

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

С. П. ЛУКАШИК, М. Л. ДОЦЕНКО, И. А. КАРПОВ

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2009

УДК 616.9(075.8)
ББК 55.14 я 73
Л 84

Рекомендовано Научно-методическим советом университета
в качестве учебно-методического пособия 28.01.2009, протокол № 5

Рецензенты: директор Республиканского учебно-методического центра по
медицинскому и фармацевтическому образованию, проф. С. В. Жаворонок; зав. каф.
детских инфекционных болезней БГМУ, доц. И. Г. Германенко

Лукашик, С. П.

Л 84 Ситуационные задачи по инфекционным болезням : учеб.-метод. пособие/
С. П. Лукашик, М. Л. Доценко, И. А. Карпов – Минск : БГМУ, 2009 – 48 с.

ISBN 978-985-528-035-5.

Излагаются ситуационные задачи по всем темам инфекционной патологии. Задачи охватыва-
ют все эпидемиологические и клинические аспекты инфекционных болезней.

Предназначается студентам старших курсов всех факультетов, могут быть использованы
врачами-интернами, клиническими ординаторами.

УДК 616.9(075.8)
ББК 55. 14 я 73

Учебное издание

Лукашик Светлана Петровна
Доценко Марина Леонидовна
Карпов Игорь Александрович

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск И. А. Карпов
Редактор Н. А. Лебедко
Компьютерная верстка В. С. Римошевского

Подписано в печать 29.01.09. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Кюм Люкс».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 2,79. Уч.-изд. л. 2,39. Тираж 99 экз. Заказ 605.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-528-035-5

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2009

Задачи

Задача 1

Больной Н., 33 лет. Заболел остро: появился озноб, общая слабость, головокружение, чувство ломоты во всем теле, схваткообразные боли внизу живота. Стул до 20 раз в сутки с примесью слизи и крови. На второй день состояние ухудшилось: температура повысилась до 40 °С, усилились боли в животе, продолжал беспокоить частый жидкий стул, в стуле сохранялись примеси крови.

Из эпиданамнеза известно, что за день до заболевания употреблял в пищу опавшие яблоки из собственного сада, которые не мыл. Одновременно аналогично заболела сестра пациента.

При объективном осмотре больной бледен. Язык влажный, обложен серо-грязным налетом, живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастриальной области, по ходу толстого кишечника, сигма уплотнена, спазмирована. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 90 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 110/80 мм рт. ст. Менингеальный синдром отсутствует. Мочеиспускание свободное, безболезненное, до 5 раз в сутки.

Общий анализ крови: л. — $12,4 \cdot 10^9$ /л, э. — 0 %, ю. — 1%, п. — 35 %, с. — 56 %, лимф. — 6 %, м. — 2 %, СОЭ — 20 мм/ч. Копрограмма: эритроциты — 0, лейкоциты 5–8 в поле зрения, слизь +++.

Ваш предварительный диагноз?

Назначьте план обследования.

Какие препараты предпочтительно использовать в данной ситуации?

Задача 2

В порт города Л. прибыл пароход с сотрудниками геологической экспедиции, работавшими в одной из стран Юго-Восточной Азии, неблагополучной по особо опасным инфекциям. Обсервацию пассажиры проходили в течение 5 суток. При осмотре на санитарно-контрольном пункте у прибывших никаких признаков заболевания не установлено.

На следующий день в 14 ч у одного из прибывших появился частый жидкий стул без патологических примесей, затем однократная рвота, общая слабость, головокружение. Боли в животе не было. Температура 37,1 °С. Общее состояние больного прогрессивно ухудшалось, беспокоили неукротимая рвота, частый жидкий, обильный, водянистый стул типа «рисового отвара», сознание спутанное. Был вызван врач.

Ваш предварительный диагноз?

В какой стационар необходимо госпитализировать пациента?

План обследования?

Первичные меры по локализации очага заболевания?

Что является препаратом выбора?

Профилактика заболевания?

Задача 3

Больная Н., 23 года. Заболела утром. Появились боли внизу живота схваткообразного характера. К вечеру присоединилась головная боль, общая слабость, тошнота, рвота, повысилась температура до 37,8 °С, появился жидкий стул с примесью слизи и крови, тенезмы, ложные позывы. Направлена в инфекционный стационар с диагнозом гастроэнтероколит.

При поступлении температура 38 °С. Кожные покровы бледные, чистые. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца чистые, ритмичные. Пульс 98 уд/мин. АД — 110/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах. Сигмовидная кишка спазмирована, резко болезненна. Стул до 15 раз в сутки.

Анализ крови: л. — $13,5 \cdot 10^9$ /л, э. — 2 %, п. — 28 %, с. — 31 %, лимф. — 26 %, м. — 13%, СОЭ — 18 мм/ч.

Ваш предварительный диагноз?

План обследования?

Назначьте лечение.

Профилактика заболевания?

Задача 4

Больной Ш., 76 лет. Поступил в инфекционный стационар с жалобами на общую слабость, жидкий стул, боли внизу живота, головокружение.

Из анамнеза установлено, что 3 года назад перенес острую дизентерию, по поводу которой проходил стационарное лечение. Из кала выделялась шигелла Флекснера. После выписки из стационара больного беспокоили непродолжительные эпизоды периодически возникающего жидкого стула с примесью слизи и крови, боли в левой подвздошной области. Лечился самостоятельно. Принимал фуразолидон, левомицетин.

При осмотре в стационаре общее состояние удовлетворительное. Нормотермия. Кожные покровы сухие. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, незначительно болезненный в левой подвздошной области. Печень и селезенка не увеличены. Стул кашицеобразный.

Общий анализ крови: л. — $5,1 \cdot 10^9$ /л, э. — 2 %, п. — 5 %, с. — 54 %, лимф. — 29 %, м. — 10 %, СОЭ — 9 мм/ч.

Копрограмма: консистенция кала — кашицеобразная, эритроцитов — нет, слизи — нет.

Ректороманоскопия — катаральный проктосигмоидит.

При бактериологическом исследовании из кала выделена шигелла Флекснера.

Поставьте клинический диагноз.

Назначьте лечение.

Задача 5

У больной Л., 25 лет, через сутки после употребления в пищу маринованных грибов появилось чувство тяжести и тупые боли в эпигастрии, тошнота, двукратная рвота, один раз кашицеобразный стул. На следующий день присоединилась сухость во рту. На третий день болезни ухудшилось зрение, появился «туман» перед глазами, больная не могла читать мелкий шрифт, с четвертого дня болезни с трудом открывала глаза (птоз век). Развилась общая слабость. Стула все последующие дни не было. Появилось затруднение при мочеиспускании. Обращалась к ЛОР-врачу, окулисту и терапевту. На 9 день с диагнозом: отравление грибами, ретробульбарный неврит зрительных нервов, направлена в инфекционную больницу.

При поступлении температура 37 °С. Состояние тяжелое. Больная вялая. Резкая сухость слизистых оболочек рта, заложенность носа. Тоны сердца приглушены, ритмичные, брадикардия. Живот вздут, стул задержан. Мочеиспускание небольшими порциями, затруднено. Двусторонний птоз, мидриаз, отсутствие реакции зрачков на свет, нарушение конвергенции, речь с носовым оттенком. Сознание ясное.

Ваш предварительный диагноз?

Назначьте план обследования.

Лечение?

Профилактика заболевания?

Задача 6

Больная В., 36 лет. Заболела остро. Появились общая слабость, познобливание, головная боль, урчание и боли внизу живота, затем жидкий стул до 10 раз в сутки со слизью и прожилками крови, тенезмы. С диагнозом энтероколит участковым терапевтом направлена в инфекционную больницу.

При поступлении температура 37,4 °С. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс — 80 уд/мин. АД — 100/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен сероватым налетом. Живот мягкий, при пальпации болезненный в левой подвздошной области. Прощупывается болезненная спазмированная сигмовидная кишка. Стул кашицеобразный со слизью. Накануне заболевания употребляла в пищу мытые яблоки.

Ваш предварительный диагноз?

Назначьте план обследования.

Назначьте лечение.

Профилактика заболевания?

Задача 7

Больной Д., 22 года. Заболел остро: к концу дня появились озноб, тошнота, головная боль, чувство тяжести в эпигастрии, двукратная рвота, боли в животе разлитого характера. Ночью присоединился частый, жидкий, обильный стул цвета «болотной тины», повысилась температура до 38 °С. Бригадой «скорой помощи» доставлен в инфекционный стационар. Из эпиданамнеза установлено, что утром, накануне заболевания, больной употреблял в пищу отварное куриное мясо, пил молоко.

При осмотре кожные покровы бледные. Цианоз губ. Беспокоят судороги мышц нижних конечностей, жажда, выраженная общая слабость. В легких дыхание везикулярное. ЧД — 18 уд/мин. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс — 126 уд/мин, АД — 90/40 мм рт. ст. Язык сухой, покрыт коричневым налетом. Живот болезненный в эпигастрии, околопупочной и правой подвздошной областях. Стул обильный, водянистый, зловонный, цвета «болотной тины».

Поставьте предварительный диагноз.

Назначьте план обследования и лечения.

Профилактика заболевания?

Задача 8

Больной Б., 37 лет, токарь. Направлен в инфекционную больницу с диагнозом: острый гастроэнтерит. Заболевание началось остро: утром появились озноб, головная боль, тошнота, однократная рвота, беспокоили боли в эпигастральной и мезогастральной областях, одновременно появился жидкий водянистый стул. Температура тела повысилась до 38,2 °С. За 12 ч до заболевания был в гостях, употреблял в пищу различные продукты (колбасу, салаты, консервы), пил вино. Болеет хроническим гастритом. Подобные заболевания имели место и у других гостей. У одного из них из испражнений выделена *S. enteritidis*.

На второй день болезни температура 37,5 °С. При осмотре отмечается бледность кожных покровов. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс — 100 уд/мин, АД — 100/50 мм рт. ст. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в области мезогастрия и эпигастрия. Печень и селезенка не увеличены. Стул жидкий, обильный, водянистый, 10 раз в сутки, без патологических примесей. Анализ крови: л. — $5,1 \cdot 10^9$ /л, п. — 44 %, с. — 38 %, лимф. — 18 %, СОЭ — 5 мм/ч.

Поставьте клинический диагноз.

Назначьте план обследования и лечения.

Задача 9

Больная К., 50 лет. Заболела остро 4.04.: возникли ноющая боль в эпигастрии, однократная рвота. Самостоятельно промыла желудок. К врачу не обращалась. 5.04. появилась сухость во рту, общая слабость, заметила, что при чтении текста плохо видит мелкий шрифт. 8.04. обратилась к окулисту для подбора очков. После осмотра и сбора анамнеза была направлена в инфекционную больницу.

Объективно: состояние удовлетворительное. Нормотермия. Менингеальные знаки отрицательные. Мидриаз. При объективном осмотре со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Стула не было 4 дня. Из анамнеза установлено, что за день до заболевания ездила на свадьбу, где употребляла в пищу разнообразные блюда (салаты, ветчину, маринованные грибы, торт). О здоровье других лиц не осведомлена.

Ваш предварительный диагноз?

Назначьте лечение.

Задача 10

Больная С., 36 лет, рабочая детских яслей. Заболела остро 21.02. с озноба, повышения температуры до 38,4 °С, головной боли. Через несколько часов появились выраженные схваткообразные боли внизу живота, жидкий необильный стул до 15 раз в сутки с примесью слизи и крови, тенезмы. Бригадой «скорой помощи» доставлена в инфекционную больницу.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура 37,5 °С. Язык обложен белым налетом. При пальпации болезненность в левой подвздошной области. Пальпируется инфильтрированная, спазмированная сигмовидная кишка. Стул вида «мясных помоев», до 10 раз в сутки.

В детских яслях, где работает больная, было несколько случаев диареи у детей.

Ваш предварительный диагноз?

Назначьте лечение.

Укажите условия выписки больной из стационара.

Задача 11

Больной Т., 25 лет. Обратился к врачу-окулисту с жалобами на «туман», «сетку» перед глазами, невозможность прочтения мелкого шрифта. При сборе анамнеза установлено, что больного беспокоит жажда, чувство «кома» в горле, вздутие живота. Заболел накануне: утром почувствовал головокружение, умеренную слабость, тошноту, была однократная рвота съеденной пищей. К вечеру появилась «сетка» перед глазами, нечеткость зрения, жажда, сухость во рту. При расспросе выяснилось, что больной

питается дома, за 2 дня до заболевания употреблял вяленую колбасу домашнего приготовления. Члены семьи здоровы.

При осмотре в приемном покое инфекционного стационара больной адинамичен. Речь нечеткая. Осиплость голоса. Нормотермия. Кожные покровы бледные. Сухость слизистых оболочек полости рта. Живот вздут, участвует в акте дыхания. Печень и селезенка не пальпируются. Тоны сердца приглушены. Пульс — 50 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 110/70 мм рт. ст. Отмечается задержка стула в течение последних 2 дней. При осмотре глазных яблок — анизокория, мидриаз, отсутствие реакции зрачков на свет. Менингеальных симптомов нет.

Ваш предварительный диагноз?

Назначьте план обследования.

Назначьте лечение.

Задача 12

Больная Н., 17 лет. Доставлена в тяжелом состоянии в приемное отделение инфекционной больницы бригадой «скорой помощи» с диагнозом гастроэнтерит. Заболевание началось остро. Ночью появилось урчание в животе и частый (20 раз за последние 4 ч), жидкий, обильный, водянистый стул без патологических примесей, который сначала имел каловый характер, затем приобрел вид «рисового отвара». Присоединилась обильная рвота. Температура тела 35,6 °С. Состояние декомпенсированного обезвоживания. Кожные покровы синюшные, холодные, сухие, тургор снижен. Запавшие глазные яблоки. Заострившиеся черты лица. Афония. Наблюдались судороги мышц нижних конечностей. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс — 135 уд/мин, нитевидный, АД — 40/0 мм рт. ст. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Ваш предварительный диагноз?

Какие детали эпиданамнеза должны интересовать врача?

Лабораторная диагностика и лечение?

Задача 13

Больной Л., 32 года. Заболел остро: утром появился озноб, общая слабость, чувство ломоты в мышцах и суставах, рвота, повысилась температура до 39,2 °С, беспокоили умеренная головная боль, боль в горле при глотании. К вечеру возникли боли в правой половине живота, метеоризм, кашицеобразный стул. Бригадой «скорой помощи» доставлен в дежурную больницу с подозрением на острый аппендицит.

На второй день болезни температура 39 °С, боли в животе усилились и локализовались в правой подвздошной области. Отмечено напряжение мышц передней брюшной стенки и нечетко выраженные симптомы раздражения брюшины. В общем анализе крови: лейкоциты — $12 \cdot 10^9/\text{л}$,

нейтрофиллез с палочкоядерным сдвигом влево, СОЭ — 32 мм/ч. Оперирован. При лапаротомии обнаружен неизмененный аппендикс и пакеты увеличенных мезентериальных лимфатических узлов. Из эпиданамнеза установлено, что больной проживает в собственном доме сельского типа, в течение недели до заболевания часто употреблял салат из моркови, хранившейся в погребе, где имеются мыши.

Ваш предварительный диагноз?

Дополнительное обследование больного?

Назначьте лечение.

Задача 14

Больной Б., 32 года. Поступил в терапевтическое отделение на 8-й день заболевания с жалобами на боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании, кашель со скудной мокротой, высокую температуру, слабость. При осмотре больной вялый, адинамичный. Кожные покровы бледные, в области груди и живота единичные элементы сыпи — розеолы. Температура 39 °С. Пульс — 82 уд/мин, удовлетворительного напряжения и наполнения. АД — 120/90 мм рт. ст. В легких — укорочение перкуторного звука в области левого угла лопатки. Аускультативно соответственно укорочению на фоне ослабленного дыхания влажные мелкопузырчатые хрипы. Выражена одышка. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Язык обложен, с отпечатками зубов. Живот при пальпации безболезненный, вздут. Печень и селезенка увеличены. В общем анализе крови: Нб — 120 г/л, л. — $3,7 \cdot 10^9$ /л, п. — 28 %, с. — 56 %, лимф. — 10 %, м. — 6 %, СОЭ — 28 мм/ч. На рентгенограмме ОГК диагностирована левосторонняя очаговая пневмония.

Ваш клинический диагноз?

Назначьте план обследования.

Назначьте лечение.

Задача 15

Больная А., 16 лет, заболела 28 сентября. Заболевание развивалось постепенно с появления интенсивной головной боли, общей слабости, повышения температуры до 37,6 °С. Несмотря на плохое самочувствие, продолжала работать в колхозе. 2.10. при обращении к врачу направлена в инфекционную больницу.

При поступлении температура тела 39,5 °С. Вялая, адинамичная. Кожные покровы бледные, на кожных покровах нижней трети грудной клетки, на передней брюшной стенке единичные розеолы. Слизистая задней стенки глотки, миндалин, небных дужек ярко-красная. В легких выслушиваются рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс — 78 уд/мин. АД — 90/60 мм рт. ст. Язык сухой. Живот

незначительно вздут, при пальпации мягкий, незначительно болезненный в правой подвздошной области. Печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги. Пальпируется селезенка.

Общий анализ крови: л. — $4,0 \cdot 10^9/\text{л}$, ю. — 1 %, п. — 18 %, с. — 45 %, лимф. — 32 %, м. — 4 %, СОЭ — 11 мм/ч.

Ваш предположительный диагноз?

Назначьте план обследования.

Назначьте лечение.

Профилактика заболевания?

Задача 16

Вы дежурный врач инфекционного отделения. Ночью Вас вызвали к больной, находящейся на стационарном лечении по поводу брюшного тифа (18 день заболевания). Около 20 ч появились боли в правой подвздошной области. Затем болевой синдром стал более выраженным.

Сформулируйте развернутый диагноз.

Ваша дальнейшая тактика?

Задача 17

Больная В., 40 лет. Поступила в больницу 6 сентября в 16 ч 30 мин с диагнозом «пищевое отравление». В 13 ч ела пирожное с заварным кремом. Спустя 2 ч появились тошнота, рвота, режущие боли в животе, головокружение, выраженная общая слабость.

Объективно при поступлении: температура $36,3\text{ }^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы бледные. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные. Пульс — 86 уд/мин, АД — 100/80 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот мягкий при пальпации, болезнен в эпигастриальной области и по ходу толстой кишки. Печень и селезенка не увеличены. Стул задержан. Мочевыделение свободное, безболезненное.

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

Ваш клинический диагноз?

Назначьте план обследования.

Назначьте лечение.

Задача 18

Больная М., 83 года, поступила в больницу 3 апреля, на 4-й день болезни, с диагнозом «энцефалит». Одновременно с ней с таким же диагнозом была госпитализирована и ее дочь, 50 лет. При поступлении больная жаловалась на резкую мышечную слабость, невозможность удерживать

голову в вертикальном положении, головную боль, двоение в глазах, «сетку перед глазами», сухость во рту, чувство стеснения в груди, затрудненное откашливание.

Заболела одновременно с дочерью 31.03: появились головная боль, тошнота, двукратная рвота, мышечная слабость, сухость во рту, ухудшилось зрение. В последующие дни присоединились охриплость голоса, «смазанность» и невнятность речи, затрудненное глотание, чувство сдавления в груди. Объективно при поступлении: состояние тяжелое. Температура 36,5 °С. Сознание сохранено. Голос хриплый, ослаблен, речь «смазанная», неразборчивая, резко выражены адинамия и парез шейных мышц. Двусторонний птоз, значительный мидриаз, анизокория, диплопия, движения глазных яблок ограничены. Пульс — 96 уд/мин, ритмичный. Границы сердца в пределах нормы, тоны глухие. АД — 110/70 мм рт. ст. Дыхание поверхностное, ЧД — 20 в 1 мин. Экскурсия грудной клетки и диафрагмы снижена. При перкуссии легких — легочный тон с коробочным оттенком, при аускультации — везикулярное дыхание, рассеянные сухие хрипы. Выраженный парез мягкого неба, глотание нарушено. Слизистые оболочки носа и рта сухие. Живот мягкий, безболезненный. В течение 4 дней стул отсутствует. Мочеиспускание не нарушено.

Эпиданамнез: 31 марта употребляла в пищу колбасу домашнего приготовления, соленые грибы, овощные салаты.

Ваш клинический диагноз?

Назначьте план обследования.

Назначьте лечение.

Задача 19

Больной Ш., 45 лет. Поступил в инфекционный стационар на 7-й день болезни с жалобами на снижение остроты зрения (двоение в глазах, «туман» перед глазами, невозможность читать мелкий и крупный шрифт), сухость во рту, мышечную слабость, затрудненное глотание, одышку. Накануне заболевания был в гостях, где ел мясной салат и консервированные грибы домашнего приготовления. Одновременно заболели в семье 4 человека.

При поступлении состояние больного тяжелое, сознание сохранено, речь нечеткая. Беспокоен, затруднено глотание, выражена одышка с участием вспомогательной мускулатуры, цианоз видимых слизистых оболочек и кончика носа. Отмечаются птоз, мидриаз, парез мягкого неба, головных связок. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс — 130 уд/мин, слабого наполнения и напряжения. АД — 80/50 мм рт. ст. В легких ослабленное везикулярное дыхание. ЧД — 35 в 1 мин. Язык сухой, густо обложен сероватым налетом. Живот вздут, мягкий, участвует в акте дыхания, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

Сформулируйте диагноз.

Укажите необходимые терапевтические мероприятия, дозы и метод введения лекарственных препаратов.

Задача 20

Больная К., 66 лет. Заболела остро: в 5 ч утра возникли частый, жидкий, водянистый стул, обильная многократная рвота. В 8 ч появились судороги в икроножных мышцах, кратковременная потеря сознания.

При поступлении состояние крайне тяжелое. Беспокойна, жалуется на выраженную общую слабость, головокружение, тянущие боли в икроножных мышцах и в мышцах предплечий. Голос ослаблен, говорит с усилием, временами переходит на шепот. В приемном покое была обильная рвота «фонтаном». Температура тела 36 °С. Черты лица заострившиеся, глаза запавшие. Кожные покровы холодные на ощупь, тургор снижен, особенно на тыльной стороне кистей и стоп. Цианоз губ, кончика носа. Слизистая полости рта и конъюнктивы сухие. Наблюдались периодические судорожные подергивания икроножных мышц, кистей, стоп и пальцев ног. Число дыханий — 28 в 1 мин. Пульс нитевидный. АД — 60/40 мм рт. ст. Язык обложен. Живот несколько вздут, безболезненный, урчание при пальпации в околопупочной области. Стул бесцветный, водянистый, напоминает рисовый отвар.

Ваш предположительный диагноз?

Неотложная терапия?

Необходимые срочные лабораторные исследования?

Задача 21

Больная К., 62 года. Поступила в инфекционное отделение через 20 ч после начала заболевания.

Заболела остро: появились частый жидкий, обильный стул, общая слабость. Температура тела оставалась нормальной. Вскоре присоединилась многократная рвота. Состояние быстро ухудшалось: нарастала общая слабость, появились судороги в икроножных мышцах. Доставлена в стационар бригадой «скорой помощи».

При поступлении состояние крайне тяжелое. Температура тела 35,2 °С. Черты лица заострены. Кожные покровы бледные, покрыты липким потом, холодные на ощупь, тургор снижен. Акроцианоз. Глаза запавшие, темные круги под глазами. Над легкими выслушивается везикулярное дыхание. ЧД — 36 в 1 мин. Тоны сердца глухие. Пульс нитевидный, 130 уд/мин. АД — 40/20 мм рт. ст. Язык сухой, обложен густым белым налетом. Живот запавший, безболезненный. При пальпации отмечается урчание, шум плеска жидкости в мезогастрии. Печень и селезенка не увеличены. Анурия.

Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

Укажите необходимые лечебные мероприятия.

Задача 22

Больной Ш., 52 лет, заболел остро 15.09.87 г.: появились тошнота, рвота до 5 раз в сутки и около 20 раз обильный водянистый стул цвета «мясных помоев», общая слабость, головокружение, судороги в мышцах голени. 16.09. в 6 ч госпитализирован в инфекционную больницу.

Состояние тяжелое, вял, бледен, температура 37,3 °С. Пульс — 100 уд/мин, АД — 80/50 мм рт. ст. Язык сухой. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, по ходу толстого кишечника. Больному назначено: 300 мл 10 %-ной глюкозы, 300 полиглюкина, 300 мл р-ра Рингера, 60 мг преднизолона. Повторно врачом не осматривался. Около 9 ч утра в туалете упал и потерял сознание. Состояние крайне тяжелое. Цианоз и мраморность кожных покровов, липкий пот, заостренные черты лица, беззвучный голос. Температура тела 35,5 °С. Пульс нитевидный. АД не определяется. Резкая глухость сердечных тонов. С момента поступления был 3 раза обильный водянистый стул типа «мясных помоев», повторная рвота.

Ваш клинический диагноз?

Объясните патогенетически динамику клинических симптомов.

Оцените лечебную тактику врача.

Назначьте лечение.

Задача 23

Больная И., 23 года. Заболела внезапно 2.05., когда появились режущие боли в эпигастрии, тошнота, многократная рвота. Беспокоил озноб, повышение температуры до 39 °С, головная боль, резкая общая слабость, головокружение. Через 40 мин — 1 раз кашицеобразный стул без видимых патологических примесей.

Бригадой «скорой помощи» доставлена в инфекционную больницу. Указывает, что у мужа были боли в подложечной области, 3-кратная рвота, но температура оставалась нормальной, расстройства стула не было. Заболевание связывает с употреблением торта за полчаса до заболевания, приготовленного 30.04.

Состояние в приемном покое средней тяжести: вялая, бледная, температура 38,6 °С. При пальпации болезненность в эпигастриальной области. Пульс — 104 уд/мин, АД — 90/50 мм рт. ст. В крови лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

С 3.05. жалоб нет, стул в стационаре нормальный.

Обосновать клинический диагноз, возможная этиология болезни.

Назначить дополнительные исследования.

Назначить лечение.

Задача 24

Больная К., 26 лет. Заболела остро в 5 ч утра: появились урчание в животе, жидкий водянистый стул до 20 раз, рвота. Постепенно присоединились общая слабость, судороги в икроножных мышцах.

За день до заболевания вернулась из туристической поездки из Индии.

Доставлена в приемный покой инфекционной больницы в 14 ч в крайне тяжелом состоянии. Температура 35,6 °С. Больная возбуждена, наблюдаются судороги конечностей. Отмечается синюшность кожных покровов, заострившиеся черты лица. Тургор кожных покровов резко снижен, кожа на кистях сморщена («руки прачки»). Резкая сухость слизистых оболочек. Глазные яблоки запавшие. Афония. Язык сухой, обложен коричневым налетом. ЧД — 34 в 1 мин, поверхностное периодически до 40 в 1 мин. Тоны сердца глухие, едва прослушиваются. ЧСС — 130 в 1 мин. Пульс нитевидный, определить частоту не удастся. АД — 50/10 мм рт. ст. Живот несколько вздут, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Менингеальных симптомов нет.

Ваш клинический диагноз?

Каков план обследования и лечения?

Задача 25

Больной П., 60 лет, доставлен на 6-й день заболевания с жалобами на выраженную общую слабость, тошноту, многократную рвоту, схваткообразные боли в животе, жидкий водянистый стул зеленого цвета до 15 раз в сутки со слизью, судороги в икроножных мышцах, повышение температуры до 39 °С.

Заболел остро: повысилась температура до 38,5 °С, появился озноб, общая слабость, тошнота, рвота, схваткообразные боли в животе, жидкий водянистый стул, до 15 раз в сутки. К врачу не обращался, ничем не лечился. В последние дни не мочился, появились судороги в икроножных мышцах.

При поступлении состояние тяжелое. Осиплость голоса. Тургор тканей снижен. Цианоз конечностей, мочек ушей, слизистой губ. Язык сухой. Живот мягкий, не вздут, отмечается болезненность по ходу толстого кишечника. Тоны сердца ритмичные, глухие. Пульс — 150 уд/мин, АД — 80/40 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание. ЧД — 28 в 1 мин. Менингеальных знаков нет. В общем анализе крови — лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускоренное СОЭ. Установлено, что накануне пил сырые яйца, купленные на рынке.

Ваш предварительный диагноз?

Назначьте план обследования и лечения.

Задача 26

Больной К., 41 год. Заболел остро 20 сентября, когда появились озноб, головная боль, общая слабость, повысилась температура тела до 40 °С. Поступил в инфекционный стационар 23 сентября по направлению участкового терапевта с диагнозом ОРВИ. При осмотре сознание ясное, заторможен. Температура тела 39,8 °С. Кожные покровы повышенной влажности, сыпи нет. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные. Пульс — 98 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык влажный, утолщен, с отпечатками зубов по краям, обложен грязно-серым налетом, кончик свободен от налета. Живот правильной формы, мягкий, умеренно болезненный в подреберьях. Печень нижним краем выступает на 2 см из-под реберной дуги. Пальпируется край селезенки. Стула не было. К вечеру 23 сентября появились умеренные боли в подвздошной области справа.

Утром 24 сентября при осмотре общее состояние тяжелое. Жалобы на выраженную общую слабость, боль в животе. Кожные покровы бледные, на лбу капельки холодного пота. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, 106 уд/мин, удовлетворительного наполнения. Язык суховат, по-прежнему обложен, отечен. Живот вздут, при пальпации болезненный в правой подвздошной области. Печень и селезенка увеличены. Положительные симптомы раздражения брюшины.

Ваш клинический диагноз?

О каком осложнении следует думать?

Определите дальнейшую тактику ведения больного.

Задача 27

Больной Е., 45 лет, переведен с подозрением на малярию из терапевтического отделения, где лечился с диагнозом плевропневмония справа.

При поступлении в инфекционный стационар предъявляет жалобы на ежедневное повышение температуры до 39 °С с ознобом, боли в подвздошной области и грудной клетке справа, связанные с движением и дыханием, резкую слабость, потливость, похудание. Болен около 10 дней.

При осмотре общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледно-серые. Дыхание поверхностное. Температура тела 38,4 °С. Правая доля печени увеличена (на 5–6 см выступает из-под нижнего края реберной дуги), резко болезненна. Селезенка не пальпируется. Рентгенологически: высокое стояние диафрагмы справа, в правой плевральной полости небольшой экссудат, очаговых изменений в легких нет. Посев крови на стерильность отрицательный. Плазмодии малярии в мазке и толстой капле при повторных исследованиях не обнаружены. В анализе крови: эр. — $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, Нб — 110 г/л, лейкоц. — $27,5 \cdot 10^9$ /л, п. — 3 %, э. — 10 %,

с. — 78 %, лимф. — 9 %, СОЭ — 47 мм/ч. Показания билирубина, АлАт, АсАт — в пределах нормы.

Установлено, что накануне находился в командировке в Африке (Эфиопия), где перенес кратковременное диарейное заболевание, сопровождающееся кровянистым стулом (к врачу не обращался).

Ваш предварительный диагноз?

Каков план обследования больного?

Лечение.

Задача 28

Больная М., 35 лет, работница свинофермы. В течение последних 3 лет страдает дисфункцией кишечника: периодически возникает жидкий стул с примесью слизи и крови, до 6 раз в сутки, сопровождаясь болями и вздутием живота, ухудшением аппетита, повышением температуры до 37,5 °С. К врачу не обращалась, лечилась домашними средствами.

В последние 6 месяцев самочувствие ухудшилось: похудела, постоянно беспокоят тошнота, отрыжка, боли в низу живота, тенезмы, жидкий стул до 5 раз в сутки с примесью слизи и крови. При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8 °С. Пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сыпи нет. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс — 72 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык обложен коричневым налетом. Живот вздут, болезненный по ходу толстого кишечника, болезненность более выражена в области слепой кишки, которая уплотнена, местами спазмирована. Печень и селезенка не увеличены.

Ваш предварительный диагноз?

План обследования и лечения.

Задача 29

Больной М., 28 лет. Болен в течение 7 мес.

22 января повысилась температура до 39 °С, появился озноб, резкая головная боль, тошнота, рвота. После амбулаторного лечения (принимал ацетилсалициловую кислоту) состояние улучшилось, температура нормализовалась, но продолжала беспокоить повышенная потливость в ночное время. В течение последующих, 3 мес. периодически повышалась температура тела до 38–39 °С.

В конце апреля диагностирован менингоэнцефалит. В течение месяца лечился в неврологическом отделении.

В августе вновь повысилась температура до 39 °С, с ознобами, усилилась потливость. Впервые появились боль и отечность левого локтевого сустава.

Установлено, что в декабре имел контакт с новорожденными ягнятами.

Ваш предположительный диагноз?
Назначьте план обследования.

Задача 30

Больной И., 28 лет, зоотехник. Обслуживает фермы крупного и мелкого рогатого скота совхоза.

Заболел 26 мая. Появилась общая слабость, быстрая утомляемость, снижение аппетита, головная боль, артралгии. Через 3 дня повысилась температура до 39,3 °С, сопровождающаяся ознобом и выраженным пототделением. При осмотре врачом выявлено увеличение размеров печени. С диагнозом тифо-паратифозное заболевание направлен в инфекционный стационар.

При поступлении температура тела 39,9 °С. Интоксикация не выражена. Больной активен. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Пальпируются увеличенные до размера фасоли шейные, подмышечные лимфоузлы, безболезненные, не спаянные с окружающей тканью. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс — 110 уд/мин, АД — 110/70 мм рт. ст. Увеличены печень и селезенка. Менингеальные знаки отрицательные.

Ваш предположительный диагноз?
Назначьте план обследования.
Назначьте лечение.

Задача 31

Больная А., 27 лет, поступила в инфекционный стационар 10 ноября. Заболела остро в конце августа. После выкидыша поднялась температура тела до 39 °С. Отмечались ознобы, повышенная потливость, отечность голеностопных и лучезапястных суставов. Лечилась в районной больнице с диагнозом «ревматоидный полиартрит». После 10-дневного курса терапии нестероидными противовоспалительными препаратами температура снизилась до субфебрильных цифр. Вторая лихорадочная волна с температурой до 40 °С началась с 7 ноября. Возобновились ознобы, потливость, резкие боли в поясничной области, отечность и нарушение функции правого коленного и голеностопных суставов.

Эпидемиологический анамнез: проживает в сельской местности. Употребляет в пищу некипяченое молоко, которое покупает у соседей. Соседи имеют корову, овец, коз. Все животные содержатся вместе.

При поступлении температура 40 °С. Беспокоят повышенная потливость, отечность, боль и нарушение функции правого коленного, голеностопных суставов. Выявлен микрополиаденит. Дыхание везикулярное. Пульс — 120 уд/мин, АД — 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Нижняя граница печени выступает из-под ребер-

ной дуги на 2 см по срединно-ключичной линии. Поверхность печени гладкая, консистенция эластическая. Селезенка пальпируется на 1,5 см ниже края реберной дуги. Анализ крови: л. — 4,4–10⁹/л; э. — 3 %; п. — 1%; с. — 42 %; м. — 9 %; лимф. — 45 %.

Ваш предварительный диагноз?

Назначьте обследования для подтверждения диагноза.

Задача 32

Больной П., 28 лет, доставлен машиной скорой помощи с полевого стана колхоза «Заря», с диагнозом грипп? Заболел остро 5 дней тому назад. Появились выраженный озноб, головные боли, боли в мышцах, особенно икроножных, многократная рвота.

При поступлении наблюдается гиперемия лица и конъюнктив. На кожных покровах туловища и конечностей кореподобная сыпь. Отмечается резкая болезненность мышц, особенно икроножных, усиливающаяся при пальпации. На губах — герпетические высыпания. Тахипноэ. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс — 120 уд/мин, АД — 90/60 мм рт. ст. Язык сухой, покрыт бурым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Положительный симптом Пастернацкого. Олигоурия.

В течение последних 2 недель жил на полевом стане, занимался сенокосением в болотистой местности, купался в небольшом озере почти ежедневно. На полевом стане были случаи аналогичного заболевания.

Ваш предположительный диагноз?

Назначьте план обследования.

Назначьте лечение.

Профилактика заболевания?

Задача 33

Больной П., 42 года, работает в разделочном цеху мясокомбината. Заболел на работе, остро. Появились озноб, головная боль, рвота, боли в мышцах, особенно икроножных. Температура к вечеру — 41°C. Ночью бредил. Через 3 дня появилась обильная геморрагическая сыпь на туловище и конечностях. На 4-й день заболевания появилась желтушность склер и кожных покровов. Участковым терапевтом направлен в больницу с диагнозом: токсический грипп? иерсиниоз?

Состояние при поступлении тяжелое. Лицо гиперемировано. Кожные покровы желтушны, геморрагическая сыпь. Наблюдается болезненность при пальпации икроножных мышц. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке. Язык обложен белым налетом. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Олигоурия.

Ваш предварительный диагноз?
Назначьте план обследования.
Профилактика заболевания?

Задача 34

Больной К., 30 лет. 10 мая в связи с появлением желтухи поступил в инфекционную больницу с диагнозом гепатит.

При поступлении в приемном покое предъявлял жалобы на желтушность и зуд кожных покровов, выраженную общую слабость, головную боль, бессонницу, отсутствие аппетита, тошноту. Из эпиданамнеза установлено, что с 10 марта находился в терапевтическом отделении районной больницы по поводу обострения ревматоидного артрита. В контакте с желтушными больными не был.

При осмотре — интенсивная желтушность кожи, склер, следы расчесов в области груди, верхних и нижних конечностей. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, незначительно болезненный при пальпации в правом подреберье. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги. Пальпируется край селезенки. Температура 37,2 °С. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс — 56 уд/мин, АД — 90/60 мм рт. ст. Мочеиспускание не нарушено. Цвет мочи темный. Ахолия кала.

На 3-й день пребывания в стационаре состояние резко ухудшилось: усилилась слабость, появилась рвота с примесью крови, начала уменьшаться в размерах печень, на кожных покровах появилась геморрагическая сыпь.

Ваш клинический диагноз?
Назовите развившееся осложнение.

Задача 35

Больной Е., 18 лет. Поступил в инфекционную больницу с жалобами на желтушность склер, общую слабость, отсутствие аппетита, чувство тяжести в правом подреберье и эпигастрии, темный цвет мочи.

Плохое самочувствие отмечает в течение последних 5 дней. Беспокоит повышение температуры до 37,5 °С, плохой аппетит, тошнота, общая слабость, чувство тяжести в эпигастрии. К 5 дню заболевания отметил появление темного цвета мочи, желтушность склер, в связи с чем обратился к участковому врачу.

Из анамнеза — ранее вирусным гепатитом не болел. Переливания крови, хирургические операции, диагностические манипуляции за последние 6 мес. не проводились. Наркотические препараты не употребляет.

При осмотре отмечается легкая желтушность склер и кожи. Печень у края реберной дуги эластичной консистенции, незначительно болезнен-

на при пальпации. Биохимический анализ крови: общий билирубин — 105 мкмоль/л, прямой — 81 мкмоль/л, АлАТ — 8,0 ммоль/л·ч.

Ваш предварительный диагноз?

Назначьте план обследования и лечения.

Профилактика заболевания?

Задача 36

Больной С., 36 лет. Оперирован в начале октября 2002 г. по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. До и после операции переливалась кровь. 28.11.02 г. появились боли в суставах, слабость, пропал аппетит. 30.11.02 г. потемнела моча, в связи с чем участковым врачом направлен в инфекционный стационар.

При поступлении больной вялый, адинамичный. Температура 37,4 °С. Жалуется на общую слабость, тошноту, рвоту (1–2 раза в день), плохой аппетит. Выраженная желтуха кожных покровов. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, болезненна. Селезенка не увеличена. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс — 64 уд/мин, АД — 90/60 мм рт. ст. Моча темно-коричневого цвета. Кал ахоличен.

Ваш предварительный диагноз?

Назначьте план обследования.

Профилактика заболевания?

Задача 37

У больного хроническим гепатитом методом ИФА в крови обнаружены anti-HAV-IgG положительные, anti-HAV-IgM отрицательные, HBsAg, методом ПЦР выявлена ДНК HBV.

Ваш диагноз?

Задача 38

Больной А., 15 лет. Направлен в инфекционный стационар после проведенного клиничко-лабораторного обследования в школе в связи со случаем заболевания «желтухой» одноклассника. Жалоб не предъявляет. Считает себя здоровым. Со слов больного, в крови нашли какие-то изменения, что и послужило основанием для направления в стационар. При более детальном опросе выяснилось, что до обследования в течение 7–8 дней мальчик чувствовал себя плохо: беспокоили общая слабость, пониженный аппетит, тошнота, чувство тяжести в правом подреберье. Температуру не измерял. Темной мочи и изменения окраски кала не заметил.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и склеры обычной окраски. Язык обложен белым налетом. Печень на 1,5 см

выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Цвет кала и мочи не изменены.

Ваш предварительный диагноз?

Какое лабораторное исследование, проведенное в школе, позволило госпитализировать больного?

Какие методы лабораторного исследования необходимо провести для постановки окончательного диагноза?

Задача 39

Больная М., 25 лет. В течение 5 дней находится на амбулаторном лечении у терапевта по месту жительства по поводу ОРВИ, которая началась с повышения температуры тела до 37,8 °С, общей слабости, головной боли, тошноты, незначительных болей в горле при глотании. Принимала поливитамины, соблюдала амбулаторный режим. Однако самочувствие не улучшалось. К 5 дню заболевания появилась тупая боль в правом подреберье. Заметила изменение цвета мочи.

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план обследования.

Задача 40

В гепатологическое отделение инфекционной больницы направлен призывник, у которого в крови выявляется повышение уровня АлАТ до 2,4 ммоль/л*ч, методом ИФА — anti-HAV-IgG, anti-HCV, в ПЦР — РНК вируса гепатита С.

Ваш предположительный диагноз?

Задача 41

Больная А., 28 лет, доставлена в инфекционную больницу без сознания. При осмотре — выраженная желтушность кожных покровов. Ощущается «печеночный» запах изо рта. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. При аускультации над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс — 120 уд/мин, ритмичный, слабого наполнения. АД — 110/70 мм рт. ст. Печень и селезенка не пальпируются. При перкуссии нижний край печени определяется на 2 см выше реберной дуги по средне-ключичной линии справа. Корнеальные рефлексy сохранены. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад больная перенесла аппендэктомию. За неделю до поступления в стационар лечилась по поводу «простудного заболевания».

Предполагаемый Вами диагноз?

Тактика дальнейшего ведения больной?

Задача 42

Больной А., 50 лет, направлен в клинику инфекционных болезней на 20-й день заболевания из районной больницы. В течение 3 недель беспокоят общая слабость, быстрая утомляемость, тошнота, рвота, отсутствие аппетита, чувство ломоты в суставах. 2 дня назад температура тела повысилась до 37,8 °С, появилось головокружение, боль в области правого подреберья, желтушность склер, темный цвет мочи, участилась рвота, нарастала слабость.

При осмотре резко выражена желтушность кожных покровов и склер. В области верхней части грудной клетки имеются единичные петехии. Температура тела 37,8 °С. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс — 116 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 80/60 мм рт. ст. Язык густо обложен серым налетом, сухой. Живот мягкий, несколько вздут. Нижний край печени определяется на уровне реберной дуги, верхний — на уровне 6-го ребра.

Анализ крови: билирубин крови общий — 206,9 мкмоль/л, связанный — 172,7 мкмоль/л, АлАТ — 44,5 ммоль/л*ч, протромбиновый индекс — 40.

Ваш предварительный диагноз?

Рекомендовать интенсивные терапевтические мероприятия.

Задача 43

Больной А., 25 лет. Заболел остро 5.07: повысилась температура тела до 38,5 °С, появилась головная боль, общая слабость, чувство ломоты в суставах, кашицеобразный стул без патологических примесей, мелкоточечная зудящая сыпь на кожных покровах туловища, верхних и нижних конечностях. В клинику поступил 10.07. с жалобами на общую слабость, головную боль, плохой сон, снижение аппетита, желтушность склер, желтушность и зуд кожных покровов, боли в правом подреберье.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,5 °С. Кожные покровы и склеры желтушны. Сердце и легкие без особенностей. Пульс — 90 уд/мин, ритмичный. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, плотной консистенции. Менингеальные симптомы отсутствуют. В общем анализе крови гиперэозинофилия (до 80 %). При биохимическом исследовании крови: общий билирубин — 125 мкмоль/л, прямой — 75 мкмоль/л, АлАТ — 2,5 ммоль/л*ч.

Установлено, что накануне вернулся из командировки из Западной Сибири, где употреблял в пищу сырую рыбу (строганину).

Ваш предварительный диагноз?

Представляют ли такие больные непосредственную опасность для окружающих?

Назначьте обследование и лечение.

Задача 44

У больного П., 41 года, с жалобами на постоянные боли в правом подреберье, небольшую иктеричность склер обнаружена резко увеличенная правая доля печени. В крови эозинофилия до 31%.

О каком заболевании следует думать?

Какие исследования помогут уточнить диагноз?

Задача 45

Больной М., 40 лет, геолог. Поступил в инфекционное отделение 29.11. с жалобами на боли в жевательных, икроножных, поясничных мышцах, мышцах шеи и верхних конечностей, усиливающиеся при малейших движениях, отечность век, температуру до 40 °С, общую слабость. Заболел 23.11. остро с повышения температуры, болей в мышцах, появления и постепенного нарастания отека век и лица. 25.11. заметил на туловище крупно- и мелкопятнистую сыпь. Из анамнеза установлено, что больной находился в геологической экспедиции, где употреблял в пищу сырокопченое мясо медведя. Спустя 10–15 дней из участников экспедиции заболели 8 человек, употреблявших данный продукт.

Предполагаемый диагноз?

Назначьте план обследования и лечения.

Задача 46

Больной Г., 21 год. Заболел 23.05.: появились общая слабость, потливость, однократно жидкий стул. 29.05. повысилась температура до 38,8 °С, возникли боли в мышцах, отек лица. Участковым терапевтом направлен в инфекционный стационар.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Температура 39,6 °С. На кожных покровах не обильная пятнистая сыпь. Отмечается не большой отек лица и век, явления катарального конъюнктивита. Беспокоят боли в мышцах, усиливающиеся при движениях, жевании, глотании, глубоко вдохе. Тоны сердца приглушены. Пульс — 98 уд/мин, АД — 110/70 мм рт. ст. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги.

О каком заболевании можно думать в данном случае?

Назначьте лечение.

Задача 47

Больная У., 21 год, студентка. Поступила в инфекционный стационар на 2 день болезни. Заболела остро с повышения температуры до

39,1 °С, сопровождающейся ознобом, чувством ломоты в костях и суставах, головной боли в лобно-височной области, ретроорбитальных болей. На второй день появился частый непродуктивный, сухой кашель, сопровождающийся чувством жжения за грудиной, заложенность носа, продолжала беспокоить повышенная температура — 39,5 °С. В приемное отделение доставлена бригадой «скорой помощи». При осмотре кожные покровы бледные, чистые. Наблюдается гиперемия и «зернистость» задней стенки глотки. В легких дыхание везикулярное. ЧД — 18 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 100 — уд/мин. АД — 100/70 мм рт. ст. Язык обложен серым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальный синдром отсутствует. Общий анализ крови: л. — $4,4 \cdot 10^9$ /л, п. — 14 %, с. — 61 %, лимф. — 19 %, м. — 6 %, СОЭ — 4 мм/ч.

Ваш предварительный диагноз?

Назначьте план обследования больной.

Назначьте лечение.

Профилактика заболевания?

Задача 48

Больной К., 19 лет. Заболел остро. Повысилась температура тела до 39,1 °С, сопровождающаяся ознобом. Возникла выраженная головная боль (более интенсивная в области лба), резкая общая слабость, боли в мышцах спины, жажда. Через несколько часов присоединилась тошнота, затем многократная рвота.

Бригадой «скорой помощи» доставлен в инфекционный стационар. Больной возбужден. Кожные покровы бледные, акроцианоз. На коже нижних конечностей, грудной клетке, области живота обильная звездчатая, геморрагическая сыпь. В легких дыхание везикулярное. ЧД — 22 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс — 92 уд/мин, АД — 80/60 мм рт. ст. Язык суховат, густо обложен серым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Пальпируется край селезенки. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание не нарушено. В общем анализе крови: лейкоциты — $40 \cdot 10^9$ /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ — 42 мм/ч.

Ваш предварительный клинический диагноз?

Составьте план обследования больного.

Назначьте лечение.

Профилактика заболевания?

Задача 49

Больной Т., 25 лет, спортсмен. Заболел внезапно, среди полного здоровья. Пошел принимать ванну, где потерял сознание. Бригадой «ско-

рой помощи» больной доставлен в инфекционную больницу с диагнозом острое отравление?

При осмотре в приемном отделении состояние крайне тяжелое. Без сознания. Периодически — судорожные сокращения мышц конечностей. Со слов жены ничем раньше не болел.

Телосложение правильное. Кожные покровы лица цианотичны. На коже туловища и конечностей темно-багровые пятна (типа «трупных пятен»), на их фоне — множественная геморрагическая звездчатая сыпь различной величины, локальные кровоизлияния особенно обширные в области бедер.

Дыхание поверхностное — 40 в 1 мин. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс — 140–160 уд/мин, слабого наполнения и напряжения. АД — 40/0 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Олигоурия. Отмечается ригидность мышц затылка. Положительные симптомы Кернига и Брудзинского.

Ваш предварительный диагноз?

Назначьте план обследования.

Назначьте план лечения.

Задача 50

Больной С., 26 лет. Поступил в инфекционный стационар на 2 день болезни.

Заболел остро с повышения температура до 39,8 °С, озноба, чувства ломоты в мышцах и суставах, головной боли в лобно-височной области, надбровных дугах, светобоязни, заложенности носа, сухого кашля, болей и жжения за грудиной. При осмотре температура тела 40 °С. Тахикардия. Из эпидемиологического анамнеза установлено, что за 2 дня до этого аналогично заболела жена.

Ваш предварительный диагноз?

Методы лабораторной диагностики?

Задача 51

Больной И., 19 лет. Заболел остро с умеренной головной боли, общей слабости, повышения температуры до 38 °С. В этот же день появилась резь в глазах, гнойное отделяемое из глаз, заложенность носа, боли в горле при глотании.

При осмотре кожные покровы обычной окраски. Конъюнктивит. Затруднено носовое дыхание, отечность и гиперемия слизистой оболочки носа. Лакунарная ангина. Увеличены подчелюстные, шейные, подмышечные лимфатические узлы, печень и селезенка.

Ваш предварительный диагноз?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Назначьте план обследования.

Задача 52

У студента, навестившего больного товарища, на 2-е сутки появился озноб, температура тела 39 °С, сильная головная боль в лобной области, боли в глазных яблоках, ломота в теле, тошнота. К концу 1-го дня заболевания появились заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной.

При осмотре отмечены гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер и конъюнктивы, заложенность носа, в зеве разлитая гиперемия мягкого нёба, дужек, миндалин, задней стенки глотки. На мягком нёбе милиарная зернистость, на задней стенке глотки гранулезная зернистость. В легких жесткое дыхание, единичные хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс — 102 уд/мин, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

О каком диагнозе следует думать?

План обследования и лечения?

Необходимые лекарственные препараты?

Задача 53

Больной М., 44 года, ветврач. Работает на птицеубойном участке мясокомбината. Заболел остро 3.10.: появились озноб, чувство ломоты в мышцах и суставах, головная боль, повысилась температура тела до 40 °С, отмечались общая слабость, бессонница. С 5-го дня болезни беспокоит частый сухой кашель, боль в грудной клетке. Лечился самостоятельно ампициллином — без положительной динамики. На 7 день болезни бригадой «скорой помощи» доставлен в инфекционный стационар.

При поступлении состояние тяжелое. Температура 39,5 °С. Кожные покровы бледные. Беспокоит частый кашель с отделением небольшого количества слизистой мокроты. В легких при аускультации везикулярное дыхание, справа ниже угла лопатки — влажные мелкопузырчатые хрипы. На рентгенограмме справа признаки очаговой пневмонии. В анализе крови: лейкоциты — $8,0 \cdot 10^9$ /л, п. — 6 %, с. — 71 %, лимф — 22 %, м. — 1%, СОЭ — 20 мм/ч. После назначения кларитромицина нормализовалась температура, улучшилось самочувствие, а в последующем наступило выздоровление.

Ваш клинический диагноз?

Назначьте план обследования.

Задача 54

Больная 30 лет. Заболела остро: повысилась температура до 38 °С, беспокоили сильная головная боль, многократная рвота, кашицеобразный стул.

Доставлена в больницу в первый день болезни. Температура тела 38,1°С. На коже туловища бледная пятнистая сыпь. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс — 110 уд/мин, АД — 110/80 мм рт. ст. Язык влажный, живот мягкий, безболезненный. Ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига. При люмбальной пункции получена мутная жидкость, вытекающая под давлением. Цитоз — 1320; нейтрофилов — 95 %, лимф — 5 %. В общем анализе крови: — $16,3 \cdot 10^9$ /л; п. — 18 %; с. — 53 %; лимф — 22 %; м. — 6 %; СОЭ — 30 мм/ч. В мазке цереброспинальной жидкости выявлены грамм (-) кокки, располагающиеся попарно, внутриклеточно.

Ваш клинический диагноз?

Назначьте план обследования.

Назначьте лечение.

Задача 55

Больной Д., 48 лет. Поступил в стационар 28 января с жалобами на выраженную боль в левой половине головы, отек век и связанное с ним затруднение зрения, кожные высыпания на левой половине лица и волосистой части головы. Заболел остро 17 января, когда после переохлаждения впервые возникли головные боли и боли в области лица. 21 января температура тела повысилась до 38 °С, ночью появились обильные высыпания и боли усилились.

При осмотре, помимо обильных высыпаний на лице и волосистой части головы слева, отмечены болезненность при пальпации точки выхода 1-й ветви тройничного нерва слева и области левого сосцевидного отростка, гиперестезия в зоне иннервации 1-й и 2-й ветвей тройничного нерва слева, снижение корнеального рефлекса слева.

Ваш клинический диагноз?

Назначьте план обследования и лечения.

Задача 56

Больная К., 58 лет. Заболела остро 12 декабря: появилась боль в правой половине головы. Через 2 дня повысилась температура тела до 39 °С, появилась везикулезная сыпь на кожных покровах волосистой части головы справа, головная боль усилилась. Лечилась амбулаторно. Элементы сыпи смазывала бриллиантовым зеленым. 17 декабря родственники заметили появление затруднения речи. Бригадой «скорой помощи» больная была доставлена в инфекционный стационар.

В приемном покое осмотрена инфекционистом и неврологом. Отмечается преобладание сухожильных и периостальных рефлексов слева, не-

резкий парез левой кисти, снижение брюшных рефлексов слева, «сомнительные» оболочечные симптомы. Произведена люмбальная пункция. Ликвор прозрачный, бесцветный, вытек под повышенным давлением. Цитоз — $130 \cdot 10^6$ /л, лимфоциты — 90 %, белок — 0,45 г/л.

Ваш клинический диагноз?

Назначьте план обследования.

Задача 57

Больной И., 40 лет, геолог. В течение 2 мес., предшествующих заболеванию, находился в астраханских степях. Заболел остро на 8-й день после возвращения домой: повысилась температура тела до 40 °С, появились озноб, головная боль, многократная рвота. На 2-й день осмотрен врачом. Температура 41 °С. Больной беспокоен, речь невнятная. Жалуется на слабость, одышку. При физикальном исследовании в легких изменений не обнаружено. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс — 130 уд/мин. Язык обложен густым белым налетом («меловой»). На коже правой голени резко болезненная язва размером 2–3 см, покрытая темным струпом с красно-багровым воспалительным валом вокруг. Из-под струпа проступает скудное гнойно-серозное отделяемое. В правой паховой области резкое болезненное образование до 3х4 см.

Ваш предварительный диагноз?

Врачебная тактика?

Назначьте план обследования.

Задача 58

Больной К., 30 лет, охотник. Через 4 дня после разделывания тушки ондатры внезапно повысилась температура до 39,4 °С, появились озноб, боль в мышцах, головная боль, слабость, потливость, выраженная болезненность в правой подмышечной области, заставляющая принимать вынужденное положение. На 2 день заболевания осмотрен участковым врачом. В правой подмышечной области обнаружено деревянистой плотности образование с багрово-синюшным цветом кожи над ним

Ваш предварительный диагноз?

План обследования и лечения больного?

Необходимые противоэпидемические мероприятия?

Задача 59

Больной Н., 40 лет, моторист трансморфлота, вернулся на родину после многомесячного плавания в районах Средиземноморья и Западной Африки. Через месяц после возвращения появилась общая слабость, головная боль, сухость во рту, чувство ломоты в суставах. Вечером появился потрясающий озноб с последующим повышением температуры тела до

38,5 °С. Больного беспокоила выраженная головная боль, тошнота, многократная рвота. Через 2 ч после озноба возникло чувство жара, выраженная слабость, затем обильное потоотделение. Врачом «скорой помощи» госпитализирован в больницу с диагнозом «токсический грипп». При осмотре кожные покровы чистые, инъекция сосудов склер. Лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичны, границы не расширены. Пульс — 100 уд/мин, АД — 100/70 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Предполагаемый диагноз?

План обследования и лечения?

Задача 60

На центральную усадьбу колхоза с горного пастбища возвратился чабан, почувствовав озноб, головную боль, выраженную болезненность в подмышечной области справа. Повысилась температура тела до 39 °С.

К больному был вызван врач из сельской участковой больницы. Состояние больного тяжелое, высоко лихорадит, возбужден. В правой подмышечной области определяется конгломерат спаянных между собой лимфатических узлов до 4 x 5 см в диаметре с нечеткими контурами. Кожа над ним гиперемирована с цианотичным оттенком, кровоизлияния.

Ваш предварительный диагноз?

Назначьте лечение.

Первичные противоэпидемические мероприятия?

Задача 61

У больного с ремитирующей лихорадкой в мазке крови при окраске по Романовскому–Гимза обнаружена зернистость эритроцитов, увеличение их размеров, включения голубого цвета в форме колец правильной и амёбовидной формы с красными ядрами.

О каком заболевании следует думать?

Задача 62

Больной Г., 32 года, шофер. В августе 1980 г. оперирован по поводу тупой травмы живота. До и после операции производилось переливание крови. Послеоперационный период прошел без осложнений. Больной выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Через 45 дней после операции больного начали беспокоить приступы лихорадки (температура тела повышалась до 39–40 °С), сопровождающиеся ознобами, продолжавшейся в течение нескольких часов с последующим появлением проливного пота и резкой общей слабостью. Пер-

вую неделю заболевания приступы были беспорядочными, в дальнейшем приобрели закономерный характер — через каждые 2 дня.

При поступлении в инфекционную больницу кожные покровы бледные. Иктеричность склер. В легких дыхание везикулярное. Тоны приглушены, ритмичные. Пульс — 80 уд/мин. АД — 115/75 мм рт. ст. Язык влажный, обложен серым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 2,5 см выступает из-под края реберной дуги. Пальпируется край селезенки. Менингеальный синдром отсутствует.

Ваш предварительный диагноз?

Назначьте план обследования.

Назначьте лечение.

Профилактика заболевания?

Задача 63

Больной С., 38 лет, колхозник, работал в течение последних 2 недель на сенокосе.

Заболел 2 дня назад остро: появился выраженный озноб, мучительная головная боль в лобно-височной области, общая слабость, чувство ломоты в костях и суставах, боли в поясничной области, тошнота, многократная рвота. Госпитализирован в инфекционный стационар с диагнозом грипп?

При осмотре общее состояние тяжелое. Температура тела 40 °С. Кожные покровы лица, шеи, верхней части туловища ярко гиперемированы. В подмышечных впадинах, на груди в области ключиц — петехиальная сыпь. Кровоизлияние в склеры. На слизистой оболочке мягкого нёба геморрагическая энантема. В легких везикулярное дыхание. ЧД — 22 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, глухие. Пульс — 122 уд/мин, АД — 90/60 мм рт. ст. Язык густо обложен налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого резко положителен. Олигоурия. Стул задержан.

В общем анализе крови нейтрофильный лейкоцитоз (до $30 \cdot 10^9/\text{л}$), тромбопения, СОЭ — 50 мм/ч. В общем анализе мочи — массивная протеинурия (белок до 45 г/л), относительная плотность мочи — 1,002, гематурия, цилиндрурия. В биохимическом анализе крови повышены показатели креатинина и мочевины.

Ваш предварительный диагноз?

Назначьте лечение.

Задача 64

Больной М., 21 год. Живет в поселке, расположенном в природном очаге. В летнее время подвергался нападению клещей. В сентябре внезапно повысилась температура до 38,9 °С, появилась выраженная головная боль,

многократная рвота, не приносящая облегчения, слабость в левой руке, которая в последующие дни нарастала. В это же время заметил, что рука «плохо слушалась», неточно выполняла нужное движение. При попытке что-либо сделать возникали бросковые некоординированные движения.

Ваш клинический диагноз?

Назначьте план обследования и лечения.

Задача 65

Больная К., 78 лет, проживает одна в квартире со всеми удобствами. Доставлена в приемный покой инфекционной больницы с высокой температурой — 39,8 °С. При поступлении предъявляет жалобы на выраженную головную боль, бессонницу, кошмарные сновидения. Говорлива. Возбуждена. Инъекция сосудов склер. На кожных покровах груди, боковых поверхностях туловища, спины небольшое количество розеолезно-петехиальных элементов сыпи. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс — 105 уд/мин, АД — 140/90 мм рт. ст. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул не нарушен.

В анамнезе перенесенные грипп, пневмонии, сыпной тиф, малярия. Ваш предварительный диагноз?

Назначьте план обследования.

Назначьте лечение.

Задача 66

Больной М., 35 лет. Поступил в инфекционный стационар на 3 день болезни с жалобами на головную боль, чувство ломоты в мышцах и суставах, повышение температуры тела до 39,6 °С, отечность век правого глаза. При осмотре общее состояние средней тяжести. Конъюнктивит. На слизистой оболочке правого глаза имеются небольшого размера некротические язвы, покрытые густым желтоватым гноем. Роговица в патологический процесс не вовлечена. Пальпируются увеличенные подчелюстные и шейные лимфатические узлы справа. Установлено, что в течение последнего месяца больная работала на обмолоте зерновых.

Ваш предположительный клинический диагноз?

Назначьте план обследования.

Задача 67

Больная К., 45 лет. Заболела остро. Через 12 дней после укуса клеща повысилась температура тела до 37,9 °С, появилась головная боль, общая слабость, боль в горле при глотании, болезненность и зуд на месте присасывания клеща. При осмотре вокруг места укуса зона гиперемии до 5 см в диаметре, отграниченная от непораженной кожи ярко-красной каймой.

Ваш предварительный диагноз?
Назначьте план обследования и лечения.

Репозиторий БГМУ

Задача 68

Больной Г., 45 лет. Несколько дней тому назад вернулся из зарубежной научной командировки. Находился в течение 2 недель в одной из стран Юго-Восточной Азии, где изучал особенности расселения и жизни грызунов.

В самолете почувствовал мучительную головную боль, головокружение, озноб, чувство жара, ломоты в костях и суставах. Температура тела повысилась до 40 °С.

В аэропорту осмотрен врачом. Общее состояние тяжелое. Больной беспокоен, возбужден. Жалуется на резкие боли в грудной клетке, головную боль, одышку, кашель с отделением большого количества прозрачной жидкой пенистой мокроты. Гиперемия лица. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. ЧД — 60 в 1 мин. Тоны сердца глухие, аритмичные. Пульс — 150 уд /мин, АД — 80/40 мм рт. ст.

Ваш предварительный диагноз?

Тактика Ваших дальнейших действий?

Задача 69

Больной М., 50 лет, поступил в больницу на 3-й день заболевания. Заболел остро с повышения температуры до 39–39,5°С, озноба, сильной головной боли в лобной части, чувства ломоты в мышцах и суставах, бессонницы, редкого сухого кашля, носовых кровотечений, чувства сухости в носу. При осмотре отмечены тяжелое состояние, эйфория, гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер. Носовое дыхание затруднено. Кожные покровы чистые. Температура тела 40 °С. В зеве разлитая гиперемия, геморрагии на мягком нёбе. Дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены. Тахикардия. АД — 90/60 мм рт. ст. Язык обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

В квартире, где живет больной, имеются больные гриппом. 20 лет назад перенес сыпной тиф.

Ваш предварительный диагноз?

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?

Назначьте план обследования и лечения.

Задача 70

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

Общее состояние больного средней тяжести. Беспокоят кашель, боль в груди. В легких рассеянные сухие и единичные влажные хрипы. При рентгеноскопии на 5-й день болезни обнаружены увеличенные бронхиальные лимфатические узлы.

Какое заболевание следует заподозрить?

Назначьте план обследования.

Назначьте лечение.

Задача 71

Больной П., 35 лет. Заболел остро: появились головная боль, слабость, мышечные боли, субфебрильная температура. Лечился амбулаторно с диагнозом ОРВИ. Клинические проявления исчезли через 4 дня. Через 7 дней со дня выписки на работу вновь повысилась температура тела до 39 °С, появились выраженные головные боли, общая слабость, светобоязнь, исчез аппетит. На следующий день головная боль усилилась, появились тошнота, двукратная рвота. Участковый врач при обследовании выявил положительный менингеальный синдром. Установлено, что в августе больной отдыхал на даче. Пил некипяченое козье молоко, часто гулял в лесу.

Предполагаемый диагноз?

Назначьте план обследования.

Задача 72

Больная К., 24 года, инженер, проживает в Узбекистане. Заболела остро 7 октября: повысилась температура тела до 39,8 °С с ознобом, возникли головная боль, боли в мышцах нижних конечностей и поясницы, жидкий стул с небольшим количеством слизи и крови. При осмотре — вялая, адинамичная, стонет из-за сильных мышечных болей. На кожных покровах туловища, верхних и нижних конечностях — крупные и мелкие геморрагии. 8 октября в стационаре появилась кровавая рвота, развилось обильное кишечное кровотечение. Несмотря на активную гемостатическую терапию, продолжалось кишечное кровотечение, к концу дня присоединилось носовое и маточное кровотечение, больная погибла.

Сформулируйте предположительный диагноз.

Задача 73

Больной Л., 22 года. 6.01. приехал с Дальнего Востока. Заболел остро 8.01. с повышения температуры тела с ознобом до 38,9 °С, появления головной боли, боли в животе и пояснице, многократной рвоты.

10.01. госпитализирован с подозрением на сыпной тиф. При поступлении состояние тяжелое. Температура тела 39,9°С. Сознание затемнено. Гиперемия кожи лица и шеи. Инъекция сосудов склер. Отмечается гиперемия задней стенки глотки, миндалинных дужек, энантема. На боковых

поверхностях грудной клетки — петехиальная сыпь. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс — 112 уд/мин. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Резко выражен симптом Пастернацкого. Стул задержан. Олигоурия.

Общий анализ мочи: цвет насыщенно-желтый. Белок — 1,4 г/л, лейкоциты — 15–20 в поле зрения, эритроциты покрывают почти все поле зрения, большое количество крупных вакуолизированных эпителиальных клеток, цилиндры.

Ваш предположительный диагноз?

Какие исследования необходимо провести?

Задача 74

Больная М., 42 года. Заболела остро: после озноба повысилась температура тела до 39,8 °С, появилась резкая головная боль, однократная рвота. 10 дней назад вернулась из Афганистана, где была в командировке в течение 10 месяцев. В последующие дни температура тела оставалась высокой с периодическими снижениями до нормы на несколько часов и обильным потоотделением. Озноб повторялся ежедневно. Максимальные подъемы температуры приходились на 12–13 ч. За врачебной помощью не обращалась. На 6-й день машиной «скорой помощи» доставлена в стационар.

При поступлении сознание отсутствует. Выражено психомоторное возбуждение. Зрачки сужены, плохо реагируют на свет. Коленные рефлексy повышены, положительные симптомы Бибинского и Оппенгейма. Кожные покровы бледные, склеры с желтушным оттенком. Губы цианотичны. Тоны сердца глухие. Пульс — 122 уд/мин, слабого наполнения. АД — 90/60 мм рт. ст. Язык сухой, с трещинами. Селезенка увеличена, на 3–4 см выступает из-под края реберной дуги, плотная. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги, плотная. В общем анализе крови: гемоглобин — 60 г/л, эр. — $2,4 \cdot 10^{12}/л$.

Ваш диагноз?

Укажите на развившееся осложнение.

Назовите метод введения лекарственных препаратов и их дозы.

Задача 75

У больного с ремитирующей температурой в мазке крови (окраска по Романовскому–Гимза) обнаружена зернистость эритроцитов, увеличение их размеров, включения голубого цвета в форме колец правильной и амёбовидной формы с красными ядрами.

О каком заболевании следует думать?

Задача 76

Больной И., 39 лет, поступил в клинику 10.11.89 г. на 2-й день болезни с диагнозом ОРВИ. Заболел остро: после озноба повысилась температура тела до 39 °С, появились сильная головная боль, боли в мышцах спины и поясницы, светобоязнь. Госпитализирован в связи с тяжестью состояния.

При поступлении состояние больного тяжелое. Адинамичен. Отмечается гиперемия лица, шеи и верхних отделов грудной клетки, инъекция сосудов склер, гиперемия конъюнктивы век и слизистой зева.

С 3-го дня заболевания беспокоит нарушение зрения в виде «сетки» перед глазами, расплывчатости окружающих предметов. Температура 40,5 °С. На боковой поверхности грудной клетки — элементы мелкой геморрагической сыпи в виде полос. Положительный симптом щипка. Относительная брадикардия, гипотония.

К 6-му дню заболевания температура тела критически снизилась до нормы. Однако состояние больного ухудшилось: появились выраженные боли в подложечной области и пояснице, неукротимая рвота (в рвотных массах — примесь крови), положительный симптом Пастернацкого, развились симптомы острой почечной недостаточности (олигоанурия, альбуминурия до 3,0 г/л, микрогематурия, цилиндриурия, содержание в крови мочевины — 28,0 м/моль, креатинина — 0,468 м/молей).

Из эпиданамнеза установлено, что осенью текущего года больной неоднократно выезжал к родственникам в деревню, оказывал им помощь в различных сельскохозяйственных работах. В жилых и хозяйственных постройках наблюдалось много мышевидных грызунов.

Ваш клинический диагноз?

Назначьте план обследования.

Задача 77

Больной С., 34 года, бортмеханик. Поступил в клинику 4.12. с диагнозом «вирусный гепатит». При поступлении состояние тяжелое. Предъявляет жалобы на высокую температуру, слабость, головную боль. Заболел 28.11.: появились слабость, утомляемость, непостоянная головная боль. 2.12. после озноба температура тела повысилась до 39,6 °С, беспокоила головная боль, боли в пояснице, была однократная рвота и несколько раз жидкий стул. Через 8 ч температура снизилась до нормы. Появилось обильное потоотделение. 3.12. утром отмечает повторение приступа, появление желтушности склер. 4.12. бригадой «скорой помощи» доставлен в инфекционный стационар.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые слегка желтушны. Сознание сохранено. Однако больной заторможен, дезориентирован, временами путает данные анамнеза. Температура 39 °С. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, плотной консистенции, безболезнен-

ная. Пальпируется селезенка. В общем анализе крови: Нв — 120 г/л, эр. — $3,7-10^{12}$ /л, лейкоц. — $8,4 \cdot 10^9$ /л, э. — 2 %, п. — 28 %, с. — 46 %, лимф. — 14 %, м. — 10 %, СОЭ — 30 мм/ч. Установлено, что до заболевания периодически находился в странах Западной Африки (Гвинея, Мали). Последний раз возвратился 18.11.

Ваш клинический диагноз?

Назначьте обследование.

Назначьте лечение.

Задача 78

Больная С., 23 года. Проживает в сельской местности. Заболела остро 27 мая: повысилась температура тела до $38,6$ °С, появилась головная боль, общая слабость, недомогание. В этот же день был эпилептиформный припадок. Бригадой «скорой помощи» доставлена в инфекционный стационар. При поступлении температура $38,8$ °С. Пульс — 100 уд/мин. Обнаружены легкие менингеальные симптомы. Отмечались сглаженность правой носогубной складки, низкие сухожильные рефлексы. В спинномозговой жидкости белок — 0,43 г/л, цитоз — $32 \cdot 10^6$ /л, все лимфоциты. При сборе анамнеза установлено, что в начале мая сняла с себя присосавшегося клеща.

Ваш клинический диагноз?

Назначьте план обследования.

Назначьте лечение.

Задача 79

У рабочего зоопарка, ухаживающего за обезьянами, доставленными 2 недели назад из Уганды, повысилась температура тела до высоких цифр с ознобом, появились головная боль, мышечные и суставные боли. При осмотре в стационаре состояние больного тяжелое, жалуется на головную боль разлитого характера, колющую боль в груди, сухой кашель, мышечно-суставные боли, слабость. Слизистая глотки гиперемирована, имеются единичные везикулы на мягком нёбе. С 3-го дня болезни появились боли в животе, водянистый стул с примесью крови, повторная рвота. Пальпируется увеличенная печень. С 4-го дня состояние ухудшилось: появились спутанность сознания, ригидность мышц затылка, на коже туловища — геморрагическая сыпь, распространившаяся на шею, лицо, верхние конечности. В общем анализе крови — лейкопения, тромбоцитопения, анизоцитоз, пойкилоцитоз.

Ваш предположительный диагноз?

Какие лабораторные исследования необходимы для уточнения диагноза?

Задача 80

Больной Р., 49 лет, скотник, почувствовал жжение и зуд кожных покровов в области тыльной поверхности правого лучезапястного сустава, заметил красноватое пятно, которое через несколько часов трансформировалось в папулу медно-красного цвета. На следующий день на месте папулы образовался пузырек, заполненный кровянистой жидкостью. Общее состояние оставалось удовлетворительным, продолжал работать. В день госпитализации в инфекционную клиническую больницу определялась язва с темно-коричневым дном, размером 2,5х3 см, с приподнятыми краями и серозно-геморрагическим отделяемым. По краям располагалось несколько дочерних везикул. Элемент безболезненный.

На расстоянии 10 см от основного поражения имелась небольшая яркая папула 0,4 см в диаметре. В подмышечной области справа пальпировался регионарный лимфоузел размером 2–2,5 см, безболезненный.

За 4 дня до заболевания принимал участие в вынужденном убое больной коровы.

Ваш предварительный клинический диагноз?

Какое клинико-лабораторное обследование должно быть произведено?

Назначьте лечение.

Профилактика заболевания?

Задача 81

Больной Г., 18 лет, тракторист, работает в совхозе. Во время работы получил колотую рану левой стопы. В фельдшерском пункте, куда больной обратился за помощью, рана была обработана настойкой йода с последующим наложением повязки. Больной продолжал работать. Спустя неделю после ранения почувствовал общее недомогание, подергивание мышц вокруг раны, тянущие боли в ране, чувство напряженности, затруднение при открывании рта. Обратился к врачу поликлиники.

При осмотре выявлена бледность кожных покровов, при пальпации — ригидность мышц левой голени и стопы. Рот полностью не открывает. Пульс — 100 уд/мин, ритмичный. Других патологических изменений при осмотре не выявлено.

Ваш предварительный диагноз?

Назначьте лечение.

Профилактика заболевания?

Задача 82

Больная С., 53 года. Заболела остро. Появились озноб, головная боль, повысилась температура до 39,8 °С, была 2 раза рвота. На второй день болезни заметила в области нижней трети правой голени уплотнение, болезненность и покраснение участка кожи 5 x 8 см. Измененный участок кожи

четко отграничен в виде валика, кожа горячая, чувствительная при ощупывании. Паховые лимфоузлы справа увеличены, болезненны. Температура в течение всех дней болезни держится на высоких цифрах, выражены явления интоксикации.

Ваш предварительный диагноз?
Назначьте план обследования.

Задача 83

На станцию скорой помощи поступил вызов к больной Н., 42 лет, работающей сортировщицей шерсти. Жалуется на повышение температуры тела до 39,3 °С, выраженную головную боль, общую слабость, чувство ломоты в суставах.

При осмотре в области правого лучезапястного сустава имеется язва диаметром 2 см, покрытая черной коркой. Вокруг язвы в виде ожерелья расположены пузырьки, наполненные жидкостью темного цвета, на фоне гиперемии и отека окружающей ткани. Область язвы при пальпации безболезненная. Увеличены локтевые и подмышечные лимфатические узлы справа.

Предполагаемый диагноз?
Назначьте лечение.

Задача 84

Больная К., 41 год, полевод. Заболела остро: появилось чувство напряжение и судорожное сокращение жевательных мышц, ригидность мышц затылка. При осмотре сознание сохранено. Страдальческое выражение лица. Тонус мышц постоянно повышен. На этом фоне периодически возникают клонические судороги. Больная выгибается на кровати. При пальпации живота отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки.

Предполагаемый Вами диагноз?
Назначьте неотложную терапию.

Задача 85

Больной С., 40 лет. Несколько дней назад жена заметила изменение поведения: появились повышенная раздражительность, тревожное состояние, бессонница. При осмотре в инфекционном стационаре температура тела субфебрильная. Беспокоен. При попытке питья беспокойство усиливалось, появлялась агрессия, боль при глотании, одышка, рвота. В последующем даже вид воды или упоминания о ней вызывали резкое беспокойство больного и явления ларингоспазма.

Из эпиданамнеза известно, что 3 недели тому назад был на охоте, убил волка, при снятии шкуры слегка поранил руку.

При осмотре на левой кисти небольшой рубчик на месте бывшей раны. В области рубчика больной отмечает легкое жжение и зуд.

Ваш предварительный диагноз?

Тактика дальнейшего ведения больного?

Профилактика заболевания?

Задача 86

Больная К., 30 лет, служащая. Заболела остро: появились недомогание, головная боль, потеря аппетита, боли в суставах. Температура тела поднялась до 39,7 °С, отмечала озноб. В последующие дни температура оставалась высокой, ухудшилось самочувствие, появились боли и урчание в правой половине живота, жидкий стул без примесей до 4 раз в сутки. На 3-й день болезни заметила появление мелкоточечной сыпи на коже кистей рук и стоп.

При осмотре на 4-й день болезни состояние больной средней тяжести, температура тела 38,7 °С. Умеренная гиперемия слизистой ротоглотки, периферические лимфатические узлы не увеличены. Кисти и стопы гиперемированы. Пульс — 98 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД — 100/75 мм рт. ст. Язык обложен, влажный, печень выступает из-под правой реберной дуги на 0,5 см, эластичная, безболезненная при пальпации. Селезенка не увеличена. В гемограмме: лейкоцитоз — $12 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилез — со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ — 24 мм/ч. На 6-й день болезни появилось крупнопластинчатое шелушение кожи ладоней и подошв.

Ваш предварительный диагноз?

Тактика дальнейшего ведения больного?

Задача 87

Больной 19 лет, военнослужащий, обратился к врачу 15.01.99 г. на 3-й день болезни. 13.01.99 г. появились насморк и кашель. В течение первых 2 дней температура не поднималась выше 37,3–37,8 °С, принимал тетрациклин по 0,3 г 4 раза в день. В это же время в воинской части отмечены случаи острых респираторных заболеваний.

На 3-й день болезни самочувствие резко ухудшилось: температура тела повысилась до 40 °С и сопровождалась ознобом, появилась резкая головная боль, была повторная рвота. На лице, туловище и конечностях появилась геморрагическая сыпь.

Состояние крайне тяжелое. Сознание затемнено, реакция на окружающее вялая, больной адинамичен. Легкая гиперемия и зернистость слизистой ротоглотки, герпетические высыпания на губах и крыльях носа. Кожные покровы бледные, на лице, туловище и конечностях обильная геморрагическая «звездчатая» сыпь. Общая гиперестезия. Отмечены ригид-

ность затылочных мышц, положительный симптом Кернига, легкая сглаженность правой носогубной складки.

Через 8 ч на фоне проводимой терапии у больного возникли двигательное беспокойство, бред, судорожные подергивания мышц лица и верхних конечностей. Выявлены положительные симптомы Бабинского и Россолимо. АД — 80/40 мм рт. ст., пульс — 52 уд/мин, число дыхательных движений — 48 в мин. Суточный диурез составил 120 мл.

Ваш предварительный диагноз ?

Тактика дальнейшего ведения больного ?

Лечение, меры неотложной терапии.

Задача 88

Больной Н., 40 лет, повар торгового судна, вернулся на родину после многомесячного плавания в районах Средиземноморья и Западной Африки. Через месяц после возвращения почувствовал слабость, разбитость, головную боль. На следующий день появились сухость во рту, небольшая ломота в суставах, недомогание. Вечером начался потрясывающий озноб. Температура тела поднялась до 38,5 °С. Отмечались тошнота, повторная рвота. Через 2 ч озноб прекратился, больной ощущал жар и выраженную слабость, затем началось обильное потоотделение. Глубокой ночью после наступившего облегчения заснул. На следующий день отмечался субфебрилитет, но самочувствие было хорошим. На 3-й день заболевания вечером самочувствие вновь ухудшилось, с ознобом повысилась температура. Беспокоили сильная головная боль, тошнота, повторная рвота, суставные боли и боли в животе. Стул нормальный.

Участковым врачом госпитализирован в больницу с диагнозом «токсический грипп». При осмотре больной бледен, температура тела 39 °С. Кожа без сыпи. Зев не гиперемирован. Катаральные явления со стороны дыхательных путей отсутствуют. Лимфоузлы не увеличены. Пульс — 120 уд/мин, среднего наполнения. Тоны сердца приглушены, ритмичны, границы не расширены. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Рагозы положительный.

Предполагаемый диагноз?

План обследования и лечения.

Задача 89

Больной Д., инженер, 38 лет, вернулся из Анголы, где был в командировке. Известно, что незадолго до отъезда переболел трехдневной малярией.

Через 3 мес. после возвращения почувствовал озноб, головную боль. Температура тела 37,6 °С. Катаральные симптомы со стороны дыхатель-

ных путей отсутствовали. Живот мягкий, пальпируются край печени и селезенка в подреберье. Стул нормальный.

Отмечались четко чередующиеся (через день) температурные пароксизмы.

Диагноз.

План терапевтических мероприятий.

Задача 90

Больной Г., 34 лет, шофер. Поступил в клинику 12.03. на 6-й день болезни в тяжелом состоянии.

Заболел остро 7.03, когда повысилась температура тела до 37,8 °С, появилась боль в правой руке, недомогание, заложенность носа. 9.03. температура тела повысилась до 39 °С, появилось чувство страха при виде воды с развитием болезненных судорог жевательной и глотательной мускулатуры. Отказывался пить. Возникали зрительные галлюцинации, онемение правой половины туловища, бессонница, чувство страха.

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

При поступлении в стационар сознание ясное, на вопросы не отвечает, просит: «подождите, я отдохну». Лицо гиперемировано, взгляд испуганный, тоскливый, зрачки расширены, изо рта выделяется густая слюна. При осмотре усиливались возбуждение, появлялись галлюцинации устрашающего характера. При виде стакана с водой появлялись судороги мышц лица, шеи, дыхательной мускулатуры, позывы на рвоту. В легких прерывистое шумное везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс — 88 уд/мин, АД — 100/65 мм рт. ст. Живот без особенностей. Стул задержан, мочился редко. 13.03 состояние ухудшилось, возбуждение усилилось, появились бредовые идеи преследования. Пытался бежать. Изо рта постоянно выделялась жидкая слюна. Кожа влажная, горячая.

На 8-й день болезни — бессознательное состояние. Активных движений нет. Слюну не выплевывает, на инъекции не реагирует. На коже холодный пот. В легких разнокалиберные хрипы. Тоны сердца глухие, пульс — 120 уд/мин, слабый. АД — 60/0 мм рт. ст. При нарастании сердечно-сосудистой слабости и асфиксии в 4 ч наступила смерть.

Окончательный диагноз.

Принципы оказания медицинской помощи людям после укуса животных.

Задача 91

Больной М., 20 лет, студент. Поступил в инфекционное отделение 29.10. с жалобами на боли в мышцах верхних и нижних конечностей, высокую температуру, общую слабость, жажду, отеки век по утрам. Заболел 23.10., когда появилась общая слабость, боли в мышцах нижних конечностей, особенно при ходьбе, боли в языке. 25.10 заметил на туловище крупно- и мелкопятнистую сыпь, отеки век и лица.

Находился в экспедиции в Сибири, где с 26.09. по 31.09. употреблял сыровяленое мясо медведя. Спустя 10–15 дней из участников экспедиции заболели 8 человек, употреблявших этот продукт.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 38,9 °С. Пастозность мышц верхних конечностей. Кисти рук отечны, болезненная пальпация тенора и гипотенора, болезненность и отечность икроножных мышц.

Предполагаемый диагноз?

План обследования и лечения.

Задача 92

Больной Н., 22 лет, поступил в стационар с температурой тела 38,5 °С, с жалобами на светобоязнь, боли в глазах, боли при жевании, в межреберных и других мышцах. Заболел 2 недели назад, когда повысилась температура, ухудшилось самочувствие и появились перечисленные выше симптомы. На 3-й день болезни на коже туловища и конечностей участковый врач обнаружил обильную розеолезную сыпь, которая держалась 8 дней.

Эпиданамнез: получил посылку от родителей, в которой было свиное сало, колбаса, ветчина домашнего изготовления (в подсобном хозяйстве семьи есть свиньи).

При осмотре кожные покровы влажные, сыпи нет, зев чистый, лицо одутловатое, гиперемировано, инъекция сосудов склер.

Пульс ритмичный, среднего наполнения, 100 уд/мин.

Тоны сердца глухие. Легкие без особенностей. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Предварительный диагноз?

План обследования, лечения и профилактики.

Задача 93

Больной Б., 49 лет, заболел остро. Повысилась температура до 38 °С, появились боли в горле, сухой кашель, головная боль. Вызвал участкового врача, который поставил диагноз «ОРВИ». Получал симптоматическое лечение. На 6-й день болезни состояние ухудшилось: температура тела 39 °С, тошнота, двукратная рвота, сильная головная боль, судорожная готовность, гиперемия слизистых оболочек мягкого нёба и дужек. С диагно-

зом «ОРВИ, тяжелая форма» больной госпитализируется в инфекционное отделение.

На 9-й день болезни температура тела снизилась, но состояние больного сохранялось тяжелым. Выявлялся положительный симптом поколачивания в поясничной области с обеих сторон, олигурия.

Из эпиданамнеза известно, что за 25 дней до заболевания пациент ездил в лес за грибами.

Ваш предположительный диагноз?

Назначьте обследование для подтверждения диагноза.

Задача 94

Больной Р., 30 лет, заболел остро. Появились слабость, головная боль, озноб, повысилась температура тела до 39 °С. На 3-й день болезни стали беспокоить боли в пояснице, уменьшилось количество выделяемой мочи. В течение недели сохранялась фебрильная лихорадка. Лечился самостоятельно, принимал аспирин — без эффекта. На 8-й день болезни температура нормализовалась, но состояние ухудшилось. Из-за резких болей в области поясницы врачом скорой помощи госпитализирован в хирургическое отделение ЦРБ с диагнозом «острый гнойный паранефрит». В течение 3 дней проводилось лечение острой почечной недостаточности — без эффекта: диурез 170–190 мл при инфузионной терапии 1,5–2 л в сутки.

На 11-й день болезни приглашен на консультацию инфекционист. Уточнен эпиданамнез: имеет садовый участок. Больной жалуется на слабость, головокружение, сухость во рту, сухой кашель, снижение диуреза, рвоту. Заторможен. Отмечается гиперестезия кожных покровов. Менингеальные симптомы слабо положительные. Очаговых симптомов нет. Пастозность голеней и стоп. На коже груди — точечные геморрагии. В местах инъекций — синяки. Слизистые ротовой полости сухие. АД — 160/100 мм рт. ст. При аускультации дыхание жесткое, в нижних отделах — единичные влажные хрипы. ЧД — 30 в 1 мин. Живот при пальпации мягкий, болезненный в верхних отделах. Печень выступает из-под края правой реберной дуги на 8 см (гепатомегалия является результатом развития отека легких). Диурез за сутки — 120 мл.

Ваш клинический диагноз?

Назначьте исследование, подтверждающее Ваш диагноз.

Задача 95

Больной К., 24 лет. Заболел остро 24.05.: повысилась температура тела до 38 °С, появилась общая слабость, головная боль, тошнота, отсутствие аппетита. На 2 день болезни вызвал участкового терапевта. Выставлен диагноз ОРВИ. Назначена терапия: аспирин, обильное питье, поливитамины. В последующие 3 дня состояние больного не улучшалось: про-

должали беспокоить общая слабость, повышение температуры до 38,5 °С, тошнота; постепенно присоединилась рвота и боли в эпигастральной области. К 5 дню заболевания отметил появление темного цвета мочи. Бригадой «скорой помощи» доставлен в приемный покой районной больницы.

Ваш предварительный диагноз?

Тактика дальнейшего ведения больного.

Задача 96

Больная Г., 48 лет. Поступила в стационар 26.IV. на 19-й день болезни с жалобами на слабость, головную боль, озноб, чувство жара, боль в области поясницы. При поступлении состояние средней тяжести. Температура тела 39,8°С. Кожные покровы чистые. Язык густо обложен темно-серым налетом. Со стороны сердечно-сосудистой системы — относительная брадикардия, гипотония, приглушение сердечных тонов. В легких дыхание везикулярное. Увеличены печень и селезенка.

На второй день пребывания в стационаре на кожных покровах передней брюшной стенки появились единичные элементы розеолезной сыпи.

В общем анализе крови: E_r — $4,5 \cdot 10^{12}/л$, H_b — 125 г/л, тромб. — $142 \cdot 10^9/л$, л. — $3,2 \cdot 10^9/л$, п. — 28, с. — 56, лимф. — 10, м. — 6, СОЭ — 28 мм/ч.

Ваш предварительный диагноз?

Назначьте план обследования больного.

Назначьте лечение.

Задача 97

Больной К., 18 лет. Поступил в стационар на 6-й день болезни. При осмотре заторможен, жалоб почти не предъявляет, адинамичен, аппетит отсутствует, бредит, иногда вскакивает с постели, стремится убежать. Температура тела 40,1 °С. В легких выслушивались сухие и влажные хрипы. Тоны сердца приглушенны, относительная брадикардия, гипотония. Периодически жалуется на боли в животе. Наблюдался метеоризм. Печень выступает из-под реберной дуги на 1–1,5 см.

Общий анализ крови: E_r — $3,5 \cdot 10^{12}/л$, H_b — 115 г/л, тромб. — $132 \cdot 10^9/л$, л. — $2,8 \cdot 10^9/л$, п. — 28, с. — 56, лимф. — 10, м. — 6, СОЭ — 45 мм/ч.

Ваш предварительный диагноз?

Назначьте план обследования больного.

Назначьте лечение.

Задача 98

Женщина, 30 лет. Диагноз ко-инфекция ВИЧ+ХГС (анти-НСV+, РНК ВГС+) установлен 8 лет назад. ПИН 11 лет.

Анамнез: в течение последнего месяца беспокоила головная боль, слабость, которые усиливались с течением времени. 26.01. появились судороги, расстройство сознания с психоневрологическими симптомами, правосторонний гемипарез. Моторная и сенсорная афазия. Менингеальные симптомы отрицательные.

Диагноз: острое нарушение мозгового кровообращения. Орофарингеальный кандидоз. Онихомикоз ногтей стоп.

Исследования:

ОАК: лейкоциты — $3,4 \times 10^9$ /л, Нв — 97 г/л, э. — 49 %, л. — 24 %, СОЭ — 57 мм/ч.

БАК: повышена активность АЛТ до 140 ЕД/л.; ОАМ: эритроциты — 6–8 в поле зрения; рентгенография органов грудной клетки — без патологии.

КТ — головного мозга: в левой теменной области определяется зона отека с наличием очагов пониженной плотности — 26 x 27 мм слева, 17 x 16 мм — справа с признаками компрессии тела и передних рогов левого бокового желудочка. В левой височной области: зона пониженной плотности с неровными нечеткими контурами.

Предполагаемый диагноз?

План дообследования?

План эмпирической терапии?

Задача 99

Женщина, 28 лет. Диагноз ВИЧ-инфекция установлен 7 лет назад.

Жалуется на головную боль, головокружение, слабость, шаткую походку, двоение в глазах, повышение температуры до 39 °С, одышку, боль за грудиной при глотании. Похудела на 15 кг. Получала ко-тримоксазол, флюконазол для профилактики оппортунистических инфекций.

Исследования:

CD4 — 29 клеток/мкл.; ОАК: Нв — 110 г/л.; в ликворе: цитоз — 18 клеток, лимфоцитов — 52 %, нейтрофилов — 48 %, белок — 0,99 г/л. ПЦР на токсоплазму Гондии — отр.; КТ-головного мозга: огромный очаг в задней черепной ямки.

Предполагаемый диагноз?

План лечения?

Задача 100

Татьяна, 20 лет. ВИЧ-инфекция выявлена 10 лет назад. Уровень CD4 — 220 клеток/мкл. Вирусная нагрузка — 10 000 копий РНК ВИЧ. В общем анализе крови — анемия.

Показана ли АРТ?

Если показана, то почему?

Какую схему терапии можно рекомендовать?

Ответы к задачам:

1. Острая дизентерия.
2. Холера.
3. Острая дизентерия, гастроэнтероколитическая форма.
4. Хроническая дизентерия, рецидивирующая форма.
5. Ботулизм.
6. Острая дизентерия, колитическая форма.
7. Сальмонеллез, гастроэнтеритическая форма.
8. Сальмонеллез, гастроэнтеритическая форма.
9. Ботулизм.
10. Острая дизентерия, колитическая форма.
11. Ботулизм.
12. Холера, алгид.
13. Иерсиниоз.
14. Брюшной тиф.
15. Брюшной тиф.
16. Брюшной тиф. Перфорация язвы тонкого кишечника.
17. Пищевая токсикоинфекция, предположительно стафилококковой этиологии.
18. Ботулизм.
19. Ботулизм.
20. Холера.
21. Холера.
22. Сальмонеллез.
23. ПТИ.
24. Холера, алгид.
25. Сальмонеллез, гастроэнтероколитическая форма.
26. Брюшной тиф, осложнившийся перфоративным перитонитом.
27. Амебиаз. Амебный абсцесс печени.
28. Балантидиаз.
29. Хронический бруцеллез.
30. Острый бруцеллез.
31. Подострый бруцеллез.
32. Лептоспироз.
33. Лептоспироз.
34. Вирусный гепатит В, желтушная форма с синдромом холестаза. Острая печеночная недостаточность, ДВС-синдром.
35. Вирусный гепатит А, желтушная форма.
36. Вирусный гепатит В, желтушная форма.
37. Хронический гепатит В.
38. Вирусный гепатит А, безжелтушная форма.

39. Вирусный гепатит А.
40. Хронический гепатит С.
41. Вирусный гепатит В. Кома.
42. Острый вирусный гепатит В.
43. Описторхоз.
44. Гельминтоз.
45. Трихинеллез.
46. Трихинеллез.
47. Грипп, типичная форма, средней степени тяжести.
48. Менингококковая инфекция. Менингококкемия.
49. Менингококковая инфекция, смешанная форма: менингококкемия + менингит.
50. Грипп.
51. Аденовирусная инфекция, инфекционный мононуклеоз.
52. Грипп.
53. Орнитоз.
54. Менингококковая инфекция, смешанная форма (менингококкемия + менингит).
55. Герпетическая инфекция. Герпес Зостер.
56. Герпетическая инфекция. Герпетический менингоэнцефалит.
57. Чума.
58. Чума, бубонная форма.
59. Малярия.
60. Чума, бубонная форма.
61. Малярия.
62. Малярия.
63. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом.
64. Клещевой энцефалит, менингоэнцефалитическая форма.
65. Болезнь Брилла.
66. Туляремия, глазоубонная форма.
67. Болезнь Лайма.
68. Чума, легочная форма.
69. Болезнь Брилла, грипп.
70. Туляремия, легочная форма.
71. Клещевой энцефалит. Двухволновая молочная лихорадка.
72. Геморрагическая лихорадка.
73. Геморрагическая лихорадка.
74. Малярия. Кома.
75. Малярия.
76. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом.
77. Малярия.
78. Клещевой энцефалит. Менингоэнцефалитическая форма.

79. Геморрагическая лихорадка.
80. Сибирская язва.
81. Столбняк.
82. Рожа, эритематозная форма.
83. Сибирская язва.
84. Столбняк.
85. Бешенство.
86. Иерсинеоз.
87. Менингококковая инфекция.
88. Малярия.
89. Малярия.
90. Бешенство.
91. Трихинеллез.
92. Трихинеллез.
93. ГЛПС.
94. ГЛПС.
95. Вирусный гепатит А.
96. Брюшной тиф.
97. Брюшной тиф, тяжелое течение.
98. ВИЧ-инфекция. Токсоплазмоз головного мозга.
99. ВИЧ-инфекция, лимфома головного мозга.
100. Да, показана.