

Задача 1.

Мальчик П., 12 лет, вечером вернулся с рыбалки в хорошем настроении и самочувствии. Утром почувствовал слабость, головокружение, не встал с постели, была рвота, 1 раз жидкий стул. Температура нормальная. Вызван врач. Мальчик направлен в стационар. В стационаре при выяснении анамнеза установлено, что на рыбалке ел уху и томаты из банки с герметической крышкой. Более подробно анамнез собрать не удалось, т.к. мальчик с трудом отвечает на вопросы, речь невнятная, смазанная. Общее состояние тяжелое, не сидит, не стоит, не может поднять руку, ногу. Резко выражена общая адинамия, гипотония. Отмечается двусторонний птоз, нарушение конвергенции глазных яблок, мидриаз, зрение снижено, перед глазами туман, предметы дwoятся. Плохо глотает, небный рефлекс не вызывается. Сухость во рту. Сухожильные рефлексy так же отсутствуют. Нарушен ритм дыхания, экскурсия грудной клетки ограничена. Температура остается нормальной

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать, укажите тяжесть болезни

Ботулизм, тяжелое течение, период разгара.

2. Обоснуйте предполагаемый диагноз.

Обоснование: эпиданамнез, клинические данные (в первую очередь нарушение зрения и др.).

3. Какие лабораторные исследования могут подтвердить предполагаемый диагноз?

Провести забор крови, рвотных масс, испражнений, (промывных вод желудка и кишечника) для исследования на ботулотоксин.

4. Назначьте лечение.

Начать введение противоботулинической сыворотки (три типа) по Безредко. Назначить дезинтоксикационные средства внутривеннокапельно, антибиотики широкого спектра действия (тетрациклин в средних терапевтических дозах), поливитамины, десенсибилизирующие средства.

5. Мероприятия в очаге (на рыбалке было 7 человек)?

Ввести профилактически одну терапевтическую дозу ПБС по Безредко (по 10 тысяч ME типа А и Е и 5 тысяч ME типа В).

Задача 2

Больной 10 лет поступил в инфекционное отделение на 6-й день болезни. Из анамнеза известно, что заболевание началось остро с повышения температуры до 39 °С, головной боли, слабости.

Периодически беспокоили боли в животе, на второй день присоединилась рвота 2-3 раза в день, стул задержан. Температура все дни высокая, с размахами между утренней и вечерней, носит стойкий характер. кратковременно снижается от дачи жаропонижающих средств. Амбулаторно

лечился участковым врачом с диагнозом «ОРВИ», отсутствие положительной динамики явилось основанием для госпитализации в стационар. Состояние при поступлении тяжелое: вялый, заторможен, жалуется на головную боль, боли в животе, аппетит отсутствует. Кожа бледная. суховатая, отмечается желтушность подошв и ладоней. Над легкими жесткое дыхание. Тоны сердца приглушены, пульс 64 удара в минуту. Языкобложен густым коричневым налетом. Взве умеренная гиперемия. Живот слегка вздут, при пальпации отмечается болезненность и урчание в правой подвздошной области, крепитация. Печень на 2,5 см выступает из-под края реберной дуги. Стула не было 3 дня, мочится достаточно. Менингеальных знаков нет. Из эпиданамнеза известно, что месяц назад ребенок отдыхал в городе Ташкенте.

Вопросы:

1. О каком заболевании и на основании чего можно думать?

О диагнозе «Брюшной тиф, типичный, тяжелая форма» можно думать на основании длительно сохраняющейся лихорадки, симптомов интоксикации, анорексии, болей в животе, запоров, выявление при объективном осмотре бледности кожного покрова на фоне гипертермии, «тифозный язык», симптома Филипповича (желтушное окрашивание ладоней и стоп), угнетение сознания (сонливость, заторможенность), урчание, болезненность в правой подвздошной области, увеличении размеров печени, (+) симптом Падалки, а также принимая во внимание данные эпидемиологического анамнеза (пребывание в регионе с высоким уровнем заболеваемости брюшным тифом).

2. Назначьте необходимое лабораторное обследование.

- Общий анализ крови и мочи;

- Бактериологическое исследование: гемокультура, копрокультура, уринокультура, биликультура;

- Серологическое исследование: обнаружение специфических антител в крови больного (реакция Видаля, РНГА, РПГА с эритроцитарным О-диагностикумом, Н- и Vi антигеном, ИФА).

3. Назначьте больному лечение.

Режим – строгий постельный в течение всего лихорадочного периода и еще 5-7 дней с момента нормализации температуры тела, затем разрешается сидеть в кровати, а с 10-12 дня ходить; диета – из питания исключаются продукты, содержащие грубую клетчатку, усиливающие газообразование и перистальтику кишечника, подключают кисло-молочные

продукты, расширение диеты на ранее 6 дня нормальной температуры тела из-за опасности развития кишечного кровотечения и перфорации кишечника;
Дезинтоксикационная терапия в/в капельно 50 мл/кг массы тела в сочетании с оральной регидратацией; Этиотропная терапия: левомецетина сукцинат 50 мг/кг/массы тела в сутки, при отсутствии эффекта препараты резерва (цефтриаксон, цефоперазон, фторхинолоны); Симптоматическая терапия (жаропонижающие, анальгетики).

4. Показания для выписки больного из стационара.

а) клиническое выздоровление; б) нормализация лабораторных показателей; в) 3-х кратные отрицательные результаты посева кала и мочи и однократного посева желчи (у детей школьного возраста), взятые на 5, 10 и 15 день нормальной температуры.

5. Укажите план диспансерного наблюдения.

диспансерное наблюдение в течение 3-х месяцев с ежемесячным исследованием копро- и урокультуры, на 4-м месяце проводится исследование желчи и постановка РПГА с цистеином, при отрицательных результатах переболевший брюшным тифом снимается с учета.

Задача 3

Девочка 10-ти лет, вернулась из похода, где питалась консервами, жареными грибами, купалась в пруду и пила некипяченую воду. По возвращении домой жаловалась на слабость, отсутствие аппетита, однократную рвоту, боли в животе, кратковременное расстройство стула. На следующий день появилось головокружение, поперхивание при питье воды. Госпитализирована «по скорой» с подозрением на «Отравление грибами». Объективно в стационаре: состояние тяжелое, температура тела 37,2 °С. Кожа бледная, резкая мышечная слабость. Сухой кашель, першение в горле, гнусавость, осиплость голоса. В легких дыхание везикулярное. Ч Д - 44 в мин. Тоны сердца приглушены. Слизистая полости рта чистая, суховата, небная занавеска слегка провисает, глотание затруднено, поперхивается. Живот несколько вздут, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стула нет. Сознание ясное, менингеальных знаков нет. Отмечается левосторонний птоз, расширение зрачков. Анализ кала на кишечную группу: патогенные бактерии на кишечную и тифо-паратифозную группу не выявлены. Клинический анализ крови: Нв- 134 г/л рЭ- 40,6 x01 %л, Лейк. - 8,0x 10%л, п/я - 7%, с/я - 54%З, - 3%,л - 30%, м- 6%, СОЭ - 10 мм/час. Серологическое исследование: РНГА с эритроцитарными антигенами шигелл Зонне, Флекснера, комплексным сальмонеллезным групп А, В, С, Д - отрицательная.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз с обоснованием.

ботулизм. типичный. тяжелая форма.

2. Согласны ли Вы с диагнозом врача скорой помощи и почему?

Нет, т.к. при отравлении грибами отмечается обильное слюно- и потоотделение, повторная рвота, профузная диарея, боли в животе.

3. Назначьте план обследования для подтверждения диагноза

- Определение ботулинического токсина в крови:
- реакция нейтрализации
- ИФА (иммуноферментный анализ)
- РЛА (реакция латексной агглютинации).

4. Назначьте лечение.

- промывание желудка
- введение поливалентной противоботулинической сыворотки типа А – 10000 МЕ, типа В – 5000 МЕ, типа С – 10000 МЕ, типа Е – 10000 МЕ
- дезинтоксикационная терапия
- антибиотики.

5. Какие меры проводятся при групповой заболеваемости в очаге всем лицам, употреблявшим подозреваемый продукт?

Всем лицам, употреблявшим подозрительный продукт (или продукт вместе с больным), с профилактической целью в/м вводят противоботулиническую сыворотку $\frac{1}{2}$ лечебной дозы по методу Безредко. Если тип токсина не установлен, вводят по половине лечебной дозы всех типов моновалентных сывороток. При положительной внутрикожной пробе – сыворотка не вводится.

Задача 4

Ребенок 6-ти лет, накануне было переохлаждение. Заболел остро с повышения температуры до 38,5 °С, появились боли в горле при глотании. Температура повысилась до 38,5-39,0 °С и сохранялась весь последующий день. Лечились самостоятельно (полоскание горла отваром ромашки, парацетамол), эффекта не наблюдалось. На третий день был вызван участковый врач. При осмотре: ребенок вялый, адинамичный, аппетит снижен, 37,8 °С., румянец на щеках, увеличены тонзиллярные лимфоузлы до 1 см в диаметре, отек подкожной шейной клетчатки нет. В зеве яркая разлитая гиперемия, миндалины I-II степени, по лакунам желто-зеленоватого цвета наложения, рыхлые, "- +" ткань, легко снимаются шпателем, тонут в воде; справа на миндалине на верхнем полюсе поверхностный некроз до 0,5 см в диаметре, отек в зеве нет. По органам без особенностей.

Вопросы:

I. Поставьте диагноз.

Диагноз: острый лакунарно – некротический тонзиллит, тяжелая форма

2. Приведите его обоснование.

Острое начало заболевания с повышением температуры до $38,5^{\circ}\text{C}$ - 39°C , боли в горле при глотании, симптомов интоксикации, данных объективного обследования (увеличение тонзиллярных лимфоузлов до 1 см в диаметре, в зеве яркая разлитая гиперемия, миндалины I-II степени, по лакунам желто-зеленоватого цвета наложения, рыхлые, (\pm) ткань, легко снимаются шпателем, тонут в воде; справа на миндалине на верхнем полюсе поверхностный некроз до 0,5 см в диаметре, отека в зеве и на шее нет) свидетельствуют о наличии данного диагноза.

3. Что нужно выяснить из анамнеза для грамотного оформления направления в стационар?

В направлении на госпитализацию ангинозным больным необходимо указывать дату заболевания, первоначальные симптомы, их выраженность, лечение, если оно проводилось, динамику клинических симптомов на фоне проводимого лечения, дату взятия мазка на ТКБД, его результат – если уже готов. Указать профилактические прививки против дифтерии, контакт с больным ангиной и другими инфекционными заболеваниями, страдает ребенок или нет хроническим тонзиллитом, как часто болеет ангинами и их характер.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

Диф. диагностика с заб. дифтерии

5. Какие обследования и консультации необходимо провести в стационаре для постановки окончательного диагноза?

- бак. посев слизи из зева и носа на ТКБД – 3-кратно
- бак. посев слизи из ротоглотки на флору – однократно
- ОАК – 2-раза – при поступлении и перед выпиской
- ОАМ – 2-раза – при поступлении и перед выпиской
- Соскоб и кал на я/гл
- Консультация ЛОР-врача.
- Консультация кардиолога при необходимости.

Задача 5

Ребенок 3 лет из группы часто болеющих детей заболел остро ночью, повысилась температура до $37,6^{\circ}\text{C}$, озноб, боли в животе. На следующий день на фоне высокой температуры дважды

вырвало, появился жидкий стул 6-8 раз, в последних порциях стула - гной, кровь. «Скорой

помощью» доставлен в стационар. В стационаре состояние очень тяжелое. Стойко температурит, 38.5-39.5°C. Ребенок вялый, от еды отказывается. Кожные покровы бледные. Определяется

выраженная тахикардия, приглушенность сердечных тонов. Выраженные боли в животе, тенезмы. Стул без счета, без каловых масс, с большим количеством слизи, гноя, крови. Живот втянут, сигмовидная кишка резко болезненная, спазмирована. Анус податлив, сфинктерит. На фоне лечения симптомы токсикоза сохранялись в течении 7 дней, дисфункция кишечника - 15 дней, гемоколит - 8 дней. На 4сутки госпитализации возникло кишечное кровотечение. При бак. исследовании кала на 4 сутки выделена в. Sh. Flexneri 2a, чувствительная к амикацину рифампицину, бактериофагу.

Вопросы:

1. О каком типе диареи идет речь при поступлении

Инвазивный тип диареи

2. Представьте обоснование диагноза.

острое начало заболевания с повышения температуры, появления болей в животе, рвоты, жидкого стула с патологическими примесями, нарастающая тяжесть состояния, стойкая гипертермия, бледность кожи, приглушенность сердечных тонов, тахикардия, выраженные боли в животе, тенезмы, стул без счета, по типу «ректального плевка» со слизью, гноем, кровью, болезненная, спазмированная сигмовидная кишка, податливость ануса, сфинктерит, присоединение на 4 сутки с момента госпитализации кишечного кровотечения и выделение при бак. исследовании кала Sh. Flexneri 2a, позволяют поставить диагноз: Шигеллез Флекснера 2a, типичный, тяжелая форма В, острое негладкое течение. Осложнение: кишечное кровотечение.

3. Проведите дифференциальный диагноз.

Другие кишечные заболевания

4. Назначьте лечение.

а) постельный режим, стол А4 с уменьшением объема питания на 30-40% и дополнительным введением кисломолочных продуктов; б) дезинтоксикационная и регидратационная терапия в/в капельно в сочетании с оральной регидратацией; симптоматическая терапия (миотропные спазмолитики, жаропонижающие); этиотропная терапия (цефалоспорины II-III поколения в/в или в/м с пероральным введением аминогликозидов II поколения (амикацин) или рифампицина, противошигеллезный лактоглобулин, КИП, энтеросорбенты.

5. Ведение больного в периоде реконвалесценции.

а) диетическая коррекция; б) восстановление функциональной деятельности ЖКТ (ферменты, витамины А и Е, отвары трав, обладающих противовоспалительным и регенерирующим действием); в) восстановление микробиоценоза кишечника (пробиотики, пребиотики); г) иммунокоррекция (КИП, кипферон, гепон, противошигеллезный лактоглобулин)

Задача 6

Задача 7

Задача 8

Больной ,К. 16 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. Доставлен БСП в стационар. При осмотре состояние больного тяжелое. Температура 37,4 °С. Вял, адинамичен, постоянная тошнота, позывы на рвоту. Желтушность кожи и слизистых резко выражена. В легких - везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс - 88 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-ий 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: ОАК: Эр. - $4,5 \times 10^{12}$ л, Нв - 100 г/л. L- $9,8 \times 10^9$ л. Эо3 - 3%. П-6%, С-41%, Лимф- 50%, СОЗ- 15мм/час. ОАМ: уд.вес - 1015, цвет темно-желтый, ед. клетки плоского эпителия

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

Вирусный гепатит В, фульминантная форма, осложнение - острая печеночная недостаточность, прекома I-II.

2. Ваш план обследования больного. Какие исследования необходимо провести для подтверждения Вашего диагноза?

Общий анализ крови, мочи на уробилин, желчные пигменты, кровь на билирубин общий и связанный, коллоидные пробы (сулемовая и тимоловая), АлАТ, АсАТ, протромбин, специфические маркеры ВГВ - HBsAg, anti HBs IgM, anti HBs IgG, УЗИ печени, желчного пузыря, селезенки.

3. Проведите дифференциальный диагноз. В продромальном периоде - с гриппом и др. ОРВИ, энтеровирусной инфекцией, в желтушном - с желтухами гемолитического, обтурационного и токсического генеза, с псевдотуберкулезом и лептоспирозом, инфекционным мононуклеозом.

4. Определите дальнейшую тактику ведения больного и план лечения.

Помещение больного в палату интенсивной терапии, исключить пищевой белок, (достаточный калораж - 2-2,5 тыс. ккал.) достигается за счет введения углеводов (в виде 5-10% раствора глюкозы в/в (1г. глюкозы соответствует 4,3 ккал)). При улучшении состояний больного суточная доза белка составляет 10-25 г. в 1-ую неделю, 20-25 г. - во вторую. Применение всасывающихся в кишечнике антибиотиков, левомецитин сукцинат натрия - 1,0-2,0 3 раза в сутки, ампицилин - 0,5 6 раз. Гемодез - в/в 800 мл/сутки, реополиглюкин (400-800 мл.), 10-5% раствор глюкозы. KCL (до 6 г в сутки), маннитол - 30-50,0 в/в капельно, витамин С - 5,0 витамин В₆ - 1,0, витамин В₁₂ - 1000 мкг. При развитии метаболического ацидоза - в/в 4,2% р-ра бикарбоната натрия, при метаболическом алкалозе - раствор цитрата натрия и дополнительно калий - до 6 г. в сутки в составе поляризирующего раствора (10% глюкоза - 500 мл., 10% KCL - 20 мл., инсулин - 10 ЕД в/в. Для коррекции гипоксии - солкосерил 2 мл, в/в, 4-5 раз в сутки с 5-10% раствором глюкозы, можно ГБО. При развитии ДВС-синдрома гепарин -10тыс. ЕД 2-3 раза в день, криоплазма. Ингибиторы протеаз: трасилол, гордокс 500тыс - 1 млн.ЕД. Для купирования психомоторного возбуждения: галоперидол, оксибутират натрия в/в, Преднизолон - 60 мг 3-4 раза в сутки, в/в, человеческий лейкоцитарный интерферон.

5. Профилактические мероприятия.

Заключительная дезинфекция в очаге с применением 5% растворов хлорсодержащих средств, вещи подвергаются камерной дезинфекции. Наблюдение за контактными в очаге: 1. Опрос, осмотр врачом, санпросветработа. Взятие крови на HBsAg, выявление носителей вируса В. Диспансеризация в течение года после выписки из стационара в КИЗ поликлиники или гепаткабинете с осмотром и анализом биохимического исследования крови через 1, 3, 6, 12 месяцев.

Задача 9

Мальчик в возрасте 2-х лет и 2-х мес. Заболевание началось остро. Отмечалось повышение температуры до 39,2°C. После приема Панадола температура снизилась до 38,7°C и сохранялась на субфебрильных цифрах в течение суток. Отмечалась слабость, вялость, отказ от еды. Ребенок был очень сонлив. заторможен, постоянно спал. На второй день утром температура тела повысилась до 39,8°C. Мать заметила единичную розовую сыпь на коже бедер, ягодиц и вызвала «скорую помощь». Ребенок осмотрен врачом «скорой помощи», который ввел внутримышечно литическую смесь.

При осмотре: состояние ребенка расценено как тяжелое. Температура -38,9°C, ЧДД - 50 в минуту, ЧС - 155 в минуту. АД - 90/50 мм рт. ст. В сознании, но очень вялый, на осмотр реагирует негативно, плачет. Кожные покровы бледные с цианотичным оттенком, усиливающимся при беспокойстве. На ягодицах, задних поверхностях бедер, голеней имеется необильная геморрагическая «звездчатая» сыпь с некрозом в центре, размером от 0,5 до 1,5 см, не исчезает при надавливании. В ротоглотке отмечается гиперемия небных дужек, миндалин, зернистость задней стенки глотки. Налетов нет. В легких ды х а н и е учащено, жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Последний раз мочился час назад. Стула не было. Менингеальных знаков нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.

Менингококковая инфекция, генерализованная форма, менингококкемия.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

Др. видами менингококковой инфекции

3. Тактика ведения больного.

Госпитализация в инфекционное боксированное отделение (стационар с наличием ОРИТ).

Жаропонижающая терапия.

4. Специфическая профилактика данного заболевания.

Вакцинопрофилактика (вакцина менингококковой группы А полисахаридная сухая (Менинго-А) и Менинго А+С.

Рекомендуют **детям старше года в очагах инфекции**, а также для массовой вакцинации во время эпидемии. Курс вакцинации - 1 инъекция.

5. Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

Изоляция больного или бактерионосителя. Экстренное извещение в Роспотребнадзор.

Бактериологическое обследование контактных лиц с интервалом от 3 до 7 дней.
Заключительная дезинфекция.

Задача 10

Задача 11