

Задача № 1

Ребенок 4 лет заболел остро с повышения температуры тела до 38,5⁰С, 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 - 39,0⁰С, 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, энантема на мягком небе, миндалины II ст., по лакунам островчатые наложения, бело – желтого цвета, легко снимаются, растираются шпателем.

Клинический анализ крови: Нб - 125 г\л, Эр - $3,4 \times 10^{12}$ \л, Лейк - $13,5 \times 10^9$ \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.

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).

Задача № 2

Мальчик 2 лет, посещает детский сад. Воспитатель в группе заболела ангиной. Утром в детском саду ребенок пожаловался на боль при глотании, отказался от еды. осмотрен врачом: температура тела 37,3⁰С, 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 третьему дню сыпь исчезла, зев побледнел. Мама прекратила лечение, т.к. посчитала ребенка выздоровевшим.

Через 2,5 недели вновь повысилась температура до 38°, 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 *a.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 - $3,1 \times 10^{12}$ \л, Лейк - $11,0 \times 10^9$ \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.

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?

Задача № 3

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°, 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° С. В зеве умеренная разлитая гиперемия, бугристость 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 кишечноиерсиниозным антигеном на 3-й и 10-й день болезни (-);

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 (-).

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.

Задача № 4

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.

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.

Задача № 5

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

- 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.

Задача № 6

Ребенок 5 лет, заболел остро во второй половине дня в детском саду с повышения 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 болезни число элементов сыпи увеличилось, появились единичные элементы сыпи на слизистой полости рта.

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.

Задача № 7

Девочка 8 лет обратилась к участковому врачу с жалобами на боль в горле при глотании и повышение температура тела до 37,5°. Участковый врач диагностировал лакунарный тонзиллит, взял мазок на коринебактерии дифтерии, назначил лечение (полоскание горла раствором фурациллина, ампициллин по 200тыс. 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 – $5,1 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 1,0, Лейк – $9,6 \times 10^9$ /л; п/я-4%, с/я- 65%, б – 1% л- %, м-12%, СОЭ- 16 мм/час

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

Задача № 8

Ребенку 7 лет. Страдает нейродермитом, повторными ОРВИ, ангинами. Заболел остро с повышения температуры до 38,5° -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°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.

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.

Задача № 9

Девочке 6 лет, из многодетной семьи, документа на ребенка нет. Заболела с подъема температуры до 39⁰С, 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, резчайшая тахикардия, вновь стало снижаться АД 70/40 мм.рт.ст., границы сердца расширены во все стороны, выслушиваются экстрасистолы, печень увеличилась до 3 см.

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?

Задача № 10

Девочка 1 года 9 месяцев, заболела за 3 дня до поступления в стационар. В 1-й день болезни температура повысилась до 37,4 С, 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, хрипловатым. На 2-е сутки девочка стала беспокойной, просыпалась ночью от частого кашля, голос стал еще более осипшим. На 3-й сутки температура оставалась субфебрильной, голос и кашель стали

беззвучными, при кашле и волнении появлялся шумоватый вдох и небольшое втяжение эпигастральной области. Ребенок стал беспокойным, и врач направил его в больницу. При поступлении состояние тяжелое, температура 38,0 °С, 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.

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.

Задача № 11

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.

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.

Задача № 12

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*.

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.

Задача № 13

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 – 130¹, 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: Нб - 130 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}$ /л, ц.п. - 0,89, Лейк - $8,3 \times 10^9$ /л; п/я-3%, с/я- 41%, э-2%, л-45%, м-9%, СОЭ- 10 мм/час.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

4. Окажите помощь на догоспитальном этапе.

5. Где следует лечить больного?

Задача № 14

Больной 3-х лет, посещает детский сад. За последние дни из группы выведено 4 детей с выраженными катаральными явлениями.

Данный больной заболел с повышения 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+2+3см+3 см.

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.

Задача № 15.

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?

Задача № 16.

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 гиперемию 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.

ЗАДАЧА №17

Больная Г., 28 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на умеренную головную боль, ломоту в мышцах тела, схваткообразные боли внизу живота, особенно слева, жидкий стул со слизью и прожилками крови.

Больна сутки. Начало болезни острое, озноб, температура 38,3⁰С, схваткообразные боли внизу живота, особенно слева, стул скудный со слизью и кровью (8-10 раз в сутки).

При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные. Температура - 37,5⁰С. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс 96 уд/мин, ритмичный. АД-100/60 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах, особенно слева. Пальпируется болезненная спазмированная сигма. Печень и селезенка не пальпируются. Стул жидкий, скудный с примесью слизи и прожилками крови.

Лабораторные данные:

Кровь: Эр.-4,5x10¹²/л, Нв -120г/л, Лц.-9,6x10⁹/л, Лимф.-29, Мон-2, п/я-5, Эоз-0, с/я-64, СОЭ-20 мм/час.

Моча: уд. вес-1020, Лц - ед. в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение.
6. Тактика участкового врача. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА № 18

Больной К., 23 года, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, снижение аппетита, периодически возникающую тошноту, тяжесть в правом подреберье.

Из анамнеза выяснено, что в течение последних 2-х лет у больного периодически появляется общая слабость, чувство дискомфорта в правом подреберье, моча приобретает цвет "пива". Ранее за медицинской помощью не обращался, не обследовался. В течение последнего года периодически употребляет внутривенно наркотические препараты.

При осмотре - состояние удовлетворительное, кожные покровы обычного цвета, склеры субиктеричны. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс - 78 уд/мин., АД - 120/80 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Печень увеличена (на 3 см. ниже правого подреберья), плотная, безболезненная. Пальпируется полюс селезенки.

Лабораторные данные:

Кровь: Эр.- $4,5 \times 10^{12}$ /л, Нб-130г/л, Лц.- $3,2 \times 10^9$ /л, тромб.- 250×10^9 /л, Эоз-3, п/я-5, с/я-46, Лимф-42, Мон-4, СОЭ-12мм/час.

Моча: следы белка.

Биохимия крови: билирубин общий-35 ммоль/л (свободный-17, связанный-18), тимоловая проба-7,0 ЕД., АЛТ-1,78 ммоль/л., АСТ-1,44 ммоль/л (N-0,13).

УЗИ-гепатоспленомегалия, диффузные изменения печени.

Серологическое исследование крови – anti-HCV IgG (+).

Гистологический диагноз:- ИГА 6 баллов, фиброз – 1 балл.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение.
6. Тактика участкового врача.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА № 19

Больной Т., 22 года, госпитализирован в клинику с жалобами на общую слабость, снижение работоспособности, плохой аппетит, желтушность кожи и склер.

Заболел 10 дней назад, находясь в туристическом походе. По прибытии домой обратился в поликлинику, был поставлен диагноз «ОРВИ». Температура в пределах 38-38,5⁰С держалась в течение одной недели. Беспокоила головная боль, плохой сон, снижение аппетита. На 5-й день заболевания появилась рвота после приема пищи и тяжесть в правом подреберье. В тот же день больной отметил темную мочу, а затем бесцветный кал. Вызванный на дом врач отметил иктеричность кожи и склер и направил в инфекционную больницу.

При осмотре состояние средней тяжести, температура 37,8⁰С. Выраженная желтушность кожи и склер, слизистых. Рвоты и тошноты нет, отмечает некоторое улучшение самочувствия. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, несколько приглушенные. Пульс-70 уд/мин. АД-110/60 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см., гладкая, эластичная. Селезенка пальпируется, край мягкий. Моча цвета "пива", кал - ахоличный.

Лабораторные данные:

Кровь: Эр.-5x10¹²/л, Нб-140г/л, Лц.-3,6x10⁹/л, Эоз-2, п/я-8, с/я-42, Лимф-48, СОЭ-10 мм/час.

Моча: реакция на желчные пигменты и уробилин положительная.

Кал светлый, реакция на стеркобилин отрицательная.

Серологические реакции находятся в работе.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение.
6. Тактика участкового врача.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА № 20

Больной Ж., 53 лет, поступил в клинику с жалобами на плохой аппетит, общую слабость боли в крупных суставах. В анамнезе – лечение у стоматолога 3 мес. назад.

Заболевание развивалось постепенно. На фоне недомогания появились, ноющие боли в эпигастральной области и правом подреберье, артралгии. В течение недели к врачу не обращался, состояние постепенно ухудшалось. Нарастала общая слабость, появилась рвота после приема пищи (1-2 раза в сутки), чувство распираания в правом подреберье. Обратился к врачу, который назначил спазмолитики, желчегонные средства. На следующий день заметил темный цвет мочи, а затем обесцвечивание кала. При повторном посещении, врачом был направлен в инфекционную больницу.

При осмотре состояние средней тяжести, температура $36,4^{\circ}\text{C}$, выражена желтушность кожи, склер и слизистых. В легких везикулярное дыхание, тоны сердца приглушены, АД-115/70 мм.рт.ст. Пульс-76 уд/мин., Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Поверхность гладкая, эластичной консистенции. Селезенка пальпируется мягким краем в положении на правом боку. Моча - цвета "пива", кал - ахоличный.

Лабораторные данные:

Кровь: Эр.- $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб -120г/л, Лц.- $4,2 \times 10^9/\text{л}$, Эоз-2, п/я-8, с/я-42, Лимф-38, Мон-10, СОЭ-10мм/час.

Моча: уд.вес-1015, белка нет, ед. клетки плоского эпителия, реакция на желчные пигменты (+), на уробилин (+).

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение.
6. Тактика участкового врача.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА № 21

Больная 30 лет, поступила в инфекционную больницу с жалобами на многократную рвоту, сильную тошноту, умеренные боли в эпигастрии и околопупочной области, частый, жидкий, обильный стул.

Заболевание началось остро, 8 часов назад. Появился озноб, головная боль, сильная тошнота, многократная рвота пищей, затем желчью, отмечались схваткообразные боли в верхней половине живота, жидкий, обильный стул с примесью слизи до 10 раз, повысилась температура до 38,5⁰С.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 39⁰С. Сознание сохранено. В легких хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс-100 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД-100/70 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Сигма не спазмирована. Печень и селезенка не увеличены. Стул жидкий, зеленоватого цвета, обильный, с примесью слизи. Диурез снижен. Менингеальных явлений нет.

Лабораторные данные:

Кровь: Эр.-4x10¹²/л, Нб-140 г/л, Лц.-10x10⁹/л, Эоз-0, Юн-2, п/я-16, с/я-70, Лимф-10, Мон-3, СОЭ-12мм/час. Индекс гематокрита - 50%.

Моча - следы белка, единичные лейкоциты и эритроциты.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференциальный диагноз.
4. План обследования.
5. Лечение.
6. Тактика участкового врача.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге

ЗАДАЧА № 22

Больной Б., 45 лет, по возвращению из Центральной Азии, где был в командировке почувствовал себя больным. Вызвал врача, и по «скорой помощи» направлен в инфекционный стационар. Из анамнеза известно что, заболел остро, 12 часов назад, среди ночи появился жидкий, водянистый стул, затем повторная рвота. Нарастала слабость, головокружение. Был поставлен диагноз "пищеваятоксикоинфекция".

Больному промыт желудок, внутривенно введено 500 мл. 5% глюкозы. Состояние продолжало ухудшаться, участилась рвота. Рвота фонтаном, без предшествующей тошноты. Стул водянистый в виде рисового отвара 14-15 раз, появились судороги в икроножных мышцах, мышцах верхних конечностей.

При обследовании - голос сиплый, акроцианоз, черты лица заострены, тургор кожи снижен, температура - 35,5⁰С, пульс нитевидный. АД - 50/20. Язык, склеры – сухие, Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка – не пальпируется. Больной не мочится. Сознание сохранено.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференциальный диагноз.
4. План обследования.
5. Лечение.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА № 23

Больной, 20 лет, студент, живет в общежитии. В инфекционный стационар поступил через 4 часа от начала болезни с жалобами на боли в эпигастральной области, многократную рвоту, судороги в икроножных мышцах. Отмечается также умеренная головная боль, выраженная общая слабость.

Заболел остро. Появился озноб, сильная тошнота, многократная рвота пищей, схваткообразные боли в эпигастрии, жидкий обильный стул «без счета», кратковременные судороги мышц нижних конечностей. По скорой помощи был доставлен в инфекционный стационар. Из анамнеза – за 2 часа до начала болезни кушал суп, простоявший ночь на плите и салат оливье, купленный в магазине.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела $37,5^{\circ}\text{C}$, сознание ясное. В легких хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс-94 уд/мин., ритмичен, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД-90/60 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Сигма не спазмирована. Стул жидкий, обильный, зловонный, без патологического применения.

Лабораторные данные:

Кровь: Эр.- $4 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв -136г/л, Лц.- $7,8 \times 10^9/\text{л}$, Эоз.-нет, п/я-6, с/я-70, Лимф-18, Мон-6, СОЭ-10 мм/час. Индекс гематокрита-50%.

Моча: ед. лейкоциты.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение.
6. Тактика участкового врача.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА № 24

Больной 40 лет, техник купался в озере, расположенном неподалеку от животноводческой фермы.

Спустя 6 дней ухудшилось самочувствие: возникли озноб, головная боль, боли в мышцах, особенно икроножных, усиливающиеся при движении и пальпации, сильная ломота в поясничной области. Температура тела - 40⁰С. На 5-й день болезни появилась желтуха.

При осмотре: состояние тяжелое. Лицо одутловато, гиперемировано, конъюнктивы красные, склеры инъектированные. Адинамичен. Кожные покровы умеренно желтушны. На груди, животе, спине, разгибательных поверхностях конечностей симметрично расположенная полиморфная сыпь. Пальпация икроножных мышц резко болезненна. Пульс - 110 уд/мин. АД - 100/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. В легких везикулярное дыхание. Край печени плотный, гладкий, болезненный, пальпируется на 3 см ниже реберной дуги. Положителен симптом Пастернацкого. Мочеиспускание редкое, малыми порциями, моча темного цвета. Менингеальных симптомов нет.

Лабораторные данные:

Кровь: Эр.-3,14x10¹²/л, Нб-110г/л, тромбоциты-174x10⁹/л, Лц.-16,0x10⁹/л, СОЭ-42мм/час. Билирубин общ.-86мкмоль/л, ПТИ-74%, АЛТ-1,33 ммоль/л, сулемов.пр.-1,78 мл, тимол.пр.-8.0 ед.

Моча: уд. вес- 1001, белок-3 г/л, Лц.-15-20 в п/зр, эрит.-30-40 в п/зр, обнаружены гиалиновые и зернистые цилиндры, клетки почечного эпителия. Суточное количество мочи - 500 мл.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА № 25

Больная И., 30 лет, при поступлении в стационар жалуется на сильную сухость во рту, общую слабость, затруднение при глотании твердой пищи, нарушение зрения в виде сетки перед глазами.

Заболела остро 3 дня назад, появились сухость во рту, слабость, вздутие живота. К вечеру возникло двоение и расплывчатость предметов перед глазами. На вторые сутки слабость усилилась, стала ощущать затруднения при глотании твердой пищи. Обратилась к врачу-офтальмологу, срочно была госпитализирована в инфекционный стационар. При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела нормальная. Адинамична. Мышечный тонус умеренно снижен. Голос охрипший. Движения глазных яблок умеренно ограничены во все стороны, выявлен мидриаз со снижением зрачковых реакций на свет, нарушены конвергенция и аккомодация. Пульс-78 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД-100/65 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧДД-20 в мин. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание. Слизистые оболочки ротовой полости суховатые, язык обложен желтоватым налетом. Глотание пищи затруднено. Живот вздут. Печень и селезенка не увеличены. Задержка стула. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Менингеальных симптомов нет.

Лабораторные данные:

Кровь: Нв-140г/л, Лц.- $8,6 \times 10^9$ /л, Лимф.-21%, СОЭ-20 мм/час, глюкоза-3,3 ммоль/л, амилаза-4,2 ммоль/л.

Моча: уд.вес-1032, белка нет, лейкоциты -1-2 в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования.
5. Лечение.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА № 26

В инфекционную клинику поступил больной Г., охотник, 57 лет, жалуется на боль в горле при глотании, головную боль, общее недомогание, "ломоту в теле".

Заболел остро. Болен 6-ой день, все дни температура от 37,2 до 39,0°C, испытывал недомогание, боли в горле. Лечился по поводу ангины пенициллином - без эффекта.

Последний месяц часто бывал в лесу, видел грызунов около продуктов, пил сырую речную воду.

При осмотре состояние средней тяжести. Сознание ясное. Температура 38,2°C. В зеве гиперемия миндалин, дужек, слева на миндалине серовато-белый, с трудом снимающийся налет. Подчелюстной лимфоузел 6x7 см., плотно-эластичный, подвижный, слегка болезненный. Кожа над ним не изменена. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс 88 уд/мин, удовлетворительного наполнения. Язык влажный, белый налет. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется эластичный, безболезненный край печени на 2 см ниже реберной дуги.

Лабораторные данные:

Кровь: Эр-4,6x10¹²/л, Нв-136г/л, Лц-4x10⁹/л, Эоз-1, п/я-8, с/я-30, Лимф-48, Мон-13, СОЭ-38мм/час.

Моча: уд.вес-1026, белка нет, Лц.-2-3 в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА № 27

Больной М., 36 лет, поступил в инфекционную больницу на 5-й день заболевания.

Заболевание началось остро, отмечалась слабость, чувство жара, ломота в мышцах, интенсивная диффузная головная боль, боли в пояснице. Все дни держалась температура 38-39⁰С, с кратковременным снижением после приема анальгетиков. Тупые постоянные боли в поясничной области отмечаются с 3-го дня болезни, несколько раз была рвота после еды, в день поступления - носовое кровотечение. Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что в течение последних 3-х недель во время отпуска больной ходил в лес, собирал грибы, купался, ловил рыбу.

При осмотре состояние средней тяжести. Лицо одутловато, мелкие геморрагии в подмышечных областях. В легких везикулярное дыхание. АД-120/65 мм.рт.ст. Живот немного вздут, умеренная болезненность при пальпации в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает на 2 см, чувствительна при пальпации. Поколачивание по пояснице резко болезненное с обеих сторон.

Лабораторные данные:

Кровь: Эр.-5,2x10¹²/л, Нб-120г/л, Лц.-7,8x10⁹/л, Эоз-0, п/я-4, с/я-82, Лимф-10, Мон-3, Юн-2, СОЭ-18мм/час.

Моча: уд.вес-1001, белок-4,0г/л, Лц.-15-18 в п/зр, Эр.-25-30 в п/зр, гиалиновые цилиндры-5-8, зернистые-4-6, клетки почечного эпителия. Суточное количество мочи-300 мл.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА № 28

Больной С., 72 года, пенсионер, поступил в больницу на 8-й день болезни с диагнозом «ОРЗ, медикаментозная аллергия».

Заболел остро, повысилась температура до 38,0⁰С, появилась сильная головная боль. Температура все дни носила постоянный характер в пределах 38,0-39,0⁰С. Была бессонница, кратковременная потеря сознания, бред, лечился аспирином и пенициллином, но эффекта не было. На 5-ый день болезни была замечена сыпь на коже туловища и конечностей, которую расценили как лекарственную. В связи с этим были назначены хлорид кальция и димедрол. Состояние продолжало оставаться тяжелым, сохранялась сыпь, в связи с чем, больной был направлен в больницу.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура 38,8⁰С, яркая гиперемия лица и тела, инъекция сосудов склер. В зеве в области мягкого неба участки кровоизлияния. На коже туловища (преимущественно на боковых поверхностях грудной клетки) и верхних конечностях обнаружена мелкопятнистая, местами - петехиальная сыпь. Положительные симптомы, "щипка" и "жгута". Дыхание жесткое. Тоны сердца приглушены, пульс 114 уд/мин, ритмичный, слабого наполнения, АД-110/70 мм.рт.ст. Язык влажный с желтоватым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется печень на 2 см., селезенка на 1 см. ниже реберной дуги. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Лабораторные данные:

Кровь: Эр.-4,5x10¹²/л, Нб-140г/л, Лц.-10,5x10⁹/л, тромбоциты-127,0x10⁹/л, Эоз-нет,п/я-8, с/я-68, Лимф-9, Мон-15, СОЭ-16 мм/час.

Моча: следы белка, единичные лейкоциты и эритроциты.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА № 29

Больной Г., 29 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на умеренную головную боль, схваткообразные боли внизу живота, особенно слева, жидкий стул со слизью и прожилками крови.

Болен сутки. Начало болезни острое, озноб, температура 38,3⁰С, сильные схваткообразные боли внизу живота, особенно слева, стул скудный со слизью и кровью (8-10 раз в сутки).

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные. Температура - 37,5⁰С. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс 96 уд/мин, ритмичный. АД-100/60 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах, особенно слева. Пальпируется болезненная спазмированная сигма. Печень селезенка не пальпируются. Стул жидкий, скудный с примесью слизи и прожилками крови.

Лабораторные данные:

Кровь: Эр.-4,5x10¹²/л, Нб-120г/л, Лц.-7,6x10⁹/л, Лм.-29, Мон-2, п/я-5, Эоз-0, с/я-64, СОЭ-20 мм/час.

Моча: уд. вес-1020, Лц - ед. в п/зр.

Копрограмма: консистенция – жидкая, форма - неоформленный, цвет – зеленый, слизь - (++) , лейко – 12-15 в п/зр, Эр 8-10 в п/зр, я/г – abs, др.грибы – (+).

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА № 30

Больной 42 года, вернулся из Африки, где был в туристической поездке. Заболел остро.

Среди полного здоровья, в 10 часов утра появился сильный озноб, который через 1 час сменился чувством жара, появилась головная боль, боли в мышцах, в пояснице, слабость, температура - 39,6⁰С.

Через 6-7 часов обильно пропотел, пришлось менять белье. Температура нормализовалась, и еще через 40 часов, утром - вновь сильнейший озноб, затем повышение температуры до 40⁰С, распространенные миалгии, головная боль, тошнота, слабость. К вечеру температура резко снизилась до 37⁰С с обильным потоотделением.

При осмотре состояние удовлетворительное, температура 36,8⁰С, кожные покровы бледные, чистые, сыпи нет. Пульс - 80 уд/мин., ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см ниже края реберной дуги, эластичная, чувствительная при пальпации. Селезенка на 3 см ниже края реберной дуги, болезненна, умеренно плотная. Стул и диурез без особенностей. Менингеального синдрома нет.

Лабораторные данные:

Кровь: Эр.-2,9x10¹²/л, Нв-120г/л, Лц.-3x10⁹/л, п/я-6, с/я-42, Лимф-42, Мон-8, СОЭ-14 мм/час.

Моча: уд.вес-1012, Лц.-2-3 в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА № 31

Больной К., 48 лет, скотник, поступил в клинику с жалобами на общую слабость, озноб, головную боль, отек, красноту левой голени.

Десять дней тому назад на скотном дворе получил ссадину левой голени, на месте которой появилось сначала красное пятно, затем зудящий пузырек с кровянистым содержимым. Через сутки присоединился отек и покраснение кожи голени. При расчесывании кожи пузырек вскрылся, и на его месте образовалась язвочка с приподнятыми краями. Больной отмечал общую слабость, ознобы, головную боль, температура 38,2-39,6⁰С.

При осмотре общее состояние средней тяжести. Температура 39,2⁰С. Левая голень резко отечна, отек распространился на стопу, бедро, пальпация его безболезненна. Кожа пораженной конечности гиперемирована. В нижней трети левой голени на медиальной поверхности имеется безболезненное возвышающееся над кожей образование с черной, запавшей в центре коркой, вокруг которого имеется воспалительный валик красного цвета, на котором расположены мелкие пузырьки, наполненные геморрагическим содержимым. Пальпируются подкожные, бедренные, паховые лимфоузлы, малобезболезненные. Тоны сердца приглушены. Пульс-120 уд/мин., ритмичный. Дыхание везикулярное. АД-140/80 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

Лабораторные данные:

Кровь: Эр.-3,8х10¹²/л, Нв-130г/л, Лц.-8,7х10⁹/л, Эоз-2, п/я-8, с/я-56, Лимф-33, Мон-1, СОЭ-20 мм/час.

Моча: уд. вес-1015, белок-следы, Лц.-1-3 в п/зрения.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА № 32

Больная М., 35 лет, поступила в инфекционный стационар с жалобами на периодические ознобы, высокую температуру, обильное потоотделение. Отмечает головную боль, слабость, боли в пояснице. Из анамнеза установлено, что 3 недели назад попала в автомобильную катастрофу. Лечилась в травматологическом отделении, где неоднократно ей переливалась кровь.

Заболевание началось остро, три дня назад. Утром появился резкий озноб, головная боль, повысилась температура до $39,5^{\circ}\text{C}$. Температура держалась 3-4 часа, затем с обильным потоотделением снизилась до нормы. Снижение температуры больная объясняет приемом парацетамола. Через 3 дня, утром, на 4-й день вновь появился озноб, температура повысилась до $39,8^{\circ}\text{C}$. Была вызвана "скорая помощь", больная направлена в инфекционную больницу.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура - $39,3^{\circ}\text{C}$. Сознание ясное. Кожа чистая, лицо гиперемировано. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. Пульс-110 уд/мин. АД-110/70 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен тонким налетом. Живот мягкий, пальпируется, селезенка на 2 см ниже реберной дуги. Печень на 1 см ниже реберной дуги. Пальпация умеренно болезненная. Физиологические отправления без особенностей. Менингеальные симптомов нет. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Лабораторные данные:

Кровь: Эр.- $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб-120г/л, Лц.- $4,0 \times 10^9/\text{л}$, Э-2, п/я-4, с/я-40, Лимф-44, Мон-10, СОЭ-22мм/ч.

Моча: белка нет, единичные клетки плоского эпителия

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА № 33

Больная К, доярка, 42 года, поступила в клинику с жалобами на общую слабость, озноб, головную боль, отек, красноту левой голени.

Десять дней тому назад на ферме получила ссадину левой голени, на месте которой появилось сначала красное пятно, затем зудящий пузырек с кровянистым содержимым. Через сутки присоединился отек и покраснение кожи голени. При расчесывании кожи пузырек вскрылся, и на его месте образовалась язвочка с приподнятыми краями. Больная отмечала общую слабость, ознобы, головную боль, температура 38-39,5⁰С.

При осмотре общее состояние средней тяжести. Температура 39,5⁰С. Левая голень резко отечна, отек распространился на стопу, бедро, пальпация его безболезненна. Кожа пораженной конечности гиперемирована. В нижней трети левой голени на медиальной поверхности имеется безболезненное возвышающееся над кожей образование с черной, запавшей в центре коркой, вокруг которого имеется воспалительный валик красного цвета, на котором расположены мелкие пузырьки, наполненные геморрагическим содержимым. Пальпируются подкожные, бедренные, паховые лимфоузлы, малобезболезненные. Тоны сердца приглушены. Пульс-120 уд/мин., ритмичный. Дыхание везикулярное. АД-140/80 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

Лабораторные данные:

Кровь: Эр.-3,8x10¹²/л, Нв-130г/л, Лц.-8,7x10⁹/л, Эоз-2, п/я-8, с/я-56, Лимф-33, Мон-1, СОЭ-20 мм/час.

Моча: уд. вес-1015, белок-следы, Лц.-1-3 в п/зрения.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противозидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА № 34

Больной К., 50 лет, строитель, направлен в стационар с жалобами на умеренную головную боль, чувство жара, покраснение и отечность кожи нижней трети левой голени.

Болен первый день. Заболел остро. Отмечался редкий озноб, температура быстро повысилась до $38,5^{\circ}\text{C}$. Через несколько часов на коже голени появилось красное пятно, которое быстро увеличивалось.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура $38,8^{\circ}\text{C}$. В области левой голени яркая эритема, края пораженного участка неровные, с четким ограничением от здоровой кожи, с наличием периферического валика. Кожа в области эритемы отечна, напряжена, умеренно болезненна, горячая на ощупь. Пальпируются увеличенные подколенные лимфатические узлы. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс-110 уд/мин., ритмичен. АД-110/60 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом, живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Менингеальных симптомов нет.

Лабораторные данные:

Кровь: Эр.- $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб-120г/л, Лц.- $10,5 \times 10^9/\text{л}$, Эоз-3, п/я-17, с/я-64, Лимф-11, Мон-5, СОЭ-30 мм/час.

Моча: следы белка, Лц-1-2 в п/зрения.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА № 35

Больная О., 45 лет, доярка, поступила на 9-й день болезни с жалобами на общую слабость, головную боль, озноб, плохой сон и аппетит. Заболела постепенно: слабость, адинамия, познабливание, ухудшение аппетита. Температура в первый день болезни - 37,5⁰С, а затем в течение 6 дней - 37,8-38,0⁰С. На 7-й день болезни больная вызвала врача на дом. Был поставлен диагноз "грипп". Медикаментозная терапия антигриппином эффекта не дала. При повторном осмотре врачом на 9-й день болезни больная была направлена в инфекционную больницу с диагнозом: "грипп, затянувшееся течение".

При осмотре общее состояние средней тяжести, температура 38,4⁰С, вялая, адинамичная, сознание ясное. Кожные покровы бледные, на груди единичные розеолы. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс-78 уд/мин. АД-110/70 мм.рт.ст. Язык обложен бледно-серым налетом, сухой, с отпечатками зубов, кончик языка и его края свободны от налета. Живот мягкий, немного вздут, болезненный по ходу кишечника. Печень на 1-2 см выступает из-под реберной дуги, болезненная, край заострен. Селезенка пальпируется в левом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Менингеальные симптомы отсутствуют. Стул 2-3 раза в сутки в виде "горохового супа". Мочеиспускание в норме.

Лабораторные данные:

Кровь: Эр.4x10¹²/л, Нб-120г/л, Лц.-12x10⁹/л, Эоз-нет, п/я-15, с/я-42, Лимф-41, Юн.-2.

Моча: уд.вес-1024, белок-0,033г/л.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противозидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА № 36

Больной 36 лет, водитель, поступил в инфекционную больницу на 8-й день болезни с жалобами на общую слабость, головную боль, плохой аппетит.

Заболевание началось с недомогания, нарастающей головной боли, постепенного повышения температуры, повторяющихся ознобов. Обратился к врачу на 5-й день болезни, когда слег в постель. Врач назначил больному аспирин. Состояние продолжалось ухудшаться - температура 39,5-40°C. При повторном посещении на 9-й день болезни врач направил больного в инфекционную больницу.

При осмотре: состояние тяжелое, температура 39,8°C, адинамичен, с трудом отвечает на вопросы (заторможен). Лицо бледное. На коже груди и животе единичные розеолезного характера элементы сыпи, бледно-розового цвета. Тоны сердца глухие. Пульс-74 уд/мин., дикротичен. АД-110/60 мм.рт.ст. В легких сухие хрипы. Язык обложен густым коричневым налетом, утолщен, с отпечатками зубов по краям языка. Живот вздут, отмечается урчание в области слепой кишки. Печень, селезенка пальпируются мягким краем. Накануне стула не было. На следующий день пребывания в стационаре температура у больного резко снизилась до 37,1°C, прояснилось сознание, появилась резкая слабость, головокружение. Кожные покровы и слизистые бледные, подсыпание единичных розеол на коже груди. Пульс-120 уд/мин., дикротичен. АД-100/50 мм.рт.ст. Живот вздут, урчание и болезненность при пальпации в илеоцекальном отделе кишечника, положительный симптом Падалки. Стул черного цвета, кашицеобразный.

Лабораторные данные:

Кровь: Эр.- $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв-120г/л, Лц.- $11,5 \times 10^9/л$, Эоз-0, п/я-11, с/я-45, Лимф-39, Мон-5, СОЭ-22мм/час.

Моча: уд.вес-1020, следы белка.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА № 37

Больная М., 34 года, рабочая животноводческой фермы, вызвала участкового врача в связи с возникшими болями в нижней трети живота, тошноту, рвоту. Был поставлен диагноз «пищевая токсикоинфекция» и направлена в инфекционную больницу. В стационаре диагноз вызвал сомнение, в связи с чем переведена в хирургическое отделение.

Считает себя больной в течение 3-х дней. Отмечался озноб, температура 37,5-38,7⁰С, тупые боли внизу живота, жидкий стул с примесью слизи 4-5 раз в день, снижение аппетита. Интенсивность болей постепенно выросла к третьему дню болезни, локализация - правая подвздошная область.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура 37,5⁰С. Зев чист. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс-100 уд/мин., ритмичен. АД-110/70 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен негустым белым налетом. Живот резко болезнен в правой подвздошной области, симптом Щеткина-Блюмберга резко положителен справа. Печень и селезенка не пальпируются. Больная оперирована. Во время операции обнаружено увеличение брыжеечных лимфатических узлов, катаральное воспаление червеобразного отростка и терминальный илеит.

Лабораторные данные:

Кровь: Эр.-4,8x10¹²/л, НВ-120г/л, Лц.-12,4x10⁹/л, Эоз-1, п/я-12, с/я-69, Лимф-13, Мон-5, СОЭ-20мм/час.

Моча: уд. вес-1024, белок-0,003 г/л, Лц.-2-3 в п/зр, ед. клетки плоского эпителия.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА № 38

Больная М., 32 года, доставлена в инфекционную больницу бригадой СП через 19 часов от начала болезни. Со слов мужа заболела остро, с озноба, повышения температуры до 39⁰С, першения в горле, болезненность глазных яблок. Осмотрена участковым врачом, поставлен диагноз ОРЗ, выдан больничный лист, назначен аспирин, сульфадиметоксин. Через несколько часов состояние ухудшилось, появилась интенсивная головная боль, рвота, потеряла сознание.

Анамнез жизни: болела ОРЗ, ангиной. Состояние крайне тяжелое: без сознания, кожа бледная, на туловище и бедрах геморрагическая сыпь. Элементы сыпи неправильной формы, местами сливаются в крупные поля. Тахипноэ. В нижних отделах легких мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца глухие, 140 уд/мин. Пульс нитевидный. АД-50/0 мм.рт.ст. Ригидность мышц затылка. Симптомы Кернига и Брудзинского резко положительные.

Лабораторные данные:

Кровь: Эр.- $2,8 \times 10^{12}$ /л, Нб-116г/л, Лц.- $18,0 \times 10^9$ /л, Эоз-0, п/я-16, Юн-2, с/я-70, Лимф-10, Мон-3, СОЭ-25 мм.рт.ст.

Моча: следы белка, единичные лейкоциты и эритроциты.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА № 39

Больная Л., 40 лет, работает на мясокомбинате, поступила в стационар с жалобами на резкую головную боль, мышечные и особенно суставные боли, бессонницу, потерю аппетита, выраженную общую слабость.

Заболела 4 дня назад остро. Температура тела повысилась до 39⁰С, появилась боль в эпигастрии, тошнота, однократная рвота. Отмечалась головная боль, выраженные суставные боли. Насморк, небольшой сухой кашель, общая слабость. На 4-й день болезни на коже появилась сыпь. "Скорой помощью" доставлена в инфекционный стационар.

При осмотре общее состояние средней тяжести. Температура тела 39,5⁰С. Кожа сухая и горячая, лицо одутловатое. Выявляются симптомы "капюшона", "перчаток" и "носков". Конъюнктивит, инъекция сосудов склер. Бледный носогубный треугольник. Слизистая оболочка зева гиперемирована, на слизистой оболочке мягкого неба мелкоочечная энантема. На коже боковых поверхностей туловища, в аксилярных областях, на сгибательных поверхностях верхних конечностей имеется ярко-розовая мелкопятнистая сыпь на неизменной коже. Пальпируются мелкие безболезненные подчелюстные лимфоузлы. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс-120 уд/мин., ритмичен. АД-110/60 мм.рт.ст. Язык "малиновый". Живот мягкий, чувствителен при пальпации в илеоцекальной области. Печень на 1,5 см выступает из подреберья. Пальпируется селезенка. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Менингеальных явлений нет.

Лабораторные данные:

Кровь: Нв-120 г/л, Лц.-9,0x10⁹/л, Эоз-3, п/я-6, с/я-74, Лимф-15, Мон-2, СОЭ-20 мм/час.

Моча: следы белка, уд.вес-1020, ед. клетки плоского эпителия, ед. лейкоциты в п/зр.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА № 40

Больной Г., 32 года, недавно вернулся из Казахстана. В связи с жалобами на сильную головную боль, слабость, головокружение, мышечные боли, ознобы, чувство жара, однократную рвоту, вызвал врача на дом.

Заболел остро на 5-й день после возвращения из командировки. С первого дня появился озноб, температура тела повысилась до 40⁰С, беспокоила сильная головная боль, однократная рвота. На 2-3-ий день болезни самочувствие оставалось плохим, неоднократно повторялись ознобы, температура держалась на высоких цифрах. Самостоятельно принимал жаропонижающие препараты. Улучшения не наступало.

При осмотре состояние очень тяжелое. Больной беспокоен, речь невнятна. Температура тела 40,2⁰С. Число дыхательных движений - 36, однако в легких изменений не обнаружено. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс-100 уд/мин., слабого наполнения и напряжения. АД-90/60 мм.рт.ст. Живот вздут, мягкий, болезненный без четкой локализации. Печень увеличена до 3 см. эластичная, чувствительна. Пальпируется мягкий полюс селезенки. Стула не было. Диурез снижен. Ригидность затылочных мышц 1 см. Остальные менингеальные симптомы отрицательные. На коже правой голени резко болезненная язва размером 3-3,5 см., покрытая темным струпом, с красно-багровым воспалительным валом вокруг. Из-под струпа проступают скудные гнойно-серозные выделения. В правой паховой области пальпируется плотное малоподвижное опухолевидное образование, резко болезненное при пальпации. Кожа над ним гиперемирована, напряжена.

Лабораторные данные:

Кровь: Эр.-4x10¹²/л, Нб-110г/л, Лц.-12x10⁹/л, Эоз-4, Юн-16, п/я-24, с/я-52, Мон-4, Лимф.-0, СОЭ-24 мм/час.

Моча: следы белка, единичные лейкоциты, свежие эритроциты.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА № 41

Больной К., 18 лет, поступил в клинику с жалобами на общую слабость, головную боль, тяжесть в правом подреберье, желтуху, темную окраску мочи.

Болен 8 дней. Заболевание началось с общей слабости, потери аппетита, болей в плечевых, локтевых и коленных суставах. К врачу не обращался, лечился аспирином, парацетамолом. Однако у больного нарастала общая слабость, исчез аппетит, появилась тошнота, рвота. Жена заметила желтушность склер и кожных покровов, был вызван участковый врач, который и направил больного в стационар.

При осмотре состояние больного тяжелое. Температура $37,5^{\circ}\text{C}$. Вял, адинамичен, постоянная тошнота, позывы на рвоту. Желтушность кожи и слизистых резко выражена. В легких - везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс-86 уд/мин., ритмичен, экстрасистолия. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в правом подреберье. Печень не пальпируется, перкуторно - по реберному краю. Селезенка не увеличена. Моча темно-желтого цвета, кал ахоличен. На 3-й день пребывания в стационаре состояние значительно ухудшилось: бессонница, полная анорексия, жидкость не пьет, появился тремор рук. Очень вял и адинамичен, на вопросы отвечает односложно. Тошнит, рвота 6-8 раз в день, желтуха нарастает, на коже боковых поверхностей грудной клетки - петехии. Утром было обильное носовое кровотечение. Размеры печени по Курлову - 7, 5, 4 см.

Лабораторные данные:

Кровь: Эр.- $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв-100г/л, Лц.- $9,8 \times 10^9/\text{л}$, Эоз-3, п/я-6, с/я-41, Лимф-50, СОЭ-15мм/час.

Моча: уд.вес-1015, цвет темно-желтый, ед. клетки плоского эпителия.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА № 42

Больной 45 лет, лаборант ветеринарной клиники.

Заболел остро: температура с ознобом повысилась до 38⁰С, обильно потел при понижении температуры по утрам. Во второй половине дня, ежедневно, температура повышалась до 38-38,2⁰С, однако общее состояние оставалось удовлетворительным. Первые дни недели к врачу не обращался, продолжал работать. После приема антибиотиков и жаропонижающих средств температура снизилась до субфебрильной и сохранялась такой до 1,5 месяцев. В последующем появились боли и припухлость в области голеностопных суставов, явления радикулита. При обследовании больного выявлен микрополилимфоаденопатия, гепатолиенальный синдром.

Лабораторные данные:

Кровь: Эр.-3,5x10¹²/л, Нв-116г/л, Лц.-7,8x10⁹/л, Эоз-3, п/я-8, с/я-53, Лимф-36.

Моча: без патологии.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА № 43

Больной Т., 20 лет. Два года назад перенес желтушную форму острого вирусного гепатита "В". После перенесенного заболевания периодически повышался уровень АЛТ, увеличивалась печень, отмечалась субиктеричность кожи и слизистых, в крови обнаруживался HBsAg. Состоит на диспансерном наблюдении как больной хроническим гепатитом "В". Из эпиданамнеза: контакт с инфекционными больными отрицает, 6 месяцев назад попал в автомобильную аварию, во время лечения - переливалась плазма. В последние дни стал ощущать слабость, артралгии, боли в правом подреберье, пропал аппетит, ежедневно - рвота 3-5 раз, температура - 39,5⁰С, сохранялась на этом уровне 2 дня, затем снизилась до 38⁰С. Через 3 дня потемнела моча, заметил желтуху. Госпитализирован в больницу.

При поступлении - состояние тяжелое, вялый, заторможен Т-37,3⁰С. Желтуха интенсивная, в легких везикулярное дыхание, АД-120/80 мм.рт.ст., пульс-60 уд.мин. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, эпигастрии, симптомов раздражения брюшины нет. Печень на 4 см. ниже края реберного края, плотная, пальпируется полюс селезенки. К концу 1 недели стационарного лечения состояние больного улучшилось, снизились активность АлАт, уровень билирубина. На 19 день состояние вновь ухудшилось, больной вновь пожелтел, появилась тошнота, вырос уровень трансаминаз.

Лабораторные данные:

Кровь: Эр.-3,1x10¹²/л, Нв-105г/л, Лц.-3,0x10⁹/л, п/я-4, с/я-42, Лимф-46, Мон-8, СОЭ-12 мм/час. Билирубин общий - 335 мкмоль/л (181/154), сулем.пр.- 1,4 ед., тимол.пр.- 23,5 ед., ПТИ-58%, АЛТ-147 ммоль/л.

Моча: уд.вес-1020, ед. лейкоциты в п/зрения.

Серология: anti-HAV IgM(-), anti-HBcor-IgG(+), anti-HCV(-), anti-HDV IgM(+), HBsAg(+).

УЗИ - признаки диффузных изменений в печени. Данных за подпеченочную желтуху нет.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования.
5. Лечение.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА № 44

В инфекционную клинику поступил больной Д., 24 года, жалуется на сильную головную боль различного характера, рвоту, не связанную с приемом пищи, ломоту в мышцах, общее недомогание, слабость.

Заболевание началось остро, с повышением температуры до 39,0°C, головной боли. Лечился сам, принимал анальгин, аспирин, Самочувствие ухудшалось. Сохранялась высокая температура, (38,0-39,0°C), усилилась головная боль, появилось головокружение, тошнота, рвота, бессонница. На 3-й день болезни вызвал врача.

В течение марта-июня работал в тайге на лесоразработках.

При осмотре состояние тяжелое. Температура - 39,4°C. В сознании, ориентирована, но резко заторможен, сонлив. Односложно отвечает на вопросы, засыпает во время осмотра. Однократный приступ эпилептиформных судорог. Сыпи на коже нет. Слизистая зева слегка гиперемирована. Дыхание везикулярное. Тоны сердца глухие, ритмичные, 68 уд/мин., АД-120/70 мм.рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Ригидность затылочных мышц. Симптом Кернига с обеих сторон, положительные симптомы Брудзинского. Горизонтальный ротаторный нистагм. Нарушена конвергенция слева. Также слева сужена глазная щель, сглажена носогубная складка. Парез левой руки. На левой голени, стопе снижена чувствительность, угнетены сухожильные рефлексy.

Лабораторные данные:

Кровь: Эр.- 4×10^{12} /л, Нб-130г/л, Лц.- 7×10^9 /л, Эоз-2, п/я-2, с/я-60, Лимф-35, Мон-1, СОЭ-10 мм/час.

Моча: уд. вес-1018, белок-0,066г/л, Лц.-1-2 в п/зр., клетки эпителия - ед.в п/зр.

Спинальная пункция: жидкость вытекает частыми каплями, прозрачная, цитоз-180 кл. в мкл., лимфоцитов-90%, нейтрофилов-10%, сахар ликвора-0,98 г/л.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА № 45

Больной М., 16 лет, учащийся 11 класса.

Заболел остро. 3 дня назад появились: температура до 38,5⁰С, "ломота" в теле, недомогание в течение 5 дней. Обратился к врачу, был поставлен диагноз ОРВИ. Назначенное лечение не привело к улучшению, так как пропал аппетит, появилась тошнота, дважды была рвота, затем - потемнела моча. Еще через два дня - пожелтели склеры. Направлен в стационар.

При поступлении - жалобы на небольшую общую слабость. Желтуха кожи и слизистых среднеинтенсивная. Печень увеличена на 2-3 см., мягкая, безболезненная. Пальпируется селезенка.

Лабораторные данные:

Кровь: Эр.-4,5x10¹²/л, Нв-120г/л, Лц.-3,5x10⁹/л, Эоз-0, п/я-4, с/я-42, Лимф-46, Мон-8, СОЭ-10мм/час.

Биохимия крови: билирубин - 126 (58/68) ммоль/л., тимолов пр. -10,5, АлАт-1,68 ммоль/л.

Моча: следы белка, Лц-1-2 в п/зрения.

ВОПРОСЫ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА № 46

Больной Н., 36 лет, коммерсант. Обратился к терапевту с жалобами на высокую температуру тела, слабость, головную боль, отсутствие аппетита, тошноту, расстройство стула. Заболел остро 5 дней назад: появилось плохое самочувствие, ночью температура поднялась температура до 38,6⁰С, знобило, болела голова. Была двукратная рвота, был жидкий стул. Принимал таблетки «от гриппа», но лучше не стало. Головная боль и слабость нарастали, на следующий день температура поднялась до 39⁰С.

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 не пальпируются. Менингеальных симптомов нет.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Составьте план обследования и тактику лечения больного.

ЗАДАЧА № 47

Больной Ж., 38 лет, поступил в больницу с жалобами на кашель с небольшим количеством мокроты, головную боль, потливость. Заболел 5 дней назад: озноб, температура – $38,5^{\circ}\text{C}$, на следующий день появилось першение и боль в горле при глотании, с 4-го дня болезни – кашель, боли в суставах. Контакт с инфекционными больными не имел, работает на животноводческой ферме. Состояния больного на момент осмотра средней тяжести, температура – $38,8^{\circ}\text{C}$, 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 не увеличены.

Лабораторные данные:

Кровь: Эр.- $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб-120г/л, Лц.- $4,6 \times 10^9/\text{л}$, Эоз-0, п/я-19, с/я-49, Лимф-26, Мон-6, СОЭ-24 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: правосторонняя интерстициальная пневмония.

ВОПРОСЫ:

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

ЗАДАЧА № 48

Больная Р., 72 года, работница прачечной, обратилась к участковому врачу на 5-й день болезни с жалобами на головную боль, высокую температуру, сильную слабость. Заболела остро 20 января – был озноб, температура повысилась до 38,2⁰С. Появилась 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 инъекцированы, на переходной складке кровоизлияния. Цианоз губ. На коже обильная, яркая розеолезно-петехиальная сыпь. Трemor рук и языка при его высовывании. Язык обложен, сухой. Пульс 100 уд/мин, АД 120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, в легких – без патологии. Живот мягкий безболезненный. Пальпируются печень и селезенка. Менингеальные симптомы отрицательные. Из перенесенных заболеваний: в 1943 году – сыпной тиф, ежегодно – ОРЗ, грипп.

Госпитализирована с подозрением на брюшной тиф.

ВОПРОСЫ:

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