

ФОНД

оценочных средств

По дисциплине «Инфекционные болезни»

Уровень высшего образования

СПЕЦИАЛИТЕТ

Направление подготовки

31.05.01. – РФ, 560001 – КР лечебное дело
(код и наименование направления подготовки)

Квалификация

Врач-лечебник

1 раздел (Кишечные инфекции)

1. Брюшной тиф. Этиология и эпидемиология. Патогенез и патанатомия брюшного тифа.
2. Брюшной тиф. Клиническая классификация брюшного тифа. Клиника типичной формы. Лабораторная диагностика и этиотропная терапия брюшного тифа.
3. Брюшной тиф. Лечение, условия выписки, принципы диспансеризации реконвалесцентов.
4. Брюшной тиф. Кишечные осложнения, клиника, лечение.
5. Этиология и эпидемиология паратифа А. Особенности течения паратифа А. Осложнения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
6. Этиология и эпидемиология паратифа В. Особенности течения паратифа В. Осложнения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
7. Сальмонеллез. Этиология и эпидемиология. Патогенез. Классификация сальмонеллеза.
8. Сальмонеллез. Клиника гастроинтестинальной формы. Диагностика. Лечение. Профилактика.
9. Сальмонеллез. Клиника генерализованных форм. Диагностика. Лечение. Профилактика.
10. Сальмонеллез. Бактерионосительство реконвалесцентное и транзиторное. Диагностика. Лечение. Профилактика.
11. Пищевые токсикоинфекции. Этиология. Роль условно-патогенных бактерий в возникновении токсикоинфекций. Эпидемиология. Роль различных пищевых продуктов в передаче токсикоинфекций.
12. Пищевые токсикоинфекции. Патогенетические механизмы диареи, общетоксического синдрома, сердечно-сосудистых расстройств. Клиника: варианты течения, критерии тяжести.
13. Пищевые токсикоинфекции. Особенности клиники ПТИ, вызванных различными возбудителями. Осложнения. Прогноз. Дифференциальный диагноз.
14. Пищевые токсикоинфекции. Регидратационная и дезинтоксикационная терапии. Тактика врача в отношении антибактериальной терапии. Профилактика.
15. Ботулизм. Типы возбудителя и основные свойства. Источники инфекции и факторы передачи ботулизма. Патогенез, механизм поражения центральной и периферической нервной системы. Виды ботулизма.
16. Ботулизм. Клиника пищевого ботулизма. Критерии тяжести. Осложнения. Диагностика: значение эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.
17. Ботулизм. Клинические симптомы ботулизма младенцев. Диагностика. Лечение: специфическая терапия противоботулинической сывороткой, методика ее введения. Дезинтоксикационная терапия, антибактериальная терапия.
18. Ботулизм. Клиника раневого ботулизма. Принципы лечения, методика введения противоботулинической сыворотки по Безредко. Профилактика ботулизма.
19. Эшерихиозы. Характеристика возбудителей эшерихиозов. Эпидемиологические особенности эшерихиозов в различных возрастных группах. Классификация клинических форм. Диагностика.
20. Эшерихиозы. Патогенез. Классификация клинических форм. Особенности клинических проявлений в зависимости от вида возбудителя, наиболее частые неотложные синдромы. Значение лабораторных методов исследований в диагностике эшерихиоза. Лечение эшерихиозов с учетом патогенетического варианта развития болезни.
21. Кишечный иерсиниоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация.

22. Клиника кишечного иерсиниоза. Диагноз и дифференциальный диагноз. Этиотропная и патогенетическая терапия. Профилактика.
23. Дизентерия. Этиология. Современная классификация шигелл. Эпидемиология. Оптимальные пути передачи для различных видов шигелл. Восприимчивость различных возрастных групп. Иммунитет.
24. Дизентерия. Патогенез. Роль инвазивных и токсигенных свойств возбудителя. Механизм развития колитического синдрома, характер поражения слизистой толстой кишки. Клиника типичной формы дизентерии.
25. Классификация дизентерии. Клиника различных вариантов острой дизентерии (типичной и атипичной). Бактерионосительство. Хроническая дизентерия. Прогноз.
26. Дизентерия. Диагностика и дифференциальный диагноз с амёбной дизентерией. Методы лабораторного и инструментального подтверждения диагноза. Эндоскопические методы исследования при дизентерии.
27. Дизентерия. Лечение. Тактика этиотропного лечения. Патогенетическая и симптоматическая терапия. Правила выписки из стационара. Профилактика.
28. Холера. Этиология. Эндемичные очаги холеры в мире. Эпидемиология. Патогенез нарушений водно-электролитного баланса. Классификация холеры.
29. Холера. Клиника типичной формы. Классификация обезвоживания по Покровскому. Диагностика. Принципы патогенетической терапии с учетом степени обезвоживания больного, этиотропное лечение.
30. Холера. Клиника гиповолемического шока. Средства и методы патогенетической терапии. Способы контроля за проводимой терапией. Антибактериальная терапия больных и бактерионосителей. Правила выписки. Профилактика.
31. Холера. Дифференциальная диагностика с сальмонеллезом. Лечение патогенетическое и этиотропное. Осложнения холеры.
32. Вирусные диареи. Этиология. Ротавирусы, значение других вирусов в развитии гастроэнтеритов. Эпидемиология. Особенности патогенеза диареи. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
33. Амебиаз. Этиология. Эпидемиология. Географическое распространение. Патогенез. Патологическая анатомия.
34. Амебиаз. Классификация. Характеристика поражения различных органов и систем при различных формах амебиаза. Клиника кишечного амебиаза.
35. Амебиаз. Варианты течения внекишечного амебиаза. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
36. Стафилококковая инфекция. Характеристика возбудителя. Эпидемиология и патогенез поражения желудочно-кишечного тракта при стафилококковой инфекции. Клинические формы стафилококкового поражения ЖКТ. Диагностика. Лечение и профилактика.
37. Острые кишечные инфекции, вызванные условно-патогенными энтеробактериями (ОКИ УПЭ). Характеристика возбудителей ОКИ УПЭ (синегнойная палочка, протей, клебсиелла). Эпидемиологические особенности ОКИ УПЭ в различных возрастных группах. Особенности клинических проявлений протейного энтероколита.
38. ОКИ УПЭ. Особенности клинических проявлений энтероколита, вызванного клебсиеллой. Наиболее частые неотложные синдромы. Диагностика, лечение.
39. ОКИ УПЭ. Дифференциальная диагностика с дисбиозом кишечника. Профилактика инфекций, вызванных УПЭ в лечебных учреждениях.

40. Экзикоз с токсикозом у детей. Типы и тяжесть обезвоживания. Клинические и лабораторные критерии тяжести и типов обезвоживания.
41. Классификация обезвоживания у детей по рекомендациям ВОЗ. Тактика ведения больных с обезвоживанием на различных этапах лечения ОКИ у детей.

2 Раздел (вирусные гепатиты).

1. Вирусный гепатит А. Этиология. Эпидемиология. Эпидемиологическое значение больных безжелтушными и субклиническими формами. Восприимчивость разных возрастных групп. Сезонность. Патогенез. Иммунитет.
2. Вирусный гепатит А. Классификация. Клиника типичной формы. Клинические диагностические критерии вирусного гепатита А. Лабораторная и иммунологическая диагностика. Лечение, значение базисной терапии. Патогенетическая терапия. Профилактика. Диспансеризация.
3. Вирусный гепатит Е. Этиология. Особенности эпидемиологии. Клиника типичной формы. Диагностика и лечение.
4. Вирусный гепатит Е. Течение гепатита Е у беременных. Диагностика. Лечение. Ведение беременных с гепатитом Е. Прогноз.
5. Вирусный гепатит В. Этиология. Антигенное строение вируса. Эпидемиология. Восприимчивость. Группы риска. Иммунитет. Патогенез и патанотомия.
6. Вирусный гепатит В. Особенности патогенеза фульминантного гепатита и хронического гепатита. Клиника циклического течения гепатита, его клинические диагностические критерии.
7. Вирусный гепатит В. Варианты течения. Значение прогрессивного течения ВГВ. Критерии тяжести ВГВ. Острая печеночная энцефалопатия и ее стадии.
8. Вирусный гепатит В. Исходы и прогноз при ВГВ. Хронический ВГВ и его исходы. Диагностика.
9. Вирусный гепатит В. Базисная терапия. Патогенетическая терапия. Показания к противовирусной терапии. Терапевтическая тактика при хроническом вирусном гепатите.
10. Вирусный гепатит В. Профилактика. Диспансеризация.
11. Вирусный гепатит D. Этиология. Возбудитель и его облигатная связь с вирусом гепатита В. Эпидемиология. Источники и механизм передачи инфекции. Ко-инфекция. Суперинфекция.
12. Вирусный гепатит D. Патогенез. Потенцирование дельта-инфекцией патогенного эффекта вируса гепатита В. Непосредственное цитолитическое действие дельта-вируса на гепатоцит. Повторные репликации дельта-вируса и обострения болезни. Клиника ко-инфекции ВГВ+D, особенности течения, исходы, диагностика.
13. Вирусный гепатит D. Суперинфекция гепатита D. Особенности течения. Диагностика. Фульминантная форма. Прогноз.
14. Вирусный гепатит D. Ранние признаки хронизации гепатита. Исходы. Прогноз. Диагностика. Лечение.
15. Вирусный гепатит С. Этиология: отличительные особенности вируса. Эпидемиология: резервуар и источник инфекции, механизм передачи, восприимчивость, основные эпидемиологические признаки.
16. Вирусный гепатит С. Патогенез. Клиника. Исходы. Прогноз. Лабораторная диагностика острой фазы. Лечение.

17. Вирусный гепатит С. Лабораторная диагностика хронического гепатита С. Лечение. Эпидемиологический надзор. Профилактика.
18. Фульминантная форма вирусных гепатитов. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Принципы и методы неотложной терапии острой печеночной недостаточности.

3 раздел (трансмиссивные инфекции)

1. Малярия. Виды и свойства возбудителей малярии. Циклы развития паразитов в организме комара (спорогония) и человека (шизогония). Механизм развития приступа болезни.
2. Малярия. Особенности патогенеза тропической малярии и vivax-малярии. Патогенез ранних и поздних рецидивов. Клиническая характеристика 3-дневной малярии. Диагностика.
3. Малярия. Особенности течения четырехдневной малярии. Диагностика. Лечение. Профилактика малярии.
4. Малярия. Клиника и критерии тяжести течения тропической малярии. Диагностика. Лечение.
5. Малярия. Осложнения. Проявления инфекционно-токсического шока, малярийной комы, гемоглобинурийной лихорадки. Исходы. Лечение малярии и осложнений.
6. Эпидемический сыпной тиф. Этиология. Эпидемиология. Основные фазы патогенеза. Характер поражения сосудов и специфические поражения нервной системы.
7. Эпидемический сыпной тиф. Клиника: цикличность сыпного тифа, симптоматика раннего периода болезни, периодов разгара и реконвалесценции. Осложнения.
8. Эпидемический сыпной тиф. Диагностика. Лечение: этиотропная терапия, методы и средства патогенетической терапии, значение режима и ухода за больным. Профилактика осложнений.
9. Болезнь Брилла. Этиология. Эпидемиологические особенности болезни Брилла-Цинссера. Особенности течения болезни Брилла-Цинссера. Прогноз. Клинико-эпидемиологические критерии диагностики болезни Брилла-Цинссера.
10. Североазиатский клещевой риккетсиоз. Этиология. Эпидемиология. Природная очаговость. Сезонность. Патогенез, патологическая анатомия.
11. Североазиатский клещевой риккетсиоз. Клиника, первичный аффект, основные симптомы и динамика их развития. Осложнения.
12. Североазиатский клещевой риккетсиоз. Значение эпидемиологических данных и клинического обследования больных в диагностике. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика осложнений.
13. Ку-лихорадка. Этиология. Эпидемиология. Патогенез, патологическая анатомия. Основные клинические проявления, частота и особенность поражения органов дыхания. Осложнения. Диагностика. Лечение.
14. Системный клещевой боррелиоз (болезнь Лайма). Этиология и эпидемиология, распространенность боррелиоза. Основные клинические проявления в разные периоды болезни. Лабораторная диагностика. Исходы. Лечение и профилактика.
15. Хроническая болезнь Лайма. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

4. Раздел (особо опасные инфекции)

1. Чума. Этиология. Эпидемиология. Резервуары чумного микроба в природе. Природные очаги в Кыргызстане и России. Заразительность больного при различных формах чумы. Иммуитет. Патогенез и патологическая анатомия. Значение входных ворот для клинических форм болезни.
2. Чума. Классификация клинических форм. Клиника кожной, бубонной, форм чумы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
3. Чума. Клиника септической формы чумы. Диагностика. Этиотропная терапия, дозы антибиотиков и продолжительность лечения. Патогенетическая терапия. Правила выписки из стационара. 6
4. Чума. Клиника легочной формы чумы. Диагностика. Этиотропная терапия, дозы антибиотиков и продолжительность лечения. Патогенетическая терапия. Правила выписки из стационара.
5. Чума. Профилактика. Мероприятия в очаге. Изоляция больных и контактных лиц. Экстренная профилактика.
6. Туляремия. Этиология. Эпидемиология. Резервуары инфекции в природе. Патогенез. Определяющее значение входных ворот инфекции для клинического течения болезни.
7. Туляремия. Классификация. Клиническое течение различных форм болезни.
8. Туляремия. Осложнения. Исходы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
9. Сибирская язва. Этиология. Эпидемиология. Эпизоотическая и эпидемиологическая характеристика болезни. Патогенез. Определяющее значение входных ворот для развития различных форм болезни.
10. Сибирская язва. Классификация Клиническая характеристика кожной и септической форм болезни. Осложнения. Исходы. Прогноз.
11. Сибирская язва. Клиническая характеристика легочной и кишечной форм болезни. Диагностика.
12. Сибирская язва. Дифференциальный диагноз с кожно-бубонной формой чумы. Лечение. Специфический противосибирезвенный гамма-глобулин, его использование. Антибактериальная терапия.
13. Сибирская язва. Профилактика. Комплекс медико-санитарных и ветеринарно-санитарных мероприятий. Дезинфекция в очаге болезни. Специфическая профилактика. Меры предупреждения профессиональных и бытовых заражений.
14. ГЛПС. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Механизм развития геморрагического синдрома, поражения почек, нервной системы. Значение аутоаллергии в патогенезе.
15. ГЛПС. Клиника. Цикличность заболевания. Геморрагический синдром. Почечный синдром. Осложнения. Исходы. Прогноз. Диагностика. Лечение.
16. Омская геморрагическая лихорадка. Этиология. Эпидемиология. Природные очаги. Переносчик. Источники инфекции. Механизм заражения. Сезонность. Патогенез и патологическая анатомия.
17. Лихорадка Эбола. Этиология. Резервуары инфекции. Механизмы и пути инфицирования. Восприимчивость людей. Патогенез. Клинические проявления. Причины смерти. Диагностика. Лечение. Неспецифическая профилактика.

18. Лихорадка Марбург. Характеристика возбудителя. Источник и резервуар возбудителя. Механизмы, пути и факторы передачи. Патогенез. Клинические проявления. Осложнения и причины смерти. Диагностика. Лечение.
19. Лихорадка Денге. Характеристика возбудителя. Источник инфекции. Основной переносчик возбудителя. Пути заражения. Патогенез. Клиника классической лихорадки Денге. Диагностика. Лечение. Методы профилактики.
20. Лихорадка Ласса. Характеристика возбудителя. Источник и резервуар возбудителя. Механизмы, пути и факторы передачи. Патогенез. Клинические симптомы и динамика их развития. Осложнения и причины смерти. Диагностика. Лечение.
21. Желтая лихорадка. Характеристика возбудителя. Эпидемиология. Патогенез. Клинические проявления и динамика их развития. Осложнения. Причины смерти. Лабораторная диагностика. Лечение. Прогноз.
22. Омская геморрагическая лихорадка. Клиника. Основные проявления болезни. Геморрагический синдром. Осложнения. Прогноз. Диагностика. Лечение.
23. Крымская геморрагическая лихорадка. Этиология. Эпидемиология Природные очаги. Переносчики. Источники инфекции. Механизм заражения. Сезонность. Патогенез и патологическая анатомия.
24. Крымская геморрагическая лихорадка. Клиника. Основные проявления болезни. Геморрагический синдром. Осложнения. Прогноз. Диагностика. Лечение.
25. Натуральная оспа. Этиология. Основные свойства возбудителя. Эпидемиология. Основные эпидемиологические признаки. Патогенез. 7
26. Натуральная оспа. Клиника. Клинические формы инфекции. Осложнения. Исходы. Диагностика. Дифференциальная диагностика с ветряной оспой. Лечение. Профилактика.
27. Лепра. Морфологические и культуральные свойства возбудителя. Источник и пути инфицирования лепрой. Распространённость лепры в мире. Патогенез.
28. Лепра. Клинические проявления. Классификация Ридли-Джоплинга. Ранние и поздние проявления различных клинических форм лепры. Поражение периферической нервной системы. Стандарты диагностики. Лечение. Прогноз. Профилактика.

5 Раздел (нейроинфекции)

1. Менингококковая инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез.
2. Менингококковая инфекция. Классификация. Менингококковый назофарингит, носительство. Диагностика. Лечение.
3. Менингококкцемия, клиника. Осложнения. Диагностика. Лечение.
4. Клиника менингококкового менингита, менингоэнцефалита. Осложнения. Диагностика. Лечение.
5. Менингококковая инфекция. Атипичные формы. Клиника неотложных синдромов: ИТШ, острая надпочечниковая недостаточность, отек и набухание мозга. Исходы. Прогноз.
6. Серозные менингиты. Основные возбудители серозного воспаления мягкой мозговой оболочки. Клинико-лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика с гнойными менингитами.
7. Вторичные серозные менингиты. Клинико-anamнестические характеристики. Диагностика. Лечение. Прогноз. Осложнения.

8. Клещевой энцефалит. Этиология. Эпидемиология. Природные очаги в Кыргызстане. Резервуары вируса в природе. Механизм заражения. Сезонность. Патогенез.
9. Клещевой энцефалит. Классификация. Клиника лихорадочной формы. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
10. Клещевой энцефалит. Клиника менингеальной формы. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
11. Клещевой энцефалит. Клиника полиомиелитической и полирадикулоневритической форм. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
12. Клещевой энцефалит. Осложнения. Исходы. Диагностика. Применение противэнцефалитного донорского иммуноглобулина. Патогенетическая и симптоматическая терапия. Профилактика. Специфическая профилактика.
13. Полиомиелит. Этиология. Эпидемиология. Патогенез и патологическая анатомия.
14. Полиомиелит. Классификация клинических форм. Клиника abortивной формы. Диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
15. Полиомиелит. Клиника менингеальной формы. Диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
16. Полиомиелит. Паралитические формы полиомиелита, симптоматика. Остаточные явления и прогноз. Лабораторные методы диагностики полиомиелитов. Принципы лечения и специфическая профилактика.
17. Бешенство. Этиология. Эпидемиология. Источник и резервуар вируса в природе. Пути заражения человека. Значение входных ворот. Патогенез поражение ЦНС. Клиника по стадиям заболевания.
18. Бешенство. Клиника по стадиям заболевания. Прогноз. Диагностика. Лечение. Специфическая профилактика. Применение антирабического гамма-глобулина. Показания к вакцинации и методика ее проведения.
19. Столбняк. Этиология. Эпидемиология. Столбняк военного и мирного времени. Иммунитет. Патогенез. Механизм судорожного синдрома. Нарушения дыхания и метаболические расстройства. Клиника.
20. Столбняк. Классификация столбняка. Симптомкомплекс. Критерии тяжести. Осложнения. Прогноз. Диагностика. Особенности специфической и этиотропной терапии. Противостолбнячная сыворотка, гамма-глобулин, анатоксин. Патогенетическая терапия. Профилактика осложнений. Профилактика плановая и экстренная.
21. Классификация энцефалитов. Вторичные энцефалиты. Этиология. Патогенез. Клинико-лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика.
22. Вторичные энцефалиты. Клинико-anamnestические характеристики. Диагностика. Лечение. Прогноз. Осложнения.
23. Прионы. История развития представления о прионах. Структура и размножение прионов.
24. Прионные поражения ЦНС человека и животных. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.

6 Раздел (респираторные инфекции)

1. Грипп. Этиология. Особенности антигенной структуры. Эпидемиология. Восприимчивость. Иммунитет.
2. Грипп. Патогенез. Клиника. Катаральный и интоксикационный синдромы. Показания к госпитализации. Группы риска развития осложнений.

3. Грипп. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
4. Парагриппозная инфекция. Этиология. Клиника, острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ). Осложнения.
5. Парагриппозная инфекция. Эпидемиология. Патогенез. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение острого стенозирующего ларинготрахеита. Профилактика.
6. Риновирусная инфекция. Патогенез. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика.
7. Риновирусная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Лечение. Профилактика.
8. Коронавирусная инфекция. Этиология. Клинические проявления. Осложнения.
9. Коронавирусная инфекция. Эпидемиология. Патогенез. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение острого респираторного дистресс синдрома (ОРДС).
Профилактика.
10. Аденовирусная инфекция. Определение. Эпидемиология и патогенез. Классификация клинических форм. Клинические проявления фарингоконъюнктивальной лихорадки.
11. Аденовирусная инфекция. Характеристика возбудителя. Осложнения. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
12. Аденовирусная инфекция. Атипичные формы. Клинические проявления. Лечение.
13. Респираторно-синцитиальная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез.
14. Респираторно-синцитиальная инфекция. Классификация клинических форм. Клиника бронхолита и обструктивного синдрома. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
15. Коклюш. Основные свойства возбудителя. Эпидемиологические особенности коклюша в различных возрастных группах. Патогенез, значение фактора гипоксемии, сущность легочных и нервных поражений при коклюше.
16. Коклюш. Симптоматика коклюша в различные периоды болезни. Критерии тяжести коклюша, неотложные синдромы, осложнения. Методы диагностики коклюша: гематологический, бактериологический, серологический, рентгенологический.
17. Коклюш. Особенности течения коклюша у детей до года. Дифференциальная диагностика коклюша с другими заболеваниями в разные периоды болезни. Показания к госпитализации. Лечение в зависимости от возраста, преморбидного фона, тяжести болезни. Профилактика.
18. Паракклюш. Этиология. Эпидемиология. Клинические формы: коклюшеподобная и стертая формы. Диагностика. Лечение. Профилактика.
19. Дифтерия. Характеристика возбудителя дифтерии. Роль токсинов в патогенезе дифтерии. Влияние антитоксического иммунитета на тяжесть заболевания. Эпидемиология. Патологическая анатомия дифтерии.
20. Энтеровирусная инфекция. Характеристика и классификация возбудителей. Эпидемиология.
21. Энтеровирусная инфекция. Эпидемиология и патогенез. Клинические формы и их проявления. Диагностика.
22. Энтеровирусная инфекция. Дифференциальная диагностика, лечение и профилактика.
23. Дифтерия. Патогенетические особенности различных клинических форм дифтерии. Классификация клинических форм по локализации. Клиника токсической формы дифтерии ротоглотки. Осложнения: специфические и неспецифические.

24. Дифтерия ротоглотки. Классификация. Клиника локализованных форм. Диагностика. Лечение.
25. Дифтерия гортани, клиника крупа. Особенности клиники у взрослых. Дифференциальная диагностика клинических форм дифтерии (нетоксические и токсические формы).
26. Дифтерия. Лабораторные методы диагностики. Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями. Принципы лечения различных клинических форм и осложнений. Основные правила использования противодифтерийной антитоксической сыворотки и антибиотиков. Профилактика.
27. Паротитная инфекция. Свойства возбудителя. Эпидемиология. Заболеваемость в различных возрастных группах. Патогенез. Показатели тяжести, осложнения.
28. Паротитная инфекция. Классификация клинических форм, симптоматика при различных локализациях и формах болезни (паротит, субмаксиллит, панкреатит, орхит, менингит). Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями.
29. Паротитная инфекция. Лабораторная диагностика различных клинических форм паротитной инфекции. Показания к госпитализации, сроки изоляции больных. Принципы лечения паротитной инфекции в зависимости от тяжести и локализации процессов. Профилактика.
30. Орнитоз. Этиология. Эпидемиология. Контингенты повышенного риска заражения. Иммуитет. Сезонность. Патогенез, патологическая анатомия.
31. Орнитоз. Классификация. Инкубационный период. Основные симптомы и их динамика. Изменения со стороны органов дыхания. Особенности пневмонии при орнитозе.
32. Орнитоз. Поражения нервной системы. Хронические формы орнитоза. Осложнения, прогноз. Диагностика. Рентгенологическое выявление орнитозной пневмонии. Дифференциальный диагноз. Лечение. Санитарно-ветеринарные мероприятия. Индивидуальная профилактика.

7 Раздел (эξανтемные инфекции)

1. Корь. Этиология. Эпидемиология. Классификация клинических форм. Понятие о митигированной кори и других атипичных формах.
2. Корь. Патогенез и патоморфология кори. Понятие коревой анергии, влияние кори на состояние иммунитета к другим инфекциям. Клиническая симптоматика типичной кори в разные периоды болезни: катаральный, высыпания, пигментации.
3. Корь. Характерные осложнения кори, неотложный синдром. Особенности течения кори у привитых живой вакциной. Показания к госпитализации. Особенности ухода и режима больных с корью. Принцип лечения кори и ее осложнений. Специфическая профилактика кори и противоэпидемические мероприятия в очаге.
4. Краснуха. Этиология. Эпидемиологические особенности приобретенной краснухи. Патогенез. Клиническая симптоматика краснухи, осложнения.
5. Краснуха. Эпидемиологические особенности врожденной краснухи. Влияние краснухи беременных на развитие плода. Поражения органов и систем при врожденной краснухе.
6. Краснуха. Дифференциальная диагностика краснухи с другими заболеваниями, сопровождающимися сыпью. Лабораторные методы диагностики. Принцип лечения, показания к госпитализации. Профилактика.
7. Парвовирусная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические формы.

8. Парвовирусная инфекция. Диагностика и дифференциальная диагностика с корью и другими экзантемами. Лечение.
9. Ветряная оспа. Этиология. Основные свойства возбудителя. Эпидемиология. Клиника. Исходы.
10. Ветряная оспа. Патогенез. Осложнения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Противовирусные препараты. Показания к назначению антибиотиков. Профилактика.
11. Опоясывающий лишай. Определение. Эпидемиология. Синдромы поражения центрального и периферического отделов нервной системы.
12. Опоясывающий лишай. Патогенез. Механизмы реактивации вируса. Патанатомия. Клиническая картина. Лечение. Средства этиотропной и патогенетической терапий.
13. Опоясывающий лишай. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Профилактика.
14. Скарлатина - одна из форм стрептококковой инфекции. Основные звенья патогенеза скарлатины: инфекционное, токсическое, аллергическое. Классификация клинических форм.
15. Скарлатина. Особенности анитоксического и антибактериального иммунитета при скарлатине. Клиническая симптоматика типичных и атипичных форм болезни, показатели тяжести, варианты течения скарлатины.
16. Скарлатина. Осложнения в ранние и поздние сроки болезни, изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, почек. Особенности скарлатины у детей раннего возраста. Лабораторные методы диагностики. Дифференциальная диагностика с другими экзантемами.
17. Скарлатина. Показания к госпитализации. Лечение больных скарлатиной в домашних условиях и в стационаре. Профилактика.
18. Псевдотуберкулез. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Стадии развития патологического процесса: энтерита, лимфаденита, бактериемии и токсинемии, органических поражений. Значение сенсibilизации организма.
19. Псевдотуберкулез. Симптоматика и течение локализованных и генерализованных форм. Вторично-очаговые поражения. Диагностика. Этиотропное лечение, его продолжительность. Патогенетическая терапия. Профилактика.
20. Рожь. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация.
21. Рожь. Клиника эритематозной формы. Дифференциальная диагностика. Лечение первичной рожи. Противорецидивное лечение. Профилактические меры.
22. Рожь. Клиника эритематозно-буллезной формы. Дифференциальная диагностика. Лечение рецидивирующей рожи. Противорецидивное лечение. Профилактические меры.
23. Рожь. Клиника буллезно-геморрагической формы. Лечение. Противорецидивное лечение. Профилактические меры.
24. Вируса простого герпеса. Характеристика возбудителя. Эпидемиология. Патогенез. Механизмы первичного инфицирования и латенции герпетической инфекции.
25. Вируса простого герпеса. Клинические формы и их характеристика. Диагностика и дифференциальная диагностика инфекции, вызванной ВПГ. Лечение.
26. Ящур. Этиология. Эпидемиология. Патогенез, патологическая анатомия. Клиника. Основные проявления болезни. Осложнения. Прогноз. Диагностика. Лечение.
27. Эризипилоид. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Классификация. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение. Профилактические меры.

8. Раздел (инфекции с полиорганными поражениями и синдромом лимфоаденопатии)

1. Бруцеллез. Этиология. Основные виды бруцелл и их биологические свойства. Эпидемиология. Фазы патогенеза. Значение L-форм в патогенезе хронического бруцеллеза.
2. Бруцеллез. Классификация. Клиника острого бруцеллеза. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
3. Бруцеллез. Клиника хронического бруцеллеза. Изменения со стороны различных систем и органов. Последствия перенесенного бруцеллеза. Прогноз. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
4. Лептоспироз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Механизм развития интоксикационного и геморрагического синдромов. Классификация.
5. Лептоспироз. Клиническая симптоматика желтушной формы лептоспироза. Критерии тяжести. Диагностика. Лечение.
6. Лептоспироз. Клиническая симптоматика безжелтушной формы лептоспироза. Критерии тяжести. Диагностика. Лечение.
7. Лептоспироз. Острая почечная недостаточность. Дифференциальная диагностика. Антибактериальная терапия. Специфическая терапия. Патогенетическая терапия. Неотложная терапия при ОПН. Профилактика.
8. Токсоплазмоз. Этиология. Возбудитель, его жизненный цикл, устойчивость во внешней среде. Эпидемиология. Резервуары инфекции. Роль кошек в распространении токсоплазмоза.
9. Токсоплазмоз. Эпидемиология - инфицированность людей. Пути передачи инфекции (алиментарный, контактный). Внутриутробное заражение. Иммунитет.
10. Токсоплазмоз. Патогенез, патологическая анатомия. Внедрение возбудителя, его размножение и распространение в организме. Образование пневмоцист.
11. Токсоплазмоз. Клиника. Классификация. Инкубационный период. Приобретенный токсоплазмоз. Клиническая характеристика острого и хронического токсоплазмоза.
12. Токсоплазмоз. Латентные формы токсоплазмоза. Врожденный токсоплазмоз. Клиническая характеристика острой, подострой и хронической форм. Обострение и рецидивы.
13. Токсоплазмоз. Лабораторно-инструментальные методы диагностики (ИФА, обязательные исследования и исследования по показаниям). Лечение, показания к лечению. Схемы лечения беременных.
14. Врожденный токсоплазмоз. Показания к лечению. Схемы лечения. Профилактика.
15. ЦМВ-инфекция. Основные свойства вируса. Эпидемиологические особенности, заболеваемость и летальность в разных возрастных группах.
16. ЦМВ-инфекция. Патогенез и патоморфология. Классификация клинических форм. Характерные осложнения.
17. ЦМВ-инфекция. Показания к госпитализации. Особенности ухода и режима больных. Принцип лечения.
18. Инфекционный мононуклеоз. Характеристика возбудителя. Эпидемиологическое значение стертых форм болезни, причины гиподиагностики. Клиническая симптоматика типичной формы инфекционного мононуклеоза.

19. Инфекционный мононуклеоз. Патогенез и патоморфология. Исходы и отдаленные последствия инфекционного мононуклеоза. Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями: ОРИ, ангиной, ВГ, системными заболеваниями крови и заболеваниями с мононуклеозоподобным синдромом. Картина периферической крови при инфекционном мононуклеозе, другие методы лабораторной диагностики. Лечение, профилактика.
20. ВИЧ-инфекция. Этиология. Эпидемиология. Механизм и пути передачи. Группы риска. Трансплацентарная передача вируса.
21. ВИЧ-инфекция. Патогенез. Механизмы формирования иммунологических нарушений. Активация возбудителей оппортунистических инфекций и инвазий.
22. ВИЧ-инфекция. Возникновение опухолей. Патоморфология. Клиника. Стадии течения ВИЧ-инфекции. Клиническая классификация.
23. ВИЧ-инфекция. СПИД-ассоциированные заболевания. Развернутый СПИД. Диагностика: ИФА, ПЦР, иммуноблотинг, реакция иммунофлюоресценции. Тестирование на антиген ВИЧ Р24, вирусологическое исследование (выделение ВИЧ в культуре клеток), иммунологические (уровень CD4/CD8)
24. ВИЧ-инфекция. Лечение. Антитретовирусная терапия, профилактика и лечение вторичных заболеваний, патогенетическая терапия. Прогноз.
25. Фелиноз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактические меры.

9. Раздел (гельминтозы)

1. Аскаридоз. Характеристика гельминта. Жизненный цикл. Эпидемиология. Патогенез органических нарушений при аскаридозе.
2. Аскаридоз. Клинические проявления. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
3. Энтеробиоз. Характеристика гельминта. Жизненный цикл. Эпидемиология.
4. Энтеробиоз. Клинические проявления. Лабораторная диагностика. Правила сбора материала для исследований.
5. Энтеробиоз. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
6. Токсокароз. Характеристика гельминта. Жизненный цикл.
7. Токсокароз. Эпидемиология. Патогенез органических нарушений при токсокарозе. Клинические проявления. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
8. Трихинеллез. Характеристика гельминта. Жизненный цикл. Эпидемиология.
9. Трихинеллез. Патогенез. Клинические проявления. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
10. Описторхоз. Определение. Морфология возбудителя. Жизненный цикл сосальщика.
11. Описторхоз. Эпидемиология. Патогенез различных фаз инвазионного процесса. Классификация. Клинические проявления. Осложнения.
12. Описторхоз. Клиническая и специфическая лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Неспецифические методы профилактики.
13. Фасциолез. Определение. Морфология возбудителя. Жизненный цикл сосальщика.
14. Фасциолез. Эпидемиология. Патогенез различных фаз инвазионного процесса. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Осложнения.

15. Эхинококкоз. Определение. Этиология. Морфология половозрелой и личиночной форм паразита.
16. Эхинококкоз. Жизненный цикл возбудителя. Эпидемиология. Патогенез.
17. Эхинококкоз. Клинические проявления. Осложнения. Клинические, серологические и инструментальные методы диагностики.
18. Эхинококкоз. Лечение. Прогноз. Методы профилактики.
19. Шистосомозы. Определение. Этиология. Морфологические особенности различных форм шистосом и их отличие от других сосальщиков. Жизненный цикл. Промежуточные и окончательный хозяева различных стадий развития паразита.
20. Шистосомозы. Эпидемиология. Патогенез. Патоморфологические изменения в органах и тканях основного хозяина в различные стадии паразитирования.
21. Шистосомозы. Клинические проявления различных форм в различные стадии развития гельминтоза. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
22. Висцеральный лейшманиоз. Клинические проявления и классификация висцерального лейшманиоза. Периоды развития болезни. Основные синдромы острого периода, разгара болезни и терминального периода. Методы лабораторной диагностики висцерального лейшманиоза. Лечение.
23. Кожный лейшманиоз. Клинические проявления и классификация кожного лейшманиоза. Особенности течения отдельных вариантов кожного лейшманиоза. Методы лабораторной диагностики кожного лейшманиоза. Лечение и профилактика.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Клиническая задача №1

Больной, 38 лет. Обратился к врачу скорой помощи 4.09. с жалобами на постоянную умеренную боль в животе, однократную рвоту, повышение температуры тела до 38,6°C. Из анамнеза известно, что за 2 недели до болезни возвратился из поездки в Индию. Впервые почувствовал недомогание 17.08. - познабливало, болела голова. Температура 37,4°C. К врачу не обращался, самостоятельно принимал ампициллин по 1 таб. 3 раза в день. Продолжал работать, хотя сохранялась субфебрильная температура, познабливало, был плохой аппетит. 22–23.08. проявления заболевания исчезли, прекратил принимать ампициллин. В ночь с 3 на 4.09. вновь повысилась температура, появились боли в животе (преимущественно справа), тошнота, была однократная рвота. Объективно: состояние средней тяжести, кожа бледная, сухая, на животе имеются несколько розовых «пятен». Язык обложен густым серым налетом, суховат. Живот вздут, умеренно болезненный в илеоцекальной области. Там же определяется небольшое напряжение мышц, нерезко выраженный симптом Щеткина. С диагнозом «острый аппендицит» доставлен в стационар, прооперирован. Червеобразный отросток умеренно гиперемирован, отечен. При ревизии брюшной полости замечено значительное увеличение мезентеральных узлов, один из них удален для гистологического исследования. В дистальном отделе подвздошной кишки обнаружены просвечивающие сквозь кишечную стенку язвы. Анализ крови: Нв-126г/л, лейкоциты- $6,1 \cdot 10^9$ /л, п/я-8%, с/я-51%, лимфоциты- 38%, мон-3%, СОЭ-12 мм/час. Поставлен диагноз «острый аппендицит, язвенный илеит».

ЗАДАНИЕ:

- 1) Согласны ли Вы с данным диагнозом?
- 2) Установите диагноз.
- 3) Назначьте план обследования и лечения.

Клиническая задача №2

Больной, 36 лет, коммерсант. Обратился к терапевту с жалобами на высокую температуру, слабость, головную боль, отсутствие аппетита, тошноту, расстройство стула. Заболел остро 5 дней назад: появилось плохое самочувствие, ночью температура поднялась до 38,6°C, знобило, болела голова. Дважды повторялась рвота, был жидкий стул. Принимал таблетки «от гриппа», но лучше не стало. Головная боль и слабость нарастали, на следующий день температура поднялась до 39°C. За 10 дней до начала болезни вернулся из туристической поездки в Индию.

При осмотре состояние средней тяжести, небольшой насморк, гиперемия слизистой ротоглотки. На коже туловища и конечностей обильная пятнисто-папулезная сыпь, которую вчера больной не видел. Лимфоузлы не увеличены, в легких хрипов нет. Пульс 88 уд/мин, АД 120/60 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом, утолщен. Живот мягкий, слегка болезненный в правой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул жидкий, дважды за день. Печень и селезенка пальпируются. Менингеальных симптомов нет.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте и обоснуйте диагноз.
- 2) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
- 3) Составьте план обследования и тактику ведения больного.

Клиническая задача №3

Больная, 32 лет, продавец в магазине «Молоко», заболела остро 22.08. вечером. Почувствовала слабость, недомогание, умеренную головную боль, познабливание, затем возникло чувство жара. Температуру тела не измеряла. Одновременно с указанными симптомами появились схваткообразные боли внизу живота, кашицеобразный стул до 5 раз за вечер. К утру 23.08. боли в животе усилились и локализовались преимущественно слева. Стул за ночь около 15 раз. В испражнениях заметила слизь и кровь. Были частые, болезненные позывы на стул. Температура утром 39,4°C. Вызван на дом врач амбулатории. Больная проживает в отдельной квартире с семьей из 3 человек. Члены семьи здоровы. Заболеваний желудочно-кишечного тракта в анамнезе нет.

Объективно: больная вялая, температура тела 38,8°C. Тургор кожи сохранен. Со стороны органов дыхания патологии нет. Пульс 96 уд/мин., ритмичный. АД 115/70 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен коричневым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна. Осмотрены испражнения, которые имели вид лужицы слизи с прожилками крови.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- 2) Как следует решить вопрос о госпитализации?
- 3) Какие лабораторные исследования необходимо провести у данной больной?
- 4) Наметьте план лечения больной.

Клиническая задача №4

Больная, 29 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в правой подвздошной области, слабость, кашицеобразный стул 3–4 раза, с примесью слизи. Заболела месяц назад, когда появились боли в животе, а затем жидкий стул до 4-х раз в сутки со слизью и кровью. Температура тела не повышалась. Обратилась в поликлинику, где был поставлен диагноз: острая дизентерия, назначен тетрациклин. Состояние улучшилось, стул нормализовался. Через неделю вновь возобновился неустойчивый стул со слизью и кровью. Больная госпитализирована с диагнозом: обострение дизентерии.

Из эпиданамнеза известно, что за 2 недели до заболевания отдыхала в Египте, ела фрукты, овощи, пила водопроводную воду.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Бледная. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий, болезненный в подвздошных областях (больше справа). Слепая и сигмовидная кишки утолщены, болезненные при пальпации. Печень +2 см из-под края реберной дуги.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Согласны ли Вы с направительным диагнозом?
- 2) Установите наиболее вероятный диагноз.
- 3) Проведите дифференциальный диагноз.
- 4) Назначьте план обследования и лечения.

Клиническая задача №5

Больной, 26 лет, обратился по поводу высокой температуры, озноба, боли в правом подреберье. Диагностирована пневмония, назначено лечение пенициллином. В течение недели состояние не улучшилось, при рентгенографии легких диагноз пневмонии не подтвержден. В это время больной отметил потемнение мочи и желтушность склер. Направлен врачом поликлиники в стационар с подозрением на вирусный гепатит.

При осмотре в приёмном отделении отмечена бледность кожных покровов, обложенность языка, болезненность живота при пальпации в правом подреберье, увеличение и чувствительность правой доли печени.

При уточнении анамнеза установлено, что за 2 года до настоящего заболевания работал по контракту в Сирии, где отмечал в течение 3-х недель неустойчивый стул до 3–4 раз в день, калового характера, иногда с примесью слизи. Отмечал при этом небольшую слабость, температура не повышалась.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Установите предварительный диагноз, обоснуйте его.
- 2) Составьте план обследования.

Клиническая задача №6

Больная А., 22 лет, студентка из Египта, госпитализирована с подозрением на острую дизентерию. Жалобы на боли в животе схваткообразного характера, частый стул со слизью и кровью, боли при дефекации. Состояние средней тяжести. Больна в течение 3-х месяцев, за этот период было 3 эпизода диареи, в промежутках между которыми наблюдались запоры. За 2–3 недели до первого эпизода диареи у больной отмечалась лихорадка в течение 5 дней, сопровождавшаяся зудящей сыпью и кашлем. К врачу не обращалась. При осмотре отмечена бледность кожных покровов, увеличение печени и селезенки. Болезненность при пальпации толстого кишечника, сигма уплотнена. Стул осмотрен, скудный, слизисто-кровянистого характера. При ректороманоскопии обнаружены участки катарального воспаления в прямой и сигмовидной кишке, единичные эрозии; остальная поверхность слизистой оболочки бледная, со значительным количеством мелких, желтоватого цвета гранул. При бактериологических и серологических исследованиях на кишечную группу получены отрицательные результаты.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2) С каким диагнозом следует проводить дифференциальный диагноз?
- 3) Составьте план обследования и назначьте лечение.
- 4) Каков механизм заражения?

Клиническая задача №7

Больная Д., 40 лет, доставлена в инфекционное отделение машиной «скорой помощи» в тяжелом состоянии. Больна 2-й день. Жалобы на выраженную слабость, головокружение, тошноту. Заболела остро: температура до 38,5°C, затем появилась многократная рвота и жидкий стул, схваткообразные боли в околопупочной области, жажда, болезненные судороги икроножных мышц. Заболевание связывает с употреблением в пищу до заболевания недоброкачественной колбасы.

Объективно: состояние тяжёлое. Температура 36,5°C. Кожные покровы бледные, сухие, тургор понижен. Цианоз губ и кончиков пальцев рук. Язык обложен белым налётом, сухой. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца глухие, аритмичные. Пульс 104 уд/мин, слабого наполнения. АД-80/50 мм.рт.ст. Живот мягкий, незначительно болезненный в эпигастральной и околопупочной областях, выслушивается усиленное урчание. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень, селезёнка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Менингеальных симптомов нет. С утра больная не мочилась. Стул обильный, водянистый, злёного цвета, зловонный, с примесью слизи. В общем анализе крови: Лейкоциты- $13,2 \cdot 10^9/\text{л}$, Эр – $5,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$, СОЭ –24 мм/час; относительная плотность плазмы крови –1030, гематокрит-55%, калий плазмы –3,2 ммоль/л, натрий плазмы – 130ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Укажите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Определите степень обезвоживания.
- 3) Составьте план лечения (вес больной 70 кг).

Клиническая задача №8

В медицинский пункт аэропорта обратился больной, 42 лет. Доставлен товарищами – членами туристической группы, возвращающимися из Индии, где были в течение 10 дней. Заболел ночью в самолёте - появилось урчание в животе и жидкий водянистый стул. До момента обращения к врачу стул был более 20 раз, трижды - обильная рвота водянистым содержимым. Появилось головокружение, нарастала слабость. Через 12 часов от начала заболевания состояние крайней тяжести. Общая синюшность кожных покровов, сухость слизистых, говорит шепотом. Глазные яблоки запавшие, черты лица заострившиеся. Тургор кожи резко снижен, симптом «руки прачки». Кожные покровы холодные, покрыты липким потом. Температура тела 35,4°C. Периодически больной становится возбужденным, возникают судороги конечностей. Язык сухой, покрытый коричневым налётом. Одышка – 34 в минуту. Пульс нитевидный, частота сердечных сокращений 130 уд/мин. АД 30/0 мм.рт.ст. Живот при пальпации безболезненный. В сознании. Менингеальных явлений нет.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Обоснуйте клинический диагноз и определите степень обезвоживания.
- 2) Какие меры следует предпринимать при выявлении больного с выставленным диагнозом?
- 3) Назначьте регидратационную терапию (вес больного до болезни 70 кг).
- 4) Какие исследования следует произвести в отделении интенсивной терапии для уточнения диагноза, оценки тяжести болезни и адекватности терапии?

Клиническая задача №9

Скорая медицинская помощь вызвана в медпункт вокзала к больному, 50 лет, приехавшему из Пакистана. У больного около 4 часов утра в вагоне появился жидкий стул (обильный, водянистый), затем, в 11:30 - несколько раз рвота. На вокзале был обморок. В медпункте заподозрена пищевая токсикоинфекция, т.к. в дороге больной ел бутерброды с несвежей колбасой. АД 80/50 мм.рт.ст. Сделаны п/к мезатон и адреналин. Вызвана скорая помощь.

Врачом скорой помощи в 12:30. установлено тяжелое состояние, судороги икроножных мышц, цианоз, сухость слизистых оболочек и кожи, сильная жажда, афония, тахикардия, небольшая разлитая болезненность при пальпации живота. С 7 часов утра не мочился. В машине «скорой помощи» начато введение гемодеза (200 мл), раствора глюкозы (1000 мл), однако состояние не улучшилось.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте диагноз. Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
- 2) Дайте оценку терапевтической тактике, проведенной в медпункте и врачом «скорой помощи».
- 3) Назначьте план лечения больного, если его вес до заболевания был 80 кг, а обезвоживание 3 степени.

Клиническая задача №10

Пациентка, 55 лет, рабочая завода. Заболела остро: появился озноб, температура 38,5°C, ломота во всем теле. На следующий день - температура 39°C, озноб, ломота в теле. Отметила темную окраску мочи. С 3-го дня болезни присоединились головная боль, тошнота, ухудшился сон, пропал аппетит, температура держалась 39,8°C. Вызванный врач поставил диагноз «грипп», назначил аналгин, сульфадиметоксин, эритромицин. К вечеру больная отметила появление болей в правой половине живота, зуд и отечность кистей рук. При попытке встать с постели было обморочное состояние. Вызвана «скорая помощь». Врач обнаружил мелкоточечную сыпь в нижних отделах живота и расценил её как аллергическую, назначил глюконат кальция и димедрол. Участковый терапевт при повторном осмотре на 6-й день болезни отметил желтушную окраску кожи и склер, обильную пятнисто-папулезную, местами сливную, зудящую сыпь на руках, животе, ягодицах, гиперемии кистей и стоп, гиперемии слизистой ротоглотки. Отклонений со стороны органов дыхания не было. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 100 уд/мин., АД 100/80 мм.рт.ст. Язык влажный, яркий. Печень выступает на 2 см из-под реберного края. Симптом поколачивания по поясничной области положителен с обеих сторон. Менингеальных явлений нет. На заводе имеются случаи заболевания, сопровождавшиеся жидким стулом.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Укажите наиболее вероятный диагноз и обоснуйте его.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз с вирусным гепатитом, гриппом, осложненным лекарственной болезнью, энтеровирусной инфекцией.
- 3) Составьте план обследования.
- 4) Составьте план лечения.

Клиническая задача №11

Больная А., 29 лет, заболела 8 дней назад, когда появился озноб, слабость, повышение температуры тела до 38-39°C. Со второго дня болезни отметила боль в горле. В анамнезе - частые ангины. Лечилась полосканием горла, анальгином. С 7-го дня болезни появились боли в суставах рук, ног, усиливающиеся при движении. Принимала самостоятельно аспирин, супрастин, эритромицин – без эффекта. На 14 день болезни состояние больной ухудшилось: на голенях появились багрово-синюшные пятна, болезненные на ощупь. Госпитализирована с диагнозом: «грипп, рожистое воспаление голени».

При осмотре: бледна, цианоз губ, румянец щек в виде «бабочки», температура 38,6°C. Задняя стенка глотки гиперемирована, зерниста; миндалины гиперемированы, отечны. Полиаденопатия. Голеностопные, лучезапястные суставы умеренно отечны, болезненны при пальпации. На голенях элементы узловой эритемы. Легкие - без видимой патологии. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, пульс 104 уд/мин., АД 110/80 мм.рт.ст. Печень мягкая, выступает из-под реберного края на 1 см, пальпируется селезенка. Из анамнеза: на работе питается в столовой.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Укажите наиболее вероятный диагноз. Проведите дифференциальный диагноз: иерсиниоз, рожа, ревматизм.
- 2) Составьте план обследования.

Клиническая задача №12

Больная Р., 52 лет, доставлена в инфекционную больницу с диагнозом «иерсиниоз». Жалуется на слабость, повышение температуры, обильную сыпь в верхней половине туловища, боль в позвоночнике. Заболела остро 2 дня тому назад, когда появился отек лица, век, зуд кожи, обильная сыпь на туловище, конечностях. К врачу не обращалась. Страдает остеохондрозом, по поводу болей в спине последние два дня принимала анальгин. Объективно: состояние средней тяжести, температура 37,2°C. Лицо и веки отечны. Сыпь обильная, пятнисто-папулезная, уртикарная, местами сливная. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 98 уд/мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный. Менингеальных явлений нет.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Согласны ли Вы с диагнозом «иерсиниоз»?
- 2) Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
- 3) Проведите дифференциальный диагноз.
- 4) Какова тактика ведения больной?

Клиническая задача №13

Больной А., 19 лет, военнослужащий, заболел остро. Появился озноб, головная боль, через несколько часов присоединились боли в животе, рвота, был однократно жидкий стул. Доставлен в хирургическое отделение. При осмотре состояние средней тяжести. Беспокоит головная боль, боль в животе. Бледен. Температура 38,6°C, пульс- 96 уд/мин, ритмичен, АД 140/90 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, болезнен при пальпации, больше в правой подвздошной области. Симптом Щеткина положительный, лейкоцитоз $17,5 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ - 28мм/час. Диагностирован острый аппендицит. Во время операции удален катарально измененный аппендикс. Назначен пенициллин 300 000 ЕД * 3 раза в/м. Ночью не спал из-за сильной головной боли, повторилась рвота, утром появилась заторможенность, сохранялась высокая температура. При осмотре выраженный менингеальный синдром.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Составьте план обследования и лечения.

Клиническая задача №14

Больной К. 42 лет, заболел после употребления из озера воды, находясь на рыбалке. На следующий день почувствовал слабость, появились тошнота, рвота, схваткообразная боль в животе, частый водянистый стул, пенистый, ярко-желтого цвета с легким «кислым» запахом. Нарастала слабость. Температура 37,6°C. Отмечает першение в горле.

Объективно: кожные покровы обычной окраски. Тургор нормальный, отмечается громкое урчание в животе, которое слышно на расстоянии. АД 110/70 мм.рт.ст. Пульс 87 уд/мин., ритмичен. Язык влажный, обложен. Отмечается умеренная гиперемия и зернистость слизистой мягкого неба, небных дужек, язычка. При пальпации живота – небольшая болезненность и урчание в параумбиликальной области. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических явлений нет.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Укажите наиболее вероятный диагноз:
 - a. ПТИ
 - b. Холера
 - c. Амебиаз
 - d. Ротавирусный гастроэнтерит
 - e. Иерсиниоз
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Назначьте план обследования для уточнения диагноза.

Клиническая задача №15

Больной М., 5 лет, заболел остро с повышения температуры тела до 38,0°C, появления двукратной рвоты, жидкого стула со слизью до 4 раз в день. Участковым педиатром диагностирована кишечная инфекция, назначено лечение. В течение 2 дней состояние ребенка не улучшалось, температура тела повысилась до 38,7°C, стул сохранялся жидким до 3 раз в сутки, появились боли в суставах, мелкоточечная сыпь на туловище и вокруг суставов. Ребенок повторно был осмотрен участковым врачом и направлен в инфекционный стационар. При поступлении (на 3-й день болезни) состояние больного средней степени тяжести, температура тела 37,8°C. В зеве умеренная разлитая гиперемия, зернистость задней стенки глотки. Язык обложен налетом, влажный. Пальпируются увеличенные шейные и тонзиллярные лимфатические узлы. На коже в области живота, в подмышечных и паховых складках, вокруг коленных и локтевых суставов обильная, яркая мелкоточечная сыпь. Ладони отечны и гиперемированы. в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, болезненный при пальпации в околопупочной и правой подвздошной области. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка не пальпируется. Мочится свободно. Стул 2 раза в сутки, жидкий, с небольшим количеством слизи.

РНГА с иерсиниозным диагностикумом на 3-й и 10-й день болезни (отрицат.);

РНГА с псевдотуберкулезным диагностикумом (+) в разведении 1:50 (3-й день болезни) и 1:200 (10-й день).

Результаты 3-кратного бактериологического исследования кала на шигеллы, сальмонеллы, УПФ, иерсинии (отрицат.).

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте окончательный клинический диагноз.
- 2) Обоснование диагноза.
- 3) С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
- 4) Назначьте лечение больному.
- 5) Назовите критерии выписки из стационара.

Клиническая задача №16

Больной Б., 18 лет. Болен 7 дней. Заболевание началось с повышения температуры до 38,8°C, небольшой головной боли, слабости. Врачом поликлиники диагностировано ОРЗ, назначен аспирин. Исчез аппетит, появилась слабость, тошнота, один раз была рвота. Отмечал чувство тяжести в эпигастральной области и правом подреберье. Температура нормализовалась к 4 дню, но на 5 день болезни утром обратил внимание на темный цвет мочи.

Госпитализирован с диагнозом: пищевая токсикоинфекция. В приемном отделении больницы при осмотре обнаружены иктеричность склер, увеличение печени и селезенки. Стула не было 3 дня.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Согласны ли Вы с диагнозом врача поликлиники? Если нет, то каков Ваш диагноз? Обоснуйте.
- 2) Укажите необходимые методы лабораторной диагностики в данном случае.
- 3) Составьте план лечения больного.

Клиническая задача №17

На приём к педиатру 4.01. привели девочку 8 лет с жалобами на недомогание, отсутствие аппетита, поперхивание при глотании, затруднение при чтении. С 1.01. наблюдается участковым педиатром, диагноз «ОРВИ». Обоснование диагноза – слабость, кратковременное расстройство стула, гиперемия слизистой ротоглотки. Девочка находится у бабушки, т.к. её мать лежит в больнице, а что с ней они не знают.

Объективно: состояние удовлетворительное. Бледна. Кожа чистая. Живот вздут, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Стула нет 3 дня. Пульс 80 уд/мин, тоны сердца ясные. АД 100/70 мм.рт.ст. Рот открывает неохотно, видна гиперемия слизистой и большое количество слюны, которую плохо глотает. Язык обложен. Небная занавеска свисает, неподвижна при фонации, голос гнусавый. Двусторонний мидриаз, расходящееся косоглазие справа.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Согласны ли Вы с диагнозом «дифтерия»? Установите диагноз.
- 2) Какие дополнительные сведения необходимо получить в данной ситуации?
- 3) Назначьте лечение.

Клиническая задача №18

Больная С., 24 лет, поступила в инфекционную больницу с диагнозом «пищевая токсикоинфекция» в состоянии средней тяжести. Заболела остро 4 дня назад, когда появились боли в животе, учащённый до 3 раз кашицеобразный стул без патологических примесей, першение в горле, температура поднялась до 37,8⁰С. Указанные жалобы сохранялись в течение последующих 2 дней, температура держалась на субфебрильных цифрах. На 3-й день болезни состояние ухудшилось, температура достигла 38,7⁰С, появились сильная головная боль, тошнота, рвота 4 раза в сутки. Объективно: Температура 37,7⁰С. Кожа бледная, сыпи нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, приглушены, пульс 116 уд/мин., АД – 100/70 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налётом. Миндалины, дужки, задняя стенка глотки гиперемированы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет. В сознании, но загружена, стонет. Менингеальный синдром слабо выражен. Очаговых симптомов нет.

Эпидемиологический анамнез: работает в детском саду, где наблюдались случаи лихорадочных заболеваний, сопровождающихся жидким стулом. Больной произведена люмбальная пункция. Получен прозрачный ликвор, вытекающий под повышенным давлением. Цитоз - 400 клеток в 1 мкл., белок – 0,6 %, в мазке лимфоцитов - 92%, нейтрофилов - 8%.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2) Составьте план обследования.
- 3) Назначьте лечение.

Клиническая задача №19

Больная П., 22 лет, вызвала «скорую помощь» по поводу появления общей слабости, двоения в глазах, тумана перед глазами, головокружения, поперхивания при питье воды. Больна 2-й день. Госпитализирована с подозрением на отравление спиртом.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура 37,2⁰С. В легких везикулярное дыхание, ЧД – 22 в мин. Тоны сердца приглушены. Пульс – 66 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 100/70 мм.рт.ст. Язык обложен белым налётом, суховат. Живот несколько вздут, безболезненный при пальпации. Печень и селезёнка не пальпируются. Стула в течение суток не было. Сознание ясное, менингеальных знаков нет. Отмечается левосторонний птоз, расширение зрачков, расходящееся косоглазие. Двусторонний парез мягкого нёба.

При дополнительном опросе выяснено, что накануне заболевания была в гостях, где угощали салатами из свежих овощей, жареной картошкой, солёными грибами, пила разведённый спирт.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Согласны ли Вы с направительным диагнозом?
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Назначьте план обследования и лечения.

Клиническая задача №20

Врач «скорой помощи» осматривает больную Ж., обратившуюся в связи «с очень плохим самочувствием». Больной 40 лет, по профессии - медсестра. В течение 2-х недель отмечает слабость, потливость, резкое снижение работоспособности, боли в крупных суставах, особенно ночью. В последние дни постоянное чувство тошноты, исчез аппетит, появилась головная боль и головокружение, потемнела моча. Температура не повышалась.

Неоднократно обращалась к участковому врачу и к терапевту по месту работы. Плохое самочувствие объясняли переутомлением, и больная продолжала работать. Вчера родственники заметили желтушность склер. Сегодня вследствие еще большего ухудшения самочувствия (усилилось головокружение, появилось «мелькание мушек» перед глазами) была вызвана «скорая помощь».

Объективно: Вялая, заторможенная, тремор рук. Дважды было носовое кровотечение. Температура тела 36,3⁰С. Выраженная желтуха. На коже и слизистых - геморрагии, положительный симптом щипка. Суставы не изменены. Живот мягкий, слегка вздут. Печень у реберной дуги, мягкая, верхний край - на уровне 7-го ребра. Селезенка не пальпируется. В легких и сердце - без особенностей. АД 90/70 мм.рт.ст. Пульс-100 уд/мин. Моча цвета пива, кал ахоличный.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте развернутый диагноз.
- 2) Составьте план обследования и лечения.

Клиническая задача №21

На прием к терапевту обратилась больная, 28 лет, после перенесенного ОРЗ; в настоящее время чувствует себя лучше, но отмечает слабость, плохой аппетит, боль в суставах. При осмотре: на коже конечностей и туловище несколько «синяков», которые образуются, по словам больной, в течение последнего года от малейших ушибов. Кожа и склеры желтушны. Увеличена и уплотнена печень, пальпируется селезенка. 1,5 года назад перенесла вирусный гепатит В, наблюдалась некоторое время в кабинете диспансеризации. Диету не соблюдала. При биохимическом исследовании крови: билирубин свободный-30 мкмоль/л, билирубин связанный-17 мкмоль/л, АлАТ-240 ЕД/л, АсАТ-586 ЕД/л; сулемовая проба - 1,7мл; протромбиновый индекс - 60%. Обнаружены также: HBsAg, HBeAg, anti-HBscore IgG.

ЗАДАНИЕ:

1. Укажите диагноз и обоснуйте его.
2. Какие дополнительные серологические данные необходимы для уточнения диагноза?
3. Каков план лечения больной?

Клиническая задача №22

К больной С., 42 лет, врачу-реаниматологу, был вызван врач поликлиники 24.04. Жалобы на высокую температуру тела, боль в правом подреберье, коленных и лучезапястных суставах. Больна 3-й день, пыталась лечиться самостоятельно (анальгин, аспирин), но самочувствие ухудшалось, заметила появление уртикарной сыпи на теле, головокружение, продолжалась боль в правом подреберье, усилилась тошнота, была повторная рвота, изменился цвет мочи, температура повысилась до 39,7° С. Сказала врачу, что в последнее время часто ела салат из свежих овощей, особенно из тепличных огурцов. После осмотра была направлена на госпитализацию в инфекционную больницу с диагнозами: «лептоспироз, иерсиниоз». В стационаре выявлена желтуха. Состояние тяжелое. Сохранялась боль в суставах, правом подреберье. На коже в области суставов необильная сыпь пятнисто-папулезного характера. Пульс 90 уд/мин, тоны сердца приглушены. Живот вздут, болезненный при пальпации. Печень увеличена, пальпировалась на 4 см ниже реберной дуги, край ее резко болезненный при пальпации. Селезенка увеличена. Асцит.

При биохимическом исследовании крови:

билирубин связанный — 150 мкмоль/л, свободный — 80 мкмоль/л;

АлАТ — 1500 ЕД/л, АсАТ — 1800 ЕД/л;

протромбиновый индекс — 50%;

общий белок — 45 г/л,

альбумины — 35%, альфа 1 — 5%, альфа 2 — 12%, бета — 15%, гамма — 32%;

сулемовая проба— 1,4 мл, тимоловая проба - 50 ед.;

При серологическом исследовании выявлены: HBsAg, антитела к ядерному антигену (суммарные), антитела к вирусу D класса М.

Состояние больной продолжало ухудшаться, усилилась боль в животе, головокружение, зевота, плохо спала, желтуха нарастала, было носовое кровотечение, размеры печени сократились. Переведена в отделение интенсивной терапии.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте диагноз и обоснуйте.
- 2) Наметьте терапевтическую тактику.
- 3) Каков прогноз болезни?

Клиническая задача №23

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

ЗАДАНИЕ:

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

Клиническая задача №24

Больная Ж., 48 лет, 4 августа обратилась к врачу по поводу высокой температуры на 4-й день болезни. Беспокоила головная боль, жар, озноб, потливость после понижения температуры. Диагностирован «грипп» рекомендована симптоматическая терапия. На 5-й день болезни состояние удовлетворительное, температура нормальная. Однако, на следующий день температура вновь с ознобом повысилась до 39°C. При осмотре: состояние средней тяжести, обильно потеет, температура 37,3°C. При осмотре выявлена умеренная тахикардия, увеличение печени и селезенки. Контакт с лихорадящими больными не имела. От госпитализации отказалась.

ЗАДАНИЕ:

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

Клиническая задача №25

Больной М., 28 лет, матрос, поступил в больницу с диагнозом «грипп» на 4 день болезни. Жалобы при поступлении на слабость, ломоту в теле, повышение температуры до 40°C, потливость, головную боль в течение всех дней. При осмотре состояние средней тяжести; кожа чистая, обычного цвета. Субиктеричность склер. Язык обложен. Лимфатические узлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. АД 110/60 мм.рт.ст. Пульс 100 уд/мин, ритмичный. Тоны сердца чистые, ясные. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 2,5 см, пальпируется увеличенная селезенка. По органам мочевыделительной системы и ЦНС патологии не выявлено. Из эпидемиологического анамнеза известно, что месяц назад был в Юго-Восточной Азии с экипажем корабля.

В больнице был установлен диагноз, подтвержденный обнаружением в толстой капле крови плазмодиев тропической малярии (трофозоиты и шизонты до 200 на 100 лейкоцитов). Больному был назначен делагил (вначале в таблетках, а затем в виде 5% раствора в/в). В течение последующих 3-х дней температура сохранялась до 39°C - 40°C, при повторном исследовании толстой капли крови количество паразитов сохранялась прежним.

ЗАДАНИЕ:

- 1) В чем причины отсутствия терапевтического эффекта от применения делагила?
- 2) Какова дальнейшая тактика врача?
- 3) Составьте план лечения.
- 4) Составьте план обследования.

Клиническая задача №26

Больная Р., 72 лет, работница прачечной, обратилась к врачу на 5-й день болезни с жалобами на головную боль, высокую температуру, сильную слабость. Заболела остро 20.01. - был озноб, температура повысилась до 38,2°C. Появились головная боль, тошнота, головокружение. Принимала анальгин и папазол, но лучше не стало. Ночью спала плохо, испытывала беспокойство, потребность «куда-то идти, что-то предпринять».

Состояние средней тяжести, многословна, эйфорична. Лицо гиперемировано, блеск глаз. Конъюнктивы инъецированы, на переходной складке единичные кровоизлияния. Цианоз губ. На коже обильная, яркая розеолезно-петехиальная сыпь. Тремор рук и языка при его высовывании. Язык обложен, сухой. Пульс 100 ударов в минуту, АД 120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, в легких без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируются печень и селезенка. Менингеальных симптомов нет. Из перенесенных заболеваний: в 1943г - сыпной тиф, ежегодно ОРЗ, грипп. Госпитализирована с подозрением на брюшной тиф.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Согласны ли Вы с диагнозом?
- 2) Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- 3) Проведите дифференциальный диагноз.
- 4) Составьте план обследования и лечения.

Клиническая задача №27

Больной И., 32 лет обратился к участковому врачу на 5-й день болезни с жалобами на головную боль, высокую температуру, сильную слабость, появление сыпи на теле. Заболел остро 26.08.: был сильный озноб, повышение температуры до 38,6°C. Появились головная боль, головокружение, нарушился сон, были устрашающие сновидения. Принимал аспирин, парацетамол, однако облегчения не наступало, усилилась головная боль, болели мышцы и суставы, на 4-й день болезни, 29.08., на теле появилась сыпь. При осмотре врача: состояние средней тяжести, температура тела 38,8°C, лицо гиперемировано, одутловато, конъюнктивы инъецированы, склерит, небольшой цианоз губ. На коже туловища и конечностей – обильная розеолезно-папулезная сыпь, единичные петехии на боковых поверхностях грудной клетки, ладонные и подошвенные поверхности свободны от сыпи. В области правого предплечья – возвышающийся над поверхностью кожи небольшой инфильтрат с некрозом в центре, покрытый темной корочкой. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, пульс 72 удара в минуту, АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Сознание ясное, менингеальных знаков и очаговой симптоматики нет. Из эпиданамнеза известно: геодезист, 20.08. вернулся из командировки в Кеминском районе, где работал в лесной местности. Был случай присасывания клеща. Госпитализирован в инфекционную больницу с подозрением на менингококковую инфекцию.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Какие симптомы противоречат предполагаемому диагнозу?
- 2) Установите и обоснуйте диагноз.
- 3) Какова тактика лечения больного?

Клиническая задача №28

Больной К., 38 лет, поступил в больницу с жалобами на кашель с небольшим количеством мокроты, головную боль, потливость. Заболел 5 дней назад: озноб, температура-38,5°C, на следующей день появилось першение и боль в горле при глотании, с 4 дня болезни – кашель, боли в суставах. Контакт с инфекционными больными, не имел, работает на животноводческой ферме. Состояние на момент осмотра средней тяжести, температура - 38,8°C, лицо гиперемировано, конъюнктивы инъецированы, слизистая ротоглотки гиперемирована, отечна. При перкуссии грудной клетки небольшое укорочение перкуторного звука справа в нижнем отделе, там же жесткое дыхание, единичные сухие и влажные хрипы. Пульс – 84 уд/мин., АД 100/60 мм.рт.ст. Печень и селезенка увеличены. Анализ крови: Лейкоциты – $4,6 \times 10^9/\text{л}$, п/я – 19%, с/я – 49%, лимфоциты – 26%, моноциты – 6%, СОЭ – 24 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: правосторонняя интерстициальная пневмония.

ЗАДАНИЕ.

- 1) Укажите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз: пневмококковая пневмония; орнитоз; Ку-лихорадка; легионеллез; грипп, осложненный пневмонией.
- 2) Составьте план обследования.
- 3) Назначьте этиотропную терапию.

Клиническая задача №29

Больной Р., 42 лет, в течение года живет в городе, до этого жил в Таджикистане. Поступил в стационар по «скорой помощи», с подозрением на сепсис. Жалобы на слабость, потливость, ознобы. Заболел 4 месяца назад, когда постепенно появились познабливание, утомляемость, субфебрильная температура, которая достигла 39°C, ухудшился аппетит, больной значительно похудел. Неоднократно обращался к врачу, - подозревалось заболевание крови, однако диагноз не подтвердился. При осмотре состояние средней тяжести. Бледен. Обращает на себя внимание землисто-серая окраска кожи. Кахексия. В легких - без патологии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 84 уд/мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Язык обложен. На миндалинах, в области небных дужек эрозии и язвы, покрытые грязно-серым налетом. Живот втянут, болезненный. Печень увеличена на 20 см, плотная, селезенка выступает из подреберья на 5,0см, плотная. Дизурических явлений нет. Со стороны ЦНС патологии нет.

Анализ крови: Нв-96г/л, эрит- $3,2 \cdot 10^{12}$ /л, тромб.- $156 \cdot 10^9$ /л, лейкоц- $3,4 \cdot 10^9$ /л, э.-0, п/я-1%, с/я-28%, лимф-59%, мон-12%, СОЭ-54 мм/час.

ЗАДАНИЕ.

- 1) Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Составьте план обследования.

Клиническая задача №30

Больной В., 40 лет, вызвал на дом врача в связи с высокой температурой. Жалобы на сильные боли в правой подмышечной области, головную боль, резкую слабость, кашель. Заболел 4 дня назад, когда появился озноб, головная боль, боль в мышцах, рвота и боли в правой подмышечной области, температура 39,5°C. На 2-й день обнаружил в правой подмышечной области резко болезненное образование. Начал принимать бисептол. На 4-й день появился кашель, состояние ухудшилось. За день до заболевания прилетел из командировки в Иссык-Кульскую область, где в течение 2-х недель жил в полевых условиях. Состояние тяжёлое. Больной возбуждён, лицо гиперемировано. Сосуды склер и конъюнктивы инъецированы. В правой подмышечной области резко болезненный, плотный конгломерат, с отёком мягких тканей, неподвижный. Кожа над ним имеет багрово-синюшную окраску. Кашель с небольшим количеством пенисто-кровянистой мокроты. При аускультации справа в нижнем отделе небольшое количество мелкопузырчатых хрипов. ЧД – 28 в мин. Тоны сердца приглушены. Пульс – 124 уд/мин. АД 90/60 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот безболезненный, пальпируется край селезёнки. В сознании. Менингеальных симптомов нет.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
- 2) Составьте план обследования и лечения.
- 3) Укажите, какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести.

Клиническая задача №31

Больной В., 38 лет, обратился к врачу с жалобами на высокую температуру, слабость, ломоту в теле, головную боль, сильные боли в правой подмышечной области. Считает себя больным в течение 4 дней. Заболевание началось с познобливания и подъема температуры до 38°C, тогда же отметил болезненность в правой подмышечной области. Самостоятельно принимал анальгин, делал компрессы на правую подмышечную область. Однако состояние ухудшалось: по вечерам беспокоили ознобы, держалась лихорадка – 39-40°C, боль в подмышечной области постепенно усиливалась, что заставило больного обратиться к врачу. Перед заболеванием ездил к родителям, живущим в сельской местности, помогал по хозяйству, участвовал в сельскохозяйственных работах. При осмотре: на правой кисти имеется рана, покрытая гнойной коркой, с гиперемией вокруг неё. В правой подмышечной области определяется болезненное образование с размером 5*6 см, плотное, четко контурирующееся, с размягчением в центре. Кожа под ним ярко гиперемирована. В легких патологии не выявлено. Тоны сердца слегка приглушены, пульс 100 уд/мин. АД 120/70 мм.рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Больной несколько вял, адинамичен. Яркий румянец на щеках. Очаговых неврологических и менингеальных симптомов нет. Госпитализирован с подозрением на кожно-бубонную форму чумы.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Согласны ли Вы с диагнозом?
- 2) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Клиническая задача №32

Больной Д., 25 лет обратился к врачу на пятый день болезни с жалобами на повышение температуры, головную боль, боли в мышцах. Заболел остро: появился озноб, головная боль, боли в мышцах, слабость, температура повысилась до 38,5°C. В последующие дни температура оставалась высокой, больной почти не спал. Со 2-го дня болезни заметил плотное болезненное образование в левой подмышечной области. При осмотре: состояние средней тяжести, температура 38,2°C. Лицо гиперемировано, одутловато, склеры и конъюнктивы инъекцированы. В левой подмышечной впадине пальпируется плотный умеренно болезненный лимфоузел размерами 3*4 см с четкими контурами, кожа над ним не изменена. В легких жестковатое дыхание, хрипов нет. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено. Очаговых и менингеальных симптомов нет. Эпиданамнез: за 4 дня до заболевания ездил на охоту в лесную местность, подстрелил зайца, разделывал его тушку.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Ваш предварительный диагноз?
- 2) Можно ли думать о чуме и на основании чего? Проведите дифференциальную диагностику.
- 3) Составьте план обследования и лечения
- 4) Каковы механизмы передачи данной инфекции и их связь с клиническими формами болезни?

Клиническая задача №33

Больной К., 47 лет, поступил в больницу на 8 день болезни с диагнозом: «Лакунарная ангина? Дифтерия?». Заболел 20.07 утром - появилось недомогание, слабость, озноб, температура - 37,5°C. К вечеру самочувствие ухудшилось, температура повысилась до 39°C, беспокоила сильная головная боль, ломота в мышцах и костях, вызванный на дом врач, диагностировал грипп, рекомендовал обильное питье, прием аспирина, димедрола. В последующие 2 дня существенных изменений в состоянии не произошло. 23.07 присоединилась небольшая боль в горле (справа) при глотании, а 24.07 припухлость шеи с той же стороны. При повторном осмотре врач диагностировал ангину и назначил эритромицин. Температура оставалась высокой (38,5-39°C), сохранялась умеренная боль в горле, припухлость шеи справа нарастала. Предложена госпитализация. При осмотре в отделении больницы состояние средней тяжести. Склерит, конъюнктивит. Рот открывает свободно. Правая миндалина увеличена до 2-й степени, гиперемирована, покрыта на 2/3 серовато-белым, с трудом снимающимся налетом. Подчелюстной лимфатический узел справа значительно увеличен, имеет четкие контуры, плотноватый, подвижный, при пальпации слегка болезненный, кожа над ним не изменена. Пальпируются незначительно увеличенные заднешейные лимфатические узлы справа. Другие периферические лимфоузлы не увеличены. В легких, сердце – без патологии. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Мочится достаточно. Стул за время болезни 2 раза, оформленный, обычного цвета. Сознание ясное. Менингеальных симптомов нет. При уточнении диагноза выяснено, что все лето живет в деревне, пьет не кипяченую воду. В доме много мышей. Замечал их помет на посуде и в хлебнице.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Наметьте план обследования и лечения.
- 4) Каков механизм заражения в данном случае?

Клиническая задача №34

Больной К., 27 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на слабость, повышение температуры до 37,5°C, появление резкого отека правой кисти. Из анамнеза: 4 дня назад заметил на правой кисти небольшое плотноватое зудящее пятно, которое принял за укус комара. На следующий день на месте пятна образовался пузырек с геморрагическим экссудатом, зуд усилился. При расчесывании пузырек лопнул и на его месте образовалась язва, быстро покрывшаяся черной коркой. Самочувствие стало ухудшаться: появились слабость, головная боль, температура тела поднялась до 37,8°C.

При осмотре: кисть правой руки резко отечна, пальпация её безболезненна. На тыльной поверхности имеется темно-коричневая корка, вокруг корки – темно-багровый венчик, на котором видны пузырьки с прозрачным содержимым. Пальпация корки и области отека безболезненна. Подмышечные лимфоузлы справа увеличены, плотные, чувствительные при пальпации. Эпиданамнез: больной постоянно живет в сельской местности. Никуда не выезжал. Работает на скотобойне. Контакт с инфекционными больными отрицает.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте и обоснуйте диагноз.
- 2) Проведите дифференциальную диагностику.
- 3) Тактика участкового врача?

Клиническая задача №35

Больной К., 25 лет, заболел 25.08 когда во второй половине дня появились: сильный озноб, жар, головная боль, ломота в теле, однократная рвота. Температура повысилась до 39,5°C. На 3-й день болезни состояние больного ухудшилось, на коже появились красные пятна, было носовое кровотечение. Госпитализирован «скорой помощью» с подозрением на менингококцемию.

В августе отдыхал в Южном регионе, в сельской местности. Вернулся в город за день до заболевания. За время отдыха дважды обнаруживал присасывающихся клещей. Состояние при поступлении тяжелое. Бледен, лицо одутловато. На туловище необильная петехиальная сыпь. Кровоизлияние в склеры, слизистую оболочку мягкого неба. Во время осмотра появилось носовое кровотечение. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс-110 уд/мин, АД 90/50 мм.рт.ст. Язык обложен. Слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована. Десны кровоточат. Стул со слов больного был утром, кашицеобразный, темного цвета. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Больной в сознании, возбужден. Слабо выражена ригидность мышц затылка.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Установите и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2) С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
- 3) Какие правила безопасности необходимо соблюдать при уходе за больным?

Клиническая задача №36

Больной Х., 32 лет, заболел, возвращаясь из поездки в Уганду (Центральная Африка), где он находился в течение 2-х недель; по роду работы выходил в джунгли. При посадке в самолет почувствовал себя плохо: появился озноб, головная боль, боли в мышцах спины, нижних конечностях, пояснице. Во время перелета самочувствие продолжало ухудшаться: появилась тошнота, несколько раз была рвота, беспокоила жажда, светобоязнь, моча приобрела красноватый оттенок. Сразу по прилете доставлен в медицинский пункт аэропорта. При осмотре: состояние тяжелое, температура 40°C, больной беспокоен, стонет, пытается встать, обращенную речь понимает плохо, на вопросы не отвечает, но команды выполняет. Лицо и шея ярко гиперемированы, глаза «налиты кровью», блестят. В момент осмотра носовое кровотечение. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД- 24 в мин, пульс- 126 уд/мин, АД 100/60 мм.рт.ст. Слизистая оболочка полости рта и языка ярко гиперемирована, отечна. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 0,5 см. Селезенку пальпировать не удалось. Сомнительные ригидность мышц затылка и симптом Кернига.

ЗАДАНИЕ:

- 1) О каких наиболее вероятных заболеваниях следует думать?
- 2) Какова должна быть тактика врача медицинского пункта?
- 3) Какие исследования необходимо провести?

Клиническая задача №37

Больной В., 40 лет, поступил в терапевтическое отделение больницы с диагнозом «острый пиелонефрит» 10.09. При поступлении жалуется на головную боль, тошноту, боли в животе и пояснице. Заболел 6.09 остро: появилась головная боль, озноб, боли в мышцах, температура повысилась до 39,4⁰С. Был диагностирован грипп. Лечился бисептолом, состояние не улучшалось. Из-за сильной жажды и сухости во рту пил много жидкости. 9.09 температура снизилась до 37,6⁰С, но состояние ухудшилось. Появились сильные боли в животе и пояснице, тошнота, отметил уменьшение количества мочи. Повторно вызвал врача, который направил больного в стационар.

Контакта с больными не имел. В течение второй половины августа жил на даче в сельской местности. Пил сырую воду из колодца. На посуде, газовой плите обнаруживал мышинный помет. Состояние при поступлении тяжелое. Лицо гиперемировано, конъюнктивы и склеры инъецированы. Кровоизлияние в склере левого глаза. В аксиллярных областях небольшое количество петехий, расположенных полосками. В легких – везикулярное дыхание, тоны сердца приглушены. Пульс 64 уд/мин. АД 130/90. Язык обложен, суховат. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в правом и левом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень +2см. В течение 6 часов не мочился. Мочевой пузырь пуст. Пальпация поясничной области резко болезненна. Больной в сознании, но заторможен, адинамичен. Менингеальных и очаговых симптомов нет.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Согласны ли Вы с направительным диагнозом?
- 2) Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 3) С какими заболеваниями необходимо поводить дифференциальный диагноз?
- 4) Составьте план обследования.

Клиническая задача №38

Военнослужащий П., 19 лет, доставлен в медсанчасть в 11.30 с диагнозом: Грипп, геморрагическая форма. Ночью проснулся от сильного озноба. В 7.00 температура - 40⁰С. При поступлении жалобы на головную боль, боли в мышцах и суставах, резкую слабость, чувство холода. Состояние тяжелое Т- 36,5⁰С, беспокоен. Кожа бледная, цианоз губ и ногтей. Множественные кровоизлияния в конъюнктивы глаз. На туловище, лице и конечностях, небольшое количество геморрагических элементов, количество и размеры которых в процессе осмотра увеличивается. Пульс-128 уд/мин; АД 80/30 мм.рт.ст., ЧД –24 в минуту. Мочился в 8.00 утра. Менингеальных симптомов нет. В части регистрировались случаи гриппа.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Тактика врача.

Клиническая задача №39

К больной И., 41 года, воспитателю интерната, вызвана «скорая помощь» 5.04 в связи с высокой температурой, сильной головной болью, плохим самочувствием.

Заболела утром 4.04 остро, когда появилось першение в горле, заложенность носа, головная боль, температура тела 37,5°C. Вызванный участковый врач диагностировал ОРЗ, назначил обильное питье, аскорутин, димедрол. На следующий день внезапно появился озноб, температура тела повысилась до 39,5°C, усилилась головная боль, ломота в теле, боль в суставах, заметила сыпь на туловище и нижних конечностях. В интернате, где работает больная, имеются дети, больные ОРЗ, некоторые из них госпитализированы.

При осмотре: состояние средней тяжести, адинамично, температура тела 39,2°C. На туловище и нижних конечностях папулезная сыпь, имеются геморрагии, кровоизлияния под конъюнктиву. Задняя стенка глотки умеренно гиперемирована, лимфоидные фолликулы гипертрофированы. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс 104 уд/мин, ритмичный, АД 90/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены, менингеальных явлений нет, выражена гиперестезия кожных покровов при их пальпации. Направлена на госпитализацию с диагнозом «корь».

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте диагноз, обоснуйте его.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Составьте план обследования и лечения.

Клиническая задача № 40

Больной К., 19 лет, студент, 10.03 обратился в студенческую поликлинику с жалобами на головную боль, озноб, слабость, першение в горле. Температура при измерении – 39,6°C. Диагностирован грипп. На следующий день состояние ухудшилось, 3 раза была рвота, головная боль усилилась, температура 40°C. Больной доставлен в стационар бригадой «скорой помощи». При поступлении состояние тяжелое, больной возбужден, неадекватен, сознание спутанное. При осмотре кожные покровы чистые. В легких хрипы не выслушиваются, ЧД – 24 уд/мин, сердечные тоны ясные, АД 150/80 мм.рт.ст. Пульс 110 уд/мин, ритмичен. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Больной не мочился с вечера предыдущего дня. Выражена ригидность мышц затылка. Положительный симптом Кернига с 2-х сторон. Зрачки сужены, D=S. Во время осмотра развились клонические судороги, больной потерял сознание.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Ваш предположительный диагноз, обоснуйте его.
- 2) Чем обусловлена тяжесть состояния?
- 3) План обследования и лечения.
- 4) Мероприятия в очаге.

Клиническая задача №41

Больной С., 30 лет, в июне поступил в неврологическое отделение с жалобами на повышение температуры, головную боль. Болен 4-й день: вначале температура повысилась до 37,5°C, а затем достигла 38–38,5°C. Появилась головная боль, тошнота, 2 раза была рвота. За 2 недели до болезни был в туристическом походе по Алтаю, жил в палатке. При осмотре: сыпи нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны, АД 120/75 мм.рт.ст., пульс 92 уд/мин. Печень и селезенка не увеличены. Умеренно выраженная ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

При диагностической люмбальной пункции получен ликвор следующего состава: цитоз - 283 лейкоцита в 1 мкл, белок-0,9 г/л, реакция Панди ++++, в мазке –88% лимфоцитов, 12% нейтрофилов.

Проведенное лечение: 5% р-р глюкозы с витаминами по 1000,0 мл, в/в, лазикс 40 мг.- в/в *1р., анальгин 50% -2,0 в/м*2р.

На фоне проводимой терапии головная боль и менингеальные симптомы уменьшились, но появился парез левой руки, признаки атрофии шейно-плечевой мускулатуры слева, больной с трудом наклоняет голову влево.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Укажите и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2) Укажите исследования, необходимые для подтверждения диагноза.
- 3) Проведите дифференциальный диагноз.

Клиническая задача №42

В медпункт вокзала обратилась беженка (14 лет) из Таджикистана с жалобами на сильную головную боль, боль в мышцах. Температура 38,8°C. Больна 3-й день, болезнь началась с повышения температуры, болей в горле, в животе, дважды был жидкий стул. В поезде состояние ухудшилось, обратилась за медицинской помощью. Госпитализирована с диагнозом: «пищевая токсикоинфекция». В стационаре на следующий день температура нормализовалась. Утром не смогла встать с постели из-за резкой слабости в ногах. При осмотре выявлен парез мышц бедра справа со снижением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, парез левой икроножной мышцы и прямой мышцы живота справа.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его
- 2) Сформулируйте дополнительные вопросы по анамнезу для уточнения диагноза.
- 3) Назначьте дополнительные обследования.

Клиническая задача №43

Больной В., 18 лет, студент техникума, доставлен в психиатрическую больницу 28 августа с диагнозом: «Острый психоз? Алкогольный делирий?». Болен 3-й день: появилось беспокойство, раздражительность, боль в ногах, температура 37,5°C, плохой сон. Сегодня состояния ухудшилось: появилось затруднение дыхания («спазмы»), обильное слюноотделение, расстройство глотания, резкая возбудимость, чувство страха. При осмотре: беспокоен, не вполне адекватен, вздрагивает от прикосновений и громких звуков, с развитием спазмов дыхания и глотания. При попытке пить воду из стакана возникает спазм мышц шеи. Зрачки расширены, глаза блуждают. АД 100/50 мм.рт.ст., пульс-130 уд/мин, температура 38,6°C. Частота дыхания до 38/минуту. Контакт с инфекционными больными не имел. Дома была собака, которая в июле умерла от «чумки». К врачу не обращался.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Ваши предположения о диагнозе? Обоснуйте.
- 2) Как можно подтвердить диагноз?
- 3) Принципы ведения больного.

Клиническая задача №44

Больной В., 25 лет, обратился к стоматологу в поликлинику в связи с затруднением при открывании рта. Стоматолог патологии не выявил, но отметил, что больной открывает рот не более чем на 3 см и направил его к неврологу. Невролог отметил оживление сухожильных рефлексов и рекомендовал успокаивающую микстуру с валерьяной и пустырником. На следующий день больной вновь обратился в поликлинику к терапевту в связи с полной невозможностью открывать рот и появлением затруднения при дыхании. Температура 37,5°C. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Пульс – 88 уд/мин, АД 130/85 мм.рт.ст. В амбулаторной карте терапевт отметил неадекватность поведения больного, проявляющееся в «немотивированной улыбке». Не получив помощи, больной обратился к хирургу, который выяснил, что за 10 дней до начала болезни больной получил ссадину левой голени во время игры в футбол, и после осмотра, беседы установил диагноз.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Какой диагноз установил хирург? Обоснуйте его.
- 2) Терапевтическая тактика.
- 3) Появления каких симптомов возможно ожидать при отсутствии медицинской помощи?
- 4) Каков патогенез данного заболевания?

Клиническая задача №45

Больная С., 28 лет, осмотрена на дому. Жалобы на боль в горле, резь в глазу, насморк, умеренную головную боль, повышение температуры тела до 38,5°C.

Болезнь началась 3 дня назад, с недомогания, катаральных явлений. Обратилась к врачу в связи с ухудшением самочувствия и проявлением рези в глазу. Состояние средней тяжести. Во внутреннем углу правого глаза слизисто-гнойное отделяемое. Конъюнктивы гиперемированы, склеры инъецированы, на переходной складке конъюнктивы правого глаза плёнчатый налет. Носовое дыхание затруднено, слизисто-гнойные выделения из носа. Миндалины отёчны, гиперемированы, на слизистой оболочке задней стенки глотки гиперемированные фолликулы. Шейные лимфоузлы увеличены, безболезненные. Госпитализирована с диагнозом: «ОРВИ. Дифтерия глаза».

ЗАДАНИЕ:

- 1) Ваш предварительный диагноз?
- 2) Проведите дифференциальный диагноз между ОРВИ и дифтерией глаза.

Клиническая задача №46

Больная И., 25 лет, вызвала врача «скорой помощи» в связи с плохим самочувствием, сухим болезненным кашлем, насморком, затрудненным дыханием. Говорит сиплым голосом. Больна 3-й день, заболевание связывает с переохлаждением. Сначала появилось першение в горле, заложенность носа, сиплый голос, затем кашель стал грубым. Температура тела была повышена незначительно (37,4°C). Не лечилась, т.к. не переносит многих лекарств. Ходила на работу. Сегодня ночью стало хуже, исчез голос, появилось удушье. При осмотре: состояние средней тяжести, бледная, цианоз губ. Одышка 26 в мин., дыхание шумное. Громкий, сильный «лающий» кашель. После откашливания голос появляется, но затем снова пропадает. АД 130/90 мм.рт.ст., пульс 90 уд/мин., температура 38,0°C. В легких сухие хрипы, слизистые оболочки миндалин, дужек, задней стенки глотки гиперемированы, слегка отёчны.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Решите вопрос о госпитализации.
- 4) Назначьте обследование и лечение.

Клиническая задача №47

Больная П., 17 лет, вызвала врача «скорой помощи». Жалобы на высокую температуру, чувство нехватки воздуха, сухой кашель, сильную головную боль и боль в глазных яблоках. Больна 3-й день, заболевание началось остро, с озноба, головной боли, болей в мышцах и суставах, повышение температуры до 39,2°C. Со 2-го дня появились боли за грудиной, сухой кашель, заложенность носа. На 3-й день температура снизилась до 38°C, но усилился кашель, появилась скудная мокрота розового цвета, выросла слабость, появилось чувство нехватки воздуха. При осмотре – состояние тяжёлое. Беспокойна, не может лежать. Бледная, цианоз губ. При аускультации легких – дыхание жёсткое, небольшое количество рассеянных, сухих и влажных хрипов. ЧД – 40 в мин. Пульс 120 уд/мин., ритмичный. АД 80/40 мм.рт.ст.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
- 2) Определите тактику ведения больной.

Клиническая задача №48

Больной В., 45 лет, обратился повторно к врачу 8.01 с жалобами на кашель со скудной мокротой, умеренную боль в грудной клетке слева, плохой аппетит, головную боль, повышение температуры тела до 38,6°C. Считает себя больным с 4.01, когда появилась головная боль в области лба, озноб, повысилась температура до 39,8°C, отмечалась ломота в теле. С 5.01 присоединились скудные выделения из носа, першение в горле, сухой кашель. Обратился к врачу. Была назначена симптоматическая терапия (обильное питье с медом, глюконат кальция, аскорутин, на ночь ибупрофен). Состояние несколько улучшилось. Слабость уменьшилась. 7.01 температура тела была нормальной. 8.01 кашель усилился, сначала сухой, затем с трудно отходящей мокротой, присоединилась боль в грудной клетке слева, потливость, вновь повысилась температура до 38,6°C.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. На крыльях носа подсыхающие герпетические высыпания. Незначительный цианоз губ. Слизистая глотки слегка гиперемирована, на мягком небе зернистость. В легких слева в нижних отделах под лопаткой и по аксиллярной линии притупление перкуторного звука, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. ЧД -26 в мин. Тоны сердца приглушены. АД 120/70 мм.рт.ст. Менингеальных явлений нет.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- 2) Решите вопрос о необходимости госпитализации.
- 3) План обследования и лечения.

Клиническая задача №49

Больной 3-х лет, посещает детский сад. За последние дни из группы выведено 4 ребенка с выраженными катаральными явлениями. Данный больной заболел с повышением температуры до 37°C, насморка. В последующем температура повысилась до 38,7-39°C, усилился насморк, появился влажный кашель, гнойное отделяемое из глаз. Ткани лица пастозные, веки отечные, из носа обильное слизистое отделяемое, крылья носа мацерированы, склерит, слезотечение, гиперемия конъюнктивы. В зеве яркая разлитая гиперемия, зернистость мягкого неба, бугристость задней стенки глотки, по ней стекает мутная слизь. Боковые валики утолщены, отечны. Увеличены все группы лимфоузлов. В легких выслушивается жесткое дыхание, проводные сухие и единичные крупнопузырчатые влажные хрипы. Печень+ 2см +3см +3 см.

ЗАДАНИЕ:

- 1) О каком заболевании следует думать?
- 2) Какие методы исследования необходимо назначить для подтверждения этиологии заболевания?
- 3) Какие клинические формы данного заболевания вам известны?
- 4) Составьте план лечения.
- 5) Назовите меры профилактики данного заболевания.

Клиническая задача №50

Ребенок 10 месяцев, заболел остро ночью с подъема температуры тела до 38,5⁰С, появления "лающего" кашля, осиплости голоса, слизистого отделяемого из полости носа, затрудненного дыхания, беспокойства. Машиной «скорой помощи» ребенок был доставлен в стационар. При поступлении: состояние тяжелое, выражена одышка (ЧД - 60 в мин) инспираторного характера с участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры грудной клетки, западением яремной ямки и эпигастрия. Отмечается периоральный цианоз, цианоз кончиков пальцев, "мраморный" рисунок кожи. Голос осиплый. Зев гиперемирован. Кашель грубый, лающий. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичны, ЧСС – 130, выпадение пульсовой волны на вдохе. В легких дыхание жесткое, проводится по всем легочным полям.

Вирусологическое исследование мазка из носоглотки в реакции иммунофлюоресценции: парагрипп (+), грипп (-), РСВ (-), Аденовирусы (-)

Клинический анализ крови: Нв - 130 г/л, Эр - $3,5 \cdot 10^{12}$ /л, ЦП - 0,89, Лейк - $8,3 \cdot 10^9$ /л; п/я-3%, с/я- 41%, э-2%, л-45%, м-9%, СОЭ- 10 мм/час.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте клинический диагноз. 2. Проведите обоснование диагноза.
- 2) Какие дополнительные исследования необходимо провести?
- 3) Окажите помощь на догоспитальном этапе.
- 4) Где следует лечить больного?

Клиническая задача №51

Девочка 1 года 9 месяцев, заболела за 3 дня до поступления в стационар. В 1-й день болезни температура повысилась до 37,4⁰С, к вечеру появился кашель, сначала обычный, а к утру следующего дня кашель стал суховатым, грубым, лающим. Мать отмечает, что вместе с появлением кашля голос у девочки стал менее звонким, хриловатым. На 2-е сутки девочка стала беспокойной, просыпалась ночью от частого кашля, голос стал еще более осипшим. На 3-е сутки температура оставалась субфебрильной, голос и кашель стали беззвучными, при кашле и волнении появлялся шумный вдох и небольшое втяжение эпигастральной области. Ребенок стал беспокойным, и врач направил его в больницу. При поступлении состояние тяжелое, температура 38,0⁰С, девочка вялая, бледная, выражен цианоз носогубного треугольника. Афония, кашель сухой, беззвучный. Резко выражено стенотическое дыхание с втяжением всех податливых мест грудной клетки. Пульс учащен до 148 уд/мин. Через 1,5 часа состояние ребенка ухудшилось, девочка стала крайне беспокойной, мечется, появился липкий пот на лбу и волосистой части головы, цианоз губ и носогубного треугольника, отмечается выпадение пульсовой волны на вдохе на 4–5 сердечном ударе.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Приведите его обоснование.
- 3) С каким заболеванием следует провести дифференциальный диагноз?
- 4) В каком стационаре и отделении должна лечиться больная?
- 5) Назначьте лечение больной и необходимые манипуляции.

Клиническая задача №52

Ребенку 4 года, болен в течение 2-х недель. Заболевание началось с покашливания, постепенно кашель усиливался, стал мучительным, навязчивым, а через неделю - приступообразным. Температура не повышалась. Во время приступа кашля лицо краснеет, вены лица и шеи набухают. Приступы кашля заканчиваются отхождением вязкой мокроты. Количество приступов за сутки до 10. При осмотре больного: в межприступный период состояние не изменено, отмечается незначительная одутловатость лица, перкуторно - над легкими коробочный оттенок звука, при аускультации - жесткое дыхание. Другой патологии не выявлено. Ребенок привит АКДС – вакциной – однократно в 2 мес., после чего отмечалась выраженная аллергическая реакция (сыпь, гипертермия) и в дальнейшем ребенок прививался АДС-М анатоксином. Дома в течение месяца кашляет старший брат больного.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте клинический диагноз.
- 2) Приведите его обоснование.
- 3) Какие результаты лабораторного обследования подтвердят диагноз.
- 4) Где будете лечить ребенка? Назначьте лечение.
- 5) Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Клиническая задача №53

Ребенок 3 лет поступил в стационар с жалобами на кашель. Из анамнеза заболевания выяснено, что в течение 10 дней ребенка беспокоил сухой кашель, при этом общее состояние оставалось удовлетворительным, температура не повышалась. Родители ребенка к врачу не обращались, самостоятельно ребенка также не лечили. Впоследствии кашель стал носить приступообразный характер, частота приступов кашля не превышала 10 раз в сутки. Рвоты, апноэ, покраснения и цианоза лица во время приступов кашля не отмечалось. Ребенок был осмотрен участковым врачом и с подозрением на коклюш направлен в стационар. В стационаре при бактериологическом обследовании была обнаружена *Bordetella parapertussis*.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте клинический диагноз.
- 2) Назначьте полное обследование.
- 3) Назовите принципы терапии данного заболевания
- 4) Существует ли специфическая профилактика данного заболевания?
- 5) Распишите противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

Клиническая задача №54

Больной Н. 37 лет, заболел постепенно, стал отмечать неприятные ощущения, чувство онемения стоп, затем кистей, боли в конечностях. Через несколько дней появились слабость в ногах, а затем в руках. Примерно через 2 недели не смог ходить и обратился к врачу. Осмотрен на дому неврологом и госпитализирован с диагнозом «алкогольная полиневропатия» в неврологическое отделение. Перенес корь, ветряную оспу, грипп. За 3 месяца до болезни перенес токсическую дифтерию ротоглотки. Алкоголем злоупотребляет с 27 лет. В отделении несмотря на лечение развился тетрапарез, двусторонний парез диафрагмы, дыхательная недостаточность, пневмония. В течение 2 недель находился на ИВЛ. Выписан через 4,5 месяца с остаточными явлениями тетрапареза (снижение мышечной силы в конечностях).

ЗАДАНИЕ:

- 1) Правильно ли установлен направительный диагноз?
- 2) Каков механизм поражения ЦНС? Каков прогноз болезни?

Клиническая задача №55

Больная И., 20 лет, студентка, заболела остро, появились познабливание, слабость, головная боль, температура 39,2°C. На 2-й день почувствовала боль в горле при глотании. При помощи зеркала увидела налеты на миндалинах. К врачу не обращалась, самостоятельно поставила диагноз «ангина» и лечилась антибиотиками. На 3-й день болезни обратила внимание на отек шеи. К 5-му дню температура нормализовалась, но оставалась слабость. После окончания каникул (на 10 день болезни) приступила к занятиям. Чувствовала себя неважно, беспокоили неприятные ощущения за грудиной, перебои в сердце. Обратилась к врачу поликлиники (16 день болезни), где была отмечена аритмия, глухость тонов сердца, брадикардия, в связи с чем была направлена на ЭКГ. При подъеме по лестнице на 5 этаж наступила внезапная смерть. На вскрытии обнаружена картина острого диффузного миокардита.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте и обоснуйте диагноз.
- 2) Объясните причину внезапной смерти с точки зрения патогенеза болезни.

Клиническая задача №56

Девочка 6 лет, из многодетной семьи, документа на ребенка нет. Заболела с подъема температуры до 39°C, жаловалась на боль в горле, головную боль. Обратились к врачу только на 5 день болезни. Немедленно ребенок был госпитализирован в стационар. Состояние при поступлении очень тяжелое: резко бледен, мраморность на туловище, конечностях, ладони и стопы холодные. Симптом "белого пятна" 12 сек., АД 80/40 мм.рт.ст., дыхание затруднено, голос с носовым оттенком. В зеве выраженный отек, миндалины III степени, покрыты серыми плотными пластами, которые не снимаются с миндалин и переходят на дужки и мягкое небо. Тонзиллярные лимфатические узлы увеличены, резко болезненны. Отек от подчелюстной области спускается ниже ключиц с обеих сторон. Тоны сердца глухие. Олигурия. Из носовых ходов торчат корки и пленки. На лице корочки и эрозивная поверхность. На 7 день болезни состояние еще более ухудшилось. Повторяется рвота, резкая тахикардия, вновь стало снижаться АД 70/40 мм.рт.ст., границы сердца расширены во все стороны, выслушиваются экстрасистолы, печень увеличилась до 3 см.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте клинический диагноз.
- 2) Назначьте обследование.
- 3) В каком отделении будете проводить лечение?
- 4) Лечение.
- 5) Следует ли прививать в дальнейшем ребенка от данного заболевания и как?

Клиническая задача №57

Ребенку 7 лет. Страдает нейродермитом, повторными ОРВИ, ангинами. Заболел остро с повышения температуры до $38,5^{\circ}$ - 39° С, выраженной боли в горле, головной боли, рвоты, слабости. К врачу обратились на 2 день болезни. При осмотре выявлена яркая гиперемия слизистой ротоглотки, миндалины II степени, покрыты толстыми серыми пленками, сплошь покрывающими миндалины, располагаются «+» ткань. Тонзиллярные лимфатические узлы до 2 см. Предложено лечение в стационаре. Но родители отказались от госпитализации. На следующий день (3 день болезни) состояние еще более ухудшилось, больной госпитализирован.

Состояние тяжелое, бледен, была двукратная рвота, температура $37,2^{\circ}$ С. Гиперемия слизистой ротоглотки застойная, миндалины III степени, покрыты сплошными, серого цвета налетами, переходящими на дужки, мягкое небо, не снимаются. Отек слизистой ротоглотки выраженный. Тонзиллярные лимфоузлы до 4–5 см., плотные, болезненные. Отчетливо виден отек подкожной клетчатки до середины шеи справа и до ключицы - слева. Тоны сердца приглушены. Другой патологии не выявлено.

ЗАДАНИЕ.

- 1) Укажите, были ли изначально показания для госпитализации этого больного.
- 2) Поставьте клинический диагноз.
- 3) Обоснуйте диагноз
- 4) Назначьте полное обследование в отделении
- 5) Назначьте специфическое и этиотропное лечение этому больному.

Клиническая задача №58

Девочка 8 лет обратилась к участковому врачу с жалобами на боль в горле при глотании и повышение температура тела до $37,5^{\circ}$ С. Участковый врач диагностировал лакунарный тонзиллит, взял мазок на коринебактерии дифтерии, назначил лечение (полоскание горла раствором фурациллина, ампициллин по 200 тыс. 4 раза в сутки внутрь). Наложения на миндалинах сохранялись в течение недели в виде островков, довольно легко снимались шпателем, но не полностью растирались между предметными стеклами. Температура тела снизилась до нормальных цифр. Из прививочного анамнеза известно, что в 3 месяца девочка была привита против дифтерии АКДС – вакциной. Сразу после вакцинации отмечался пронзительный крик в течение нескольких часов. Вторую вакцинацию ребенок получил в 5 месяцев АДС– М анатоксином, первую ревакцинацию - в 1 год 6 месяцев – АДСМ анатоксином. В 7 лет ревакцинация не проводилась.

В посеве слизи из зева и носа выделена коринебактерия дифтерии митис токсигенная.

Общий анализ крови: Нв - 156 г/л, Эр – $5,1 \cdot 10^{12}$ /л, ЦП – 1,0, Лейк – $9,6 \cdot 10^9$ /л; п/я-4%, с/я-65%, лимф. - %, мон-12%, СОЭ- 16 мм/час

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Дайте характеристику возбудителя.
- 3) Объясните патогенез заболевания.
- 4) Проведите дифференциальный диагноз.
- 5) Назначьте лечение.

Клиническая задача №59

Ребенок 5 лет, заболел остро во второй половине дня в детском саду с повышением температуры до 37,8°C и появления пятнисто-папулезной сыпи. С диагнозом: "Корь" отправлен домой. На второй день болезни участковый педиатр диагноз кори снял, т.к. на коже были выявлены элементы везикулезной сыпи, в том числе на волосистой части головы. Самочувствие больного было нарушено незначительно, в связи с чем ребенок оставлен дома. Дома температура повышалась до 38,5°C, на третий день болезни число элементов сыпи увеличилось, появились единичные элементы сыпи на слизистой полости рта.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте клинический диагноз и приведите его обоснование.
- 2) Назначьте обследование.
- 3) Назначьте лечение.
- 4) Составьте план проведения противоэпидемических мероприятий в детском саду.
- 5) Существует ли специфическая профилактика данного заболевания. Если да, то назовите препараты для вакцинации.

Клиническая задача №60

Ребенок 4 лет заболел остро с повышением температуры тела до 38,5°C, недомогания, снижения аппетита, повторной рвоты, болей в горле при глотании, появления сыпи на лице, туловище и конечностях. «Скорой помощью» ребенок был доставлен в стационар.

При осмотре в приемном покое: состояние больного средней степени тяжести, температура тела - 39,0°C, жалуется на головную боль и боль в горле. На щеках яркий румянец, при этом носогубный треугольник бледный. Кожные покровы сухие, гиперемированы, на туловище, сгибательных поверхностях конечностей обильная мелкоточечная сыпь. Слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание через нос свободное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия до 140 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочится свободно. Стул оформленный. St. localis: тонзиллярные лимфатические узлы до 1 см в диаметре, безболезненны. Рот открывает свободно. Отека в зеве и на шее нет. В ротоглотке яркая ограниченная гиперемия, анантема на мягком небе, миндалины II ст., по лакунам островчатые наложения, бело-желтого цвета, легко снимаются, растираются шпателем.

Клинический анализ крови: Hb - 125 г/л, Эр - $3,4 \cdot 10^{12}/л$, лейкоц - $13,5 \cdot 10^9/л$; э- 3%, п/я-10%, с/я- 65%, л- 17%, м-5%, СОЭ- 25 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

В посевах слизи из ротоглотки обнаружен рост гемолитического стрептококка группы А.

ЗАДАНИЕ.

- 1) Поставьте клинический диагноз.
- 2) Проведите обоснование диагноза.
- 3) Проведите дифференциальный диагноз с иерсиниозом.
- 4) Назначьте лечение.
- 5) Составьте план противоэпидемических мероприятий дома и в детском коллективе (ребенок посещает детский сад).

Клиническая задача №61

Больной 37 лет обратился в медпункт гостиницы с жалобами на головную боль, боль в мышцах, резкую слабость, повышение температуры до 39,5°C, сухой кашель. Болен 2 день, заболел остро. Проживает в гостинице в течение 7 дней, участник конференции. Заседание происходит в конференц-зале гостиницы, оборудованной системой кондиционирования воздуха. Судя по записям в журнале регистрации больных мед. пункта за последние 3-ое суток со сходными жалобами обратилось 12 участников конференции. Повторных обращений не было.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его, укажите необходимые исследования для уточнения диагноза.
- 2) О каком механизме распространения инфекции можно думать?
- 3) Какие меры необходимо предпринять для предупреждения дальнейшего распространения болезни.

Задача №62

У ребенка 5 лет на фоне температуры 37,3°C и легких катаральных явлений появилась сыпь на всех участках тела. На дом вызван участковый врач. При осмотре: состояние больного ближе к удовлетворительному, температура 37,3°C, имеется небольшая заложенность носа, увеличены затылочные, заднешейные лимфатические узлы. На неизменном фоне кожи лица, туловища, конечностей мелкая пятнистая сыпь со сгущением на разгибательных поверхностях рук, спине и ягодицах. Слизистая ротоглотки слабо гиперемирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 96 ударов в минуту. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных знаков нет. Физиологические отправления не нарушены.

Клинический анализ крови: Нб - 120 г/л, Эр - $3,5 \cdot 10^{12}/л$, Лейк - $6,0 \cdot 10^9/л$; п/я-1%, с/я- 30%, л- 60%, м-9%, СОЭ- 5 мм/час.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- 2) С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз?
- 3) Назовите специфические методы диагностики данного заболевания.
- 4) Распишите лечение больному.
- 5) Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге заболевания.

Клиническая задача №63

Больной П., 25 лет, рабочий. Обратился в МСЧ завода в связи с плохим самочувствием, слабостью, повышением температуры тела до 37,5°C, появлением кашля и насморка, головной боли. Осмотрен врачом. Отмечены отечность, гиперемия слизистой ротоглотки. С диагнозом «грипп» отправлен домой. В течение следующих 2–3 дней самочувствие ухудшилось, нарастала слабость, мучил сухой кашель, насморк, температура достигла 39,5°C, исчез аппетит, плохо спал ночью. Врач поликлиники, вызванный на дом, выявил гиперемиию и одутловатость лица, отечность конъюнктив и краев век, слезотечение и светобоязнь. Кашель был частым, грубым, голос - охрипшим. При осмотре полости рта и глотки - яркая гиперемия, отечность, рыхлость слизистой. На внутренней поверхности щек (напротив коренных зубов) беловатые образования до 1 мм в диаметре, окруженные небольшим венчиком красноты. В легких рассеянные, сухие хрипы, пульс 98 уд/мин, ритмичный. Латеральные шейные лимфоузлы увеличены, безболезненны. Печень не увеличена. Менингеальных явлений нет.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте диагноз, обоснуйте его.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Решите вопрос о необходимости госпитализации.
- 4) Спрогнозируйте дальнейшее развитие болезни. Укажите возможные осложнения.

Клиническая задача №64

Ребенок 4 лет заболел остро, поднялась температура до 37,8°C, появился кашель, насморк. В течение 2 дней температура держалась на субфебрильных цифрах, самочувствие больного страдало незначительно. На 4-й день болезни появилась сыпь на лице. Был вызван участковый врач. При осмотре: состояние ребенка средней степени тяжести, температура 38,0°C, лицо пастозное, катаральный конъюнктивит, светобоязнь, из носа слизистое отделяемое, кашель сухой. В зеве умеренная разлитая гиперемия, мягкое и твердое небо неравномерно-пятнистое. Слизистые щек и десен шероховатые, гиперемированы, с белыми мелкими пятнышками в области малых коренных зубов. На лице, шее, груди красная пятнисто-папулезная сыпь. На лице сыпь имеет тенденцию к слиянию. Другой патологии не найдено. В детском саду карантина нет. В семье еще есть ребенок 2 лет. Вакцинация против инфекционных заболеваний ему не проводилась, несмотря на отсутствие противопоказаний. Ясли не посещает.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте клинический диагноз с указанием периода болезни.
- 2) Обоснование диагноза.
- 3) Назначьте лечение больному.
- 4) С какими заболеваниями будете проводить дифференциальный диагноз?
- 5) Профилактические мероприятия в детском саду и семье.

Клиническая задача №65

Бригада «скорой помощи» была вызвана 20.01 к больной С., 29 лет. Врач нашел больную без сознания. Со слов родственников стало известно, что 13.01 больная отметила слабость, головную боль, боли в мышцах, озноб, насморк, светобоязнь, температура тела поднялась до 38,2°C. Принимала анальгин, 15.01 утром появилась сыпь на туловище, а к вечеру – на верхних и нижних конечностях. Отметила также боль в затылочной области. Вызванный участковый врач поставил диагноз «ОРЗ, медикаментозная сыпь». Назначена десенсибилизирующая терапия. С 3-го дня болезни температура начала снижаться и к 5-му дню болезни нормализовалась. В это же время сыпь побледнела и к 5-му дню угасла, не оставив следов. Утром 20.01 вновь поднялась температура до 38,8°C, появилась неадекватность поведения, рвота, судороги. При осмотре: состояние тяжелое, сознание отсутствует. Кожа чистая. Увеличены затылочные и заднешейные лимфатические узлы. Дыхание ритмичное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Пульс 60 уд/мин. АД 130/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Реакция зрачков на свет снижена, легкая сглаженность носогубной складки слева, положительные симптомы Гордона, Оппенгейма слева, положительный ладонно-подбородочный рефлекс справа. Выявлена также ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте и обоснуйте диагноз.
- 2) Составьте план обследования и лечения.
- 3) Каков прогноз заболевания?

Клиническая задача №66

Мальчик 2 лет, посещает детский сад. Воспитатель в группе заболела ангиной. Утром в детском саду ребенок пожаловался на боль при глотании, отказался от еды. При осмотре - температура тела 37,3°C, на коже лица, туловища, конечностей – розовая мелкоточечная сыпь с насыщением в естественных складках кожи. В зеве яркая гиперемия, увеличены переднешейные лимфоузлы. Язык обложен белым налетом. С подозрением на скарлатину ребенок отправлен домой, назначено лечение. К 3-му дню сыпь исчезла, зев побледнел. Мама прекратила лечение, т.к. посчитала ребенка выздоровевшим. Через 2,5 недели вновь повысилась температура до 38°C, появилась головная боль, бледность, слабость, моча с розоватым оттенком. Была повторная рвота. Ребенок госпитализирован в стационар. В стационаре: АД 140/80 мм рт ст. Состояние тяжелое, мальчик вял, бледен, лицо одутловатое, пастозность голеней, стоп. Сыпи нет. Зев слегка гиперемирован. В легких хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, отмечается акцент II тона на а.pulmonalis. Живот мягкий, печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул оформлен. Диурез снижен.

Общий анализ крови: Нв - 100 г/л, Эр - $3,1 \cdot 10^{12}/л$, Лейк – $11,0 \cdot 10^9/л$; э- 0%, п/я-7%, с/я- 60%, л- 22%, м-2%, СОЭ- 32 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1020, белок – 2 г/л, сахар – нет, эритроциты – 25–30 в п/з, местами скопления, цилиндры гиалиновые – 2-3 в п/з.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте клинический диагноз.
- 2) Объясните патогенез заболевания.
- 3) В какой терапии и длительности курса нуждается ребенок с начала заболевания?
- 4) Каких специалистов Вы пригласите на консультацию?
- 5) В каких дополнительных исследованиях нуждается больной?

Клиническая задача №67

Больная Н., 58 лет обратилась к невропатологу по поводу сильных болей в правой половине головы. Диагностирована невралгия тройничного нерва, назначены анальгетики и противовоспалительные препараты. На 5 день состояние больной ухудшилось. Температура повысилась до 39,5°C, головная боль усилилась и приняла диффузный характер. Была однократная рвота. На правой щеке появился участок покраснения и отек. Больная вызвала врача на дом и была госпитализирована с диагнозом «рожистое воспаление лица». При поступлении состояние средней тяжести. Правая щека и веки отечны, на правой половине лба и щеке эритема с нечеткими границами, более яркая в центре, переходящая на боковую поверхность шеи. В центре эритемы кожа инфильтрирована, видны сгруппированные мелкие папулы и везикулы. Подчелюстные и околоушные лимфоузлы увеличены и умеренно болезненны. Со стороны легких, сердца и органов пищеварения без патологии. Больная в сознании, адекватна. Умеренно выражена ригидность мышц затылка. Симптом Кернига слабopоложительный. Очаговых симптомов нет. Выраженная болезненность при надавливании на точки выхода тройничного нерва.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Установите диагноз, обоснуйте его.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Каковы этиология и патогенез этого заболевания.

Клиническая задача №68

Больной Н., 19 лет, студент, обратился к отоларингологу поликлиники с жалобами на боль в горле при глотании, неприятные ощущения в области шеи, повышение температуры до 37,4°C, которые появились три дня назад. При осмотре выявлена лакунарная ангина и увеличение передне- и заднешейных лимфатических узлов до 1x0,5 см. Одновременно отмечена иктеричность склер и потемнение мочи. Был госпитализирован в инфекционную больницу с диагнозом «вирусный гепатит». В отделении при более внимательном осмотре и изучении анамнеза было выяснено, что отмечал слабость, познабливание, потливость, повышение температуры уже в течение 10 дней. 3 дня назад усилилась боль в горле при глотании, температура повысилась до 38°C. Дважды обращался с этими жалобами к врачу студенческой поликлиники, по рекомендации которого принимал аспирин, продолжал посещать занятия в институте. При осмотре в приемном отделении больницы объективно обнаружены: легкая желтушность кожи и слизистых, пастозность лица, полиаденит с преимущественным увеличением заднешейных лимфатических узлов, лакунарная ангина, увеличение печени и селезенки. Врач приемного покоя усомнился в диагнозе острого гепатита. Гемограмма: лейкоциты – $12,3 \cdot 10^9/\text{л}$; п/я-10%; с/я – 20%; лимф.-62%; мон.- 8%; СОЭ-17мм/час. Среди лимфоцитов 37% атипичных мононуклеаров. Биохимический анализ крови: билирубин свободный-25 мкмоль/л, связанный- 6,3 мкмоль/л, АЛТ-629 ЕД/л, АСТ-435 ЕД/л.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Согласны ли Вы с направительным диагнозом?
- 2) Поставьте диагноз.
- 3) Проведите дифференциальный диагноз с вирусным гепатитом.

Клиническая задача №69

Больная В., 50 лет, обратилась к врачу с жалобами на боль в крупных суставах рук, ног, слабость, потливость, раздражительность. Считает себя больной около 2 лет, когда стала беспокоить боль в суставах, временами повышалась температура до 37,3°C-37,5°C.

Амбулаторно диагностирован ревматоидный полиартрит. Лечилась аспирином с временным улучшением. Ухудшение состояния наступило месяц назад, когда усилились слабость, потливость, обострилась боль в суставах, появилась раздражительность, что и заставило вновь обратиться к врачу.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожа повышенной влажности, без сыпи. Лимфоузлы мелкие, плотноватые. В подкожной клетчатке пояснично-крестцовой области определяются плотноватые образования величиной до фасоли. Левый плечевой, правый коленный и голеностопный суставы увеличены в объеме, контуры их сглажены, движения в них ограничены и болезненны. Печень и селезенка не увеличены. Тоны сердца ритмичные, приглушены, пульс- 76 уд/мин. АД –120/70 мм.рт.ст. Больная эмоционально неустойчива, плаксива. Менингеальных симптомов поражения нервной системы нет.

ЗАДАНИЕ.

- 1) Согласны ли Вы с амбулаторным диагнозом? Укажите наиболее вероятный диагноз и обоснуйте его.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз с ревматоидным полиартритом.
- 3) Каков патогенез образований в подкожной клетчатке? Как они называются?

Клиническая задача №70

Больной Ш., 20 лет, рядовой. Обратился в МСЧ 3.04 с жалобами на припухлость шеи в области правой околоушной железы, боль при открывании рта, сухость во рту, головную боль, слабость. Заболел накануне вечером, когда заметил припухлость в области угла нижней челюсти справа, боль при открывании рта, слабость, боли в животе. Объективно: состояние средней тяжести, температура 37,7°C. Кожные покровы чистые. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Незначительный тризм жевательной мускулатуры. В правой околоушной области отмечается припухлость, слегка болезненная при пальпации, тестоватой консистенции, не связанная с подлежащими тканями, кожа над ней натянута и лоснится. Слизистая глотки не гиперемирована. В легких жесткое дыхание, хрипов нет, Тоны сердца ритмичные. Пульс 86 уд/мин, ритмичный удовлетворительного наполнения. АД 110/70 мм.рт.ст. Язык густо обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул скудный 2 раза в сутки без патологических признаков. Печень и селезенка не пальпируются. Менингеальных явлений нет. Госпитализирован.

В дальнейшем температура тела стала снижаться и нормализовалась 5.04. Припухлость в области правой околоушной железы стала постепенно исчезать. При обследовании выявлено повышение амилазы крови до 320 г/(ч/л) (норма 16 – 32 г/(ч/л)). 7.04 появился озноб, температура тела 39,1°C. головная боль. Ноющие боли в правом яичке, паховой области. При осмотре: правое яичко увеличено в размере по сравнению с левым в 2 раза, плотное, болезненное, кожа мошонки гиперемирована.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте диагноз, обоснуйте его.
- 2) Поражение каких органов возможно при данном заболевании (особенно у взрослых)?
- 3) Какие отдаленные неблагоприятные последствия возможны после перенесения данной инфекции?

Клиническая задача №71

Больная Л., 26 лет, рабочая рыбокомбината, направлена в инфекционную больницу с диагнозом «рожа левой кисти». Состояние при поступлении удовлетворительное. Жалобы на зуд и жжение в области среднего пальца левой кисти. Больна 3-й день, болезнь началась с появления указанных выше жалоб, небольшого недомогания, повышения температуры до 37,6°C. Обратила внимание на покраснение кожи среднего пальца левой кисти, который за 2 дня до заболевания уколола рыбной костью.

При осмотре в области ладонной поверхности среднего пальца участок эритемы багрового цвета, распространяющийся на ладонную поверхность кисти. Края эритемы четкие, приподнятые, кожа на пораженном участке инфильтрирована, безболезненна при пальпации. Среднефаланговый сустав отечен, движения болезненны.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте диагноз, обоснуйте его.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Назначьте лечение.

Клиническая задача №72

Больной Ц., 30 лет, наблюдается врачом поликлиники в течение 4 дней с диагнозом «грипп». Вызвал врача повторно в связи с ухудшением состояния. Из анамнеза известно, что заболел 20.08, когда появился озноб, температура 39,0°C, отметил сильную боль в мышцах, головную боль, рвоту. Принимал различные препараты, в том числе тетрациклин (2–3 таблетки), температура снизилась до 37,8°C, и больной решил, что выздоравливает. Но 24.08 состояние ухудшилось, усилилась головная боль, возобновилась рвота. При осмотре обращает на себя внимание инъекция сосудов конъюнктив, иктеричность склер, гиперемия лица, увеличение печени. Отмечается гиперестезия мышц, выраженная ригидность затылочных мышц, симптом Кернига и нижний симптом Брудзинского. Температура 38,6°C. За 10 дней до заболевания рыбачил на озере, купался, пил сырую воду. Госпитализирован с диагнозом: «менингит».

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте и обоснуйте диагноз.
- 2) С чем связано ухудшение состояния больного?
- 3) Составьте план обследования.
- 4) Какие изменения спинномозговой жидкости характерны для менингита при лептоспирозе?
- 5) Какие органы наиболее часто поражаются при данной болезни?

Клиническая задача №73

Больная С., 42 лет, заболела остро около 10 дней назад с озноба и подъёма температуры до 40°C., беспокоили мышечные боли и боли в суставах. В течение последующих 3-х дней сохранялась высокая (до 40,2°C) температура, с колебаниями в течение дня до 2,5-3°C. Снижение температуры сопровождалось обильным потоотделением. К врачу не обращалась, т.к. несмотря на высокую температуру, субъективно чувствовала себя неплохо и не позволяли хозяйственные дела. На 4-й день болезни температура снизилась до 37,7°C и держалась на субфебрильных цифрах с колебаниями до 0,5°C в течение 5 дней, продолжала беспокоить потливость. В дальнейшем температура с ознобом вновь поднялась до 40,1°C, появились боли в крестце, в коленных суставах, по поводу чего обратилась к врачу поликлиники.

Из эпиданамнеза известно, что больная по профессии ветеринарный врач.

Объективно: кожа обычной окраски, влажная, сыпи нет. Температура 39,7°C. Пальпируются мелкие лимфоузлы, безболезненные, мягко-эластической консистенции. Суставы внешне не изменены. Движения в коленных суставах болезненны. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, пульс 108 уд/мин., удовлетворительного наполнения, АД –110/70 мм.рт.ст. Аппетит не снижен. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень на 2см выступают из-под края реберной дуги. Пальпируется селезенка. Больная эмоционально лабильна, раздражительна.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте предварительный диагноз.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Наметьте план обследования больной.

Клиническая задача №74

Больной С., 28 лет, работник мясокомбината, постоянно проживает в городе, обратился в поликлинику 10.07 с жалобами на озноб, сильную головную боль, боли в икроножных мышцах. Заболел 3 дня назад остро с появления потрясающего озноба, головной боли, болей в пояснице, мышечных болей. Сегодня отметил темный цвет мочи и желтушность склер, а также усиление болей в пояснице, снижение диуреза (последний раз мочился необильно накануне вечером). Температура сохранялась 38,5-39°C. Врач при осмотре отметил умеренную желтуху слизистых и кожи. Лицо одутловато, кровоизлияния в конъюнктивы. При пальпации икроножных мышц и спины отмечает умеренную боль. Суставы не изменены. Пульс 100 уд/мин, АД 100/70 мм.рт.ст. Печень пальпируется на 1.5-2см ниже края реберной дуги. Кал окрашен, моча темная. Положительный симптом поколачивания по поясничной области с обеих сторон. Врачом заподозрена тяжелая форма вирусного гепатита.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Согласны ли Вы с этим диагнозом? Ваши предположения.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Составьте план обследования и лечения.

Клиническая задача №75

Больная Е., 32 лет, свинарка, госпитализирована в инфекционную больницу, с диагнозом «сыпной тиф» на 6 день болезни. Заболела 17.07, когда отмечала слабость, озноб. Боли в ногах, в поясничной области. Температуру не измеряла, продолжала работать. 20.07 температура повысилась до 38°C, появилась головная боль, рвота, боли в спине, ногах усилились. Обратилась к терапевту, где был диагностирован «грипп». 23.07 состояние ухудшилось, на коже появилась сыпь, температура 39°C и больная была направлена на госпитализацию. При поступлении состояние средней тяжести, температура 39,6°C. Склеры инъецированы, субиктеричны. На коже груди немногочисленные петехиальные элементы. В легких – хрипов нет. Пульс – 120 уд/мин. АД 120/90. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 1,5 см. Поражения мочевыделительных органов и ЦНС нет. Пальпация икроножных мышц болезненна.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Каков механизм заражения в данном случае?
- 4) Каков патогенез мышечных болей при данном заболевании?

Клиническая задача №76

В терапевтическое отделение поступила больная М., 58 лет, с направительным диагнозом: пневмония.

Заболела 7 дней назад, в первый день было познабливание, боль в суставах, недомогание. Со 2-го дня болезни температура поднялась до 38,7°C, появился сухой кашель. Лечилась ампициллином в таблетках - без эффекта.

При осмотре: кожа чистая. В легких некоторое укорочение перкуторного звука в нижних отделах справа, мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны, тахикардия, ЧСС=пульсу-92 уд/мин. АД-150/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см., пальпируется селезенка.

Со слов больной: «В семье все болеют. Внук госпитализирован в больницу с пневмонией, у дочери тоже высокая температура и кашель, но она отказалась от госпитализации. Из животных дома есть кошка, недавно купили попугая».

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
- 2) С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
- 3) Составьте план обследования и лечения.

Клиническая задача №77

Больная З., 42 года. Жалуется на жар, слабость, головную боль, покраснение и отек кожи правой голени и стопы. Заболела остро через несколько часов после переохлаждения. Внезапно появились сильный озноб, головная боль. Температура тела быстро поднялась до 39,5°C. Дважды отмечалась рвота. Беспокоила умеренная боль в правой паховой области. На 2-й день болезни появились покраснение и отек в области тыльной поверхности правой стопы, быстро распространившиеся на голень. Боль в правой паховой области усилилась.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура 39,2°C. Органы дыхания без отклонения от нормы. Пульс 116 уд/мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/60 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. В области бедра и правой голени подкожные вены расширены, узловаты, на тыле стопы, передней и боковых поверхностях голени - гиперемия с четкими границами и неровными контурами. При пальпации участка эритемы - болезненность, более выраженная по периферии и по ходу вен. Правая голень и стопа отечны, кожа блестит. В паховой области пальпируются увеличенные, болезненные лимфатические узлы.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Сформулируйте полный диагноз.
- 2) Дифференциальный диагноз.
- 3) Терапевтическая тактика.

Клиническая задача №78

Больной Д., 56 лет. Заболел 14.05 около 18 часов. Отметил сильную слабость, озноб, головную боль, боли в мышцах рук и ног, пояснице. Температура тела 40,6°C. Вызвал «скорую помощь». Врач поставил диагноз «грипп». Назначил обильное питье и полоскание горла, аспирин, анальгин. Ночью спал с перерывами. Утром состояние по-прежнему плохое: головная боль, боли в мышцах, чувство жара, температура тела 41,0°C, рвота, спутанность сознания. Был кратковременный обморок при попытке встать с постели. Появилось покраснение голени, а затем и тыла правой стопы, к середине дня распространившееся на всю голень. Несколько позже на пораженной коже появились пузыри. На второй день болезни осмотрен участковым врачом. Объективно: состояние тяжелое. Вес около 100 кг при росте 172 см. Кожные покровы бледные, горячие. Температура тела 40,2°C. На правой ноге участок эритемы, охватывающий голень и стопу. Очертания очага неправильные, кожа напряжена, лоснится, при пальпации горячая, умеренно болезненная. Голень отечная. На тыле стопы имеются пузыри размером 3*4 см., напряженные, заполненные геморрагическим содержимым, много кровоизлияний. Имеется болезненность и увеличение паховых лимфоузлов, гиперемия кожи над ними - «розовое пятно». Ороговение кожи стоп, деформация ногтей, трещины между пальцами. Пульс 116 уд/мин, АД 110/60 мм.рт.ст. В легких хрипов нет. Язык суховат, обложен. Живот мягкий. Дизурических явлений нет. В сознании. Менингеальных явлений нет.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте и обоснуйте развернутый диагноз.
- 2) Определите терапевтическую тактику.
- 3) Каковы профилактические мероприятия после выписки?
- 4) Каков морфологический субстрат данной инфекционной болезни?

Клиническая задача №79

Больной К., 54 лет, слесарь, обратился к врачу с жалобами на слабость, высокую температуру тела, головную боль и сильную «дергающую» боль в правой ладони и подмышечной области. 7 дней тому назад на работе поранил кисть правой руки. Через 3–4 дня появилась боль в области раны на правой кисти, а затем в подмышечной области. Кисть покраснела и отекала. При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 39,4°C. Правая ладонь отечна, отек распространяется на предплечье. Кожа на тыльной поверхности кисти гиперемирована, горячая, края нечеткие. Пальпация кисти чувствительна, в центре – резко болезненный инфильтрат. В области 2-го пальца ссадина 1,5*1 см, покрытая грануляциями и коркой, под которой имеется гнойное отделяемое. Локтевые и подмышечные лимфоузлы справа увеличены, болезненны. Пульс 120 уд/мин, АД 110/70 мм.рт.ст. В легких хрипов нет. Живот безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Со стороны мочевыделительных органов и ЦНС без патологии. Госпитализирован в районную больницу с подозрением на рожу правой кисти.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Согласны ли Вы с поставленным диагнозом?
- 2) Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- 3) Проведите дифференциальный диагноз.

Клиническая задача №80

В инфекционную больницу поступил больной Р., 28 лет, с жалобами на высокую температуру тела (до 40°C), головную боль, периодическую рвоту, одышку. При осмотре: состояние тяжелое, истощен, бледен, акроцианоз. Периферические лимфоузлы увеличены до 1–1,5 см, преимущественно в шейной области, плотные, подвижные, безболезненные. Одышка (ЧД 28 в мин.), при аускультации дыхание жесткое. Тоны сердца приглушены. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения. Печень выступает из-под правой реберной дуги на 2,5 см, пальпируется селезенка. Больной дезориентирован в месте, времени, собственной личности. Выявлен правосторонний гемипарез. Периодически возникают генерализованные судороги. Менингеальных симптомов нет. Родственник, сопровождавший больного, сказал, что тот состоит на учете по поводу ВИЧ-инфекции 3 года. Ухудшение состояния наступило около 3 недель назад, когда появились головные боли и высокая температура, а затем - рвота, судороги, дезориентация.

При лабораторном исследовании в иммунном статусе отмечается значительное снижение количества CD4 лимфоцитов (до 50 кл в мкл). При исследовании крови - анемия, лейкопения. При проведении компьютерной томографии головного мозга в коре мозга обнаружено несколько кольцевидных уплотнений, окруженных отеочной тканью.

ЗАДАНИЕ:

- 1) С чем может быть связано ухудшение состояния больного ВИЧ-инфекцией?
- 2) Назначьте обследование.
- 3) Какова тактика ведения больного?
- 4) Прогноз.

Клиническая задача №81

К гастроэнтерологу обратился больной Ф., 25 лет с жалобами на частый жидкий стул в течение полугода, слабость, потерю веса на 17 кг. Из анамнеза заболевания удалось установить, что 5—6 месяцев назад у больного было «пищевое отравление»: тошнота, боль в животе, жидкий стул до 10 раз, рвота, повышение температуры тела. Эти явления исчезли через 2—3 дня, но в последующем вновь стал появляться жидкий стул, который становился все более частым. Иногда диарея продолжалась до 10 дней с частотой стула до 15 раз. Принимал различные препараты с временным эффектом. Стал ощущать слабость. К врачу обратился впервые. Из анамнеза жизни: до 22 лет был здоров. В последние 3 года дважды перенес пневмонию, лихорадил, возникал кандидоз полости рта. Объективно: истощен, бледен, «заеды» в углах рта, афтозный стоматит. В легких дыхание везикулярное, сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс 78 уд/мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, слегка болезненный по ходу толстого кишечника, при пальпации урчание. Стул — водянистый, желтого цвета, без примесей. С диагнозом «дисбактериоз кишечника» направлен на госпитализацию в гастроэнтерологическое отделение.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Согласны ли Вы с этим диагнозом? Выскажите свои предположения и обоснуйте их.
- 2) Какую информацию необходимо получить при сборе эпиданамнеза?
- 3) План обследования.
- 4) Прогноз. Тактика ведения.

Клиническая задача №83

Больная Ц., 47 лет, медсестра, поступила в стационар с жалобами на слабость, сухой кашель, одышку, повышение температуры до 38°C, жидкий стул. Заболела 2 недели назад, когда повысилась температура до 38,7°C, появился сухой редкий кашель. Врач диагностировал грипп, бронхит и назначил оксациллин. На фоне лечения состояние больной продолжало постепенно ухудшаться, температура сохранялась на уровне 38°C, кашель стал частым, появилась одышка. На 12 день болезни больной сделана рентгенография грудной клетки, где выявлена очаговая пневмония и больная направлена в стационар. Из анамнеза — последние полгода периодически отмечала жидкий стул, потеряла 15 кг веса. При осмотре состояние тяжелое. Температура - 39°C. Кожные покровы бледные. Цианоз губ. Кахексия. Выраженная слабость, вялость. Положение в постели вынужденное, сидячее. Пальпируется подмышечный лимфоузел справа, безболезненный. В легких дыхание ослаблено, немногочисленные сухие хрипы. ЧД — 38 в минуту. АД 100/60 мм.рт.ст. Пульс — 100 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул осмотрен — жидкий, с небольшим содержанием слизи. Со стороны мочевыделительной системы и ЦНС патологии не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Укладывается ли картина болезни в указанный диагноз? Предположите диагноз и обоснуйте его. Каких данных не хватает для уточнения диагноза?
- 2) План обследования и лечения.
- 3) Для каких инфекционных заболеваний характерно развитие пневмонии.

Клиническая задача №84

Во время выполнения люмбальной пункции у больного менингитом и ВИЧ- инфекцией в стадии III В инфекционист случайно проколол резиновую перчатку и поранил кожу пальца с выделением капель крови.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Действия врача в подобной ситуации?
- 2) Есть ли необходимость проведения химиопрофилактики?
- 3) Назовите степени риска заражения и необходимость в химиопрофилактике.

Клиническая задача №85

Больной Ф., 27 лет, бож, доставлен в больницу 08.09 с вокзала с диагнозом: «пищевая токсикоинфекция? холера?». Из эпиданамнеза известно, что пациент ночует на вокзалах, имеет случайные половые связи. В последнее время ухудшилось самочувствие, появилась резкая слабость, частый жидкий, временами обильный стул бело-желтого цвета, со зловонным запахом. Беспокоил кашель, очень сильно похудел. При осмотре: состояние тяжелое, температура 38,0°C. Истошен, кожа сухая, в углах рта заеды. В легких единичные сухие хрипы. Пульс 96 уд/мин., АД 80/60 мм.рт.ст. Язык обложен, лейкоплакия. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Вокруг ануса остроконечные кондиломы. Стул 5–6 раз в сутки, обильный, водянистый. В сознании, менингеальных явлений нет. При микроскопическом исследовании испражнений обнаружены ооцисты криптоспоридий. При посеве кала холерный вибрион не выделен.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Обоснуйте диагноз. Назовите оппортунистическую инфекцию, выявленную у больного.
- 2) Дифференциальный диагноз с холерой.
- 3) План лечения больного?

Клиническая задача №86

Больной К., 38 лет, обратился в поликлинику с жалобами на высокую лихорадку в течение 12 дней, головную боль, боли в мышцах. При осмотре обнаружены высыпания на коже, увеличение печени. Госпитализирован в инфекционную больницу с диагнозом «брюшной тиф»? При поступлении жалуется на боли в мышцах ног, шеи, жевательных мышцах; кашель, головную боль, повышение температуры, отечность лица. Болезнь началась с повышения температуры до 37,3–37,8°C, с 3 дня появились боли в мышцах и «отекали глаза». Температура в течение недели достигла 38–38,8°C (выше в вечерние часы), появились головная боль, мышечные боли усилились. На 10 день появились зудящие высыпания на коже. Контакт с больными не имел. Примерно за 3 недели до болезни был в гостях пил водку, закусывал салатом, свиным салом, квашеной капустой. У больного имеются сведения, что двое из участников застолья болеют «гриппом». Состояние средней тяжести. Лицо гиперемировано, одутловато. Веки отечны. Склеры, конъюнктивы инъецированы. Пальпация мышц шеи, плечевого пояса, бедер болезненна. В легких – без патологии. Тоны сердца приглушены. Пульс 108 уд/мин, АД 105/60 мм.рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 2 см. В левом подреберье пальпируется край селезенки. Стул регулярный, кашицеобразный. Дизурии нет. ЦНС без патологии.

Анализ крови при поступлении: Нв-138 г/л, L- 12,8*10⁹/л, э-24%, п/я-15%, с/я – 39%, лимф.-18%, мон.-4%. СОЭ-36 мм/час.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Составьте план лечения и обследования.
- 4) Укажите основные звенья патогенеза этого заболевания.

Клиническая задача №87

Больной В., 19 лет, студент. Обратился к врачу поликлиники в связи с обнаружением в течение 3–4 месяцев увеличенных лимфатических узлов на шее. Объективно: температура тела нормальная. Состояние удовлетворительное. Кожа обычной окраски, без сыпи. Следы внутривенных инъекций на руках. Заднешейные, надключичные и локтевые лимфатические узлы увеличены до 1 см, подмышечные – до 1,5 см в диаметре, плотноэластической консистенции, безболезненны. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости и рентгенографии органов грудной клетки увеличения висцеральных лимфатических узлов не обнаружено.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Каков предположительный диагноз? Представьте его обоснование.
- 2) План обследования.
- 3) Дайте рекомендации больному.

Клиническая задача №88

Больная Н., 42 лет, госпитализирована в инфекционную больницу с диагнозом «вирусный гепатит». При поступлении состояние средней тяжести. Жалобы на боли в правом подреберье, тошноту, повышение температуры, кашель. Заболела около 2-х недель назад, когда появилось недомогание, повышение температуры, беспокоил кашель, одышка, на коже появились зудящие высыпания. 3 дня назад заметила потемнение мочи, а на следующий день желтушность склер и кожи. Контакта с инфекционными больными не имела, гепатитом раньше не болела, за последние полгода никаких парентеральных манипуляций не проводилось. Питается дома. За 3 недели до начала болезни в течение 3-х дней ела вяленую рыбу, привезенную из России. При осмотре отмечена умеренная желтушность склер и кожных покровов. В легких – сухие хрипы, жесткое дыхание. Обложенность языка. Болезненность при пальпации живота в эпигастральной области и правом подреберье, увеличение печени. При исследовании крови обнаружен лейкоцитоз- $15,8 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилия- 28%.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
- 3) Составьте план обследования и лечения.
- 4) Назовите возбудителя данной болезни и его локализацию в организме.

Клиническая задача №89

В поликлинику обратился больной К., 17 лет. Жалобы: слабость, разбитость, небольшой кашель и насморк, одышка, боли в суставах. Температура тела $37,4^{\circ}\text{C}$. При осмотре выявлено наличие жесткого дыхания в легких, а при рентгенологическом исследовании выявлены с обеих сторон небольшие инфильтративные тени. Поставлен диагноз «ОРЗ, пневмония», назначено лечение пенициллином, состояние не улучшилось. Через 7 дней при повторном рентгенологическом исследовании в легких были выявлены те же изменения, но другой локализации. Больной предъявлял те же жалобы, но при этом у него появились сыпь и зуд кожи, которые были расценены как лекарственная аллергия, в связи с чем отменен пенициллин и назначен супрастин.

Анализ крови: лейкоцитоз, эозинофилия (18%), незначительная гипохромная анемия. Эпиданамнез: живет в общежитии, питается в столовой, покупает овощи на рынке, не соблюдает правил личной гигиены.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Предварительный диагноз и его обоснование его.
- 2) Проведите дифференциальный диагноз.
- 3) Составьте план обследования и лечения.
- 4) Что лежит в основе указанных клинических проявлений.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ТЕСТЫ

Биохимический анализ крови

Общий белок – 58,3 г/л
Мочевина – 3,2 ммоль/л
Остаточный азот – 13,72 ммоль/л
Креатинин – 53,1 мкмоль/л
Билирубин (общ) – 415,5 мкмоль/л
Прямой – 329,2 мкмоль/л
Не прямой – 86,3 мкмоль/л
АСТ – 170 ЕД/ л
АЛТ – 220 ЕД/ л
Сахар – 5,2 ммоль/л
Тимоловая проба – 5,9 ЕД

Биохимический анализ крови

Общий билирубин – 58,2 мкмоль/л
Прямой билирубин – 42,1 мкмоль/л
Непрямой билирубин – 16,1 мкмоль/л
АСТ – 239 ЕД/ л
АЛТ – 360 ЕД/ л
Тимоловая проба – 7,8 ед.
ПТИ – 64,2%
Время - 28”

Биохимический анализ крови

Общ. Белок – 71,3 г/л
Альбумин – 35,6 г/л
Билирубин (общ.) – 34 мкмоль/л
Прямой – 26 мкмоль/л
Непрямой – 8 мкмоль/л
АСТ – 135 ЕД/ л
АЛТ – 422 ЕД/ л
Тимоловая проба – 15 ед.
Протромбиновый индекс – 62,7%
Протромбиновое время - 29”

Биохимический анализ крови

Общ. Белок – 63,9 г/л
Альбумин – 37,0 г/л
Креатинин – 66,7 мкмоль/л
Билирубин (общ.) – 348,9 мкмоль/л
Прямой – 204,3 мкмоль/л
Непрямой – 144,6 мкмоль/л
АСТ – 788 ЕД/ л
АЛТ – 1260 ЕД/ л
Сахар – 3,5 ммоль/л
Тимоловая проба – 7,7 ед.

Биохимический анализ крови

Общ. Белок – 75,9 г/л
Альбумин – 35,0 г/л
Креатинин – 110,0 мкмоль/л
Билирубин (общ.) – 60,0 мкмоль/л
Прямой – 45,0 мкмоль/л
Непрямой – 15,0 мкмоль/л
АСТ – 780 ЕД/ л
АЛТ – 960 ЕД/ л
Глюкоза – 3,8 ммоль/л
Диастаза – 56,0 ед
Тимоловая проба – 7,0 ед.

Биохимический анализ крови

Общ. Белок – 75,9 г/л
Альбумин – 38,0 г/л
Мочевина – 3,6 ммоль/л
Остаточный азот – 14,5 ммоль/л
Креатинин – 110,0 мкмоль/л
Билирубин (общ.) – 27,0 мкмоль/л
Прямой – 18,0 мкмоль/л
Непрямой – 9,0 мкмоль/л
АСТ – 980 ЕД/ л
АЛТ – 1520 ЕД/ л
Сахар – 4,7 ммоль/л
Тимоловая проба – 47,0 ед.
Са⁺ - 2,0 мкмоль/л

Биохимический анализ крови

Общ. Белок – 64,1 г/л
Мочевина – 9,0 ммоль/л
Остаточный азот – 25,9 ммоль/л
Креатинин – 383,4 мкмоль/л
Билирубин (общ.) – 169,8 мкмоль/л
Прямой – 140,4 мкмоль/л
Не прямой - 29,4 мкмоль/л
АСТ – 662 ЕД/ л
АЛТ – 952 ЕД/ л
Сахар – 1,1 ммоль/л

Биохимический анализ крови

Общ. Белок – 53,7 г/л
Альбумин – 33,0 г/л
Мочевина – 6,1 ммоль/л
Остаточный азот – 19,8 ммоль/л
Креатинин – 64,3 мкмоль/л
Билирубин (общ.) – 273,9 мкмоль/л
Прямой – 219,3 мкмоль/л
Не прямой - 54,6 мкмоль/л
АСТ – 660 ЕД/ л
АЛТ – 820 ЕД/ л
Сахар – 5,0 ммоль/л
Тимоловая проба – 6,9 ед.

Биохимический анализ крови

Общ. Белок – 62,9 г/л
Альбумин – 33,0 г/л
Мочевина – 2,0 ммоль/л
Остаточный азот – 11,2 ммоль/л
Креатинин – 86,6 мкмоль/л
Билирубин (общ.) – 311,1 мкмоль/л
Прямой – 238,8 мкмоль/л
Не прямой - 72,3 мкмоль/л
АСТ – 960 ЕД/л
АЛТ – 1370 ЕД/л
Сахар – 5,2 ммоль/л
Тимоловая проба – 6,7 ед.

Биохимический анализ крови

Общий белок – 86,8 г/л
Альбумин – 49 г/л
Мочевина – 27,2 ммоль/л
Ост. Азот – 64,1 мкмоль/л
Креатинин – 376,9 мкмоль/л
Сахар – 0,6ммоль/л
Са⁺⁺ - 1,9 мкмоль/л

Биохимический анализ крови

Общ. Белок – 47,6 г/л
Альбумин – 30,0 г/л
Мочевина – 5,3 ммоль/л
Остаточный азот – 22,1 ммоль/л
Креатинин – 67,2 мкмоль/л
Билирубин (общ.) – 218,4 мкмоль/л
Прямой – 179,2 мкмоль/л
Не прямой - 39,2 мкмоль/л
АСТ – 865 ЕД/л
АЛТ – 1420 ЕД/л
Сахар – 5,4 ммоль/л
Тимоловая проба – 6,7 ед.
Кальций – 2,9 мкмоль/л

Общий анализ крови

Эритроциты – $3,6 \cdot 10^{12}$ /л
Гемоглобин – 90 г/л
Цветной показатель – 1,0
Лейкоциты – $4,5 \cdot 10^9$ /л
Палочки – 3%
Сегменты – 46 % Лимфоциты – 46,2%
Моноциты – 5,2%
СОЭ – 20 мм/час

Общий анализ крови

Гемоглобин – 88 г/л
Эритроциты – $2,83 \cdot 10^{12}/\text{л}$
Цветной показатель – 0,93
Лейкоциты – $7,8 \cdot 10^9/\text{л}$
Палочки – 3%
Сегменты – 29%
Лимфоциты – 58%
Моноциты – 10%
СОЭ – 38 мм/час

Общий анализ крови

Гемоглобин – 83,5 г/л
Эритроциты – $3,54 \cdot 10^{12}/\text{л}$
Цветной показатель – 0,7
Лейкоциты – $7,6 \cdot 10^9/\text{л}$
Палочки – 1%
Сегменты – 64%
Эозинофилы – 2%
Лимфоциты – 31%
Моноциты – 2%
СОЭ – 2 мм/час

Общий анализ крови

Эритроциты – $3,8 \cdot 10^{12}/\text{л}$
Гемоглобин – 130 г/л
Цветной показатель – 1,02
Лейкоциты – $21,2 \cdot 10^9/\text{л}$
Палочки – 6%
Сегменты – 78 %
Лимфоциты – 14%
Моноциты – 2%
СОЭ – 2 мм/час

Кровь на толстую каплю на менингококк

Кокки – внеклеточные и внутриклеточные – в умеренном количестве

Общий анализ крови

Эритроциты – $3,1 \cdot 10^{12}/л$
Гемоглобин – 85 г/л
Цветной показатель – 0,82
Лейкоциты – $25,7 \cdot 10^9/л$
Палочки – 10%
Сегменты – 78 %
Лимфоциты – 10%
Моноциты – 2%
СОЭ – 40 мм/час

Общий анализ крови

Эритроциты – $2,8 \cdot 10^{12}/л$
Гемоглобин – 84 г/л
Цветной показатель – 0,90
Лейкоциты – $15,8 \cdot 10^9/л$
Палочки – 5%
Сегменты – 47 %
Лимфоциты – 46%
Моноциты – 2%
СОЭ – 68 мм/час

ИФА на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – **положительный**
HBsAg – отрицательный
Anti-HBc IgM - отрицательный
Anti-HCV total – отрицательный
Anti-HDV IgG – отрицательный

ИФА на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – отрицательный
Anti-HEV IgM – отрицательный
HBsAg – **положительный**
HBeAg – **положительный**
Anti-HBc IgM – **положительный**
Anti-HCV total – отрицательный
Anti-HDV IgG – отрицательный
Anti-HDV IgM – отрицательный

ИФА на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – отрицательный

Anti-HAV IgG – отрицательный

Anti-HEV IgM – отрицательный

HBsAg – **положительный**

HBeAg – отрицательный

Anti-HBc IgM – отрицательный

Anti-HCV total – отрицательный

Anti-HDV IgG – отрицательный

Anti-HDV IgM – **положительный**

ИФА на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – отрицательный

Anti-HEV IgM – отрицательный

HBsAg – отрицательный

HBeAg - отрицательный

Anti-HBc IgM - отрицательный

Anti-HCV total – **положительный**

Anti-HDV IgG – отрицательный

ИФА на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – отрицательный

Anti-HEV IgM – отрицательный

HBsAg – **положительный**

HBeAg - отрицательный

Anti-HBc IgM - отрицательный

Anti-HCV total – отрицательный

Anti-HDV IgM – **положительный**

ИФА на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – отрицательный

Anti-HEV IgM – **положительный**

HBsAg – отрицательный

HBeAg - отрицательный

Anti-HBc IgM - отрицательный

Anti-HCV total – отрицательный

Anti-HDV IgM – отрицательный

ИФА на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – **положительный**

Anti-HAV IgG – **положительный**

Anti-HEV IgM – отрицательный

HBsAg – **положительный**

HBeAg - отрицательный

Anti-HBc IgM - отрицательный

Anti-HCV total – отрицательный

Anti-HDV IgM – отрицательный

ИФА на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – отрицательный

Anti-HAV IgG – **положительный**

Anti-HEV IgM -отрицательный

HBsAg – отрицательный

HBeAg - отрицательный

Anti-HBc IgM - отрицательный

Anti-HCV total – отрицательный

Anti-HDV IgM – отрицательный

ИФА на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – отрицательный

Anti-HAV IgG – **положительный**

Anti-HEV IgM - отрицательный

HBsAg – **положительный**

HBeAg - **положительный**

Anti-HBc IgM - **положительный**

Anti-HCV total – отрицательный

Anti-HDV IgM – **положительный**

ИФА на маркеры вирусных гепатитов

Anti-HAV IgM – отрицательный

Anti-HAV IgG – **положительный**

Anti-HEV IgM – отрицательный

HBsAg – **положительный**

HBeAg – **положительный**

Anti-HBc IgM – **положительный**

Anti-HCV total – отрицательный

Anti-HDV IgG – отрицательный

Anti-HDV IgM – **положительный**

Копрограмма

Консистенция – кашецеобразная

Форма – не оформленный

Цвет – зеленый

Слизь – имеется

Кровь – прожилки

Слизь - +++

Бактерии - +

Лейкоциты – 25–30 в п/з

Эритроциты – 30–35 в п/з

Простейшие – не обнаружены

Яйца глистов – не обнаружены

Посев кала Sh. Flexneri 2a

Копрограмма

Консистенция – жидкая
Форма – не оформленный
Цвет – коричневый
Слизь – имеется
Крахмал - ++
Слизь - +++
Лейкоциты – 19–22 в п/з
Эритроциты – 2–4 в п/з
Простейшие – не обнаружены
Яйца глистов – не обнаружены
Посев кала E.coli O25:K11

Копрограмма

Консистенция – жидкая
Форма – не оформленный
Цвет – коричневый
Слизь – имеется
Кровь – прожилки
Слизь - ++++
Бактерии - ++
Лейкоциты – сплошь
Эритроциты – большое количество
Макрофаги - ++
Простейшие – не обнаружены
Яйца глистов – не обнаружены

Копрограмма

Консистенция – жидкая
Форма – не оформленный
Цвет – коричневый
Слизь – имеется
Крахмал - ++
Слизь - +++
Лейкоциты – 25–35 в п/з
Эритроциты – 2-4-8 в п/з
Простейшие – не обнаружены
Яйца глистов – яйца аскарид

Копрограмма

Консистенция - кашецеобразная
Форма – не оформлен
Цвет – желтый
Слизь - имеется
Жир нейтральный +
Жирные кислоты +
Растительная клетчатка, переваренная +
не переваренная +
Крахмал +
Йодофильная флора ++
Слизь ++
Лейкоциты – 25–70–33 в п/з
Эритроциты – 2–3 в п/з
Простейшие - не обнаружены
Яйца глистов - не обнаружены
Дрожжевые грибы ++

Исследование спинномозговой жидкости

Цвет – серый
Прозрачность – мутный
Цитоз – не поддается счету
Белок – 1,6 г/л
Р. Ноне-Аппельта - +++
Р. Панди - ++++
Сегментоядерные – 94%
Палочкоядерные – 1%
Лимфоциты – 5%
Сахар – 1,3 ммоль/л
Хлориды – 108 ммоль/л

Бактериологический анализ ликвора

Результат: клеток много, диплококки расположены внутриклеточно Гр (-) кокки

Исследование спинномозговой жидкости

Цвет – серый
Прозрачность – мутный
Цитоз – не поддается счету
Белок – 2,64 г/л
Р. Ноне-Аппельта - +++
Р. Панди - ++++
Сегментоядерные – 91% Палочкоядерные – 5%
Лимфоциты – 4%
Встречаются эритроциты
Сахар – 1,59 ммоль/л
Хлориды – 98,0 ммоль/л

Бактериологический анализ ликвора

Винах NOW (*Streptococcus pneumonia*) – положительная
Латексагглютинация (*Streptococcus pneumonia*) – положительная

Анализ мочи

Количество – 50,0 мл
Относительная плотность – 1025
Цвет – с/желтый Прозрачность – не полная
Реакция – с/кислая
Белок – следы
Глюкоза – отрицательная
Кетоновые тела – отрицательные
Эпителий плоский – 4-6 в п/з
Переходный – 1-2 в п/з
Почечный – 3-4 в п/з Лейкоциты – 4-5-7-8 в п/з
Эритроциты не измененные – 0-1 в п/з
Слизь - +
Соли – моч.кислоты +

Исследование спинномозговой жидкости

Цвет – серый
Прозрачность – мутный
Цитоз – не поддается счету
Белок – 4,24 г/л
Р. Ноне-Аппельта - +++
Р. Панди - ++++
Сегментоядерные – 91%
Палочкоядерные – 5%
Лимфоциты – 4%
Сахар – 1,3 ммоль/л
Хлориды – 108,0 ммоль/л

Исследование спинномозговой жидкости

Цвет – бесцветный
Прозрачность – полная
Цитоз – 235
Белок – 0,79 г/л
Р. Ноне-Аппельта - ++
Р. Панди - ++
Сегментоядерные – 40% Лимфоциты –60%
Сахар – 2,59 ммоль/л
Хлориды – 118,0 ммоль/л

Исследование спинномозговой жидкости

Цвет – бесцветный
Прозрачность – полная
Цитоз – 149
Белок – 1,07 г/л
Р. Ноне-Аппельта - ++
Р. Панди - +++
Сегментоядерные –3%
Лимфоциты –97%
Сахар – 2,3 ммоль/л
Хлориды – 114,0 ммоль/л

Исследование спинномозговой жидкости

Цвет – серый
Прозрачность – мутный
Цитоз – не поддается счету
Белок – 3,1 г/л
Р. Ноне-Аппельта - +++
Р. Панди - ++++
Сегментоядерные – 76%
Палочкоядерные –4%
Лимфоциты –20%
Сахар – 1,2 ммоль/л
Хлориды – 109,0 ммоль/л