

Ситуационная задача № 44: Больная Б., 46 лет, рабочая свинофермы, заболела остро. Ощутила познабливание, повышение температуры тела до 38,6°C, головную боль, боль в крупных суставах и мышцах, урчание в животе, к концу дня отмечала тошноту и двукратную рвота, нарастала слабость.

При осмотре на второй 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 дню болезни ухудшилось. Температура повысилась до 39,6°C. Больная заметила потемнение мочи и яркую 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°C; 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 см. Селезенка не увеличена. Моча темная. Менингеальных симптомов не выявлено.

В периферической крови: L-10,8*10⁹/л, э-6%, п-26%, с-52%, лимф.-12%, м-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, АлАт-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.

Ситуационная задача № 45: Больной, 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 левомецетин, фуразолидон. После некоторого улучшения на 12-й день болезни состояние ухудшилось, вновь повысилась температура до 39°C, появилась пятнистая сыпь на верхних конечностях и туловище, боли в суставах. Больной является жителем

сельской местности, работает трактористом, живет в частном доме, в подвале – мыши, крысы.

- 1) Ваш диагноз и его обоснование.
- 2) Кто является источником инфекции?
- 3) Назначьте обследование, подтверждающее диагноз.
- 4) Какому антибиотику отдадите предпочтение при госпитализации в краевую больницу?
- 5) Меры профилактики данной инфекции.

Ситуационная задача № 46: 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°C. 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., ЧДД-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 регидратационную терапию.
- 4) Лечение на догоспитальном этапе.
- 5) Изменения в каких показателях биохимического анализа крови наиболее важны при данном заболевании?

Ситуационная задача № 47: Больная И., 23 лет, служащая, заболела внезапно 2.05.14 г., когда появились режущие боли в эпигастрии, тошнота, многократная рвота, жидкий водянистый стул дважды. Беспокоил озноб, температура до 37,2°C, головная боль, резкая общая слабость, головокружение. Вызванный врач скорой помощи промыл желудок, после чего самочувствие больной значительно улучшилось. ЧСС-72 в минуту, АД-120/75 мм рт. ст. Кожные покровы чистые, обычной окраски, живот мягкий, безболезненный. После промывания желудка рвоты не наблюдается.

Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что 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) Этиологический фактор данного заболевания?
- 5) Показана ли антибактериальная терапия данному больному?

Ситуационная задача № 48: Больной В., 50 лет, санитарке терапевтического отделения, на работе стало «плохо» - 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 36°C, состояние тяжелое. Больная бледная, цианоз губ, пульс-120 в минуту, 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.
- 2) Какие биохимические показатели сыворотки крови необходимо определить при данном заболевании?
- 3) Обязательна ли госпитализация в инфекционное отделение данной пациентки?
- 4) Препараты регидратационной терапии?
- 5) Какое осложнение развилось у больного?

Ситуационная задача № 49: Больной 25 лет, заболел остро 3 часа назад, когда появилась тошнота, многократная обильная рвота, съеденной непереваренной пищей, повысилась температура до 37,3°C. Вызвал «скорую медицинскую помощь», госпитализирован с диагнозом Отравление неизвестным ядом.

Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что 5 часов назад употреблял в пищу йогурт, который в открытом виде хранился двое суток на столе, больной отмечает кисловатый привкус йогурта.

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, ЧДД -19. Пульс-92 в минуту, АД-110/80 мм рт. ст. Язык сухой, чистый. Температура тела 37,4°C. Живот безболезненный урчит во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Стула не было. ОАК – Нв – 187 г/л, Лейкоциты $12 \cdot 10^9$ /мл,

СОЭ -7 мм/час. Б/х анализ крови – K^+ 3,0 ммоль/л, Na^+ 140 ммоль/л, мочевина 10,1 ммоль/л.

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) План обследования больного?
- 3) Помощь на догоспитальном этапе?
- 4) План лечения больного в стационаре?
- 5) Этиологические факторы заболевания?

Ситуационная задача № 50: Больная М., 32 лет, доставлена машиной скорой помощи с неукротимой рвотой, болями в эпигастрии в инфекционное отделение в 23 часа. Состояние тяжелое, лицо бледное, $t - 36^{\circ}C$. Тоны сердца приглушены, ритмичные ЧСС 90 в минуту, А/Д 100/70 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул был утром, оформленный. Из анамнеза стало известно, что в 19 часов принимала в пищу холодец, салат из морской капусты, купленные в магазине. Заболела в 22 часа. Из сопутствующих заболеваний – хронический гастрит с пониженной секреторной функцией, вегето-сосудистая дистония.

- 1) О каком заболевании можно думать?
- 2) Обоснуйте предварительный диагноз.
- 3) Как можно диагноз подтвердить?
- 4) Назначьте план лечения.
- 5) Какие изменения в показателях биохимического анализа крови наиболее вероятны при данном заболевании?

Ситуационная задача № 51: 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. Состояние не улучшалось, прогрессировала слабость, оставались головокружение и рвота. Машиной скорой помощи доставлен в инфекционное отделение с диагнозом «острая кишечная инфекция».

В приемном покое выяснено, что за 4 дня до болезни употреблял в пищу соленую осетрину домашнего приготовления, привезенную из района Крайнего Севера. Кроме больного рыбу ели жена и сослуживцы.

При объективном обследовании состояние тяжелое, температура $36,8^{\circ}C$, сознание сохранено, вялый, бледный, выявлены анизокория, стробизм, нарушение конвергенции, осиплый голос. Сердечные тоны приглушены, пульс 90 ударов в минуту, АД 100/80 мм рт. ст. Язык сухой, весь покрыт белым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации в эпигастральной области. Стула не было. Диурез сохранен.

- 1) Диагноз и его обоснование
- 2) План обследования

- 3) План лечения
- 4) Ваши действия в отношении лиц, употреблявших рыбу вместе с больным
- 5) Назовите 4 формы ботулизма в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

Ситуационная задача № 52: Больной К., 36 лет доставлен машиной скорой медицинской помощи в инфекционное отделение в тяжелом состоянии с жалобами на резкую 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».

В приемном покое выяснено, что накануне вечером в 19 часов больной употреблял в пищу консервированные грибы домашнего приготовления.

При объективном обследовании состояние тяжелое, температура 37,5 гр., 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 ударов в минуту, АД 100/70 мм рт. ст. Живот вздут, стула не было в течение 2-х суток. Диурез сохранен.

- 1) Диагноз и его обоснование
- 2) Тактика врача приемного покоя
- 3) План лечения
- 4) План обследования
- 5) К какой группе заболеваний относится ботулизм?

Ситуационная задача № 53: Больная О., 25 лет, доставлена врачом скорой помощи в инфекционную больницу с диагнозом «пищевая токсикоинфекция». Заболела остро ночью через 6 часов после употребления в пищу 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 диспансеризация при данном заболевании?
- 5) Назовите возбудителя ботулизма?

Ситуационная задача № 54: У больной Л., 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 день с диагнозом: «Отравление грибами, ретробульбарный неврит зрительных нервов» направлена в многопрофильную больницу, где после осмотра неврологом, токсикологом, ЛОР-врачом, диагноз при направлении снят.

При осмотре врачом-инфекционистом: состояние средней тяжести, сознание ясное, температура тела 37,5°C, 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 специфическая профилактика?
- 5) Назовите 4 формы ботулизма в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

Ситуационная задача № 55: Больной Ш., 45 лет, поступил в инфекционный стационар на 7-й день болезни с жалобами на снижение остроты зрения, проявляющейся диплопией, туманом перед глазами. Отмечал сухость во рту, мышечную слабость, затрудненное глотание. Доставлен по скорой помощи в инфекционный стационар.

Из эпидемиологического 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 пищу, выраженная одышка с участием вспомогательной мускулатуры, цианоз видимых слизистых оболочек и кончика носа. Отмечаются двусторонний птоз век, мидриаз, парез мягкого неба, голосовых связок. Пульс-68 в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД-100/60 мм рт. ст. В легких ослабленное дыхание, хрипов нет, ЧДД-24 в минуту. Язык сухой, густо обложен сероватым налетом. Живот вздут, мягкий, участвует в акте дыхания, безболезненный при пальпации. Стула нет.

- 1) Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2) Назначьте специфическое лечение.
- 3) Каков прогноз дальнейшего состояния у данного больного?
- 4) Какова диспансеризация при данном заболевании?
- 5) К какой группе заболеваний относится ботулизм?

ОСОБО ОПАСНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Ситуационная задача № 56: В приемное отделение Краевой больницы бригадой скорой помощи доставлен больной Ч., 42 лет, с диагнозом: пневмония. Болен около 2-х дней. Началось заболевание остро с высокой температуры до 40°C, резкой головной боли, неоднократной рвоты, боли в грудной клетке, кашля (в мокроте прожилки крови). Объективно при поступлении: больной возбужден, в поведении 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 в минуту. Живот несколько напряжен, симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка пальпируются по краю реберной дуги.

Менингеальной симптоматики нет. Из эпиданамнеза (со слов родственников, сопровождающих больного): больной ездил с друзьями на охоту (охотились 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) Тактика врача приемного покоя.
- 4) Необходимая лечебная помощь.
- 5) Срочные противоэпидемические мероприятия.

Ситуационная задача № 57: К дежурному терапевту приемного отделения многопрофильной больницы доставлен скорой помощью с диагнозом: «Пневмония, алкогольный делирий?» больной Ч., 36 лет. Болен третий день, высоко лихорадит до 40-41°C, 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 в минуту. 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?

Ситуационная задача № 58: Больной В., 40 лет, заболел остро 4 дня назад с познабливания, повышения температуры тела до 38°C, 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°C, по вечерам сохранялись ознобы, боль в подмышечной области постепенно усиливалась, что и заставило больного обратиться к врачу. Из 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 5х6 см, плотное, нечетко контурирующееся, с размягчением в центре. Кожа над ним ярко гиперемирована, вокруг отмечается небольшая отечность. Пульс 100уд/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 придется дифференцировать данный случай в первую очередь?
- 3) Назначьте обследование, подтверждающее диагноз. Укажите правила забора материала для исследования при данном заболевании.
- 4) Назначьте этиотропную терапию.
- 5) Каков прогноз в данном случае?

Ситуационная задача № 59: Больной И., 40 лет, геолог, в течение 2 месяцев, предшествующих заболеванию, находился в Забайкалье. Заболел остро на 6-й день после возвращения домой самолетом: повысилась температура тела до 40°C, появились головная боль, рвота, озноб. На 2-й и 3-й день озноб повторился, сохранялась высокая лихорадка до 41°C, нарастала слабость. На пятый 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-110уд/мин, АД-80/60 мм рт. ст. Одышка до 40 в минуту, 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 2-3 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 3х4 см лимфатического узла.

- 1) Поставьте и обоснуйте диагноз.

- 2) Чем обусловлено развитие данной формы заболевания?
- 3) Назначьте этиотропную терапию в данном клиническом случае.
- 4) Тактика врача в данном случае.
- 5) Спрогнозируйте исход заболевания в данном случае.

Ситуационная задача № 60: Больной П., 50 лет, чабан, почувствовал озноб, головную боль, болезненность в подмышечной области справа. Повысилась температура тела до 38°C. 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°C, психомоторное возбуждение. В правой подмышечной области болезненное уплотнение 4x5см 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?

Ситуационная задача № 61: 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 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°C, 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.
- 5) Назовите возбудителя холеры.

Ситуационная задача № 62: 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 бесчисленное количество раз, постепенно приобрел вид и

консистенцию «рисового отвара». Присоединилась обильная рвота «фонтаном».

При осмотре: состояние тяжелое. Температура тела 35,7°C. 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». ЧДД-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 мезогастррии. Анурия.

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

- 1) Ваш диагноз и его обоснование?
- 2) Назначьте обследование, подтверждающее диагноз и состояние больной.
- 3) Назначьте интенсивную регидратационную терапию с указанием критериев ее эффективности.
- 4) Какова длительность диспансерного наблюдения с кратностью бактериологического исследования испражнений.
- 5) Назовите возбудителя холеры.

Ситуационная задача № 63: Больная К., 62 лет, поступила в инфекционное отделение через 20 часов после начала заболевания. Болезнь развилась остро – появились частый жидкий стул, общая слабость. Температура тела оставалась нормальной. Вскоре присоединилась рвота. Позывы на низ были неудержимыми, стул обильный, бесцветный, с комочками слизи. Рвота без тошноты, многократная, «фонтаном». Состояние быстро ухудшалось, нарастала слабость, появились судороги, госпитализирована.

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

При поступлении состояние крайне тяжелое, сознание soporозное. Температура тела 35,5°. Кожные покровы бледные, покрыты липким потом, холодные на ощупь. Тургор кожи, тонус глазных яблок снижены. Глаза запавшие, темные круги под глазами. Черты лица заострены. Выражен акроцианоз. Над легкими выслушивается ослабленное дыхание, перкуторно – легочный звук. ЧДД-36/мин. Тоны сердца глухие. Пульс нитевидный, 130/мин. АД-40/20 мм рт. ст. Язык сухой, обложен густым темным налетом. Живот запавший, безболезненный. При пальпации отмечается урчание, шум плеска жидкости в мезогастррии. Печень и селезенка не увеличены. В последние 30 минут рвота и понос прекратились, ЧСС-60/мин. Анурия.

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

5) Назовите возбудителя холеры?

Ситуационная задача № 64: 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 35,6°C. 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 анализе крови: гематокрит-0,71, относительная плотность плазмы 1,033, Рн-7,55, Рс02-35 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, , ВЕ (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) Назовите возбудителя холеры.

Ситуационная задача № 65: Больной Х., 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°C. 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 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 70 кг.
- 5) Назовите возбудителя холеры.

ЗООНОЗНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Ситуационная задача № 66: 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 финалгон, 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 сравнительно 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 в минуту. 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. Поставлена кожно-аллергическая проба. Рекомендовано прийти через 2-3 дня для повторного осмотра.

- 1) Предполагаемый диагноз и его обоснование?
- 2) Необходима ли госпитализация больной?
- 3) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
- 4) Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
- 5) Как оценить положительные результаты внутрикожной пробы?

Ситуационная задача № 67: 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 имеет корову, у которой 1 месяц назад был аборт плода. Все домашние употребляют сырое молоко, здоровы.

Заболел остро 5 дней назад, когда стал отмечать познабливание, периодически возникающий жар. При этом температуру тела не измерял, продолжал работать. При первом измерении температуры тела спустя 5 дней от начала заболевания – 39°C. Лечился самостоятельно тетрациклином по 1 таблетке 4 раза в день в течение 5 дней, - без эффекта. Обратился к участковому терапевту, который направил больного на госпитализацию в инфекционное отделение с диагнозом: подозрение на тифо-паратифозное заболевание.

При поступлении: температура тела – 38,9°C, однако интоксикация не выражена, больной активен, общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, выраженный гипергидроз. Обращает внимание значительное увеличение подмышечных лимфатических узлов, больше справа, их умеренная болезненность, пальпаторно определяется гепатоспленомегалия. Миалгий, артралгий не наблюдается. Суставы без 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) Мероприятия в очаге.

Ситуационная задача № 68: Женщина 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 2 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 в минуту. 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.

Ситуационная задача № 69: Больной А., 36 лет, ветеринарный врач совхоза, обратился к врачу с жалобами на общее недомогание, слабость, быструю утомляемость, потливость, боли в мышцах, суставах. Заболел две недели назад, ходил на работу, самочувствие страдало мало. В последние три дня отмечает повышение температуры тела до 38,5-39°C, ознобы, обильный пот.

При объективном исследовании: увеличение шейных, подмышечных и паховых лимфатических узлов, отек и болезненность голеностопного сустава. Гепатоспленомегалия.

- 1) Каков предположительный диагноз? Его обоснование.
- 2) Составьте план обследования больного.
- 3) Связано ли данное заболевание с профессиональной деятельностью?
- 4) Какое лечение предпочтительно в данном клиническом случае?
- 5) Какие мероприятия необходимо провести в очаге заболевания?

Ситуационная задача № 70: Больная Д., 40 лет, доярка, обратилась к врачу с жалобами на незначительное повышение температуры в последнее время, познабливание, обильное потоотделение, боли по ходу позвоночника, боли в коленных, локтевых и лучезапястных суставах, усиливающиеся при физической нагрузке, ограничение объема движений в них. Болеет на протяжении последнего года.

При объективном обследовании обнаружено увеличение паховых, подмышечных и подчелюстных лимфатических узлов, увеличение печени и селезенки. В области правого локтевого сустава – бурсит, в поясничной области – болезненные, до 1,5-2,0 см в диаметре фиброзиты, сгибательные и разгибательные мышцы суставов кистей с небольшим отеком и гиперемией, движения в суставах болезненны, объем их ограничен.

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Какие методы лабораторного исследования необходимо произвести?
- 3) Какие ожидаем получить результаты пробы Бюрне?
- 4) Возможно ли было избежать заражения?
- 5) Назовите источник инфекции при данном заболевании.

Ситуационная задача № 71: Больной П., 28 лет, доставлен в инфекционный стационар машиной скорой помощи с подозрением на грипп. Заболел остро 5 дней назад – появились сильный озноб, повышение температуры тела до 39°C, головные боли, была однократная рвота. В последующие дни стал отмечать уменьшение количества мочи и ее помутнение при наличии большого употребления жидкости.

Из эпидемиологического анамнеза: проживает за городом, неоднократно купался в пресном озере.

При поступлении: состояние тяжелое, кожные покровы чистые, горячие на ощупь, выраженный гипергидроз, температура тела 39,7°C. Сердечные тоны громкие, ритмичные, ЧСС-105/мин., АД-90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, печень увеличена, на 1 см выступает из-под края реберной дуги, чувствительная при пальпации, селезенка по краю реберной дуги. В день поступления не мочился.

В периферической – лейкоцитоз с нейтрофилезом, анемия, ускоренная СОЭ; в сыворотке крови – увеличение уровня калия, мочевины, креатинина; при исследовании мочи, выведенной катетером – протеинурия, цилиндрурия.

- 1) Поставьте и обоснуйте диагноз.
- 2) Каков прогноз в данном клиническом случае?
- 3) Назначьте лечение с учетом особенности течения данного заболевания.
- 4) Укажите предполагаемый путь заражения.
- 5) С какой группой заболеваний необходимо в данном случае проводить дифференциальную диагностику в первую очередь и почему?

Ситуационная задача № 72: Больной 30 лет, наблюдается врачом поликлиники в течение 7 дней с диагнозом «ОРВИ». Вызвал врача повторно в связи с ухудшением состояния, усилением головной боли. Из анамнеза известно, что заболел 15.08., появился озноб, температура 38°C, отметил сильную боль в мышцах, особенно в икроножных. Принимал различные препараты, в том числе тетрациклин (3 таблетки), температура снизилась до 37,8°C, решил, что выздоравливает. Но 22.08. состояние ухудшилось, усилилась головная боль, появилась рвота, оставались боли в мышцах. При осмотре обращает на себя внимание выраженная болезненность при пальпации мышц, увеличение печени, отчетливый менингеальный синдром. За 10 дней до заболевания рыбачил на озере, купался, пил сырую воду. Госпитализирован с диагнозом «менингит».

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) С чем связано ухудшение состояния больного.
- 3) Составьте план обследования.
- 4) Какие изменения спинномозговой жидкости характерны для менингита при лептоспирозе.
- 5) Назначьте лечение с учетом особенности течения данного заболевания.

Ситуационная задача № 73: К больному Л., 20 лет вызван на дом врач поликлиники 25 августа. При осмотре жалуется на сильную головную боль, боли в мышцах, чувство жара. Заболел 6 дней тому назад, внезапно повысилась температура тела до 39°C, болела голова, с трудом передвигался из-за сильных болей в ногах. Принимал жаропонижающие средства (аспирин, анальгин) без особого эффекта: температура оставалась повышенной, присоединилась слабость, боль в мышцах, особенно икроножных. При объективном обследовании: выявлена гиперемия лица, конъюнктивит, пульс до 100 в минуту, АД – 90/70 мм рт.ст. Язык густо обложен, печень увеличена, край печени ровный, округлый, чувствительный при пальпации; пальпируется край селезенки; мышцы, в особенности икроножные, болезненные при пальпации. Диурез снижен, моча более

темного, чем обычно, цвета. Небольшая гиперемия в ротоглотке. 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) О каком осложнении может свидетельствовать олигурия?
- 5) Тактика ведения больного.

Ситуационная задача № 74: Больной М., 19 лет, заболел остро 5 дней назад с повышения температуры тела до 39°C, головной боли, интенсивных болей в ногах. Самостоятельно принимал жаропонижающие – без эффекта. Госпитализирован в инфекционный стационар по направлению скорой помощи.

При осмотре участковым терапевтом: лицо гиперемировано, явления конъюнктивита. Пульс 102 уд/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) Укажите предполагаемый путь заражения.
- 5) Спрогнозируйте исход заболевания.

Ситуационная задача № 75: Больной П., 42 года, сантехник, заболел остро на работе. Появились озноб, головная боль, боли в мышцах, особенно икроножных, рвота. Температура к вечеру 41°C, ночью бредил.

Через 3 дня появилась бардовая сыпь на туловище и конечностях. На 4-й день отметил желтушность склер и кожных покровов. Госпитализирован по направлению скорой помощи в инфекционный стационар.

При осмотре: состояние тяжелое, лицо гиперемировано, температура 39,9°C. Склеры иктеричные. Кожные покровы желтушные, на животе и нижних конечностях обильная геморрагическая сыпь. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС-110/мин., АД-100/70 мм рт.ст. Язык сухой, обложен сероватым налетом. Печень на 2 см ниже края реберной дуги, чувствительная при пальпации. Дизурии нет.

- 1) Поставьте и обоснуйте диагноз.
- 2) Целесообразно ли проведение серологической диагностики заболевания на данном этапе развития заболевания?

- 3) Принципы патогенетической терапии.
- 4) Укажите предполагаемый путь заражения.
- 5) Спрогнозируйте исход заболевания в данном случае.

Ситуационная задача № 76: К хирургу в поликлинику обратился мужчина 40 лет, рубщик мяса на базаре, приехал 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 отекала, кожа предплечья потемнела, приобрела синюшную окраску. Присоединилось чувство жара, повысилась температура тела до 38°C. Болевых ощущений в руке не отмечает. При осмотре нижняя треть предплечья левой конечности резко отечная, кожа вокруг узелков слегка цианотична. На коже предплечья ближе к кисти корка темно-коричневого цвета, диаметром до 3 см, вокруг нее пузырьки в виде венчика, заполненные красноватой жидкостью. Пальпация узелков безболезненна. Отмечаются увеличенные подмышечные лимфоузлы слева в виде конгломерата до 3 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) План лечения.

Ситуационная задача № 77: 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, повысилась температура тела до 37,3°C, появилась сильная головная боль, слабость, разбитость, боли во всем теле. Госпитализирована в инфекционный стационар.

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

При осмотре в области правого лучезапястного сустава имеется язва диаметром 1 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) Каков прогноз в данном случае?

Ситуационная задача № 78: Больной С., 39 лет, скорняк, заболел остро с выраженной лихорадки до 40°C 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 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?

Ситуационная задача № 79: К хирургу обратился мужчина 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°C, боль в руке не отмечал. Установлено, что принимал участие в вынужденном забое больной коровы, при исследовании внутренних органов которой выделена *B.anthraxis*.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 38°C. 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 желтовато-красноватой 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) Как произошло заражение в данном случае?
- 5) Каков прогноз в данном случае?

Ситуационная задача № 80: Больной И., 60 лет, ветеринар, поступил в отделение в тяжелом состоянии на 5-й день болезни с температурой 40,5°C. При осмотре на левой щеке в центре определяется карбункул диаметром 1,5 см с пузырьками на периферии, с черным дном и серозно-геморрагическим отделяемым. Лицо отечное, глаз открыть не может. Боковые шейные л/у увеличены, болезненны. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Тоны сердца глухие, пульс 120 в минуту, слабого наполнения. АД – 80/40 мм рт. ст. На 2-й день пребывания в стационаре, несмотря на проводимое лечение, состояние ухудшилось. Появились менингеальные знаки и неврологическая очаговая симптоматика, резкие боли в животе, кровавая рвота, кровавый понос, обильная геморрагическая сыпь по всему телу. На 3-й день пребывания в стационаре больной скончался при нарастающих явлениях интоксикации и угнетении сердечно-сосудистой деятельности.

- 1) Ваш диагноз и его обоснование.
- 2) Укажите место внедрения возбудителя у данного больного. В чем опасность данной локализации процесса?
- 3) Что явилось причиной летального исхода в данном случае?
- 4) Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
- 5) Как произошло заражение в данном случае?

ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Ситуационная задача № 81: Больная 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°C. Принимала аспирин, полоскала горло. Самочувствие немного улучшилось, но 12 декабря головная боль усилилась, вновь поднялась температура тела до 38,5°C, стало трудно дышать – дышала ртом.

На работе много больных «гриппом».

При осмотре: состояние средней тяжести, температура 38,2°C, лицо бледное, одутловатое, выражен катаральный конъюнктивит, слизистая носа набухшая, миндалины увеличены, рыхлые, выражена гиперемия слизистой ротоглотки. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. В легких дыхание жесткое. Пульс – 80/мин., тоны сердца ясные. Живот мягкий, безболезненный, урчит. Печень не увеличена. 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.

Ситуационная задача № 82: В поликлинику к терапевту обратился студент 20 лет, проживающий в общежитии. Болен 2-й день: отмечают недомогание, легкое познабливание, слабость, температура тела – 37-37,5°C, 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 и на основании каких клинических маркеров можно думать?
- 2) Назначьте обследование, подтверждающее диагноз.
- 3) Составьте план лечения.
- 4) Путь передачи инфекции.
- 5) Диспансеризация.

Ситуационная задача № 83: Машиной скорой медицинской помощи в инфекционное отделение БСМП доставлен больной Г., 28 лет. При осмотре в приемном покое состояние больного расценено как тяжелое. Больной

жалуется на общую слабость, чувство жара, головные боли в лобной части, сухой «лающий» кашель и боли в горле при глотании. Объективно: лицо больного гиперемировано, на губах герпетические высыпания, кожные покровы влажные. Зев гиперемирован, миндалины гипертрофированы до II степени, наложений нет. Пульс 90 ударов в минуту, среднего наполнения. Тоны сердца приглушены. АД 110/70 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах жестковатое. Язык влажный обложен беловатым налетом. Живот мягкий безболезненный.

- 1) Ваш диагноз.
- 2) Тактика ведения больного.
- 3) Какие обследования необходимо провести
- 4) С каким вирусом необходимо провести диффдиагностику в первую очередь?
- 5) Этиотропная терапия для герпетических высыпаний.

Ситуационная задача № 84: Больная 32 лет, служащая, обратилась к врачу на 2-й день болезни с жалобами на слабую головную боль, повышение температуры тела, слабость, заложенность носа, першение в горле, редкий сухой кашель. Заболела после переохлаждения с повышения температуры тела до 37,5°C. Принимала парацетамол, полоскала горло. Продолжала ходить на работу. Самочувствие немного улучшилось,

На работе много больных ОРВИ.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура 37,2°C, лицо бледное, слизистая носа набухшая, миндалины увеличены до I степени, рыхлые, выражена гиперемия слизистой ротоглотки, зернистость задней стенки глотки. В легких дыхание жесткое, выслушиваются сухие хрипы по всем полям. Пульс – 80/мин., тоны сердца ясные. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. 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.

Ситуационная задача № 85: Машиной скорой медицинской помощи в инфекционное отделение БСМП доставлен больной К., 18 лет. При осмотре в приемном покое состояние больного расценено как средней тяжести. Больной жалуется на общую слабость, обильный насморк, температуру тела до 38,4°C, других жалоб не предъявляет. Объективно: лицо больного бледное, кожные покровы влажные. Зев умеренно гиперемирован, миндалины не увеличены, наложений нет. Пульс 90 ударов в минуту, среднего наполнения. Тоны сердца приглушены. АД 120/80 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах жестковатое. Язык влажный

обложен беловатым налетом. Живот мягкий безболезненный. В эпиданамнезе выяснено, что в коллективе повально люди болеют ОРВИ.

- 1) Ваш диагноз.
- 2) Тактика ведения больного.
- 3) Какие обследования необходимо провести
- 4) С каким вирусом необходимо провести диффдиагностику в первую очередь?
- 5) Мероприятия в очаге.

Ситуационная задача № 86: Участкового врача вызвали к больному 32 лет, который предъявляет жалобы на головную боль, боль в глазных яблоках, ломоту в теле, повышение температуры тела до 38,6-39,6°C, 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.

Объективно: состояние среднетяжелое. Лицо гиперемировано. Склеры и конъюнктивы инъекцированы, светобоязнь. Кожные покровы горячие, гиперемированы, сыпи нет. 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 перорального приема.
- 4) Укажите виды возбудителя данного заболевания
- 5) Какие возможны осложнения?

Ситуационная задача № 87: К больной В., 17 лет вызван врач скорой помощи. Заболела остро, 2 дня назад. Появились озноб, температура тела до 37,8°C, 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.

Объективно: 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, клакочущее. 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) Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача № 88: Больная У., 21 год, медсестра роддома, заболела вчера остро, когда появились головная боль, разбитость, резкая общая слабость, повышение температуры тела до 39,1°C с ознобом. На второй день появился сухой кашель, боли за грудиной, заложенность носа, боли в глазных яблоках, ломота в пояснице, мышцах, суставах. Температура тела оставалась повышенной до 39-40°C.

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 серо-грязным 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%, лимф.-29%, м-6%, СОЭ-10 мм/час.

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

Ситуационная задача № 89: Участковый врач вызван на дом к больному С., 50 лет. Больной предъявляет жалобы на общее недомогание, повышение температуры тела до 37,7-38°C, заложенность носа с обильным насморком. При объективном осмотре выявлена гиперемия ротоглотки, герпетические высыпания на губах. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичен. Выставлен диагноз «Грипп». Выдан больничный лист. Рекомендован аспирин и димедрол.

- 1) Верно ли выставлен диагноз?
- 2) Правильно ли назначено лечение?
- 3) Какое обследование возможно выполнить?
- 4) С чем необходимо дифференцировать данное состояние?
- 5) Какие дополнительные обследования необходимы пациенту?

Ситуационная задача № 90: В поликлинику обратилась девушка 17 лет с жалобами на повышение температуры тела до 37°C в течение недели, конъюнктивит, слизистые выделения из носа, слезотечение.

Объективно: В зеве умеренная гиперемия, наложений нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Печень и селезенка увеличены, лимфаденит.

- 1) Сформулируйте диагноз.
- 2) Нужна ли диспансеризация, почему?
- 3) Какие осложнения данного заболевания вы знаете?
- 4) Методы обследования.
- 5) План лечения.

Ситуационная задача № 91: 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°C. 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, ЧДД – 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.

Ситуационная задача № 92: 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°C. 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°C. 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.

Ситуационная задача № 93: Больная М., 27 лет, заболела остро. К вечеру почувствовала озноб, общее недомогание, повысилась температура тела до 38°C. Через 3 часа отметила лихорадку до 39,5°C 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.

Ситуационная задача № 94: В инфекционное отделение поступила больная А., 18 лет, проживающая в общежитии, где зарегистрирован случай заболевания генерализованной формой менингококковой 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°C. 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.
- 5) Укажите сроки инкубационного периода при данном заболевании.

Ситуационная задача № 95: Больная Р., 25 лет, заболела остро с резкой головной боли распирающего характера на фоне высокой лихорадки. Бригадой «скорой помощи» доставлена в инфекционный 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°C.

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°C, АД – 100/60 мм рт.ст. в легких дыхание жесткое, тоны сердца аритмичные, тенденция к 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: Нв – 120 г/л, Ег – $3,6 \cdot 10^{12}$ /л, Тг – $170 \cdot 10^9$ /л, L – $17 \cdot 10^9$ /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.

Ситуационная задача № 96: Проведено обследование проживающих в общежитии людей, в котором выявлен больной ребенок, госпитализированный в инфекционный стационар с диагнозом: Менингококковая инфекция, менингококцемия. У шести человек, проживающих в этом общежитии, обнаружен менингококк W-135. Других заболевших в общежитии нет.

Лица, у которых обнаружен менингококк, жалоб не предъявляют. Клинически здоровы.

- 1) Ваш диагноз?
- 2) Нуждаются ли эти лица в госпитализации?
- 3) Какова тактика в отношении этих лиц?
- 4) Какова заболеваемость этим заболеванием по объему поражения в ареале?
- 5) Каков механизм патогенеза данной формы болезни?

Ситуационная задача № 97: Больная А., 19 лет, доставлена в инфекционный стационар в тяжелом состоянии без сознания на ИВЛ. Со слов родственников заболела остро 4 часа назад, когда на фоне полного здоровья повысилась температура тела до $40,0^{\circ}\text{C}$, появилась сильнейшая головная боль. Отмечалась рвота «фонтаном» без предшествующей тошноты дважды. Самостоятельно принимала парацетамол, анальгин, пенталгин – без эффекта. Через 3 часа потеряла сознание. Была вызвана скорая помощь, которая нашла больную в крайне тяжелом состоянии с одышкой до 30/мин. Было введено 12 ед. дексаметазона внутривенно. Реанимационной бригадой проведена катетеризация подключичной вены, начата инфузия солевых растворов, проведена интубация трахеи, на управляемом дыхании доставлена в инфекционный стационар.

Из анамнеза со слов родственников выяснено, что больная работает няней в детском саду, где зарегистрированы 3 случая заболевания детей, которые и госпитализированы в детскую инфекционную больницу. Диагноз детей не известен.

При осмотре: состояние крайне тяжелое, температура тела $40,2^{\circ}\text{C}$. Сознание соответствует коме I ст. Поза «легавой собаки». Кожные покровы чистые, горячие на ощупь, акроцианоз. ЧСС=130/мин, АД-80/50 мм рт.ст., ЦВД=110 мм вод.ст. Дыхание ИВЛ. Ригидность мышц затылка абсолютная, симптом Кернига $130-140^{\circ}$ с обеих сторон. Гипертонус мышц. Генерализованных судорог не наблюдается.

В ОАК: $\text{Eg}-4,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$, $\text{Hb}-160 \text{ г/л}$, $\text{L}-26 \cdot 10^9/\text{л}$, п/я-30 %, с/я-63 %, л-4 %, м-3 %, $\text{СОЭ}=15 \text{ мм/час}$.

- 1) Ваш диагноз и его обоснование?
- 2) Оцените тактику ведения больной на догоспитальном этапе.
- 3) Ваша тактика как врача-инфекциониста инфекционного стационара?
- 4) Назначьте обследование для подтверждения диагноза.

- 5) Назначьте адекватное лечение.

Ситуационная задача № 98: Больной Д., 25 лет, обратился к терапевту поликлиники с жалобами на заложенность носа, насморк, першение в горле, субфебрилитет. Самостоятельно принимает амоксилав в дозе 875/125 мг 2 раза в день в течение 2-х дней. Из анамнеза выяснено, что болен в течение 2-х дней с вышеперечисленных жалоб. За 4 дня до заболевания тесно контактировал с больным ребенком, которого впоследствии госпитализировали в детский инфекционный стационар с диагнозом: Менингококковый менингит. Проживает в женой в отдельной квартире.

При осмотре терапевтом поликлиники: состояние удовлетворительное, температура тела нормальная. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. В зеве незначительная гиперемия слизистой ротоглотки, задняя стенка глотки зернистая, инъецирована сосудами. Голос с носовым оттенком, скудное слизистое отделяемое из носа. АД-120/70 мм рт.ст., ЧСС=80/мин. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот без особенностей. Симптом ХП отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

- 1) Ваш диагноз и его обоснование?
- 2) Нуждается ли больной в госпитализации?
- 3) Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
- 4) Дайте рекомендации по лечению.
- 5) Укажите механизм патогенеза для этой стадии заболевания.

Ситуационная задача № 99: Больная Р., 26 лет, обнаружена родственниками без сознания. Вызвана «скорая помощь», больная доставлен в приемное отделение многопрофильной больницы с диагнозом: ОНМК-?

При осмотре: состояние крайне тяжелое, без сознания, периодически клонические судороги конечностей. Лицо цианотично. Температура 39,8°С. На коже ягодиц и конечностей множественная геморрагическая сыпь различной величины от точечных элементов до обширных кровоизлияний в кожу. Пульс на периферических сосудах не определяется. Тоны сердца глухие, пульс 140/мин., АД – 80/60 мм рт. ст., ЧДД – 40/мин.

- 1) Ваш диагноз и его обоснование.
- 2) Назначьте обследование, подтверждающее диагноз.
- 3) Назначьте неотложную терапию.
- 4) Назначьте этиотропной терапию.
- 5) Укажите возбудитель заболевания.

Ситуационная задача № 100: Больной Н., 18 лет, заболел остро. Появилась сильная головная боль, более интенсивная в области лба, резкая общая слабость. Через 3 часа появилась тошнота, рвота, не приносящая облегчения, повышение температуры тела до 39,5°С. Бригадой скорой помощи доставлен в инфекционное отделение.

Из анамнеза: за 7 дней до заболевания отмечал заложенность носа, першение в горле, повышение температуры тела до 37,5°C. Самостоятельно полоскал горло раствором фурацилина, за медицинской помощью не обращался.

При осмотре: больной возбужден, стонет от головной боли. На коже ягодиц, нижних конечностей, области живота обильная звездчатая геморрагическая сыпь. Пульс – 120/мин., ритмичный, АД – 100/60 мм рт. ст. Язык суховат, густо обложен грязно-серым налетом. 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 патогенетические механизмы данной формы заболевания.

Ситуационная задача № 101: Больная А., 24 лет, обратилась с жалобами на слабость, высокую температуру тела, боли в горле при глотании, болезненность и увеличение подчелюстных и шейных лимфатических узлов.

При осмотре: температура тела 38,5°C. В зеве яркая разлитая гиперемия, миндалины гипертрофированы до II степени, в лакунах белый налет, снимается шпателем. Пальпируются болезненные подвижные задне- и переднешейные и подчелюстные лимфатические узлы до 2,0 см в диаметре. Живот при пальпации мягкий, печень и селезенка увеличены на 2,0 см из-под края реберной дуги, безболезненные.

- 1) Ваш предположительный диагноз, его обоснование.
- 2) Составьте план обследования.
- 3) Составьте план лечения.
- 4) Укажите возможные типичные осложнения.
- 5) Укажите возбудителя данной инфекции.

Ситуационная задача № 102: Больной К., 30 лет, обратился в инфекционное отделение с жалобами на повышение температуры тела до 38,7°C, слабость, потливость, ломоту в теле, сыпь на коже груди, живота, спины, верхних конечностей.

При осмотре: на кожных покровах необильная бледно-розовая незудящая пятнисто-папулезная сыпь, склеры субиктеричны, пальпируются задне- и переднешейные болезненные лимфатические узлы до 1,5-2,0 см в диаметре. Печень и селезенка не увеличены. В крови – билирубин 26,5 ммоль/л за счет прямой фракции, лейкоцитоз 10×10^9 /л, 16% атипичных мононуклеаров, реакция Пауль-Буннеля 1:80.

- 1) Ваш диагноз?
- 2) Назначьте лечение.

- 3) Возможна ли желтуха при этом заболевании?
- 4) При каком осложнении данной инфекции будет необходимо хирургическое вмешательство?
- 5) Какой процент атипичных мононуклеаров в ОАК позволяет выставить диагноз инфекционного мононуклеоза?

Ситуационная задача № 103: Больная А., 20 лет обратилась к врачу поликлиники с жалобами на ознобы, температуру выше 39°C, выраженную слабость, сильные боли в горле при глотании, затрудненное носовое дыхание. Заболела остро 9 дней назад с повышения температуры до 38°C, затем появились боли в шее при движении головой. Через 2 дня заметила увеличение шейных лимфатических узлов, их болезненность. Вчера появилась сильная боль в горле при глотании, ломота в теле, артралгии, лихорадка до 39,5°C, отметила значительное увеличение и болезненность заднешейных лимфатических узлов. Вызванный домой врач направил больную в инфекционную больницу с подозрением на дифтерию.

При осмотре в приемном отделении: кожные покровы бледные, на коже живота, спины, нижних конечностей необильная пятнисто-папулезная розовая сыпь без тенденции к слиянию. Конфигурация шеи изменена за счет увеличенных до 2,5-3,0 см передне- и заднешейных лимфатических узлов, больше справа, которые болезненны, эластичны, подвижны. Слизистая ротоглотки ярко гиперемирована, миндалины увеличены до II степени. Отека слизистой нет. В лакунах миндалин обильные бело-желтые налеты, легко снимаются шпателем, растираются, слизистая в местах отторжения налета не кровоточит. Пульс – 100/мин., АД – 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, слегка болезненный в правом подреберье. Печень увеличена на 3,0 см из-под края реберной дуги, чувствительна при пальпации, селезенка выступает на 2,0 см из-под края реберной дуги, мягкая, безболезненная. Менингеальных знаков нет.

- 1) Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2) Как подтвердить диагноз?
- 3) Назначьте патогенетическое лечение в данном случае.
- 4) Назовите возбудителя данного заболевания
- 5) Укажите сроки инкубационного периода при данном заболевании.

Ситуационная задача № 104: Больная В., 29 лет, обратилась в инфекционное отделение по направлению инфекциониста КИЗа поликлиники с диагнозом: Вирусный гепатит-? Жалобы на желтушность кожи и склер, темную мочу. Заболела 4 дня назад с вышеперечисленных жалоб. Обследована амбулаторно: билирубин 150,0 мкмоль/л за счет прямой фракции, АлАТ – 54 мкмоль/л. АсАТ-38 мкмоль/л (N до 40).

Из анамнеза: 10 дней назад отмечались незначительные боли в горле при глотании, самостоятельно лечилась флемоксином, гексоралом. На фоне лечения боли в горле регрессировали.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы желтушные, склеры иктеричные. Пальпируются поднижнечелюстные и переднешейные лимфатические узлы до 0,7-1,0 см в диаметре, не спаяны, чувствительны при пальпации. Со стороны сердца и легких – без патологии. Печень увеличена из-под края реберной дуги на 3,0 см, мягкая, Печень выступает из-под реберья до 2 см, эластичная, безболезненная. Селезенка +1,0 см. Моча темная, стул светло-коричневый.

В периферической крови: Hb – 120 г/л, L – $4,6 \cdot 10^9$ /л, п-2 %, с-23 %, э-1 %, лф-49 % мн-3 %, атипичные мононуклеары-22 %, СОЭ-18 мм/час.

- 1) Ваш диагноз и его обоснование.
- 2) Как подтвердить заболевание?
- 3) Назначьте этиотропную терапию.
- 4) Каково основное направление патогенетической терапии при данном заболевании? Назначьте препарат.
- 5) Какой процесс лежит в основе патогенеза данного заболевания?

Ситуационная задача № 105: Больная Д., 23 лет, больна в течение 10 дней: беспокоит заложенность носа, повышение температуры тела до 38°C. Спустя 3 дня появились боли в горле при глотании. Участковым терапевтом был диагностирован острый тонзиллит с наложениями, назначен кларитромицин, гексорал, жаропонижающие. Амбулаторное лечение проводилось в течение 7 дней, однако эффекта не было. Сохранялась высокая температура тела. Наложения на миндалины, появилась припухлость в области шеи с обеих сторон. Госпитализирована в инфекционное отделение с подозрением на дифтерию ротоглотки.

При поступлении: состояние средней тяжести, в контакт вступает. Температура тела 38,7°C. Кожные покровы чистые, отмечается субиктеричность склер. Носовое дыхание затруднено, скудное слизистое отделяемое. Голос с гнусавым оттенком. В области шеи с обеих сторон визуально определяются задне- и переднешейные лимфатические узлы с некоторой отечностью кожи вокруг них, болезненны при пальпации. Подмышечные, подключичные, паховые лимфатические узлы до 1,0 см в диаметре, не спаяны, чувствительны. В ротоглотки – яркая разлитая гиперемия, на гипертрофированных небных миндалинах обильные бело-желтые наложения, снимаются шпателем, слизистая не кровоточит. Язык густо обложен белым налетом. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, тахикардия 130/мин. Живот мягких, безболезненный, печень и селезенка выступают из-под края реберной дуги на 3,0 см. Моча насыщенно-желтого цвета.

В периферической крови: Нb – 127 г/л, L – $10 \cdot 10^9$ /л, п – 8 %, с – 13 %, э – 1 %, лф – 40 % мн – 13 %, атипичные мононуклеары – 25 %, СОЭ – 25 мм/час.

- 1) Ваш диагноз и его обоснование.
- 2) Каковы ошибки участкового терапевта?
- 3) Назначьте этиотропную терапию.
- 4) Каково основное направление патогенетической терапии при данном заболевании? Назначьте препарат.
- 5) Укажите возбудитель данного заболевания, его антигенную структуру.

ТРАНСМИССИВНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Ситуационная задача № 106: Больной Д., учащийся из Мали, обратился в медпункт с жалобами на слабость, озноб, повышение температуры тела до 40°C, 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°C, 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 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.

Ситуационная задача № 107: К больному В., 40 лет, вызвана скорая помощь в связи с ухудшением состояния. Заболевание началось 5 дней назад с познабливания, головной боли. Быстро повысилась температура до 40°C, дважды была рвота. По совету знакомого врача, предположившего грипп, принимал ремантадин, после чего на следующий день температура снизилась до 37,5°C, но к вечеру вновь повысилась до 40,5°C, 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: $E_r-2,2 \cdot 10^{12}/л$, $Hg-93$ г/л, $T_r-115 \cdot 10^9/л$, $L-4,2 \cdot 10^9/л$, лейкоцитарная форма без особенностей, количество разрушенных эритроцитов – 50%.

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

- 1) Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- 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 диспансерного наблюдения за реконвалесцентами после перенесенного заболевания.

Ситуационная задача № 108: 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°C. 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°C, но самочувствие было хорошим. На 3-й день заболевания вечером состояние вновь ухудшилось: с ознобом поднялась температура, 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°C. 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 см из-под края реберной дуги, селезенка пальпируется до 3 см ниже края реберной дуги. Диурез сохранен.

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

Ситуационная задача № 109: 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°C, резкую головную боль, затем жар и проливной пот. Последующие 3 дня сохранялся субфебрилитет. На 4 день от начала заболевания ночью вновь наблюдался потрясающий озноб, лихорадка до 40°C, проливной пот.

При осмотре врачом скорой помощи: кожные покровы чистые, выраженный гипергидроз, температура тела 39,2°C. 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.

Ситуационная задача № 110: Больной М., 26 лет, матрос, поступил в больницу с диагнозом «грипп» на 4 день болезни. Жалобы при поступлении на слабость, ломоту в теле, повышение температуры до 40°C, 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 уд/мин, ритмичный. Тоны сердца чистые, ясные. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 2,5 см, пальпируется увеличенная селезенка. По органам мочевыделительной системы и ЦНС патологии не выявлено. Из эпидемиологического анамнеза известно, что 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 3-х дней температура сохранялась до 39°C – 40°C, 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) Назовите длительность инкубационного периода.

ПАРАЗИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Ситуационная задача № 111: 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, голених. Заболел остро, 5 дней назад. Появились боли в животе, разжиженный стул до 5 раз в день, повысилась температура до 38,0°C. На следующий день состояние ухудшилось, появилась головная боль, отек лица, боли в спине, голених. Принимал самостоятельно таблетки аспирина, анальгина, парацетамола, с временным снижением температуры и уменьшением боли. 24.08. появилась сыпь, усилились боли, вырос отек на лице, температура до 38,0-39,0°C 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 0,3-1,5 см, зудящая 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 в мин. Живот при пальпации мягкий, болезненный, симптомов раздражения брюшины не выявлено. Стул кашецеобразный, без патологических примесей.

Из анамнеза выяснено, что 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 диагноз, обоснуйте
- 2) Тактика врача-аллерголога в отношении данного больного
- 3) Назначьте план обследования
- 4) Предполагаемые результаты гемограммы.
- 5) Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 112: Больной К., 45 лет, обратился в поликлинику с жалобами на сухой кашель, повышение температуры тела до 37,6°C, 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 объективном осмотре на коже малозаметная бледно – розовая пятнисто-папулезная сыпь, слабо зудится, расположена на сгибательных поверхностях рук. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны ясные, ритмичные, АД 120/80 ммрт.ст., ЧСС 96 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется увеличенная печень, безболезненная. При осмотре офтальмологом в стекловидном теле левого глаза обнаружено червеобразное мелкое, свободно плавающее образование.

В ОАК эозинофилия до 15%, гипохромная анемия, лимфоцитоз.

- 1) Поставьте диагноз, дайте обоснование
- 2) Назовите причину снижения зрения на левый глаз.
- 3) Назовите возбудителя заболевания
- 4) Назначьте лечение
- 5) Каким образом произошло заражение.

Ситуационная задача № 113: Больная В., 25 лет обратилась за медицинской помощью к участковому терапевту. Заболела постепенно 24 августа. Болеет в течение 16 дней. В начале заболевания беспокоили тяжесть и боли в правом подреберье, тошнота, снижение аппетита, слабость, раздражительность. Больная самостоятельно принимала таблетки но-шпы и панкреатин, которые уменьшали боль, а через 5 дней боли полностью прошли. Но на 9 день болезни появился сухой приступообразный кашель со скудной мокротой и прожилками крови, повышение температуры до 38,5°C, потливость, усилилась слабость. При аускультации выслушивалось жесткое дыхание. Сердечные тоны ясные, ритмичные; АД 110/70 мм рт. ст., ЧСС 78 уд/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень по нижнему краю реберной дуги, безболезненная. Симптом 12 ребра отрицательный. Стул оформлен. Дизурических явлений нет. При рентгенологическом обследовании 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 анализе крови: лейкоцитов $8,5 \times 10^9$ /л, эозинофилия – 27%, СОЭ – 24мм/час. При повторном рентгенологическом исследовании сохранялись очаги инфильтрации, но наибольшая их локализация выявлялась ближе к бронхиальному дереву.

В эпидемиологическом анамнезе выяснено, что в июле и начале августа больная жила на даче, ела немытую клубнику, огурцы, помидоры и другие ягоды и фрукты.

- 1) Поставьте диагноз, обоснуйте его.
- 2) Объясните картину рентгенологического обследования легких.
- 3) Назначьте лечение, эффективное для данной стадии заболевания.
- 4) Назовите возбудителя заболевания.
- 5) В чем заключается профилактика данного заболевания?

Ситуационная задача № 114: 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) Поставьте диагноз, обоснуйте его.
- 2) Назначьте обследование, подтверждающее диагноз.
- 3) Проведите противоэпидемические мероприятия в группе детского сада для ликвидации очага заболевания.
- 4) Каким детям необходимо провести дегельминтизацию и почему?
- 5) Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 115: Больной П. 18 лет обратился к врачу поликлиники с жалобами на слабость, головокружение, чувство дискомфорта в животе, повышение аппетита, тошноту после еды. Указанные жалобы беспокоят больного в течение последних 6 месяцев.

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

В анализе крови выявлено: Эр – $4,2 \times 10^{12}/л$, ц/п – 0,98, Нв 78 г/л, L – $7,4 \times 10^9/л$, Э- 16%, П – 12%, С-30%, Л – 34%, М -8%, СОЭ 45 мм/ч.

Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что больной часто ездит с отцом на рыбалку, регулярно употребляет в пищу малосоленую и свежесвыловленную речную рыбу и икру, преимущественно карповых пород. Накануне обращения за медицинской помощью у больного был жидкий стул, со стулом отходили беловатые лентовидные образования.

- 1) О каком заболевании следует думать?
- 2) Что позволяет заподозрить данный гельминтоз
- 3) Какие изменения выявлены в гемограмме. С чем они связаны.
- 4) Можно ли было избежать заражения?
- 5) К какой группе гельминтозов относится данный паразит?

ИНФЕКЦИИ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ

Ситуационная задача № 116: Больной В., 19 лет, студент. Обратился к врачу поликлиники в связи с обнаружением в течение 3-4 месяцев увеличенных лимфатических узлов на шее. Объективно: температура тела нормальная. Состояние удовлетворительное. Кожа обычной окраски, без сыпи. Следы внутривенных инъекций на руках. Заднешейные, надключичные и локтевые лимфатические узлы увеличены до 1 см, подмышечные – до 1,5 см в диаметре, плотно-эластической консистенции, безболезненны. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости и рентгенографии органов грудной клетки увеличения висцеральных лимфатических узлов не обнаружено.

- 1) Предположительный диагноз? Представьте его обоснование.
- 2) План обследования.
- 3) Дайте рекомендации больному.
- 4) Что нужно выяснить из эпидемиологического анамнеза.
- 5) Выпишите рецепт назначения тимазида.

Ситуационная задача № 117: Во время выполнения люмбальной пункции у больного менингитом и ВИЧ-инфекцией в стадии IV В инфекционист случайно проколол резиновую перчатку и поранил кожу пальца с выделением капель крови.

- 1) Действия врача в подобной ситуации.
- 2) Есть ли необходимость проведения химиопрофилактики.
- 3) Назовите степени риска заражения и необходимость проведения химиопрофилактики.
- 4) Возбудитель ВИЧ-инфекции.
- 5) Выпишите рецепт назначения ламивудина.

Ситуационная задача № 118: В терапевтическом отделении у больного с хроническим активным гепатитом получена положительная реакция на ВИЧ в ИФА.

- 1) Как интерпретировать такой результат.
- 2) Тактика дальнейших действий врача.
- 3) Сообщить ли больному о наличии у него ВИЧ-инфекции.
- 4) Назовите возбудителя ВИЧ-инфекции.
- 5) Выпишите рецепт назначения диданозина.

Ситуационная задача № 119: 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 удалось установить, что 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. Объективно: истощен, бледен, «заеды» в углах рта, афтозный стоматит. В легких дыхание везикулярное, сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс 78 уд/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) План обследования.
- 4) Прогноз.
- 5) Тактика ведения.

Ситуационная задача № 120: Больной В., 48 лет, журналист. Обратился к врачу поликлиники с жалобами на слабость и повышение температуры тела до 38,5°C в течение 3 дней. Диагностирован грипп, назначен тетрациклин. Состояние не улучшалось. На 7 день болезни консультирован инфекционистом и госпитализирован на 9 день болезни. Жалуется на слабость, небольшую головную боль, боль в горле, снижение аппетита. Эпидемиологический анамнез: живет один в отдельной квартире. 1 месяц назад был в командировке в США. Объективно: состояние средней тяжести, сыпи нет. Увеличение отдельных лимфатических узлов на шее и в аксиллярной области до размера 1-1,5 см. Миндалины увеличены, слизистая ротоглотки обычного цвета. Пульс 96 уд/мин, АД 130/90 мм рт. ст. Язык обложен. Живот мягкий, безболезненный, умеренно вздут. Страдает запорами. Печень увеличена, выступает на 1,5-2 см из-под края реберной дуги. Селезенка пальпируется у реберного края. Общий анализ крови на 10 день болезни: лейкоцитов $5,6 \times 10^9$ /л, эозинофилов – 1%, п/я – 10%, с/я – 20%, лимфоцитов – 60%, моноцитов – 9%, СОЭ – 15 мм/час. Среди лимфоцитов много атипичных мононуклеаров.

- 1) Ваш диагноз и его обоснование.
- 2) Достаточно ли полно собран эпидемиологический анамнез.
- 3) Продифференцируйте с брюшным тифом и инфекционным мононуклеозом.
- 4) Составьте план обследования больного.
- 5) Выпишите рецепт назначения тимазида.

Ситуационная задача № 121: В инфекционное отделение поступила женщина 49 лет в тяжелом состоянии, с жалобами на выраженное истощение (в течение года потеряла в весе 36 кг), желтизну кожи и склер глаз, одышку, полное бессилие, боли в груди, в области печени, почек, затрудненное скудное мочеиспускание, отеки слизистых оболочек. Больна 1,5 года. Объективно: печень пальпируется на 3-4 см ниже края правой реберной дуги, плотной консистенции. В ОАК анемия. В ОАМ эритроцитурия. На коже пигментные пятна, пальпируются подмышечные, заднешейные л/у. Эпидемиологический анамнез: 1,5 года назад больная была практически здоровой, активной, энергичной, работала. Поворотным моментом стала случайная половая связь с активным потребителем внутривенных наркотических средств.

- 1) Выскажите свои предположения о диагнозе.
- 2) Какую информацию необходимо получить при сборе эпидемиологического анамнеза.
- 3) План обследования.
- 4) Прогноз.
- 5) Тактика ведения.

Ситуационная задача № 122: Больной 29 лет, активный потребитель внутривенных наркотических средств. Стал испытывать слабость, недомогание, повышение температуры до 37,5°C. Периодически отмечает появление сыпи на теле, ежедневно жидкий стул до 2-3 раз в сутки. Потеря веса свыше 10 кг. Увеличены шейные и подмышечные узлы.

- 1) Предположительный диагноз? Представьте его обоснование.
- 2) План обследования.
- 3) Дайте рекомендации больному.
- 4) Что нужно выяснить из эпидемиологического анамнеза.
- 5) Выпишите рецепт назначения ламивудина.

Ситуационная задача № 123: Больной 37 лет, заболел постепенно, стал испытывать слабость, обнаружил увеличение шейных, подмышечных лимфоузлов, почувствовал кожный зуд. Объективно: гепатолиенальный синдром, температура 36,6°C, в легких на фоне жесткого дыхания рассеянные сухие хрипы и единичные влажные мелкопузырчатые хрипы в задне-нижних отделах. Эпидемиологический анамнез: больной приехал из Заира 1,5 месяца тому назад, где отмечается эпидемия ВИЧ-инфекции, не исключает случайные половые связи; в детстве болел малярией.

- 1) Предположительный диагноз? Представьте его обоснование.
- 2) План обследования.
- 3) Дайте рекомендации больному.
- 4) Что нужно выяснить из эпидемиологического анамнеза.
- 5) Выпишите рецепт назначения диданозина.

Ситуационная задача № 124: Больной В., 19 лет, обратился к врачу поликлиники в связи с обнаружением в течение 3-4 месяцев увеличенных лимфатических узлов на шее. Объективно: температура тела нормальная. Состояние удовлетворительное. Кожа обычной окраски, без сыпи. Следы внутривенных инъекций на руках. Заднешейные, надключичные и локтевые лимфатические узлы увеличены до 1 см, подмышечные – до 1,5 см в диаметре, плотно-эластической консистенции, безболезненны. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости и рентгенографии органов грудной клетки увеличения висцеральных лимфатических узлов не обнаружено.

- 1) Поставьте и обоснуйте диагноз.
- 2) План обследования.
- 3) Дайте рекомендации больному.
- 4) Что нужно выяснить из эпидемиологического анамнеза.
- 5) Выпишите рецепт назначения тимазида.

Ситуационная задача № 125: Больной Ф., 27 лет, БОМЖ, доставлен в больницу 08.09.2010 г. с вокзала с диагнозом: «Острая кишечная инфекция». Из эпидемиологического анамнеза известно, что пациент ночует 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. Объективно: состояние тяжелое, температура 39,0° С. Истощен, кожа сухая, в углах рта заеды. В легких единичные сухие хрипы. Пульс 96 уд/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) Обоснуйте диагноз.
- 2) К какому семейству относится возбудитель данного заболевания.
- 3) Назовите оппортунистическую инфекцию, выявленную у больного.
- 4) Продифференцируйте с холерой.
- 5) План лечения больного.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

Ситуационная задача №1:

- 1) Вирусный гепатит А острый, желтушная форма, средняя степень тяжести (в эпиданамнезе - парентеральные вмешательства отсутствуют за последние 6 месяцев, острое начало заболевания, наличие желтухи, гепатомегалии; с появлением желтухи самочувствие не ухудшилось; в биохимическом анализе крови – гипербилирубинемия до 140 мкмоль/л, повышенная тимоловая проба, гиперферментемия);
- 2) ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови в динамике, ИФА (IgM к Ag HAV, IgG к Ag HAV);
- 3) Базисная терапия, дезинтоксикационная терапия, ферменты (мезим-форте, панкреатин), адсорбенты (фильтрум, лактофильтрум);
- 4) От 1 до 3 месяцев;
- 5) Соблюдение санитарно-гигиенических норм, вакцинация.

Ситуационная задача №2:

- 1) Острый вирусный гепатит А, безжелтушная форма, легкая степень тяжести. Диагноз вставлен на основании эпидемиологического анамнеза (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) ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови в динамике (АлАТ, АсАТ, тимоловая проба), ИФА (IgM к AgHAV, IgG к AgHAV).
- 3) Режим постельный, стол 5, обильное питье до 2,5-3 литров, поливитамины.
- 4) Вакцинация, соблюдение санитарно-гигиенических норм.
- 5) До 45 дней.

Ситуационная задача №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 Ag 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: наличие диспепсического синдрома на фоне нормализации температуры, темный цвет мочи.

Ситуационная задача № 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: наличие тошноты, рвота, тяжесть в верхнем отделе живота; различия: желтушность кожи, темный цвет мочи, гепатомегалия.
- 5) Наблюдение в КИЗе от 1 до 3 месяцев.

Ситуационная задача № 5:

- 1) Вирусный гепатит Е желтушная форма, острый. Обоснование: прибыл из эндемичного по гепатиту Е района, в продромальный период 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, АЛТ, АСТ, маркерная диагностика (ИФА), ПЦР;
- 5) Диспансерное наблюдение в течение 1-3 месяцев.

Ситуационная задача № 6:

- 1) Хронический вирусный гепатит С, минимальная степень активности. Диагноз выставлен на основании данных эпидемиологического анамнеза (хирургическое вмешательство, переливание плазмы), слабо выраженной клинической симптоматики, минимальной гиперферментемии (повышение АЛТ в 2 раза), наличия общих антител к вирусному гепатиту С.
- 2) Маркеры к HCV: IgM и G к HCsorAg, АТ к NS2, NS4, NS3, NS5; ПЦР-диагностика с целью выявления РНК 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.

Ситуационная задача № 7:

- 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 специфической противовирусной терапии.
- 5) Диспансерное наблюдение 12 месяцев.

Ситуационная задача № 8:

- 1) ВГВ.
- 2) Биохимический анализ крови (билирубин, тимоловая проба, АлАТ), ИФА на маркеры к вирусным гепатитам.
- 3) 35 дней, 1 раз в 7 дней.
- 4) Контактные лица подлежат лабораторному обследованию биохимический анализ крови (АлАТ, АсАТ).
- 5) Заключительная очаговая дезинфекция. Химический метод. Объекты дезинфекции: сантехника, полотенца, нательное белье, посуда, игрушки. Средства дезинфекции: галлойдосодержащие дезинфектанты (3% раствор хлорамина).

Ситуационная задача № 9:

- 1) Вирусный гепатит.
- 2) Биохимический анализ крови (билирубин, тимоловая проба, АлАТ), 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: галлойдосодержащие дезинфектанты (3% раствор хлорамина).
- 5) «Профилактика вирусных гепатитов» СП 3.1.958-00.

Ситуационная задача № 10:

- 1) Вирус гепатита В может передаваться от матери к плоду плацентарным путем, при персистенции вируса в организме матери. В случае полного выздоровления матери от гепатита, заражение невозможно.
- 2) Основной механизм передачи гепатита В – гемоперкутанный.
- 3) Исследуемым материалом служит сыворотка крови при определении антител и кровь при определении вирусных антигенов. Используют при обнаружении антител и антигенов в исследуемом материале. Основной

метод микробиологической диагностики серологический (определение антител в сыворотке крови).

- 4) Вирусы попадают в кровь парентерально, с кровью переносятся в печень и размножаются в гепатоцитах. Инкубационный период 2-6 месяцев. В зависимости от типа взаимодействия вируса с гепатоцитами, инфицирующей дозы и др. условий, возникают различные формы заболевания. В 60% случаев наступает полное выздоровление, формируется стойкий иммунитет и не возникает повторного заболевания.
- 5) Профилактика вирусного гепатита В проводится вакциной «Энджерикс». Вакцинации подлежат лица, относящиеся к группе риска: хирурги, стоматологи, гинекологи, средний медицинский персонал ЛПУ и др.

Ситуационная задача № 11:

- 1) Хронический вирусный гепатит С, минимальная степень активности. Диагноз выставлен на основании данных эпидемиологического анамнеза (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 РНК 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 – хофитолвнутри до нормализации АлАТ.
- 4) В первом и третьем триместрах беременности.
- 5) Грудное вскармливание не противопоказано.

Ситуационная задача № 12:

- 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 Ig M к HDV-инфекции.
- 2) Тяжесть состояния обусловлено печеночно-клеточной недостаточностью (снижение ПТИ, альбуминов), гипербилирубинемия - 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.

Ситуационная задача № 13:

- 1) Цирроз печени.
- 2) Причиной может явиться вирус гепатита В, не диагностированный своевременно и не леченный хронический вирусный гепатит В.
- 3) Желтуха, «сосудистые звездочки», расширенная венозная сеть на животе, геморрагии по всему телу и на конечностях, кожный зуд, явления асцита, отеки на ногах, снижение диуреза.
- 4) Признаки портальной гипертензии.
- 5) Исследование маркеров вируса гепатита В методом ИФА – положительный HBsAg, IgG к HBcorAg, ПЦР – положит ДНК HBV.

Ситуационная задача № 14:

- 1) Вирусный гепатит В+D, фульминантная форма, осложненная ОПЭ, кома диагноз выставлен на основании острого начала, короткого продромального периода, протекавшего по гриппоподобному варианту, но с высокой лихорадкой, объективных данных – выраженная желтуха, резкое сокращение размеров печени, «печеночный» запах изо рта, тахикардия, отсутствие сознания, корнеальные рефлексы сохранены, сведений эпидемиологического анамнеза (3 месяца назад больной произведена аппендэктомия).
- 2) Маркеры на вирусный гепатит В, Д (ИФА), ПЦР диагностика – ПЦР - ДНК- HBV, ПЦР – РНК HDV.
- 3) Развитие ОПЭ, обусловленное нарушением связывания аммиака в печени (снижение синтеза мочевины), орнитин-аспартат (Гепат-Мерц) участвует в связывании аммиака в печени и в нейроглии.
- 4) Для профилактики гепатита В применяются вакцины против гепатита В.
- 5) Rp.: Нера – Merz 5,0
D.t.d .№ 30 in ampul.
S. По 3 ампулы, растворив в 400 мл воды для инъекций, внутривенно капельно 2 раза в день.

Ситуационная задача № 15:

- 1) Острый вирусный гепатит В, тяжелое течение. Острая печеночная энцефалопатия.
- 2) HBsAg, ДНК HBV, АТ к HCV, ВИЧ, УЗИ брюшной полости, ФГДС, контроль биохимии, гемостаза.
- 3) Дюфалак 90 мл в сутки, Свежезамороженная плазма 300-400 мл, Ремаксол 400-600 мл в/в, Викасол в/м, Адметионин 800 мг дважды в

сутки в вену, Орнитина аспрнат 18 г в день внутрь, витамины группы Вв мышцу, плазмаферез или гемодиализ.

- 4) Неадекватность иммунной системы приводящая к ее гиперактивности, инфицирование высоковирулентным штаммом ВГВ, мутантом.
- 5) Вакцинация против вирусного гепатита В.

Ситуационная задача № 16:

- 1) Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, средней степени тяжести. Диагноз выставлен на основании острого начала, преджелтушного период в течение 9 дней, который протекал по артралгическому варианту, объективных данных - желтуха кожи и склер, гепатоспленомегалия, синдром холестаза (кожный зуд, брадикардия), лабораторных критериев - гипербилирубинемия до 180 мкмоль/л за счет прямой фракции, повышение АлАТ, холестерина.
- 2) ИФА (IgM к HBsAg, HBsAg, HBeAg), ПЦР - ДНК HBV.
- 3) Дезинтоксикационная терапия в/в солевые растворы, спазмолитики (но-шпа, сернокислая магнезия 25%), препараты урсодезоксихолевой кислоты - урсофальк.
- 4) Режим, стол 5, дезинтоксикационная терапия, адсорбенты, ферменты.
- 5) Наблюдение в КИЗе в течение 12 месяцев.

Ситуационная задача № 17:

- 1) Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, тяжелое течение. Диагноз выставлен на основании данных эпидемиологического анамнеза (за 2,5 месяца до заболевания был оперирован, переливали кровь), преджелтушного периода по смешанному варианту (артралгический, астеновегетативный, диспепсический синдромы), ухудшения самочувствия пациента с появлением желтухи (слабость, адинамия, рвота 1-2 раза), объективных данных – желтушность кожи и склер, гепатомегалия, темная моча, брадикардия, лабораторных данных - гипербилирубинемия до 300 мкмоль/л с преобладанием прямой фракции, повышенная АлАТ.
- 2) Биохимический анализ крови в динамике, белок и его фракции, ПТИ, маркеры ВГВ (ИФА) - IgM к HBsAg, 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 «Энжерикс», «Эувакс» и др.).

Ситуационная задача № 18:

- 1) Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, тяжелое течение, осложненный острой печеночной энцефалопатией, прекома I-II. 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 эпидемиологического анамнеза - работает медсестрой реанимации.
- 2) ОПЭ, прекома I-II.
- 3) Нарастание непрямой фракции билирубина, ПТИ -45% при норме 80-100%.
- 4) Диета с ограничением белка, очистительная клизма, лактулоза по 30 мл 2 раза в сутки, антибиотики (рифампицин, канамицин – 5 дней per os), Гепта-Мерцпо 5,0 в/в капельно 4 раза в день.
- 5) Rp.: Нера-Merz 5,0
D. t. d. №10 in amp.
S.: по 4 ампулы в сутки в/в капельно на 400 мл 5% раствора глюкозы.

Ситуационная задача № 19:

- 1) Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, тяжелое течение, осложненный острой печеночной энцефалопатией, прекома I. Диагноз выставлен на основании острого начала, короткого преджелтушного периода, который протекал по артралгическому, астеновегетативному, диспепсическому синдромам, ухудшения самочувствия пациента с появлением желтухи (повысилась температура, рвота, тахикардия, сокращение размеров печени, ее резкая болезненность, геморрагии, эйфория), данных эпидемиологического анамнеза (1,5 месяца спустя оперирован по поводу туберкулеза, там же был оперирован другой больной с желтухой).
- 2) ОАК, биохимический анализ крови (билирубин, и его фракции, АлАТ, АсАТ), ПТИ, маркеры на вирусный гепатит В (IgM к HBsAg, HBeAg), ПЦР - ДНК HBV.
- 3) ОПЭ, прекома I.
- 4) Перевод больного в реанимационное отделение. Диета с ограничением белка, очистительная клизма, лактулоза по 30 мл 2 раза в сутки, Гепта-Мерц – 1 порошок 3 раза, глюкозо-солевые растворы внутривенно капельно в объеме до 1,5 литров, ферменты, осмодиуретики (манитол).
- 5) Диспансерное наблюдение в КИЗе в течение 12 месяцев.

Ситуационная задача № 20:

- 1) ВГВ.
- 2) Биохимический анализ (билирубин, АлАТ, АсАТ тимоловая проба), ИФА на маркеры к вирусным гепатитам.

- 3) 35 дней.
- 4) Контактные лица подлежат лабораторному обследованию - биохимический анализ крови (АлАТ, АсАТ).
- 5) Заключительная очаговая дезинфекция. Химический метод. Объекты дезинфекции: сантехника, полотенца, нательное белье, посуда, игрушки. Средства дезинфекции: галлоидосодержащие дезинфектанты (3% раствор хлорамина).

Ситуационная задача №21:

- 1) Острый шигеллез, энтероколитический вариант, средней степени тяжести. Диагноз был 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 (РНГА, ИФА).
- 3) Стол №4, фторхинолоны, дезинтоксикационная терапия, ферменты, сорбенты.
- 4) Сходство: острое начало, схваткообразные боли в животе, познابلвание. Различие: увеличивающийся по кратности жидкий стул, метеоризм, слизь в кале, повышение температуры на второй день заболевания.
- 5) Выписка из стационара осуществляется при клиническом выздоровлении.

Ситуационная задача №22:

- 1) Острый шигеллез, энтероколитический вариант, средней степени тяжести. Диагноз выставлен на основании острого начала с симптомов интоксикации, энтероколитического синдрома, сведений эпидемиологического анамнеза. Госпитализация обязательная, т.к. больная относится к декретированной группе.
- 2) 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 (РНГА, ИФА) не ранее чем через 7-10 дней от начала заболевания, при необходимости – ректороманоскопия.
- 3) Антибактериальные препараты фторхинолонового ряда (ципрофлоксацин, норфлоксацин и пр.).
- 4) В левой подвздошной области, в проекции сигмовидной кишки.
- 5) работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, после выписки на работу остаются на диспансерном наблюдении в течение 3 месяцев с ежемесячным осмотром врачом, а также бактериологическим исследованием.

Ситуационная задача №23:

- 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 3 раза в сутки до 2 недель), дезинтоксикация глюкозо-солевыми растворами в соотношении 1:2 в разгаре заболевания с последующей пероральной дезинтоксикацией (цитроглюкосолан, глюкосолан).
- 4) Пищевая токсикоинфекция, сальмонеллез, холера.
- 5) Работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, после выписки на работу остаются на диспансерном наблюдении в течение 3 месяцев с ежемесячным осмотром врачом-инфекционистом, а также бактериологическим исследованием.

Ситуационная задача №24:

- 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.
- 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 мес. с ежемесячным осмотром инфекционистом поликлиники или участковым врачом и бактериологическим исследованием.
- 5) Бифиформ, бифидумбактерин, линекс в стандартной дозировке в течение 7-14 дней.

Ситуационная задача № 25:

- 1) Острый шигеллез, гастроэнтероколитический вариант, средняя степень тяжести. Диагноз выставлен на основании острого начала, субфебрильной лихорадки, интоксикации, диспепсического синдрома (тошнота, рвота, жидкий стул со слизью и кровью), схваткообразных болей в нижних отделах живота, спазмированной сигмовидной кишки, умеренного лейкоцитоза со сдвигом влево при незначительно ускоренной СОЭ в периферической крови.

- 2) Копрология, бактериологическое исследование кала на дизентерийную группу, биохимическое исследование крови (мочевина, креатинин, Na, K, Ca, Mg).
- 3) Инфузионная дезинтоксикационная терапия (внутривенно капельно лактасоль, ацесоль до 1,5-2 л); энтеросорбенты (филтрум, энтеродез, смекта); ферментные препараты (панкреатин, микразим, креон), спазмолитики.
- 4) Shigelladysenteriae, Shigella flexneri, Shigella boydii и Shigella sonnei.
- 5) Выписка производится после трехкратного отрицательного результата бакпосева кала и в состоянии клинического выздоровления.

Ситуационная задача № 26:

- 1) Сальмонеллез, генерализованная форма, септико-пиемический вариант, тяжелое течение. Осложнение: Бактериальный менингит.
- 2) РАК, ОАМ, Бак. посев кала на диз. группу, сальмонеллез. Посев крови на гемокультуру, стерильность. Люмбальная пункция с последующим посевом ликвора на флору и б/х исследованием. Б/Х анализ крови (мочевина, амилаза, K⁺, Na⁺, АЛТ, АСТ, ГГТ, ЩФ), ЭКГ, КТ головного мозга.
- 3) Снижение иммунитета в связи с приемом иммунодепрессантов.
- 4) Стол 4б, Ципрофлоксацин 0,4 в/в 2 р/д и/или Амикацин 1,0 в/м и/или Цефтриаксон 2,0 в/в; регидратационная терапия – солевые растворы (дисоль, трисоль, квартасоль) до 2-2,5 литров в сутки. НПВС (мовалис 0,015 в/м 1 р/д, диклофенак 3 мл в/м 1 р/д), десенсебилизация (Димедрол 1% - 2 мл в/м 2 р/д, Супрастин 2 мл в/м 2 р/д), дезинтоксикация, Ремаксол 800 мл сут. в/в кап.
- 5) Санитарно – просветительская работа среди населения, соблюдение правил личной гигиены, гигиены питания (термическая обработка продуктов, покупка продуктов только в специально оборудованных магазинах, а не на стихийных рынках, особенно скоропортящиеся, проверка срока годности продуктов).

Ситуационная задача № 27:

- 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, мочевины, креатинин, Na, K, Ca, Mg), рентгенография грудной клетки;

- 3) Фторхинолоны внутривенно (ципрофлоксацин по 0,2 г 2 раза в сутки) в сочетании с аминогликозидами (гентамицин 0,24 г/сут., или амикацин по 1,5 г/сут.) или цефалоспорины 3 поколения (цефтриаксон 2 г/сут.) – в течение 7 дней;
- 4) Гиповолемический шок следует различать по степени обезвоживания. Первая степень обезвоживания характеризуется потерей жидкости в количестве 1-3% от массы тела за одни сутки. При второй степени обезвоживания потеря жидкости за одни сутки составляет 4-6% от массы тела. При третьей степени обезвоживания потеря жидкости составляет 7-10% от массы тела. Четвертая степень обезвоживания характеризуется усугублением общего состояния организма: отмечаются гипотермия, анурия, тотальный цианоз, тонические судороги, прекращение рвоты и отсутствие стула;
- 5) Регидратационная терапия проводится в два этапа: 1ый этап – восполнение имеющихся потерь жидкости 2ой этап – восполнение продолжающихся потерь жидкости;

Ситуационная задача № 28:

- 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 (РНГА) с сальмонеллезным диагностикумом, биохимическое исследование сыворотки крови (амилаза, мочевины, креатинин, Na, K, Ca, Mg).
- 3) Антибактериальная терапия препаратами фторхинолонового ряда, дезинтоксикационная терапия солевыми растворами, адсорбенты, ферменты.
- 4) Брюшной тиф, паратифы А и Б.
- 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 месяцев 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.

Ситуационная задача № 29:

- 1) Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, гастроэнтероколитический вариант, средне-тяжелое течение. Диагноз выставлен на основании короткого инкубационного периода, острого начала заболевания,

интоксикации (лихорадка с ознобом, слабость), диспепсических явлений (рвота, жидкий стул цвета «болотной тины»), болей в животе, метеоризма, сведений эпидемиологического анамнеза.

- 2) Бактериологическое исследование кала на сальмонеллез, серологическое исследование (РНГА, ИФА).
- 3) Режим палатный, диета 4, промывание желудка, внутривенная инфузияполионных растворов, далее оральная регидратация, энтеросорбенты, ферментные средства, пробиотики.
- 4) Пищевая токсикоинфекция, дизентерия, холера.
- 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.

Ситуационная задача №30:

- 1) Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, гастроэнтеритический вариант, тяжелое течение, осложненное гиповолемическим шоком II степени. Диагноз выставлен на основании острого начала, интоксикации, гепатомегалии, диспепсического синдрома (повторная рвота, многократный жидкий стул с зеленоватым оттенком), болевого синдрома, симптомов обезвоживанием (бледность кожных покровов, судороги икроножных мышц вследствие гипокалиемии), нестабильной гемодинамики (тахикардия, гипотония), сведений эпидемиологического анамнеза.
- 2) Бактериологическое исследование кала на сальмонеллез, серологическое исследование сыворотки крови (РНГА) 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 левой подвздошной области, в проекции купола слепой кишки.
- 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 месяцев 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.

Ситуационная задача №31:

- 1) Брюшной тиф, тяжелое течение. Диагноз выставлен на основании длительности течения, лихорадки, интоксикации, характерной картины языка, подвздутого живота, чувствительного в илеоцекальном углу, умеренных диспепсических явлений, относительной брадикардии, гепатоспленомегалии, характерной картины периферической крови (лейкопения с палочкоядерным сдвигом).
- 2) Серологическое исследование крови (реакция Видаля, РНГА с брюшнотифозным, паратифозными антигенами), бактериологическое исследование кала, крови, мочи с целью выявления *Salmonellatyphi*.
- 3) Внутривенный прием фторхинолонов, или левомицетина по схеме: Сурфлораксин 0,5 в/в кап. 2 раза в день Tab.Laevomycetini 0,5 6 раз в день с последующим снижением дозы.
- 4) *Salmonellatyphi*.
- 5) После перенесенной инфекции 3 месяца в КИЗе.

Ситуационная задача №32:

- 1) Брюшной тиф, рецидив, средне-тяжелое течение. Диагноз выставлен 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) Причинами рецидива могут быть 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) Внутривенный прием фторхинолонов, или левомицетина по схеме: Сурфлораксин 0,5 в/в кап. 2 раза в день Tab.Laevomycetini 0,5 6 раз в день с последующим снижением дозы.
- 5) При проведении антибиотикотерапии адекватной длительности и дозировки прогноз благоприятный.

Ситуационная задача №33:

- 1) Брюшной тиф, тяжелое течение, осложненное перфорацией брюшнотифозной язвы. Диагноз выставлен 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, так как 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) 6 месяцев в кабинете инфекционных заболеваний.
- 5) Строгий постельный.

Ситуационная задача №34:

- 1) Паратиф А, катаральная форма. Диагноз выставлен на основании острого начала, катарального синдрома, ремиттирующей лихорадки, употребления воды из колонки.
- 2) Salmonellapara thyphy А.
- 3) Режим постельный, стол 4, этиотропная терапия (фторхинолоны), дезинтоксикационная, антиоксидантная терапия. Витамины, ферменты, сорбенты.
- 4) Этиотропную терапию проводят до 10-го дня после нормализации температуры тела.
- 5) По сравнению с брюшным тифом и паратифом А – более короткий инкубационный период, более острое начало, катаральный синдром, раннее появление сыпи, отсутствие рецидивов заболевания.

Ситуационная задача № 35:

- 1) Паратиф В, гастроинтестинальная форма. Диагноз выставлен на основании острого начала, явлений гастроэнтерита, интоксикации, волнообразной лихорадки обильной экзантемы в виде розеол, сведений эпидемиологического анамнеза об употреблении воды из открытого водоемного источника.
- 2) Госпитализация обязательна по клиническим показаниям.
- 3) Осложнения возникают крайне редко: кишечное кровотечение (до 2 %), прободение кишки (0,2 %).
- 4) Бактериологическое исследование испражнений, крови, мочи, рвотных масс, промывных вод желудка; серологическое исследование сыворотки крови с целью выявления специфических антител (РНГА, реакция Видаля).
- 5) Препараты выбора – фторхинолоны: ципрофлоксацин по 0,5 г 2 раза в день внутрь, офлоксацин по 0,4 г 2 раза в день внутрь или в/в, пефлоксацин по 0,4 г 2 раза в день внутрь или в/в. Альтернативный препарат – цефтриаксон по 2,0 г 1 раз в день в/в.

Ситуационная задача № 36

- 1) Паратиф В, гастроинтенсиальная форма. Диагноз выставлен на основании острого начала, явлений гастроэнтерита, интоксикации, волнообразной лихорадки обильной экзантемы в виде розеол, сведений эпидемиологического анамнеза об употреблении воды из открытого водоемного источника.
- 2) Госпитализация обязательна по клиническим показаниям.
- 3) Осложнения возникают крайне редко: кишечное кровотечение (до 2 %), прободение кишки (0,2 %).
- 4) Бактериологическое исследование испражнений, крови, мочи, рвотных масс, промывных вод желудка; серологическое исследование сыворотки крови с целью выявления специфических антител (РНГА, реакция Видаля).
- 5) Препараты выбора – фторхинолоны: цiproфлоксацин по 0,5 г 2 раза в день внутрь, офлоксацин по 0,4 г 2 раза в день внутрь или в/в, пефлоксацин по 0,4 г 2 раза в день внутрь или в/в. Альтернативный препарат – цефтриаксон по 2,0 г 1 раз в день в/в.

Ситуационная задача № 37

- 1) Паратиф А, катаральная форма. Диагноз выставлен на основании острого начала, катарального синдрома, ремиттирующей лихорадки, употребления воды из колонки.
- 2) *Salmonellaparathyphy* А.
- 3) Режим постельный, стол 4, этиотропная терапия (фторхинолоны), дезинтоксикационная, антиоксидантная терапия. Витамины, ферменты, сорбенты.
- 4) Этиотропную терапию проводят до 10-го дня после нормализации температуры тела.
- 5) По сравнению с брюшным тифом и паратифом А – более короткий инкубационный период, более острое начало, катаральный синдром, раннее появление сыпи, отсутствие рецидивов заболевания.

Ситуационная задача № 38

- 1) Паратиф А, тифоидная форма. Диагноз выставлен на основании ремиттирующей лихорадки, диспепсии, незначительных катаральных явлений, экзантемы, появившейся на 7-ой день болезни, данных эпидемиологического анамнеза об использовании воды из родника, двух заболевших.
- 2) Бактериологическое исследование испражнений, крови. Серологическое исследование сыворотки крови (РНГА, реакция Видаля).
- 3) С паратифами В, С, брюшным тифом.
- 4) Тифоидная, катаральная формы.

- 5) Фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин, пефлоксацин, норфлоксацин) в среднетерапевтических дозах на весь лихорадочный период и в течение 10 дней нормальной температуры тела.

Ситуационная задача № 39

- 1) Паратиф В, гастроинтестинальная форма. Диагноз выставлен на основании диспепсического синдрома, лихорадки, экзантемы, сведений эпидемиологического анамнеза об употреблении воды из колонки.
- 2) Да, по клиническим показаниям.
- 3) Бактериологические, серологические методы диагностики.
- 4) *Salmonellaparathyphy* В.
- 5) Этиотропную терапию проводят до 10-го дня после нормализации температуры тела.

Ситуационная задача № 40

- 1) Паратиф А, смешанная (тифоидно-катаральная) форма. Диагноз выставлен на основании острого начала заболевания, катаральных явлений без объективных клинических признаков, высокой лихорадки, интоксикации, экзантемы, сведений эпидемиологического анамнеза – употребление воды из родника.
- 2) Ремиттирующая.
- 3) Фекально-оральный механизм передачи инфекции, реализуемый водным путем.
- 4) С паратифом В, т.к. имеет место гастроинтестинальный синдром, наиболее характерный для этого заболевания.
- 5) Да. Препаратами выбора являются фторхинолоны.

Ситуационная задача № 41

- 1) Псевдотуберкулез
- 2) ОАК, ОАМ, биохимические исследования: билирубин, АЛТ, АСТ, К, Na, амилаза, мочевины, РНГА с иерсиниозным, псевдотуберкулезным диагностикумами
- 3) Необходимо дифференцировать с иерсиниозом, ОКИ, острым аппендицитом, ревматизмом, полиартритом, вирусным гепатитом
- 4) Этиотропное (тетрациклин, канамицин), дезинтоксикационная, десенсибилизирующая, симптоматическая терапия.
- 5) Заражение могло произойти алиментарным путем при употреблении в пищу сырых овощей (чаще капусты).

Ситуационная задача № 42

- 1) Иерсиниоз (имеется полиорганный симптомокомплекс, интоксикационный синдром, желтуха, характерная сыпь)
- 2) Ошибочная диагностика гриппа, лекарственной реакции
- 3) Сочетание лихорадки и интоксикации, гепатомегалия, гиперемия

слизистой ротоглотки, обильная сыпь с характерной локализацией отличает иерсиниоз от исходных болезней

- 4) *Yersinia enterocolitica*, относится к роду *Yersinia*, - грамотрицательная подвижная палочка. Является психрофиллом: могут размножаться при низкой температуре (например, в условиях бытового холодильника).
- 5) РНГА с иерсиниозным, псевдотуберкулезным диагностикумами.

Ситуационная задача № 43

- 1) 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).
- 2) Абдоминальная форма.
- 3) Печеночные пробы, бактериологическое, серологическое исследование крови (РКА, ИФА, РА, РНГА, РСК) с иерсиниозным и псевдотуберкулезным диагностикумами.
- 4) В конце 1-й или начале 2-й недели болезни.
- 5) Антибактериальная терапия парентерально (препараты тетрациклинового ряда, левомицетин сукцинат натрия, фторхинолоны); патогенетическая, симптоматическая терапия.

Ситуационная задача № 44

- 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) Вирусный гепатит А.
- 3) Серологическое исследование (РКА, ИФА, РА, РНГА, РСК) с иерсиниозным и псевдотуберкулезным диагностикумами.
- 4) Фекально-оральный механизм передачи инфекции.
- 5) Антибактериальная терапия парентерально (препараты тетрациклинового ряда, левомицетин, фторхинолоны).

Ситуационная задача № 45

- 1) Кишечный иерсиниоз, средне-тяжелое течение. Обоснование – сведения эпидемиологического анамнеза, 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 (РНГА, РА).
- 4) Гентамицин по 80 мг 2 раза – парентерально.
- 5) Меры профилактики направлены на уничтожение грызунов, предупреждение проникновения их овощехранилище; термическая обработка овощей.

Ситуационная задача № 46

- 1) Пищевая токсикоинфекция, гастроэнтеритический вариант, тяжелое течение, осложненное гиповолемическим шоком II степени. Диагноз выставлен 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) Бактериологическое исследование 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 ml+Disoli 400 ml+(Sol. Natriichloridi 0,9%-400 ml + Sol. Kaliichloridi 3%-30 ml) внутривеннокапельнобыстро.
- 4) Промывание желудка до чистых промывных вод «ресторанным способом», при тяжелом состоянии больного – через зонд. Прием сорбентов (эннеросгель, 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, K⁺, Na⁺, амилаза.

Ситуационная задача № 47

- 1) Пищевая токсикоинфекция, 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., Enterobacteriaceae, Klebsiella spp.)
- 5) Антибактериальная терапия при пищевых токсико-инфекциях не проводится.

Ситуационная задача № 48

- 1) Пищевая токсикоинфекция, гастроэнтеритический вариант, тяжелое течение. Гиповолемический шок I степени. 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, K^+ , Na^+ , Mg^{2+} .
- 3) Госпитализация обязательна в виду тяжелого состояния больной, обусловленного гиповолемическим шоком, а также по эпидемиологическим показаниям, т.к. больная относится к контингенту декретированной группы (Приказ МЗ РФ № 475).
- 4) Внутривенное введение кристаллоидных растворов (ацесоль, дисоль, трисоль, квартасоль и др.) в объеме не менее 3 % от массы тела.
- 5) Гиповолемический шок I-II ст.

Ситуационная задача № 49

- 1) Пищевая токсикоинфекция, гастритический вариант, средней тяжести.
- 2) РАК, ОАМ, бак. посев кала на диз. группу, сальмонеллез, УПФ. Бак. посев промывных вод желудка на диз.группу, сальмонеллез, УПФ. Б/Х анализ крови (мочевина, амилаза, K^+ , Na^+).
- 3) Промывание желудка (при бессознательном состоянии - зондовое), сорбенты (полисорб, полифепан, энтеросгель), при неукротимой рвоте Sol. Metoclopramidi 4 ml в/м или в/в. Оральная регидратация глюкозо – солевыми растворами или готовым раствором РЕГИДРОН.
- 4) Промывание желудка, стол 4Б, Полисорб 3,0 3 раза в день за 1 час до еды 3-4 дня, глюкозо-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,
- 5) Заболевание вызывается энтеротоксинами бактерий группы условно-патогенных микроорганизмов (*Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp., *Proteus* spp., *Klebsiella* spp., *Acinetobacter* spp., и др.)

Ситуационная задача № 50

- 1) Пищевой токсикоинфекции
- 2) Острое начало заболевания после употребления пищи с ограниченными сроками реализации, короткий инкубационный период, явления гастрита, обезвоживания
- 3) Бактериологически (бактериологический посев испражнений, промывных вод желудка, остатков пищи)
- 4) Срочное промывание желудка, диета № 4в, регидратация солевыми растворами в/вено, ферменты ЖКТ
- 5) Мочевина, K^+ , Na^+ , амилаза.

Ситуационная задача № 51

- 1) Ботулизм, тяжелое течение, период разгара. Обоснование: эпиданамнез, клинические данные (в первую очередь нарушение зрения и др.).
- 2) Провести забор крови, рвотных масс, испражнений, (промывных вод желудка и кишечника) для исследования на ботулотоксин.
- 3) Начать введение противоботулинической сыворотки (три типа) по Безредко. Назначить дезинтоксикационные средства внутривенно капельно, антибиотики широкого спектра действия (тетрациклин в средних терапевтических дозах), поливитамины, десенсибилизирующие средства;
- 4) Ввести профилактически одну терапевтическую дозу ПБС по Безредко (по 10 тысяч МЕ типа А и Е и 5 тысяч МЕ типа В).
- 5) 4 формы ботулизма:
 - Пищевой ботулизм
 - Раневой ботулизм
 - Ботулизм раннего детского возраста
 - Ботулизм неутонченной природы.

Ситуационная задача № 52

- 1) Ботулизм, тяжелое течение, период разгара. Обоснование: употребление консервированных грибов, клинические проявления (в первую очередь нарушение зрения и т.д.).
- 2) Госпитализировать больного и начать введение противоботулинической сыворотки, не дожидаясь лабораторных исследований.
- 3) Провести забор крови, рвотных масс, испражнений, (промывных вод желудка и кишечника) для исследования на ботулотоксин.
- 4) Продолжить введение противоботулинической сыворотки (три типа). Назначить дезинтоксикационные средства внутривенно капельно, антибиотики широкого спектра действия (тетрациклин в средних терапевтических дозах), поливитамины, десенсибилизирующие средства.
- 5) К сапронозам.

Ситуационная задача № 53

- 1) Ботулизм, среднетяжелое 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 0,5х4 раза – препарат выбора, или ампициллин по 0,5-1,0х4 раза в день перорально.

- 4) Диспансеризация не регламентирована. Целесообразно наблюдение не менее 6 месяцев с участием невролога и кардиолога
- 5) *Clostridium botulinum*.

Ситуационная задача № 54

- 1) Ботулизм, среднетяжелое течение. Обоснование: сведения эпиданамнеза об употреблении грибов, глазная симптоматика, задержка стула.
- 2) 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.
- 3) Введение лечебной дозы противоботулинической сыворотки внутривенно (первая доза) по 10000 ЕД типов А и Е и 5000 ЕД типа В вводится после пробы по Безредко, которая проводится следующим образом: 0,1 мл сыворотки в разведении 1:100 внутрикожно, через 15 минут после отсутствия аллергической реакции вводится 0,1 мл лечебной сыворотки подкожно, через 15 минут после отсутствия аллергической реакции вводится первая лечебная доза. 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.
- 4) Специфическую профилактику полианатоксином проводят лишь лицам, работающим с ботулотоксином (тремякратно с интервалом в 1,5 месяца)
- 5) 4 формы ботулизма:
 - Пищевой ботулизм
 - Раневой ботулизм
 - Ботулизм раннего детского возраста
 - Ботулизм неутонченной природы.

Ситуационная задача № 55

- 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. Впоследствии возможно 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.

Ситуационная задача № 56

- 1) Чума, первично легочная форма, 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.
- 4) Комплекс антибиотиков (не менее 7-10 суток) – стрептомицин, тетрациклин, доксициклин, рифампицин. Дезинтоксикационная терапия с форсированным диурезом, десенсибилизирующая, в том числе глюкокортикоиды, сосудистые и дыхательные analeптики, сердечные гликозиды.
- 5) Организация карантина на 10 дней. Выявление контактных лиц и проведение им экстренной химиопрофилактики антибиотиками широкого спектра действия (офлоксацин 0,2 2 раза в день или доксициклин 0,2 1 раз в день перорально; амикацин 0,5 2 раза в день или стрептомицин по 0,5 г 2 раза в день в/м. Курс 5 дней). Дезинфекция, дезинсекция, дератизация в очаге.

Ситуационная задача № 57

- 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 0,5 2 раза в день 5 дней перорально, или стрептомицин по 0,5 2 раза в день 5 дней внутримышечно, или комплексный прием рифампицина (по 0,3 1 раз в день) и ампициллина (по 1,0 2 раза в день) 7 дней перорально.
- 3) Лицам, проживающим в эпизоотологических очагах или выезжающих туда, целесообразно проведение специфической ежегодной иммунизации живой противочумной вакциной.
- 4) Летальность достигает 100% чаще к 5 дню заболевания при отсутствии лечения.

- 5) Контакт с геологом, умершим впоследствии.

Ситуационная задача № 58

- 1) Чума, бубонная форма, среднетяжелое течение. Обоснование: острое начало, интоксикация, патогномичные локальные изменения (в подмышечной области - резко болезненный, плотный, без четких контуров бубон с размягчением в центре), эпиданамнез (работа в эндемическом очаге чумы).
- 2) В первую очередь необходимо дифференцировать с сибирской язвой.
- 3) Микроскопия мазков пунктата бубона, окрашенных по Грамму 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 0,2x2 раза в день 10 дней перорально, или ципрофлоксацин по 0,5x2 раза в день 7-10 дней перорально, или стрептомицин по 0,5x2 раза в день 7 дней внутримышечно, или цефтриаксон по 2,0x1 раз в день 7 дней внутривенно; возможна «двойная» терапия.
- 5) При адекватной терапии прогноз благоприятный.

Ситуационная задача № 59:

- 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 + стрептомицин 0,5x2 раза в день внутривенно 10 дней, или ципрофлоксацин 0,5 внутривенно + рифампицин 0,3 перорально 2 раза в день 10 дней, или ципрофлоксацин 0,2 + цефтриаксон 1,0x2 раза в день внутривенно.
- 4) Немедленно по телефону поставить в известность главного врача о выявлении особо опасной инфекции. Ожидать бригаду эвакуации больного. Обеспечить изоляцию больного и членов семьи от контактов между собой и соседями. После эвакуации больного: провести дезобработку очага силами дезотдела и специфическую профилактику врачу и членам семьи.
- 5) Процент летальных исходов при этой форме заболевания чрезвычайно высок.

Ситуационная задача № 60

- 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 0,2x2 раза в день 5 дней перорально, или стрептомицин 0,5x2 раза в день внутримышечно 5 дней, или амикацин 0,5x2 раза в день внутримышечно 5 дней, или доксицилин 0,2x1 раз в день 7 дней перорально.
- 3) Постельный режим. Диета. Этиотропная терапия антибиотиками широкого спектра действия (возможно сочетание 2-х антибиотиков). Дезинтоксикационная и десенсибилизирующая терапия. Витаминотерапия.
- 4) Необходимо дифференцировать данный процесс с туляремией, лимфогранулематозом, гнойным лимфаденитом.
- 5) *Yersinea pestis*.

Ситуационная задача № 61

- 1) Холера, дегидратация III степени, 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 экспрессным, ускоренным и полным микробиологическим анализом.
- 3) Антибиотики тетрациклинового ряда, фторхинолоны (Doxicyclini 0,2 на физ. растворе внутривенно капельно 1 раз в день 5 дней, или Ofloxacini 0,4 на физ. растворе внутривенно капельно 1 раз в день 5 дней).
- 4) 3 месяца.
- 5) Холерный вибрион (*vibrio cholerae*).

Ситуационная задача № 62

- 1) Холера, дегидратация III степени, тяжелое течение. Гиповолемический шок III 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, K^+ , Na^+ , Mg^{2+}), бактериологическое исследование испражнений и рвотных масс на холерный вибрион экспрессным, 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) Холерный вибрион (*vibrio cholerae*).

Ситуационная задача № 63

- 1) Холера, алгид, тяжелое течение. Гиповолемический шок III степени. Диагноз выставлен на основании эпиданамнеза, острого начала, неукротимой рвоты, диспепсических явлений (бесчисленного 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
- 3) Интенсивная терапия назначается следующим образом
 - a) объем регидратации рассчитывается по формуле $V=(P*\Pi)/100\%$, где P – масса тела больного (кг), Π - % дефицита массы тела больного: $V=(70*10)/100\%=7$ л. Acesoli 1200,0 внутривенно капельно быстро
 - b) Disoli 1200,0 внутривенно капельно быстро
 - c) Sol. Natrii chloridi 0,9%-1200,0+Sol. Kalii chloridi 4%-60,0 внутривенно капельно
 - d) Trisoli 1200,0 внутривенно капельно
 - e) Kvartasoli 1200,0
 - f) Kvintasoli 1200,0
- 4) Холероген – анатоксин и энтеральная химическая вакцина.
- 5) Холерный вибрион (*vibrio cholerae*).

Ситуационная задача № 64

- 1) Холера, дегидратация III степени, тяжелое течение. Гиповолемический шок III степени. Диагноз выставлен на основании эпиданамнеза, острого начала, диспепсических явлений (рвота, понос), внешнего вида больного, показателей гемодинамики, гипотермии, судорожного синдрома. В крови – метаболический алкалоз.
- 2) Общеклиническое, водно-электролитный состав крови, бактериологическое исследование испражнений, рвотных масс.
- 3) Регидратационная терапия для восполнения ОЦК и коррекции КОС, антибактериальная терапия тетрациклином, симптоматическое лечение.
 - a) Acesoli 800,0 внутривенно капельно быстро.

- b) Sol. Glucosae 5%-100,0 ml+Panangini 20,0 ml внутривенно капельно.
- c) Tab. Asparami по 2 табл. 3 раза в день перорально.
- 4) Вакцина 1 мл п\к, через 7-10 дней – 1,5 мл; холероген-анатоксин 0,5 мл п\к под лопатку.
- 5) Холерный вибрион (*vibrio cholerae*).

Ситуационная задача № 65

- 1) Холера, дегидратация III степени, тяжелое течение. Гиповолемический шок III ст. Диагноз выставлен на основании эпиданамнеза, острого начала, внешнего вида больного, акроцианоза, диспепсии, гипотермии, тахипноэ, 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 0,5x2 раза в день 3-4 дня, или тетрациклин по 0,3x4 раза в день 4 дня, или норфлоксацин по 0,4x2 раза в день 4 дня.
- 4) Интенсивная регидратационная терапия рассчитывается по формуле:

$$V=(P \times \Pi) / 100\%$$
 где P – масса тела больного, а Π - % дефицита массы тела больного

$$V=(70 \times 10) / 100\% = 7 \text{ литров}$$
 Acesoli 1200,0 в\в кап. быстро
 Disoli 1200,0 в\в кап. быстро
 Sol.Natrii chlorati 0,9% - 1200,0 + Kalii chlorati 4% - 60,0 в\в кап.
 Trisoli 1200,0 в\в кап.
 Kvartasoli 1200,0 в\в кап.
 Kvintasoli 1200,0 в\в кап.
- 5) Холерный вибрион (*vibrio cholerae*).

Ситуационная задача № 66

- 1) Первично-хронический бруцеллез. 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.
- 3) Дифференцировать необходимо в первую очередь с ревматизмом и реуматоидным полиартритом.
- 4) Реакция Райта, Хеддельсона, РСК, РНГА, реакция Кумбса, кожно-аллергическая проба Бюрне.

- 5) Проба Бюрне считается положительной при размере участка отека 3x3 см и более. С наличием общей (повышение температуры, вегетативные реакции) и очаговой реакции (усиление болей в суставах).

Ситуационная задача № 67

- 1) Острый бруцеллез, среднетяжелое течение. Диагноз выставлен на основании наличия высокой лихорадки при сравнительно удовлетворительном состоянии пациента, лимфаденопатии, гепатоспленомегалии, а также сведений эпидемиологического характера – работает зоотехником, контактирует с крупным и мелким рогатым скотом.
- 2) Реакция Райта, реакция Хеддельсона, бактериологическое исследование крови 3-5-тикратно с целью выявления бруцелл и кожно-аллергическая проба Бюрне не ранее 25-го дня от момента заболевания.
- 3) Патогенетическая дезинтоксикационная и десенсибилизация терапия, этиотропная терапия препаратами тетрациклинового ряда по 2-3 курса длительностью не менее 10 дней каждый. Доксициклин 0,1 2 раза в день перорально; или доксициклин 0,1 внутривенно капельно на физиологическом растворе 2 раза в день; или тетрациклин 0,1 по 5 таблеток 4 раза в день перорально.
- 4) В собственном хозяйстве имеется корова, у которой 1 месяц назад зарегистрирован аборт плода (наиболее характерный признак бруцеллезного поражения животных).
- 5) Выявление больных животных, вакцинопрофилактика работающего контингента санитарно-гигиенические и ветеринарные мероприятия.

Ситуационная задача № 68

- 1) Первично-хронический бруцеллез, локомоторная форма. 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 0,0075x2-3 раза в день; или найз 0,1x2 раза в день. Десенсибилизирующая терапия антигистаминными препаратами: кларотадин 0,1x1 раз в день; или цитеризин 0,1x1 раз в день.
- 4) Заражение произошло, возможно, из-за несоблюдения правил работы при вакцинировании скота (резиновые перчатки).
- 5) Исход для жизни благоприятный, но поскольку это хронический процесс, необходимо ставить вопрос о профессиональном заболевании для определения соответствующей оплаты больничного листа и возможной группы инвалидности.

Ситуационная задача № 69

- 1) Острый бруцеллез, среднетяжелое течение. На основании острого начала, повышения температуры до высоких цифр, при этом самочувствие страдало мало, интоксикационный синдром, потливость, артрит голеностопного сустава.
- 2) Общеклиническое, бактериологическое, серологическое, кожно-аллергическая проба Бюрне, рентгенография голеностопного сустава.
- 3) Данное заболевание связано с профессией, где вероятен контакт с больными бруцеллезом животными.
- 4) Необходимо этиотропное лечение препаратами тетрациклина продолжительностью не менее 2 недель.
- 5) Выявление больных животных, вакцинопрофилактика работающего контингента санитарно-гигиенические и ветеринарные мероприятия.

Ситуационная задача № 70

- 1) Первично-хронический бруцеллез, локомоторная форма.
- 2) Серологические реакции Райта и Хеддельсона, кожно-аллергическая проба Бюрне.
- 3) Положительную местную с папулой не менее 3 см, отеком и гиперимией, с наличием общей (повышение температуры, вегетативные реакции) и очаговой реакции (усиление болей в суставах).
- 4) Заражения можно было избежать при своевременной иммунизации специфической бруцеллезной вакциной и при соблюдении правил техники безопасности при выполнении профессиональных обязанностей.
- 5) Наиболее вероятно, что источником инфекции послужили больные бруцеллезом коровы.

Ситуационная задача № 71

- 1) Лептоспироз, ренальная форма, среднетяжелое течение. Обоснование: острое начало, интоксикация, миалгии, гепатоспленомегалия, потемнение мочи и сниженное ее количество, сведения эпиданамнеза.
- 2) Бактериоскопический (темнополюсная микроскопия крови и мочи), бактериологический (посев крови, мочи), серологический (реакция микроагглютинации, диагностический титр антител 1:100).
- 3) Антибиотики пенициллинового (препараты выбора), или тетрациклинового ряда: *Benzilpenicyllini-natrii* по 1 млн 6 раз в день внутримышечно, или *Doxicyclini* 0,1 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).

Ситуационная задача № 72

- 1) Учитывая острое начало болезни с высокой лихорадки, ее продолжительность, наличие сильных мышечных болей, менингеальные симптомы, увеличение печени, купание в озере, можно предположить лептоспироз.
- 2) Ухудшение состояния связано с развитием лептоспирозного менингита.
- 3) Клинический анализ крови, мочи, исследование спинномозговой жидкости, реакция микроагглютинации с лептоспирами.
- 4) Наиболее типично развитие серозного менингита (лимфоцитарный плеоцитоз), значительно реже развивается гнойный менингит.
- 5) Цефтриаксон в/в капельно по 2,0 г 2 р/д.

Ситуационная задача № 73

- 1) Нет, имеется ряд нехарактерных для гриппа симптомов (увеличение печени и селезенки, темная моча, олигурия, отсутствие в анамнезе контакта с больными гриппом, сохранение лихорадки более 6-ти дней).
- 2) Лептоспироз, безжелтушная форма, тяжелое течение. ОПН.
- 3) Госпитализация необходима по тяжести заболевания.
- 4) ОПН.
- 5) Лечение в стационаре. Постельный режим до разрешения ОПН и нормализации температуры тела. Диета: ограничение белка, исключение соленого, жареного, копченого. Антибиотик пенициллинового ряда (Benzilpenicyllini по 500000 ЕД в/м 6 раз в сутки внутримышечно) или тетрациклинового ряда (Doxicyclini 0,1 в/венно капельно 2 раза в сутки в течение всего лихорадочного периода + 2-3 дня нормальной температуры, специфический лептоспирозный гамма-глобулин по Безредко в/м по 5-10 мл 1 раз в сутки (курсовая доза 20-30 мл), 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.

Ситуационная задача № 74

- 1) Лептоспироз, безжелтушная форма, среднетяжелое течение. Обоснование: острое начало, интоксикация, миалгии, гепатоспленомегалия, потемнение мочи и сниженное ее количества, 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: Benzilpenicyllini-natrii по 1 млн 6 раз в день внутримышечно, или Doxicyclini 0,1 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).

Ситуационная задача № 75

- 1) Нет, имеется ряд нехарактерных для гриппа симптомов (увеличение печени и селезенки, темная моча, олигурия, отсутствие в анамнезе контакта с больными гриппом, сохранение лихорадки более 6-ти дней).
- 2) Лептоспироз, безжелтушная форма, тяжелое течение. ОПН.
- 3) Госпитализация необходима по тяжести заболевания.
- 4) ОПН.
- 5) Лечение в стационаре. Постельный режим до разрешения ОПН и нормализации температуры тела. Диета: ограничение белка, исключение соленого, жареного, копченого. Антибиотик пенициллинового ряда (Benzilpenicyllini по 1 млн ЕД в/м 6 раз в сутки внутримышечно) или тетрациклинового ряда (Doxicyclini 0,1 в/венно капельно 2 раза в сутки в течении всего лихорадочного периода + 2-3 дня нормальной температуры, специфический лептоспирозный γ -глобулин по Безредко в/м по 5-10 мл 1 раз в сутки (курсовая доза 20-30 мл), 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.

Ситуационная задача № 76

- 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, ВКП, ПЦР, в динамике ИФА, РНГА, РПГА).
- 5) Антибиотикотерапия (пенициллином в/м, тетрациклин внутрь, цефалоспорины в/м и др. антибиотики). Противосибироязвенный иммуноглобулин 40 мл в/м однократно. Дезинтоксикационная и десенсибилизирующая терапия.

- 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 *B. 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.
- 4) Заражение произошло через кожные покровы при соприкосновении с животным, погибшим от сибирской язвы.
- 5) Прогноз благоприятный, течение легкое, осложнений нет.

Ситуационная задача № 77

- 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 *B. 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.
- 4) Заражение произошло через кожные покровы при соприкосновении с животным, погибшим от сибирской язвы.
- 5) Прогноз благоприятный, течение легкое, осложнений нет.

Ситуационная задача № 78

- 1) Сибирская язва, первично-генерализованная форма, легочный вариант, тяжелое течение, осложненное ИТШ III ст. Обоснование: диагноз выставлен на основании синдрома интоксикации, физикальных явлений в легких, явлений дыхательной недостаточности, кровавой пенистой мокроты, тахикардии, тахипное, гипотонии, олигоурии, показателя Алговера > 1 .

- 2) При развитии легочного варианта сибирской язвы и осложненном инфекционно-токсическим шоком течении летальность составляет 95-100 %.
- 3) Комплексная антибактериальная терапия парентерально: ципрофлоксацин по 0,5 2 раза в день + амикацин 1,0 2 раза в день; специфический противосибирезвенный 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.

Ситуационная задача № 79

- 1) 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.
- 2) Экстренное направление на госпитализацию в инфекционный стационар; хирургическое вмешательство противопоказано в виду риска развития генерализации процесса.
- 3) Да. При наличии факта забоя больной коровы, обнаружения в ее органах возбудителя сибирской язвы необходимо было провести экстренную специфическую профилактику заболевания противосибирезвенным иммуноглобулином 20 мл внутримышечно, и антибактериальным препаратов перорально в течение 5 дней (ципрофлоксацин по 0,25 2 раза в день, или ампициллин по 1,0 3 раза в день).
- 4) Заражение произошло в результате несоблюдения правил вынужденного забоя заведомо больного животного (спецодежда, резиновые перчатки).
- 5) Прогноз благоприятный при своевременной и адекватной терапии при отсутствии сопутствующих серьезных заболеваний.

Ситуационная задача № 80

- 1) Сибирская язва, тяжелое течение, генерализованная форма.
- 2) Внедрение возбудителя произошло на лице, в области щеки, где сформировался типичный для сибирской язвы карбункул. Опасность в развитии асфиксии, связанной с отеком дыхательных путей, генерализацией инфекции, поражением мозга, что и произошло в данном случае.
- 3) Генерализация инфекции с вовлечением в патологический процесс мозга, желудочно-кишечного тракта, развитием ИТШ, тромбогеморрагического, ДВС синдрома.
- 4) Бактериологическое исследование (микроскопия мазков отделяемого язвы, выделение чистой культуры *B. anthracis*), ПЦР; кожно-

аллергическая проба с антраксином не ранее 3-го дня заболевания; серологическое исследование (ИФА, РНГА, РПГА) не ранее 10-12 дня заболевания.

- 5) Заражение произошло через кожные покровы при соприкосновении с животным, погибшим от сибирской язвы.

Ситуационная задача № 81

- 1) Грипп. Диагноз выставлен на основании острого начала, интоксикации, катаральных явлений с конъюнктивитом, ринитом, трахеитом.
- 2) Общеклиническое, вирусологическое исследование, ИФА, РСК, РТГА, МИФ, ПЦР - диагностика.
- 3) Симптоматические средства, дезинтоксикационные средства.
- 4) РНК-вирус гриппа типа А или В. 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.

Ситуационная задача № 82

- 1) ОРВИ (грипп). 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 отсутствие осложнений, диспансеризация не проводится.

Ситуационная задача № 83

- 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.

Ситуационная задача № 84

- 1) ОРВИ, не исключается респираторно-сентициальная инфекция. Диагноз выставлен на основании острого начала, слабовыраженной интоксикации, умеренных катаральных явлений с признаками бронхита.
- 2) Общеклиническое, вирусологическое исследование, ИФА, РСК, РТГА, МИФ, ПЦР - диагностика.
- 3) Симптоматические средства, дезинтоксикационные средства.
- 4) РС – вирус. Источник инфекции: больной человек
- 5) Неспецифическая профилактика – регулярное проветривание помещений, обеззараживание поверхностей ультрафиолетом и дезрастворами, ношение медицинских масок в период подъема ОРВИ.

Ситуационная задача № 85

- 1) Риновирусная инфекция.
- 2) Режим постельный. Стол 13. Обильное питье. Симптоматическая терапия
- 3) Общеклинические. Кровь на ИФА к АТ вирусам ОРВИ.
- 4) С вирусом гриппа.
- 5) Разобщение больных и контактных. Проветривание помещений. Противовирусные препараты в профилактических дозах.

Ситуационная задача № 86

- 1) Грипп. Обоснование: острое начало заболевания, выраженный интоксикационный синдром, с высокой лихорадкой, умеренный катаральный синдром.
- 2) Кровь, моча для общеклинического обследования; смывы и мазки из носоглотки и ротоглотки на вирусологическое исследование, ПЦР – диагностика; сыворотка крови на серологическое исследование.
- 3) Капс. Тамифлю по 75 мг 2 раза в день в течение 5 дней.
- 4) РНК-вирус гриппа А и В.
- 5) Пневмония, отёк легких, инфекционно-токсический шок.

Ситуационная задача № 87

- 1) Грипп, тяжелое течение, осложненное инфекционно-токсическим 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 kloкочущего 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) Срочная госпитализация в отделение интенсивной терапии.
- 5) В отсутствии осложнений диспансеризация не требуется, в противном случае – индивидуально.

Ситуационная задача № 88

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

Ситуационная задача № 89

- 1) Нет, диагноз не верен. Для гриппа характерен больший полиформизм проявлений и значительно более выраженная интоксикация. Данное состояние характерно для риновирусной инфекции.
- 2) Лечение не полное. Также необходимо назначить противовирусные средства и достаточную дезинтоксикацию.
- 3) ОАК, осмотр ЛОР-врача.
- 4) Анализ крови на АТ к вирусам ОРВИ и гриппа
- 5) Аускультативно пневмония выявляется редко, в ОАК высокий лейкоцитоз со сдвигом вправо, рентгенологически часто выявляются признаки среднедолевой вирусной пневмонии.

Ситуационная задача № 90

- 1) Аденовирусная инфекция
- 2) Не требуется, в силу отсутствия осложнений
- 3) гнойные синуситы, бактериальные пневмонии, поражение почек
- 4) общеклиническое обследование, РНИФ, ИФА с групповым антигеном
- 5) Патогенетическое лечение, при появлении осложнений – антибактериальная и симптоматическая терапия.

Ситуационная задача № 91

- 1) Менингококковая инфекция, менингококцемия. 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 гидроксипроксиэтилкрахмалов – (Волювен, Инфукол) плазма, альбумин), глюкокортикоиды (дексаметазон), ингибиторы протеаз (контрикал, трасилол), противосудорожные препараты (диазепам, теопентал натрия).
- 4) С целью этиотропного лечения стартовым является левомецетин сукцинат натрия 80-100 мг/кг в сутки внутривенно каждые 6 часов, или сумамед 500 мг/сут в/в кап.
- 5) *Nisseria meningitidis*.

Ситуационная задача № 92

- 1) Менингококковая инфекция, менингококковый менингит, менингококцемия, тяжелое течение. Диагноз выставлен на основании интоксикации, каротальных явлений, менингеальных знаков, геморрагической сыпи, сведений анамнеза о заболевании за 5 дней до развития данной клинической картины, что может интерпретироваться как менингококковый назофарингит.
- 2) Общеклиническое обследование. Люмбальная пункция с цитологическим и бактериологическим исследованием ликвора
- 3) Госпитализация в реанимационное отделение или ПРИТ инфекционного отделения. Стартовым антибиотиком является левомецетин сукцинат натрия 80-100 мг/кг в сутки внутривенно каждые 6 часов, затем цефтриаксон 2,0-4,0 г на физ.растворе внутривенно капельно.
- 4) Да, при условии своевременной диагностики и лечения менингококкового назофарингита.
- 5) Локализованные (носительство, назофарингит), генерализованные (менингит, менингококцемия, менингоэнцефалит, смешанная), редкие формы (хроническая менингококцемия, менингококковая пневмония, менингококковый артрит, менингококковый иридоциклит).

Ситуационная задача № 93

- 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 левомецетин 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) *Nisseria meningitidis*.
- 5) Воздушно-капельный.

Ситуационная задача № 94

- 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.

Ситуационная задача № 95

- 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 свертывание 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).

Ситуационная задача № 96

- 1) Менингококковая инфекция, локализованная форма, менингококконосительство.
- 2) Да, по эпидемиологическим показаниям (проживают в общежитии, разобщение невозможно).
- 3) Направление на госпитализацию в инфекционный стационар; этиотропная терапия (азитромицин 0,5 г 1 раз в день, или рифампицин 0,15 г 4 раза в день, или ампициллин 0,5 г 4 раза в день) в течение 4-х дней; через 3 дня после окончания курса санации – однократное бакисследование мазка из зева и носа на менингококк, при его отрицательном результате – допуск в коллектив.
- 4) Спорадическая.
- 5) Менингококк претерпевает назофагингеальную стадию с развитием вегетаций на слизистых оболочках верхних дыхательных путей.

Ситуационная задача № 97

- 1) Менингококковая инфекция, генерализованная форма, менингококковый менингит, крайне тяжелое течение. Осл.: Септический шок I-II ст. Диагноз выставлен на основании острейшего начала, выраженной интоксикации, нарушения сознания, менингеального синдрома, центральной рвоты, тахипное, тахикардии, гипотензии, акроцианоза, сведений эпиданамнеза о контакте с больными детьми.
- 2) Тактика врачей скорой помощи и реанимационной бригады абсолютно правильная. Септический шок является показанием для скорейшего введения ГКС и начала инфузионной терапии, тахипное является показанием для перевода больной на ИВЛ.
- 3) Госпитализация в реанимационное отделение или ПРИТ инфекционного стационара.
- 4) Бактериологическое исследование крови, мазков из зева и носа на менингококк, серологическое исследование сыворотки крови для выявления антител к менингококку через 7-10 дней от начала заболевания; после выведения из шока – люмбальная пункция с последующим цитологическим и бактериологическим исследованием ликвора.
- 5) Противошоковая терапия: инфузии солевых растворов, ГКС, препаратов гидроксипропилкрахмалов, вазопрессоров (допамин), оксигенация. Этиотропная терапия бактериостатическими антибиотиками в первые часы заболевания, цефалоспорины после выведения из септического шока.

Ситуационная задача № 98

- 1) Менингококковая инфекция, локализованная форма, менингококковый назофарингит, легкое течение. Диагноз выставлен на основании острого

начала, незначительной интоксикации, першения в горле, заложенности носа, насморка, объективных катаральных явлений в зеве, сведений эпиданамнеза о контакте с ребенком, больным менингококковой инфекцией.

- 2) Нет. Учитывая легкое течение, проживание в отдельной квартире, возможно амбулаторное лечение.
- 3) Бактериологическое исследование мазков из зева и носа на менингококк. Учитывая прием антибиотиков, возможен отрицательный результат, поэтому через 7-10 дней от начала болезни целесообразно исследование сыворотки крови методом ИФА для обнаружения антител к менингококку.
- 4) Продолжить антибактериальную терапию до 5 дней, через 3 дня после отмены антибиотика однократное бактериологическое исследование мазков из зева и носа на менингококк.
- 5) Воспаление.

Ситуационная задача № 99

- 1) Менингококковая инфекция, менингококцемия. 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) Экстренная госпитализация в реанимационное отделение или ПРИТ инфекционного отделения. Интубация трахеи с переводом на ИВЛ. Дезинтоксикационная терапия кристаллоидными растворами по принципу управляемой гемодилюции, восстановление гемодинамики, ГКС, ингибиторы протеаз.
- 4) Левомецетина сукцинат натрия 80-100 мг/кг в сутки внутривенно каждые 6 часов, или сумамед 500 мг/сут в/в кап.
- 5) *Nisseria meningitidis*.

Ситуационная задача № 100

- 1) Менингококковая инфекция, генерализованная форма, менингококковый менингит, менингококцемия, тяжелое течение. Диагноз выставлен на основании интоксикации, катаральных явлений, менингеальных знаков, геморрагической сыпи, сведений анамнеза о заболевании за 7 дней до развития данной клинической картины, что может интерпретироваться как менингококковый назофарингит.
- 2) Общеклиническое обследование. Люмбальная пункция с цитологическим и бактериологическим исследованием ликвора
- 3) Левомецетина сукцинат натрия 80-100 мг/кг в сутки внутривенно каждые 6 часов, затем цефтриаксон 2,0-4,0 г на физ.растворе внутривенно капельно.

- 4) Да, при условии своевременной диагностики и лечения менингококкового назофарингита.
- 5) Воспаление, проникновение менингококка через ГЭБ лимфогематогенным путем, сепсис, ДВС-синдром.

Ситуационная задача № 101

- 1) Инфекционный мононуклеоз. Диагноз выставлен на основании интоксикации, лимфаденопатии, характерных изменений в зеве, гепатоспленомегалии.
- 2) Общеклиническое обследование; обнаружение в периферической крови атипичных мононуклеаров, ИФА с определением титра IgM и IgG к вирусу Эпштейна-Барр. Биохимический анализ крови с определением билирубина, трансаминаз.
- 3) Дезинтоксикация, десенсибилизация, антибиотики пенициллинового, цефалоспоринового ряда, макролиды при наличии изменений в зеве.
- 4) Аутоиммунная гемолитическая анемия, тромбоцитопения и гранулоцитопения.
- 5) Вирус Эпштейна-Барр.

Ситуационная задача № 102

- 1) Инфекционный мононуклеоз
- 2) Противовирусные препараты, дезинтоксикационная и десенсибилизирующая (антигистаминные или гормональные препараты) терапия
- 3) Да, при развитии мононуклеарного гепатита.
- 4) Разрыв селезенки
- 5) 12% и более.

Ситуационная задача № 103

- 1) Инфекционный мононуклеоз. Диагноз выставлен на основании лихорадки, выраженной лимфаденопатии за счет шейных лимфатических узлов, наложений в зеве, экзантемы, гепатоспленомегалии.
- 2) Обнаружение атипичных мононуклеаров более 12 % в периферической крови на фоне лейкоцитоза, сменяющегося лейкопенией, палочкоядерного провала, лимфо- и моноцитоза, выявление антител к антигенам вируса Эпштейна-Барр методом ИФА.
- 3) Учитывая длительность заболевания, экзантему, необходима массивная дезинтоксикационная терапия коллоидными и кристаллоидными растворами в соотношении 1:2, десенсибилизирующая терапия гормонами. Дезинтоксикационная терапия:
Sol. Glucosae 5%-400,0 ml+Insulini 4 Ed внутривенно капельно
Sol. Natriichloridi 0,9%-400,0 ml+Sol. Analgini 50%-2,0 ml внутривенно капельно

Acesoli 400,0 ml внутривенно капельно. Десенсибилизирующая терапия: Sol. Natrii chloridi 0,9%-10,0 ml+Dexamethazoni 4 Ed внутривенно струйно 2-3 раза в день

- 4) Вирус Эпштейна – Барр.
- 5) 31-50 дней.

Ситуационная задача № 104

- 1) Инфекционный мононуклеоз, атипичное течение, желтушная форма, средней тяжести. Диагноз выставлен на основании постепенного начала, желтушного синдрома, скудных катаральных явлений в зеве, лимфаденопатии, гепатоспленомегалии, темной мочи, обнаружения в периферической крови атипичных мононуклеаров.
- 2) ИФА крови с целью выявления специфических антител (раннего, ядерного, капсидного).
- 3) Ацикловир 0,4 г 5 раз в день перорально в течение 7 дней.
- 4) Десенсибилизирующая терапия антигистаминными препаратами. Кларитин 0,1 г 1-2 раза в день перорально.
- 5) Доброкачественная лимфопролиферация.

Ситуационная задача № 105

- 1) Инфекционный мононуклеоз, среднетяжелое течение. Диагноз выставлен на основании постепенного начала, интоксикации, катаральных явлений, тонзиллярного синдрома, лимфаденопатии, гепатоспленомегалии, обнаружения в периферической крови атипичных мононуклеаров.
- 2) Не исследована периферическая кровь на амбулаторном этапе. При высокой температуре тела не направлена на госпитализацию.
- 3) Ацикловир 0,4 г 5 раз в день перорально в течение 7 дней с последующим снижением дозы на 0,4 г каждые 2 дня.
- 4) Десенсибилизирующая терапия при затяжном течении гормонами. Дексаметазон 8-12 ЕД в сутки внутривенно.
- 5) Вирус Эпштейна-Барр содержит ранний, капсидный, ядерный, мембранный антигены.

Ситуационная задача № 106

- 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*, *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium ovale*, *Plasmodium vivax*.
- 5) Трансмиссивный.

Ситуационная задача № 107

- 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 осложненным течение при микроскопии «толстой капли» и «тонкого мазка» возможна идентификация всех форм *Pl. 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 (0,1 в сутки 7-10 дней). При устойчивости к хинину – артемизинин 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*, *Pl. vivax*.

Ситуационная задача № 108

- 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*.

Ситуационная задача № 109

- 1) Трехдневная малярия, средне-тяжелое течение. Диагноз выставлен на основании острого начала, малярийного пароксизма, гепатоспленомегалии, сведений эпиданамнеза.
- 2) Pl.ovale, т.к. для трехдневной малярии-ovale характерны ночные малярийные пароксизмы.
- 3) Таб. Делагил 1 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.

Ситуационная задача № 110

- 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 7-10 дней.

Ситуационная задача № 111

- 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, трихинеллоскопию остатков мяса медведя
- 4) Лейкоцитоз, высокую эозинофилию, ускорение СОЭ
- 5) Вермокс по 300-400 мг в сутки на протяжении 7-14 дней.

Ситуационная задача № 112

- 1) Токсокароз. Диагноз поставлен на основании эпидемического анамнеза (контакт с собаками), длительный субфебрилитет, на сухой кашель, приступы удушья при отсутствии физикальных изменений в легких, характерная сыпь. Изменения в гемограмме: эозинофилия.
- 2) Глазной токсокароз (наличие возбудителя в стекловидном теле левого глаза).
- 3) Tocsocara canis
- 4) Мебендазол внутрь из расчета взрослым по 100 мг два раза в день, в два приема 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.

Ситуационная задача № 113

1) Аскаридоз, ранняя (личиночная) фаза. Данные эпиданамнеза: употребление немывтых ягод и овощей: симптомы поражения печени и легких в процессе миграции личинок аскарид (болезненная при пальпации печень, гепатомегалия, приступообразный кашель со скудной мокротой и прожилками крови, жесткое дыхание, отсутствие эффекта на антибактериальную терапию и симптоматическую), симптомы интоксикации и аллергии (слабость, повышение температуры, потливость, кожный зуд); данные лабораторных (лейкоцитоз, эозинофилия, ускорение СОЭ); рентгенологически - мелкоочаговая пневмония.

2) На рентгенологической картине выявлены “летучие инфильтраты” Леффлера, отражающие миграцию личинок аскариды в легких.

3) Вермокс 200 мг×2 раза в день, в течение 3-4 дней или немозол по 400 мг×2 раза в день, в течение 5 дней.

4) *Ascaris lumbricoides*.

5) Соблюдение санитарно-гигиенических норм приема пищи: ягоды, овощи, фрукты, зелень необходимо тщательно мыть перед употреблением в пищу; исключить применение фекальных масс в качестве удобрения.

Ситуационная задача № 114

1) Энтеробиоз. Диагноз поставлен на основании характерных клинических проявлений – зуд в перианальной области, изменение в поведении: дети стали раздражительные, капризные, плохо спят, 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, так как выявлено более 15% инвазированных; заключительную дезинфекцию с обработкой инвентаря, предметов гигиены, игрушек.

5) Немозол: 10 мг/кг детям, 400 мг взрослым × 1кратно с последующим соблюдением санитарно-гигиенических норм.

Ситуационная задача № 115

1) Следует думать о дифиллоботриозе.

- 2) Эпидемиологический анамнез: употребление в пищу малосоленой и свежесвыловленной речной рыбы и икры, преимущественно карповых пород. Отхождение члеников гельминта со стулом.
- 3) В12 – дефицитная анемия, связана с адсорбцией витамина В12 паразитом. Эозинофилия, связана с присутствием паразита и его аллергизирующим действием на макроорганизм.
- 4) Можно ли было избежать заражения, в случае, если бы больной не употреблял в пищу термически не обработанную и малосоленую рыбу карповых пород.
- 5) Биогельминтоз.

Ситуационная задача № 116

- 1) ВИЧ-инфекция, стадия первичных проявлений, фаза генерализованной персистирующей лимфаденопатии (ПВ). Основанием для такого диагноза является увеличение более 2-х лимфатических узлов, более чем в 3 группах, размерами более 1 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 иммунологические исследования для исключения хламидиоза, токсоплазмоза, сифилиса, ЦМВИ, а также вирусных гепатитов В и С.
- 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) Rp.: Caps. Timazidi 0,1
D.S.: по 2 капсулы 3 раза в день.

Ситуационная задача № 117

- 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.
- 2) 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 IV B). 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).
- 3) 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.
- 4) Вирус иммунодефицита человека относится к подсемейству лентевирусов семейства ретровирусов.
- 5) Rp.: Tab. Lamivudini 0,15
D.S.: по 2 таблетке 2 раза в день в комбинации с тимазидом.

Ситуационная задача № 118

- 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 к 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) RP.: Tab. Didanosini 0,1
D. S.: по 2 таблетке 2 раза в день.

Ситуационная задача № 119:

- 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 методом иммунного блота. Бактериологические, вирусологические и др. исследования для выявления оппортунистических инфекций.
- 4) Прогноз неблагоприятный.
- 5) Патогенетическая терапия, лечение оппортунистических инфекций. При наличии показаний комбинированная ретровирусная терапия.

Ситуационная задача № 120:

- 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 лимфоузлов, 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) Rp.: Caps. Timazidi 0,1
D. S.: по 2 капсулы 3 раза в день.

Ситуационная задача № 121:

- 1) ВИЧ-инфекция, стадия 4В.
- 2) Необходим подробный эпидемиологический анамнез: сексуальная ориентация, контакты, переливание крови, наркомания, пребывание в эпидемических очагах ВИЧ-инфекции.
- 3) Кровь на ВИЧ (ИФА, иммунный блоттинг), бактериологическое, серологическое, рентгенологическое 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.

Ситуационная задача № 122:

- 1) ВИЧ-инфекция IV Б. Обосновывается слабостью, недомоганием, повышением температуры до 37,5°C, периодическое появление сыпи на теле, ежедневный жидкий стул до 2-3 раз в сутки, потеря веса свыше 10 кг, увеличенные шейные и подмышечные узлы.
- 2) Для 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) Внутривенное введение наркотиков, переливание крови и препаратов крови.
- 5) Rp.: Tab. Lamivudini 0,15
D.S.: по 2 таблетке 2 раза в день в комбинации с тимазидом.

Ситуационная задача № 123:

- 1) ВИЧ-инфекция, стадия первичных проявлений, фаза генерализованной персистирующей лимфаденопатии (ПВ). Основанием для такого диагноза является увеличение более 2-х лимфатических узлов, более чем в 3 группах, эпидемиологический анамнез (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 иммунологические 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) Rp.: Tab. Didanosini 0,1
D.S.: по 2 таблетке 2 раза в день.