

## Содержание

Название раздела	Номера задач
<b>Введение</b>	
<b>ЧАСТЬ I.</b> <b>Ситуационные задачи для подготовки к практическим занятиям и экзамену по инфекционным болезням</b>	
<b>Острые кишечные инфекции.</b> <b>Кишечные протозойные инвазии</b>	Задачи 1-17
<b>Вирусные гепатиты</b>	Задачи 18-35
<b>Вирусные респираторные инфекции</b>	Задачи 36-46
<b>Ангина. Дифтерия.</b>	Задачи 47-52
<b>Менингококковая инфекция. Сепсис.</b>	Задачи 53-64
<b>ВИЧ-инфекция</b>	Задачи 65-69
<b>Малярия</b>	Задачи 70-73
<b>Зоонозы</b>	Задачи 74-87
<b>Борелиозы</b>	Задачи 88-91
<b>Арбовирусные инфекции.</b> <b>Геморрагические лихорадки.</b>	Задачи 92-100
<b>Риккетсиозы</b>	Задачи 101-103
<b>Инфекции, передаваемые контактно</b> <b>через наружные покровы</b>	Задачи 104-110
<b>ЧАСТЬ II.</b> <b>Примеры формулировки и обоснования диагноза</b>	Задачи 1-20

**Введение** Ситуационная задача представляет собой кратко описанный случай из реальной клинической практики, в котором представлены основные синдромы заболевания и данные анамнеза. Анализ клинических проявлений позволит сформулировать предварительный диагноз и предложить план обследования для его подтверждения, обосновать терапевтическую тактику и провести адекватные профилактические

мероприятия. Клинический (предварительный) диагноз должен быть развернутым, а именно включать название нозологической формы, степень тяжести, осложнения. Например: острый вирусный гепатит, средней степени тяжести, без осложнений.

Задачи распределены по степени сложности; отдельные из них, помеченные значком \*, подразумевают проведение дифференциальной диагностики с другими инфекционными и синдромосходными соматическими заболеваниями. Самостоятельное решение ситуационных задач позволит освоить и закрепить знания, полученные на лекциях, аудиторных семинарских занятиях, эффективно подготовиться к экзамену по дисциплине «инфекционные болезни» и Государственной итоговой аттестации.

Выработать правильный алгоритм решения ситуационной задачи помогут представленные в пособии (часть II) эталоны ответов с примерами формулировки предварительного диагноза.

## **ЧАСТЬ I. Ситуационные задачи для подготовки к практическим занятиям и экзамену по дисциплине «инфекционные болезни»**

### **Острые кишечные инфекции. Кишечные протозойные инвазии.**

1. Больная 30 лет, продавец овощного киоска, заболела утром: озноб, повышение температуры до  $38,0^{\circ}$ , спустя несколько часов - жидкий стул, боли внизу живота без четкой локализации. На следующий день: стул до 15 раз в сутки, стал скудным с примесью слизи, при позывах на дефекацию - схваткообразные боли в левой подвздошной области. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура  $38,5^{\circ}$ , пульс 100 ударов в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, чувствительный при пальпации по ходу толстого кишечника, пальпируется спазмированная болезненная сигмовидная кишка.

#### ***Диагноз. Обследование. Лечение.***

2. Больной 25 лет заболел вечером: озноб, подъем температуры до  $39,5^{\circ}$ , боли в эпигастральной области, тошнота, повторная рвота. Ночью появился обильный жидкий стул темно-зеленого цвета до 20 раз, слабость, головокружение, судороги в икроножных мышцах. При осмотре: состояние средней тяжести, температура  $39,0^{\circ}$ . Кожа бледная, язык сухой, обложен коричневато-белым налетом. Пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения. АД – 80/40 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при

пальпации в эпигастрии и вокруг пупка. Накануне употреблял в пищу сырые перепелиные яйца.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**3.** Больной 28 лет заболел 2 недели назад постепенно: вялость, ломота в теле, головная боль, потеря аппетита. Температура тела повышена с первого дня болезни до 37,5 – 38,0°C, в последующем до 39,0 - 40,0 °. В последние дни отмечал жидкий стул 1-2 раза в день. При осмотре: состояние средней тяжести. Больной бледен, заторможен. Температура 38,5°, пульс 80 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт. ст. В легких жесткое дыхание, единичные сухие хрипы. Язык обложен коричневым налетом, утолщен. Живот мягкий, чувствительный в илеоцекальной области, урчит, пальпируются край печени и селезенки. На животе и в нижних отделах грудной клетки имеется несколько розеолезных элементов сыпи.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**4.** В инфекционную больницу доставлен больной 40 лет с жалобами на тошноту, частую рвоту, жидкий стул, ноющие боли в животе, слабость, головокружение, сухость во рту. Заболел около 5 часов назад. При осмотре: состояние средней тяжести, температура 36,7°, пульс 100 ударов в минуту, АД 90/60 мм рт. ст. Язык сухой, живот мягкий, слегка чувствительный в эпигастрии. Известно, что за 2 часа до заболевания обедал в кафе: ел творог со сметаной, пирожки, салат.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**5.** Больная 42 лет, санитарка инфекционной больницы, заболела остро: высокая температура, головная боль, ломота во всем теле. На 10-й день была госпитализирована с диагнозом «грипп». В больнице температура 38-40°, бессонница, бред, галлюцинации. Выраженный негативизм. Кожа бледная, на нижних отделах грудной клетки – единичные розеолезно-папулезные элементы сыпи. Язык сухой, покрыт коричневым налетом, утолщен. Пульс 84 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт. ст. Дыхание жесткое, сухие хрипы. Живот вздут, болезненный при пальпации в илеоцекальной области. Увеличены печень и селезенка. На 20-й день болезни внезапно появились акроцианоз, холодный липкий пот, выраженная одышка, пульс нитевидный; АД 70/30 мм рт. ст.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**6.** Больная 30 лет доставлена в инфекционную больницу в первый день болезни. Заболела утром: появились частый водянистый стул, через несколько часов обильная многократная рвота. Отмечает сильную слабость, сухость во рту, болезненные судороги в кистях рук и в икроножных мышцах. При осмотре: состояние тяжелое, температура 35,5°. Кожные покровы холодные на ощупь, акроцианоз. Язык сухой. Голос ослаблен, сиплый. Пульс 110 ударов в минуту, слабого наполнения. АД 60/40 мм рт. ст. Живот

несколько вздут, мягкий, безболезненный, урчание при пальпации в околопупочной области. Стул и рвотные массы бесцветные, водянистые с белыми хлопьями. Два дня назад пациентка вернулась из Бангладеш.

***Диагноз. Обследование. Лечение.***

7. Больной 35 лет обратился в поликлинику на 2-й день болезни с жалобами на нарушение зрения, слабость, сухость во рту. Заболевание началось с тошноты и ощущения тяжести в эпигастрии. Пациент самостоятельно вызывал рвоту. Стула не было. При осмотре: состояние средней тяжести, выраженный мидриаз, анизокория, птоз слева. Слизистая полости рта суховата, голос тихий. Живот мягкий безболезненный. Температура 36,7 °, пульс 88 ударов в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Накануне заболевания ел овощные консервы домашнего приготовления.

***Диагноз. Обследование. Лечение.***

8. Больная Ш., 45 лет, госпитализирована на 3-й день болезни с жалобами на слабость, головокружение, неотчетливое видение предметов, двоение в глазах, сухость во рту. Стул задержан. За 2 дня до заболевания ела копченую свинину домашнего приготовления. Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Бледная. Температура 37,2°, пульс 68 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Живот вздут, метеоризм. Неврологическая симптоматика: зрачки расширены, на свет реагируют слабо; птоз правого века, горизонтальный нистагм, конвергенция нарушена. Глоточный рефлекс не нарушен. Парез мягкого неба справа. Сухожильные рефлексy живые, симметричные. Чувствительность не нарушена. Менингеальных симптомов нет.

***Диагноз. Обследование. Лечение.***

9. Больная М., 40 лет, госпитализирована в тяжелом состоянии на 2-й день болезни. Накануне жаловалась на затрудненное дыхание и глотание, повторную рвоту, двоение в глазах, сухость во рту. Врачами предполагались диагнозы истерии, ларингоспазма, астматического статуса. При поступлении: сознание сохранено, речь «смазанная». Беспокойство, поперхивание при глотании, одышка с участием вспомогательных мышц. Затем дыхание быстро стало поверхностным, появился тотальный цианоз. Мидриаз, парез мягкого неба, голосовых связок. Через 2 часа после поступления наступила смерть. В этот же день заболели муж и дочь.

***Диагноз. Лабораторное подтверждение диагноза.***

10. Больной К., 36 лет, госпитализирован с жалобами на боли в животе, жидкий стул до 6 раз в сутки с примесью студенистой слизи, окрашенной кровью. Отмечает температуру до 38°, слабость, пониженный аппетит. Болен 3 месяца: сначала появился кашицеобразный стул, позже – жидкий, умеренная постоянная боль в животе. Через неделю все симптомы исчезли, но через 10-12 дней появились вновь. Ремиссии и обострения длились в

среднем 2 недели, с каждым новым обострением стул учащался, общее состояние ухудшалось. Больной не лечился, к врачу не обращался. Ухудшение 2 недели, что вынудило больного обратиться к врачу. Известно, что в течение 2-х лет больной работал в Индии, откуда возвратился неделю назад. При осмотре: состояние средней тяжести. Вялый, адинамичный. Кожа бледная. Температура 38°. АД 100/65 мм рт.ст. Язык влажный, обложен серым налетом. Живот мягкий, болезненный по ходу толстой кишки. Сигмовидная кишка плотная, болезненная. Пальпируется край печени, селезенка не увеличена.

*Диагноз. Обследование. Лечение.*

**11.** Пациентка 30 лет больна месяц: слабость, непостоянные боли в нижних отделах живота справа, кашицеобразный стул со слизью и кровью до 5 раз в сутки, субфебрилитет до 37,3°. Принимала тетрациклин, температура нормализовалась, однако сохранялся неустойчивый стул, последние дни - со слизью и кровью. Перед заболеванием провела 2 недели в Египте в небольшом курортном городке. При осмотре: кожа без сыпи; пульс 72 удара в минуту, АД 110/70мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в подвздошных областях по ходу кишки (больше справа). Печень не увеличена, селезенка не пальпируется.

*Диагноз, обследование, лечение.*

**12\*.** Больной М., 43 лет, госпитализирован с жалобами на тошноту, рвоту, жидкий стул с примесью слизи и крови 3 раза в сутки. При осмотре: сонлив, адинамичен. Жалуется на сильную головную боль. Кожа бледная со следами расчесов. Лицо, поясница, голени пастозны. Дыхание поверхностное, периодическое типа Чейна-Стокса. Тоны сердца приглушены. Пульс 80 ударов в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный по ходу толстого кишечника. Спазма сигмовидной кишки нет. Печень и селезенка не увеличены. При осмотре обращает на себя внимание запах аммиака в выдыхаемой воздухе больной.

*Диагноз, обследование, лечение.*

**13\*.** Пациент 30 лет заболел неделю назад: температура 38-39,0°, ознобы, боли в правом подреберье, на 5-й день болезни заметил потемнение мочи. При осмотре: бледен, склеры желтушны. Пульс 100 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правом подреберье и эпигастрии, край печени выступает на 2 см из-под реберной дуги по среднеключичной линии. Из анамнеза: год назад работал в странах Ближнего Востока, с тех пор периодически отмечает неустойчивый стул 3-4 раза в сутки.

*Диагноз, обследование, лечение.*

**14\*.** Пациент 60 лет заболел через 2 часа после обильной еды: интенсивные постоянные боли в животе, затем – жидкий стул с кровью;

госпитализирован «Скорой помощью». При осмотре через 5 часов от начала болезни: температура 37,3°, язык суховат, пульс 72 удара в минуту, аритмичный, АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный во всех отделах, участвует в дыхании, перистальтика снижена, перитонеальные симптомы сомнительны. Печень и селезенка не пальпируются. Стул осмотрен: кашицеобразный с примесью слизи и крови. Произведена ректороманоскопия: слизистая на глубину до 12 см не изменена. В анамнезе: ИБС, аритмия.

*Диагноз, тактика врача.*

**15\***. Больная 25 лет, учительница, больна вторые сутки: накануне вечером появились схваткообразные боли внизу живота, слабость, кашицеобразный стул 5 раз, ночью при выходе в туалет – кратковременный обморок; в дальнейшем – сильная слабость и головокружение. За прошлую неделю 4 детей из класса заболели дизентерией. Гинекологический анамнез: беременность – 1 (роды 4 года назад), отмечает задержку месячных на 12 недель. При осмотре: температура 36,3°. Бледная. Пульс 100 ударов в минуту, АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Дизурии нет.

*Диагноз, тактика врача.*

**16\***. Пациент 52 лет болен в течение недели: температура 38-39°, жидкий кровянистый стул 3-4 раза в сутки, нарастающая слабость, головокружение. В прошлом здоров, но последние 3 месяца – временами запоры, иногда стул со слизью и кровью. При осмотре: состояние средней тяжести. Бледность кожи. Пульс 120 ударов в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области при пальпации уплотненного фрагмента сигмовидной кишки.

*Диагноз, обследование.*

**17\***. Пациент 18 лет беспокоен, жалуется на ломоту в теле, частый жидкий стул до 10 раз в сутки второй день, тенезмы. В анамнезе – героиновая наркомания в течение года, последняя инъекция 3 дня назад (?). При осмотре: вес тела снижен, глаза запавшие. Кожа сухая, на руках «дорожки» по ходу вен. Мидриаз. Температура 36,5°, пульс 60 ударов в минуту, АД 90/60 мм рт.ст. Язык влажный, обложен. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в левой подвздошной области, перитонеальные симптомы отрицательны.

*Диагноз, обследование.*

## **Вирусные гепатиты**

**18.** Студентка 19 лет заболела остро: температура 38<sup>0</sup> в течение 5 дней, слабость, вялость, отсутствие аппетита. Последние 2 дня - субфебрилитет, тяжесть в эпигастрии и тошнота, темная моча; вчера - двукратная рвота, головокружение при ходьбе, необильное носовое кровотечение. Известно,

что половой партнер употребляет наркотики. Объективно: состояние средней тяжести. Вялая. Желтушность кожи и склер. Пульс 60 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. В легких патологии не выявлено. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень +2,0 см, край эластичный, чувствительный.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**19.** В инфекционную больницу поступил студент 20 лет с жалобами на плохой аппетит, ощущение тяжести в верхних отделах живота после еды. Заболел неделю назад, когда почувствовал ломоту в мышцах, повышение температуры тела до  $39,2^{\circ}$ , в последующие дни до  $37,5 - 38,0^{\circ}$ . Пропал аппетит, отмечал тошноту, периодически рвоту после еды, отвращение к табачному дыму. Последние два дня отмечает потемнение мочи и нормализацию температуры тела. При осмотре: состояние средней тяжести. Иктеричность склер. Пульс 65 в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень + 2,0 см, край чувствительный при пальпации; селезенка не пальпируется. Билирубин 43 мкмоль/л, АЛТ 1215 Ед/л.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**20.** Мужчина 40 лет болен неделю: температура  $38^{\circ}$ , ломота в теле и суставах, отсутствие аппетита, тяжесть в эпигастрии, тошнота, вчера была рвота. На 5-ый день болезни заметил потемнение цвета мочи, на следующий день заметил желтушность склер. При осмотре: состояние средней тяжести. Желтушность кожи и склер. Пульс 92 удара в минуту. Тоны сердца ясные, чистые. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, пальпируется эластичный чувствительный край печени (+ 2,0 см); селезенка не пальпируется. Постукивание по пояснице безболезненно. В анамнезе 4 месяца назад операция по поводу разрыва селезенки после травмы.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**21.** Больной Б., 20 лет, заболел в начале сентября: в течение 5 дней температура  $38^{\circ}$ , недомогание и ломота в суставах, тупые боли в области печени, тошнота, вчера была рвота; с 4-го дня болезни отметил потемнение мочи. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура  $37,5^{\circ}$ , вялый; Кожные покровы чистые. Желтушность кожи и склер. Живот мягкий, чувствительный при пальпации, пальпируется край печени + 2,0 см ниже реберной дуги, плотноэластической консистенции, чувствительный. В анамнезе: эпизодическое в/венное введение наркотиков в апреле. В июне текущего года лечился в больнице по поводу острого гепатита С, HCV Ab (+).

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**22.** Больной 25 лет госпитализирован в марте в связи с развитием желтухи и плохим самочувствием. При обследовании: HCV Ab (+), HBcor IgM (+).

В больнице за полтора месяца на фоне улучшения состояния общий билирубин снизился с 220 до 70 мкмоль/л, АЛТ с 2500 до 600 Ед/л. Затем произошел повторный подъем АЛТ до 1500 Ед/л в течение трех недель и ухудшение самочувствия - выросла слабость, пропал аппетит. В течение года эпизодически употреблял наркотики внутривенно. В анамнезе – острый гепатит С в январе текущего года.

**Диагноз. План обследования.**

**23.** В поликлинику обратился больной 22 лет, с жалобами на тяжесть в эпигастрии и правом подреберье, слабость, снижение аппетита. Заболел около 10 дней назад: температура до 37,5, ломота в пояснице, болезненность в суставах кистей, лучезапястных и коленных. В анамнезе: за 2 месяца до заболевания лечился в наркологической клинике по поводу героиновой зависимости. При осмотре: кожа светлая, краевая иктеричность склер. Живот безболезненный, край печени выступает на 3см из-под края реберной дуги, плотноэластический, чувствительный при пальпации. В локтевых сгибах следы в/венных инъекций в виде «дорожек». Билирубин – 43 мкмоль/л, АЛТ – 1250 Ед/л.

**Диагноз. План обследования.**

**24.** При профилактическом обследовании женщины 25 лет на фоне хорошего самочувствия выявлено: АЛТ – 46 Ед/л, билирубин – 20 мкмоль/л, HCV Ab (+); правая доля печени выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 2,0 см, селезенка не увеличена.

**Диагноз. Обследование.**

**25.** Женщина 50 лет проходила лечение в онкологическом стационаре 3 месяца назад. Были произведены экстирпация матки с придатками, гемотрансфузии и множественные парентеральные вмешательства. Госпитализирована повторно в связи с появлением желтухи, до этого в течение недели – температура до 38<sup>0</sup>, вялость, тошнота, тяжесть в эпигастрии.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**26.** Больная 55 лет, в прошлом донор. В течение 4-х лет в крови периодически выявляется HBsAg, самочувствие было хорошим. Последние полгода - слабость, утомляемость, носовые кровотечения. В течение 2 последних месяцев - отеки ног, что связывала с физической нагрузкой; за 3 недели до госпитализации - увеличение в размерах живота, одышка, уменьшение количества мочи (500 мл/сут.). Состояние средней тяжести. Краевая желтушность склер. «Печеночные звездочки» и пальмарная эритема. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. ЧД 20 в минуту, дыхание ослаблено в нижних отделах, больше справа. Живот увеличен (98см в окружности), мягкий, безболезненный, перкуторно - притупление в боковых отделах,

печень + 5,0 см, плотная, пальпируется селезенка. Пастозность голеней и стоп.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**27.** При профилактическом обследовании женщины 25 лет на фоне хорошего самочувствия выявлено: АЛТ – 46 Ед/л, билирубин – 20 мкмоль/л, HCV Ab (+); правая доля печени выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 2,0 см, селезенка не увеличена.

**Диагноз. Обследование.**

**28.** При обследовании пациента перед плановой хирургической операцией выявлен HBsAg.

**Тактика врача. Обследование на амбулаторном этапе.**

**29.** Больная М., 50 лет, в течение 8 лет отмечает слабость, вялость, носовые кровотечения, снижение аппетита, последние полгода - отеки на ногах; лечилась в стационаре в связи с появлением асцита, постоянно принимает мочегонные. Повторная госпитализация в связи с быстрым нарастанием асцита и одышки, появлением желтухи. Объективно: состояние средней тяжести. Желтушность кожи и склер, «сосудистые звездочки» на коже живота, спины и нижних конечностей, пальмарная эритема. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. Дыхание ослаблено в нижних отделах, больше справа, хрипов нет. ЧД 28 в минуту. Живот увеличен на счет асцита, пальпируется большая плотная бугристая печень, селезенка увеличена. Отеки голеней. АЛТ 100 Ед/л, билирубин 80 мкмоль/л, альбумины 32,0 г/л,  $\gamma$ -глобулины 28%, протромбиновый индекс 56 %; HCV Ab (+),  $\alpha$ -фетопротеин (+).

**Диагноз. Интерпретация лабораторных данных.**

**30\*.** У женщины 62 лет ночью развился приступ болей в правом подреберье, была трехкратная рвота. К утру температура  $37.5^{\circ}$ , моча темная, стул обесцвечен. Состояние средней тяжести. Имеет избыточный вес. Желтушность склер и кожи. Пульс 86 ударов в минуту, ритмичный. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в правом подреберье в проекции желчного пузыря. Край печени + 1,0 см ниже реберной дуги, эластичный. Накануне вечером был праздничный стол (день рождения племянника). Клинический анализ крови: лейкоциты- $12.0 \times 10^9$ , п-13%, с-60%, л-17%, м-10%, СОЭ 15мм/ч; биохимические показатели: общий билирубин 140 мкмоль/л, АЛТ 900 Ед/л.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**31\*.** У женщины 62 лет ночью развился приступ болей в правом подреберье, была трехкратная рвота. К утру температура  $37.5^{\circ}$ , моча темная, стул обесцвечен. Состояние средней тяжести. Имеет избыточный вес. Желтушность склер и кожи. Пульс 86 ударов в минуту, ритмичный. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в правом подреберье в проекции

желчного пузыря. Край печени + 1,0 см ниже реберной дуги, эластичный. Накануне вечером был праздничный стол (день рождения племянника). Клинический анализ крови: лейкоциты-12.0х<sup>9</sup>, п-13%, с-60%, л-17%, м-10%, СОЭ 15мм/ч; биохимические показатели: общий билирубин 140 мкмоль/л, АЛТ 900 Ед/л, НВsAg (+).

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**32\*.** Мужчина 30 лет заболел остро: температура 38<sup>0</sup>, насморк, першение в горле, кашель. Принимал парацетамол. На 3-й день болезни в связи с отсутствием эффекта принял 6 таблеток сульфадиметоксина. К утру подъем температуры до 39<sup>0</sup>, ломота в пояснице и во всем теле, темная моча. Объективно: состояние средней тяжести. Краевая желтушность склер. Живот мягкий, безболезненный, пальпируется край печени. Постукивание по пояснице болезненно с обеих сторон. Моча черная с осадком на дне, за сутки 500 мл.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**33\*.** Мужчина 40 лет обратился к участковому врачу в связи с появлением желтухи на фоне удовлетворительного общего самочувствия. Температура не повышалась, болей не было, аппетит сохранен. Моча и стул обычного цвета. В анамнезе – желчнокаменная болезнь, холецистэктомия 5 лет назад. Состояние удовлетворительное. Умеренная желтушность кожи и склер. Гемодинамика стабильная. Живот безболезненный, печень не увеличена, пальпируется край селезенки. При обследовании в клиническом анализе крови Нв -90 г/л, L-8.0х10<sup>9</sup>, АЛТ-30 Ед/л, общий билирубин-120 мкмоль/л. По данным УЗИ органов брюшной полости признаков обтурации желчевыводящих путей не выявлено.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**34\*.** Женщина 68 лет обратилась в поликлинику, так как прохожие на улице стали замечать желтуху. Жалоб нет, аппетит сохранен. Температура не повышалась, болей не было. Моча темная в течение недели, стул светлый. Объективно: желтушность кожи и склер; живот мягкий, безболезненный, печень + 1 см, плотная; в правом подреберье пальпируется округлое безболезненное эластичное образование размерами примерно 7 X 10 см. Биохимические показатели: АЛТ 40 Ед/л, общий билирубин 170 мкмоль/л.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**35\*.** Больной 72 лет поступил в клинику с жалобами на слабость, плохой аппетит, тошноту, боли в эпигастрии, кожный зуд. Болен 2,5 месяца, за это время похудел на 7 кг. 3 дня назад заметил желтушность кожи. При осмотре: яркая желтушность кожи и склер, следы расчесов на коже живота и конечностей. Пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, АД 130/90 мм р.ст. Живот обычной формы, мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень

выступает на 4 см из подреберья за счет левой доли, правая доля на 2,0 см ниже реберной дуги, плотная, болезненная. Моча темная, кал ахоличен.

Лабораторное обследование: Эр 3,2х, гемоглобин 110 г/л, лейкоциты 12 х 10<sup>9</sup>, п 4%, с 46%, л 39%, м 7%, СОЭ 22 мм/ч. АЛТ 0,68 ммоль/л.ч, общий билирубин 150 мкмоль/л (прямой 130 мкмоль/л, непрямой 20 мкмоль/л), протромбиновый индекс 78%, щелочная фосфатаза 22 ммоль/л. Исследование мочи на желчные пигменты дает резко положительный результат.

**Диагноз. Оценка клинико-лабораторных данных.**

## **Вирусные респираторные инфекции**

**36.** Продавщица гипермаркета 20 лет больна второй день: температура 39,5°, боли в мышцах суставах, сильная головная боль, светобоязнь, сухой кашель. При осмотре: состояние средней тяжести. Гиперемия лица, кожа влажная. Умеренная гиперемия слизистых полости рта и задней стенки глотки, миндалины без налетов. Пульс 110 ударов в минуту, АД 100/70 мм рт. ст. Дыхание жестковатое, хрипов нет. Живот мягкий безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Менингеальные симптомы отрицательны.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**37.** Больной 20 лет обратился к врачу поликлиники с жалобами на слабость, осиплость голоса, редкий сухой кашель. Заболел постепенно, 3 дня назад, когда почувствовал недомогание, першение в горле, появился редкий сухой кашель и субфебрильная температура. Лечился самостоятельно: принимал жаропонижающие и антигистаминные препараты. Неделю назад у сотрудника наблюдались сходные симптомы болезни. При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура 37,3°, кожа обычной окраски, без сыпи, лимфатические узлы не увеличены. Слизистая задней стенки глотки гиперемирована, миндалины без налетов. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца чистые. Дыхание жестковатое, хрипов нет. Живот мягкий безболезненный, печень и селезенка не пальпируются, постукивание по пояснице безболезненно. Стул и диурез не изменены.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**38.** Больной К., 16 лет, поступил в клинику на 6-й день болезни с диагнозом «грипп». При поступлении жалобы на головную боль, небольшое головокружение, светобоязнь, озноб, заложенность носа с обильными слизисто-серозными выделениями из носовых ходов. Заболел остро: температура 38°, умеренная головная боль, боль в глазных яблоках, жжение в глазах, слезотечение, сильный насморк, боли в горле при глотании. В последующие дни температура 38-40,0°. Контакт с больными отрицает. Заболевание связывает с переохлаждением в бассейне. При осмотре: температура 38,0°, вялый. Состояние средней тяжести. Одутловатость и бледность лица. Носовое дыхание затруднено, обильные серозно-слизистые

выделения из носовых ходов. Веки отечны. Конъюнктивы обоих глаз резко гиперемированы. Умеренная гиперемия и зернистость слизистых задней стенки глотки. Миндалины не увеличены. Пальпируются мягкие безболезненные подчелюстные, шейные и подмышечные лимфатические узлы. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Пульс 92 удара в минуту, удовлетворительных качеств. Тоны сердца чистые. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**39.** Пациент 55 лет поступил в инфекционную больницу через сутки от начала болезни, которая началась с резкого подъема температуры до 39°, что сопровождалось ознобом, ломотой в мышцах и суставах конечностей, сильной головной болью; было не обильное носовое кровотечение. К концу первых суток появился сухой кашель, саднение за грудиной. В семье больны еще 2 человека. При осмотре на отделении: состояние тяжелое. Температура 39,5°. Петехии на руке ниже места наложения жгута после взятия крови на анализ. Умеренная гиперемия неба и задней стенки глотки. Пульс 115 ударов в минуту, АД 90/60 мм рт.ст. Дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот мягкий безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Менингеальные симптомы отрицательны.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**40.** У студента, навестившего больного товарища, через сутки начался озноб, температура поднялась до 39°, появились сильная головная боль в лобной области, боли в глазных яблоках, ломота в теле, тошнота. К концу 1-го дня болезни появились заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной. При осмотре: гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер и конъюнктив, заложенность носа, в зеве разлитая гиперемия. В легких жесткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс 100 ударов в минуту. АД 100/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Менингеальные симптомы отрицательны.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**41.** Женщина 30-ти лет лечилась дома: в течение 5 дней температура 38-39<sup>0</sup>, слабость, кашель, боли и саднение за грудиной. В последующие дни на фоне температуры 37,2-38,5° сохранялась сильная слабость, беспокоили потливость, тяжесть в груди слева, кашель с небольшим количеством мокроты. При осмотре на 8-й день болезни: состояние средней тяжести. Склеры и кожа светлые, сыпи нет. Слизистые глотки розовые, чистые, миндалины без налетов. Лимфоузлы не увеличены. Пульс 96 ударов в минуту, ритмичный. АД 100/70 мм рт.ст. Дыхание жесткое, слева в нижних отделах – мелкопузырчатые влажные хрипы и притупление перкуторного звука. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются,

постукивание по пояснице безболезненно. Менингеальные симптомы отрицательны.

*Диагноз. Обследование. Лечение.*

**42.** У студента из общежития с утра озноб, температура до  $38,5^0$ , головная боль, ломота в теле, небольшой сухой кашель. При осмотре: кожа без сыпи, зернистость задней стенки глотки, Пульс 96 ударов в минуту, ритмичный. АД 100/70 мм рт.ст. Дыхание жестковатое. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются, постукивание по пояснице безболезненно. Менингеальные симптомы отрицательны. Сосед по комнате накануне госпитализирован с диагнозом «грипп». В комнате живут еще два человека, которые в настоящее время чувствуют себя здоровыми.

*Тактика врача, рекомендации по лечению и профилактике.*

**43\*.** Пациентка 26 лет заболела 5 дней назад остро: ломота в мышцах, головная боль, повышение температуры до  $38,5-39,0^0$ . Со 2-го дня болезни появился сухой кашель. Принимала жаропонижающие, но температура сохранялась. Объективно: состояние средней тяжести. Температура  $38,4^0$ . Кожа чистая. В зеве – разлитая гиперемия, налетов нет. Пульс 88 ударов в минуту, АД 100/70 мм рт.ст. Дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах, там же выслушиваются рассеянные сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,0 см. На рентгенограмме легких – диффузная интерстициальная пневмония. Из анамнеза известно, что две недели назад купила на рынке попугая.

*Диагноз. Обследование. Лечение.*

**44\*.** У студента 22-х лет в течение недели водянистый насморк, температуру не измерял, ходил на занятия. Затем стала беспокоить интенсивная головная боль в правой половине головы, сохранялась постоянная заложенность носа, температура  $38,1^0$ . При осмотре: склеры светлые, кожа без сыпи. Умеренная отграниченная гиперемия задней стенки глотки с тяжами густой слизи. Носовое дыхание затруднено больше справа. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный; тоны сердца ясные, чистые; дыхание везикулярное. Живот мягкий безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Постукивание по пояснице безболезненно. Менингеальные симптомы отрицательны.

*Диагноз. Обследование. Лечение.*

**45\*.** Больной В., 16 лет, аллергик, болен 3 дня: повышение температуры тела до  $38,0$ , общее недомогание, осиплость голоса, сухой «лающий» кашель, по временам пропадает голос. Резкое ухудшение в ночь на 3-й день болезни: беспокойство, затруднение дыхания. При осмотре: сидит в вынужденной позе, инспираторная одышка с участием вспомогательных мышц, втягивание при вдохе над- и подключичных ямок, межреберных промежутков. Лицо покрыто холодным потом, цианоз губ, гиперемия и отек слизистых глотки.

Тоны сердца глухие. Дыхание ослаблено. Живот мягкий безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Постукивание по пояснице безболезненно. Менингеальные симптомы отрицательны.

**Диагноз. Тактика участкового врача.**

**46\***. Женщина 50 лет больна 10 дней: недомогание, небольшой кашель, с первых дней болезни температура постепенно повышалась и с пятого дня держится на уровне  $38.0^{\circ} - 39.0^{\circ}$ . При осмотре:  $t^{\circ} 38.5^{\circ}$ , кожа без сыпи, глотка без воспалительных явлений, периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 110, АД 120/80. Тоны сердца приглушены; дыхание жестковатое, ослаблено в нижних отделах справа; живот мягкий, безболезненный; край печени выступает из-под реберной дуги на 2 см, пальпируется селезенка. Постукивание по пояснице безболезненно. Менингеальные симптомы отрицательны. Rg легких: очаговая пневмония справа. В крови: лейкоцитов 3.5 тыс/мкл, п 20, с 40, л 30, м 10, СОЭ 20; АЛТ 250. Известно, что пациентка держит коз, прядет пух и вяжет платки.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

### **Ангина. Дифтерия.**

**47.** Больной 56 лет заболел 3 дня назад остро: боль в горле при глотании с обеих сторон, слабость, повышение температуры тела до  $38,5^{\circ}$ . При осмотре: состояние средней тяжести. Умеренная застойная гиперемия и отек слизистых глотки, миндалин и язычка. Небные миндалины гипертрофированы (3 степени), на поверхности обеих миндалин плотный серо-белый налет, распространяющийся на передние дужки и мягкое небо; при попытках удалить налет возникает кровоточивость подлежащей ткани. Углочелюстные лимфатические узлы увеличены, при пальпации мягкие, умеренно болезненные. Отмечается отек шеи до ключиц. Температура  $38,7^{\circ}$ . Пульс 120 ударов в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены, ритм галопа. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, болезненный при пальпации печени, край печени выступает из-под реберной дуги на 1см, селезенка не пальпируется. Постукивание по пояснице безболезненно. Эр 4,2х, гемоглобин 130 г/л, лейкоциты 12 х, п 20%, с 50%, л 20%, м 10%, СОЭ 25 мм/ч. АЛТ 45 Ед/л, АСТ 95 Ед/л, КФК 450 МЕ/л, ЛДГ 700 МЕ/л. ЭКГ: миграция водителя ритма, выраженные диффузные электролитные изменения.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**48.** Больной В, 25 лет, госпитализирован в инфекционное отделение по направления участкового врача с диагнозом: лакунарная ангина. Сопутствующий диагноз: стрептодермия левой половины лица и носа. Заболел 10 дней назад – на фоне вполне удовлетворительного состояния и температуры до  $37,5^{\circ}$  отметил затрудненное носовое дыхание. Затем

появились вначале слизистые, а через пару дней серозно-желтоватые выделения. Кожные покровы лица и преддверья носа покраснели, припухли, появились мокнущие корочки. Лечился амбулаторно по поводу стрептодермии без эффекта от проводимой терапии. На 6-й день болезни состояние ухудшилось, температура 38°, общая слабость, головная боль и боль в горле при глотании. При поступлении: состояние средней тяжести. Температура 39,2°. Кожные покровы бледные, мацерированные участки левой половины лица, на крыльях носа и преддверии носовых проходов сукровичные корочки. Слизистые передних небных дужек, миндалин и мягкого неба гиперемизированы с синюшным оттенком. Язычок утолщен и сдвинут влево. Миндалины гипертрофированы, правая больше (III степени), закрывает половину зева; на поверхности с обеих сторон серый налет с тенденцией распространения на переднюю небную дужку и язычок, снимается с трудом, оставляя кровотокающий дефект ткани. Углочелюстные узлы увеличены, эластичные, чувствительные. Пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения, АД 110/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, на верхушке систолический шум, границы сердца расширены. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

*Диагноз. Обследование. Лечение.*

**49.** Больной 20 лет заболел 2 дня назад, когда появилась боль в горле при глотании с обеих сторон, повышение температуры тела до 39,5 °. На второй день сохранялась высокая лихорадка, боли в горле усилились, стало трудно глотать, говорить. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура 38,5°. Кожа без сыпи, склеры светлые. Яркая разлитая гиперемия миндалин, дужек, язычка. Миндалины увеличены, в лакунах с обеих сторон желтовато-белые рыхлые налеты, которые не выходят за пределы миндалин. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, эластичные, болезненные. Пульс 110 ударов в минуту, АД 110/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Постукивание по пояснице безболезненно. Стул, диурез без изменений.

*Диагноз. Обследование. Лечение.*

**50.** Мужчина 35 лет привит от дифтерии 2 года назад. Обратился в поликлинику на 2-й день болезни с жалобами на боли в горле при глотании, температуру до 38,0°. При осмотре: состояние средней тяжести. В зеве неяркая гиперемия, миндалины увеличены до 2-ой степени, с обеих сторон на миндалинах - очаги рыхло-пленчатого налета, снимаются шпателем без кровоточивости. Углочелюстные лимфоузлы умеренно болезненны. Других отклонений не найдено. Были взяты мазки на флору, в том числе на VL, начато лечение эритромицином. К 6-му дню болезни налеты исчезли, самочувствие больного хорошее. Получен ответ из лаборатории: обнаружены токсигенные коринебактерии дифтерии.

### *Диагноз. Обследование. Лечение.*

**51.** Мужчина 45 лет обратился к врачу с жалобами на затруднение глотания, поперхивание, попадание жидкости в нос при питье. Температура тела нормальная. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Отмечается гнусавость голоса и парез мягкого неба. Известно, что 2 недели назад перенес ангину, лечился амбулаторно.

### *Диагноз. Обследование. Лечение.*

**52\*.** Девушка 17 лет больна 3 дня: слабость, температура 38-39,0<sup>0</sup>, боли в горле при глотании. Объективно: состояние средней тяжести. Слизистые глотки гиперемированы, отечны, миндалины увеличены, почти смыкаются по средней линии, на миндалинах с обеих сторон - сплошные рыхлопленчатые налеты, снимаются шпателем без кровоточивости подлежащих тканей. Голос гнусавый. Контур шеи изменен за счет увеличенных лимфоузлов шейной группы, углочелюстные - болезненны. Пальпируются подмышечные и паховые лимфоузлы. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный, пальпируются край печени и селезенки. Постукивание по пояснице безболезненно. В первые дни болезни принимала ампициллин. С 4-го дня болезни - темная моча, макулопапулезная сыпь со сгущением в области крупных суставов верхних и нижних конечностей.

### *Диагноз. Обследование. Лечение.*

## **Менингококковая инфекция. Сепсис**

**53.** Мужчина 30 лет заболел вечером: озноб, температура 39.5°, сильная головная боль, затем рвота, не приносящая облегчения. К утру стал заторможенным. При осмотре: состояние тяжелое. Глубокий сон. Температура 40.0°. На лодыжках и ягодицах единичные элементы геморрагической сыпи. Тоны сердца ясные чистые, Пульс 130 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень и селезенка не пальпируются. Постукивание по пояснице безболезненно. Ригидность затылочных мышц и симптом Кернига положительны.

### *Диагноз. Обследование. Лечение.*

**54.** Мужчина 30 лет заболел остро: температура 40,0°, головная боль, ломота в теле. Со второго дня болезни появилась яркая сыпь на конечностях и теле. При осмотре: несколько заторможен. Температура 38.0°. На теле и конечностях – геморрагическая сыпь (элементы различной формы и размеров). Пульс 110 ударов в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца ясные чистые. Дыхание жестковатое, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень и селезенка не увеличены.

Постукивание по пояснице безболезненно. Менингеальные знаки отрицательны.

**Диагноз. Обследование. Лечение**

**55.** Больная 46 лет доставлена в инфекционную больницу на 2-й день болезни. Заболела вчера утром, когда почувствовала озноб, ломоту в теле, слабость, головную боль, повышение температуры до 39,5 °. При осмотре: состояние тяжелое, в сознании, заторможена. Температура 37,0°. Кожа бледная. На дистальных отделах конечностей и на груди имеются элементы геморрагической сыпи неправильной формы размерами от нескольких миллиметров до 1-2 сантиметров в диаметре. Пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения, АД – 80/50 мм рт.ст. Ригидность затылочных мышц и симптом Кернига положительны.

**Диагноз. Обследование. Лечение**

**56.** Мужчина 30 лет заболел остро:  $t^0$  40, головная боль, ломота в теле. Со второго дня болезни – сыпь на конечностях и теле, все более обильная, усиление головной боли, повторная рвота, судорожный приступ. При осмотре: без сознания, на теле и конечностях – элементы геморрагической сыпи различной формы и размеров, некоторые с некрозом в центре.  $t^0$  36,0, пульс нитевидный, АД 60/20. Ригидность затылочных мышц и симптом Кернига положительны.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**57.** Студент из общежития находится в больнице с диагнозом «менингококковый менингит». Сосед по комнате обследован по контакту: выявлен менингококк в мазках из носоглотки. Самочувствие хорошее, температура нормальная, в глотке без воспалительных изменений. Менингеальные симптомы отрицательны.

**Диагноз. Тактика врача. Лечение.**

**58.** В приемный покой доставлена женщина 35 лет. Со слов родственников, заболела накануне вечером: резкий озноб, температура 38,5°, сильная головная боль; к утру двукратная рвота и потеря сознания. При осмотре: состояние тяжелое. Больная в глубоком сопоре, держится руками за голову, стонет. Температура 40,0°. Склеры светлые, кожа без сыпи. Пульс 120 ударов в минуту, АД 140/90 мм рт.ст. Склеры светлые, кожа без сыпи. Гиперестезия. Менингеальные симптомы отрицательны.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**59.** Студентка 20 лет больна 5 дней: температура 38,0°, насморк, першение в горле, кашель, ломота в теле. На 3-й день болезни усиление головной боли, рвота. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура 38,3°. Сознание ясное. Склеры светлые, кожа без сыпи. Умеренная разлитая гиперемия слизистых полости рта и задней стенки глотки. Пальпируются

лимфатические узлы шейной группы – мелкие, эластичные, подвижные, слегка чувствительные. Пульс 110 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Тоны сердца ясные чистые. Дыхание жестковатое, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Постукивание по пояснице безболезненно. Менингеальные знаки слабopоложительные.

*Диагноз. Обследование. Лечение.*

**60\***. Больной 20 лет госпитализирован в тяжелом состоянии. Известно, что в течение недели отмечалась температура до  $39,0^{\circ}$ , ломота в теле, кашель, боли в груди, одышка. В анамнезе вирусный гепатит В+С. При осмотре: бледность кожных покровов, на руках «дорожки» по ходу вен. Склеры светлые, геморрагии на переходной складке конъюнктив, единичный геморрагический элемент на стопе. Пульс 120 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. ЧД 28 в минуту, дыхание жесткое, справа под лопаткой ослаблено, там же – мелкопузырчатые влажные хрипы и притупление перкуторного звука. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень +3,0 см, пальпируется край селезенки. Постукивание по пояснице безболезненно. Менингеальные знаки слабopоложительные.

*Диагноз. Обследование. Лечение.*

**61\***. У больной 22 лет, доярки по профессии, в течение трех лет дважды выкидыши на поздних сроках, третья беременность завершилась самопроизвольным абортom на 2-м месяце, в связи с чем произведено выскабливание полости матки. Спустя несколько дней после гинекологического вмешательства появился субфебрилитет, последнюю неделю ознобы и поты, ремиттирующая лихорадка, ломота в теле. Объективно: состояние ближе к тяжелому. Вялая, кожа бледная, без сыпи. Склеры светлые. Температура  $38,0^{\circ}$ , пульс 110 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, легкий систолический шум на верхушке. Дыхание везикулярное. Живот мягкий безболезненный, пальпируются увеличенные печень и селезенка.

*Диагноз. Обследование. Лечение.*

**62\***. Женщина 40 лет поступила в больницу в тяжелом состоянии. Установлен диагноз острого вирусного гепатита В, HbcorIgM (+). В связи с плохой выраженностью периферических вен внутривенные вливания производились через подключичный катетер. За 2 недели лечения отмечалась положительная динамика клинико-лабораторных показателей: улучшение самочувствия, угасание желтухи, прекращение носовых кровотечений; уровень АЛТ снизился с 3000 до 1000 Ед/л, общего билирубина - с 300 до 100 мкмоль/л, протромбиновый индекс повысился с 45% до 70%. На фоне улучшения состояния появился субфебрилитет в течение нескольких дней, затем – подъем температуры до  $39,5^{\circ}$ , внезапная резкая боль в плюснефаланговом суставе 1-го пальца правой стопы, в области которого

появились покраснение и отек. Склеры и кожа иктеричны, сыпи нет. Тоны сердца приглушены, пульс 110 ударов в минуту, АД 110/60 мм рт.ст. В легких дыхание с жестковатым оттенком, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень +3,0 см за счет правой доли, пальпируется край селезенки. Постукивание по пояснице безболезненно. Менингеальные знаки отрицательные. В крови лейкоциты-16х, ю-3%, п-25%, с-60%, л-15%, м-5%, СОЭ-40 мм/ч.

*Диагноз. Обследование. Лечение.*

**63.** Женщина 60 лет заболела остро:  $t^0 38^0$ , головная боль, рвота. Доставлена в стационар на второй день болезни в глубоком сопоре; со слов родственников, в анамнезе – ревматизм, порок сердца, хронический пиелонефрит. При осмотре: склеры светлые, геморрагии на переходной складке конъюнктив, кожа без сыпи. Пульс 100 ударов в минуту, аритмичный, АД 150/90. Тоны сердца приглушены, первый тон ослаблен, расщепление второго тона, диастолический шум. Дыхание жестковатое, хрипов нет. Живот мягкий безболезненный, печень выступает из-под реберной дуги на 2 см, чувствительна при пальпации, селезенка не пальпируется. Постукивание по пояснице безболезненно. Пастозность голеней. Ригидность затылочных мышц и симптом Кернига положительны.

*Диагноз. Обследование. Лечение.*

**64.** Больной 20 лет болен 2 недели: все дни  $t^0 38.5-40.1^0$ , ознобы и поты, головная боль, ломота в мышцах и суставах. При осмотре: кожа бледная, сыпи нет; имеются отек и гиперемия в области большого пальца правой стопы, на подошвенной поверхности имеется рана с гнойным отделяемым. Пульс 120 в минуту, АД 100/60. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке и в точке Боткина; дыхание жестковатое, хрипов нет. Живот мягкий безболезненный, печень выступает из-под реберной дуги на 2 см, пальпируется селезенка. Постукивание по пояснице безболезненно. Менингеальные симптомы отрицательны. Известно, что работает на стройке, несколько раз случались проколы обуви, сопровождавшиеся ранами стоп.

*Диагноз. Обследование. Лечение.*

### **ВИЧ-инфекция**

**65.** Больной 22 лет заболел две недели назад: появились боли в горле, повышение температуры до  $37.5^0$ , в связи с чем принимал жаропонижающие. Последние 3 дня – слабость, тошнота, темная моча. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Температура  $37,6^0$ . Кожные покровы светлые, на теле, лице и конечностях – мауло-папулезная сыпь. Умеренная гиперемия слизистых полости рта и задней стенки глотки, миндалина без

налетов. Периферические лимфоузлы увеличены до 1-2,0 см, плотно-эластичной консистенции, подвижные, малоблезненные. Пульс 92 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, дыхание жестковатое. Живот мягкий безболезненный. Печень выступает на 2,0 см из-под реберной дуги, пальпируется край селезенки. В клиническом анализе крови: лейкоциты –  $8 \times 10^9$ /л; нейтрофилы – 34%, лимфоциты – 46%, моноциты – 18%, атипичные мононуклеары – 2%, СОЭ – 12 мм/час; АЛТ 300 Ед/л, общий билирубин 34 мкмоль/л. В анамнезе эпизодическое внутривенное употребление наркотиков. Год назад установлен диагноз хронического гепатита С.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**66.** При оказании экстренной помощи больному без сознания анестезиолог укололся иглой, загрязненной кровью пациента (проводилась катетеризация подключичной вены).

**Тактика обследования. Экстренная профилактика.**

**67.** Процентурная медсестра отделения для ВИЧ-инфицированных разбила пробирку с кровью больного и поцарапала руку осколками.

**Тактика обследования. Экстренная профилактика.**

**68.** При обследовании беременной на Ф-50 в женской консультации получен положительный ответ.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**69.** В инфекционную больницу поступила больная 18 лет с жалобами на повышение температуры, боли в горле при глотании, заложенность носа. Заболел 4 дня назад, когда появились ломота в мышцах и суставах, озноб, повышение температуры тела до  $39,0^\circ$ , головная боль. При осмотре: состояние средней тяжести, температура  $38,5^\circ$ . Кожа без сыпи. Пальпируются подчелюстные, передне- и заднешейные, подмышечные лимфатические узлы - множественные, подвижные; пальпация углочелюстных лимфоузлов болезненна. В зеве – разлитая гиперемия, миндалины гипертрофированы, в лакунах обеих миндалин рыхлые беловатые налеты. Печень выступает на 2,0 см из-под реберной дуги по среднеключичной линии, пальпируется нижний полюс селезенки. Гемограмма: лейкоциты- $12 \times 10^9$ /л; нейтрофилы-24%, лимфоциты-46%, моноциты-18%, атипичные мононуклеары – 12%, СОЭ – 17 мм/час. Из анамнеза известно, что половой партнер употребляет наркотики.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

## Малярия

**70.** Больной 33 лет обратился к врачу на 3 день болезни. Заболел 10.08, когда появились озноб, головная боль, повышение температуры до 38,5°C, тошнота. Принимал жаропонижающие. На следующий день самочувствие улучшилось температура нормализовалась. 12.08 снова отмечал озноб, повышение температуры тела до 39,6°C, затем чувство жара, через несколько часов – обильный пот, температура снизилась до нормальной. 14.08 – вновь лихорадочный приступ. Известно, что неделю назад пациент прибыл из Таджикистана. При осмотре: состояние средней тяжести,  $t^0$  36.5 °C. Кожа бледная, влажная на ощупь. Зев без воспалительных явлений. Живот мягкий безболезненный. Правая доля печени выступает из-под реберной дуги на 1 см, увеличена селезенка.

*Диагноз. Обследование. Лечение.*

**71.** Рабочий на стройке 30 лет обратился к врачу на 4-й день болезни. Заболел 20.06, когда появились озноб, головная боль, повышение температуры до 39,5°. Принимал жаропонижающие, температура снизилась через несколько часов, что сопровождалось обильным потоотделением. 22.06 вновь озноб и подобный лихорадочный приступ. Осенью приехал из Узбекистана, где перенес малярию vivaх, лечился далагиллом. При осмотре: состояние средней тяжести, температура 36.5 °C. Кожа бледная, без сыпи, краевая иктеричность склер. Зев без воспалительных явлений. Пульс 72 удара в минуту, АД 120/80 мм рт.ст Тоны сердца приглушены, дыхание везикулярное. Живот мягкий безболезненный. Печень у края реберной дуги, пальпируется край селезенки.

*Диагноз. Обследование. Лечение.*

**72.** Моряк 35 лет заболел через 3 дня после возвращения домой из плавания (с заходом в порты Юго-Восточной Азии): общее недомогание, головная боль, температура 38-40,0<sup>0</sup>. К врачу не обращался, принимал жаропонижающие. На 5-й день стал заторможенным, родственники вызвали «Скорую помощь». При осмотре в приемном покое: сопор, температура 41.5<sup>0</sup>, пульс 130 ударов в минуту, АД 140/90 мм рт.ст. Кожа без сыпи, глотка без воспалительных явлений. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное. Живот мягкий безболезненный, печень у края реберной дуги, селезенка отчетливо не пальпируется. Постукивание по пояснице безболезненно. Менингеальные знаки положительные.

*Диагноз. Обследование. Лечение.*

**73.** В стационар поступил больной в тяжелом состоянии на 2-й день болезни. Накануне подъем температуры до 40,0° сильная головная боль, рвота. При осмотре: кожа без сыпи, цианоз губ, пульс 120 ударов в минуту. Тоны сердца ясные чистые. Дыхание везикулярное. Живот мягкий безболезненный Пальпируются увеличенные печень и селезенка Постукивание по пояснице

безболезненно. Менингеальные симптомы положительны. Неделю назад вернулся из Центральной Африки.

*Диагноз. Обследование. Лечение.*

### **Зоонозы**

**74.** Плотник 30 лет, занимается строительством дач, обратился к врачу в связи с болями в лучезапястном суставе и лихорадкой  $38,0^{\circ}$  в течение 5 дней. Две недели назад перенес ангину (умеренные боли в горле, температура  $37,5^{\circ}$  в течение нескольких дней), было послабление стула. При осмотре: состояние средней тяжести. Краевая желтушность склер, кожные покровы обычной окраски. Зев без воспалительных явлений, язык влажный, чистый. Периферические лимфоузлы не увеличены. Левый лучезапястный сустав отечен, гиперемирован, функция его ограничена, пальпация болезненна. На голенях - элементы нодозной эритемы различной величины. Пульс 96 ударов в минуту, удовлетворительных качеств. Живот мягкий, при пальпации урчание в правой подвздошной области. Печень + 1,0 см, край чувствительный; селезенка не пальпируется. Постукивание по пояснице безболезненно.

*Диагноз. Обследование. Лечение.*

**75.** Мужчина 35 лет, работник овощной базы, обратился к врачу на 5-й день болезни с жалобами на температуру до  $38-39^{\circ}$ , ломоту в теле, умеренные боли в горле при глотании; вчера заметил темную мочу. С первого дня болезни отмечает жидкий стул 1-2 раза в сутки, волнообразные боли и урчание в животе. При осмотре выявлена гиперемия неба и задней стенки глотки, миндалины не увеличены, налетов нет. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правой подвздошной области, печень выступает из-под реберной дуги на 1,0 см. Селезенка не пальпируется. Постукивание по пояснице безболезненно. Лабораторные данные: лейкоциты- $12,0 \times 10^9$  /л, п-15%, с-65%, л-20%, м-10%, СОЭ 13 мм/час; АЛТ 300 Ед/л, общий билирубин 60 мкмоль/л.

*Диагноз. Обследование. Лечение.*

**76.** Больной 28 лет заболел 3 дня назад: озноб, повышение температуры тела до  $39,5^{\circ}$ , головная боль, рвота, слабость, боли в икроножных мышцах. В последующие дни сохранялась лихорадка  $38,5-39,0^{\circ}$ , боли в мышцах ног усиливались при движении, появилась ломота в пояснице и темная моча, за сутки – около 500 мл. При осмотре: состояние средней тяжести, негативен, заторможен. Желтушность кожи и склер. Лицо одутловатое, инъекция сосудов склер, мелкие кровоизлияния в конъюнктивы. Пульс 100 ударов в минуту, АД 140/90 мм рт.ст. тоны сердца приглушены, дыхание везикулярное. Живот мягкий, чувствительный при пальпации во всех отделах, определяется сомнительный симптом Щеткина-Блюмберга. Печень

выступает из-под правой реберной дуги на 2,0 см. Селезенка не пальпируется. Постукивание по пояснице резко болезненно с обеих сторон. Менингеальные симптомы слабоположительные. Пальпация икроножных мышц болезненна. Известно, что в выходные дни бывает на даче; в загородном доме есть грызуны.

***Диагноз. Обследование. Лечение.***

**77.** Больной В., 30 лет, обратился к врачу с жалобами на выраженную головную боль, озноб, бессонницу, боли в мышцах ног, особенно икроножных. Заболел накануне остро, «среди полного здоровья». При осмотре: состояние средней тяжести. Температура 39°. Лицо и шея гиперемированы. Инъекция сосудов склер и конъюнктив. При пальпации определяется болезненность мышц живота, рук и ног, особенно икроножных. Пульс 96 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца чистые, АД 105/55 мм рт.ст. Дыхание жесткое, хрипов нет. Пальпируется чувствительный край печени, который выступает из-под реберной дуги на 1,0 см; селезенка не увеличена.

***Диагноз. Обследование. Лечение.***

**78.** Больной К., 34 года, зоотехник. Заболел остро: озноб, температура 39,0°, заболела голова и мышцы конечностей, обильно потел при снижении температуры по утрам. Температура повышалась ежедневно до 38-40,0° во второй половине дня. Первые 10 дней к врачу не обращался, продолжал работать. После бессистемного приема жаропонижающих и антибиотиков температура снизилась до 37-37,2° и оставалась таковой в течение 1,5 месяцев. В дальнейшем появились боли и небольшая припухлость в области голеностопных суставов и явления пояснично-крестцового радикулита. При обследовании больного отмечены микрополиаденит, увеличение печени и селезенки.

***Диагноз. Обследование. Лечение.***

**79.** На амбулаторном приеме больной М. пожаловался на повышенную утомляемость, раздражительность, ознобы по несколько раз в сутки, сменяющиеся обильным потоотделением. Ухудшение самочувствия постепенное, в течение 3-4 недель. Общее состояние длительное время существенно не нарушалось, трудоспособность сохранялась. При осмотре температура 38,5°. Кожа влажная, без сыпи. Шейные, подмышечные, паховые и бедренные лимфатические узлы мелкие (до 1,0 см), различной плотности, болезненные. В подкожной клетчатке пояснично-крестцовой области определяются два плотных, чувствительных на ощупь образования до 1,5 см в поперечнике. Пальпируется край печени +1,0 см, селезенка не увеличена. Другие внутренние органы без изменений. Работает чабаном в животноводческом совхозе. Обычно, контактируя с новорожденными ягнятами, не надевает перчаток.

***Диагноз. Обследование. Лечение.***

**80.** Больная Ш., 25 лет, доярка. В течение 2-х лет отмечала периодические ноющие боли в крупных суставах, в кистях рук, утомляемость. Весной и осенью наступало ухудшение самочувствия. Лечилась в поликлинике, где диагностировали вегетоневроз, инфекционный полиартрит. Год назад появились головные боли и повышенная потливость, 3 месяца назад произошел самопроизвольный аборт. Температура тела субфебрильная. Пальпируется край печени, селезенка не увеличена.

*Диагноз. Обследование. Лечение.*

**81.** В инфекционную больницу поступил больной 35 лет, сельский житель, с жалобами на повышение температуры, слабость, головную боль. Заболел 2 дня назад, когда почувствовал ломоту в мышцах, озноб, повышение температуры до  $38,5^{\circ}$ . Одновременно заметил появление небольшого красного пятна на правой кисти, которое сильно зудело, через несколько часов превратилось в пузырек с кровянистым содержимым, который лопнул. При осмотре: состояние средней тяжести. В области правой кисти язва диаметром 5 мм, покрытая темной коркой. Вокруг язвы гиперемия и отек окружающей ткани. Болезненности в месте язвы не отмечает. Увеличен подмышечный лимфатический узел справа до 1,0 см, безболезненный. При аускультации везикулярное дыхание. Пульс 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

*Диагноз. Обследование. Лечение.*

**82.** В приемное отделение инфекционной больницы доставлена больная Н., 42 лет. Жалуется на температуру  $39,3^{\circ}$ , сильную головную боль, слабость, разбитость, ломящее боли во всем теле. Заболела накануне вечером: беспокоило недомогания, к концу рабочего дня в области правой кисти заметила красное болезненное и зудящее пятно. На следующий день резкое ухудшение самочувствия, повышение температуры. При осмотре в области правого лучезапястного сустава имеется язва диаметром 2 мм, 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 безболезненна. Увеличены локтевые и подмышечные лимфатические узлы справа. При перкуссии грудной клетки легочный звук, аускультативно – дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, пульс 120 ударов в минуту, АД 110/60 мм рт.ст. Язык обложен. Живот безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Известно, что больная в течение 10 лет работает сортировщицей шерсти.

*Диагноз. Обследование. Лечение.*

**83.** Больной 30 лет поступил в стационар с жалобами на повышение температуры, слабость, головную боль. Заболел остро: ломота в мышцах, головная боль, лихорадка  $38,0 - 39,0^{\circ}$  с ознобом в течение недели. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура  $38,0^{\circ}\text{C}$ . Кожные покровы

обычной окраски. В правой подмышечной области пальпируется конгломерат лимфатических узлов размером до 3 см, плотно-эластичной консистенции, чувствительный при пальпации. Пульс 100 ударов в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,0 см. Увеличена селезенка по данным перкуссии. Менингеальные симптомы отрицательные. Накануне заболевания был в отпуске, занимался охотой и рыбалкой.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**84.** Мужчина 40 лет обратился к врачу в связи с лихорадкой  $39^{\circ}$  в течение двух недель. Отмечает умеренные боли в горле при глотании. При осмотре: состояние средней тяжести. Склеры светлые, кожа без сыпи. В зеве увеличение и умеренная гиперемия левой миндалины, на ее медиальной поверхности - рыхлопленчатый налет. Значительно увеличен углочелюстной лимфоузел слева (до 5,0 см), при пальпации малоболезненный; лимфоузлы других групп не увеличены. Пульс 96 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены. Дыхание жестковатое. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Постукивание по пояснице безболезненное. Менингеальные симптомы отрицательные. До болезни часто бывал за городом (строил дачу).

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**85.** Мужчина 32 лет, геолог по профессии, заболел остро: озноб, температура  $40,0^{\circ}$ , головная боль, рвота. На 3-й день болезни сохраняется лихорадка, больной беспокоен, речь невнятная, одышка. Пульс 110 ударов в минуту. Язык обложен густым белым налетом, "меловой". На коже правой голени резко болезненная язва 2,0x3,0 см, покрытая темным струпом с красно-багровым воспалительным валом вокруг, из-под струпа - скудные гнойно-серозные выделения. В паховой области резкая болезненность на месте увеличенного до размера 3,0x4,0 см лимфатического узла, кожа над ним гиперемирована. Из анамнеза известно, что в течение 2-х месяцев, предшествующих заболеванию, находился в астраханских степях.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**86.** Больная В., врач-бактериолог противочумной станции, работая в боксе, случайно разбила пробирку с живой культурой чумных микробов и порезала палец. Через сутки появился озноб, температура  $41^{\circ}$ , головная боль. Спустя 20 часов присоединился бред, резкая адинамия, одышка, цианоз. Тоны сердца глухие, систолический шум на верхушке, АД 80/40 мм рт.ст. На вторые сутки - обширные кровоизлияния на коже туловища и конечностей, кровавая рвота, непроизвольное мочеиспускание, красная моча. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных знаков нет.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**87.** У женщины 55 лет в течение 2-х недель лихорадка 38-39,0<sup>0</sup>, других жалоб нет. При осмотре: состояние средней тяжести. На руках следы кошачьих царапин, на правой кисти – корочка на инфильтрированном основании, из-под корочки – незначительные гнойные выделения. Склеры светлые, глотка без воспалительных явлений. Периферические лимфоузлы мелкие, подвижные, безболезненные. В подмышечной области справа пальпируется эластичный безболезненный конгломерат лимфоузлов. Пульс 110 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный; пальпируются край печени и полюс селезенки. Постукивание по пояснице безболезненно. Менингеальные симптомы отрицательные. Дома есть кот, которого пациентка брала с собой на дачу.

*Диагноз. Обследование. Лечение.*

### **Боррелиозы**

**88.** Пациент 22-х лет обратился к врачу с жалобами на покраснение кожи в месте укуса клеща 1.5 недели назад. Клеща удалил самостоятельно, через несколько дней заметил покраснение. При осмотре: состояние удовлетворительное. Пульс 72 удара в минуту, АД 110/70 мм р.ст., тоны сердца приглушены. Дыхание жестковатое. Живот мягкий, безболезненный. На внутренней поверхности бедра имеется ограниченный участок гиперемии в виде кольца, более яркий по периферии, диаметром до 8 см, в центре которого находится небольшая сухая кровянистая корочка. Паховый лимфатический узел увеличен.

*Диагноз. Обследование. Лечение.*

**89.** Больной 35 лет обратился в поликлинику: в течение недели – субфебрильная температура, нарастающая слабость, одышка и утомляемость при минимальной физической нагрузке. Прежде здоров, лето провел на стройке в лесу, месяц назад снял с себя клеща, в месте его присасывания было красное пятно, которое держалось несколько дней. При осмотре: температура 37.2°. Кожа без сыпи. Пульс 100 ударов в минуту, АД 100/70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, слышен третий тон. Дыхание жестковатое, ЧД 20 в минуту. Живот мягкий, чувствительный в эпигастрии, край печени выступает из-под реберной дуги на 1,0 см, селезенка не пальпируется. Постукивание по пояснице безболезненно, отеков нет.

*Диагноз. Обследование. Лечение.*

**90.** После пребывания в лесу (в Ленинградской области) турист обнаружил на внутренней поверхности бедра присосавшегося клеща, удалил его самостоятельно и отправил на исследование. Через 2 дня: в месте укуса клеща имеется темная корочка, общее самочувствие хорошее. Получен

результат исследования удаленного клеща: выявлена его инфицированность боррелиями.

***Тактика врача.***

**91.** Приезжий из сельского района Узбекистана заболел месяц назад: в течение 3-х дней - лихорадка  $38 - 40^0$  с ознобами и потами, головная боль, ломота в теле; на 4-й день температура резко снизилась до субнормальной, что сопровождалось обильным потоотделением. Через сутки – вновь подъем температуры, которая держалась несколько дней; в течение месяца было еще 2 подобных приступа, отделенных периодами нормальной температуры по 3-5 дней. Известно, что за три недели до подъема температуры появилась зудящая сыпь на конечностях, зуд сохраняется до сих пор. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура  $36.6^0$ . Следы расчесов на коже конечностей. Легкая желтушность склер. Пульс 72 удара минуту, АД 110/70 мм р.ст., тоны сердца приглушены. Дыхание жестковатое. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 2,0 см, пальпируется большая селезенка. Постукивание по пояснице безболезненно. Менингеальные симптомы отрицательны.

***Диагноз. Обследование. Лечение.***

**Арбовирусные инфекции. Геморрагические лихорадки.**

**92.** Больной 30 лет, приехал из Омской области, где занимался охотой на ондатр. Заболел остро: подъем температуры до  $38,0^{\circ}$ , головная боль, ломота в теле, мышечные боли, сухой кашель. При осмотре на 4-й день болезни: состояние средней тяжести. Лицо и шея гиперемированы, инъеция сосудов склер. На коже туловища и конечностей – петехии в виде полосок в местах давления складок одежды. Слизистые зева розовые, чистые. Тоны сердца приглушены. Дыхание жестковатое. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Постукивание по пояснице безболезненное. Менингеальные симптомы положительные.

*Диагноз. Обследование. Лечение.*

**93.** Больная 35 лет, поступила в стационар на 3-й день болезни с жалобами головную боль, мышечные боли, рвоту, светобоязнь, температуру  $39^{\circ}$ . При осмотре: состояние средней тяжести, температура  $38,5^{\circ}$ . Пульс – 120 ударов в минуту, АД - 140/85 мм рт.ст. Отмечаются ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига с обеих сторон. Произведена люмбальная пункция: ликвор прозрачный, вытекал под повышенным давлением. Цитоз 200 клеток в 1 мкл, из них – 88 % лимфоцитов, 12 % нейтрофилов; белок - 1,3 г/л, глюкоза - 2,8 ммоль/л. Известно, что за 2 недели до заболевания была на даче в Ленинградской области, несколько раз снимала с себя присосавшихся клещей, к врачу не обращалась.

*Диагноз. Обследование. Лечение.*

**94.** Больной 28 лет доставлен в инфекционную больницу с жалобами на повышение температуры, слабость, боли в пояснице. Заболел 4 дня назад остро: появился озноб, ломота в мышцах, повышение температуры тела до  $39,5^{\circ}$ . В последующие дни сохранялась лихорадка  $38,5-39,0^{\circ}$ , беспокоили боли в пояснице, дважды была рвота; моча стала красной, за сутки около 500 мл. При осмотре: состояние средней тяжести. Лицо и шея гиперемированы, инъеция сосудов склер. Пульс 80 ударов в минуту, АД 140/90 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области резко болезненно с обеих сторон. Известно, что пациент работает за городом, занимается строительством дач.

*Диагноз. Обследование. Лечение.*

**95.** При исследовании удаленного клеща выявлена его инфицированность вирусом клещевого энцефалита и боррелиями. Пациенту проводилась профилактика доксициклином в течение 10 дней. Через 5 дней после окончания курса антибиотика отмечен озноб, подъем температуры до  $38,5^{\circ}$ , общее недомогание, головная боль, рвота, гиперчувствительность к звукам и свету. Кожа без сыпи, склеры светлые. Пульс 100 ударов в минуту, АД 140/90 мм рт.ст. Ригидность затылочных мышц и симптом Кернига положительные.

*Диагноз. Обследование. Лечение.*

**96.** При исследовании удаленного клеща выявлена его инфицированность вирусом клещевого энцефалита.

**Тактика врача.**

**97.** Студент приехал на каникулы в Ростовскую область к родственникам, участвовал в уходе за скотом. Через 2 недели - подъем температуры до  $39,0^{\circ}$ , общее недомогание; через 3 дня снижение температуры и через сутки вновь ее подъем, усиление головной боли, рвота, носовое кровотечение. При осмотре: состояние средней тяжести. Гиперемия лица, шеи и верхних отделов туловища, инъеция сосудов склер. На коже туловища и конечностей петехиальная сыпь в местах давления складок одежды. Разлитая гиперемия слизистых глотки. Менингеальные симптомы сомнительные. Клинический анализ крови: гемоглобин-120 г/л, эритроциты- $3,5 \times 10^{12}$ , лейкоциты- $2,9 \times 10^9$ , тромбоциты - $100 \times 10^9$ /л.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**98.** Студентка была на каникулах в Волгоградской области у родственников, которые держат скот. Через 10 дней заболела остро: подъем температуры до  $39,0^{\circ}$ , общее недомогание. Госпитализирован на 3-й болезни. При осмотре: состояние средней тяжести. Гиперемия лица, шеи и верхних отделов туловища, инъеция сосудов склер. На коже туловища и конечностей петехиальная сыпь. Отграниченная гиперемия слизистой глотки. Менингеальные симптомы сомнительные. Через сутки появились гематомы в местах инъекций, слабость, одышка, черный стул. Температура  $36,6^{\circ}$ , пульс 116 ударов в минуту, АД 90/60 мм рт.ст. Лабораторные данные: гемоглобин - 100 г/л, эритроциты - $3,0 \times 10^{12}$ , лейкоциты-  $3,1 \times 10^9$  /л.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**99.** В Ростовской области в больницу поступила больная 30 лет на 4-й день болезни. Заболела остро: температура  $39,5^{\circ}$ , кашель. По данным рентгенологического исследования органов грудной клетки диагностирована левосторонняя нижнедолевая пневмония. На 5-й день болезни появилась одышка, прожилки крови в мокроте, гематомы в местах в/м инъекций. На 6-й день болезни – температура  $36,4^{\circ}$ , пульс 120 ударов в минуту, АД 70/30 мм рт.ст. Кровянистые выделения из подключичного катетера, половых путей, рвота «кофейной гущей», черный стул.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**100.** Плотник 30 лет работал на стройке в Карелии; жил в вагончике в лесу. Было много комаров, но клещей с себя не снимал. Заболел в июле: температура  $39^{\circ}$  в течение 4 дней, макулопапулезная зудящая сыпь на теле и конечностях, боли в суставах и отечность суставов конечностей. Слизистые глотки без гиперемии, печень и селезенка не пальпируются. Менингеальные

знаки отрицательны. Биохимические тесты и клинический анализ крови – без существенных отклонений.

*Диагноз, обследование, лечение.*

### **Риккетсиозы**

**101.** Больной В., 27 лет, поступил в клинику на 6-й день болезни с жалобами на мучительную головную боль, температура 38,9°, слабость, бессонницу, отсутствие аппетита, кошмарные сновидения. В последующие дни беспокоили бессонница, зрительные галлюцинации, отсутствие аппетита, температура в пределах 39-40,0°. На 5-й день болезни на коже обнаружена обильная сыпь. При поступлении состояние тяжелое, возбужден, говорлив, эйфоричен. Сознание сохранено. Гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер, конъюнктивы полнокровны. Температура 39,5°. На коже туловища и верхних конечностей обильная розеолезно-петехиальная сыпь – плоские розеола с нечеткими контурами и местами первичные петехии. Пульс 120 ударов в минуту, тоны сердца глухие. АД 90/55 мм рт.ст. В легких рассеянные сухие хрипы. Язык сухой, обложен сероватым налетом, высовывает с трудом, заметно дрожание. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка пальпируются у края реберной дуги. В течение месяца до начала заболевания был в командировке, жил в плохих санитарных условиях, часто спал не раздеваясь.

*Диагноз. Обследования. Лечение.*

**102.** Больная Р., 65 лет, госпитализирована на 5-й день болезни с жалобами на головную боль, высокую температуру, сильную слабость, появление сыпи на теле. Заболела остро: появился озноб, головная боль, температура тела повысилась до 38,0 °, нарушился сон, аппетит. На 4-й день болезни заметила сыпь на боковых поверхностях туловища и на конечностях. При осмотре: состояние средней тяжести; говорлива. Лицо гиперемировано, инъекция сосудов склер и конъюнктивы. На коже грудной клетки, живота и сгибательных поверхностях рук розеолезно-петехиальная сыпь. Язык суховат, обложен; толчкообразные движения языка при попытках высунуть его за линию зубов. Пульс 100 ударов в минуту, АД 130/85 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Дыхание жесткое. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 2,0 см по срединноключичной линии, пальпируется селезенка. Менингеальные симптомы слабо положительные. В прошлом перенесла малярию, сыпной тиф, дизентерию.

*Диагноз. Обследования. Лечение.*

**103.** Мужчина 35 лет болен 5 дней: температура 38-39,0<sup>0</sup>, сильная головная боль, бессонница. При осмотре: состояние средней тяжести, говорлив. Лицо гиперемировано, склеры инъекцированы. На коже живота, боковых отделов

туловища, в естественных складках обильная макуло-папулезная сыпь, встречаются единичные петехии. Пульс 110 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 1,0 см, селезенка не пальпируется. Менингеальные симптомы сомнительные. Пациент работает в небольшом магазине, где торгует овощами, фруктами, крупой; в подвале магазина, который используется как склад, есть крысы.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

### **Инфекции, передаваемые контактно через наружные покровы.**

**104.** Больной К., 30 лет, шахтер, 3 февраля получил травму в области левой кисти. 14 февраля ощутил неловкость при открывании рта и жевании. На следующий день не мог полностью открыть рот, появилась легкая боль в горле при глотании. На 3-й день болезни отметил тянущие боли в области шеи, кратковременные сжимающие боли в нижней части грудной клетки, в пояснице, потливость, с трудом и не полностью открывал рот. На 4-й день все симптомы усилились, обратился к стоматологу, направлен в инфекционное отделение. При поступлении: тризм, сардоническая улыбка, опистотонус, клонические судороги через 15-20 минут, довольно продолжительные, болезненные. Температура 39°. Бледен. Резкая потливость, тахикардия. Тоны сердца глухие. Все группы мышц ригидные. Стул и мочеиспускание не нарушены.

**Диагноз. Обследование. Лечение.**

**105.** В поликлинику обратилась гражданка С., 35 лет, укушенная в правую ногу (одиночный неглубокий укус в области голеностопного сустава) неизвестной собакой. Случаи бешенства на данной территории ранее не регистрировались.

**Тактика врача в отношении пострадавшей и в населенном пункте, где она проживает.**

**106.** В травмпункт обратился охотник, которого накануне укусил за палец лисенок.

**Тактика врача.**

**107.** Дачник наступил босой ногой на ржавый гвоздь. Через несколько часов – нарастающая боль и выраженный отек в месте прокола на стопе; обратился в травмпункт. Пациенту 45 лет, в прошлом вакцинирован соответственно календарю прививок.

**Диагноз. Лечение. Профилактика столбняка.**

**108.** Фермер поранил руку при работе в хлеву, в рану попала земля. Известно, что часть прививок по возрасту не была сделана.

### ***Тактика врача.***

**109\***. К врачу поликлиники обратился больной с жалобами на боли в области нижней челюсти справа, усиливающиеся при жевании, повышение температуры до 38°. При осмотре: больной открывает рот с трудом, в околоушной области справа припухлость и болезненность мягких тканей без изменения окраски кожи. Подчелюстной лимфатический узел справа величиной 1,0x2,0 см плотноват, умеренной болезненности.

***Диагноз. Обследование.***

**110\***. При осмотре врачом "Скорой помощи" больной без сознания, зубы стиснуты, рот не открыт, пена изо рта. Гиперемия и одутловатость лица. Дыхание шумное. Родственники слышали звук падения. В анамнезе: менингоэнцефалит 2 года назад, месяц назад – травма левой кисти при работе в огороде. ***Диагноз. Обследование. Лечение.***

## **ЧАСТЬ II. Примеры формулировки и обоснования диагноза**

Выработать правильный алгоритм решения ситуационной клинической задачи помогут эталоны ответов. В части II представлены ситуационные задачи с заданием сформулировать предварительный диагноз, в ряде случаев - определить объем необходимых лабораторных методов с целью его подтверждения, тактику врача на амбулаторном или госпитальном этапе. Представленный в эталонах ответов алгоритм поможет самостоятельно отработать навык выделения общеинфекционных и патогномоничных синдромов заболевания, оценки степени тяжести, анализа данных эпидемиологического анамнеза, что способствует формированию логических связей и элементов поиска, а также развитию врачебного мышления.

### **Задача 1**

Больной А., 18 лет, госпитализирован с жалобами на слабость, повышенную температуру тела. В течение 7 дней головная боль, температура 38°, недомогание. Лечился амбулаторно, диагноз: ОРВИ. На 8-й день болезни появилась темная моча, окружающие заметили желтушность кожи и склер, в связи с чем госпитализирован. Объективно: иктеричность кожи и слизистых. Пульс 60 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий чувствительный при пальпации эластичного края печени, выступающего на 2,0 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Моча цвета пива, кал обесцвечен. Известно, что «желтухой» заболели еще несколько человек по месту учебы.

***Сформулировать и обосновать предварительный клинический диагноз.***

### ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Гриппоподобный вариант преджелтушного периода в течение 7 дней, клинические проявления экскреторно-билиарного (желтуха, билирубинурия, ахолия кала), холацидемического (умеренные брадикардия и гипотония) и мезенхимально-воспалительного (гепатомегалия) синдромов наряду с данными эпидемиологического анамнеза о возможном контакте с больными желтухой позволяют поставить предварительный диагноз: **вирусный гепатит А.**

### **Задача 2**

Больная К., 24 лет, заболела 04.08. постепенно: снижение аппетита, тошнота и тупые боли в подложечной области. В контакте с инфекционными больными не была, инъекций не получала. В момент госпитализации на 6-й день болезни состояние удовлетворительное. Кожа и склеры умеренно желтушны. Пульс 80 ударов в минуту удовлетворительных качеств, АД 100/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см выступает из-под реберной дуги, край эластичный, безболезненный. Селезенка не увеличена.

*Сформулировать и обосновать предварительный клинический диагноз.*

ЭТАЛОН ОТВЕТА Постепенное начало, диспепсический вариант преджелтушного периода в течение 6 дней, проявления желтухи (экскреторно-билиарный синдром), умеренная гипотония (холацидемический синдром) и гепатомегалия (мезенхимально-воспалительный синдром) позволяют диагностировать **острый вирусный гепатит неясной этиологии.**

### **Задача 3**

Больная И., 29 лет, поступила в клинику на 2 день болезни. Заболела остро, когда появился озноб, интенсивная боль в области висков и лба, боль в глазных яблоках, светобоязнь, слезотечение, ломота в теле, боли за грудиной, заложенность носа, температура 39°. Принимала аспирин. На следующий день мучительный сухой кашель, 1-кратная рвота. При поступлении состояние тяжелое. Температура 39,9°. Кожные покровы бледные, горячие на ощупь. Выраженная гиперестезия. Слизистая зева отечная, синюшная, с единичными кровоизлияниями. В легких дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы над трахеей, перкуторно – без притупления. Пульс 120 в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. Менингеальных симптомов нет.

*Сформулировать и обосновать предварительный клинический диагноз.*

ЭТАЛОН ОТВЕТА Острое начало, фебрильная лихорадка и симптомы интоксикации, поражение

респираторного тракта с выраженными изменениями со стороны трахеи свидетельствуют в пользу гриппа. Тяжелое течение болезни обусловлено интоксикацией, гипертермией и проявлениями геморрагического синдрома.

#### **Задача 4**

Больная Д., 45 лет, в течение 3 дней наблюдалась терапевтом на дому. Заболела остро: озноб, температура 39,6°, резкая головная боль, светобоязнь, давление в глазных яблоках, слабость, боли в мышцах и суставах. На 2-й день присоединился сухой кашель, чувство саднения за грудиной. При первичном осмотре: кожные покровы чистые, бледные. ЧД 18, дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы над трахеей. Тоны сердца приглушены, пульс 120 ударов в минуту. АД 100/50 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный. На 3-й день болезни состояние резко ухудшилось: появилась адинамия, заторможенность, мышечная гипотония, нерезко выраженные менингеальные знаки. Через несколько часов больная потеряла сознание. Зрачковая реакция ослаблена. Появился симптом «плавающих яблок».

***Сформулировать и обосновать предварительный клинический диагноз.***

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

**1. Диагноз: грипп, тяжелая форма. Осложнение: менингоэнцефалит.**

В пользу гриппа свидетельствуют: острое начало, высокая лихорадка, интоксикация, характерные боли в мышцах и суставах, респираторный синдром (о. трахеит). Гипертермия, резко выраженная интоксикация, тахикардия, гипотония позволяют трактовать форму гриппа как тяжелую; нарушение сознания вплоть до потери на 3-й день болезни, симптом «плавающих яблок», нерезкие менингеальные симптомы свидетельствуют о поражении ЦНС в виде менингоэнцефалита с преобладанием поражения вещества головного мозга.

#### **Задача 5**

Больной Н., 17 лет, учащийся, поступил в стационар через 22 часа от начала заболевания с жалобами на сильную головную боль, озноб, температуру 38,5°, 3-кратную рвоту. Заболевание началось остро, когда появился озноб, температура 39,8°, появилась рвота, головокружение. К вечеру стал заторможенным. При поступлении состояние тяжелое. Больной заторможен. Температура 38,7°. Поза вынужденная: больной лежит на боку с подтянутыми к животу ногами. Лицо гиперемировано. Пульс 92 удара в минуту, удовлетворительных качеств. АД 120/70 мм рт.ст. Выражены менингеальные знаки. Патологические рефлексы отсутствуют. Из данных эпиданамнеза: в течение нескольких недель в общежитии было

зарегистрировано несколько случаев заболевания менингококковым назофарингитом.

- 1. Сформулировать и обосновать предварительный клинический диагноз**
- 2. Ранние клинические признаки заболевания**
- 3. Сроки появления менингеального симптомокомплекса**
- 4. Диагностика и ожидаемые результаты исследования крови и ликвора.**

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

**1. Менингококковая инфекция, менингококковый менингит**, тяжелой степени тяжести.

**2.** Острое начало на фоне полного благополучия, озноб, высокая температура, сильная головная боль в сочетании со рвотой и менингеальными симптомами; эпиданамнез.

**3.** Менингеальный симптомокомплекс (сильная головная боль в сочетании с рвотой и менингеальные симптомы) при менингококковом менингите появляются рано, часто в первые часы заболевания, и, как правило, резко выражены к концу первых суток болезни.

**4.** Микроскопия, ПЦР, гемокультура. Гемограмма: высокий нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, резко ускоренная СОЭ.

Люмбальная пункция: ликвор мутный, давление повышено, высокий плеоцитоз (более 1000 в 1 мм куб), нейтрофилов 100%.

#### **Задача 6**

На амбулаторном приеме больной Н. жалуется на умеренную головную боль, температуру до 37,5°, познобливание, першение в горле, заложенность носовых ходов, скудные выделения из носа слизисто-гнойного характера. При осмотре: застойная гиперемия неба и задней стенки глотки. Пульс 72 удара в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Жыхание везикулярное. Живот мягкий безболезненный. Менингеальные симптомы отрицательны. Известно, что в семье очаг менингококковой инфекции.

**Сформулировать и обосновать предварительный клинический диагноз. Тактика врача.**

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

**1.** Предварительный диагноз: **менингококковая инфекция, менингококковый назофарингит.** Обоснование диагноза: подострое начало с незначительно выраженной интоксикацией, субфебрильной лихорадкой, симптомами о. назофарингита и данными эпидемиологического анамнеза о контакте с больными менингококковой инфекцией.

**2.** Госпитализация больного; обследование всех контактных лиц на наличие менингококконосительства; амбулаторное наблюдение за контактными лицами.

### Задача 7

Больная М. 16 лет поступила в клинику через 12 часов от начала заболевания. Начало болезни острое: озноб, температура  $39,5^{\circ}$ , головокружение, повторная рвота (сначала съеденной пищей, затем «кофейной гущей»), боли в мышцах, суставах.

При поступлении состояние больной крайне тяжелое: глубокий сон. Температура  $36,8^{\circ}$ . Черты лица заострены, на коже лица – липкий пот. На коже туловища, конечностей обильная геморрагическая сыпь, местами сливная, в центре некоторых элементов – некроз. Тотальный цианоз. ЧД 26 в минуту. Пульс нитевидный, АД 50/0 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий безболезненный. Менингеальные знаки отрицательные.

***Сформулировать и обосновать предварительный клинический диагноз.***

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

**Менингококковая инфекция, менингококцемия**, молниеносная форма (менингококковый сепсис). Осложнения: **ИТШ III ст.**

Обоснование диагноза: бурное начало, фебрильная лихорадка, выраженная интоксикация, геморрагический синдром (желудочное кровотечение), сроки появления геморрагической сыпи с характерной локализацией и некрозом; симптомы инфекционно-токсического шока III ст. – снижение температуры, тотальный цианоз, липкий пот, нитевидный пульс, выраженная гипотония, индекс Альговера  $>3$ .

### Задача 8

Больной Г. 27 лет поступил в клинику в тяжелом состоянии на 6-й день болезни. Заболевание развивалось постепенно. Начало: недомогание, умеренная головная боль, боли в горле, температура в пределах  $37,5^{\circ}$ . Больной к врачу не обращался и продолжал работать. На 5-й день болезни состояние резко ухудшилось, температура  $39^{\circ}$ , усиление головной боли, 1-кратная рвота. Через сутки температура  $40,5^{\circ}$ , резчайший озноб, повторная рвота, потеря сознания. В анамнезе закрытая черепно-мозговая травма 10 лет тому назад.

При поступлении состояние крайне тяжелое. Сознание отсутствует. Температура  $39,8^{\circ}$ . Поза вынужденная: лежит на боку с согнутыми в коленях ногами. Периодически наступает резкое возбуждение и появляются клонико-тонические судороги мышц конечностей. Лицо ярко гиперемировано, гиперемия багрового цвета с цианотичным оттенком. Кожа сухая, горячая на ощупь. Сыпи нет. Пульс 72 удара в минуту, удовлетворительных качеств. АД 140/90 мм рт.ст. ЧД 32 в минуту. Дыхание жестковатое, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Мочеиспускание непроизвольное. Резко выражена ригидность затылочных мышц, определяются положительные симптомы Кернига и Бабинского справа. Зрачки сужены, реакция на свет вялая. Больной помещен в палату интенсивной терапии.

***Сформулировать и обосновать предварительный клинический диагноз. Тактика врача в момент поступления больного.***

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Высокая лихорадка, выраженная интоксикация, резкоположительные менингеальные знаки, потеря сознания, психомоторное возбуждение, клонико-тонические судороги, миоз, повышение АД, брадикардия, тахипноэ, багрового цвета лицо с цианотичным оттенком и нарастающий цианоз свидетельствуют о наличии у больного **гнойного менингита, осложненного отеком мозга.**

Подострое начало заболевания, умеренная интоксикация, субфебрильная температура, боли в горле дают основание полагать, что заболевание началось специфическим менингококковым назофарингитом с последующей генерализацией процесса.

2. Наличие у больного клиники отека мозга (психомоторное возбуждение, клонико-тонические судороги, миоз, тахипноэ, гипертония, относительная брадикардия, характер гиперемии лица) являются противопоказанием к проведению срочной люмбальной пункции.

3. Неотложная терапия: дегидратация – фуросемид внутривенно, затем осмотические диуретики;

Дальнейшая терапия: антибиотики широкого спектра, проходящие через гематоэнцефалический барьер (цефтриаксон) внутривенно; кристаллоиды, коллоиды, ГКС и др.

### **Задача 9**

Больная В. заболела остро – озноб, температура 37,9°, исчез аппетит, общее недомогание. На второй день болезни тошнота и однократная рвота, температура 38,5°. Госпитализирована на 6-й день болезни в состоянии средней тяжести. Температура 38,6°, умеренная головная боль. Слизистые зева бледные, на губах герпес. Кожа чистая. В легких везикулярное дыхание, небольшое количество сухих рассеянных хрипов, перкуторно – легочный звук. Тоны сердца приглушены, пульс 74 удара минуту, удовлетворительных качеств. Язык обложен густым белым налетом, по бокам видны отпечатки зубов. Живот умеренно вздут. Печень и селезенка не пальпируются. При пальпации живота урчание в правой подвздошной области. Сигмовидная кишка не спазмирована. Стул кашицеобразный, 2 раза в сутки. Через 2 дня стала пальпироваться селезенка. Температура держится в пределах 37,7-39°.

***Сформулировать и обосновать предварительный клинический диагноз. Лабораторное подтверждение диагноза.***

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Острое начало заболевания, лихорадка, интоксикация, характерный налет на языке с отпечатками зубов на боковой поверхности, герпес, синдром гастроэнтерита, метеоризм, спленомегалия на 8-й день болезни позволяют заподозрить **септическую форму сальмонеллеза.**

2. Бактериологическое исследование крови (3-кратный с интервалами 6 часов посев крови 10 мл на 10% желчный бульон), серологическое исследование (РНГА с эритроцитарными брюшнотифозными и сальмонеллезными диагностикумами, реакция Видаля – парные сыворотки). Эспресс-методы – РИФ, ПЦР.

### **Задача 10**

У больной 32 лет заболевание началось с повышения температуры до 38°, слабости, снижения аппетита. В течение 5 дней температура утром 38°, вечером 39°, нарастала головная боль, слабость, исчез аппетит, отмечалась задержка стула, беспокоила бессонница. При осмотре участковым врачом на 7-й день болезни: состояние средней тяжести. Температура 38,4°, вялая, адинамичная, несколько заторможена. Кожа бледная, сухая, сыпи нет. Пульс 84 удара в минуту, АД 90/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык обложен густым серым налетом у корня, на боковых поверхностях опечатки зубов. Живот вздут, мягкий, при пальпации безболезненный, отмечаются увеличенные печень и селезенка, притупление перкуторного тона в правой подвздошной области. Перитонеальные симптомы отрицательны. Стул задержан 3 дня.

***Сформулировать и обосновать предварительный клинический диагноз. Тактика участкового врача.***

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Фебрильная лихорадка, синдром интоксикации (головная боль, адинамия, слабость, бессонница), симптомы поражения ЖКТ (снижение аппетита, метеоризм, запор, характерный налет на языке), со стороны сердечно-сосудистой системы – относительная брадикардия, глухость тонов, гипотония; гепатолиенальный синдром - позволяют заподозрить **брюшной тиф** средней степени тяжести.

2. Госпитализация в инфекционную больницу, экстренное извещение в СЭС.

### **Задача 11**

Больной К., 32 лет, заболел остро 28 августа. В первый день болезни температура с ознобом повысилась до 38,5°, исчез аппетит, умеренная головная боль, слабость, сухой кашель. В течение 4-х дней находился на амбулаторном лечении с диагнозом «бронхит». На 5 день болезни госпитализирован. При поступлении температура 39°. Больной активен, сознание ясное. Лицо гиперемировано, выражена инъекция сосудов склер. На губах герпетические высыпания. Слизистые глотки без воспалительных явлений. Кожа без сыпи. Над легкими умеренное количество сухих хрипов, перкуторно - без притупления. Тоны сердца ясные чистые. Пульс ритмичный, 72 удара в минуту. АД – 100/70. Язык обложен белым налетом,

суховат, отечен. Живот умеренно вздут, при пальпации безболезненный, урчание в слепой кишке. На 6-й день болезни на коже живота появились 8 элементов монотипной розовой сыпи. Пальпируется край селезенки.

***Сформулировать и обосновать наиболее вероятный клинический диагноз. Лабораторное подтверждение диагноза.***

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. В пользу брюшного тифа свидетельствуют лихорадка, интоксикация, характерный налет на языке, относительная брадикардия, метеоризм, урчание в слепой кишке, розеолезная сыпь, спленомегалия. Против этого диагноза говорит наличие ознобов, активность больного, гиперемия лица, инъекция сосудов склер, герпес, раннее появление сыпи (6-й день болезни).

2. Учитывая острое начало, отсутствие тифозного статуса, ремитирующий характер лихорадки, гиперемии лица, инъекцию сосудов склер, раннее появление характерной экзантемы с типичной локализацией, наличие спленомегалии, можно заподозрить **паратифозную инфекцию, возможно, паратиф А.**

3. Уточнение диагноза: бактериологическое исследование крови, серологические исследования (см. задачу 9), с 12-14 дня болезни – бактериологическое исследование кала и мочи.

### **Задача 12**

Больной Р. доставлен в клинику вместе с другими членами семьи. Заболели через 10-12 часов после употребления в пищу скумбрии горячего копчения. Состояние при поступлении средней степени тяжести. Жалуется на слабость, урчание в животе, жар, озноб, судороги в икроножных мышцах, частый жидкий стул. Рвоты не было. Температура 38,5°. Пульс 88 ударов в минуту удовлетворительного наполнения, частота дыхания 20 в минуту, АД – 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Язык влажный, слегка обложен. Живот умеренно вздут. При пальпации – урчание, разлитая болезненность по ходу кишечника. Сигмовидная кишка не спазмирована. Стул частый, жидкий, обильный, зловонный с зеленью, слизь и кровь не обнаружены.

***Сформулировать и обосновать предварительный клинический диагноз. Лабораторное подтверждение диагноза.***

ЭТАЛОН ОТВЕТА 1. Групповой характер заболевания, связанного с употреблением одного

продукта несколькими членами семьи и сроки инкубационного периода характерны для пищевой токсикоинфекции. Острое начало, фебрильная лихорадка, умеренная интоксикация, судороги в икроножных мышцах, болезненность при пальпации кишечника, интактная сигмовидная кишка, синдром энтерита (частый жидкий стул с характерным цветом и запахом)

позволяют заподозрить **сальмонеллез, гастроинтестинальную форму** по типу о. энтерита, средней степени тяжести.

2. Экспресс- методы – РИФ, ПЦР. Бактериологическое исследование - посев кала на тифо-паратифозную группу (среда Эндо), гемокультура – посев крови в 10% желчный бульон; серологическое исследование - РНГА с эритроцитарными сальмонеллезными диагностикумами (диагностический титр 1:160), РА с сальмонеллезными диагностикумами (диагностический титр 1:200).

### **Задача 13**

Больной П., 19 лет, обратился с жалобами на резкие схваткообразные боли в животе, частые болезненные позывы на дефекацию (в первые 6 часов заболевания стул невозможно сосчитать), головную боль, головокружение, озноб, повышение температуры до 39°. Заболел остро 6 часов назад, когда появились вышеуказанные жалобы. При осмотре: состояние больного тяжелое. Вялый, бледный, кожные покровы сухие чистые. Пульс 100 ударов в минуту удовлетворительных качеств. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, АД 90 /60 мм рт.ст. Язык влажный, обложен серым налетом. Живот несколько вздут, при пальпации болезненный по ходу толстого кишечника, отмечается инфильтрация и болезненность сигмовидной кишки, выражены тенезмы. Стул скудный, с примесью слизи и крови.

***Сформулировать и обосновать предварительный клинический диагноз. Лабораторное подтверждение диагноза.***

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА**

1. Острое начало, выраженная интоксикация, фебрильная лихорадка, тахикардия, гипотония; стул без счета, спазмированная сигмовидная кишка, тенезмы, «ректальный плевок» (синдром дистального колита) позволяют предположить **дизентерию** (клинически), тяжелое течение

2. Лабораторная диагностика: бактериологический метод – посев кала на дизентерийную группу (среда Плоскирева); серологический метод – РНГА с эритроцитарным дизентерийным диагностикумом (диагностический титр 1:160). Экспресс-метод – РИФ. Копрологическое исследование - более 30-50 лейкоцитов, эритроциты и измененные эпителиальные клетки.

### **Задача 14**

Больная Ю., 36 лет, поступила в клинику с диагнозом «пищевая токсикоинфекция» в 1-й день болезни с жалобами на общую слабость, рвоту, жидкий стул. Утром у больной появились неприятные ощущения в животе, частый жидкий стул вначале каловый, затем водянистый. Вскоре присоединилась многократная рвота. При осмотре состояние средней тяжести. Температура 36,2°. Сухость слизистых. Пульс 140 ударов в минуту,

слабого наполнения. АД 90/ 60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, при пальпации чувствительный в области эпигастрия, Стул водянистый с белыми хлопьями до 15 раз в день. Частые судороги конечностей. Сосед пациентки госпитализирован 3 дня назад с подозрением на холеру.

***Сформулировать и обосновать предварительный клинический диагноз.***

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

**1. Холера**, средней степени тяжести. Осложнения: **обезвоживание III степени. Гиповолемический шок I ст.**

Диагноз основан на характерных жалобах (слабость, частый жидкий стул, предшествующий рвоте), данных эпидемиологического анамнеза (контакт с соседом, госпитализированным с подозрением на холеру), сроках инкубационного периода (3 дня), данных объективного осмотра: синдром острого гастроэнтерита, тахикардия, гипотония, судороги конечностей.

Тяжесть состояния обусловлена обезвоживанием III степени (сухость слизистых, стул до 15 раз в день, признаки гиповолемического шока I степени, о чем свидетельствуют показатели гемодинамики (индекс Альговера 1,4).

### **Задача 15**

Врач скорой помощи, осматривая больного на дому, выявил у последнего энтерит с признаками обезвоживания. Из эпидемиологического анамнеза известно, что 7 дней назад больной прибыл из Пакистана, где в течение года наблюдалась эпидемическая вспышка холеры.

***Предварительный диагноз. Противоэпидемические мероприятия в очаге.***

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

**1.** Наличие у больного синдрома о. энтерита с обезвоживанием, пребывание пациента на эндемичной территории по холере (Пакистан) заставляет заподозрить **холеру**. Холера относится к группе ООИ.

**2.** При обнаружении больного с подозрением на холеру, врач обязан провести в очаге следующие мероприятия:

а) предпринять все меры личной профилактики с учетом механизма передачи (фекально-оральный); б) сообщить о подозрении на ООИ по телефону своему начальнику

в) составить список контактных лиц; г) незамедлительно сообщить в эпидбюро города (**Отдел учета и**

**регистрации инфекционных и паразитарных заболеваний)** об угрозе распространения ООИ, получить единый эпидемиологический номер очага (на больного и всех контактных, включая врача, который выявил очаг); д) вызвать санитарный транспорт через бюро госпитализации;

е) госпитализировать больного с подозрением на холеру одним транспортным средством, контактных - другим транспортным средством;  
ж) эпидемиолог Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека РФ проводит обследование очага и разрабатывает схему мероприятий; е) заключительная дезинфекция проводится Городской станцией дезинфекции.

### **Задача 16**

Больная А., 41 года, заболела остро 15.09., когда появился «туман и сетка» перед глазами (не смогла читать газету), несколько часов спустя появилось двоение предметов перед глазами. Каких-либо иных проявлений болезни не отмечала. Обратилась к окулисту. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Наблюдается снижение остроты зрения вблизи на оба глаза, диплопия, птоз, мидазия. Зрачки одинаковой величины и формы, хорошо реагируют на свет. Светоощущение в норме. Среды глаз прозрачны. Глазное дно без патологии. Глазное давление нормально. Пульс ритмичный, 80 ударов в минуту, АД 110/70 мм рт.ст.

Из анамнеза известно, что за 10 часов до заболевания ела маринованные грибы собственного консервирования (открыла новую банку). Вместе с ней ели грибы муж и мать, у которых отмечалось кратковременное послабление стула, затем развились подобные симптомы.

***Сформулировать и обосновать предварительный клинический диагноз. Перечислить необходимые лабораторные методы обследования.***

### **ЭТАЛОН ОТВЕТА**

**1.** Острое начало заболевания, короткий инкубационный период (10 часов), отсутствие лихорадки, офтальмоплегический синдром и данные эпидемиологического анамнеза – употребление продукта домашней консервации и одновременное заболевание 3 членов одной семьи, свидетельствуют в пользу **ботулизма**, легкой степени тяжести.

**2.** Для подтверждения диагноза необходимо исследовать промывные воды, кал, мочу и кровь больной и членов ее семьи на наличие ботулотоксина. Если возможно, исследовать на наличие ботулотоксина остатки грибов.

### **Задача 17**

Больной 42 лет, работник свинофермы, заболел остро: озноб, температура 39,8, ломота в теле. В последующие дни температура колебалась в пределах 38,5-40°. Жаловался на сильные боли в мышцах спины и нижних конечностей. Госпитализирован на 4-й день болезни.

При поступлении: интенсивная гиперемия и одутловатость лица. Склерит. Конъюнктивит. Кровоизлияния в склеры. На 5-й день болезни температура 37,5°, появилась желтушность кожи и склер. Пульс 140 ударов в минуту, АД 90/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. В легких без патологических изменений. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень на 3 см ниже реберной дуги, селезенка не пальпируется. Постукивание по пояснице болезненно с обеих сторон. Моча цвета пива, за сутки около 500 мл. пальпация икроножных мышц резко болезненна. Менингеальные симптомы отрицательны.

***Сформулировать и обосновать предварительный клинический диагноз. Лабораторное подтверждение диагноза.***

**ЭТАЛОН ОТВЕТА 1. Лептоспироз, желтушная форма, средней степени тяжести.**

Обоснование диагноза: острое начало болезни, сопровождающееся высокой лихорадкой и выраженной интоксикацией, миалгии, в том числе в мышцах ног, гиперемия лица, склерит, конъюнктивит и кровоизлияния в склеры, возникновение желтухи на 5-й день болезни на фоне снижения температуры и артериального давления, гепатоспленомегалия, холурия, олигурия свидетельствуют в пользу желтушной формы лептоспироза.

Предполагаемый диагноз подтверждают данные эпидемиологического анамнеза (профессия больного).

**2.** Темнопольная микроскопия крови и мочи; гемокультура, уринокультура; серологическая диагностика – РАЛ, РМА с живыми лептоспирами, РНГА с лептоспирозными антигенами в парных сыворотках, взятых на первой неделе болезни и затем через 10-14 дней; биологическая проба (морские свинки).

### **Задача 18**

Больной М, 34 года, поступил в инфекционную клинику 3.08 в крайне тяжелом состоянии, без сознания. Со слов жены, был в командировке в Нигерии, домой прибыл 28.07, а в ночь на 31.07. появился озноб, температура 39,4°, однократно - рвота, 5 раз - жидкий стул, обильно потел. В последующие 3 дня температура колебалась в пределах 39-41,5°, что сопровождалось ознобами и потами. К вечеру 3.08 стал беспокойным, бредил, затем потерял сознание. В прошлом ничем не болел. При осмотре: больной без сознания, реакция зрачков на свет отсутствует. Температура 40,5°. Одышка, ЧД 38, дыхание поверхностное, рассеянные сухие хрипы. Пульс 130 ударов в минуту, ритмичный, АД 90/60. Кожа без сыпи; цвет лица землистый, склеры иктеричны. Тоны сердца глухие. Живот мягкий, на пальпацию живота больной не реагирует. Увеличены печень и селезенка. Выражена ригидность мышц затылка и симптом Кернига.

***Сформулировать и обосновать предварительный клинический диагноз.***

## ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Основной диагноз: **малярия тропическая**.

Осложнения: **малярийная кома**.

Обоснование диагноза: поскольку больной прибыл из эндемичного региона, при возникновении любой лихорадки в первую очередь следует думать о тропической малярии. Отсутствие сознания и фотореакции свидетельствуют о коме.

2. Микроскопия крови («толстая капля» и мазок); кровь для исследования берется в любой момент независимо от температуры. Для выявления антигенов малярийных плазмодиев возможно использование тестов для экспресс-диагностики на основе ИФА.

### **Задача 19**

Больной А., 53-х лет заболел остро, когда появилось затрудненное открывание рта. Через 2-3 часа присоединились тянущие боли в области затылка, шеи, спины, живота. К концу первых суток появились клонические судороги, которые вначале повторялись через 1-1,5 часа, затем участились до 2-3 раз в течение часа. Экстренно госпитализирован. Состояние при поступлении тяжелое. Температура 40°. Бледен, резкая потливость кожных покровов. Дисфагия. Частые клонические судороги с нарушением дыхания. Пульс 160 ударов в минуту, слабого наполнения, АД 140/95 мм рт.ст. В легких картина двухсторонней пневмонии. Доскообразное напряжение мышц брюшного пресса. Стул и мочеиспускание затруднены. В области большого пальца стопы имеется ушибленная рана, которую больной получил за 6 дней до заболевания.

***Сформулировать и обосновать предварительный клинический диагноз.***

## ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. **Столбняк, тяжелое течение**.

Обоснование диагноза: травма конечности, короткий инкубационный период (6 дней), тризм, спазм глотательной мускулатуры, ригидность всех групп мышц, судорожный синдром, нарушения сердечной деятельности, двухсторонняя пневмония, нарушение стула и мочеиспускания.

### **Задача 20**

Больной Н., пастух верблюдов, заболел внезапно, когда появился резкий озноб, температура 40°, сильная головная боль, головокружение, рвота. В этот же день был госпитализирован. Установлено, что среди верблюдов был падеж. При осмотре состояние больного крайне тяжелое. Возбужден, лицо гиперемировано, конъюнктивит, речь невнятная. Температура 40,5°. Кожа влажная, сыпи нет. ЧД 36 в минуту. Над легкими в задних отделах

прослушиваются единичные мелкопузырчатые влажные хрипы с обеих сторон. При глубоком вдохе отмечается боль в груди с обеих сторон. Кашель редкий, мокрота жидкая, кровянистая, обильная. Тоны сердца глухие, систолический шум на верхушке. АД 90/60 мм р.ст. Пульс 120 в минуту. Язык сухой, покрыт густым белым налетом. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Менингеальные знаки отсутствуют.

***Сформулировать и обосновать предварительный клинико-эпидемиологический диагноз. Лабораторное подтверждение диагноза.***

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

#### **1. Чума, первично-легочная форма, тяжелое течение.**

Обоснование диагноза: данные эпидемиологического анамнеза: падеж верблюдов, которые могут болеть чумой (легочной формой). Заражение больного произошло воздушно-капельным путем. В пользу диагноза говорят клинические данные: внезапное начало, резко выраженная интоксикация, скудные аускультативные данные при обильной жидкой кровянистой мокроте, снижение сердечно-сосудистой деятельности.

**2.** Для подтверждения диагноза необходимо выделить и идентифицировать чистую культуру возбудителя. Обязательно биологическое исследование выделенной культуры. У данного больного необходимо бактериологически исследовать мокроту и кровь. Серологические реакции (агглютинации, РСК и РПГА) используют для постановки ретроспективного диагноза, а также при обследовании природных очагов чумы.