

## Задача 1.

Больная, 16 лет, заболела остро 18.11, когда появились головная боль, слабость, ломота в мышцах, повысилась температура тела до 38 °С. Принимала жаропонижающие средства, но температура сохранялась на уровне 38-39 °С, присоединились тошнота, тяжесть в правом подреберье. Вызвала участкового врача, который поставил диагноз «острое респираторное заболевание», назначил обильное питьё, аспирин. Самочувствие продолжало ухудшаться: на 3-й день болезни исчез аппетит, была двукратная рвота съеденной пищей. На 4-й день болезни потемнела моча (цвета пива), посветлел стул. На 5-й день болезни повторно был вызван врач, который при осмотре выявил иктеричность кожи и склер, увеличение печени (пальпировалась на 2 см ниже края рёберной дуги). Со стороны других органов патологии не выявлено. Пульс 64 в минуту, удовлетворительных свойств, АД 90/60 мм рт.ст. С появлением желтухи больная почувствовала себя лучше.

Из эпидемиологического анамнеза: в октябре отдыхала в Сочи, питалась в столовых, пила некипячёную воду из водопровода.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные исследования необходимы для постановки клинического диагноза?
5. Составьте план лечения.

## Эталон ответа:

1. Острый вирусный гепатит А, желтушная форма, средней степени тяжести.
2. В пользу диагноза свидетельствуют: данные эпиданамнеза, острое начало болезни, цикличность болезни, наличие относительно короткого преджелтушного периода с лихорадкой, признаками умеренной интоксикации, отсутствием аппетита, тошнотой, рвотой, изменением цвета мочи и стула, появление желтухи на 5-й день болезни, гепатомегалия, улучшение самочувствия с появлением желтухи.
2. Необходимо проводить дифференциальную диагностику с острыми вирусными гепатитами В и С, псевдотуберкулезом, лептоспирозом.
3. Для постановки клинического диагноза необходимо назначить общий анализ крови, биохимический анализ крови (определение уровня билирубина, АЛТ и АСТ, ГГТ, ЩФ, ПТИ, альбумина, мочевины, тимоловой пробы), определение в ИФА анти-HAV IgM, HBs Ag, anti-HBcor IgM, anti-HCV.
4. Лечение — базисная терапия: постельный, затем полупостельный режим, диета 5, обильное питьё, энтеросорбенты, исключение гепатотоксичных веществ.

## Задача 2.

Больная, 22 лет, продавец на продуктовом рынке. 3 недели назад стала отмечать слабость, боли в суставах рук и ног, снижение работоспособности. В первые дни болезни также отмечала появление зудящей сыпи на туловище и конечностях. Обращалась к дерматологу, был поставлен диагноз «аллергический дерматит». Принимала супрастин, сыпь исчезла. Однако слабость нарастала, периодически беспокоила тошнота, снизился аппетит. Температуру была нормальной. 3 дня назад потемнела моча, обесцветился стул. День назад окружающие отметили желтушность кожи, самочувствие не улучшилось: беспокоили выраженная слабость, отсутствие аппетита, тошнота, была двухкратно рвота, также отметила плохой сон ночью, сонливость днем, головокружение. Вызвала на дом участкового терапевта, госпитализирована в инфекционную больницу.

Из эпидемиологического анамнеза: 2 месяца назад больная сделала пирсинг в домашних условиях. Аппендэктомия 2 года назад. Обедает в кафе на рынке.

При поступлении в стационар: состояние больной тяжёлое - в сознании, но вялая, заторможенная, беспокоят головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, тошнота, повторная рвота, кровоточивость дёсен, было носовое кровотечение. Желтуха яркая, оттенок охряный. Точечные геморрагии на коже. Определяется «хлопающий» тремор. Температура тела 38,2 °С. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс 104 в минуту, удовлетворительных свойств, АД 90/60 мм рт.ст. В лёгких дыхание везикулярное. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье. Печень пальпируется у края рёберной дуги, мягкая, верхний край на уровне VII ребра. Селезёнка не пальпируется. Моча темная. Стул обесцвечен.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные исследования необходимы для постановки клинического диагноза?
5. Составьте план лечения.

### Эталон ответа:

1. **Вирусный гепатит В, фулминантная форма, острая печеночная энцефалопатия II ст.**
2. Основания для постановки диагноза «вирусный гепатит В» — постепенное начало болезни, длительный преджелтушный период по смешанному типу, экзантема в преджелтушном периоде, ухудшение самочувствия с появлением желтухи, данные эпиданамнеза (за 2 мес. до появления клинических симптомов заболевания больная сделала пирсинг в домашних условиях).

О фулминантном гепатите говорят выраженные симптомы интоксикации и признаки острой печёночной энцефалопатии II степени (вялость, заторможенность, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, «хлопающий» тремор), наличие геморрагического синдрома (геморрагии на коже, кровоточивость дёсен, носовое кровотечение), уменьшение размеров печени, лихорадка.

3. Дифференциальный диагноз с фулминантными гепатитами гепатитами различной этиологии (В+Д, А, Е, лекарственным).

4. Необходимо проведение общего анализа крови, оценка коагулограммы, в том числе протромбинового индекса, МНО, определение уровней билирубина, АЛТ, АСТ, мочевины, альбумина, ЩФ, ГГТ, КЩС, электролитов, сахара и амилазы крови, проведение тимоловой пробы, группы крови и резус-фактора, определение маркёров вирусных гепатитов (HBs Ag, anti-HBcore IgM, анти-HDV IgM, анти-HAV IgM, anti-HCV).

4. Лечение — госпитализация в отделение интенсивной терапии инфекционного стационара, постельный режим, ограничение белка в питании до 20 г/сутки, проведение интенсивной дезинтоксикационной терапии (внутривенное введение раствора глюкозы, кристаллоидных растворов до 2 л в сутки), сеансы плазмафереза, введение ингибиторов протеолиза (гордокс, контрикал). Лечение геморрагического синдрома — промывание желудка холодным раствором аминокaproновой кислоты, внутривенное введение аминокaproновой кислоты, этамзилата (дицинона), внутримышечно викасола. Маннитол 10% внутривенно в суточной дозе 0,5—1 г/кг, фуросемид (лазикс\*) 40—80 мг внутривенно или внутримышечно 1 раз в сутки. Лактулоза 30—45 мл через зонд или в клизмах с интервалом 4—6 ч.

### **Задача 3.**

Студент, 18 лет, вызвал на дом участкового врача на второй день болезни. Жалобы на лихорадку, слабость, ломоту в теле, головную боль в области лба и глазниц, потерю аппетита, сухой кашель. Заболел остро день назад, температура тела повысилась с ознобом до 38,8 °С, отметил ломоту во всём теле, головную боль в лобной области, слабость, пропал аппетит. Вечером присоединился сухой кашель, «саднение» за грудиной.

В группе есть студенты с насморком и кашлем. Живет дома, с родителями. Наличие хронических заболеваний и вредных привычек отрицает.

При осмотре: состояние средней тяжести, 38,6 °С, гиперемия кожи лица, инъекция сосудов склер. Кожа влажная, горячая. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание затруднено, скудное серозное отделяемое из носа. При осмотре ротоглотки выявлена яркая гиперемия слизистой оболочки, обильная «зернистость». Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в минуту. Сухой кашель, боли за грудиной во время кашля. Тоны сердца приглушены. Пульс 100 в минуту, АД 100/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Стул оформлен. Менингеальные явления отсутствуют.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.

3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные исследования необходимы для постановки клинического диагноза?
5. Составьте план лечения.

**Эталон ответа:**

1. Грипп, типичная форма, средней степени тяжести.
2. Диагноз поставлен на основании острого начала болезни с признаков интоксикации, лихорадки, характерных жалоб на головную боль в области глазниц, наличия гиперемии лица, склерита, назофарингита, трахеита, а также данных эпидемиологического анамнеза (наличие заболевших студентов в группе).
3. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с парагриппом, ОРЗ бактериальной этиологии, пневмонией.
4. Диагноз «грипп» поставлен клинически. На амбулаторном этапе лабораторная диагностика не проводится.
5. Учитывая среднюю тяжесть заболевания, отсутствие факторов риска, возможно амбулаторное лечение. Наблюдение участкового врача.

Соблюдение постельного режима до снижения температуры. Обильное витаминизированное теплое питье. Противовирусная терапия: арбидол 200 мг 4 раза в день 5 дней или осельтамивир 75 мг 2 раза в день 5 дней. Нестероидные противовоспалительные препараты (парацетамол, ибупрофен) при температуре более 38,5 С. При упорном мучительном кашле – противокашлевые средства (коделак). Препараты аскорбиновой кислоты (аскорутин и др.).

**Задача 4.**

Больной, 30 лет, обратился к участковому врачу во время эпидемии гриппа с жалобами на кашель с мокротой, слабость, боли в груди при вдохе, повышение температуры тела до 37,5 °С. Считает себя больным 4 месяца. При сборе анамнеза выяснено, что первым проявлением болезни было появление тёмных пятен на головке полового члена. К врачу обратиться постеснялся, лечился у экстрасенса. Состояние не улучшалось, нарастала слабость, появились тёмные пятна на коже. В последнее время отмечает познабливание, повышение температуры тела по вечерам до 37,5 С, кашель, боли в груди, подсыпание элементов.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 37,4 С, бледен, пониженного питания, на коже лица, шеи, туловища, ног тёмно-красные, с синюшным оттенком пятна, некоторые выглядят как выпуклые, плотные узелки размером от мелких (0,3х0,5 см) до более крупных (до 2 см), безболезненные, в области полового члена эти высыпания болезненны и кровоточат. На слизистой оболочке щёк и дёсен аналогичные образования. Лимфатические узлы всех групп увеличены, безболезненны, эластичные. ЧД 20 в мин. В нижних отделах лёгких выслушиваются влажные хрипы. Пульс 92 в минуту, АД 140/90 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул кашицеобразный, 2-3 раза в день.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные исследования необходимы для постановки клинического диагноза?
5. Составьте план лечения.

#### **Эталон ответа:**

1. **ВИЧ-инфекция в стадии вторичных проявлений (IVB).**
2. Диагноз поставлен на основании следующих клинических проявлений: Пятнисто-папулёзные высыпания на коже и слизистых оболочках, имеющие характерный вишнёво-красный цвет, округлую форму, выступающие над уровнем кожи, вызывают подозрение на саркому Капоши (СК). Прогрессирование высыпаний, появление их на слизистых оболочках, признаки поражения лёгких и кишечника могут свидетельствовать о диссеминации. Саркома Капоши лишь у больных с иммунодефицитом возникает в молодом возрасте. Похудание, субфебрилитет, признаки диссеминированной СК, появившиеся у молодого человека.
3. Дифференциальный диагноз с иммунодефицитами другой этиологии, системными и онкологическими заболеваниями.
4. Обследование на антитела к ВИЧ методом ИФА и иммуноблоттинга, сбор дополнительного эпидемиологического анамнеза (парентеральные вмешательства, внутривенное употребление наркотических веществ, сексуальные контакты). Обязательно гистологическое исследование элементов для подтверждения диагноза СК.

5. При подтверждении диагноза ВИЧ-инфекции — направление больного в центр профилактики и борьбы со СПИДом для проведения антиретровирусной терапии.

### **Задача 5.**

Больная, 22 года, заболела 3 дня назад, остро: повысилась температура тела до 40°C, был озноб, появились головная боль, сильная слабость, разбитость, плохой аппетит. Указанные явления сохранялись в течение 2 дней, несмотря на прием жаропонижающих средств, на 3-й день появилась тошнота и рвота, усилилась головная боль, возникли мышечные боли и слабость в нижних конечностях, в связи с чем вызвала участкового врача и была госпитализирована в инфекционную больницу с диагнозом «лихорадка неясной этиологии». В приёмном отделении был уточнён эпидемиологический анамнез, согласно которому установлено, что в течение месяца пребывала в Алтайском крае, бывала за городом, жила в палатке в течение 2 недель, неоднократно подвергалась нападению клещей.

При осмотре: состояние тяжелое. Температура тела 39,5 °C. Сознание спутано, на вопросы отвечает неправильно, загружена, быстро истощается. Гиперемия лица, инъекция сосудов склер, слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, пульс 104 в минуту, АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Выявляется умеренная ригидность мышц затылка, симптом Кернига положительный с обеих сторон. Анизокория, D>S. Левый глаз отклонён вовнутрь. Левая носогубная складка сглажена.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные исследования необходимы для постановки клинического диагноза?
5. Составьте план лечения.

### **Эталон ответа:**

1. Клещевой энцефалит, менингоэнцефалитическая форма, тяжёлой степени тяжести.
2. Диагноз поставлен на основании эпидемиологических данных (пребывание в очаге, эндемичном по клещевому энцефалиту, факты нападения клещей), острого начала заболевания, высокой лихорадки, головной боли, тошноты и рвоты, выраженных симптомов интоксикации, менингеального синдрома, симптомов поражения вещества головного мозга (нарушение сознания,

судороги, анизокория, сходящееся косоглазие слева, сглаженность левой носогубной складки).

3. Дифференциальный диагноз проводится с менингоэнцефалитами другой этиологии (клещевой боррелиоз, энтеровирусная инфекция, ВЭБ- и ЦМВ-инфекции, гнойный менингоэнцефалит – менингококковый, пневмококковый и др.).

4. Для подтверждения диагноза необходимо проведение спинномозговой пункции с последующим исследованием ликвора, а также проведения иммунологического исследования (ИФА), направленного на выделение антигена вируса клещевого энцефалита в крови и в ликворе и антител IgM к вирусу в крови.

5. Тактика ведения больной состоит в назначении этиотропного лечения — противоэнцефалитного человеческого иммуноглобулина, вводимого в разовой дозе 0,1 мл/кг массы тела, с интервалом 8—12 ч в течение 3 дней. Возможно применение противовирусных препаратов: препаратов альфа-интерферона, РНК-азы. Показаны строгий постельный режим, проведение дезинтоксикационной и противосудорожной терапии, борьба с отеком мозга (дексаметазон, лазикс, маннитол, сернокислая магнезия – внутривенное введение), антибактериальная терапия с целью профилактики вторичных бактериальных инфекций, антиоксидантов ( цитофлавин и др.). ИВЛ при нарастании признаков отека мозга.

#### **Задача 6.**

Участковый врач 15.04 повторно вызван к мужчине, 35 лет. У больного жалобы на слабость, головную боль, лихорадку, отсутствие аппетита, боли в животе, жидкий стул, сыпь на коже.

Заболел 09.04, когда температура тела повысилась до 38 °С, появились озноб и головная боль. На следующий день присоединились боли в мышцах ног, боли в горле при глотании, заложенность носа, слабость, снизился аппетит. В этот день при осмотре участковым отмечена гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки. Поставлен диагноз «ОРЗ», назначена симптоматическая терапия. Состояние больного ухудшилось: усилилась лихорадка до 39-40 °С, ознобы, стала выраженной слабость, пропал аппетит. 15.04 присоединились боли в животе ноющего характера, больше в правых отделах живота, жидкий стул до 4-5 раз в сутки без патологических примесей, урчание в животе, появилось ощущение жжения ладоней и стоп, сыпь на теле и конечностях. Повторно вызвал участкового врача.

При осмотре состояние тяжелое. Больной вялый. Температура тела 39,5 °С, гиперемировано, одутловато, сосуды склер инъектированы, гиперемия конъюнктив. Ладони и стопы ярко гиперемированы, отечны. На туловище, конечностях обильная пятнисто-папулезная сыпь с единичными геморрагиями. Слизистая оболочка глотки яркая. Миндалины увеличены I ст., налетов нет. Пальпируются шейные, надключичные и подмышечные безболезненные лимфоузлы 1-2 см в диаметре. В легких хрипов нет. ЧД 18 в мин. АД 100/70 мм.рт. ст. Пульс 100 в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены. Язык ярко малинового цвета, с выраженными сосочками. Живот при пальпации мягкий, слегка болезненный в правой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень увеличена на 2 см, край печени чувствительный при пальпации Стул жидкий,

1—2 раза в день, умеренного объема, без примесей. Моча темная. Менингеальных явлений нет.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные исследования необходимы для постановки клинического диагноза?
5. Составьте план лечения.

**Эталон ответа:**

1. Псевдотуберкулез, генерализованная форма, смешанный вариант, тяжелой степени тяжести.
2. Диагноз можно предположить на основании полиморфизма клинической симптоматики (лихорадка, нарастающая интоксикация, экзантема, симптомы «капюшона», «перчаток» и «носков», малиновый «сосочковый» язык, катаральные и диспептические проявления, боли в животе, увеличение печени, потемнение мочи). Имеется настораживающий эпидемиологический анамнез — работа в теплице, где возможно употребление в пищу тепличных овощей, наличие грызунов.
3. Дифференциальный диагноз с острым описторхозом, острой ВИЧ-инфекцией, аденовирусной и энтеровирусной инфекциями, системными заболеваниями соединительной ткани.
4. Лабораторное обследование включает общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (билирубин, АЛТ, АСТ, тимоловая проба, мочевины), выявление антигенов иерсиний в кале методом РАЛ и бактериологическое исследование кала на иерсинии при поступлении в стационар, до начала антибактериальной терапии выявление антител к иерсиниям в РНГА на 7 и 14 дни болезни.
5. Лечение в стационаре. Постельный режим до купирования лихорадки и интоксикации, диета № 4, инфузионная терапия кристаллоидными растворами в объеме 1 л с целью дезинтоксикации, обильное питье, энтеросорбенты, антибактериальная терапия 10-14 дней (препарат выбора – ципрофлоксацин 0,5 2 раза в сутки, или доксициклин 0, 2 в сутки, или амикацин 1 г в сутки), десенсибилизирующие препараты (супрастин и др.).

**Задача 7.**

К больному, 55 лет, коммерсанту, вызвана скорая помощь.

Заболел остро в 5 ч утра, когда появились частая рвота, жидкий обильный стул более 20 раз, схваткообразные диффузные боли в животе, слабость, озноб, температура тела 39 °С. К приезду бригады скорой помощи (через 2 ч от начала болезни) у больного появились судороги в мышцах ног, кратковременно терял сознание. Стул при осмотре жидкий, обильный, зловонный, зеленого цвета.

Связывает заболевание с употреблением омлета в буфете накануне.

Состояние тяжелое, температура тела 39,2 °С, бледность кожи, акроцианоз, тургор кожи снижен. В легких везикулярное дыхание, ЧД 28 в минуту. Тоны сердца глухие, аритмичные. ЧСС 106 в мин. Пульс слабого наполнения, едва прощупывается. АД 60/20 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот вздут, мягкий, урчит при пальпации во всех отделах, явлений раздражения брюшины нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по пояснице отрицателен с обеих сторон. Не мочился. Менингеальных симптомов нет. Масса тела до заболевания 70 кг.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные исследования необходимы для постановки клинического диагноза?
5. Составьте план лечения.

#### Эталон ответа:

1. **Острая кишечная инфекция, гастроэнтеритическая форма, тяжелой степени тяжести, шок смешанного генеза (дегидратационный +инфекционно-токсический).**
2. Диагноз поставлен на основании острого начала болезни с лихорадки, диспептического синдрома (многократная рвота и многократный обильный водянистый, зловонный стул), диффузных болей в животе, связь заболевания с употреблением в пищу блюда из яиц, бледность, быстрого развития признаков обезвоживания, гемодинамических нарушений, анурии.
3. Необходимо дифференцировать сальмонеллез, шигеллез, эшерихиоз, ОКИ, вызванные условно патогенными бактериями, ротавирусную инфекцию.
4. Лабораторное обследование при госпитализации включает общий анализ крови, общий анализ мочи, копрограмму, биохимический анализ крови (электролиты, мочевины, креатинин), бактериологическое исследование кала и рвотных масс на сальмонеллы, шигеллы и микрофлору до начала антибактериальной терапии, выявление антител к сальмонеллам и шигеллам в РНГА на 5 и 12 дни болезни.
5. Неотложная помощь: промывание желудка, срочное начало регидратационной терапии внутривенно полиионным раствором («Трисоль», «Квартасоль» или др.) в объеме произошедших потерь, 1,5-2 л струйно со скоростью 70 мл/мин, далее внутривенно капельно до нормализации гемодинамических показателей. Госпитализация в инфекционный стационар, в ОРИТ, продолжение инфузионной терапии с целью регидратации и дезинтоксикации, антибактериальная терапия – ципрофлоксацин 400 мг 2 раза в день внутривенно или амоксиклав 1,0 2 раза в день внутримышечно. При стабилизации гемодинамических показателей, прекращении рвоты – продолжение пероральной регидратации («Регидрон», «Оралит»).

## Задача 8.

Участковый врач вызван в 16 ч к больному, 58 лет, рабочему завода. Заболел утром. Появился жидкий необильный стул, который повторился до 10 раз в течение дня, слабость, схваткообразные боли в нижнем отделе живота, температура тела повысилась днем до 38 °С.

Питается дома и в столовой на работе. В течение недели до заболевания употреблял в пищу арбуз, дыню, которые продавались на рынке в разрезанном виде.

При осмотре больного — состояние средней тяжести, температура 38,2 °С, кожа чистая, бледная. В легких — везикулярное дыхание, тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 86 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения, АД 120/75 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левой подвздошной области, сигмовидная кишка сокращена, болезненна.

Дизурических явлений нет, менингеальный синдром отсутствует. Стул жидкий, но более скудный, чем утром, появилась примесь слизи.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные исследования необходимы для постановки клинического диагноза?
5. Составьте план лечения.

### Эталон ответа:

1. **Острый шигеллез, колитический вариант, средней степени тяжести.**
2. Диагноз поставлен на основании: острое начало заболевания, частого жидкого стула, болей в животе, умеренной лихорадки и симптомов интоксикации, локализации боли в левых отделах живота, спазма и болезненности сигмовидной кишки, характера стула (уменьшение его объема, примесь слизи), данных эпиданамнеза (возможность пищевого пути заражения).
3. Дифференциальный диагноз с амёбной дизентерией, хроническими воспалительными заболеваниями кишечника.
4. Амбулаторно — копроскопия, бактериологическое исследование кала на шигеллы.
5. Больной может быть оставлен для лечения в домашних условиях, так как заболевание средней тяжести и больной не относится к группе декретированных лиц. Надо подать экстренное извещение в РЦГСЭН. Назначить диету 4, оральную регидратацию (1-2 л глюкозо-солевого раствора «Регидрон» и др), антибактериальный препарат — фуразолидон 0,14 раза в сутки 5 дней или ципрофлоксацин 0,5 2 раза в сутки 5 дней. Энтеросорбенты. Пробиотики курсом 7 дней («Линекс» или «Энтерол»). Провести беседу с членами семьи (необходимость использования отдельной посуды, проведение текущей дезинфекции, соблюдение правил личной гигиены). Наблюдение участкового врача в динамике.

### Задача 9.

К больному, 20 лет, студенту университета, в период окончания эпидемии гриппа, вызвана бригада скорой помощи.

Заболел остро: вечером температура тела быстро поднялась с ознобом до 40 °С, появились головная боль, боли в мышцах и суставах, слабость, тошнота, была однократная рвота. Снижал температуру антипиретиками. На следующий день утром состояние ухудшилось, резко нарастала слабость, стал адинамичен, родители заметили обильную сыпь на коже. Вызвана СМП.

При осмотре: состояние тяжелое. Температура тела 35,5 °С. Больной в сознании, но адинамичный, вялый. Кожные покровы бледные, холодные, акроцианоз. На коже (преимущественно на коже нижних конечностей) обильная звездчатая геморрагическая сыпь от 0,5 до 3 см в диаметре, единичные элементы располагаются на лице, туловище, местами сливаются. В зеве – легкая гиперемия. В легких дыхание ослабленное, хрипы не выслушиваются, ЧД 36 в минуту. Сердечные тоны ритмичные, глухие. Пульс нитевидный, 114 в минуту; АД 60/20 мм рт.ст. Язык сухой, обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Самостоятельно не мочится. Очаговых неврологических и менингеальных симптомов нет.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные исследования необходимы для постановки клинического диагноза?
5. Составьте план лечения.

#### Эталон ответа:

1. **Менингококковая инфекция, менингококкемия, инфекционно-токсический шок II степени.**
2. Основания для диагноза: острое начало с высокой лихорадки, сочетание выраженной интоксикации с характерной геморрагической сыпью, появившейся в 1-е сутки болезни, гемодинамические нарушения, анурия.
3. Грипп, тяжелая форма; сепсис, острое течение; вирусная геморрагическая лихорадка.
4. В стационаре – бактериоскопическое и бактериологическое исследование крови, отделяемого из носоглотки на менингококк, общий анализ крови, анализ мочи, коагулограмма, определение уровней КОС и электролитов, биохимическое исследование крови. Возможна ПЦР диагностика – выявление ДНК менингококка в крови.
5. Основная задача врача скорой помощи в такой ситуации — организация быстрой транспортировки больного в реанимационное отделение инфекционной больницы (минуя приемное отделение). Внутривенное введение левомецитина сукцината в дозе 1,0 г, комплекс противошоковых мероприятий, поддержание жизненно важных функций организма, в первую очередь — гемодинамики (инфузионная терапия,

внутривенное введение глюкокортикоидов – преднизолона в дозе 3-4 мг/кг массы тела). Дальнейшая терапия в ОРИТ,

#### **Задача 10.**

Больной К., 40 лет, житель Таджикистана, в течение 6 месяцев работает строителем в Новосибирске.

Заболел остро. Утром 1.11. почувствовал недомогание, слабость, головную боль, легкое познабливание. Днем самочувствие резко ухудшилось – появился сильный озноб, усилилась головная боль и ломота в теле, повысилась температура до 38,5 С. После приема парацетамола температура держалась еще около 2 часов, затем на фоне профузного пота снизилась до нормальных цифр. На следующий день больной вышел на работу, самочувствие было удовлетворительным, ощущалась лишь незначительная слабость. 3.11. в середине дня вновь появился потрясающий озноб, сопровождающийся головной болью и ломотой в теле. Через 1,5 часа озноб прекратился, появилось чувство жара, головная боль и боль в мышцах прогрессировали, отмечалась повторная рвота. Врач скорой помощи, констатируя у больного подъем температуры до 40,5 С и общее тяжелое состояние, госпитализировал его в инфекционную больницу с подозрением на «грипп, тяжелой степени тяжести».

Объективно при поступлении: состояние средней тяжести, температура 38С, вялый, сознание ясное, на губах герпетические высыпания, кожа влажная, видимые слизистые оболочки бледные, катаральных явлений нет, в легких дыхание везикулярное, тоны сердца приглушены, пульс 100 уд. в мин удовлетворительного наполнения, АД 110/75 мм.рт.ст. Живот мягкий, слегка болезненный в левом подреберье, печень выступает из подреберья на 2 см, селезенка отчетливо пальпируется у реберной дуги, плотноватой консистенции. Менингеальных и очаговых симптомов нет.

ОАК: Эр.  $3,4 \times 10^{12}$  /л, Нб 100 г/л, L  $4,6 \times 10^9$ ; э 0%, п 12%, с 51%, л 32%, м 5%, СОЭ 30 мм/час.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные исследования необходимы для постановки клинического диагноза?
5. Составьте план лечения.

#### **Эталон ответа:**

1. **Трехдневная малярия (vivax).**
2. Диагноз поставлен на основании острого начала болезни, лихорадочных приступов с фазами озноба-жара-пота, возникающими через 48 ч (интермиттирующей лихорадки), гепатоспленомегалии, анемии, эпидемиологического анамнеза (приезд больного из эндемичного по малярии региона). В данном случае имеют место или первичные приступы малярии (с длительным инкубационным периодом) или поздний рецидив трехдневной малярии.
3. Дифференциальный диагноз с гриппом, брюшным тифом, лихорадкой денге.

4. Контроль общего анализа крови, биохимия крови ( билирубин и фракции, АЛТ, АСТ), микроскопия крови для выявления малярийного плазмодия в толстой капле и затем мазке крови. Возможно выявление антител к малярийному плазмодию в крови методами ИФА, ИХА.
5. В лечении: делагил 1,0 в 1-е и 2-е сутки, 0,5 на 3-и сутки, дезинтоксикационная терапия. Далее примахин 15 мг 14 дней как противорецидивная терапия.

**Критерии оценки клинической задачи:**

Показатель	Критерий	Баллы
Постановка предварительного диагноза*	Диагноз поставлен верно	1
	Диагноз поставлен неверно	0
Обоснование диагноза	Диагноз обоснован	1
	Диагноз не обоснован	0
Определение заболеваний для дифференциального диагноза	Заболевания для дифференциального диагноза названы правильно	1
	Заболевания для дифференциального диагноза названы неправильно	0
Составление плана обследования	План обследования составлен правильно	1
	План обследования составлен неправильно	0
Назначение лечения	Лечение назначено правильно	1
	Лечение назначено неправильно	0
Максимальное число баллов за решение клинической задачи		5 баллов

Примечание: \* - дальнейшие показатели оцениваются при правильно поставленном диагнозе.