

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМАМ:**

### **ШИГЕЛЛЕЗ**

#### **Задача № 1**

Больной А., 21 год. Заболевание началось с озноба, общей слабости, повышения температуры тела до 39°C, головной боли. Через 2 часа от начала заболевания появились схваткообразные боли в животе, жидкий стул, который сначала был обильный каловый, а затем стал скудный с прожилками слизи и крови. Частота стула 20-25 раз в сутки.

Объективные данные: 3-й день болезни. Состояние тяжелое. Температура тела - 40,1°C. Дыхание в легких везикулярное. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС 104 в мин, АД 100/60 мм рт. ст. Язык покрыт бурым налетом, сухой. При пальпации живота отмечается болезненность и урчание толстого отдела кишечника, преимущественно в области сигмовидной кишки. Стул скудный, без каловых масс, слизисто-кровянистый, по типу «ректального плевка». Диурез снижен.

Эпиданамнез: Употребляет некипяченую воду. Накануне ел немытые фрукты, ягоды.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

#### **Задача № 2**

Больная И., 72 лет. Заболевание началось с озноба, резкой общей слабости, повышения температуры тела до 38,6°C, головной боли, схваткообразных болей в животе, тошноты, рвоты, затем присоединился жидкий обильный водянистый стул до 5 раз за 1-е сутки болезни. На 2-й и 3-й день болезни рвота не повторялась, стул стал скудный с прожилками слизи и крови. Частота стула - около 20 раз за сутки.

Объективные данные на 4-й день болезни: Состояние тяжелое. Температура тела 39,3°C. Дыхание в легких жесткое, ЧДД 21 в мин. Тоны сердца приглушены. ЧСС 98 в мин. АД 105/65 мм рт. ст. При пальпации живота - болезненность, урчание, спазмированность толстого отдела кишечника, преимущественно в области сигмовидной кишки. Стул скудный, бескаловый, слизисто-кровянистый, по типу «ректального плевка». Диурез снижен.

Эпиданамнез: Накануне заболевания ела домашнюю сметану, купленную на рынке.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

## **САЛЬМОНЕЛЛЕЗ**

### **Задача № 1**

Больной Ю., 18 лет. Заболел остро: озноб, общая слабость, головная боль, головокружение, ломота в мышцах и боли в суставах, повышение температуры тела до 38,4°C. Через 4-5 часов присоединилась тошнота, повторная, обильная рвота пищей, съеденной накануне вечером. Стул вначале был оформленный, а затем стал жидким и обильным со зловонным запахом, пенистый, темно-зеленого цвета с примесью слизи до 12-14 раз в сутки. Рвота 3-4 раз в сутки. Температура тела все дни до 39-39,7°C.

Объективные данные: 2-й день болезни. Состояние тяжелое. Тургор кожи несколько снижен. Слизистая оболочка полости рта сухая. Кратковременные периодические судороги икроножных мышц. Температура тела - 39,5°C. Дыхание в легких везикулярное. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца приглушены. ЧСС 110/мин, АД 110/75 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в эпигастральной, околопупочной и правой подвздошной областях.

Эпиданамнез: За 12-14 часов до заболевания употреблял в пищу жареную курицу и «хот-дог», купленные в трейлере быстрого питания.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 2**

Больной Р., 48 лет. Заболел остро, в начале появился озноб, общая слабость, головная боль, головокружение, повышение температуры тела до 38,0°C. Несколько позже присоединились тошнота, 2-кратная рвота и жидкий обильный, водянистый, зловонный, пенистый, зеленого цвета с примесью слизи стул. В последующие дни сохранялся жидкий стул по 3-4 раза в сутки. Все дни температура тела держится на уровне 38,5-39°C.

Объективные данные: 5-й день болезни. Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. На коже живота - немногочисленные элементы розеолезной сыпи. Температура тела 39,5°C. Дыхание в легких жесткое. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС 75 в мин, АД 110/60 мм рт. ст. Живот вздут, отмечается умеренная болезненность при пальпации. Печень и селезенка увеличены в размерах. Диурез снижен.

Эпиданамнез: Вчера съел 2 сырых куриных яйца.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

## **ХОЛЕРА**

### **Задача № 1**

Специальным рейсом в город Н. прибыл самолет с 15 геологами, работавшими в одной из приграничных с Россией стран, 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: отмечалось спутанное сознание, рвота стала неукротимой, многократный водянистый стул. Соседями по комнате через дежурного по общежитию к больному вызван врач.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Специфическая диагностика.
3. Лечение.

### **Задача № 2**

Больная Н., 17 лет, поступила рано утром по поводу остро развившегося заболевания. 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. Под глазами темные круги. Число дыхания 30 в минуту. Тоны сердца глухие. Пульс нитевидный, 126/мин., АД 60/40 мм рт. ст. Язык сухой, обложен густым темным налетом. Живот запавший, безболезненный. При пальпации живота отмечается урчание и шум плеска жидкости.

Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что 3 дня назад больная употребляла «морской коктейль» из креветок и моллюсков, который привезла мать из Индии.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Специфическая диагностика.
3. Лечение.

### **Задача № 3**

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 стул стали неудержимыми, испражнения обильные, бесцветные, с комочками слизи. Рвота «фонтаном» повторялась многократно, без предварительной тошноты. Состояние быстро ухудшалось, нарастала общая слабость, появились судороги. В связи с тяжелым состоянием госпитализирована.

Эпидемиологический анамнез: больная работает разнорабочей на рыбном заводе в г. Астрахани.

При поступлении состояние крайне тяжелое. Температура тела 35,2°C. Кожные покровы бледные, покрыты липким потом, холодные на ощупь. Выражен акроцианоз. Черты лица заострены.

Тургор кожи и тонус глазных яблок снижены. Глаза запавшие, темные круги под глазами. Над легкими выслушивается везикулярное дыхание, перкуторно - легочный звук. Число дыхания - 36 в минуту. Тоны сердца глухие. Пульс нитевидный, 130 уд. в 1 мин. АД 40/20 мм рт. ст. Язык сухой, обложен густым темным налетом. Живот запавший, безболезненный. При пальпации живота отмечается урчание, шум плеска жидкости. Печень и селезенка не увеличены. Больная отмечает, что в последние 30 мин. рвота и понос прекратились. Анурия. Вес больной - 70 кг.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Специфическая диагностика.
3. Лечение.

#### **Задача № 4**

Больная К., 26 лет, заболела 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 вернулась из туристической поездки в Индию.

Доставлена в приемный покой инфекционной больницы в 14 часов в крайне тяжелом состоянии. Цианоз кожных покровов, резкая сухость слизистых, афония, западение глазных яблок, заострившиеся черты лица. Тургор кожи резко снижен, выражен симптом «руки прачки». Температура тела 35,6°C. Периодически больная возбуждена, судороги конечностей. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Частота дыханий 34 в 1 мин., поверхностное, периодически до 40 в 1 мин. Тоны сердца глухие, едва прослушиваются, частота сердечных сокращений 130 в 1 мин. Пульс нитевидный, определить частоту не удается. АД 50/10 мм

рт. ст. Живот несколько вздут, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Менингеальных симптомов нет.

Индекс гематокрита 0,71, относительная плотность плазмы 1,033, рН - 7,55, рСО<sub>2</sub> - 35 мм рт. ст., В - 27 мэкв/л, ВВ - 55 мэкв/л, ВЕ - 4 мэкв/л.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Специфическая диагностика.
3. Лечение.

## **ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ И ВИРУСНЫЕ ДИАРЕИ**

### **Задача № 1**

У больного Х., 38 лет, внезапно возникли головокружение и головная боль, затем появились слабость, тошнота, рвота и многократный жидкий водянистый стул. Самостоятельно промыл желудок, после чего ему стало легче. Однако жидкий стул продолжался, появились кратковременные судороги икроножных мышц, через 3 часа повысилась температура тела до 38,5°C.

При осмотре: бледность кожных покровов, цианоз губ, температура тела 37°C, пульс 100 в минуту, слабого наполнения, АД 90/50 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом, сухой. Беспокоит жажда. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области, при пальпации отмечается усиленное урчание. Симптомов раздражения брюшины нет. С утра не мочился.

Эпиданамнез: Выяснилось, что он позавтракал котлетами, пролежавшими при комнатной температуре 2 дня.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 2**

Больная Н., 26 лет. Заболела внезапно, когда отметила недомогание, слабость, повышенную утомляемость, снижение аппетита, головную боль, познабливание, умеренно выраженные катаральные явления (заложенность и першение в горле, легкий кашель), урчание и неприятные ощущения в животе. Затем появились боли в эпигастрии, тошнота, трижды была рвота, беспокоили озноб, головная боль и повышение температура тела до 38°C. Появился обильный кашицеобразный стул без видимых патологических примесей до 5 раз за день.

При объективном осмотре состояние средней тяжести: самочувствие снижено, кожные покровы бледные, температура тела 37,6°C. Отмечаются катаральные симптомы: неяркая гиперемия слизистых оболочек мягкого неба, небных дужек, язычка и задней

стенки глотки. При пальпации живота болезненность в эпигастральной области. Пульс 90 уд/мин, АД 100/60 мм рт. ст. Стул кашицеобразный, без видимых примесей.

Эпиданамнез: в течение недели ухаживала за 2-х летним сыном, который перенес «ОРВИ».

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 3**

Больная В., 45 лет, повар в 13:00 ела пирожное с заварным кремом. Спустя 2 ч появились тошнота, повторная рвота, режущие боли в животе, головокружение, выраженная общая слабость, обморок.

При поступлении в стационар: температура тела 37,3°C. Кожные покровы бледные. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные. Пульс 86 уд/мин, АД 100/80 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот мягкий при пальпации, болезнен в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Стул задержан. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

На следующий день состояние больной улучшилось, тошнота и рвота прекратились, боли в животе, головные боли, головокружения исчезли. Жалоб не предъявляет. Температура тела нормальная. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Стул обычной окраски, необильный.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

## **БОТУЛИЗМ**

### **Задача № 1**

Больной Н., 40 лет. Заболел остро: появились слабость, головокружение, боли схваткообразного характера в эпигастральной области, была рвота съеденной накануне пищи, 2-кратно жидкий стул. Температура тела 37,3°C. Через некоторое время начал отмечать «туман в глазах», «сетку перед глазами», двоение предметов, плохо различал близлежащие предметы, не мог читать обычный газетный шрифт, плохо проглатывал пищу. Нарастали мышечная слабость и одышка.

Объективные данные: 2-й день болезни. Состояние тяжелое. Цианоз носогубного треугольника, слегка выраженный цианоз конечностей. Речь - невнятная, с носовым оттенком. Нарушено

глотание, движения языка ограничены, мягкое нёбо свисает. Сухость слизистой оболочка ротовой полости. Зрачки расширены, птоз, страбизм. Температура тела 36,8°C. ЧДД 32 в мин, поверхностное дыхание. ЧСС 94 в мин, АД 110/75 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, перистальтика кишечника ослаблена. Сознание ясное. Затрудненное мочеиспускание.

Эпиданамнез: Накануне употреблял в пищу консервированные грибы.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 2**

У ребенка Р., 3 месячного возраста отмечается сниженная активность, вялость, слабое сосание. Во время кормления жидкость вытекает через нос, появился запор. Симптомы нарастали в течение недели. Последние два дня присоединилась повышенная температура тела (38-38,5°C), бледность кожных покровов, учащенное дыхание.

Объективные данные: Состояние тяжелое. Разлитой цианоз, выраженный цианоз конечностей. ЧДД 40 в мин, поверхностное жесткое дыхание. При аускультации легких - влажные хрипы. ЧСС до 180 в мин. Температура тела 39,2°C. Живот вздут, перистальтика кишечника ослаблена. У ребенка хриплый плач, ослабление глоточного и сосательного рефлексов, поперхивание во время кормления. Олигурия.

Эпиданамнез: Ребенок на частичном искусственном вскармливании. Санитарно-гигиенические условия проживания - неудовлетворительные.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

## **ИЕРСИНИОЗЫ**

### **Задача № 1**

Больная К. 40 лет, заболела 7 дней назад, когда отметила появление озноба, повышение температуры тела до 38°C, слабость, першение в горле, снижение аппетита. На 3 день заболевания появились боли в коленных, голеностопных и лучезапястных суставах, сохранялась высокая лихорадка, дважды кашицеобразный стул, нарастала слабость.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Температура тела 38,7°C. Гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер, бледность носогубного треугольника. На коже туловища и конечностей, преимущественно на сгибательной поверхности рук, мелкоочечная сыпь. Подчелюстные лимфоузлы умеренно увеличены, безболезненны.

В зеве яркая гиперемия, энантема на дужках, мягком небе, язычке. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, АД 120/80 мм рт.ст., ЧСС 98 в мин. Живот мягкий умеренно болезненный в правой подвздошной области. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул оформленный, диурез сохранен.

Эпиданамнез: за несколько дней до заболевания во время заготовки квашеной капусты ела кочерыжки и морковь

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 2**

Больная С. 35 лет, заболела остро, с повышения температуры тела до 38,5°C, в последующие три дня общая слабость, першение в горле, головная боль, температура тела 38,7°C. На 4-й день болезни на фоне высокой температуры появилась мелкоточечная сыпь, гиперемия и отечность кистей и подошвенной поверхности стоп. Зев умеренно гиперемирован, налетов на миндалинах нет. Пальпируются увеличенные печень и селезенка. Стул 3-4 раза в сутки кашицеобразный.

Из эпиданамнеза известно, что за 3 дня до заболевания употребляла салат из свежей капусты.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

## **ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ А, Е**

### **Задача № 1**

Больная Л., 18 лет, обратилась к врачу в связи с потемнением мочи и пожелтением склер. Заболела 5 дней назад: повысилась температура тела до 38,2°C, появились озноб и тошнота. В последующие дни температура тела нормализовалась, но исчез аппетит, беспокоила слабость.

Объективно: состояние удовлетворительное. Умеренно выраженная желтушность склер и кожи. Печень эластичной консистенции, выступает на 1,5 см из-под реберной дуги. Моча коричневого цвета, кал светло-желтой окраски.

Эпиданамнез: Младшая сестра больной находится в инфекционном отделении с желтухой.

1. Предварительный диагноз и его обоснование



2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 2**

Больной В., 26 лет, обратился к врачу на 6 день болезни с жалобами на слабость, тошноту, рвоту после еды, тяжесть в правом подреберье. Заболевание началось с повышения температуры тела до 39°C, насморка, болей в горле. Принимал парацетамол. На 3 день температура тела нормализовалась, но беспокоила слабость, исчез аппетит. Сегодня заметил потемнение мочи.

Объективно: Состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Склеры слегка желтушные. Язык обложен налетом желто-коричневого цвета. Печень увеличена на 2 см. Моча темная. Кал обесцвечен.

Эпиданамнез: контакт с инфекционными больными отрицает. От гепатита привит 5 лет назад. Парентеральных вмешательств не было в течение года.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 3**

Больной А., 25 лет, направлен на консультацию к инфекционисту.

При осмотре жалоб нет, состояние удовлетворительное, печень не увеличена.

Лабораторно: билирубин - 20,0 мкмоль/л, АЛТ - 40 ед/л, АСТ - 24 ед/л.

Эпиданамнез: Брат больного госпитализирован 2 недели назад с вирусным гепатитом. В 18 лет больной был привит от гепатита В.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 4**

Больной П., 32 года, заболел остро, повысилась температура тела до 39°C, появилась тошнота, рвота. В последующие дни присоединились боли в эпигастрии и в правом подреберье, отвращение к еде. На 6-й день болезни температура тела снизилась до 37,2°C, потемнела моча и обесцветился кал. Вызвал «скорую помощь» в связи с продолжающимися болями в правом подреберье, тошнотой и отсутствием аппетита.

Объективно: Состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Склеры субиктеричные. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 68 в мин. Язык густо обложен серо-коричневым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье и в эпигастрии.

Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает из-под реберной дуги на 4 см.

Эпиданамнез: 3 недели назад вернулся из Китая (работает торговым представителем).

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

## **ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В, С, D. ОСТРАЯ ПЕЧЕНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ**

### **Задача № 1**

Больная Д., 36 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на боли в суставах, слабость, отсутствие аппетита, плохой сон. Заболела 10 дней назад, когда появились вышеперечисленные жалобы. Принимала самостоятельно диклофенак внутрь, но улучшения не было.

Объективно: кожные покровы обычной окраски, склеры слегка желтушные. Суставы внешне не изменены, движения в суставах в полном объеме. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 68 в мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 1 см. Моча темная.

Врач с учетом эпиданамнеза (от гепатита В не привита, 3 месяца назад лечилась у стоматолога) направил больную в инфекционное отделение.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 2**

Больная М., 22 года, доставлена в инфекционное отделение в тяжелом состоянии. Со слов мужа известно, что заболела 5 дней назад, когда повысилась температура тела до 38,5°C, появилась резкая слабость, тошнота, рвота. В последующие дни состояние не улучшалось, отмечала бессонницу по ночам и сонливость днем. Сегодня утром потеряла сознание.

Объективно: контакт с больной затруднен: дезориентирована, периодически выраженное двигательное возбуждение, хлопающий тремор кистей рук. Кожа и склеры желтушные. Тахикардия (ЧСС 120 в мин). Печень не пальпируется, перкуторно на 1 см выше реберной дуги. В приемном покое у больной была рвота «кофейной гущей».

Из эпиданамнеза известно, что 4 месяца назад больная попала в ДТП, получила множественные травмы, находилась в

реанимационном отделении. Прививочный анамнез собрать невозможно.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 3**

Больной В., 27 лет, нигде не работающий, обратился самостоятельно в приемный покой инфекционного отделения с жалобами на слабость, тошноту, темную мочу и желтушность кожи и склер. Заболел 7-8 дней назад, когда появилась тошнота и стал отмечать тяжесть в правом подреберье. 3 дня назад заметил потемнение мочи, сегодня окружающие отметили желтушность кожи и склер. При осмотре состояние удовлетворительное. Желтуха умеренная. В области предплечий и кистей рук множественные следы инъекций разной давности. Живот мягкий, безболезненный. Печень эластичной консистенции, выступает на 2 см из-под реберной дуги.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 4**

Больной К., 45 лет, считает себя больным в течение года, когда стали периодически появляться боли в животе, иногда жидкий стул, слабость. Похудел за год на 5 кг. В течение последних 2 недель увеличился в размерах живот, потемнела моча, пожелтели склеры, ухудшился сон.

При осмотре: больной раздражителен, неохотно отвечает на вопросы. Кожные покровы и склеры умеренно желтушные. Множественные телеангиэктазии на лице, груди, плечах. Живот увеличен в размерах, расширена венозная сеть на передней брюшной стенке. Печень плотной консистенции выступает на 5 см из-под реберной дуги. На спине и конечностях несколько старых татуировок.

Больной злоупотребляет алкоголем, не работает.

ИФА: HBs-Ag - обнаружен, анти-HCV суммарные - обнаружены.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

## **ЛЕПТОСПИРОЗ, МОНОНУКЛЕОЗ**

### **Задача № 1**

Больная М. 22 года медсестра в детской поликлинике, заболела остро: повысилась температура тела до 38,1°C, появились боли в горле при глотании. Обратилась к врачу на 2-й день болезни.

При осмотре: состояние удовлетворительное. В зеве гиперемия и отек миндалин, на миндалинах небольшое количество рыхлого налета белого цвета. Увеличены шейные и подмышечные лимфоузлы. Печень выступает на 1см из-под реберной дуги. В общем анализе крови лейкоциты -  $10 \times 10^9/\text{л}$ , лимфоцитоз, много широкоплазменных клеток, АЛТ - 140 ед/л.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 2**

Больной Л. 38 лет, поступил в инфекционное отделение на 5-й день болезни с жалобами на сильную головную боль, высокую температуру тела, боли в мышцах ног и спины. Заболел остро, температура тела до 40°C, на 2-й день появились боли в мышцах. Сегодня заметил потемнение мочи и уменьшение ее количества.

Объективно: состояние тяжелое. Желтушное окрашивание кожи и склер. Кровоизлияние в склере правого глазного яблока. На туловище папулезная сыпь. Ригидность мышц затылка 1 балл. Увеличены печень и селезенка. Мочи за сутки 800 мл.

Эпиданамнез: Работает ветеринарным врачом.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

## **БРЮШНОЙ ТИФ**

### **Задача № 1**

Больная С., 32 лет, обратилась к терапевту 3.09 с жалобами на высокую температуру тела, слабость, головную боль, отсутствие аппетита. Недомогание, слабость и головную боль почувствовала 31.08. Температура тела 37,4°C. К врачу не обращалась, самостоятельно принимала аспирин. С 1 сентября температура тела повысилась до 39°C и в последующие дни оставалась 38,5-39,5°C. Беспокоили головная боль, нарушение сна, слабость и снижение аппетита. За 2 недели до болезни вернулась из туристической поездки.

Объективно: на 4-й день болезни состояние средней тяжести. Температура тела 39,2°C. Кожа бледная. Слизистая ротоглотки чистая. В лёгких - хрипов нет. Пульс 84/ в мин., АД 100/60 мм рт.

ст. Язык суховат, обложен белым налётом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул был 2 дня назад, оформленный. Дизурии нет. Врачом поставлен диагноз «Грипп», назначено лечение арбидолом. На фоне терапии сохранялась фебрильная температура тела с суточными размахами в пределах одного градуса, беспокоили указанные жалобы.

Повторно осмотрена участковым терапевтом 7.09. Объективно: 8-й день болезни, бледность кожи, единичные элементы розеолезной сыпи на животе, обложенность и отёчность языка, в лёгких единичные сухие рассеянные хрипы. Пульс 88 уд/ мин. АД 100/60 мм рт. ст. Увеличение печени и селезёнки. Направлена на госпитализацию с диагнозом «Пневмония?».

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 2**

Больной Г., 27 лет, заболел постепенно 25 июля, когда появились слабость и головная боль. Ухудшились сон и аппетит. Температуру тела не измерял. 1 августа больной поступил в клинику в тяжёлом состоянии: 8-й день болезни, температура тела 40,1°C, вялый, адинамичный. Кожа бледная, акроцианоз, на животе 5 элементов розеолезной сыпи. Тоны сердца глухие, пульс 102 в мин., АД 90/50 мм рт. ст. Язык сухой, обложен у корня темным налётом. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см ниже рёберной дуги. Стул оформленный, обычной окраски.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 3**

Больной Д., 36 лет, заболел 2 сентября. Заболевание началось постепенно: слабость, головная боль, плохой сон, снизился аппетит. Температура тела 38,9°C на 6-й день болезни. Лечился самостоятельно жаропонижающими средствами. Температура тела оставалась высокая, постоянного типа. Стул со склонностью к запорам. На 15-й день болезни обратился за медицинской помощью, госпитализирован.

Объективно: состояние тяжёлое. Температура тела 39,9°C. Вялый, адинамичный, кожные покровы бледные, сухие. ЧСС 92 в 1 минуту. АД 100/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен у корня бурым налётом. Живот вздут, пальпируется печень. Через 3 дня, после нарушения диеты, состояние ухудшилось. Температура тела снизилась до 37°C, появились холодный пот и акроцианоз. Пульс стал слабого наполнения до 118 ударов в минуту, АД 75/50 мм рт. ст. При пальпации живота отмечается

болезненность в правой подвздошной области. Стул с примесью сгустков крови.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

## **ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ**

### **Задача № 1**

Больной Ю., 29 лет, обнаружен на улице лежащим без сознания. Доставлен скорой помощью в отделение реанимации с диагнозом «эпилепсия»? Со слов родственников болен около 3-х недель, когда появились головная боль, головокружение, слабость, небольшое повышение температуры тела. Неоднократно обращался в поликлинику, где были назначены анальгин и антибиотики, однако, состояние продолжало ухудшаться, стал хуже видеть, были кратковременные судороги, галлюцинации.

Объективно: состояние средней тяжести, пониженного питания, кожа сухая, шелушится, на слизистой оболочке полости рта - творожистые налеты. Отмечается лимфаденопатия. Пульс 60 в 1 мин. АД 160/90 мм рт. ст. Легкие и сердце без патологии, печень и селезенка увеличены, стул жидкий, непроизвольный. Без сознания, умеренная ригидность мышц затылка, положительный симптом Кернига, сглаженность носогубной складки, анизокория. Проведена люмбальная пункция. Спинномозговая жидкость опалесцирующая, цитоз 62 клетки в 1 мкл, в мазке 78% лимфоцитов, белка 720 г/л, реакция Панди ++. Заподозрена опухоль мозга. При компьютерной томографии выявлены очаги уплотнения мозговой ткани с просветлениями в центре. Обследован на ВИЧ-инфекцию (ИФА, иммунный блоттинг) с положительным результатом.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Какова природа менингоэнцефалита? Проведите дифференциальную диагностику.
3. Лечение

### **Задача № 2**

В терапевтическое отделение поступил больной В., 28 лет, с диагнозом: «Двусторонняя очаговая пневмония». Предъявляет жалобы на слабость, очень плохое самочувствие, кашель со скудной мокротой, одышку, плохой аппетит, похудание. Из анамнеза заболевания выяснено, что чувствует себя больным уже несколько месяцев: трудоспособность снижена, сон нарушен, аппетит отсутствует, настроение плохое. Работает на открытом

вещевом рынке, с чем связывает частые простудные заболевания, срывы стула, боль в горле. В последнее время появилась боль за грудиной при глотании пищи. Резкое ухудшение состояния произошло примерно две недели назад: повысилась температура тела до 37,8°C, усилился кашель, появилась постоянная одышка. Принимал ампициллин в таблетках. Состояние продолжало ухудшаться. На коже появились темные пятна. Особенно беспокоило похудание. Раньше весил 65 кг, а теперь - 50 кг.

Из анамнеза жизни: 3 года назад перенес опоясывающий герпес. При осмотре определяется цианоз губ, ангулярный хейлит (заеды). Кожа сухая, шелушится, имеются гнойничковые элементы, а также выпуклые, плотные, безболезненные узелки и бляшки вишневого цвета, расположенные на ногах и туловище в небольшом количестве. На слизистой оболочке рта - творожистые наложения, на твердом небе - единичные пятна темно-красного цвета. Лимфатические узлы (шейные и подмышечные) мелкие, плотные, безболезненные. В легких прослушивается жесткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс 92 уд/мин. АД 100/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом, живот вздут, болезненный по ходу толстого кишечника, печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги. Стул кашицеобразный 2-3 раза в день. Дизурических и менингеальных явлений нет.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. План обследования
3. Тактика лечения

### **Задача № 3**

Больная В., 18 лет. Заболела 10 дней назад, когда повысилась температура тела до 37,5°C, появились общая слабость, першение в горле. Через 2 дня температура тела отмечена 39°C, появилось увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов. Еще через несколько дней появилась сильная головная боль и боль в горле умеренная. Врачом скорой помощи была госпитализирована в многопрофильный стационар с диагнозом «шейный лимфаденит». После осмотра хирургом переведена в инфекционную больницу с подозрением на инфекционный мононуклеоз.

Объективно: Температура тела 38,2°C. Состояние средней тяжести. Слизистая оболочка ротоглотки умеренно гиперемирована. Миндалины увеличены. Пальпируются болезненные заушные, передне-, заднешейные и подмышечные лимфоузлы до 1,5 см в диаметре. Печень увеличена, выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется.

Из эпиданамнеза выяснено, что сексуальный партнер в течение года внутривенно вводит героин.

В общем анализе крови: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты -  $4,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерных нейтрофилов - 6%, сегментоядерных

нейтрофилов - 20%, лимфоцитов - 70%, моноцитов - 4 %, СОЭ - 8 мм/час.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. План обследования
3. Тактика лечения

## **ГЕЛЬМИНТОЗЫ**

### **Задача № 1**

Больной Л., 43 лет, обратился к врачу с жалобами на приступообразные головные боли, тошноту, иногда рвоту, возникающие при поворотах головы и резких наклонах. Болен около 6 месяцев. Беспокоят непостоянные боли в животе, неустойчивый стул, нарушение аппетита, а периодически - пассивное отхождение члеников гельминта с испражнениями во время дефекации.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 2**

Больная М., 29 лет, направлена в инфекционное отделение 6 января с жалобами на общую слабость, боли в жевательных, икроножных мышцах, боли усиливаются при движении. Беспокоит головная боль, отёки век и лица, повышение температуры тела, плохой аппетит.

Заболела 31 декабря, когда появились боли в животе и жидкий стул 5 раз в сутки. Со 2-го дня болезни повысилась температура тела до 39°C, присоединилась слабость, отёк век, затем - выраженный отёк лица, боли в мышцах и суставах. На 6-й день болезни на коже туловища появилась сыпь. Высокая температура тела с суточными колебаниями 38,5-39,5°C держалась до 7 дня болезни. На 7-й день болезни осмотрена участковым терапевтом, направлена на госпитализацию с диагнозом «Тифопаратифозное заболевание?».

При осмотре (7-й день болезни): температура тела 39°C, состояние тяжёлое. Выражен отёк век и лица. Болезненность при пальпации мышц, особенно икроножных и жевательных. Движения в суставах затруднены из-за болей и отёков. На коже туловища и конечностей обильная эритематозно-папулёзная сыпь. Больная с трудом открывает рот из-за болезненности в мышцах лица. В лёгких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке, ЧСС 105 в 1 минуту,



АД 100/60 мм рт. ст. Язык обложен бело-серым налётом. Живот безболезненный. Печень не увеличена.

В общем анализе крови: лейкоциты -  $13,2 \times 10^9/\text{л}$ , эозинофилы - 20%.

При тщательном расспросе больной установлено, что за неделю до заболевания она употребляла свиной окорок домашнего приготовления.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 3**

Больной Д., 48 лет, обратился 25 мая к участковому терапевту в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела, слабость, небольшой сухой кашель, боли в мышцах и суставах, снижение аппетита, ноющие боли в правом подреберье. Заболел неделю назад, когда появились указанные симптомы заболевания. Прием жаропонижающих препаратов эффекта не дал. Периодически беспокоили тошнота и рвота, что связывал с приёмом лекарственных препаратов.

Осмотрен на 8-й день болезни: температура тела  $38,4^\circ\text{C}$ . Кожные покровы обычной окраски, склеры иктеричны. В лёгких выслушиваются единичные сухие рассеянные хрипы. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 92 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье. Печень выступает ниже рёберной дуги на 2 см. Моча коричневого цвета. Направлен на госпитализацию с диагнозом «Вирусный гепатит?».

В инфекционном отделении температура тела оставалась повышенной ещё в течение недели, появилась желтушность кожи на фоне повышенной температуры тела.

Результаты лабораторного обследования на 9-й день болезни: лейкоциты в ОАК -  $11,0 \times 10^9/\text{л}$ ; эозинофилы - 27%. Общий билирубин крови - 74 мкмоль/л (прямой билирубин - 58 мкмоль/л), АлАТ - 180 ЕД/л. Специфические маркёры ВГА, ВГВ, ВГС не обнаружены.

Эпиданамнез: у жены больного 4 дня назад тоже повысилась температура тела. При тщательном расспросе установлено, что 6 мая они употребляли жареных карасей. Рыба была куплена на рынке.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

## **ГРИПП, ОРЗ**

### **Задача № 1**

Больной М. 60-ти лет заболел 4 дня назад, когда появился озноб, боль в суставах, недомогание. Со 2-го дня болезни температура тела  $38,5^{\circ}\text{C}$ , появился сухой кашель. При осмотре: кожа чистая, в легких укорочение перкуторного звука в нижних отделах справа, там же выслушиваются крепитирующие хрипы, АД 140/80 мм рт.ст., пульс - 90 в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, пальпируется селезенка. Со слов больного дома заболела вся семья. Внук также госпитализирован с пневмонией. Дома есть кошка, собака, неделю назад умер домашний попугай.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 2**

Больной С. 23-х лет предъявляет жалобы на ознобы, повышение температуры тела выше  $39,0^{\circ}\text{C}$ , выраженную слабость, сильные боли в горле при глотании, затрудненное носовое дыхание, боли в мышцах шеи. Заболевание началось 7 дней назад с повышения температуры тела до  $39,5^{\circ}\text{C}$ , через 2 дня заметил увеличение шейных лимфатических узлов и их болезненность. При осмотре: кожа бледная, дыхание затруднено (дышит ртом), ЧД 22/мин, увеличены передне- и заднешейные лимфоузлы, больше справа. Отмечает тризм жевательной мускулатуры. Миндалины увеличены, в лакунах - гнойный налет. Увеличены печень и селезенка.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 3**

Больной К. 19-ти лет, болен 2- сутки и предъявляет жалобы на боль в горле при глотании, сильную головную боль, озноб, повышение температуры тела до  $39,9^{\circ}\text{C}$ , тошноту и однократную рвоту. При осмотре: на гиперемизированном фоне кожи туловища и конечностей обильная мелкоточечная сыпь красного цвета, сгущающаяся в области естественных складок, носогубный треугольник бледный, выражен белый дермографизм. Слизистая миндалин, язычка, дужек, мягкого неба ярко красного цвета с четкой границей, миндалины увеличены до 1 см, в лакунах имеются гнойные наложения, подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны, язык сухой покрыт белым налетом.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

#### **Задача № 4**

Больная С. 44-х лет предъявляет жалобы на головную боль, боль в глазных яблоках, ломоту в теле, повышение температуры тела до 39°C, сухой кашель, заложенность носа. Заболела накануне вечером. Объективно: состояние средней тяжести, лицо гиперемировано, склеры инъецированы, лимфатические узлы не увеличены. В зеве: миндалины, язычок, дужки набухшие, гиперемированы, с небольшим цианотичным оттенком. В легких при аускультации дыхание везикулярное. Пульс 95/мин, АД 100/70 мм рт.ст.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

#### **Задача № 5**

У больного Т. 51-и года внезапно повысилась температура тела до 39,1°C. Лихорадка сопровождалась ознобом, чувством ломоты в костях и суставах, головной болью в лобно-височной области, ретроорбитальными болями. На второй день болезни появился частый непродуктивный, сухой кашель, чувство жжения за грудиной и заложенность носа. Температура тела повысилась до 39,5°C.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

#### **Задача № 6**

Студент Н. 22-х лет внезапно почувствовал озноб, затем повысилась температура тела до 39°C и появилась сильная головная боль в лобной области, боли в глазных яблоках, ломота в теле, тошнота. К концу 1-го дня заболевания присоединились заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной. При осмотре отмечены гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер и конъюнктив, в зеве - разлитая гиперемия мягкого нёба, дужек, миндалин, задней стенки глотки.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

#### **Задача № 7**

У больной Б. 29 лет заболевание началось остро с умеренной головной боли, общей слабости, повышения температуры тела до 38°C. В этот же день появилась резь в глазах, отделяемое из глаз, заложенность носа, боли в горле при глотании. При осмотре: конъюнктивит, затруднено носовое дыхание, отечность и гиперемия слизистой оболочки носа, лакунарная ангина, увеличены подчелюстные, шейные, подмышечные лимфатические узлы, печень и селезенка.

1. Предварительный диагноз и его обоснование

2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 8**

Больной В. 33 лет, заболевание началось с повышения температура тела до 39,8°C, озноба, чувства ломоты в мышцах и суставах, головной боли в лобно-височной области, надбровных дугах, светобоязни, заложенности носа, сухого кашля, болей и жжения за грудиной. При осмотре: температура тела 40°C, гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер и конъюнктивы, тахикардия, слабость.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 9**

У больного О. 27 лет заболевание началось с повышения температуры тела до 37,8°C, общей слабости, головной боли, тошноты, незначительных болей в горле при глотании. Принимала поливитамины, соблюдала домашний режим, но самочувствие не улучшалось. К 5 дню заболевания появилась тупая боль в правом подреберье. Заметила изменение цвета мочи.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 10**

У больного П. 24 лет после переохлаждения повысилась температура тела до 37,5°C. Принимал аспирин, полоскал горло, самочувствие немного улучшилось, но через 5 дней головная боль усилилась, вновь повысилась температура тела, стало трудно дышать носом (дышал ртом). При осмотре: температура тела 38,5°C, лицо бледное, одутловатое, выраженный конъюнктивит, слизистая носа набухшая, миндалины увеличены, рыхлые, выражена гиперемия слизистой ротоглотки, пальпируются шейные лимфоузлы, мягкие, безболезненные, печень выступает на 2см из-под края реберной дуги.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 11**

Больной Д. 19 лет жалуется на повышение температуры тела до 38°C, затруднение носового дыхания и гнойное отделяемое из носа, боль в горле, слабость, небольшую головную боль. Объективно: гиперемия небных дужек, отечность и зернистость задней стенки глотки, пальпируются увеличенные

подчелюстные лимфатические узлы. Из эпиданамнеза известно, что его сокурсник госпитализирован с менингитом.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

## **ДИФТЕРИЯ**

### **Задача № 1**

У больной М., 35 лет, заболевание началось с недомогания, боли в горле при глотании, с ознобом поднялась температура тела. На 2-й день болезни боли в горле усилились, лечился самостоятельно (полоскание горла раствором соды, жаропонижающие средства). Вызванный на дом врач на 2-й день болезни поставил диагноз «Лакунарная ангина» и назначил эритромицин. На 3-й день болезни появилась припухлость в правой подчелюстной области. Возникло подозрение на паратонзиллярный абсцесс, осмотрен оториноларингологом, диагноз не подтвердился. Вечером припухлость увеличилась, и больная была направлена в инфекционное отделение с диагнозом «Лакунарная ангина».

При осмотре (3-й день болезни): температура тела 38,8°C, состояние тяжёлое, кожные покровы бледные, дышит через рот. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов не слышно. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 110 уд/мин, АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Диурез нормальный. Слизистая оболочка ротоглотки отёчна, гиперемирована, миндалины увеличены. На миндалинах, языке, дужках и мягком нёбе имеется плотный фибринозный налёт грязно-серого цвета. При попытке снять налёт шпателем слизистая оболочка кровоточит. Подчелюстные лимфоузлы болезненные, увеличены. Отёк подкожной клетчатки шеи до ключиц с обеих сторон. Кожа над отёком не изменена, пальпация безболезненная.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 2**

Больной Ч., 22 лет, заболел остро: появились боли в горле и повышение температуры тела. На второй день болезни присоединился сухой кашель, охриплость голоса, переходящая в афонию, появилось затруднённое дыхание. Службой скорой медицинской помощи доставлен в инфекционное отделение с диагнозом: «Ларингит?».

При осмотре (2-й день болезни): температура тела 37,8°C. Общее состояние тяжёлое.

Положение вынужденное сидячее, шумный вдох, при вдохе - втяжение щёк, межреберий, над- и подключичных ямок, яремной ямки. Бледность кожи, цианоз губ. ЧД 22/мин, пульс 96 уд/мин, АД 115/80 мм рт. ст. Двигательное беспокойство больного.

При сборе эпидемиологического анамнеза установлено, что несколько дней назад был в контакте с больной ангиной. Сведений о каких-либо прививках за последние 10 лет не имеет.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 3**

Больная Т., 27 лет, заболела остро: озноб, головная боль, ломота в теле, повышение температуры тела до 38°C. На второй день болезни боль в горле усилилась, температура тела оставалась повышенной. При осмотре зева: умеренная гиперемия слизистых оболочек, миндалины увеличены с налётами грязно-серого цвета. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезненные. Диагностирована лакунарная ангина. Назначено лечение: феноксиметилпенициллин, полоскание зева раствором фурацилина. Взяты мазки из зева и носа на бактериологическое исследование для исключения дифтерии.

Состояние больной улучшилось, боли в горле уменьшились, температура тела нормализовалась. Через 4 дня больная пришла в поликлинику на приём к врачу, который сообщил пациентке, что выделена дифтерийная палочка биоварианта *mitis* токсигенный штамм. При осмотре зева налётов на миндалинах не выявлено.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

## **МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ**

### **Задача № 1**

Больной Т., 25 лет, заболел внезапно, 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. Машиной скорой помощи больной доставлен в инфекционную больницу с диагнозом «острое отравление».

При осмотре выявлено, что состояние больного крайне тяжелое: он без сознания, периодически возникают судороги конечностей. Лицо цианотично. Температура тела 39,8°C. На коже туловища и конечностей темно-багровые пятна, на их фоне -

множественная геморрагическая звездчатая 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 ничем не болел, наследственных и хронических заболеваний, а также травм не было.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Специфическая диагностика.
3. Лечение.

### **Задача № 2**

У больного К., 17 лет, появилась сильная головная боль, более интенсивная в области лба, резкая общая слабость, боли в пояснице. Через несколько часов возникли тошнота и повторная рвота. Отмечались заложенность носа, сухой редкий кашель, озноб, повышение температуры тела до 39°C. Бригадой скорой помощи доставлен в инфекционное отделение.

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 серо-грязным налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Резко выражена ригидность мышц затылка, выявляются симптомы Кернига и Брудзинского.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Специфическая диагностика.
3. Лечение.

### **Задача № 3**

Больная М., 27 лет внезапно почувствовала озноб, недомогание и повышение температуры тела до 38°C. Через три часа - лихорадка уже 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. Машиной скорой помощи больная доставлена в инфекционное отделение с диагнозом «Корь».

Из анамнеза выяснено, что 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 мл.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Специфическая диагностика.
3. Лечение.

## **КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ (КЭ)**

### **Задача № 1**

Больной С., 30 лет, в июне поступил в инфекционное отделение с жалобами на повышение температуры, головную боль. Болен 4-й день: вначале температура тела повысилась до 37,5°C, а затем достигла 38-38,5°C. Появилась головная боль, тошнота, 2 раза была рвота. За 2 недели до болезни был в туристическом походе по Алтаю, жил в палатке. При осмотре: сыпи нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД - 120/75 мм рт.ст., пульс 92 уд/мин. Печень и селезенка не увеличены. Ригидность затылочных мышц до 3-х баллов, положительный симптом Кернига. При проведении люмбальной пункции получен ликвор следующего состава: макроскопически бесцветный, прозрачный, вытекает под повышенным давлением, Реакция Панди +++, при цитологическом исследовании: цитоз - 283 клетки в 1 мкл, цитограмма: лимфоциты - 88%, нейтрофилы - 12 %; биохимический анализ ликвора - белок 260 мг/л, хлориды - 118 ммоль/л.

1. Сформулируйте клинический диагноз
2. Назначьте план обследования больного
3. Выделите ведущий клинический синдром и проведите дифференциальный диагноз

### **Задача № 2**

Больной Н., 53 года. В течение 2-х недель находился в туристическом походе по Челябинской области. Заболел остро 1.09, когда появилась головная боль, повысилась температура тела



до 38,4°. При поступлении в стационар на 4-ый день болезни отмечается тяжелое состояние: больной дезориентирован, возбужден, поведение неадекватное. Определяется ригидность затылочных мышц 3 балла. Симптом Кернига «положительный» с обеих сторон. Парез взора влево. Сила в левой верхней конечности снижена до 3 баллов, в левой нижней конечности до 4 баллов. Больному произведена люмбальная пункция: реакция Панди ++, цитоз - 127 клеток в 1 мм<sup>3</sup> ликвора, цитограмма: нейтрофилы - 7%, лимфоциты - 93%, белок ликвора - 587 мг/л. Через 2 дня - в контакт не вступает, на вопросы не отвечает, обращенную речь не понимает, на болевые раздражители реагирует движением. Фотореакция зрачков вялая. Гиперемия верхней половины туловища. ЧСС 100 в мин. АД 150/90 мм рт.ст.

1. Поставьте клинический диагноз
2. Какое осложнение имеется у данного больного?
3. Назовите основные принципы терапии неотложного состояния

## **ИКСОДОВЫЙ КЛЕЩЕВОЙ БОРРЕЛИОЗ (ИКБ)**

### **Задача № 1**

Больная А., 60 лет. В течение июня-июля проживала на дачном участке. Поступила в инфекционное отделение 3 августа на 5-й день болезни с жалобами на слабость и субфебрильную температуру тела.

При объективном обследовании в области правой подмышечной впадины определяется кольцевидная эритема с несколькими кольцами гиперемии и тенденцией к периферическому росту диаметром до 20 см. В центре эритемы - первичный аффект. Увеличены лимфоузлы в правой подмышечной области. Тоны сердца ритмичные, пульс 86 в мин., АД - 120/70 мм рт.ст. Менингеальных знаков нет. При целенаправленном исследовании отклонений со стороны внутренних органов не выявлено.

Общий анализ крови: эр. -  $4,2 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 132 г/л, лейкоциты -  $5,4 \times 10^9/л$ , эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 31%, моноциты - 8%, СОЭ - 13 мм/ч.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение (назовите средства этиотропной терапии, которые можно назначать при данной стадии патологического процесса).

### **Задача № 2**

Больной И., 36 лет, прораб совхоза. Поступил 17 июля на 6-ой день болезни с жалобами на головную боль и слабость. За 12 дней до заболевания удалил присосавшегося клеща. Заболевание началось с

появления головной боли и болей в глазных яблоках. Температуру тела не измерял.

При объективном обследовании в стационаре выявлена инъекция сосудов склер. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 80 ударов в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Определяется парез лицевого нерва дистальнее отхождения от него барабанной струны, что клинически проявляется асимметрией лица, слезотечением, левый глаз не закрывается. Правая половина мягкого неба фонирована лучше, чем левая. Ригидности затылочных мышц нет. Синдром Кернига отрицательный с обеих сторон.

При спинномозговой пункции: цитоз 4 клетки в  $1 \text{ мм}^3$ , белок - 297 мг/л.

Анализ крови: эритроциты -  $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобин - 148 г/л, лейкоциты -  $4,1 \times 10^9/\text{л}$ , эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 30%, моноциты - 8%, СОЭ - 10 мм/ч.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Назовите особенности иммунного ответа при боррелиозной инфекции.
3. Назовите средства этиотропной терапии, которые можно назначать при данной стадии патологического процесса.

### **Задача № 3**

Больной В., 60 лет считает себя больным более года, когда появились парестезии, нарушения кожной чувствительности, миалгии. При объективном осмотре на разгибательных поверхностях голени выражена атрофия эпидермиса, кожа приобрела вид папирусной бумаги. Со слов больного, вначале на конечностях появились сливные цианотично-красные пятна по характеру напоминающие диффузную эритему с отеком и инфильтрацией кожи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД - 120/75 мм.рт.ст., пульс 92 уд/мин. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальной и очаговой симптоматики нет. По данным электронейрографии выявлена хроническая аксональная полинейропатия. ИФА на антитела к боррелиям выявлены в виде IgG в титре 1/800.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие стороны эпиданамнеза следует уточнить у больного.
3. Назовите средства этиотропной терапии, которые можно назначать при данной стадии патологического процесса.

## **БЕШЕНСТВО**

### **Задача № 1**

Больной И., 14 лет. Первые 3 дня болезни отмечал слабость, недомогание, повышенную температуру тела до 37,3 - 37,5°C. Было необъяснимое чувство тревоги, страха. Беспокоили тянущие боли, жжение в области рубца на левой щеке. С 4-го дня болезни появилось беспричинное беспокойство, возбуждение, отказался от воды.

Объективные данные: 6-й день болезни. Состояние тяжелое. Температура тела 38°C. Кожные покровы гиперемированы, повышенной влажности. Дыхание везикулярное, ЧДД 25 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 120 в мин. Больной возбужден, раздражителен, негативно настроен к окружающим. При попытке пить воду возникают сильные, резко болезненные спазмы мышц глотки, гортани, грудной клетки. Такие же судороги провоцирует яркий свет и громкий звук. В процессе осмотра возникли слуховые и зрительные галлюцинации и психомоторное возбуждение.

Эпиданамнез: Рубец на левой щеке возник на месте укушенной раны, нанесенной бездомной кошкой около 3 месяцев назад. По поводу полученной раны за медицинской помощью не обращался.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 2**

Больного И., 21 года в течение 3-х дней, беспокоили слабость, недомогание, повышенная температура тела до 37,5°C. Отмечал ни с чем не связанное чувство волнения, страха смерти. В области зарубцевавшейся раны на правой кисти возникли неприятные ощущения и покалывание. С 4-го дня стал спокойнее, волнение и страх исчезли, но появилась апатия. Температура тела повысилась до 39 - 40°C и появилась мышечная слабость сначала в ногах, а затем и в левой руке. Дыхание стало поверхностным учащенным, а речь стала нечеткой.

Объективные данные: 5-й день болезни. Состояние тяжелое. Температура тела 39,8°C. Мидриаз, анизокория. Дыхание поверхностное, ЧДД 30/ в мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС 125/ в мин. Сознание спутанное. Парез нижних конечностей, правой верхней конечности, мышц языка и мимических мышц лица. Дизурия

Эпиданамнез: Проживает в частном доме. Рубец на правой кисти от укуса летучей мыши 4-х месячной давности. По поводу полученной раны за медицинской помощью не обращался.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

## **ОТЕК-НАБУХАНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА (ОНМГ)**

### **Задача № 1**

Больной К. 20 лет доставлен в больницу машиной «скорой помощи» с вокзала на 2-й день болезни с диагнозом «менингит?». Заболел остро: температура тела до 40°C, повторная рвота, резкая головная боль. Сознание спутано. Сыпи нет. В легких дыхание везикулярное, пульс 136 уд/мин, АД 150/100 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Выражены ригидность затылочных мышц и симптом Кернига.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 2**

Больной Е., 44 года, поступил в клинику на 2-й день болезни с диагнозом «Грипп, токсикоз III».

Заболевание началось внезапно с потрясающего озноба, высокой до 40,2°C температуры тела и головной боли. Отмечал светобоязнь, лежал с закрытыми глазами, просил выключить телевизор. Вечером была дважды рвота, сохранялась «пульсирующая» головная боль. Утром следующего дня самочувствие ухудшилось: не понимал, где находится, стремился пойти на работу, упал при попытке встать с постели.

При поступлении в стационар состояние тяжелое: сознание затемнено, дезориентирован, но отзывается на свое имя, жалуется на сильную головную боль. Температура тела 39,2°C. Кожа лица гиперемирована с повышенным салоотделением. На коже живота, ягодиц и нижних конечностей мелкая звездчатая сыпь синеволетового цвета, имеются также петехиальные элементы на руках. Резко выражены ригидность затылочных мышц и симптом Кернига. Пульс 116 уд. в мин., ритмичный. АД 160/90 мм рт. ст.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

## **СЫПНОЙ ТИФ**

### **Задача № 1**

Больная В. 45 лет, поступила в клинику на 5-й день болезни с жалобами на сильную головную боль, бессонницу, температуру тела до 38-39°C. Кашля и насморка не было.

При осмотре: температура тела 38,5°C, больная в эйфории, выражена инъекция склер. Кожа сухая, горячая, на туловище и сгибательных поверхностях верхних конечностей видна обильная розеолезно-петехиальная сыпь. Симптом щипка положительный. На мягком небе, языке и слизистой оболочке задней стенки глотки имеются точечные кровоизлияния. ЧДД 18/ в мин. ЧСС 80/ в мин. АД - 90/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен темно-коричневым налетом. Печень на 2 см выступает из-под реберной дуги. Селезенка не увеличена.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 2**

Больная Р., 72 лет, работница прачечной, обратилась к участковому врачу на 5-й день болезни с жалобами на головную боль, высокую температуру тела и сильную слабость. Заболевание началось 20.01. с озноба при повышении температура тела до 38,2°C, головной боли, тошноты и головокружения. Прием анальгина и папазола оказались без эффекта. Ночью спала плохо, испытывала беспокойство, потребность «куда-то идти, что-то предпринять». При осмотре отмечается многословность и эйфоричность пациентки, гиперемия лица, блеск глаз. Склеры инъецированы, на переходной складке конъюнктив видны единичные кровоизлияния. На коже туловища - обильная, яркая розеолезно-петехиальная сыпь. Отмечается тремор рук. Язык обложен, сухой, а при высывании наблюдается его тремор. Пульс 100 ударов в минуту, АД 120/70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Увеличены печень и селезенка. Менингеальных симптомов нет. Из перенесенных заболеваний отмечает в прошлом сыпной тиф и ежегодно ОРЗ. Госпитализирована с подозрением на брюшной тиф.

1. Согласны ли Вы с диагнозом? Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 3**

Больной П.В., 37 лет, поступил на 5 день болезни. Болезнь началась остро с повышения температуры тела до 38,5°C, на 2 день болезни температура тела достигла 40°C и стала беспокоить сильная головная боль.

Объективно: состояние тяжелое, температура тела 37°C. На туловище и конечностях - необильная розеолезно-петехиальная сыпь,

выражена инъекция сосудов склер. Пульс слабого наполнения, 104 удара в минуту. АД - 80/50 мм рт.ст. Язык сухой, обложен темно-коричневым налетом, высовывается толчкообразно, задевая кончиком за зубы. Живот безболезненный, пальпируется мягкий край селезенки.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

## **МАЛЯРИЯ**

### **Задача № 1**

К больному С., 40 лет вызвана «скорая помощь» в связи с резким ухудшением состояния. Из анамнеза известно, что заболевание началось с озноба и головной боли 5 дней назад. Температура тела повысилась до 39°C, дважды была рвота. По совету знакомого врача, предположившего грипп, принимал ремантадин, после чего на следующий день температура тела снизилась до 37,5°C, обильно потел, но к вечеру температура тела вновь повысилась до 40,5°C, при этом чувствовал сильную головную боль, тошноту, слабость. В течение следующих дней температура тела оставалась повышенной, повторялась рвота, отмечал неприятные ощущения в эпигастральной области. Сегодня при высокой температуре тела появился бред. При осмотре: состояние тяжелое, выражена бледность кожных покровов, больной заторможен и на вопросы отвечает односложно. Зрачки узкие, пульс 106 уд/мин, АД 90/60 мм рт.ст. Печень и селезенка увеличены. Нерезко выражен менингеальный синдром. Эпидемиологический анамнез: вернулся из Бенина (Африка), где работал в течение 1 года. С целью профилактики принимал нивахин, после возвращения препарат принимать перестал.

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз. Чем обусловлена тяжесть, состояния больного?
2. Как подтвердить диагноз.
3. Какой должна быть тактика врача, к которому обращается больной, недавно прибывший из стран тропическим климатом.

### **Задача № 2**

Больная Ж., 48 лет, жительница Подмосковья, 4 августа обратилась к врачу по поводу высокой температуры тела на 4-й день болезни. Беспокоили головная боль, жар, озноб, потливость после понижения температуры тела. Диагностирован «грипп» и

рекомендована симптоматическая терапия. На 5-й день болезни состояние удовлетворительное, температура тела нормальная. Однако, на следующий день температура тела вновь с ознобом повысилась до 39°C. При осмотре: состояние средней тяжести, обильно потеет, температура тела 37,3°C. При осмотре выявлена умеренная тахикардия, увеличение печени и селезенки. Контакт с лихорадящими больными не имела, из Подмосковья не выезжала. От госпитализации отказалась.

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Составьте план обследования.

### **Задача № 3**

Больной М., 28 лет, матрос, поступил в больницу с диагнозом «грипп» на 4 день болезни. Жалобы при поступлении на слабость, ломоту в теле, повышение температуры тела до 40°C, потливость, головную боль в течение всех 4-х дней. При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски, без высыпаний. Лимфатические узлы не увеличены. Отмечается субиктеричность склер. Язык обложен. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. АД 110/60 мм рт.ст. Пульс 100 уд/мин, ритмичный. Тоны сердца чистые, ясные. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 2,5 см, пальпируется увеличенная селезенка. По органам мочевыделительной системы и ЦНС патологии не выявлено.

Из эпиданамнеза известно, что месяц назад был в Юго-Восточной Азии с экипажем корабля.

Установлен диагноз, подтвержденный обнаружением в толстой капле крови плазмодиев тропической малярии (трофозоиты и шизонты до 200 на 100 лейкоцитов). Больному был назначен делагил. В течение последующих 3-х дней температура тела сохранялась до 39°C - 40°C, при повторном исследовании толстой капли крови количество паразитов сохранялась прежним.

1. Предварительный диагноз
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

## **ГЕМОРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ (ГЛПС)**

### **Задача № 1**

Больной Д. 36 лет, поступил в клинику инфекционных болезней 7.12 с жалобами на высокую температуру тела, сильную головную боль, тошноту, рвоту, жажду, уменьшение количества отделяемой мочи.

Заболел 3.12, когда появились боли в мышцах, затем головная боль, боли при движении глазных яблок, светобоязнь, жажда, температура тела повысилась до 38,2°C. С 5.12 присоединился озноб, усилилась головная боль, появились боли в пояснице, исчез аппетит, уменьшилось количество отделяемой мочи. 6.12. возникла повторная рвота, усилились боли в пояснице.

Из эпидемиологического анамнеза известно, что до 28.11 жил в деревянном здании в лесистой местности в одном из районов Башкортостана.

При поступлении состояние тяжелое, температура тела 38,5°C. Больной вял, заторможен, умеренная гиперемия и одутловатость лица, гиперемия шеи, инъекция сосудов склер и конъюнктив, геморрагическая энантема на мягком небе, скудная геморрагическая сыпь в подмышечных областях. Положительный симптом щипка. Пульс 110 уд./мин., ритмичный, среднего наполнения. Тоны сердца приглушены. АД 105/80 мм рт.ст. Дыхание везикулярное. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови: гемоглобин-156 г/л, эритроциты -  $4,8 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $6,7 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 42%, сегментоядерные нейтрофилы - 30%, лимфоциты - 15%, моноциты - 7%, СОЭ - 3 мм/час.

7.12. общий анализ мочи: белок 0,33, эритроциты - свежие 8-10 в п/зр., лейкоциты - единичные, гиалиновые цилиндры - 1-2 в п/зр.

В ночь на 8.12. состояние больного оставалось тяжелым. Пульс в пределах 100 уд./мин. АД - 100/70 мм рт.ст. За ночь выделилось 500 мл мочи. В 7:30 8.12 наступило резкое ухудшение состояния: появились выраженная слабость, головокружение, похолодание конечностей, акроцианоз. Пульс и АД определить не удалось. ЧСС 160/ в мин. Определяется положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон.

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Составьте план обследования
3. Чем осложнилось течение заболевания у данного больного? Какие лечебные мероприятия следует провести?

## **Задача № 2**

Больной Г. 20 лет заболел 4.05, когда появились озноб, головная боль, боли в глазных яблоках, в животе и пояснице. Температура тела повысилась до 39,2°C. Три дня лечился дома,



принимая анальгин и сульфаниламиды. В связи с ухудшением состояния 7.05 был госпитализирован в стационар.

8.05 температура тела снизилась до 36°C, но усилились боли в пояснице, возникли рвота и икота. На боковых поверхностях груди видна петехиальная сыпь. Имеются кровоизлияния в склеры глаз. Суточный диурез снизился до 300 мл.

Общий анализ крови: эритроциты -  $5,09 \cdot 10^{12}/л$ , лейкоциты -  $8,2 \cdot 10^9/л$ , эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 13%, сегментоядерные нейтрофилы - 70%, лимфоциты - 12%, моноциты - 4.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1,030. Белок - 3,3 г/л. Микроскопия: зернистые и гиалиновые цилиндры до 20, эр. свежие и выщелоченные до 30 в п/зр. Уровень мочевины - 6,2 ммоль/л, калия - 4,3 ммоль/л.

9.05. АД и пульс не определяются. Кожные покровы и слизистые бледные, цианотичные. Дыхание поверхностное, частое, холодный пот, резкая заторможенность.

Спустя 2 часа после интенсивной инфузионной терапии АД стабилизировалось до 100/60 мм.рт.ст., но сохраняется тахикардия до 130-140 уд/мин. Мочевина крови д 30 ммоль/л, диурез 150 мл. Вечером того же дня появилась кровавая рвота.

10.05 на фоне гемостатической терапии кровавая рвота прекратилась. АД повысилось до 180/110, но возникла анурия.

11.05 состояние тяжелое, адинамия сменилась двигательным возбуждением. Температура тела 37°C. Пульс 120 уд/мин. АД - 130/40. Тоны сердца глухие. В легких выслушиваются сухие и влажные хрипы, язык влажный, живот болезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Анурия.

Общий анализ крови: гемоглобин - 143 ммоль/л, лейкоциты -  $22,5 \cdot 10^9/л$ , юные - 8%, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные нейтрофилы - 68%, лимфоциты - 7%, моноциты - 5%.

Мочевина крови 46 ммоль/л, калий крови - 4,1 ммоль/л.

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Тактика ведения данного больного в стационаре (план обследования и лечебные мероприятия).

3. Показано ли проведение гемодиализа в данном случае? Лечение геморрагического синдрома при данном заболевании.

### Задача № 3

Больной Х. 19 лет, заболел 6.08, когда повысилась температура тела до 39,2°C и появились сильная головная боль, тошнота и рвота

желчью. Через 3 дня присоединились боли в животе разлитого характера, участилась рвота до 6-8 раз в сутки, уменьшился

Объективно: 4-й день болезни.

При поступлении состояние больного тяжелое. Гиперемия лица, кровоизлияния в склеры глаз, цианоз губ, петехиальная сыпь на боковых поверхностях грудной клетки. ЧД 22/ в мин. Тоны сердца приглушены, пульс 68 уд/мин., ритмичный. АД- 110/100 мм.рт.ст.. Язык сухой, обложен белым налетом. При пальпации живота определяются умеренное напряжение мышц и болезненность во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга выражен не резко. Печень выступает на 1см из-под края реберной дуги. Мышцы поясничной области напряжены и болезненны. Симптом Пастернацкого резко выражен. Олигурия.

Общий анализ крови: гемоглобин -3,1 ммоль/л, эритроциты -  $6,2 \cdot 10^6$ /л, лейкоциты -  $24 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты -  $180 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 8 мм/час. Мочевина крови 20,5 ммоль/л, калий - 3,6 ммоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1018, белок - 0,33 г/л, в осадке до 10 свежих эритроцитов в п/зр.

В дальнейшем температура тела снизилась, но состояние не улучшилось. Сохраняется тошнота, рвота, и икота. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга и Пастернацкого с обеих сторон. Пульс 80 в минуту, ритмичный. АД- 130/90 мм.рт.ст.

Содержание мочевины - 47,7 ммоль/л, креатинина - 0,8 ммоль/л, калия - 3,3 ммоль/л. Через некоторое время в правой половине живота и поясничной области появились сильные боли, которые стали нестерпимыми, что побудило прибегнуть к инъекции наркотических анальгетиков. АД - 130/100 мм рт.ст. Пульс - 84 уд/мин., ритмичный. Напряжение мышц передней брюшной стенки сохраняется. Суточный диурез составляет 200 мл мочи.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1005, белок - 20,2 г/л, в осадке большое количество свежих эритроцитов.

Общий анализ крови: гемоглобин - 98 ммоль/л, эритроциты -  $2,77 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $12 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы - 6%, с - 61%, лимфоциты - 10%, моноциты - 1%.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Какие дополнительные обследования следует назначать?
3. Какова лечебная тактика ведения в отношении больного?

**РОЖА**

### **Задача № 1**

Больная Т., 54 лет, вызвала врача из поликлиники в связи с повышением температуры тела и головной болью. Заболела накануне вечером, когда отметила головную боль, слабость, озноб. Температура тела повысилась до 39,0°C. Принимала жаропонижающие средства, но без эффекта. Два раза была рвота. Утром появились боли в левой подвздошной области, через несколько часов появилось покраснение кожи и отёк в области левой голени.

При осмотре на 2-й день болезни: состояние средней тяжести, температура тела 38,8°C, пульс - 110 уд/мин, АД 130/80 мм рт. ст., тоны сердца ритмичные. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 20 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Сознание ясное, менингеальной и очаговой неврологической симптоматики нет. На коже средней и нижней трети левой голени эритема с чёткими, неровными контурами и выраженный отёк. Очаг гиперемии горячий на ощупь; фоне гиперемированной кожи имеются точечные геморрагии. Паховые лимфоузлы слева увеличены до 1,5-2 см, мягко-эластической консистенции болезненные, кожа над ними обычной окраски.

Ногти на ногах деформированы, утолщены, отмечается мокнутие в области межпальцевых промежутков стоп, зуд в области пальцев ног.

Подобное заболевание той же локализации больная перенесла три раза за последние пять лет.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 2**

Больной Д., 58 лет, заболел остро с повышением температуры тела до 39,0°C и озноба. На второй день болезни в области правой голени появилось чувство распирания, отёк, покраснение кожи и её утолщение в средней и нижней трети голени. В связи с образованием пузырей на коже правой голени обратился к врачу в поликлинику и направлен в стационар.

При осмотре на 3-й день болезни: состояние средней тяжести, температура тела 38,9°C, пульс 106 ударов /мин, АД 140/80 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом, живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Диурез в норме.

В средней и нижней трети правой голени отмечается яркая эритема с чёткими, неровными контурами. Кожа в области эритемы горячая, напряжена, инфильтрирована, выражен отёк голени. На передней поверхности голени в средней трети имеются пузыри с прозрачным желтоватого цвета содержимым.

Ранее подобным заболеванием не страдал, но часто болел ангинами. Лечился по поводу тромбоза вен нижних конечностей. Настоящему заболеванию за 2 дня предшествовал ушиб правой голени.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### Задача № 3

Больной С., 50 лет, шофёр, поступил на 3-й день болезни в тяжёлом состоянии. Заболевание началось с выраженного озноба, головной боли, боли в мышцах, однократной рвоты и повышения температуры тела до 40°C. Принимал жаропонижающие препараты, однако без эффекта. К концу первых суток заболевания заметил покраснение кожи левой голени. Со второго дня болезни принимал доксициклин, но температура тела не снижалась, а на 3-й день в области левой голени на фоне гиперемизированной кожи образовались пузыри. Службой скорой медицинской помощи доставлен в инфекционное отделение.

При осмотре на 3-й день болезни, состояние тяжёлое, вялый, адинамичный, температура тела 38,1°C. Кожные покровы бледные, цианоз губ. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 130 в минуту, ЧД 22/ в мин, АД 80/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. За последние 12 часов диурез снижен.

В области левой голени от голеностопного сустава до коленного сустава и в области стопы имеется яркая эритема, обширные геморрагии; края эритемы имеют неровные очертания, чёткие границы с периферическим валиком; по наружной и задней поверхности голени несколько слившихся пузырей с тёмно-красным содержимым. Выражен отёк левой голени и стопы. Пальпируются увеличенные, болезненные паховые и бедренные лимфоузлы слева.

В возрасте 40 лет перенёс рожу лица. За неделю до заболевания болел «ОРЗ».

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### Задача № 4

Больная Н., 64 лет, доставлена службой скорой помощи в инфекционное отделение на 2-й день болезни с жалобами на головную боль, повышение температуры тела, отёк и гиперемию

кожи лица, слабость, снижение аппетита. Заболела остро накануне, когда появились указанные симптомы болезни.

Подобное заболевание наблюдается впервые.

При осмотре: 2-й день болезни, температура тела 38,6°C, пульс 102 уд/мин, АД 140/80 мм рт. ст. На коже лица в области щёк и переносицы яркая эритема с чёткими контурами, кожа инфильтрирована, напряжена. Резко выражен периорбитальный отёк, глазные щели узкие. С обеих сторон пальпируются увеличенные болезненные подчелюстные лимфоузлы.

За несколько дней до заболевания отмечались катаральные явления (насморк, боли в горле).

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

## **СИБИРСКАЯ ЯЗВА**

### **Задача № 1**

Больной А., 45 лет, заболел 4 дня назад. Заболевание началось с повышения температуры тела до 38,5°C, озноба, головной боли, появления зуда, жжения и участка гиперемии на коже предплечья левой руки. На 2 день появился отек кожи, а на месте гиперемии и зуда кожи развился пузырь с темным содержимым. Вскоре пузырь вскрылся, и на его месте образовалась обширная язва размерами 4x4 см с темным дном.

Эпиданамнез: житель сельской местности, пастух.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Специфическая диагностика.
3. Лечение.

### **Задача № 2**

Больной 30 лет, болен 2 сутки. Заболевание началось с озноба, повышения температуры тела до 38°C. Затем появился редкий непродуктивный кашель, неприятные ощущения в грудной клетке при дыхании и слезотечение. На 2 день заболевания отметил появление одышки и кашля с прожилками крови. При поступлении состояние больного тяжелое. Температура тела 40 °С, цианоз, профузное потоотделение, гиперемия конъюнктив, выраженная дыхательная недостаточность. В легких определяется крепитация с обеих сторон. АД 80/60 мм рт.ст, ЧДД 120 в мин. На рентгенограмме органов грудной клетки - выраженное расширение тени средостения и плевральный выпот.

Эпиданамнез: 5 дней назад вернулся из Кении.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Специфическая диагностика.

### 3. Лечение.

## **БРУЦЕЛЛЕЗ**

### **Задача № 1**

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. Температуру тела не измерял и продолжал работать. При первом измерении температуры тела спустя 5 дней от начала заболевания - лихорадка 39°C. Лечился тетрациклином по 1 таблетке 4 раза в день в течение 5 дней, но без эффекта. Обратился к участковому терапевту, который направил больного на госпитализацию в инфекционное отделение с подозрением на тифопаратифозное заболевание.

При поступлении: температура тела 38,9°C, однако интоксикация не выражена, больной активен, общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, но выражен гипергидроз. Значительно увеличены подмышечные лимфатические узлы, больше справа, определяется их умеренная болезненность. Имеется гепатоспленомегалия. Миалгий, артралгий не наблюдается. Суставы без видимой деформации и явлений воспаления. Со стороны других органов и систем - без особенностей.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Специфическая диагностика.
3. Лечение.

### **Задача № 2**

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 и временами появление субфебрильной температуры тела. Лечилась амбулаторно по поводу ревматизма, однако достигнуто временное улучшение. Месяц назад усилились слабость и потливость. Обострилась боль в суставах, появилась раздражительность, что и заставило её обратиться к врачу.

При осмотре: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, но есть умеренный гипергидроз. Лимфатические узлы не увеличены. В подкожной клетчатке пояснично-крестцовой области определяются болезненные уплотнения величиной до размера фасоли. Суставы без видимых признаков деформации, движения в коленных, голеностопных, локтевых, лучезапястных суставах болезненны и ограничены по 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. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Специфическая диагностика.
3. Лечение.

## **ЧУМА**

### **Задача № 1**

К больному Т., 30 лет, вызван врач скорой помощи. Со слов родственников, заболел около суток назад. Появился сильный озноб, сменившийся жаром, беспокоила резкая головная боль, боль в мышцах, повысилась температура тела до 39°C, чувствовал боль в правой подмышечной области. После приёма анальгина боль не прошла. Состояние ухудшалось: присоединилась тошнота, речь стала невнятной. Был вызван врач.

При осмотре на 2-й день болезни: температура тела 40,5°C, лицо гиперемировано, одутловато, склеры и конъюнктивы гиперемированы. Язык сухой, густо обложен белым налётом. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД 20/ в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 120 уд/мин, ритмичный, АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Больной возбуждён, постоянно что-то бормочет. Менингеальный синдром отрицательный.

В правой подмышечной области определяется резко болезненное уплотнение размерами 3х3 см, с нечёткими границами, плохо контурируется, кожа над ним слегка гиперемирована.

При расспросе удалось выяснить, что больной за 1 день до заболевания прилетел из Казахстана, где гостил у друзей. Накануне отъезда из Казахстана принимал участие в охоте и обработке туши сайгака.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 2**

Больной П., 25 лет, заболел внезапно: появился резкий озноб, сильная головная боль и повысилась температура тела до 40,5°C. Был беспокоен и бредил. Через 12-14 часов от начала болезни присоединились сухой кашель и боли в грудной клетке. На 2-й день болезни кашель усилился, появилась пенная кровянистая мокрота.

При осмотре на 2-й день болезни: гиперемия лица, склер, конъюнктив. Дыхание поверхностное, частота дыхания до 34/ в мин. В лёгких на фоне ослабленного дыхания выслушиваются рассеянные влажные хрипы. Кашель с жидкой, пенной, кровянистой мокротой. Тоны сердца глухие. Пульс 120 уд/мин., аритмичный, температуре тела 38,1°C, АД 85/55 мм рт. ст. Язык сухой, густо обложен белым налётом. Живот мягкий. Безболезненный. Край печени выступает на 1 см из-под рёберной дуги. Больной бредит. Менингеальные симптомы отрицательные.

Родственники больного сообщили, что накануне болезни он вернулся из Индии. В городе, где он проживал, отмечались случаи какого-то тяжёлого заболевания.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 3**

В приёмное отделение инфекционного стационара службой скорой помощи доставлен больной с диагнозом «Грипп?». Заболел остро 26.06: появился потрясающий озноб, головная боль, выраженная слабость, боли в мышцах, отмечал повышение температуры тела до 40°C. Со 2-го дня болезни присоединились боли в правой паховой области и состояние больного ухудшилось. Два раза была рвота.

При осмотре на 3-й день болезни: состояние тяжёлое, сознание нарушено, бредит. Кожные покровы бледные, цианоз губ и ногтей. В правой паховой области определяется пакет размером 4x5 см из увеличенных и спаянных между собой лимфатических узлов. Лимфоузлы не подвижны, спаяны с подлежащими тканями, плотные, нечётко контурированы, болезненные. Кожа над конгломератом лимфоузлов натянута, гиперемирована. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца глухие, аритмичные. Пульс слабого наполнения 132 уд/мин при температуре тела 37,8°C, АД 70/40 мм рт. ст. Язык утолщен, сухой густо обложен белым налётом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Диурез снижен.



Эпиданамнез: с 18.06 по 24.06 находился в Астраханской области. Рыбачил в дельте Волги. В Челябинск прибыл 25.06.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

## **ТУЛЯРЕМИЯ**

### **Задача № 1**

Больной Ч., 61 года, обратился в поликлинику на 7-й день болезни с жалобами на повышение температуры тела, слабость, недомогание, боли в правой подмышечной области.

Заболевание началось внезапно с появления озноба, ломоты в теле, повышения температуры тела до 39°C. Через 2 дня в правой подмышечной области появились небольшие боли и увеличился лимфоузел. Лечился самостоятельно жаропонижающими средствами. Был заподозрен гнойный лимфаденит правой подмышечной области. При осмотре на 7-й день болезни: температура тела 38,1°C, небольшая одутловатость и гиперемия кожи лица. Зев обычной окраски, чистый. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов не слышно. Пульс 72 уд/мин., АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1 см ниже рёберной дуги. В правой подмышечной области пальпируется увеличенный до 3х4 см лимфатический узел, границы его чёткие, слегка болезненный, кожа над ним не изменена.

Эпиданамнез: за 4 дня до заболевания больного в правое плечо укусила муха. Имели место множественные укусы комаров.

1. Какое заболевание следует заподозрить?
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 2**

К участковому терапевту поликлиники 21.05 обратился больной 32 лет с жалобами на слабость, повышение температуры тела, неприятные ощущения в левой подмышечной области. Заболел неделю назад, остро: озноб, повышение температуры тела до 38,5°C, головокружение, слабость, ломота в мышцах. В первые дни болезни беспокоил слегка зудящий пузырьёк на левом предплечье, который от расчёсывания вскрылся. На четвёртый день болезни появилось уплотнение в левой подмышечной области. Лихорадка в пределах 38-38,7°C сохранялась в течение 4-х дней, в последующем температура тела держалась в пределах 37,4-37,7°C. Лимфоузел увеличился в размерах, и пациент стал испытывать боль при поднимании левой руки. К 5-6 дню болезни на

месте вскрывшегося пузырька образовалась язва размером до 1 см в диаметре.

При осмотре на 8-й день болезни: температура тела 37,8°C, состояние пациента удовлетворительное, отмечаются гиперемия конъюнктов, инъекция сосудов склер. Сердечная деятельность удовлетворительная. На коже левого предплечья неглубокая язвочка размером до 0,7x0,5 см, покрытая тёмной коркой. В левой подмышечной области пальпируется лимфатический узел диаметром до 6 см, слегка болезненный при пальпации, эластической консистенции, подвижный, с чёткими контурами; окраска кожи над ним обычная. Другие периферические лимфоузлы не увеличены.

Эпиданамнез: больной живёт в деревне, занимается разведением нутрий. Подобное заболевание выявлено ещё у одного жителя данной деревни.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 3**

Больная Р., 26 лет, поступила в инфекционное отделение на 6-й день болезни с жалобами на слезотечение и отёк век правого глаза, увеличение передне шейного и подчелюстного лимфоузлов справа.

Заболела остро, когда повысилась температура тела до 38,1°C, появились слабость, озноб, мышечные боли, головная боль. Через день стали беспокоить воспаление и слезотечение в области правого глаза. Лечилась самостоятельно «глазными каплями», но без эффекта. В последующие дни присоединилось увеличение шейного лимфоузла справа. Обратилась к врачу в поликлинику, где был выставлен диагноз «Аденовирусная инфекция».

При осмотре на 6-й день болезни: правая глазная щель сужена, выражен конъюнктивит и отёк век правого глаза, имеется слизисто-гнойное отделяемое, на слизистой нижнего века видны желтовато-белые узелки размером с просыное зерно. Зрение не страдает. Передне шейный узел справа увеличен до 3x3 см, подчелюстной лимфоузел размером 2x2 см. Границы увеличенных лимфоузлов чёткие, кожа над ними не изменена, болезненности при пальпации нет. Отмечаются небольшая одутловатость и гиперемия лица. Пульс 74 уд/мин при температуре тела 38°C, АД 120/80 мм рт. ст. Язык слегка обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Из анамнеза установлено,

что женщина выезжала к родственникам в деревню за неделю до заболевания, брала в руки заячьи шкурки, которые сушились в сарае. После контакта со шкурками руки не мыла; также отмечает, что в помещении было пыльно.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

## **СЕПСИС**

### **Задача № 1**

У больной О., 29 лет через 3 дня после криминального аборта повысилась температура тела до 40°C, отмечено появление на коже множественных кровоизлияний. Через 2 суток после появления этих симптомов наступила смерть.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Специфическая диагностика.
3. Лечение.

### **Задача № 2**

Больная З., 68 лет, поступила в клинику для вскрытия абсцесса. После вскрытия абсцесса температура тела оставалась 39°C, появилась одышка. В анализах крови - лейкоцитоз со сдвигом формулы до промиелоцитов, повышение СОЭ. В анализах мочи небольшая протеинурия, лейкоцитурия, единичные эритроциты. Смерть наступила при явлениях острой сердечной недостаточности.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Специфическая диагностика.
3. Лечение.

### **Задача № 3**

У больного П., 40 лет, страдавшего ревматическим пороком сердца с поражением аортального клапана, после удаления зуба появились гектическая лихорадка, желтушность кожных покровов, геморрагические высыпания, одышка в покое и отеки на ногах. В клинической картине резко выражены геморрагический и тромбоэмболический синдромы, отмечается увеличение селезенки. В моче - микрогематурия и протеинурия. На конъюнктиве у внутреннего угла нижних век обоих глаз - петехиальные кровоизлияния.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Специфическая диагностика.
3. Лечение.

## **ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИЙ ШОК (ИТШ)**

### **Задача № 1**

Больная М., 30 лет, поступила в стационар на 3-й день болезни в тяжелом состоянии: с трудом вступает в контакт, временами появляются судороги в ногах. Жалобы на сильную головную боль в височных областях, рвоту, головокружение, кратковременную потерю сознания. При объективном осмотре - температура тела 40,1°C, больная заторможена, одышка 28 дыханий в минуту, тоны сердца приглушены, пульс 102 удара в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. Суточный диурез снижен.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

### **Задача № 2**

У больной А., 25 лет внезапно повысилась температура тела до 39,2°C., появились слабость, разбитость, головная боль в височных областях и в надбровных дугах. При осмотре наблюдается гиперемия лица, кожные покровы влажные, тоны сердца приглушены, ЧСС 92 удара в минуту, АД 90/40 мм рт.ст. В зеве - разлитая гиперемия с синюшным оттенком, выражена зернистость задней стенки глотки, имеется заложенность носа, наблюдались повторные носовые кровотечения.

Больная заторможена, на вопросы отвечает с трудом. Мочеиспускание безболезненное, но суточный диурез несколько уменьшен. Общий анализ крови: лейкоциты 4,0, эозинофилы 0%, палочкоядерные нейтрофилы 4%, сегментоядерные нейтрофилы 64%, лимфоциты 26%, моноциты 6%, СОЭ 20 мм/час.

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Специфическая диагностика
3. Лечение

## **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К КЛИНИЧЕСКИМ ЗАДАЧАМ:**

### **ШИГЕЛЛЕЗ**

#### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Острая дизентерия, колитический вариант, тяжелое течение.

Обоснование диагноза: колитический и интоксикационный синдром, водный и алиментарный фактор заражения.

2. Обнаружение в испражнениях больного шигелл (бактериологическое исследование), антигенов шигелл (ИФА). Исследование крови больного на специфические антитела к шигеллам - реакция непрямой гемагглютинации с эритроцитарным диагностикумом (РНГА). Ректороманоскопия.

3. Госпитализация в стационар. Щадящая диета. Антибактериальная терапия (фторхинолоны). Инфузионно-дезинтоксикационная терапия. НПВП. Спазмолитики. Пероральные ферментные препараты. Восстановление нарушенной микрофлоры кишечника.

#### **Эталон ответа к задаче № 2**

1. Острая дизентерия, гастроэнтероколитический вариант, тяжелое течение, дегидратация I степени.

Обоснование диагноза: начало с интоксикационного синдрома и гастроэнтерита с последующим развитием колита; употребление кисломолочных продуктов не прошедших термической обработки.

2. Обнаружение в испражнениях больной шигелл (бактериологическое исследование), антигенов шигелл (ИФА). Исследование крови больной на специфические антитела к шигеллам - реакция непрямой гемагглютинации с эритроцитарным диагностикумом (РНГА). Ректороманоскопия.

3. Госпитализация в стационар. Щадящая диета. Антибактериальная терапия (фторхинолоны). Инфузионно-дезинтоксикационная терапия. НПВП. Спазмолитики. Пероральные ферментные препараты. Восстановление нарушенной микрофлоры кишечника.

### **САЛЬМОНЕЛЛЕЗ**

#### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, гастроэнтеритический вариант, тяжелое течение, дегидратация II степени.

Обоснование диагноза: гастроинтестинальный и интоксикационный синдром, употребление в анамнезе продуктов животного происхождения.

2. Обнаружение в испражнениях больного сальмонелл (бактериологическое исследование), выявление антигенов сальмонелл в РЛА, ИФА и др. Исследование крови больного на специфические антитела к сальмонеллам - реакция непрямой гемагглютинации с эритроцитарным диагностикумом (РНГА), РСК и др. Госпитализация в стационар. Щадящая диета. Антибактериальная терапия (фторхинолоны). Инфузионно-детоксикационная терапия. НПВП. Спазмолитики. Пероральные ферментные препараты. Восстановление нарушенной микрофлоры кишечника.

#### **Эталон ответа к задаче № 2**

1. Сальмонеллез, генерализованная форма, тифоподобный вариант, тяжелое течение. Инфекция ВИЧ.

Обоснование диагноза: гастроинтестинальный и интоксикационный синдром с присоединением в дальнейшем сыпи, гепатоспленомегалии, употребление в анамнезе продуктов животного происхождения, фоновая иммуносупрессия вследствие ВИЧ.

2. Обнаружение сальмонелл в испражнениях больного и крови (бактериологическое исследование), выявление антигенов сальмонелл в РЛА, ИФА и др. Исследование крови больного на специфические антитела к сальмонеллам - реакция непрямой гемагглютинации с эритроцитарным диагностикумом (РНГА), РСК и др. Дообследование по диагнозу «инфекция ВИЧ» (количество CD4-клеток и вирусная нагрузка ВИЧ).

3. Госпитализация в стационар. Щадящая диета. Парентеральная антибактериальная терапия (фторхинолоны, цефалоспорины III поколения). Инфузионно-детоксикационная терапия. НПВП. Спазмолитики. Пероральные ферментные препараты. Восстановление нарушенной микрофлоры кишечника.

## **ХОЛЕРА**

#### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Холера, дегидратация IV степени, тяжелое течение.

Диагноз выставлен на основании эпидемиологического анамнеза, начала заболевания с поноса на фоне общего благополучия, а затем присоединения рвоты, быстрого ухудшения самочувствия (неукротимая рвота, водянистый стул без счета), спутанного сознания.

2. Бактериологическое исследование испражнений и рвотных масс на холерный вибрион экспресс-исследование, ускоренным и полным микробиологическим анализом.

3. Патогенетическая терапия, включающая в себя регидратацию в два этапа; этиотропная терапия, повышающая эффективность регидратации.

Acesoli 2000 ml в/в капельно по 100 мл в минуту (первые 2 литра), а затем через 2 часа по 10 мл в минуту в течение 6 часов.

#### **Эталон ответа к задаче № 2**

1. Холера, дегидратация IV степени, тяжелое течение.

Диагноз выставлен на основании эпидемиологического анамнеза, острого начала заболевания, выраженных диспепсических явлений при отсутствии интоксикации, внешнего вида пациента, нестабильных показателей гемодинамики.

2. Бактериологическое исследование испражнений и рвотных масс на холерный вибрион экспрессным, ускоренным и полным микробиологическим анализом.

3. Регидратационная терапия состоит из двух этапов:

Регидратация с целью восстановления потерь жидкости и солей, наблюдаемые до начала лечения;

Коррекция продолжающихся потерь жидкости до восстановления мочеотделения, появления оформленного стула, прекращения рвоты;

Sol. Trisoli 2000 ml в/в капельно по 100 мл в минуту (первые 2 литра), а затем через 2 часа по 10 мл в минуту в течении 6 часов.

#### **Эталон ответа к задаче № 3**

1. Холера, дегидратация IV степени, тяжелое течение. Холерный алгид.

Диагноз выставлен на основании эпидемиологического анамнеза, острого начала заболевания с бессчетного жидкого стула на фоне нормальной температуры тела, неукротимой рвоты «фонтаном» без тошноты, судорожного синдрома, тахикардии, гипотонии, внешнего вида больной, а также прекращения диспепсических явлений в процессе разгара заболевания. . водянистый стул без счета, нарастала слабость, появились судороги); объективного осмотра (температура тела 35,2°, кожные покровы бледные, покрыты липким потом, холодные на ощупь, акроцианоз, заостренные черты лица, снижен тургор кожи, темные круги под глазами, пульс нитевидный, 130 уд. в 1 мин. АД - 40/20 мм рт. ст., язык сухой, обложен густым темным налетом, живот запавший, безболезненный, отмечается урчание, шум плеска жидкости в мезогастрии при пальпации, в последние 30 мин. рвота и понос прекратились, анурия).

2. Бактериологическое исследование испражнений и рвотных масс на холерный вибрион экспрессным, ускоренным и полным микробиологическим анализом.

3. Объем регидратационной терапии зависит от массы тела больного и степени обезвоживания: вес больной - 70 кг, а степень

обезвоживания - IV, что составляет 10% и более % жидкости от массы тела больной, поэтому объем регидратационной терапии составит 7 и более литров.

С целью восполнения потерь жидкости количество вводимых растворов рассчитывается по формуле:

$$V = (P \cdot \Pi) / 100\%,$$

где P - масса тела больного в кг, П - % дефицита массы тела больного, который обусловлен дегидратацией.

Для этиотропной терапии холеры используются антибиотики тетрациклинового ряда: доксициклин 0,1 per os по 2 капсулы 1 раза в день в течение 5 дней.

#### **Эталон ответа к задаче № 4**

1. Холера, дегидратация IV степени, тяжелое течение. Диагноз выставлен на основании эпидемиологического анамнеза, острого начала заболевания (в утреннее время с жидкого водянистого стула до 20 раз, рвоты 5 раз, появились судороги икроножных мышц), объективного осмотра (общая синюшность кожных покровов, резкая сухость слизистых, афония, западение глазных яблок, заострившиеся черты лица).

2. Бактериологическое исследование испражнений и рвотных масс на холерный вибрион экспрессным, ускоренным и полным микробиологическим анализом.

3. Терапия данной больной включает:

Регидратация (полиионные кристаллоидные растворы («Трисоль», «Квартасоль», «Хлосоль» со скоростью 120 мл в минуту первые 2 литра в течение 2-х часов);

Коррекция потерь жидкости и электролитов (полиионные кристаллоидные растворы («Ацесоль», «Трисоль», «Квартасоль», «Хлосоль» со скоростью 10 мл в минуту в течение 6 часов);

Реабилитационный этап, на котором купируется клеточная задолженность по электролитам (особенно калия) - назначение панангина (аспаркам) по 2 таблетке 3 раза в сутки в течение 1 месяца;

Этиотропная терапия (препараты тетрациклинового ряда: тетрациклин по 0,5 г 4 раза в сутки) в течение 5 дней.

## **ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ И ВИРУСНЫЕ ДИАРЕИ**

#### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. ПТИ, гастроэнтеритический вариант, тяжелой степени тяжести. Гиповолемический шок I-II стадии.

2. Бак. посев рвотных масс (промывных вод желудка); Бак посев кала № 3; РПГА с сальмонеллезным диагностикумом; РА с



аутоштаммом возбудителя; ИФА, РАЛ (для обнаружения Ag вируса)

3. Госпитализация обязательна (в ПИТ); Элиминация токсинов из ЖКТ (промывание желудка, назначение адсорбентов). Коррекция водно-солевого баланса (требуется внутривенная регидратационная терапия полиионными солевыми растворами, затем пероральная регидратация); Коррекция нормальной микрофлоры; Симптоматическая терапия; Коррекция пищеварительной функции.

#### **Эталон ответа к задаче № 2**

1. Ротавирусный гастроэнтерит, средней степени тяжести.

2. Исследование испражнений больных на ротавирусы назначается во всех случаях, когда предварительно установлен один из нижеследующих диагнозов: пищевая токсикоинфекция, независимо от варианта течения; о. гастроэнтерит, о. энтерит, о. энтероколит; ОРВИ при наличии у больного признаков кишечной дисфункции.

3. Диета ЩД с исключением молочных продуктов и ограничением количества углеводов в течение 2 недель; Адекватную оральную регидратацию; Дезинтоксикационную терапию по показаниям; Энтеросорбцию любыми доступными препаратами (смекта, полисорб, пекта, карболонг, полифепан, энтеросгель и др.); Симптоматическую терапию (панкреатические ферменты, спазмолитики, вяжущие средства, эубиотики, предпочтительно назначать больным препараты, содержащие лактобактерии).

#### **Эталон ответа к задаче № 3**

1. ПТИ, гастритический вариант, средней степени тяжести.

2. Бак. посев рвотных масс (промывных вод желудка); Бак посев кала №3; РПГА с сальмонеллезным диагностикумом; РА с аутоштаммом возбудителя; ИФА, РАЛ (для обнаружения Ag вируса).

3. Элиминация токсинов из ЖКТ (промывание желудка, назначение адсорбентов). Коррекция водно-солевого баланса (требуется внутривенная регидратационная терапия полиионными солевыми растворами, затем пероральная регидратация); Коррекция нормальной микрофлоры; Симптоматическая терапия; Коррекция пищеварительной функции.

## **БОТУЛИЗМ**

#### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Пищевой ботулизм, тяжёлое течение; острая дыхательная недостаточность II степени.

Обоснование диагноза: кратковременный интоксикационный и диспепсический синдром с нарастающей впоследствии неврологической симптоматикой и развитием острой дыхательной недостаточности; употребление консервированных продуктов, где созданы анаэробные условия.

2. Обнаружение ботулинического токсина и выделение возбудителя ботулизма в крови, промывных водах желудка или рвотных массах, испражнениях больного, остатках подозрительного продукта.

3. Госпитализация в ОРИТ. Интенсивная патогенетическая терапия по ведущим синдромам. Удаление еще не всосавшегося в ЖКТ ботулотоксина (промывание желудка, сифонные клизмы, энтеросорбенты). Введение антитоксической противоботулинической сыворотки. Зондовое и/или парентеральное питание.

#### **Эталон ответа к задаче № 2**

1. Ботулизм младенцев, тяжёлое течение. Аспирационная пневмония, тяжелое течение. Острая дыхательная недостаточность III степени.

Обоснование диагноза: Нарастающая неврологическая симптоматика, присоединение впоследствии интоксикации и дыхательной недостаточности; частичное искусственное вскармливание и неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия проживания.

2. Обнаружение ботулинического токсина и выделение возбудителя ботулизма в крови, промывных водах желудка или рвотных массах, испражнениях больного, остатках подозрительного продукта.

3. Госпитализация в ОРИТ. Интенсивная патогенетическая терапия по ведущим синдромам. Удаление еще не всосавшегося в ЖКТ ботулотоксина (промывание желудка, сифонные клизмы, энтеросорбенты). Введение антитоксической противоботулинической сыворотки. Антибактериальная терапия. Зондовое и/или парентеральное питание.

## **ИЕРСИНИОЗЫ**

#### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Иерсиниоз, генерализованная форма, смешанный вариант, средней степени тяжести.

2. РПГА с иерсиниозным, псевдотуберкулезным диагностикумами.

3. Диета, постельный режим, инфузионная дезинтоксикационная терапия, этиотропная терапия (а\б фторхинолоны, тетрациклины).

#### **Эталон ответа к задаче № 2**

1. Иерсиниоз, генерализованная форма, средней тяжести.

2. РПГА с иерсиниозным, псевдотуберкулезным диагностикумами.

3. Диета, постельный режим, инфузионная дезинтоксикационная терапия, этиотропная терапия (а\б фторхинолоны, тетрациклины).

## **ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ А, Е**

### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Вирусный гепатит А, желтушная форма, легкое течение.
2. ИФА (anti-HAV-IgM).
3. Диета, покой, обильное питье, энтеросорбенты.

### **Эталон ответа к задаче № 2**

1. Вирусный гепатит А, желтушная форма, средней тяжести.
2. ИФА (анти-HAV-IgM).
3. Диета, дезинтоксикация в/в, энтеросорбенты.

### **Эталон ответа к задаче № 3**

1. Вирусный гепатит А, субклиническая форма.
2. ИФА (маркеры вирусных гепатитов).
3. Госпитализация в инфекционное отделение, обильное питье, диета.

### **Эталон ответа к задаче № 4**

1. Вирусный гепатит Е, желтушная форма, средней тяжести.
2. ИФА (анти-HEV-IgM).
3. Инфузионная терапия, энтеросорбенты, гепатопротекторы.

## **ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В, С, D. ОСТРАЯ ПЕЧЕНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ**

### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, средней тяжести.
2. ИФА (HBsAg, anti-HBcore-IgM).
3. Диета, постельный режим, инфузионная дезинтоксикационная терапия, лактулоза.

### **Эталон ответа к задаче № 2**

1. Фулминантный гепатит В, острая печеночная энцефалопатия, прекома II, желудочно-кишечное кровотечение.
2. ИФА (HBsAg, anti-HBcore-IgM).
3. Перевод в ПИТ. Дезинтоксикация в/в, реамберин, с/з плазма, КСГ, лактулоза, гепамерц, экстракорпоральная дезинтоксикация, показания к ОТП.

### **Эталон ответа к задаче № 3**

1. Острый вирусный гепатит С, желтушная форма, легкое течение/
2. ПЦР (РНК HCV).
3. Противовирусная терапия интерферонами 6 мес.

### **Эталон ответа к задаче № 4**

1. Цирроз печени вирусный В+С, класс С. Хроническая ПЭП.
2. ИФА, ПЦР.
3. Лактулоза, диуретики, гепамерц, альбумин в/в.

## **ЛЕПТОСПИРОЗ, МОНОНУКЛЕОЗ**

### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Инфекционный мононуклеоз, типичная форма, средней тяжести
2. ИФА (антитела к капсидному антигену), ПЦР (ДНК крови).
3. Дезинтоксикация, антигистаминные.

### **Эталон ответа к задаче № 2**

1. Лептоспироз, желтушная форма, тяжелое течение.
2. Бактериологический метод (выделение культуры из крови, мочи, ликвора), серологический (РАЛ).
3. Антибиотики пенициллинового ряда, дезинтоксикация, КСГ, фуросемид.

## **БРЮШНОЙ ТИФ**

### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Брюшной тиф, средней степени тяжести.  
Обоснование диагноза: Постепенное начало болезни, лихорадка постоянного типа, нарушение сна, слабость, обложенность языка, розеолезная сыпь, гепатоспленомегалия.
2. Бактериологическое исследование крови (гемокультура, стерильность), копрокультура, уринокультура. РА с брюшнотифознфм а/г и РПГА с О-, Н- и Vi- эритроцитарными диагностикумами. Используется ИФА.
3. Обязательная госпитализация. Щадящая диета (№ 4 по Певзнеру). Постельный режим до 6-7 дня нормальной температуры тела. Этиотропная терапия (препараты выбора - фторхинолоны; цефтриаксон) до 10 дня нормальной температуры тела. Дезинтоксикационная терапия (реамберин, 5% глюкоза, полиионные солевые растворы), витаминотерапия.

### **Эталон ответа к задаче № 2**

1. Брюшной тиф, тяжёлое течение.  
Обоснование диагноза: постепенное начало болезни, выраженная интоксикация, температура тела выше 40°C, розеолезная сыпь на животе, фулигинозный язык, гепатомегалия, адинамия, относительная брадикардия, гипотония.
2. Бактериологическое исследование крови в течение 2-3 дней на возбудителя брюшного тифа, исследование

копрокультуры и уринокультуры. РА с брюшнотифозным антигеном, РПГА с эритроцитарным брюшнотифозным диагностикумом при поступлении и в динамике через 7-10 дней.

3. Госпитализация в инфекционное реанимационное отделение. Постельный режим и диета (стол по Певзнеру № 4). В/в антибиотики в терапевтических дозах (препараты из группы фторхинолонов или цефтриаксон). ГКС. Дезинтоксикационная терапия (реополиглюкин, реамберин, 5% глюкоза и др.). Десенсибилизирующие средства. Дальнейшая коррекция в лечении проводится в зависимости от течения заболевания и чувствительности к а/б выделенного возбудителя.

### **Эталон ответа к задаче № 3**

1. Брюшной тиф, тяжёлое течение. Осложнение: кишечное кровотечение.

Обоснование диагноза: длительная лихорадка, головная боль, бессонница, запоры, гепатомегалия; резкое снижение температуры тела на 18 день болезни, сопровождающееся развитием акроцианоза, появлением холодного пота, тахикардией, снижением АД, наличие крови в испражнениях.

2. Бактериологическое исследование крови, кала, мочи на тифопаратифозную группу. Обнаружение антител в реакции Видала (РА), РНГА с О-, Н- и Vi-эритроцитарными диагностикумами. Диагностический титр 1:200 и более, в парных сыворотках - 4-х кратный рост титра антител.

3. Абсолютный покой, холод на живот, голод на 12 часов. Консервативное лечение: хлорид кальция 10% - 10 мл в/в струйно, викасол 1% р-р в/м - 1мл х 2-3 раза в день, Е-аминокапроновая кислота 100 мл в/в капельно, дицинон 2 мл в/м, СЗП. При повторном или массивном кровотечении перевод в хирургическое отделение.

## **ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ**

### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. ВИЧ - инфекция, стадия 4В. Токсоплазмоз головного мозга.
2. Дифференцировать с ЦМВИ, туберкулезным, криптококковым менингитом, лимфомой мозга.
3. ВААРТ, противогрибковые, антипротозойные препараты.

### **Эталон ответа к задаче № 2**

1. ВИЧ-инфекция, стадия 4В.
2. ИФА, иммуноблот, далее количество CD4-лимфоцитов, обзорная рентгенография органов грудной клетки, микроскопия мокроты, микологическое исследование соскобов со слизистой ротоглотки, копрологическое исследование, биопсия узелков.
3. ВААРТ.

### **Эталон ответа к задаче № 3**

1. ВИЧ - инфекция, стадия 2Б.
2. ИФА а-ВИЧ, иммуноблот при положительном ИФА в острый период, через 3 и 6 месяцев, ИФА с антигенами ВЭБ.
3. Диспансеризация. После подтверждения диагноза ВИЧ - инфекция - направление в консультативно-диагностический центр СПИД.

## **ГЕЛЬМИНТОЗЫ**

### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Тениоз. Осложнение: цистицеркоз мозга.  
Обоснование диагноза: Учитывая дисфункцию кишечника, диспепсический синдром, пассивное отхождение члеников гельминта с испражнениями во время дефекации можно предположить глистную инвазию: тениоз. Учитывая жалобы больного при поступлении, периодически возникающую рвоту, нельзя исключить присоединение осложнения - цистицеркоз мозга.
2. Для подтверждения диагноза необходимо исследовать членики гельминта, провести копроовоскопию. Консультация невропатолога. КТ, МРТ, УЗИ головного мозга для идентификации поражений мозга.
3. Обязательная госпитализация в инфекционное отделение с целью обследования и лечения. Этиотропная терапия празиквантелом проводится с учётом противопоказаний (противопоказан при цистицеркозе глаз). Проводится дегидратационная, симптоматическая терапия. По показаниям проводится хирургическое лечение (после указанного обследования).

### **Эталон ответа к задаче № 2**

1. Трихинеллёз, тяжёлое течение.  
Обоснование диагноза: Учитывая острое начало болезни, лихорадку, миалгии, артралгии, отёчный синдром, обильную сыпь на туловище и конечностей лейкоцитоз и эозинофилию, употребление свиного окорока. Для брюшного тифа не характерны миалгии, периферические отёки и эозинофилия.
2. Для подтверждения диагноза трихинеллёза необходимо назначить анализ крови на ИФА и РНГА с трихинеллёзным антигеном в парных сыворотках с интервалом 10-14 дней.
3. Этиотропная терапия: немозол 400 мг х 2 раза в день - 14 дней. Дезинтоксикационная терапия, антигистаминные препараты, НПВС.

### **Эталон ответа к задаче № 3**

1. Острый описторхоз, средней степени тяжести.

Обоснование диагноза: Учитывая лихорадку в течение 12 дней, гепатомегалию, развитие синдрома желтухи на фоне лихорадки, лейкоцитоз, эозинофилию, гипербилирубинемия и незначительное повышение АлАТ, отсутствие маркёров вирусных гепатитов, употребление жареной рыбы семейства карповых за 12 дней и два случая заболевания в семье.

2. На данной стадии заболевания используются серологические методы диагностики, но окончательно диагноз устанавливается на основании паразитологического подтверждения (обнаружение в фекалиях или жёлчи яиц кошачьей двуустки, которые начинают выделяться не ранее, чем через 4-6 недель после заражения).

3. Дезинтоксикационная терапия, антигистаминные препараты, симптоматическая терапия. Этиотропная терапия проводится после купирования лихорадки, устранения интоксикации и аллергических проявлений.

## **ГРИПП, ОРЗ**

### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Орнитоз (эпиданамнез: внутрисемейная вспышка после контакта с больной птицей, клиника пневмонии).

2. РСК с орнитозным антигеном в парных сыворотках.

3. Этиотропная терапия антибиотиками тетрациклинового ряда или макролидами. Муколитики и отхаркивающие. Физиотерапия в периоде реконвалесценции.

### **Эталон ответа к задаче № 2**

1. Инфекционный мононуклеоз (клинические синдромы: интоксикационный, тонзиллярный, гепатолиенальный, лимфаденопатии).

2. ИФА: определение специфических антител к капсидному и раннему антигенам ВЭБ.

3. Постельный режим. Дезинтоксикация. Жаропонижающие. Полоскание горла антисептиками. При затяжном течении - ГКС.

### **Эталон ответа к задаче № 3**

1. Скарлатина (синдромы: тонзиллярный, лимфаденопатии, экзантемы).

2. Специфической диагностики нет. Диагноз устанавливается клинически.

3. Этиотропная терапия антибиотиками пенициллинового ряда и цефалоспорины 3-го поколения.

### **Эталон ответа к задаче № 4**

1. Грипп, токсикоз 2-й степени (ведущий синдром - интоксикационный).

2. ПЦР - обнаружение РНК вирусов гриппа в носоглоточной слизи.

3. Противогриппозные препараты прямого действия (тамифлю, арбидол, ингавирин, реленза). Порошки для горячего питья (колдрекс, максиколд и др.). Обильное питье в качестве дезинтоксикации. Антикongестанты.

#### **Эталон ответа к задаче № 5**

1. Грипп, токсикоз 3-й степени.  
2. ПЦР - обнаружение РНК вирусов гриппа в носоглоточной слизи.

3. Противогриппозные препараты прямого действия (тамифлю, арбидол, ингавирин, реленза). Порошки для горячего питья (колдрекс, максиколд и др.). Обильное питье в качестве дезинтоксикации. Антикongестанты.

#### **Эталон ответа к задаче № 6**

1. Грипп, токсикоз 2-й степени.  
2. ПЦР - обнаружение РНК вирусов гриппа в носоглоточной слизи.

3. Противогриппозные препараты прямого действия (тамифлю, арбидол, ингавирин, реленза). Порошки для горячего питья (колдрекс, максиколд и др.). Обильное питье в качестве дезинтоксикации. Антикongестанты.

#### **Эталон ответа к задаче № 7**

1. ОРВИ (аденовирусная инфекция, фарингоконъюнктивальная лихорадка).

2. РСК с респираторными диагностикумами в парных сыворотках (4-х кратное нарастание титра антител с аденовирусным антигеном)

3. Обильное питье для дезинтоксикации. Противовирусные препараты (арбидол, ингавирин, рекомбинантные интерфероны, индукторы интерферонов). Порошки для горячего питья.

#### **Эталон ответа к задаче № 8**

1. Грипп, токсикоз 2-й степени.  
2. ПЦР - обнаружение РНК вирусов гриппа в носоглоточной слизи.

3. Противогриппозные препараты прямого действия (тамифлю, арбидол, ингавирин, реленза). Порошки для горячего питья (колдрекс, максиколд и др.). Обильное питье в качестве дезинтоксикации. Антикongестанты.

#### **Эталон ответа к задаче № 9**

1. Преджелтушный период ВГА.  
2. ИФА для определения специфических антител к ВГА.  
3. Режим. Диета. Обильное питье для дезинтоксикации.

#### **Эталон ответа к задаче № 10**

1. ОРВИ (ведущий синдром - катарально-респираторный)



2. РСК с респираторными диагностикумами в парных сыворотках (4-х кратное нарастание титра антител).

3. Обильное питье для дезинтоксикации. Противовирусные препараты (арбидол, ингавирин, рекомбинантные интерфероны, индукторы интерферонов). Порошки для горячего питья. Антикongестанты и противокашлевые препараты.

#### **Эталон ответа к задаче № 11**

1. Менингококковый назофарингит.

2. Бактериологическое исследование носоглоточной слизи (мазок из носоглотки).

3. Госпитализация по эпидемиологическим и клиническим показаниям. Антибактериальная терапия (пенициллины, цефалоспорины).

## **ДИФТЕРИЯ**

#### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Дифтерия ротоглотки, токсическая, степень 2, тяжёлое течение.

Обоснование диагноза: острое начало, интоксикация, плотные фибринозные плёнки на миндалинах, не снимаются шпателем, отёк подкожной клетчатки шеи до ключицы, регионарный лимфаденит.

2. Бактериологическое исследование: посев слизи из ротоглотки и носа на дифтерийную палочку и определение токсигенных и биологических свойств выделенной культуры возбудителя. При отрицательных результатах бактериологического исследования применяются серологические методы исследования в парных сыворотках на наличие специфических антител.

3. Обязательная госпитализация. Постельный режим. Для нейтрализации дифтерийного токсина вводится ПДС в/в (50-60 тыс. МЕ). Для подавления возбудителя назначается один из указанных антибиотиков в средних терапевтических дозах в течение 5-8 суток: пенициллины, цефалоспорины, макролиды. Дезинтоксикационная терапия. Антигистаминные препараты.

#### **Эталон ответа к задаче № 2**

1. Дифтерия дыхательных путей (дифтерийный круп), тяжёлое течение.

Обоснование диагноза: острое начало, сухой кашель, охриплость голоса, афония, прогрессирование заболевания с признаками стеноза гортани (шумный вдох, бледность кожи, цианоз, втяжение межреберий, двигательное беспокойство больного, тахикардия), отсутствие специфической профилактики более 10 лет.

2. Бактериологическое исследование мазков с поражённой поверхности и из носа с последующим определением токсигенных и биологических свойств выделенной дифтерийной палочки.

Серологические методы диагностики назначаются при отрицательных результатах бактериологического исследования.

3. Госпитализация в реанимационное инфекционное отделение. Постельный режим. Показана срочная консультация оториноларинголога. Только при ларингоскопии можно поставить диагноз локализованного и распространённого крупа: обнаруживают дифтерийные плёнки на голосовых связках. Введение ПДС (20-30 тыс. МЕ). Антибиотики в течение 5-8 дней в терапевтических дозах (пенициллины, цефалоспорины, макролиды). Дезинтоксикационная терапия. Антигистаминные препараты, ГКС, оксигенотерапия.

#### **Эталон ответа к задаче № 3**

1. Локализованная дифтерия ротоглотки, плёнчатая форма, лёгкая степень тяжести.

Обоснование диагноза: слабо выражен синдром интоксикации, локализованный местный процесс-образование плёнок бело-серого цвета на миндалинах, регионарный лимфаденит.

2. Диагноз подтверждён при обследовании в амбулаторных условиях выделением токсигенного штамма дифтерийной палочки.

3. Госпитализация в инфекционное отделение (все больные дифтерией подлежат госпитализации и изоляции). ПДС не вводится в связи с отсутствием показаний на данном этапе заболевания (отсутствие дифтерийных плёнок на миндалинах). Учитывая, что больному проведено амбулаторно этиотропное лечение, назначается бактериологическое обследование на дифтерию на 4 и 6 день после отмены антибиотиков. Выписка проводится после двукратного отрицательного результата бактериологического исследования отделяемого ротоглотки и носа.

## **МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ**

#### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Менингококковая инфекция. Генерализованная форма. Менингококцемия. ИТШ 3 ст.

Диагноз выставлен на основании острейшего начала, интоксикации, судорожного синдрома, характерной геморрагической сыпи на кожных покровах, патологических изменений со стороны гемодинамики.

2. Немедленная госпитализация в реанимационное отделение или ПРИТ инфекционного отделения. Общеклиническое

обследование. После выведения из ИТШ - люмбальная пункция с цитологическим и бактериологическим исследованием ликвора

3. Перевод больного на управляемое дыхание (ИВЛ). Дезинтоксикационная терапия кристаллоидными растворами (ацесоль, дисоль) по принципу управляемой гемодилюции, восстановление гемодинамики (препараты гидроксипропилкрахмала - (волювен, инфукол) плазма, альбумин), глюкокортикоиды (дексаметазон), ингибиторы протеаз (контрикал, трасилол), противосудорожные препараты (диазепам, теопентал натрия). С целью этиотропного лечения стартовым является левомецетин сукцинат натрия 80-100 мг/кг в сутки внутривенно каждые 6 часов.

#### **Эталон ответа к задаче № 2**

1. Менингококковая инфекция. Менингококковый менингит, менингококцемия, тяжелое течение.

Диагноз выставлен на основании острого начала, интоксикации, катаральных явлений, менингеальных знаков, геморрагической сыпи.

2. Госпитализация в реанимационное отделение или ПРИТ инфекционного отделения. Общеклиническое обследование. Люмбальная пункция с цитологическим и бактериологическим исследованием ликвора

3. Патогенетическая терапия (дезинтоксикация, дегидратация, мочегонные калийсберегающие препараты, сенсibilизация). 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.

#### **Эталон ответа к задаче № 3**

1. Менингококковая инфекция, менингококцемия, осложненная ИТШ 2 степени. 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 с последующей сменой на антибиотики широкого спектра по принципу двойной терапии после выведения из шока.

### **КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ (КЭ)**

#### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Клещевой энцефалит, менингеальная форма, средней степени тяжести

2. Люмбальная пункция с цитологическим, биохимическим исследованием ликвора, ИФА на Ат к вирусу КЭ, ИФА на Ат к боррелиям, ИФА на Ат к ГАЧ, ИФА на Ат к МЭЧ, исследование ликвора на энтеровирусы методом ПЦР (с целью дифференциальной диагностики серозного менингита).

3. Ведущий клинический синдром - менингеальный, дифференциальная диагностика проводится с менингитами вирусной этиологии - энтеровирусные, паротитные и др, с серозными менингитами бактериальной этиологии (боррелиозные, туберкулезные и др.), серозными менингитами риккетсиозной этиологии (ГАЧ, МЭЧ).

#### **Эталон ответа к задаче № 2**

1. Клещевой энцефалит, менингоэнцефалитическая форма, тяжелое течение. ОНГМ.

2. Отек и набухание головного мозга. Кома 1.

3. Лечение ОНГМ основывается на устранении вызвавшей его причины (этиотропное лечение), а также на выведении избыточного количества жидкости, нормализации мозгового кровообращения и проницаемости гематоэнцефалического барьера, коррекции метаболических нарушений.

### **ИКСОДОВЫЙ КЛЕЩЕВОЙ БОРРЕЛИОЗ (ИКБ)**

#### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Иксодовый клещевой боррелиоз, манифестная эритемная форма, легкое течение. 1 стадия (стадия локальной инфекции).

2. ИФА, ПЦР.

3. Доксициклин, амоксицилин, амоксициллин, сумамед, рокситромицин, азитромицин, кларитромицин, цефиксим.

#### **Эталон ответа к задаче № 2**

1. Иксодовый клещевой боррелиоз, безэритемная форма, стадия ранних органических поражений с преимущественным поражением нервной системы (неврит лицевого нерва).

2. Медленный и поздний антителогенез (обычно на 2-3 недели от начала заболевания). ИФА на Ат к боррелиям назначают в динамике через 2 недели и через месяц от начала заболевания.

3. Пенициллин или цефалоспорины 2 и 3 поколений внутримышечным или в/в введением препаратов не менее 14 дней.

#### **Эталон ответа к задаче № 3**

1. Иксодовый клещевой боррелиоз, хроническое течение, стадия поздних органических поражений (ХААД, полинейропатия).

2. Трансмиссивный механизм (инокуляция, раздавливание переносчиков), алиментарный путь.

3. Препараты выбора - цефалоспорины 3 поколения.

## **БЕШЕНСТВО**

### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Городское бешенство, период возбуждения.

Обоснование диагноза: психомоторное возбуждение, сиалорея, спастический синдром, лихорадка; наличие укушенной раны, нанесенной бездомной кошкой.

2. Обнаружение антигена вируса с помощью РИФ в отпечатках роговицы, биоптатах кожи и мозга, ПЦР, выделение культуры вируса из слюны, слезной жидкости, СМЖ путем биологической пробы на новорожденных мышатах. Ретроспективная диагностика: гистологическое исследование срезов головного мозга умершего в целях обнаружения телец Бабеша-Негри и антигена вируса.

3. Госпитализация в ОРИТ. Фиксация больного. Охранительный режим для уменьшения внешних раздражителей. Лечение направлено на уменьшение страданий больного. Применяются снотворные, седативные и противосудорожные средства, антипиретики и анальгетики. Проводят коррекцию водно-электролитного баланса, оксигенотерапию, ИВЛ. Этиотропная терапия не разработана.

### **Эталон ответа к задаче № 2**

1. Лесное бешенство («тихое»), паралитический период.

Обоснование диагноза: нарушение поведения с развитием угнетения сознания и парезов, лихорадка; наличие укушенной раны, нанесенной летучей мышью.

2. Обнаружение антигена вируса с помощью РИФ в отпечатках роговицы, биоптатах кожи и мозга, ПЦР, выделение культуры вируса из слюны, слезной жидкости, СМЖ путем биологической пробы на новорожденных мышатах. Ретроспективная диагностика: гистологическое исследование срезов головного мозга умершего в целях обнаружения телец Бабеша-Негри и антигена вируса.

3. Госпитализация в ОРИТ. Охранительный режим. Лечение направлено на уменьшение страданий больного. Показаны антипиретики и анальгетики. Проводят коррекцию водно-электролитного баланса, оксигенотерапию, ИВЛ. Этиотропная терапия не разработана.

## **ОТЕК-НАБУХАНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА (ОНМГ)**

### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Менингококковая инфекция, генерализованная форма, гнойный менингит; тяжелое течение, ОНМГ.

2. Бактериоскопический метод и бактериологическое исследование крови, ликвора, слизи из носоглотки; серологическое исследование (РЛА, РНГА в парных сыворотках); ПЦР.

3. При подозрении на менингококковую инфекцию проводится обязательная госпитализация больного. Госпитализация необходима по эпидемиологическим и клиническим показаниям. Этиотропная терапия: пенициллин из расчета 200 000 - 300 000 ЕД на 1 кг веса больного в сутки внутримышечно с 4-х часовым интервалом (цефтриаксон и др.) Патогенетическая терапия и симптоматическая - направлены на борьбу с интоксикацией, гипоксией, уменьшение отека мозга, поддержание или восстановление деятельности сердечно-сосудистой системы, снятие судорожного синдрома и гипертермии.

Глюкокортикостероиды: при развитии синдрома отека и набухания мозга препаратом выбора является дексаметазон (8-12 мг в/в, затем по 4-8 мг каждые 6 часов в/м); при менингоэнцефалитах, менингококцемии с нестабильной гемодинамикой гормоны вводятся в/в коротким курсом в дозе 1,0 - 3,0 мг/кг в расчете на преднизолон. Осмодиуретики.

#### **Эталон ответа к задаче № 2**

1. Менингококковая инфекция, генерализованная форма, смешанный вариант: менингококкемия, гнойный менингит; тяжелое течение, ОНГМ.

2. Бактериоскопический метод и бактериологическое исследование крови, ликвора, слизи из носоглотки; серологическое исследование (РЛА, РНГА в парных сыворотках); ПЦР.

3. При подозрении на менингококковую инфекцию проводится обязательная госпитализация больного. Госпитализация необходима по эпидемиологическим и клиническим показаниям. Этиотропная терапия: пенициллин из расчета 200 000 - 300 000 ЕД на 1 кг веса больного в сутки внутримышечно с 4-х часовым интервалом (цефтриаксон и др.) Патогенетическая терапия и симптоматическая - направлены на борьбу с интоксикацией, гипоксией, уменьшение отека мозга, поддержание или восстановление деятельности сердечно-сосудистой системы, снятие судорожного синдрома и гипертермии.

Глюкокортикостероиды: при развитии синдрома отека и набухания мозга препаратом выбора является дексаметазон (8-12 мг в/в, затем по 4-8 мг каждые 6 часов в/м); при менингоэнцефалитах, менингококцемии с нестабильной гемодинамикой гормоны вводятся в/в коротким курсом в дозе 1,0 - 3,0 мг/кг в расчете на преднизолон. Осмодиуретики.

## **СЫПНОЙ ТИФ**

### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Сыпной тиф средней степени тяжести.
2. Серологические реакции (РСК, РНГА, МФА, ИФА), ПЦР
3. Режим, диета, этиотропная, патогенетическая, симптоматическая терапия. Тетрациклиновые препараты по 0,3-0,4 г 4 раза в сутки или доксициклин по 0,1 г. 2 раза в день. Антибиотики назначаются на весь период лихорадки и два дня нормальной температуры. С третьего дня нормальной температуры тела антибиотики отменяют.

### **Эталон ответа к задаче № 2**

1. Нет, т.к. для брюшного тифа не характерно острое начало болезни, возбуждение, гиперемия лица, кровоизлияния в конъюнктиву, тремор рук и языка и розеолезно-петехиальная сыпь на 5 день болезни.

Болезнь Брилла. В пользу этого диагноза говорит указанная выше клиническая картина, сыпной тиф в анамнезе.

В отличие от сыпного тифа, брюшной тиф начинается постепенно, больные бледные, адинамичные, сыпь появляется на 8-10 день болезни - розеолезная, необильная, локализуется преимущественно на животе и передней поверхности грудной клетки.

2. Для исключения диагноза «брюшной тиф» необходимо бактериологическое исследование крови, кала, мочи, РПГА. Для подтверждения диагноза «болезнь Брилла» РСК, РПГА, РНИФ с а/г Провачека.

3. Препаратом выбора для лечения является доксициклин по схеме, показаны седативная и кардиотропная терапия.

### **Эталон ответа к задаче № 3**

1. Сыпной тиф, тяжелое течение. ИТШ 2 ст.
2. Серологические реакции (РСК, РНГА, МФА, ИФА), ПЦР
3. Этиотропная терапия, ГКС, управляемая гемодилюция (реополиглюкин, кристаллоиды, реоглюман), нормализация почечного кровотока (допамин), борьба с ДВС-синдромом.

## **МАЛЯРИЯ**

### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Тропическая малярия, тяжелое течение. Начинаяющаяся малярийная кома (острое начало заболевания, выраженная интоксикация, неправильная лихорадка, диспепсические явления, гепатолиенальный синдром, признаки поражения ЦНС, эпиданамнез). Тяжесть состояния обусловлена поражением ЦНС и угрозой развития малярийной комы.

2. Мазок и толстую каплю крови на малярию, с определением интенсивности инвазии и определением промежуточных форм, характерных для малярийной комы.

3. Во всех случаях обращения лихорадящих больных необходимо исследование крови на малярию и госпитализация.

#### **Эталон ответа к задаче № 2**

1. 3-х дневная малярия средней тяжести (острое начало, озноб, высокая температура, потливость, гепатолиенальный синдром).

2. Дифференциальный диагноз проводится с гриппом, лептоспирозом, сепсисом.

3. При обследовании на дому общий анализ крови, мазок и толстую каплю на малярию.

#### **Эталон ответа к задаче № 3**

1. Тропическая малярия, тяжелое течение. Отсутствие эффекта от лечения делагилом связано, скорее всего, с наличием штамма плазмодия тропической малярии, устойчивого к делагилу. Обнаружение плазмодия тропической малярии во всех стадиях эритроцитарной шизогонии обязывает предвидеть тяжелое течение.

2. Мазок и толстая капля каждые 4 часа, общий анализ крови, анализ мочи, биохимическое исследование крови - билирубин, мочевины, креатинин, трансаминазы.

3. В настоящее время хинин является основным препаратом для лечения тропической малярии, вызванной хлорохиноустойчивыми штаммами. Он обеспечивает немедленное действие препарата на возбудителя. Хинин назначают в дозе до 2 г. в сутки (внутривенное введение). Затем с целью профилактики рецидивов (одновременно с хинином или последовательно) назначают фансидар - 3 таблетки однократно.

### **ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ (ГЛПС)**

#### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. ГЛПС, тяжелое течение, олигоанурический период. ИТШ 3 ст.

2. МФА на ГЛПС.

3. ИТШ 3ст.

Лечение: полиионные растворы, ГКС, СЗП, альбумин, допамин в дозе не более 5 мкг, антиагреганты, антибиотики (период шоковой гипотензии).

#### **Эталон ответа к задаче № 2**



1. ГЛПС, тяжелое течение, олигоанурический период. ОПН. Уремическая кома. ДВС с-м.

2. МФА на ГЛПС.

3. Гемодиализ противопоказан при ИТШ и кровотечениях.

4. Геморрагический синдром (практически всегда лечится консервативно): эритроцитарная масса, СЗП, антигемофильная плазма, криопреципитат, полиионные растворы, циметидин 200 мг в сутки в/в 4-6 раз в сутки

Целесообразно дополнить лечение назначением дицинона (1-2 мл в/м), этамзилата натрия (2-4 мл в/м), аминокaproновой кислоты.

### **Эталон ответа к задаче № 3**

1. ГЛПС, олигоанурический период. Разрыв коркового вещества правой почки.

2. Контроль показателей красной крови (Эр, Нб, Нт), УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, консультация уролога

3. В случаях продолжающегося внутреннего кровотечения, нарастания разрыва почки необходимо оперативное лечение - органосохраняющая операция. При небольших околопочечных (подкапсульных) гематомах и отсутствии общих циркуляторных нарушений проводится консервативно-выжидательное лечение, включая показаниям гемодиализ.

## **РОЖА**

### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Рецидивирующая рожа левой голени, эритематозно-геморрагическая форма средней степени тяжести. Сопутствующий диагноз: микоз стоп (ногтевых пластинок и кожи).

Обоснование диагноза: острое начало, синдром интоксикации, через несколько часов появление характерной эритемы на нижней конечности, той же локализации рожа три раза за 5 лет.

2. Вследствие редкого выделения бета-гемолитического стрептококка из крови больных и очага воспаления проводить обычные бактериологические исследования нецелесообразно.

3. Специальной диеты не требуется. Режим постельный до нормализации температуры тела, возвышенное положение левой нижней конечности. Цефтриаксон 2г в/в в течение 10 дней. Трентал 200 мг х 3 раза в день в течение 10 дней через рот. НПВС. Диуретики. В целях дезинтоксикации - обильное питьё (1,5 - 2,0 литра/ сутки). Антигистаминные препараты в течение 3 дней.

### **Эталон ответа к задаче № 2**

1. Первичная рожа правой голени, эритематозно-буллезная форма, средней степени тяжести.

Обоснование диагноза: острое начало, интоксикация предшествует развитию местного воспаления, наличие характерной эритемы и формирование пузырей с прозрачным жёлтого цвета содержимым, предрасположенность к стрептококковым инфекциям; провоцирующий фактор - ушиб правой голени; фоновое заболевание - заболевание сосудов нижних конечностей.

2. Вследствие редкого выделения бета-гемолитического стрептококка из крови больных и очага воспаления проводить обычные бактериологические исследования нецелесообразно.

3. Госпитализация в инфекционное отделение. Специальной диеты не требуется. Режим постельный до нормализации температуры тела, возвышенное положение правой голени. Антибиотикотерапия в течение 8-10 дней одним из препаратов в терапевтических дозах: бензилпенициллин, цефазолин, цефтриаксон (в/м). НПВС. Антигистаминные препараты. Диуретики. Местная терапия - повязки с антисептиками при вскрытии пузырей.

#### **Эталон ответа к задаче № 3**

1. Повторная распространённая рожа левой голени и стопы, буллезно-геморрагическая форма, тяжёлое течение. Осложнение: инфекционно-токсический шок, 2 стадии.

2. Вследствие редкого выделения бета-гемолитического стрептококка из крови больных и очага воспаления проводить обычные бактериологические исследования нецелесообразно.

3. Госпитализация в отделение интенсивной терапии. Дезинтоксикационная терапия 30-40 мл/кг массы тела (реополиглюкин, 5% глюкоза и др.), преднизолон 3 мг/кг массы тела. Этиотропная терапия (комбинированная): бензилпенициллин + гентамицин или цефазолин + цiproфлоксацин - в течение 10-14 дней. Повязка с раствором риванола или фурацилина на область вскрывшихся булл. Дальнейшая коррекция в терапии после выведения больного из шока.

#### **Эталон ответа к задаче № 4**

1. Первичная рожа лица, эритематозная форма, средней степени тяжести.

Обоснование диагноза: острое начало болезни, синдром интоксикации, появление эритемы с чёткими контурами, отёк, предшествование заболеванию катарально-респираторного синдрома.

2. Вследствие редкого выделения бета-гемолитического стрептококка из крови больных и очага воспаления проводить обычные бактериологические исследования нецелесообразно.

3. Госпитализация. Антибиотикотерапия (курс 8-10 дней одним из антибиотиков: бензилпенициллин, цефазолин, цефтриаксон в обычных терапевтических дозах). С целью дезинтоксикации - обильное питье. НПВС. Антигистаминные препараты 2-3 дня. Местная терапия не показана.

## **СИБИРСКАЯ ЯЗВА**

### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Сибирская язва, кожная форма.
2. Микроскопия окрашенных мазков (крупные гр+ палочки), посев на питательные среды (МПА, МПБ), биологическая проба, кожно-аллергическая проба с антраксином, реакция Асколи.
3. Антибактериальная терапия противосибиреязвенный иммуноглобулин, дезинтоксикация, десенсибилизации.

### **Эталон ответа к задаче № 2**

1. Сибирская язва, легочная форма.
2. Микроскопия окрашенных мазков (крупные гр+ палочки), посев на питательные среды (МПА, МПБ), биологическая проба, кожно-аллергическая проба с антраксином, реакция Асколи.
3. Антибактериальная терапия противосибиреязвенный иммуноглобулин, дезинтоксикация, десенсибилизации.

## **БРУЦЕЛЛЕЗ**

### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Остросептическая форма бруцеллеза, 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, в собственном хозяйстве имеется корова, у которой 1 месяц назад зарегистрирован аборт плода.
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 терапия (дезинтоксикация, десенсибилизация, противовоспалительная терапия), этиотропная терапия препаратами тетрациклинового ряда по 2-3 курса длительностью не менее 10 дней каждый.

Этиотропная терапия: доксициклин 0,1 x 2 раза в день перорально; или доксициклин 0,1 внутривенно капельно на физ. растворе 2 раза в день; или тетрациклин 0,1 по 5 таблеток 4 раза в день перорально.

### **Эталон ответа к задаче № 2**

1. Первично-хроническая форма бруцеллеза. Диагноз выставлен на основании вегетативной симптоматики, фиброзитов крестцово-поясничного отдела, артралгий, профессионального анамнеза.

2. Серологические реакции Райта и Хеддельсона, кожно-аллергическая проба Бюрне.

3. Патогенетическое лечение нестероидными противовоспалительными препаратами: ортофен 3,0 мл x 1 раз в день внутримышечно; или мелоксикам 0,0075 x 2-3 раза в день; или немисулид 0,1 x 2 раза в день. Десенсибилизирующая терапия антигистаминными препаратами: кларотадин 0,1 x 1 раз в день; или цитеризин 0,1 x 1 раз в день.

## **ЧУМА**

### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Чума, бубонная форма, тяжёлое течение.

Обоснование диагноза: Внезапное начало болезни, выражен синдром интоксикации, инъекция склер, гиперемия конъюнктив, покрыт толстым белым налётом язык, тошнота, возбуждение, резко болезненный подмышечный бубон с явлениями периаденита, тахикардия; эпиданамнез - разделка туши сайгака за сутки до заболевания.

2. Бактериоскопическое и бактериологическое исследование пунктата из бубона. Бактериологическое исследование крови. При положительном результате через 12-14 часов появляется характерный рост чумной палочки в виде битого стекла («кружева») на агаре или «сталактиты» в бульоне. Серологические исследования парных сывороток в РПГА имеют второстепенное значение. Для диагностики чумы существует метод биологической пробы.

3. Госпитализация в инфекционный стационар специальным транспортом в отдельный бокс с соблюдением всех противоэпидемических мер. Персонал работает в противочумных костюмах. Не дожидаясь результатов бактериологического подтверждения необходимо начинать этиотропную терапию одним из рекомендуемых антибиотиков по утверждённым схемам курсом 7-10 суток (доксциклин, ципрофлоксацин, пefлоксацин, офлоксацин, гентамицин, амикацин, стрептомицин, тобрамицин, цефтриаксон, цефотаксим, цефтазидим, ампициллин/сульбактам, азтреонам). Проводится дезинтоксикационная терапия. Выписка больного из стационара - не ранее 4-й недели со дня клинического выздоровления.

### **Эталон ответа к задаче № 2**

1. Чума, первично-легочная форма, тяжёлое течение. Осложнение: Инфекционно-токсический шок, 2 ст.

Обоснование диагноза: Внезапное начало болезни, выраженная интоксикация, повышение температуры тела до 40,5°C, густо обложенный белым налётом язык, кашель с первого дня болезни и отделение характерной кровянистой мокроты со 2-го дня болезни, ЧСС 120/мин и АД 85/55 мм рт. ст. на фоне снижения температуры тела до 38,1°C; эпиданамнез - пребывание в стране, где есть природные очаги чумы и регистрируются в настоящее время «случаи какого-то тяжёлого заболевания».

2. Специфическая диагностика: бактериологическое исследование крови, мокроты. Забор материала и его транспортировка проводятся с учётом регламентированных «Международных медико-санитарных правил». Персонал работает в противочумных костюмах. Предварительное заключение даётся на основании микроскопии мазков. Диагноз чумы окончательно подтверждается на основании выделения и идентификации культуры возбудителя: через 12-14 часов при посеве материала на агар появляется характерный рост в виде битого стекла («кружева») или сталактиты в бульоне. Окончательную идентификацию культуры производят на 3-5 сутки. Для диагностики также применяют метод биопробы. Серологические исследования парных сывороток в РПГА имеют второстепенное значение для подтверждения диагноза. Проводится рентгенография лёгких.

3. Госпитализация больного отдельным санитарным транспортом в специализированное отделение, работающее на СПЭР. Персонал работает в ПЧК 1 типа. Этиотропная терапия: цефтриаксон + стрептомицин (или гентамицин) в/м, в/в - 10 дней. Дезинтоксикационная терапия (реополиглюкин, плазма, 5% глюкоза, полиионные растворы) до 40-50 мл/кг/сутки. ГКС. Оксигенотерапия. Симптоматическая терапия.

### **Эталон ответа к задаче № 3**

1. Чума, бубонная форма, тяжелое течение. Осложнение: инфекционно-токсический шок, 2 ст.

Обоснование диагноза: пребывание больного в природно-очаговой зоне России, внезапное начало болезни, выраженный синдром интоксикации, «меловой язык», характерно наличие в паховой области пакета лимфатических узлов с нечёткими контурами и явлениями периаденита; тахикардия 132 уд/мин на фоне снижения температуры тела до 37,8°C и АД 70/40 мм рт. ст. - свидетельствуют о развитии ИТШ, 2 ст.

2. Для подтверждения диагноза необходимо исследовать пунктат из бубона, кровь: микроскопия, посев на твёрдые и жидкие питательные среды, проведение биопробы. Серологические исследования парных

сывороток в РПГА имеют второстепенное диагностическое значения для подтверждения диагноза «Чума».

3. Стационарное лечение в специализированном отделении, где персонал работает в ПЧК. Стационар работает в условиях СПЭР. Этиотропную терапию начинать, не дожидаясь бактериологического подтверждения диагноза, одним из указанных препаратов в течение 7-10 дней: гентамицин, амикацин, стрептомицин, тобрамицин, цефотаксим, цефтриаксон, цефтазидим, ампициллин/сульбактам, азтреонам. Дезинтоксикационная терапия, ГКС.

## **ТУЛЯРЕМИЯ**

### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Туляремия, бубонная форма, средней тяжести.

Обоснование диагноза: Острое начало болезни с развитием синдрома интоксикации, повышения температуры тела до 39°C, наличие в подмышечной области бубона с чёткими контурами, слегка болезненного, кожа над бубоном нормальной окраски; эпиданамнез - вероятно, имеет место трансмиссивный механизм заражения - при укусе инфицированных кровососущих насекомых.

2. Ранний метод диагностики ПЦР и кожная проба с тулярином (с 3-5 дня болезни). РА и РПГА с диагностическим титром 1:100 и выше (с 10-15 дня болезни), метод парных сывороток при нарастании титра антител в 2-4 раза и более.

3. Стрептомицин 0,5 г х 2 раза в сутки в/м -10-14 дней (до 5-7 дня нормальной температуры тела). Антигистаминные препараты.

### **Эталон ответа к задаче № 2**

1. Туляремия, язвенно-бубонная форма, средней тяжести.

Обоснование диагноза: острое начало болезни, интоксикация, температура тела 38-38,7°C, гиперемия конъюнктив, инъекция склер, слева подмышечный бубон с чёткими контурами при отсутствии периаденита и наличие язвочки на левом предплечье; эпиданамнез - контактный путь заражения при снятии и обработке шкурки нутрий, ещё один подобный случай заболевания у жителя данной деревни.

2. Методы специфической диагностики: РА с туляремийным антигеном, РПГА с туляремийным эритроцитарным антигеном при исследовании в парных сыворотках с интервалом 10-14 дней (нарастание титра а/тел в 2-4 раза и более). Используется кожная аллергическая проба с тулярином с 3-5 дня болезни. Бактериологический метод и биопроба являются

вспомогательными методами диагностики. Ранним методом диагностики является ПЦР.

3. Госпитализация. Основные этиотропные препараты - аминогликозиды и тетрациклины (стандарт лечения). Второй ряд а/биотиков: цефалоспорины 3 поколения, рифампицин, хлорамфеникол, фторхинолоны. Курс антибиотикотерапии 10-14 дней (до 5-7 дня нормальной температуры тела). Антигистаминные препараты. Повязка с антибактериальной мазью на область язвы.

#### **Эталон ответа к задаче № 3**

1. Туляремия, глазоубунная (окулогландулярная форма), средней тяжести.

Обоснование диагноза: развитие специфического одностороннего конъюнктивита, наличие шейных бубонов без признаков периаденита, эпиданамнез (возможен путь заражения и контактный, и воздушно-пылевой).

2. Для специфической диагностики используют серологические методы исследования (РПГА, РА, ИФА) в динамике с интервалом 7-10 дней. Может быть использована кожная проба с тулярином и ПЦР (ранние методы диагностики). Вспомогательную роль играют бактериологический метод и биологическая проба.

3. Госпитализация. Этиотропная терапия (аминогликозиды, тетрациклины, цефалоспорины 3 поколения) на период лихорадки и 5-7 дней нормальной температуры тела. Антигистаминные препараты. 2-3 раза в день промывать и закапывать глаза 20-30% раствором сульфацила натрия. Выписка переболевших окулогландулярной формой туляремии проводится после консультации офтальмолога.

## **СЕПСИС**

#### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. Сепсис.
2. Посевы крови на стерильность, прокальцитониновый тест
3. Радикальная операция на первичном очаге, антибактериальная терапия.

#### **Эталон ответа к задаче № 2**

1. Сепсис.
2. Посевы крови на стерильность, прокальцитониновый тест
3. Радикальная операция на первичном очаге, антибактериальная терапия.

#### **Эталон ответа к задаче № 3**

1. Вторичный инфекционный эндокардит.
2. Посевы крови на стерильность, прокальцитониновый тест, ЭХО-КС
3. Радикальная операция на клапане, антибактериальная терапия

## **ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИЙ ШОК (ИТШ)**

### **Эталон ответа к задаче № 1**

1. ИТШ (нарушение гемодинамики, олигурия, нарушение сознания)
2. ПЦР на РНК вирусов гриппа (материал - носоглоточная слизь)
3. Гемодинамическая поддержка: введение коллоидных растворов (гидроксиэтилкрахмалы, реополиглюкин), реамберин, свежезамороженная плазма. Общий объем гемодилюции до 3 л/сутки. ГКС из расчета по преднизолону 5 мг/кг. Допамин 10 мкг/кг/мин. Борьба с ДВС-синдромом. Коррекция КЩР. Кислородная поддержка.

### **Эталон ответа к задаче № 2**

1. Грипп, токсикоз 3-й степени. ИТШ
2. ПЦР на РНК вирусов гриппа (материал - носоглоточная слизь)
3. Гемодинамическая поддержка: введение коллоидных растворов (гидроксиэтилкрахмалы, реополиглюкин), реамберин, свежезамороженная плазма. Общий объем гемодилюции до 3 л/сутки. ГКС из расчета по преднизолону 5 мг/кг. Допамин 10 мкг/кг/мин. Борьба с ДВС-синдромом. Коррекция КЩР. Тамифлю 75 мг x 2 раза/сутки.



## ЛИТЕРАТУРА

### Основная литература

1. Инфекционные болезни: учеб. для студентов мед. вузов / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 704 с.: ил.
2. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник. / Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. - 3-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 1008 с.: ил.
3. Инфекционные болезни: национальное руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1056 с.

### Дополнительная литература

1. Ющук Н.Д. с соавт. //Инфекционные и паразитарные болезни в схемах и таблицах// - М.: ФГОУ «ВУНМЦ Роздр.», 2008. – 448 с.
2. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. //Лекции по инфекционным болезням. - 3 издание. – М: ОАО «Мед.», 2007. – 1032 с.
3. Сологуб Т.В. Вирусные гепатиты. Современные аспекты терапии и фармакоэкономики. Пособие для врачей / Под ред. Сологуб Т.В., Романцов М.Г., Кетлинская О.С. и др. Издательство "Академия Естествознания", 2008.
4. Покровский В.И., Жебрун А.Б. Вирусные гепатиты в Российской Федерации. Аналитический обзор / Под ред. В.И. Покровского, А.Б. Жебруна. Санкт-Петербург, 2011.
5. Садовникова И.В. Основы функциональной диагностики и диетотерапии при гастроэнтерологических заболеваниях у детей / Садовникова И.В. Нижний Новгород, 2007.
6. Избранные вопросы терапии инфекционных заболеваний / Под ред. Ю.В. Лобзина. - СПб: Фолиант, 2005. - 912 с.
7. «Консультант студента. Электронная библиотечная система медицинского ВУЗа».