

Задача 1.

Больная И., 20 лет, поступила с жалобами на сильную слабость, головокружение, головную боль, сонливость днем и бессонницу ночью, отсутствие аппетита, тошноту, рвоту, изжогу, тяжесть в области желудка и печени, желтуху, темную мочу и светлый кал.

Заболела постепенно 13 дней назад: отметила слабость, снижение аппетита, тошноту, тяжесть в области желудка. На 14-й день болезни появилась желтуха, потемнела моча, посветлел кал; самочувствие при этом резко ухудшилось.

Из анамнеза: 3 мес. назад сделала татуировку в частном кабинете; контакт с инфекционными больными отрицает, правила личной гигиены соблюдает, некипяченую воду не пьет, в последние 1,5 мес. за пределы постоянного места проживания не выезжала.

Объективно: состояние тяжелое. Больная адинамична, сонлива, неохотно отвечает на вопросы. Кожа и склеры ярко иктеричны. В легких дыхание везикулярное. ЧДД 14 в минуту. Пульс = ЧСС = 66 ударов в минуту. АД 90/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий. Печень на 4 см выступает из-под края реберной дуги по правой среднеключичной линии, край эластичен, чувствителен при пальпации. Пальпируется нижний полюс селезенки. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон, отеков нет. Моча коричневая, диурез адекватный. Стул серый.

На следующий день – ухудшение состояния до крайне тяжелого. Поднялась температура тела до 37,5⁰С. Больная адинамична, лежит с закрытыми глазами. Сознание спутанное, на вопросы отвечает с большим опозданием, часто не попадет. Желтуха выросла. Началось носовое кровотечение. В местах инъекций – обширные гематомы. Печень сократилась на 3 см.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 613 мкмоль/л (прямой - 413 мкмоль/л, непрямой - 200 мкмоль/л), АЛАТ - 1253 ЕД/л, АсАТ - 904 ЕД/л, протромбиновый индекс - 45%, альбумин – 25 г/л.

ИФА: анти-НАVIgM (-), анти-НАVIgG (-), HBsAg (+), анти-HBs (-), HBeAg (-), анти-HBe (+), анти-HBcorIgM (+), анти-HBcor (+), анти-HCVIgM (-), анти-HCVIgG (-), анти-HDVIgM (-), анти-HEVIgM (-).

Вопросы:

1. Ваш диагноз (в том числе, по МКБ-10).
2. Обоснуйте диагноз.
3. Какое специфическое осложнение развилось в данном случае?
4. Объясните патогенетические механизмы осложнения.
5. Назначьте лечение больной, в том числе после выписки из стационара (медицинскую реабилитацию)

Задача 2.

Больная Д., 25 лет, на 30-й неделе первой беременности (протекающей без осложнений), заболела остро, когда появилась лихорадка до 39,0°C, сильная слабость, головные боли, головокружение, снижение аппетита, тошнота, многократная рвота, боли в животе, кашицеобразный стул. Через 3 дня появилась яркая желтуха, потемнела моча, посветлел кал; самочувствие при этом резко ухудшилось: появились перепады в настроении (то смеется, то плачет), бессонница ночью и сонливость днем, кровотечение из носа и десен; желтуха выросла.

С подозрением на вирусный гепатит срочно госпитализирована.

Из анамнеза: 1,5 мес. назад вернулась из Индии, где отдыхала; не отрицает употребление некипяченой воды; парентеральные вмешательства в течение последних 6 мес. отрицает.

При поступлении объективно: состояние крайне тяжелое. Температура тела 38,0°C. Больная адинамична, сонлива, на вопросы отвечает с трудом, неохотно, с опозданием, невпопад. Сознание «затуманено», не ориентируется в месте и времени. Легкий тремор кистей. Кровотечение из носа и десен. Кожа и склеры ярко желтушны, на теле и конечностях – петехиальная сыпь. В легких дыхание везикулярное. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны; шумов нет. Пульс = ЧСС = 102 ударов в минуту. АД 90/60 мм рт. ст. Язык суховат, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень – по краю реберной дуги, край размягчен, чувствителен при пальпации. Пальпируется нижний полюс селезенки. Моча темно-желтая. Стул светлый.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 713 мкмоль/л (прямой - 350 мкмоль/л, непрямой - 363 мкмоль/л), АЛАТ - 1267 ЕД/л, АсАТ - 1334 ЕД/л, протромбиновый индекс - 40%, альбумины – 25 г/л.

ИФА: анти-НАVIgM (-), HBsAg (-), анти-HBs (-), HBeAg (-), анти-HBe (-), анти-HBcorIgM (-), анти-HBcor (-), анти-HCVIgM (-), анти-HCVIgG (-).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз (в том числе, по МКБ-10).
2. Какие обследования необходимо выполнить для уточнения диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику, определите показания к госпитализации
4. Назначьте лечение.
5. Какова акушерская тактика в данном случае?

Задача 3.

Больной С., 40 лет. Поступил в стационар с сильным истощением, похудел за последние 3 года на 20 кг (с 65 кг до 45 кг). Предъявлял жалобы на лихорадку до 38,2°C, сильную слабость, головокружение, потливость, диарею, кашель, одышку, появление на теле и ногах узелков темно-фиолетового цвета.

Из анамнеза: в течение последних 15 лет периодически ПИН.

Объективно: состояние тяжелое. Сильное истощение. Кожа бледная, на теле и ногах – многочисленные узелки темно-фиолетового цвета, до 2 см в диаметре, безболезненные при пальпации, четко отграниченные от соседних участков кожи. В углах рта – заеды. В ротовой полости – обширные белесоватые налеты. Пальпируются передние шейные, подмышечные, локтевые и паховые лимфатические узлы 2,0 см в диаметре, безболезненные при пальпации, без периаденита. В легких дыхание ослабленное везикулярное, над нижними отделами правого легкого – мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД 30 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, шумов нет. Пульс - 90 ударов в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги по правой среднеключичной линии. Пальпируется нижний полюс селезенки. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон, отеков нет. Моча без изменений. Стул жидкий, до 3 раз в сутки, обильный, водянистый.

Рентгенография легких: двухсторонняя нижнедолевая пневмония.

Бак. исследования: мазок со слизистой ротоглотки – рост грибов рода *Candida*, в мокроте – цисты *P. carinii*, в кале – цисты криптоспоридий.

Иммунограмма: CD4+ = 150 клеток/мкл.

Вопросы:

1. Клинический диагноз (в том числе, по МКБ-10).
2. Обоснование диагноза.
3. Как подтвердить диагноз.
4. Оцените количество CD4+ клеток. Почему оно изменено?
5. Имеются ли показания для назначения этиотропной терапии?

Задача 4.

Больная Б., 30 лет, поступила в инфекционное отделение на 7-ой день болезни. Заболевание началось остро, когда после озноба температура тела повысилась до 38,5°C, появилась головная боль, першение в горле. Наблюдалась участковым терапевтом, назначенное лечение по поводу ОРЗ улучшения не приносило. На 7-ой день болезни больная заметила иктеричность склер; потемнела моча и посветлел кал. С появлением желтухи температура тела нормализовалась и самочувствие несколько улучшилось. Однако, сохранялась слабость, снизился аппетит, появились тошнота, тяжесть в области печени.

Из анамнеза: муж 4 недели назад перенес ОРЗ; половые связи без предохранения и парентеральные вмешательства в течение последних 6 мес. отрицает.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Определяется желтушность склер и кожи. В легких дыхание везикулярное, шумов и хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны; шумов нет. ЧСС = 68 ударов в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень на 3 см выступает из-под края ребра по правой средне-ключичной линии, край эластичен, чувствителен. Селезенка не пальпируется. Моча темная, диурез – без особенностей. Стул светлый.

Биохимический анализ крови: общ. билирубин 93 мкмоль/л (прямой 63 мкмоль/л, непрямой 30 мкмоль/л), АЛАТ 1015 ЕД/л, АсАТ 734 ЕД/л, ПИ 66%, общ. белок 65 г/л, альбумины 45%, глобулины 55%, ЩФ 371 ЕД/л, ГГТП 92 ЕД/л.

ИФА: анти-HAVIgM (+), анти-HAVIgG (-), HBsAg (-), анти-HBs (+), HBeAg (-), анти-HBe (-), анти-HBcorIgM (-), анти-HBcor (-), анти-HCVIgM (-), анти-HCVIgG (-), анти-HDVigM (-), анти-HDVigG (-), анти-HEVIgM (-), анти-HEVIgG (-).

Вопросы:

1. Клинический диагноз. (в том числе, по МКБ-10).
2. Кто мог явиться источником инфекции?
3. О чем свидетельствуют анти-HBs в ИФА?
4. Назначьте терапию.
5. Исход болезни, профилактика, медицинская реабилитация

Задача 5.

Больной Х., 40 лет, заболел остро, когда появились лихорадка до 39 С, головная боль, головокружение, слабость, бессонница ночью, «летучие» боли в суставах, сниженный аппетит, тошнота. Через 3 дня присоединилась желтуха и темная моча; самочувствие при этом ухудшилось. Отметил усиление слабости, кровотечение из носа. Госпитализирован на 4-й день болезни.

Из анамнеза: 3 года назад (после случайной половой связи) болел «желтухой», после которой не наблюдался. 1,5 месяца назад гемотрансфузия (открытый перелом бедра).

Объективно: состояние тяжелое. Температура тела 37,3 С. Кожа и склеры ярко иктеричны. Печень на 5,0 см выступает из-под края ребра по правой средне-ключичной линии, край уплотнен, чувствителен. Пальпируется нижний полюс селезенки. Моча темная, кал светлый. На следующий день после поступления в стационар у больного появились странности в поведении: жалоб не предъявляет, всю ночь не спал, много говорит, постоянно шутит, стал активнее, эйфоричен, отказывается от лечения. Объективно: состояние крайне тяжелое. Сознание спутанное, не полностью ориентирован на месте и времени. На вопросы отвечает с опозданием, невпопад. Легкий тремор конечностей. Желтуха выросла, периодически носовые кровотечения, геморрагическая сыпь стала обильнее. ЧДД 24 в мин. ЧСС - 90 ударов в мин. АД 100/60 мм рт.ст. Живот вздут, резко болезненный при пальпации в правом подреберье. Печень не пальпируется.

Биохимический анализ крови: общ. билирубин 545 мкмоль/л (прямой 345 мкмоль/л, непрямой 200 мкмоль/л), АлАТ 234 ЕД/л, АсАТ 313 ЕД/л, альбумины 26 г/л. ПТИ 50%.

ИФА: анти-НАVIgM (-), анти-НАVIgG (-), HBsAg (+), анти-HBs сумм. (-), анти-HBcorIgM (-), анти-HBcor сумм. (+), HBeAg (-), анти-HBe сумм. (+), анти-HCVIgM (-), анти-HCV сумм. (-), анти-HDVIgM (+), анти-HDV сумм. (-).

Вопросы:

1. Клинический диагноз(в том числе, по МКБ-10).
2. Обоснование диагноза.
3. Какое осложнение развилось у больного.
4. Назначьте лечение, том числе медицинскую реабилитацию
5. Каким образом произошло заражение?

Задача 6.

Больной С., 30 лет, обратился за медицинской помощью по поводу увеличения поднижнечелюстных лимфатических узлов. Клиника сохраняется в течение 6 месяцев.

Из анамнеза: холост, ведет беспорядочную половую жизнь без предохранения; парентеральные вмешательства за последние 6 месяцев отрицает.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые физиологичны. Пальпируются поднижнечелюстные, шейные, подмышечные лимфатические узлы 2 см диаметром, безболезненные, без периаденита. В легких дыхание везикулярное, шумов и хрипов нет. ЧДД 14 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичны; шумов нет. Пульс - 75 уд/мин. АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, отеков нет. Моча и кал нормальной окраски.

ИФА: антиген p24, антитела к HIV положительные.

Иммунограмма: CD4+ = 650 клеток/мкл.

Вопросы:

1. Клинический диагноз **(в том числе, по МКБ-10)**.
2. Обоснование диагноза, **определите показания к госпитализации**
3. Какое дополнительное обследование необходимо назначить пациенту?
4. Назовите стадию заболевания.
5. Назначьте лечение, **в том числе медицинскую реабилитацию**

Задача 7.

Больной К., 18 лет, поступил для обследования в связи с жалобами на слабость, незначительное снижение аппетита, дискомфорт в области желудка и легкую тяжесть в области печени. Болен в течение 2 недель.

Из эпид. анамнеза: 3 месяца назад во время операции переливали кровь; контакт с инфекционными больными отрицает, правила личной гигиены соблюдает, некипяченую воду не пьет, последние 2 месяца никуда не выезжал.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичны, шумов не выслушивается. ЧСС 72 удара в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги по правой средне-ключичной линии, эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Пальпируется нижний полюс селезенки. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон, отеков нет. Моча светлая, диурез не изменен. Стул коричневый, оформленный, один раз в день.

Биохимический анализ крови: общий билирубин 19 мкмоль/л (прямой 15 мкмоль/л, непрямой 4 мкмоль/л), АЛТ 478 ЕД/л, АСТ 245 ЕД/л, протромбин - 85%, альбумины – 45 г/л.

ИФА: анти-HAVIgM (-), анти-HAVIgG (-), HBsAg (-), анти-HBs (-), анти-HBcorIgM (-), анти-HBcor сумм. (-), HBeAg (-), анти-HBe сумм. (-), анти-HCV сумм. (-), анти-HDV IgM (-), анти-HDV сумм. (-), анти-HEVIgM (-), анти-HEVIgG (-).

ПЦР: HCV RNA (+), генотип 1b.

Вопросы:

1. Клинический диагноз (в том числе, по МКБ-10). Обоснование диагноза.
2. Каким образом произошло заражение?
3. Лечение данного заболевания.
4. Исходы заболевания, экспертиза трудоспособности, профилактика, медицинская реабилитация
5. Существует ли вакцина против данной инфекции? Объясните.

Задача 8.

Больная С., 55 лет, поступила с жалобами на быструю утомляемость, слабость, недомогание, снижение трудоспособности, нарушение сна, периодический кожный зуд, тяжесть в области печени.

Из анамнеза: 30 лет назад во время операции проводилась гемотрансфузия, затем через 3 мес. отмечалась легкая форма «желтухи», после которой нигде не наблюдалась, чувствовала себя хорошо. Жалобы появились 5 лет назад.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, на коже груди и бедер – следы расчёсов. Склеры субиктеричные. В легких дыхание везикулярное, шумов и хрипов нет. ЧДД 15 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны; шумов нет. Пульс = ЧСС = 60 ударов в мин. АД 100/60 мм рт.ст. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий. Печень на +3 см из-под края ребра по правой средне-ключичной линии, край уплотнен, чувствителен. Селезенка – пальпируется нижний полюс. Моча темная, кал нормальной окраски.

ОАК: Нв - 140 г/л, эр. - $5,0 \times 10^{12}/л$, ЦП - 1,0, тром. - $80 \times 10^9/л$, лей. - $4,0 \times 10^9/л$, п/я - 5%, сег. - 40%, эоз. - 1%, лим. - 35%, мон. - 19%, СОЭ - 10 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общ. билирубин 45 мкмоль/л (прямой 33 мкмоль/л, непрямой 12 мкмоль/л), АлАТ 253 ЕД/л, АсАТ 214 ЕД/л, протромбиновый индекс 60%, альбумины 35 г/л, ЩФ 540 ЕД/л.

УЗИ: гепатоспленомегалия, диффузные изменения паренхимы печени. Эластография печени: F 4 по шкале МЕТАВИР.

ИФА: анти-НАVIgM (-), анти-НАVIgG (-), HBsAg (-), анти-HBs сумм. (-), анти-HBcorIgM (-), анти-HBcor сумм. (-), HBeAg (-), анти-HBe сумм. (-), анти-HCVIgM (+), анти-HCV сумм. (+), анти-HDVigM (-), анти-HDV сумм. (-), анти-HEVIgM (-), анти-HEVIgG (-).

Вопросы:

1. Клинический диагноз(в том числе, по МКБ-10).
2. Обоснование диагноза.
3. Каким образом произошло заражение? Профилактика данного заболевания
4. Какое дополнительное обследование необходимо назначить?
5. Решите вопрос о противовирусной терапии в данном случае.

Задача 9.

Больной С., 40 лет, житель сельской местности, работник животноводческой фермы, доставлен в инфекционную больницу машиной «Скорой помощи» с температурой 39°C, сильной головной болью, резкой слабостью. Заболел остро, внезапно, 5 дней назад. На 4-й день болезни появилась желтушность кожи и склер. Отмечается выраженная болезненность икроножных мышц.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Температура тела 39°C. Кожные покровы и видимые слизистые желтушные. Лицо одутловатое, гиперемировано. Язык сухой. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 36 в мин. Тоны сердца приглушены, шумов нет, ЧСС 130 ударов в мин. АД 100/70 мм рт. ст. Живот умеренно болезненный в правом и левом подреберье. Селезенка пальпируется на 1 см от края реберной дуги, край печени заострен, болезненный, выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Симптом поколачивания по поясничной области положительный с обеих сторон. Менингеальных симптомов нет. Стул без особенностей, моча темная.

В общем анализе крови: L - $16,5 \times 10^9$ /л, п/я - 12%, СОЭ 30 мм/ч.

Биохимический анализ крови: АлАТ 70 Ед/л, АсАТ 55 Ед/л, билирубин 75 мкмоль/л, креатинин 154 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз (в том числе, по МКБ-10).
2. Обоснуйте его.
3. Назначьте дообследование для уточнения диагноза.
4. Какие осложнения развиваются при этом заболевании?
5. Назначьте лечение, проведите экспертизу трудоспособности

Задача 10.

Больной К., 24 лет, житель Ставропольского края, поступил 25.08 в инфекционную больницу с жалобами на повышение температуры тела до 40,0 °С, потрясающий озноб, выраженную головную боль, боли в мышцах и суставах на 4-й день болезни.

Больной госпитализирован в диагностическое отделение инфекционной больницы. 26.08 на коже появилась обильная геморрагическая сыпь. Вечером появились гематомы в местах инъекций, кровоточивость десен.

Из эпид. анамнеза выяснено, что 10 дней назад было присасывание клеща. Клещ удален самостоятельно, за медицинской помощью не обращался.

При осмотре: состояние тяжелое, больной вялый, бледный. Определяется умеренная гиперемия задней стенки глотки, на слизистой полости рта - геморрагии, на коже груди, плеч, подмышечных впадин - петехиальная сыпь, в местах инъекций - синяки. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 102 удара в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. Живот при пальпации болезненный вокруг пупка. Печень на 3,0 см выступает из-под края реберной дуги по срединно-ключичной линии, умеренно болезненная при пальпации. Симптом поколачивания по поясничной области положительный с обеих сторон. Стула не было. Диурез за сутки 200,0 мл.

Общий анализ крови: Нв – 102 г/л; эр. – $3,9 \times 10^{12}$ /л; ЦП – 0,8; тр. – 30×10^9 /л; лейкоц. – $1,2 \times 10^9$ /л; п/я – 5%; с/я – 46%; эоз. – 1%; мон. – 3%; лимф. – 45%; СОЭ – 35 мм/ч.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно поставить (в том числе, по МКБ-10)? Обоснуйте его.
2. Какими путями происходит заражение данной инфекцией?
3. Оцените общий анализ крови.
4. Назначьте дополнительное обследование. Какими специфическими методами можно подтвердить диагноз?
5. Назначьте лечение данному пациенту, в том числе медицинскую реабилитацию

Задача 11.

Пациент М., 28 лет, работник противочумного института, последний раз работал с культурой возбудителя чумы 10 дней назад. Сегодня, спустя несколько часов после выхода на работу, появились головная боль, сильнейшая усталость, необходимость лечь и согреться. Доставлен в изолятор.

При осмотре: бледен, видимая дрожь во всём теле, редкое сухое покашливание, конъюнктивит, склерит. Температура тела 40,7 °С. Язык густо обложен, сухой. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правом подреберье, пальпируются край печени, нижний полюс селезёнки. Тоны сердца значительно приглушены, аритмичны, ЧСС 130 уд. в 1 мин. В лёгких справа выявляются отдельные, разрозненные участки притупления перкуторного звука, рассеянные сухие хрипы, в нижних отделах сзади дыхание с бронхиальным оттенком. Начата антибактериальная терапия стрептомицином, инфузионная детоксикационная терапия.

К утру следующего дня больной в сопоре, стонет, температура тела 38,7°С, единичные мелкие геморрагии на коже. Пульс малый, слабый, тахикардия 140 уд. в 1 мин., АД 60/40 мм рт. ст. Дыхание затруднённое, поверхностное, ЧДД 40 в 1 мин. Мокрота с примесью алой крови. При перкуссии - притупление перкуторного звука справа по задней поверхности грудной клетки от нижнего угла лопатки и ниже, там же выслушиваются влажные крепитирующие хрипы, рассеянные сухие хрипы над всей поверхностью лёгких. Однократно рвота с примесью крови.

Вопросы:

1. Сформулируйте развёрнутый клинический диагноз (в том числе, по МКБ-10).
2. Сформулируйте классификацию болезни. Охарактеризуйте клинические формы инфекции.
3. План обследования.
4. Какие осложнения развились у пациента?
5. Назначьте лечение, проведите экспертизу трудоспособности

Задача 12.

Больной С., 44 лет, инженер, обратился к участковому терапевту 17.08 с жалобами на периодические ознобы, слабость. Заболел 11.08, когда утром появились потрясающий озноб, головная боль, ломота во всем теле, температура тела поднялась до $39,5^{\circ}\text{C}$. Около 17 часов температура тела снизилась до $36,2^{\circ}\text{C}$, что сопровождалось обильным потоотделением. На следующий день температура была нормальной, но пациента беспокоила слабость. В последующие дни приступы повторялись через сутки еще дважды.

Из анамнеза выяснено, что аналогичные приступы имели место год назад, когда он работал во Вьетнаме. В то время диагноз был установлен, лечение проведено.

Объективно: состояние средней степени тяжести, температура тела $39,6^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сыпи нет. Дыхание везикулярное, без хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 100/60 мм рт. ст., пульс 96 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 3 см, плотно-эластичной консистенции, чувствительная при пальпации. Селезенка определяется на 2 см ниже края реберной дуги, плотная, безболезненная.

Общий анализ крови: Нв - 100 г/л, эр. - $3,3 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоц. - $3,5 \times 10^6/\text{л}$, п/я - 12%, с/я - 38%, эоз. - 1%, лимф. - 36%, мон. - 13%, СОЭ - 28 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз (в том числе, по МКБ-10)
2. Обоснование диагноза.
3. Как можно объяснить возврат болезни?
4. Специфическая диагностика.
5. Лечение. Критерии его эффективности. Профилактика. Медицинская реабилитация

Задача 13.

Больная Н., 49 лет, находилась в Гвинее по месту командировки мужа.

Поступила в стационар при Посольстве России в Гвинее 30.09. с жалобами на приступы лихорадки с ознобами, резкую общую слабость, боли в пояснице, темную мочу. Больна с 27.09., когда появились приступы лихорадки с ознобами, температура тела повышалась до 40°C, беспокоили боли в мышцах, поясничной области. После обращения к врачу исследована «толстая капля» крови, в которой были обнаружены кольца *P. falciparum* (6-8 в поле зрения). Установлен диагноз тропической малярии. Проводилось лечение: кининакс (хинин) 500 мг внутривенно капельно в 5% растворе глюкозы 500 мл 3 раза в день (3 дня). На фоне этой терапии сохранялась лихорадка неправильного характера, ознобы, головная боль, боли в мышцах, уменьшился, со слов больной, объем выделяемой мочи. На 4-й день болезни после внутривенного капельного введения кининакса появилась черного цвета моча. 30.09. больная была госпитализирована. При поступлении состояние больной тяжелое, температура тела 39,3°C, кожные покровы влажные, бледно-желтушные, склеры и слизистые иктеричные. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, пульс 120 уд. в мин., ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Язык обложен, влажный. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги, плотновата. Сознание ясное, беспокоит резкая слабость, боли в пояснице, головная боль. Менингеальных и очаговых симптомов нет. Больная за сутки выделила около 500 мл мочи темно-коричневого цвета. Моча при стоянии разделилась на 2 слоя: верхний - прозрачный цвета красного вина и нижний - темно-коричневый осадок. Кал обычной окраски.

Анализ крови от 30.09.96 г.: Эр. – $2,5 \times 10^{12}$ /л, Нб – 70 г/л, гематокрит – 28%, ретикулоциты – 25%, тр. 100×10^9 /л, Л – 10×10^9 /л, э – 6%, п – 23%, с – 49%, лф – 20%, мон – 2%, СОЭ – 35 мм/ч. Билирубин свободный – 43,6 мкмоль/л, связанный – 7 мкмоль/л, мочевины крови – 18 ммоль/л, креатинин – 280 мкмоль/л. Анализ мочи от 30.09. – уд. вес – 1028, белок – 12 г/л, эритроциты – 10-15 в поле зрения, лейкоциты – 10-12 в п/зр., гиалиновые цилиндры – 10-12 в п/зр., зернистые цилиндры – 5-6 в п/зр., определяются желчные пигменты.

Вопросы:

1. Диагноз (в том числе, по МКБ-10)
2. Обоснование диагноза.
3. Эпидемиология данного заболевания.

4. Какое осложнение развилось и чем оно вызвано?
5. Проведите соответствующее лечение, **назначьте медицинскую реабилитацию**

Задача 14.

Больная Э., 47 лет, заболела остро, когда появилась слабость, головная боль, температура тела поднялась до 37,5°C, беспокоили боли внизу живота. Дважды был обильный жидкий стул со слизью. На следующий день слабость и боли в животе усилились, стул участился до 10 раз, стал скудным, потерял каловый характер, появилась примесь крови. Дефекация сопровождалась мучительными болями в прямой кишке во время и после акта дефекации. Обратилась к участковому врачу, была направлена в стационар.

При поступлении предъявляет жалобы на слабость, озноб, схваткообразные резкие боли в нижних отделах живота, жидкий стул.

Из анамнеза: за 4 дня до заболевания была в сельской местности, пила воду из ручья.

Объективно: состояние средней степени тяжести, вялая. Кожа бледная, тургор нормальный, сыпи нет. Язык суховат, обложен белым налетом. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 98 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца приглушены, АД 120/70 мм рт. ст. Живот болезненный в нижних отделах, пальпация сигмовидной кишки резко болезненна, кишка спазмирована. Синдромы раздражения брюшины отрицательные. Печень и селезенка не увеличены. Стул в приемном покое 1 раз скудный, жидкий, со слизью и кровью. Диурез адекватный.

Общий анализ крови: лейкоциты - $12,7 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 62%, лимфоциты - 23%, моноциты - 7%, СОЭ - 26 мм/ч. Анализ мочи без патологии.

Копрограмма: кал жидкий, слизь - много, лейкоциты покрывают поле зрения, эритроциты - до 30 в поле зрения.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?**(в том числе, по МКБ-10)**
2. Обоснование диагноза.
3. Оцените данные лабораторных исследований.
4. Какими специфическими исследованиями можно подтвердить диагноз?
5. Назначьте лечение больной, **проведите экспертизу трудоспособности**

Задача 15.

Больная Х., 54 года, поступила в инфекционную больницу на 2-й день болезни с жалобами на температуру тела $38,7^{\circ}\text{C}$, озноб, слабость, боли в животе вокруг пупка, трехкратную рвоту, жидкий стул до 10 раз в сутки со слизью.

Эпид. анамнез: накануне заболевания ела пирожные с белковым кремом.

При поступлении: состояние средней степени тяжести, температура тела $37,8^{\circ}\text{C}$, вялая. Кожные покровы бледные, сухие, цианоз губ. Язык сухой, с белым налетом. При осмотре ротоглотки слизистые физиологической окраски, миндалины не увеличены, налетов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 92 удара в минуту. АД 90/60 мм рт. ст. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Живот мягкий, вздут, урчащий и болезненный при пальпации в области эпигастрия и вокруг пупка, в левой подвздошной области. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, при пальпации безболезненная, селезенка не увеличена. Стул на приеме обильный, водянистый, болотного цвета с примесью слизи. Со слов больной, мочится реже, чем обычно. Вес больной 60 кг.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$; гемоглобин - 132 г/л; лейкоциты - $14,4 \times 10^9/\text{л}$; палочкоядерные - 7%, сегментоядерные - 69%; эозинофилы - 1%, лимфоциты - 20%; моноциты - 3%; СОЭ - 27 мм/ч, гематокрит - 53%.

Общий анализ мочи: цвет - насыщенно желтый, относительная плотность - 1022; белок - 0,66 г/л; сахар - нет; эритроциты - 1-2 в п/зр., лейкоциты - 3-5 в п/зр.

Копрограмма: кал жидкий, зеленый; много слизи, реакция Грегерсена (+); лейкоциты - покрывают поле зрения, эритроциты - 20-40 в поле зрения, непереваренные мышечные волокна - много.

Вопросы:

1. Ваш диагноз **(в том числе, по МКБ-10)**.
2. Обоснование диагноза.
3. Дифференциальная диагностика, **определите показания к госпитализации**
4. Оцените данные лабораторных исследований, что еще нужно назначить?
5. Лечение больной, в том числе медицинская реабилитация

Задача 16.

К больному Я., 58 лет, вызван врач скорой помощи, который застал пациента в крайне тяжелом состоянии. При разговоре с родственниками установлено, что заболел остро 3 августа утром среди полного здоровья: появилось урчание в животе, слабость, через 3 часа от начала болезни появились периодические судороги в конечностях. Температура тела не повышалась, озноба, жара не было, на боли в животе не жаловался. Голос стал афоничным, появились генерализованные судороги и больной потерял сознание.

Из эпид. анамнеза установлено, что пациент накануне вернулся из Индии, выезжал по работе.

При осмотре: состояние крайне тяжелое, без сознания. Кожные покровы холодные на ощупь, покрыты липким потом, диффузный цианоз. Температура тела 35,4°C. Язык сухой, покрыт коричневым налётом, слизистые сухие. Глазные яблоки запавшие, с темными кругами вокруг, черты лица заострившиеся. Тургор кожи резко снижен, симптом «руки прачки». Периодически возникают тонические судороги конечностей. Нитевидный пульс 180 ударов в минуту, АД не определяется, дыхание типа Куссмауля. Живот вздут, при пальпации определяется шум плеска. Диурез отсутствует.

При транспортировке больного – клиническая смерть. Реанимационные мероприятия без эффекта.

На вскрытии обнаружены раздутые петли кишечника, содержащие большое количество мутной жидкости. Выступающая кровь при разрезе тканей имеет дегтеобразную консистенцию.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?**(в том числе, по МКБ-10)**
2. Обоснование диагноза.
3. Какова причина смерти?
4. Какую неотложную терапию провели бы Вы?
5. Перечислите методы специфической диагностики.

Задача 17

Больной Б., 38 лет, работник овощного склада, заболел внезапно 19 февраля: повысилась температура тела до 38,2°C, появились схваткообразные боли в правой половине живота, жидкий стул 2 раза, тошнота, однократная рвота. Вызвал «Скорую помощь», госпитализирован в хирургическое отделение с подозрением на острый аппендицит.

Больному проведено хирургическое вмешательство с удалением воспаленного аппендикулярного отростка, содержимое которого направлено на бактериологическое исследование.

На следующий день больного беспокоили першение в горле, головная боль и появление сыпи на сгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, боковых поверхностях туловища.

При осмотре отмечалась гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер и покраснение конъюнктив, ограниченная гиперемия кистей и стоп. Слизистая задней стенки глотки зернистая, гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 86 ударов в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. Притупление перкуторного тона в правой подвздошной области. Печень и селезенка не увеличены. Моча светлая, диурез достаточный. Стула не было.

Для решения вопроса о дальнейшем лечении пациента вызван инфекционист.

Вопросы:

1. Ваш диагноз, его обоснование (в том числе, по МКБ-10).
2. План обследования больного. Специфическая диагностика. Какой результат бак. исследования содержимого аппендикса предполагаете?
3. Дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение при данной форме заболевания, в том числе медицинская реабилитация
5. Какие еще формы и варианты заболевания Вы знаете?

Задача 18.

Мужчина 40 лет, поступил в инфекционную больницу с диагнозом "острое пищевое отравление". Болен первый день. Заболевание началось остро ночью, когда появился частый, жидкий, водянистый стул с хлопьями, через несколько часов присоединилась неукротимая рвота. Температура не повышалась. Скорой помощью больной госпитализирован в инфекционный стационар.

Эпид. анамнез: дома все здоровы. Со слов больного, причиной заболевания может быть употребление курицы, которую он ел в самолете. Накануне больной вернулся из командировки в Южную Америку.

При поступлении: состояние тяжелое, в сознании, вялый. Температура тела 36,0°C. Периодически отмечаются судороги икроножных мышц, голос осипший. Кожные покровы бледные, сухие, кожная складка расправляется медленно, акроцианоз. В приемном покое несколько раз была рвота жидкостью типа рисового отвара. Слизистые ротоглотки сухие, миндалины не увеличены, налетов нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 110 уд. в мин., слабого наполнения и напряжения, АД 70/40 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 36 в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, урчащий. Печень и селезенка не увеличены. Стул водянистый, обильный, желтоватый с белыми хлопьями. Больной отмечает снижение количества мочи. Вес пациента 80 кг.

В общем анализе крови: эр. - $7,1 \times 10^{12}/л$, Нв - 190 г/л; лейкоц. - $12,6 \times 10^9/л$, гематокрит - 0,66 г/л; калий - 2,8 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?**(в том числе, по МКБ-10)**
2. Обоснование диагноза.
3. Оцените лабораторные данные.
4. Какие исследования необходимо назначить?
5. Назначьте лечение.**Профилактика данного заболевания**

Задача 19.

Больная А., 30 лет, заболела остро, когда 5 часов назад отметила внезапное появление слабости, недомогания, разбитости, тошноты, была однократная рвота, появилась отрыжка, слабая диффузная боль в животе. Затем появились жалобы на «пелену» перед глазами, расплывчатость очертаний предметов, чувство «комка» в горле, сухость во рту, охриплость голоса.

Из анамнеза: контакты с больными отрицает. Утром употребляла консервированные домашним способом грибы, ела одна.

При осмотре: больная вялая, адинамичная. Сознание ясное. Положение активное. Температура тела 36,9°C. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Лимфатические узлы не увеличены. Слизистые ротовой полости сухие, язык обложен белым налётом. Отмечается ограничение движений глазных яблок во все стороны, зрачки расширены, реакция на свет слабая. Выявлен небольшой птоз век. Менингеальные симптомы отрицательные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 80 уд. в мин. АД 130/90 мм рт. ст. Живот несколько вздут, при пальпации отмечается незначительная болезненность в эпигастральной области. Печень и селезёнка не увеличены. Стула сегодня не было. Диурез достаточный.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз, дайте его обоснование (в том числе, по МКБ-10).
2. Возбудитель заболевания, характеристика различных форм возбудителя.
3. Пути и факторы передачи инфекции. Профилактика данного заболевания
4. Как подтвердите диагноз?
5. Назначьте лечение.

Задача 20.

Больная Г., 26 лет, поступила в клинику с жалобами на слабость, сухость во рту, затруднение глотания, ухудшение зрения. Заболела 3 дня назад, когда стала отмечать быструю утомляемость, слабость, сухость во рту. На следующий день появилось двоение, «туман и сетка» перед глазами, расстройство зрения (трудно читать газеты).

Обратилась к врачу, была направлена на консультацию к окулисту. На третий день болезни состояние ухудшилось: развилась общая мышечная слабость, нарушение глотания (выливание жидкости через нос, поперхивание), стало трудно дышать. Госпитализирована.

При поступлении: состояние тяжелое, больная вялая. Лицо амимично, птоз век, зрачки расширены. При осмотре ротоглотки: небная занавеска провисает, не фонирована. Пульс 80 ударов в минуту, АД 80/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Дыхание 28 в минуту, поверхностное. Живот вздут, безболезненный, перистальтика снижена. Стула не было 3 дня.

Занимается конным спортом. За 2 недели до появления вышеуказанных симптомов в конюшне поранила ногу вилами, рана нагноилась, использовала компрессы с мазью Вишневского.

В общем анализе крови: $Eg-3,7 \times 10^{12}/л$, $Hb-124$ г/л, ЦП-0,85, $Leu-10,1 \times 10^9/л$, п/я-6%, с/я-63%, м-1%, л-28%, э-2%, СОЭ-13 мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его (в том числе, по МКБ-10)
2. Что явилось причиной заболевания?
3. Фактор патогенности возбудителя, его характеристика.
4. Специфическая диагностика инфекции.
5. Назначьте лечение больной, в том числе медицинскую реабилитацию

Задача 21.

Больной Н., 20 лет, студент, доставлен бригадой скорой помощи в приемное отделение инфекционной больницы. Жалобы на многократную рвоту, схваткообразные боли в эпигастральной области, слабость, недомогание, головокружение, жажду. Заболел остро, когда через 2 часа после употребления в пищу торта появились вышеперечисленные жалобы.

Эпиданамнез: живет один в отдельной благоустроенной квартире, контакт с инфекционными больными отрицает, контакт с животными отрицает, за последний год из города не выезжал. За 2 часа до заболевания употреблял в пищу торт с большим количеством кондитерского крема. Со слов больного, в течение дня торт находился при комнатной температуре. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств, лечения у стоматолога, внутривенных и внутримышечных инъекций за последние 6 месяцев не проводилось.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное, температура 36,9°C. Кожа бледная, тургор снижен. Язык сухой, у корня обложен белым налетом. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Шумов не выслушивается. Пульс 85 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД 95/70 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Перитонеальные симптомы отрицательные. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочится реже, чем обычно. Стула не было.

Вопросы:

1. Ваш диагноз, его обоснование (в том числе, по МКБ-10)
2. План обследования.
3. Чем в данном случае обусловлен короткий инкубационный период?
4. Дифференциальный диагноз.
5. Назначьте лечение. Показана ли больному антибактериальная терапия?

Задача22.

Больной А., 25 лет. Заболевание началось постепенно с повышения температуры до 37,5°C, головной боли, снижения аппетита. В последующие дни температура по утрам - субфебрильная, вечером - выше 38°C, сохранялась головная боль, ухудшился сон, появилась вялость. Принимал аспирин без эффекта. На 8-й день болезни вызванный участковый терапевт заметил на коже сыпь и с диагнозом: "ОРЗ, аллергическая сыпь" направил больного в инфекционный стационар.

Эпиданамнез: контакт с инфекционными больными отрицает. За 2 недели до заболевания гостил у родственников в деревне, пил воду из колодца.

В приемном покое: состояние средней тяжести, температура тела 38,7°C. Больной вялый и адинамичный. Кожные покровы бледные. На животе - единичные розеолы. Язык сухой, увеличен в размерах, густо обложен сероватым налетом, края и кончик - чистые. Слизистые ротоглотки умеренно гиперемированы, налетов на миндалинах нет. Пульс ритмичный, 74 удара в минуту. Тоны сердца приглушены, АД 105/65 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, выслушиваются единичные сухие хрипы, притупления перкуторного тона не определяется. Живот несколько вздут, умеренно чувствителен и урчит при пальпации в правой подвздошной области, симптом Падалки (+). Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги по правой среднеключичной линии, пальпируется нижний полюс селезенки.

На 17-й день болезни больной предъявлял жалобы на умеренные боли в животе, резкую слабость. Вызван на консультацию хирург.

При осмотре: состояние больного тяжелое, заторможен, бледный, температура тела 37,5°C. АД 90/60 мм рт. ст., пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения. Язык сухой, густо обложен коричневым налетом. Живот вздут, при пальпации болезненный в правой подвздошной области, здесь же - локальное мышечное напряжение. Симптомы раздражения брюшины сомнительны.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование (в том числе, по МКБ-10)
2. Дифференциальный диагноз.

3. План обследования больного.
4. Перечислите специфические осложнения, возможные при данной инфекции.
5. Лечение: препараты, длительность их применения. **Профилактика данного заболевания**

Задача 23.

Больной С., 35 лет, геолог, болен 4-й день, в тяжелом состоянии доставлен скорой помощью в инфекционное отделение больницы с явлениями бреда и беспокойства. У сопровождавших его лиц удалось выяснить, что больной 5 дней назад вернулся из командировки в Монголию, работал в степи.

Объективно: состояние тяжелое, температура 40°C. Больной беспокоен, сознание спутанное. Положение вынужденное. Лицо гиперемировано, одутловато. Язык покрыт сплошным белым налетом. В правой паховой области – конгломерат лимфатических узлов, резко болезненный, плотный, спаянный с подкожной клетчаткой, кожа над ними гиперемирована, определяется участок флюктуации. Границы сердца расширены. Тоны сердца приглушены, пульс 130 уд/мин, АД 80/40 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Диурез снижен.

В ОАК - лейкоциты – $28,0 \times 10^9/\text{л}$, пя- 35%, СОЭ 24 мм/ч.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз **(в том числе, по МКБ-10)**
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какое осложнение развилось?
4. Лечение.
5. Тактика в отношении осложнения. **Профилактика данного заболевания**

Задача 24.

Больной П., 45 лет, ветеринар. В течение 14 дней отмечал повышенную утомляемость, головную боль, слабость, недомогание, повышение температуры до $38,5^{\circ}$, обильную потливость. При этом продолжал ходить на работу, чувствовал себя «неплохо». С данными жалобами обратился к участковому врачу, был госпитализирован.

Эпиданамнез: за пределы области в течение 10 лет не выезжал. Работает в колхозе ветеринаром. Дома все здоровы.

При поступлении: состояние средней степени тяжести, температура тела $37,7^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. При осмотре ротоглотки слизистые бледно-розовые, чистые, миндалины не увеличены. Пальпируются увеличенные шейные и подмышечные лимфоузлы, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями. В легких выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 110 ударов в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, пальпируется нижний полюс селезенки. Моча светлая, диурез адекватный. Стул оформленный.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить у пациента? Обоснование диагноза(в том числе, по МКБ-10).
2. Классификация болезни.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Назначьте план обследования.
5. Какие препараты можно использовать в лечении данного больного?

Задача 25.

Больной А., 37 лет, инженер. Утром проснулся с чувством слабости, недомогания, потливости. К вечеру температура тела повысилась до 37,6°C, появилось затруднение при жевании пищи, напряжение мышц лица при разговоре, в дальнейшем – нарушение глотания (поперхивание пищей), сильные мышечные боли в спине, груди, животе, верхних и нижних конечностях. При включении яркого света появлялись судорожные подергивания конечностей.

Эпиданамнез: 10 дней назад при работе на садово-огородном участке получил глубокую рану правой кисти, самостоятельно промыл ее водой с мылом, обработал йодом, за медицинской помощью не обращался. Контакт с инфекционными больными отрицает. Дома держит собаку.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Температура тела 38,3 °С. Мышцы тела в гипертонусе, голова запрокинута назад с дугообразным выгибанием позвоночника. Кожные покровы влажные. Тризм жевательные мускулатуры, на лице - сардоническая улыбка. Дыхание в легких везикулярное. ЧДД 25 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 100 ударов в минуту, АД 110/60 мм рт. ст. Живот напряжен, при пальпации – болезненное сокращение мышц.

Вопросы:

1. Ваш диагноз, его обоснование. **(в том числе, по МКБ-10)**
2. Возбудитель данного заболевания, его особенности.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Принципы лечения.
5. Перечислите возможные осложнения. **Профилактика данного заболевания**

Задача 26.

Больная Щ., 48 лет, в период эпидемического подъёма заболеваемости дифтерией госпитализирована на 2-й день болезни с диагнозом "Распространённая дифтерия ротоглотки". Заболевание началось остро с озноба, повышения температуры до 38,7⁰С, болей в горле, появления припухлости в подчелюстной области.

При осмотре: температура тела 38,2⁰С, состояние средней степени тяжести. Лёгкая одутловатость и гиперемия кожных покровов лица, инъекция сосудов склер, асимметрия шеи за счёт значительного увеличения лимфоузлов в левой подчелюстной области. Рот открывает свободно, левая миндалина увеличена в объёме до II степени, застойно гиперемирована, на её передней поверхности - участок некроза размером до 0,7 см с распространением на дужку, покрытый грязно-серым налётом, плотно спаянным с подлежащей тканью. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 68 ударов в минуту, АД 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез без особенностей.

Начата антибактериальная терапия. На фоне лечения улучшения общего состояния больной (нормализация температуры, уменьшение гиперемии и размеров миндалины, при сохранении скудного налёта на ней). Далее в течение недели отмечалось дальнейшее увеличение лимфоузла в левой подчелюстной области. Лимфоузел достиг размеров куриного яйца, при этом сохранялась чёткая ограниченность от окружающих тканей, слабая болезненность, кожные покровы над ним сохраняли нормальный цвет.

Бактериологическое исследование мазков из зева на дифтерию дало отрицательный результат. При сборе эпиданамнеза установлено, что семья имеет дом в деревне, содержит сельскохозяйственных животных (коровы, овцы, кролики), использует в пищу сырое молоко. В доме есть грызуны.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз, его обоснование (в том числе, по МКБ-10)

2. Зависит ли вариант течения болезни от способа заражения?
3. Методы лабораторной диагностики заболевания.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Определите тактику ведения больной. **Определите показания к госпитализации. Проведите экспертизу трудоспособности**

Задача 27.

Больная В., 50 лет, доярка, обратилась к врачу с жалобами на боль в крупных суставах рук, ног, слабость, потливость, раздражительность, снижение чувствительности, «ползание мурашек» в кистях.

Считает себя больной около года, когда стала беспокоить боль в суставах, временами повышалась температура до 37,3°C-37,5°C. Амбулаторно был выставлен диагноз: ревматоидный полиартрит. Лечилась диклофенаком с временным улучшением. Ухудшение состояния наступило месяц назад, когда усилились слабость, потливость, обострилась боль в суставах, появилась раздражительность, что и заставило больную вновь обратиться к врачу.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, кожа кистей бледная, влажная, поверхностная чувствительность снижена. Полимикролимфаденит, лимфатические узлы плотноваты, безболезненны, не спаяны между собой. В подкожной клетчатке пояснично-крестцовой области определяются плотноватые образования величиной до фасоли. Левый плечевой, правый коленный и голеностопный суставы увеличены в объеме, контуры их сглажены, движения в них ограничены и болезненны. Печень и селезенка не увеличены. Тоны сердца ритмичные, приглушены, пульс 76 уд/мин. АД 120/70 мм рт. ст. Отмечается болезненность в местах выхода поясничных корешков. Больная эмоционально неустойчива, плаксива. Менингеальные симптомы отрицательные.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз **(в том числе, по МКБ-10)**.
2. Обоснование диагноза.
3. Клиническая классификация заболевания.
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. План обследования и лечения, **в том числе медицинская реабилитация**

Задача 28.

Пациент У., 48 лет, обратился в поликлинику на 6-й день болезни с жалобами на повышение температуры, общую слабость и отёчность правого предплечья. Заболевание началось с появления на правом предплечье пятна розового цвета, которое стало быстро уплотняться и увеличиваться в размерах, появилась отёчность предплечья. В последующие дни нарастали слабость, отёк мягких тканей предплечья, температура повысилась до 38°C.

Объективно: на правом предплечье имеется безболезненная язва, покрытая черным струпом, диаметром 3 см. Вокруг венчик из мелких зудящих пузырьков с серозным содержимым. Предплечье увеличено в объёме за счёт безболезненной мягкой консистенции отёка подкожной клетчатки, который "дрожит" при перкуссии. Подмышечные лимфатические узлы увеличены до размеров лесного ореха, безболезненны. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс – 96 в мин, АД – 120/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

При сборе анамнеза установлено, что больной работает на предприятии по выделке овечьих шкур. Контакт с инфекционными больными отрицает.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз (в том числе, по МКБ-10)
2. Обоснование диагноза.
3. Классификация заболевания.
4. План обследования.
5. Определите тактику ведения больного, определите показания к госпитализации, проведите экспертизу трудоспособности

Задача 29.

Больной Н., 34 года, шофер, поступил в клинику на 6-ой день болезни в тяжелом состоянии. Заболел остро, когда появилась боль в правой руке, недомогание, температура 37,8°C. На второй день болезни температура 39°C, появился страх перед водой, вид которой вызывал болезненные судороги жевательной и глотательной мускулатуры. Появились зрительные галлюцинации, онемение правой половины туловища, бессонница, боязнь чего-то.

Со слов жены, 3 месяца назад ездил в один из районов области, где подобрал на дороге вяло бежавшую лису, которая укусила его в правую кисть. Рана долго не заживала, кожа краснела, за медицинской помощью не обращался, работал.

При поступлении сознание ясное, на вопросы не отвечает, просит: « подождите, я отдохну». Лицо гиперемировано, выражение тоскливое, обеспокоенное, взгляд испуганный, зрачки расширены, изо рта выделяется густая слюна. Пульс 88 ударов в минуту, ритмичен. АД 100/65 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. В легких прерывистое, шумное везикулярное дыхание. Живот без особенностей. Стул задержан, мочился редко. На 7-ой день болезни состояние стало хуже. Возбуждение нарастало, в глазах ужас, пытался бежать. Изо рта постоянно выделялась жидкая слюна, кожа влажная, горячая. На 8-ой день болезни полное бессознательное состояние. Активных движений нет, на коже холодный пот.

Вопросы:

1. Ваш диагноз, его обоснование (в том числе, по МКБ-10).
2. Причина заболевания.
3. Эпидемиологические особенности инфекции. Меры профилактики
4. Клинические проявления заболевания по периодам.

5. Назначьте лечение пациенту.

Задача 30.

Больной К., 32 лет. Заболел остро, когда температура тела повысилась до 38,5°C, почувствовал слабость, недомогание. С 3 дня заболевания появились боли в мышцах и "отекли глаза". Температура в течение недели держалась на фебрильных цифрах (выше в вечерние часы), появились головная боль, кашель, мышечные боли усилились. Принимал жаропонижающие препараты с кратковременным эффектом. На 10 день болезни на коже появилась сыпь. С вышеперечисленными жалобами обратился к участковому терапевту. При осмотре обнаружены уртикарные высыпания на коже туловища и конечностей, увеличение печени. Госпитализирован в инфекционную больницу с предварительным диагнозом "брюшной тиф".

Контакт с инфекционными больными отрицает. Примерно за 3 недели до болезни был в гостях в деревне, ел салаты, свиное сало. У больного имеются сведения, что еще двое из гостивших в деревне «температурят».

При поступлении жалуется на боли в мышцах ног, шеи, жевательных мышцах; кашель, головную боль, повышение температуры, отечность лица.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Лицо гиперемировано, одутловато. Веки отечны, склеры, конъюнктивы инъекцированы. Пальпация мышц шеи, плечевого пояса, бедер болезненна. На коже груди, живота макуло-папулезные высыпания, сопровождаются зудом. Язык чистый, влажный. Слизистые ротоглотки бледно-розовые, чистые. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 108 ударов в минуту, АД 105/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при глубокой пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Стул регулярный, кашицеобразный. Дизурии нет. Со стороны нервной системы патологии не выявлено.

Общий анализ крови при поступлении: НЬ-138 г/л, L-12,8x10⁹/л, э-24%, п/я-15%, с/я -39%, лимф.-18%, мон.-4%. СОЭ-36 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз(в том числе, по МКБ-10).
2. Обоснование диагноза.
3. Чем обусловлены изменения показателей общего анализа крови?
4. Какие дополнительные исследования необходимы?
5. Составьте план лечения, в том числе восстановительного

Комментарии к задачам

Задача 1.

1. Острый вирусный гепатит В, желтушный вариант, тяжелое, фульминантное течение.

Осложнение: Острая печеночная недостаточность. Геморрагический синдром. Печеночная энцефалопатия.

2. Учитывая эпид. анамнез, клиническую картину заболевания, маркерный спектр, данные лабораторных показателей выставлен данный диагноз.

3. Острая печеночная недостаточность. Геморрагический синдром. Печеночная энцефалопатия.

4. Острая печеночная недостаточность. В патогенезе ВГВ имеют значение иммуноопосредованные механизмы. Инфицированный HBV гепатоцит приобретает антигенные свойства, что приводит к образованию антител к собственным гепатоцитам. Морфологически для ОГВ характерны диффузное поражение ткани печени, дистрофические и некробиотические изменения гепатоцитов. Фульминантная форма характеризуется массивным или субмассивным некрозом печени. Печеночная энцефалопатия развилась вследствие нарушения детоксической функции печени и влияния продуктов аммиака на ЦНС.

5. Лечение: ламивудин 100 мг или энтекавир 0,5 мг/сут или тенофовир 300 мг в сутки. Пульс-терапия глюкокортикоидами, СЗП, дезинтоксикационная терапия, антибактериальная терапия, гипоаммониемические препараты: лактулоза, посиндромная терапия.

Задача 2.

1. Острый вирусный гепатит E, желтушная форма, тяжелое течение.

Осложнение: Острая печеночная недостаточность. Острая печеночная энцефалопатия. Геморрагический синдром.

2. Анти-HEVIgM.

3. Дифференциальная диагностика проводится с острыми вирусными гепатитами другой этиологии, желтухами, являющимися осложнением беременности.

4. Пульс-терапия глюкокортикоидами, СЗП, дезинтоксикационная терапия, антибактериальная терапия, гипоаммониемические препараты: лактулоза, посиндромная терапия. Специфического противовирусного лечения не существует.

5. Максимально возможное сохранение беременности.

Задача 3.

1. ВИЧ инфекция: стадия 4В(СПИД), период прогрессирования на фоне отсутствия АРВТ.
2. На основании эпид. анамнеза, клинической картины заболевания, данных лабораторных показателей выставлен предварительный диагноз.
3. Реакция иммунного блоттинга, ПЦР, ИФА АГ р24 и АТ к ВИЧ.
4. Снижено, вследствие тропности вируса к CD4+ лимфоцитам.
5. АРВТ показана.

Задача 4.

1. Острый вирусный гепатит А, желтушный вариант с холестатическим синдромом.
2. Источник инфекции – муж.
3. Постпрививочные антитела.
4. Дезинтоксикационная терапия, гепатопротекторная терапия, антихолестатическая терапия, посиндромная.
5. Выздоровление.

Задача 5.

1. Острый вирусный гепатит Д, суперинфекция на фоне хронического вирусного гепатита В, желтушный вариант, тяжелое течение. Осложнение: Острая печеночная недостаточность. Геморрагический синдром. ОПЭ
2. На основании эпид. анамнеза, клинико-лабораторных показателей.
3. Острая печеночная недостаточность. ОПЭ.
4. Пульс-терапия глюкокортикоидами, СЗП, дезинтоксикационная терапия, антибактериальная терапия, гипоаммониемические препараты: лактулоза, посиндромная терапия.
5. Половой контакт, оперативное вмешательство.

Задача 6.

1. Острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний.
2. На основании эпид. анамнеза, клинической картины заболевания, лабораторных показателей.
3. ПЦР с определением вирусной нагрузки, ОАК, БАК.
4. 2Б.
5. АРВТ.

Задача 7.

1. Острый вирусный гепатит С, генотип 1в, высокой степени биохимической активности.
2. Гемотрансфузия.
3. Патогенетическая терапия, симптоматическое лечение. При сохранении ПЦР РНК ВГС положительной через 6 месяцев, показана ПВТ: софосбувир, велпатасвир, ледипасвир, мавирет.
4. Хронизация в 80-90% случаев.
5. Нет.

Задача 8.

1. Цирроз печени в исходе хронического вирусного гепатита С, класс А-В по Чайлд-Пью. Осложнение: Печеночно-клеточная недостаточность. Гиперспленизм. Печеночная энцефалопатия.
2. На основании эпид. анамнеза, клиники, лабораторных показателей.
3. Гемотрансфузия.
4. ПЦР РНК ВГС с определением генотипа и вирусной нагрузки. ФГДС. Коагулограмма. Кровь на АФП.
5. Софосбувир+велпатосвир+рибавирин

Задача 9.

1. Лептоспироз, гепаторенальная форма,тяжелое течение.
2. На основании эпид. анамнеза,клинико-лабораторных показателей.
3. РМА лизиса с лептоспирами
4. ИТШ, ДВС синдром, ОПН
5. Антибиотикотерапия: пенициллин, цефалоспорины. При угрозе развития ИТШ – глюкокортикоиды. Посиндромная терапия. Гемодиализ.

Задача 10.

1. Крымская геморрагическая лихорадка с геморрагическим синдромом, тяжелое течение.
2. Трансмиссивный: укус клеща.
3. Лейкопения, тромбоцитопения.
4. ИФА антитела IgM к вирусу ККГЛ, ПЦР РНК вируса ККГЛ.
5. Рибавирин, СЗП, концентрат тромбоцитов, эритроцитарная масса.

Задача 11.

1. Чума, легочная, вторично септическая форма, фульминантное течение. Осложнение: инфекционно-токсический шок, ДВС-синдром.

2. По клинической форме:

- кожно-бубонная;
- первично-септическая;
- вторично-септическая;
- первично-легочная;
- вторично-легочная.

3. Бактериоскопический, бактериологический, ПЦР.

4. Антибиотикотерапия: тетрациклины, фторхинолоны. Патогенетическая терапия: детоксикация. Коррекции гемодинамических расстройств, что наблюдается при развитии инфекционно-токсического шока.

Задача 12.

1. Малярия, вызванная р *vivax*, рецидив.
2. На основании клиники, эпид. анамнеза
3. Рецидив обусловлен наличием гипнозоитов: «спящих» тканевых форм паразита.
4. Микроскопический метод: препараты крови, приготовленные методом «тонкого мазка» и методом «толстой капли», ПЦР
5. Гематошизотропные и гистошизотропные (противорецидивные) препараты (примахин)

Задача 13.

1. Малярия тропическая, вызванная р. *falciparum*, тяжело протекает. Осложнение: гемоглинурийная лихорадка (гемолитикоуремический синдром).

2. На основании клинико-эпидемиологических данных и лабораторных исследований.

3. Трансмиссивный путь заражения. Антропоноз.

4. Гемоглинурийная лихорадка является следствием массивного внутрисосудистого гемолиза, что может быть обусловлено интенсивной инвазией или применением некоторых противомалярийных препаратов (хинин, примахин, сульфаниламиды) у лиц с дефицитом фермента глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФД). При тяжелой ее форме развиваются интенсивная желтуха, выраженный геморрагический синдром, анемия, анурия, сопровождающиеся ознобом, высокой лихорадкой (40°C), болями в поясничной области, повторной рвотой, миалгиями, артралгиями. Моча приобретает темно-коричневый цвет, что обусловлено наличием оксигемоглобина.

5. Отменить хинин. Назначить противомалярийные препараты группы артемизина, посиндромное лечение. Гемодиализ.

Задача 14.

1. Острый шигеллез
2. На основании эпид. анамнеза, клинико-лабораторных показателей.
3. ОАК: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускоренное СОЭ.
Копрограмма: лейкоцитоз, большое количество эритроцитов, слизи.
4. Бактериологическое исследование кала на патогенную кишечную группу, РПГА с дизентерийным диагностикумом.
5. Антибиотикотерапия, дезинтоксикационная терапия.

Задача 15.

1. Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма.
2. На основании эпид. анамнеза, клинико-лабораторных показателей.
3. Проводится с другими ОКИ.
4. Бактериологическое исследование кала на патогенную кишечную группу, РПГА с сальмонеллезным диагностикумом.
5. Антибактериальная, дезинтоксикационная терапия, регидратационная терапия, энтеросорбенты, посиндромная.

Задача 16.

1. Холера, атипичная форма: «сухая холера», фульминантное течение.
2. На основании эпид. анамнеза, клинико-лабораторных показателей.
3. Обезвоживание 4 ст. Гиповолемический шок.
4. Регидратационную, антибактериальную: тетрациклины, хинолоны, посиндромную.
5. Бактериологический метод. Посев на 1% пептонный бульон.

Задача 17

1. Иерсиниоз, генерализованная форма.
2. РПГА с иерсиниозымдиагностикумом, ИФА IgMIgGIgA к *Yersiniaenterocolitica*.
3. С другими ОКИ.
4. Антибиотикотерапия:
фторхинолоны,цефалоспорины,иммуномодуляторы,дезинтоксикационная терапия.
5. Гастроинтестинальная,абдоминальная,генерализованная,вторично-очаговая форма.

Задача 18.

1. Холера, типичная форма, тяжелое течение. Гиповолемический шок.
2. На основании эпид. анамнеза, клинико-лабораторных показателей.
3. Гиповолемия, гипокалиемия.
4. Бактериологический метод. Посев на 1% пептонный бульон, биохимический анализ крови, коагулограмму, кровь на электролитный состав, ОАМ.
5. Антибактериальная: тетрациклины, хинолоны, регидратационная терапия.

Задача 19.

1. Ботулизм.
2. *Clostridium botulinum*, анаэробная инфекция.
3. Сапроноз с алиментарным путем передачи.
4. Реакция нейтрализации с последующей биологической пробой на мышах.
5. Ввести поливалентную противоботулиническую анитоксическую сыворотку типов А, В и Е. 10000 МЕ тип А, Е и 5000 МЕ тип В. Антибиотикотерапия. При развитии ОДН – ИВЛ.

Задача 20.

1. Ботулизм, раневая форма, тяжелое течение.
2. Пациентка за 2 недели до появления вышеуказанных симптомов в конюшне поранила ногу.
3. Раневой ботулизм возникает в результате попадания спор клостридий в рану, где создаются анаэробные условия. При прорастании спор и образовании вегетативных клеток продуцируется ботулинический токсин, который всасывается и вызывает развитие типичных неврологических симптомов.
4. Реакция нейтрализации с последующей биологической пробой на мышах.
5. Ввести поливалентную противоботулиническую антитоксическую сыворотку типов А, В и Е. 10000 МЕ тип А, Е и 5000 МЕ тип В. Антибиотикотерапия. При развитии ОДН – ИВЛ.

Задача 21.

1. Пищевая токсикоинфекция.

Диагноз выставлен на основании эпид. анамнеза, жалоб, клиники.

2. Бактериологический: посев рвотных масс, промывных вод желудка на токсигенные штаммы возбудителей (стафилококки, протей эшерихии).

3. Экзотоксинами возбудителя, попавшими в ЖКТ

4. С другими ОКИ

5. Промывание желудка. Энтеросорбенты. Посиндромная терапия.
Антибиотики не показаны.

Задача 22.

1. Брюшной тиф, типичное форма, тяжелое течение. Осложнение: перфорация кишечника.
2. С другими ОКИ
3. Бактериологическое исследование крови, мочи, кала, желчи на среду Раппопорта. Серологическая реакция агглютинации Видаля.
4. Перфорация кишечника, кишечное кровотечение, ИТШ, миокардит.
5. Антибиотикотерапия: хинолоны, цефалоспорины до 10 дня нормальной температуры тела.

Задача 23.

1. Чума, бубонная форма, тяжелое течение. Осложнение: ИТШ.
2. Дифференциальный диагноз проводится с туляремией, флегмоной, сепсисом.
3. ИТШ. Необходимо исключить вторично-септическую форму заболевания.
4. Антибиотикотерапия: тетрациклины, хинолоны. Вскрытие, дренирование bubo.
5. Дезинтоксикационная терапия, вазопрессоры.

Задача 24.

1. Острый бруцеллез на основании эпид. анамнеза, клинических проявлений.
2. Острый, подострый, хронический, резидуальный
3. Тифо-паратифозные заболевания, туберкулез, ВИЧ, сепсис, неспецифические системные заболевания.
4. Серологическая реакция Хеддельсона, Райта, проба Бюрне, ИФА.
5. Доксициклин, рифампицин, стептомицин.

Задача 25.

1. Столбняк, генерализованная форма, тяжелое течение.
2. *Clostridium tetani*, анаэроб, образует споры.
3. Бешенство, клещевой энцефалит, истерия.
4. Сыворотка противостолбнячная лошадиная однократно с предварительной десенсибилизацией по методу Безредков дозе 100000–200000 МЕ внутривенно. Противосудорожная, антибактериальная, посиндромная терапия.
5. Асфиксия, переломы костей, разрывы сухожилий и мышц.

Задача 26.

1. Туляремия, ангинозно-бубонная форма(на основании клинико-эпидемиологических данных).
2. Вариант течения зависит от пути инфицирования.
3. РПГА с туляреминым антигеном, ПЦР.
4. Чума, иерсиниоз, листериоз.
5. Антибиотикотерапия: тетрациклины, хинолоны, цефалоспорины.

Задача 27.

1. Хронический бруцеллез.
2. На основании клинико-эпидемиологических и лабораторных данных.
3. Первично-хроническая форма.
4. Серологическая реакция Хеддельсона, Райта, проба Бюрне, ИФА.
5. Доксициклин, рифампицин, стептомицин.

Задача 28.

1. Сибирская язва, кожная карбункулезная форма.
2. На основании клинико-эпидемиологических данных.
3. Локализованная: карбункулезная, буллезная, эдематозная, эризипелоидная.
Генерализованная: легочная, кишечная, менингоэнцефалит.
4. Бактериоскопический, бактериологический, ПЦР, кожно-аллергическая проба с антраксином.
5. Антибиотикотерапия, дезинтоксикационная терапия.

Задача 29.

1. Бешенство, на основании эпид. анамнеза и клинической картины заболевания.
2. Укус лисы, попадание вируса бешенства через слюну в рану.
3. Зоонозная инфекция. Передача инфекции происходит через укус больного животного или при ослюнении.
4. Инкубационный. Продромальный. Возбуждения. Стадия параличей.
5. Специфических средств лечения бешенства не разработано. Больного бешенством помещают в отдельную палату и защищают от любых внешних раздражителей. Симптоматические и патогенетические средства: седативные, противосудорожные. При появлении клинических симптомов заболевания спасти больных не удаётся.

Задача 30.

1. Трихинеллез.
2. На основании эпид. анамнеза и клинико-лабораторных показателей.
3. При трихинеллезе антипаразитарный иммунный ответ выражается в увеличении количества эозинофилов.
4. ИФА с целью обнаружения антител к антигенам трихинелл.
5. Мебендазол, альбендазол. Глюкокортикоиды, антигистаминные препараты.