

Клинический отчет № 1

И., 30 лет, пришла к врачу 25 июля.

Жалобы: тошнота, рвота, боль в животе, похожая на схватки, боль в животе
выделения, повышение температуры тела, головная боль.

Anamnesismorbi: начал остро болеть 24 июля. Больное сердце
остро от появления тошноты, боли в животе, похожей на схватки
начато. Рвота 5 раз в вечернее время, диарея 5-6 раз, слабость, головная боль
возникший, температура тела повысилась до 38,5 С. Самостоятельно но-шпа
принял. Ночью его мучила боль в животе, и он плохо спал. Сегодня утром
пришел к врачу.

Эпидемиологический анамнез: проживает в квартире. Тренер в спортивной школе
работает. Не контактировал с инфекционными больными. Общественный
едет на машине. Часто едят в столовых. Работы 23 июля
обедал в столовой рядом с ним. Куриное и картофельное пюре, компот
пил. На прошлой неделе ездил на гонку в другой город.

Объективные данные: состояние средней тяжести. Здравый смысл очевиден. Кожа
покрытия нормальные, без сыпи. Периферические лимфатические узлы
не увеличен. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца
- да, - сказал он. ВСС-98 раз/мин. Оф-120/80 мм В. Д. язык белый
покрывается слоем, сухой. Живот мягкий, эпигастральный, около пупка и
болевые ощущения в подвздошных областях. Определяется формирование аппендикса.
Живот
никаких признаков раздражения перегородки нет. Стул жидкий, зеленого цвета, со
слизью.

Мочеиспускание нормальное.

Лабораторные данные:

Общий анализ Кана: лейкоциты- $9,8 \times 10^9$ /л, палочка
ядерно-нейтрофилы-6%, сегментно-ядерные нейтрофилы-76%, моноциты -
5%, лимфоциты - 13%, СОЭ - 15 мм/ч.

Копрологический анализ: лейкоциты-12-15 К./А., эритроциты - обнаружены

жок, слизь ++

Задачи:

1. обоснование диагноза. Сальмонеллез

2. составление плана диагностики. ОАК: ,Уск СОЭ; бактериологическое исследование испражнений, промывных вод желудка, рвотных масс (в ранние сроки болезни, до начала этиотропной терапии);

· кал на простейшие и яйца гельминтов.

3. Составление плана лечения. Диета – стол №4. Промывание желудка водой или 0,5% раствором натрия гидрокарбоната через желудочный зонд

ральная регидратация (при дегидратации I-II степени и отсутствии рвоты): регидрон, глюкосолан, цитроглюкосолан, - 2 литрами регидратационной жидкости в течение первых 24 часов. В последующие сутки по 200 мл после каждого очередного стула или рвоты.

Регидратационная терапия проводится в два этапа, длительность I этапа (первичная регидратация – восполнение потерь жидкости, развившихся до начала терапии) – до 2 ч, II этапа (компенсаторная регидратация – восполнение продолжающихся потерь) – до 3 сут.

Объем 30-70 мл/кг, скорость 0,5-1,5 л/ч

генерализованные формы сальмонеллеза: ампициллин по 1,0 г x 4 раза в сутки, внутримышечно; или левомицетина сукцинат по 1,0 г x 3 раза в сутки, внутримышечно; или ципрофлоксацин по 500 мг x 2 раза в день, курс 7-10 дней; или норфлоксацин 0,4 г x 2 раза в день; или офлоксацин 0,2 г x 2 раза в день; или цефалоспорины III поколения (цефтриаксон по 1-2 г/сутки в/м или в/в); курс 7-14 дней;

Клинический отчет № 2

Ж., 18 лет, пришла к врачу 10 июля.

Жалобы: ощущение схваткообразной боли в нижних областях живота,

множественные внутрибрюшные проходы, подтягивания ректальной области, ложные позывы на дефекацию

позывы, повышенная температура тела, слабость.

Anamnesismorbi: начал болеть 8 июля, вечером. Болезнь

острое начало: двукратный живот с ощущением схваткообразной боли в животе

прошлом. 9 июля температура тела повысилась до 38,7 С; слабость беспокоила;

живот прошел до 10 раз, большой стул стал без стула и уменьшился в объеме.

Боль в животе усиливается, располагается в нижних областях живота. Сегодня

ложные позывы к дефекации и ректальные позывы с утра

тянущая боль включена. Самостоятельно пила парацетамол, кетонал, но-шпа.

Эпидемиологический анамнез: проживает в квартире. Студент. Заразный

не общался с больными. Пикник в горной местности в начале лета

был. 6 июля с друзьями купались в «Капшагае». Возвращаясь домой на дороге покупали фрукты и овощи. Не моется при покупке попробовала фрукты. Пельмени ели в кафе. Люди, которые ели вместе, здоровы. Объективные данные: состояние средней тяжести. Здравый смысл очевиден. Кожа покрытия нормальные, без сыпи. Периферические лимфатические узлы не увеличен. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца замедленный, ритм правильный. ВСС-98 раз/мин. Оф-110/70 мм В. Д. язык белый покрывается слоем, сухой. Живот мягкий, в левой подвздошной области и пах ощущение боли в области над головой. Сигмовидная кишка спазмирована. Брюшины никаких признаков раздражения. Большой стул без стула, слизь с кровью. Младший на дефекацию ходили утром.

Лабораторные данные:

Общий анализ Кана: лейкоциты- $9,5 \times 10^9$ /л, палочка

ядра-7%, ядра-76%, моноциты -

5%, лимфоциты - 12%, СОЭ - 14 мм/ч.

Копрологический анализ: лейкоц. - 12-15 К./А., эритроц. - 7-8 К./Л., слизь +

Задачи:

1. обоснование диагноза. Дизентерия
2. составление плана диагностики. ОАК, ОАМ, бактериологическое исследование кала и рвоты.
3. Составление плана лечения. режим полупостельный, диета N4.

Медикаментозное лечение:

Оральная регидратация: регидрон, глюкосолан, цитроглюкосолан, - 2 литрами регидратационной жидкости в течение первых 24 часов.

АБ терапия: ципрофлоксацин 0,25 – 0,5 х 2 раза в сутки, или офлоксацин 0,2-0,4 г х 2 раза в сутки

Клинический отчет № 3

С., мужчине 25 лет, 30 мая он отправил врача домой.

Жалобы: рвота много раз, вздутие живота много раз, сухость во рту, жажда, выраженная слабость, судороги мышц ног.

Анамнез morbi: начал болеть 29 мая. Боль в животе много раз начат с перехода. Рвало до 10-15 раз в вечернее время. Тошнота, выпивка боли не было. Не измерял температуру тела. Утром 30 мая появилась выраженная слабость, судороги мышц ног.

Кроме того, беспокоила жажда, сухость во рту. Скорая помощь вызвал бригаду.

Эпидемиологический анамнез: проживает в частном доме. Бухгалтер работает. Не имел контакта с больными. Частный едет на машине. Отдыхал в Таиланде с 15 мая. Там же побывал в нескольких городах, обедал в разных кафе, напитки со льдом пили, купались в байсейнах и море. Санитария некоторых отелей сказал, что состояние было плохим. Пил только бутилированную воду. В Алматы Прибыл в вечернее время 28 мая.

Объективные данные: состояние тяжелое. Здравый смысл очевиден. Слабая, адинамическая.

Разочаровывает отношения. Кожные покровы бледные, сухие, холодные. Сыпь Нет. Акроцианоз. Глаза «загипнотизированы». Лицо остроконечное. Кожный тургор уменьшился. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца замкнутый, ритм правильный. ВСС-110 раз/мин. Оф-100/70 мм В. Д. язык толстый покрывается слоем, сухой. Живот мягкий, без болезненных ощущений, внутрь привлечено. Определяется строение кишечника. Симптомы раздражения брюшины Нет. Стул водоподобный, бесцветный, без запаха, без включений. 29 мая с вечера младший не испражнялся.

Лабораторные данные:

Общий анализ кан: эритроциты - $5,7 \times 10^{12}/л$, Нв-164 г/л, лейкоциты - $11,2 \times 10^9/л$, стержневые ядра-6%, сегмент ядра-77%, моноциты-5%, лимфоциты-12%, СОЭ-13 мм / ч.

Задачи:

1. обоснование диагноза. Холера

2. составление плана диагностики. ОАК;

- ОАМ;
- копрологическое исследование;
- бактериологическое исследование испражнений, рвотных масс (в ранние сроки болезни, до начала этиотропной терапии) для выделения холерного вибриона;
- ПЦР фекалий;
- бактериологическое исследование кала на возбудителя дизентерии, тифо-паратифозные микроорганизмы, аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы.

3. Составление плана лечения.

Доксициклин, 300мг в разовой дозе	Ципрофлоксацин, 1г в разовой дозе Азитромицин, 1г в разовой дозе
-----------------------------------	---

Оральная регидратация (при дегидратации I-II степени и отсутствии рвоты):

регидрон, глюкосолан, цитроглюкосолан, - 2 литрами регидратационной жидкости в течение первых 24 часов. В последующие сутки по 200 мл после каждого очередного стула или рвоты. Регидратационная терапия проводится в два этапа, длительность I этапа (первичная регидратация – восполнение потерь жидкости, развившихся до начала терапии) – до 2 ч, II этапа (компенсаторная регидратация – восполнение продолжающихся потерь) – до 3 сут. Объем 30-70 мл/кг, скорость 0,5-1,5 л/ч.

№ 4 клинический отчет

28-летний мужчина, 31 августа вызвал на дом врача.

Жалобы: слабость, боли в суставах, отсутствие аппетита,

он жаловался на тошноту, боль под правым ребром.

Anamnesis morbi: 25.07. день начался с слабости, усталости.

Позже аппетит снизился, боли в суставах, тошнота в сердце, правая стенка

беспокоила боль в поясничной области. К вечеру рвало 3 раза. В доме

сам промыл желудок, но состояние не улучшилось. День 31.08

заметили желтуху, сегодня утром 2 раза рвало, слабость, адинамия усилилась

поступили. В связи с ухудшением общего состояния вызвали врача.

Эпидемиологический анамнез: родители живут в многоквартирном доме.

Студент. Не имел отношений с больным инфекционным заболеванием.

Не занимался незащищенным сексом. Часто в общественных местах

ест. 4 месяца назад перенесла операцию по перитониту и операция

во время переливания крови.

Объективные данные: общее состояние связано с отравлением печени тяжелой, температура тела 37,5°C. вменяемый, пассивный, адекватно отвечает на вопросы.

Кожный покров и склера желтоватые, в месте инъекции наблюдаются геморрагические точечные высыпания. Гиперемии нет, миндалина не увеличены. В легких отсутствует везикулярное дыхание, хрипы. Сердечные тона приглушены. Ритм правильный, пульс 95 раз в минуту. КК - 110 / 80 мм рт. ст. Язык влажный, слегка покрыт белым налетом. Живот мягкий, при пальпации в области эпигастрии и под правым ребром определяется чувство боли. Печень под реберной дугой 2,0 см увеличенной, мягкая. Селезенка не пальпируется. Моча коричневая, темного цвета, стул обесцвечен.

Лабораторные данные:

Гемоглобин-122 г/л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}$ /л., тромбоциты - 240×10^9 / л., лейкоциты - $3,9 \times 10^9$ / л., палочкоядерные нейтрофилы-2%, сегмент ядра-51%, моноциты-5%, лимфоциты-42%, ЛЭП-5 мм / ч.

Биохимический анализ крови:

АЛТ-765 ед/л., АСТ - 521 ед / л., креатинин - 83 ммоль / л., глюкоза - 3,8 ммоль/л., общий билирубин 164 ммоль / л., прямой 120, непрямой - 44.

Проба тимоло-8 ед.

Задачи:

1. обоснование диагноза. Гепатит В

2. составление плана диагностики. ОАК с подсчетом тромбоцитов;

- ОАМ;

- Биохимический профиль: АЛТ, АСТ, общий билирубин и фракции, тимоловая проба, общий белок, альбумин, холестерин, щелочная фосфатаза, ГГТП.

- протромбиновый индекс, фибриноген, МНО;

- серологические маркеры ВГ: (anti-HAV-IgM, anti-HEV-IgM, HBsAg (качественный тест), antiHBsAb, HBeAg, anti HBeAb, anti-HBc – IgM, total, anti-HCV-IgM, total, anti-HDV-IgM, total;

- ультразвуковое исследование органов брюшной полости;

3. Составление плана лечения. диета, стол №5, 5а;

- обильное питье (1,5-2,0 л/сутки).

№ 5 клинический отчет

35-летняя женщина пришла к врачу на 8-й день болезни.

Жалобы: выраженная слабость, повышенная температура тела, отсутствие аппетита, рвота, рвота до 4-5 раз в сутки, желтуха, зуд кожи,

тяжесть в эпигастральной области и под правой грудной клеткой жалуется на свои чувства.

Anamnesis morbi: остро заболел 20 августа. Болезнь от слабости, усталость, чувство жара, повышение температуры тела до 37,8°C,

постепенное снижение аппетита, рвота, однократная рвота, болезненные ощущения в суставах,

началось с болезненного ощущения во всем теле. 26 августа

27 августа (7-й день болезни) стул стал обесцвеченным, в тот же день

утром родственники сообщили, что у пациента пожелтела кожа и склера заметил. Выраженная слабость к вечеру, сильная боль в суставах,

адинамия, рвота учащается до 4 раз, температура тела повышена до 38,50 С.

Эпидемиологический анамнез: проживает в многоэтажном доме. Инфекционный

с болезнями отношения не было. Супруга на диспансерном учете " с циррозом печени» живет. В апреле этого года роды методом «Кесарево», гематрансфузия

был.

Объективные данные: состояние тяжелое, при печеночной интоксикации

связанный. Температура тела 37,5°C. память ясна, но больной слаб, на контакт слабеет, правильно отвечает на вопросы, но мышление снижено.

Кожные покровы желтоватые, следы царапин на коже, склеры

субиктерический. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца

слабый, ритмичный, пульс-95 раз мин. АД -110 / 80 мм.С. Б. язык влажный, белый

с покрытием. Живот мягкий, эпигастральный и правый при пальпации

боль определяется под грудной клеткой челюсти. Увеличенная печень, ребра

дуги 2,0

см ниже, консистенция эластичная. Селезенка

не пальпируется. Моча темного цвета, стул обесцвеченный.

Лабораторные данные:

Гемоглобин-112 г/л, эритроциты - $3,5 \times 10^{12}$ /л., тромбоциты - 180×10^9 / л.,

лейкоциты - $3,5 \times 10^9$ / л., стержневые ядра-2%, сегмент

ядра-51%, моноциты-5%, лимфоциты-45%, СОЭ-5

мм / ч.

Биохимический анализ крови: АЛТ-665 ед/л., АСТ - 421 ед / л., креатинин -

83 ммоль/л., глюкоза - 3,8 ммоль/л., общий билирубин 124 ммоль/л., прямой 119,

не прямой-34. Тимол.проба 8 ед.

Задачи:

1. обоснование диагноза. Гепатит Д

2. составление плана диагностики. ОАК с подсчетом тромбоцитов;

- ОАМ;

- Биохимический профиль: АЛТ, АСТ, общий билирубин и фракции, тимоловая проба, общий белок, альбумин, холестерин, щелочная фосфатаза, ГГТП.

- протромбиновый индекс, фибриноген, МНО;

- серологические маркеры ВГ: (anti-HAV-IgM, anti-HEV-IgM, HBsAg (качественный тест), antiHBsAb, HBeAg, anti HBeAb, anti-HBc – IgM, total, anti-HCV-IgM, total, anti-HDV-IgM, total);

- ультразвуковое исследование органов брюшной полости;

3.Составление плана лечения. Дезинтоксикационная терапия - объем зависит от степени тяжести пациента.

Легкая степень тяжести – пероральная дезинтоксикация в объеме 2-3 литров жидкости в сутки (некрепко заваренного чая с молоком, медом, вареньем, а также отвара шиповника, свежеприготовленных фруктовых и ягодных соков, компотов, щелочных минеральных вод).

Средняя степень тяжести – инфузионно-дезинтоксикационная терапия:

- 800-1200 мл 5% раствор декстрозы внутривенно капельно;

- у пациентов с повышенным уровнем глюкозы в крови - раствор Рингера в суточной дозе - 5–20 мл/кг, при необходимости до 30–50 мл/кг [**УД – В**];

- длительность курса – 5 дней.

Тяжелая степень тяжести – усиление дезинтоксикационной терапии, 10% раствора альбумина, плазмы крови.

Метаболическая терапия – инозин, раствор для в/в 20 мг/мл на 200 мг.

Пациентам с холестатическим синдромом в независимости от степени тяжести заболевания назначают адеметионин. Схема использования адеметионина: первые две недели внутривенно струйно в дозе 800–1600 мг ежедневно с последующим переходом на таблетки - по 2–4 таблетки в день.

Профилактика запоров. Обеспечение ежедневного опорожнения кишечника: лактулоза, дозу которой подбирают индивидуально (30–60 мл/сутки) таким образом, чтобы стул был ежедневно, оформленный или кашицеобразный [УД – А];

Антихолестатическая терапия. При продолжительной гипербилирубинемии, симптомах холестаза необходимо назначение препаратов желчных кислот (не в остром периоде вирусного гепатита) в сочетании с адеметионином.

Пациенты с клиникой **острой печеночной недостаточности** подлежат интенсивной терапии, успех терапевтических мероприятий находится в прямой зависимости от сроков их проведения.

Неотложные мероприятия:

- обеспечение проходимости дыхательных путей;
 - катетеризация подключичной вены;
 - катетеризация мочевого пузыря;
 - введение постоянного назогастрального зонда (с целью промывания желудка при пищеводно-желудочных кровотечениях);
 - купирование приступов психомоторного возбуждения:
- натрия оксидат в/в капельно, 50-120 мг/кг и диазепам в/в или в/м, 6,5% р-р, 3-4 мл, они оказывают взаимопотенцирующее действие.

Инфузионная терапия проводится с целью: коррекция развивающихся расстройств, дезинтоксикация, стабилизация АД, обеспечение питания больного.

Декстроза 5% - с целью дезинтоксикации.

Декстроза 20%, 40% - с целью коррекции гипогликемии и гипернатриемии (при отеке и набухании клеток головного мозга); желателен в центральные вены с целью предотвращения флебита.

Базисную терапию начинать одновременно с введением через желудочный зонд раствора декстрозы + калий + аскорбиновая кислота.

Аминокислотные смеси – с целью поддержания энергетического баланса:

- Аминоплазмал Гепа - суточная доза в среднем равна 10 мл/кг; максимальная допустимая - до 15 мл/кг. Введение препарата осуществляется через катетер в центральную вену. Инфузия выполняется со скоростью до 1 мл/кг/ч.

- Гепастерил-а - дозы подбирают индивидуально с учетом исходной концентрации аммиака и корректируют в зависимости от динамики состояния больного. Обычно начинают с внутривенного капельного введения 500 мл раствора со скоростью 40 капель в минуту. Введение препарата может повторяться каждые 12 ч. Назначение препарата возможно только при сохраненной фильтрационной (выделительной) функции почек. В процессе применения препарата необходим контроль за уровнем калия в крови

- Аминостерил Н-Гепа - инфузии со скоростью 1,25мл/кг массы тела в час. Максимальная суточная доза препарата составляет 18,75 мл/кг массы тела.

Альбумин, протеины: 100 мл 25% р-ра альбумина эквивалентны 500 мл плазмы, более предпочтительны при отеке мозга, легких.

- Скорость введения плазмы и ее препаратов – 15-20 мл/мин.

Плазмозамещающие жидкости:

- гелофузин, вводится внутривенно. Длительность и скорость введения, а также общая дозировка рассчитываются на основании индивидуальных потребностей, учитывая результаты стандартных гемодинамических показателей. Первые 20-30 мл раствора необходимо вводить медленно;

- венофундин, вводится внутривенно. Суточная доза и скорость введения зависят от величины потери крови и параметров гемодинамики. Для максимально раннего выявления угрозы анафилактических реакций первые 10-20 мл венофундина следует вводить медленно;

- декстран, раствор для инфузий 10 % 200 мл и 400 мл; доза 10 мл/кг.

Предупреждение кишечной аутоинтоксикации:

- исключение белков из пищи, только углеводы (энергетическая ценность >1500 ккал/сут);
- повторные промывания желудка;

- высокие очистительные клизмы (через 12 часов);
- через желудочный зонд плохо всасывающиеся антибиотики широкого спектра действия и другие антибактериальные средства: рифаксимин, ванкомицин, метронидазол;
- лактулоза: через зонд - 200-400 мл с удвоенным количеством воды, каждые 2-4 ч до выхода из комы; в клизмах – от 300 до 700 мл на 1 литр воды, с повторным введением через каждые 6-8 часов.

Особенности питания – полное исключение белков из рациона. Кормление через зонд – после предварительного промывания желудка, дробно, по 150-200 мл.

Заведующий кафедрой, профессор

Оспанбекова Н.К.

Клинический отчет № 6

Пациенту 20 лет, 29 сентября он обратился к врачу.

Жалоба: кожные покровы и желтуха склеры, желудочного и правого
челюсть подвержена болевым ощущениям под ребрами, незначительной слабости,
снижению аппетита.

Anamnesis morbi: боль, жара, общая слабость 24 сентября
чувствовал. Не измерял температуру тела. 25 сентября (2-й день болезни) сердце
тошнота, рвота 3-4 раза, снижение аппетита, боли в животе
был. В последующие дни состояние не улучшилось.

Вечером 28 сентября он заметил потемнение мочи.

Утром 29 сентября группа заметила желтизну глаз.

Эпидемиологический анамнез: квартира проживает в доме. Студент вуза.

Связь с инфекционными заболеваниями

не имел отношения. Общественного транспорта

использует. Часто едят в общественных местах.

Объективные данные: состояние средней тяжести. Активный. Тело

температура-36,7 С. Во рту: пожелтели слизистые оболочки.

Склера желтоватая. Кожный покров слегка пожелтел. Высыпаний нет.

В легких отсутствует везикулярное дыхание, хрипы. Приглушенные сердечные тона,
ритм

правильно. ВСС-74 раза/мин. АКПП 110/70 мм рт.гр. Живот мягкий, пальпация

в эпигастрии и слегка болезненно под правым ребром. Печень

эластичная консистенция на 2 см ниже реберной дуги, пальпация

чувствительный во время. При осмотре не было большой дефекации. По словам младший

стул черный.

Лабораторные данные:

Общий билирубин - 164 ммоль/л., прямой-120 ммоль / л., не прямой -

44ммоль/л., АЛТ - 765 ед/л, АСТ - 521 ед / л, проба тимола - 15 ед.,

Общий анализ крови: Гемоглобин - 122 г/л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}$ / л ,

цветовой показатель 0,9, тромбоциты- 240×10^9 / л, лейкоциты - $3,9 \times 10^9$ / л,

палочковидные нейтрофилы-2%, сегментарные нейтрофилы-51%,

моноциты-5%, лимфоциты - 42%, СОЭ - 5 мм/ч.

Задачи:

1. обоснование диагноза. Гепатит А

2. составление плана диагностики. На Маркеры Гепатита А, Anti-HAV IgM, вирусная РНК. Наличие anti-HAV Ig G свидетельствует о перенесенном ранее заболевании.

3.Составление плана лечения. Диета номер 5, режим, питье обильное, дезинтоксикационная терапия кристаллоидами *инфузионная терапия: 800 – 1200 мл 5% раствора декстрозы*

плазмофорез

№ 7клинический отчет

Беременная 30-летняя женщина (срок беременности 31-32 недели) была госпитализирована.

Жалобы: выраженная слабость, потеря аппетита, тошнота,

рвота, жаловался на болезненное ощущение под правым ребром.

Anamnesis morbi: остро заболел 10 июля. Болезненная слабость,

началось с усталости. Затем тошнота, рвота, правая стенка

чувство боли под ним беспокоило, а аппетит терялся. 15 июля берег резко

ухудшилось, тело пожелтело, к вечеру рвота 3-х разовая, кровотечение из носа.

Эпидемиологический анамнез: проживает в частном доме. Заразный

не имел отношений с больным. 2 недели назад жарко-на озере

дышал. Во время отпуска горячая-вода, купающаяся в реке озеро, не кипящая

пил. Оперативных соединений не было, гемотрансфузии-не было.

Объективные данные: общее состояние связано с отравлением печени тяжелой. Невменяемый - заторможенный, пассивный, неправильно отвечает на вопросы.

Из рта пахнет печенью. Кожный покров пожелтел, на груди, внутри наблюдаются геморрагические высыпания. На охоте нет покрасневших отметин, миндалина не увеличена. В легких отсутствует везикулярное дыхание, хрипы.

Тона сердца очевидны. Пульс 90 раз в минуту. КК -110 / 80 мм рт. ст.

Язык влажный, слегка покрыт белым налетом. Живот мягкий, при пальпации ощущение боли в области эпигастрии и под правым ребром определяется. Печень определяется вдоль реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Моча коричневая, темного цвета, стул обесцвеченный.

Лабораторные данные:

Гемоглобин - 90 г/л, эритроциты -3,3 x 10¹²/л., тромбоциты-100 x 10⁹/л., лейкоциты-3,4 x 10³ / л., стержневые ядра-2%, сегментарные нейтрофилы-51%., моноциты-5%, лимфоциты - 45%, СОЭ - 5 мм/ч.

В биохимической обработке крови: АЛТ-850ед / л., АСТ-521 ед/л., креатинин - 83 ммоль/л., глюкоза - 3,8 ммоль / л., билирубин общий 264 ммоль/л., прямая 204ммоль/л., непрямая - 60ммоль / л., проба тимола-8 единство.

Коагулограмма: ПТИ-75%, МНО (МКК) -1,74, фибриноген - 1,5 г / л

Задачи:

1. обоснование диагноза. Гепатит Е

2. составление плана диагностики.

Кровь на ИФА	Анти - HAVJgM и анти-HEVJgM
--------------	-----------------------------

Специфическая диагностика вирусного гепатита Е основывается на выявлении специфических антител (иммуноглобулинов М и G) с помощью серологических методик и обнаружении антигенов вируса с помощью ПЦР.

Остальные лабораторно-диагностические мероприятия направлены на выяснение функционального состояния печени и выявление угрозы развития осложнений. К ним относятся: коагулограмма, печеночные пробы, УЗИ печени, МРТ и др.

3.Составление плана лечения.

Лечение легкой и среднетяжелой формы больных с вирусным гепатитом Е производят в инфекционных отделениях стационара, назначается диета (показан стол №5 по Певзнеру - щадящая диета с пониженным

содержанием жирных кислот и богатая клетчаткой), обильное питье. Симптоматическая терапия (спазмолитические, антигистаминные средства) по показаниям. При необходимости производится оральная дезинтоксикация раствором 5% глюкозы.

При тяжелом течении больные лечатся в отделении интенсивной терапии, производится инфузионная дезинтоксикационная терапия (солевые растворы, глюкоза, электролитные смеси), ингибиторы протеаз, по показаниям вводят преднизолон. При угрозе развития геморрагического синдрома назначается пентоксифиллин, этамзилат. При массивных внутренних кровотечениях – переливают плазму, тромбоцитарную массу.

Лечение Диета №5, питье, дезинтоксикационная терапия (декстроза р-р для инфузия 5% р-р 200 мл), Урсодезоксихолевая кислота капсулы 250 мг с гепатопротекторной целью

Клинический отчет № 8

М., 20 лет, пришла на прием к врачу 3 сентября.

Жалобы: заложенность носа, слизистые выделения из носа

выделения, звон в горле, боль в глазах, слезотечение.

Anamnesis morbi: болезнь началась остро 2 сентября. Болезнь

при острой заложенности носа, выделении слизистых выделений из носа,

началось с жужжания в горле. Ходила на занятия. Сухой на следующий день

кашель, головная боль, боль в глазах, слезотечение, выделение слизи из носа,

слабость начала беспокоить. Добровольно принял парацетамол. Тепла

из-за этого ночью плохо спал. Сегодня танерт пришла на прием к врачу.

Эпидемиологический анамнез: Студент, проживает в общежитии. В комнате

Контактировал с больными ОРВИ.

Объективное состояние: общее состояние средней тяжести, температура тела 38,0

С., кожные покровы в норме. Увеличены шейные и поднижнечелюстные лимфатические узлы.

Веки опухшие, конъюнктив красноватая, с беловатым налетом с обеих сторон

есть. Задняя стенка глотки слегка красноватая, опухшая, лимфоидная

фолликулы гиперплазированы, миндалины увеличены, абсцессы

без покрытия. Заложен нос, выделяются слизистые выделения. В легких

- дыхание громкое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, пульс

ритмично. Белый 120/80 мм рт.ст. Рс - 86 раз в минуту. Живот мягкий, боль

бесчувственный. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание хорошее.

Анализ крови: Гемоглобин-132 г /л, эритроцит - $4,0 \times 10^{12}$ / л.,

тромбоцит- 240×10^9 /л., лейкоцит - $4,4 \times 10^9$ / л., нейтрофилы стержневого ядра

- 2%, сегментированные нейтрофилы-62%, моноциты-7%, лимфоциты - 29%,
СОЭ-5 мм/час.

Задачи:

1. обоснование диагноза. Аденовирусная инфекция на основании данных жалоб, анамнеза

2.составление плана диагностики. Диагностика. Жалобы и анамнез: контакт с орви, конъюнктивит, слезотечение, увеличение подчелюстных и шейных лфу. Осиплость голоса (ларингит), начало постепенное (интоксикационный синдром не так выражен как при гриппе). По анализам лейкопения, нейтрофилез. Дальнейшая диагностика ПЦР тесты на рнк днк аденовируса (но иут и клинически видно, что адено)

3.Составление плана лечения. Лечение: режим постельный во время высокой температуры, тёплое обильное питье, туалет глаз.

Лекарственное при тяжёлом течении осельтамивир, занамивир. Парацетамол при температуре. При инфекционных осложнениях антибиотики

Клинический отчет №9

21-летняя студентка, 3 сентября пришла на прием к врачу.

Жалобы: повышение температуры тела до 37,5° С, сильное

боли в голове, боли в мышцах и суставах, боли в носу

закупорка, выделение слизистых выделений из носа (ринорея), сухость

кашель потом жаловался на выделение мокроты.

Анамнезis morbi: болел 4 дня. Болезнь постепенная

незначительная головная боль с повышением температуры до 37,50 С,

заложенность носа, выделения слизи из носа,

зуд в горле, чихание, судорожно сухой кашель

начато.

Объективное состояние: общее состояние средней тяжести, температура тела

37,50 С, кожный покров в норме. При осмотре полости рта:

Задняя стенка глаза слегка покраснела, склеры глаз покраснели, челюсть

увеличены подкожные лимфатические узлы. Дыхание-24 раза в минуту. Одышка

наблюдается. Аускультативное дыхание жесткое, в больших количествах сухое и

слышны влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс

ритмично. Белый 120 80 мм рт.гр. Ps - 86 раз в минуту. Живот мягкий, боль

бесчувственный. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание хорошее.
Анализ крови: Гемоглобин-132 г /л, эритроцит - $4,0 \times 10^{12}$ / л.,
тромбоцит- 240×10^9 /л., лейкоцит - $4,4 \times 10^9$ /л., палочковидные нейтрофилы -
2%, сегментированные нейтрофилы-62%, моноциты-7%, лимфоциты-29%, СОЭ
- 5 мм/час.

Задачи:

1. обоснование диагноза. Грипп так как острое начало с развитием симптомов интоксикации, головная боль, слабость
2. составление плана диагностики. ОАК (лимфоцитоз (норма 4,3-13,7), моноцитоз (норма 0,7-3,1)), Риноскопия, Фарингоскопия, Аускультация грудной клетки
3. Составление плана лечения. Занамивир 5 мг ингаляционно, Осельтамивир 75 мг орально 2 раза в день в течении 5 дней, Парацетамол таблетки 500 мг орально

Клинический отчет №10

18-летний парень-солдат, 31 августа пришел на прием к врачу

Жалобы: озноб, ломота в теле, заложенность носа,

выделение большого количества слизи из носа, хрипы в горле,

жаловался на сухой кашель, охриплость голоса.

Anamnesis morbi: болен с 29 августа. Температура тела 37,50-С

повышенные, слабость, головная боль, заложенность носа и сопутствующие

обильное выделение слизистых оболочек (ринорея), зуд в горле,

охриплость голоса беспокоила. «Собачий лай» на следующий день

как кург, включенный сотель.

Объективно: общее состояние средней тяжести, температура тела 37,50-С

кожный покров нормальный. При осмотре полости рта:

слизистая оболочка зернистая, опухшая, нечетко покрасневшая. Нос

наблюдается закупорка, выделение слизистых выделений из носа.

Аускультативный: в легких слышны резкие вдохи, сухие хрипы. Сердце

тона приглушенные, ритм правильный. Клинический 120\80 мм.гр., Ps - 86 раз в минуту.

Анализ крови: Гемоглобин - 132 г / л, эритроцит- $4,0 \times 10^{12}$ / л., тромбоцит -

240 x 10⁹/л., лейкоциты - 4,4 x 10⁹/л., стержневые ядра-2%, сегмент ядра-62%, моноциты - 7%, лимфоциты - 29%, СОЭ - 5 мм/ч.

Задачи:

1. обоснование диагноза. Парагрипп, ларингит
2. составление плана диагностики. ОАК: нормоцитоз, лейкопения, относительный лимфоцитоз и моноцитоз. ИФА, ПЦР
3. Составление плана лечения. осельтамивир (75 мг 2 р/с 5 дней), занамибир, обильное питье

Клинический отчет №11

17-летний мужчина, пришел к врачу на обследование 10 сентября.

Жалобы: на заложенность носа, выделения слизи из носа
насморк (ринорея), зуд в горле.

Anamnesis morbi: остро заболел, но не перестал ходить в школу.

На следующий день начала беспокоить слабость, выделение слизи из носа.

Эпидемиологический анамнез: больной ОРВИ

с друзьями он связан, хотя и в серьезных отношениях.

Объективные данные: состояние средней тяжести, температура тела 37°C

кожный покров повышен, кожные покровы в норме. Шейный и нижнечелюстной лимфы узлы пальпируются. Веки опухли, а носовая слизь покраснела.

При осмотре полости рта: анальный отек с покраснением, гнойные налеты

Нет. В легких нет резкого дыхания, хрипов. Тоны сердца замкнуты, ритм

правильно. Клинья белые 120\80мм.г. Сердцебиение бьется в минуту-86 раз. Внутри мягкий, без болевых ощущений. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание хорошее.

Лабораторные данные:

Гемоглобин-132 г /л, эритроцит - 4,0 x 10¹²/л., тромбоцит - 240 x 10⁹ / л.,

лейкоциты - 4,4 x 10⁹/л., палочковидные нейтрофилы-2%, сегментаторные нейтрофилы - 62%, моноциты - 7%, лимфоциты - 29%, СОЭ - 5 мм/ч

Задачи:

1. обоснование диагноза. Аденовирус

2. составление плана диагностики. Диагностика. Жалобы и анамнез: контакт с орви, конъюнктивит, слезотечение, увеличение подчелюстных и шейных лфу. Осиплость голоса (ларингит), начало постепенное (интоксикационный синдром не так выражен как при гриппе). По анализам лейкопения, нейтрофилез. Дальнейшая диагностика ПЦР тесты на рнк днк аденовируса (но иут и клинически видно, что адено)

3.Составление плана лечения. Лечение: режим постельный во время высокой температуры, тёплое обильное питье, туалет глаз.

Лекарственное при тяжёлом течении осельтамивир, занамивир. Парацетамол при температуре. При инфекционных осложнениях антибиотики

N12

Клинический отчет

28-летняя женщина 14 января пришла на прием к врачу.

Жалобы: на слабость, головную боль, заложенность носа, грудь боль в горле, сухой кашель, потеря аппетита, ломота в теле жаловался на боль в мышцах.

Anamnesis morbi: болезнь острая 13.01. день озноб, головная боль, слабость, температура тела повышена на 38,00 С. К вечеру заложенность носа, боль в глазном яблоке, боль во всем теле добавлено.

14.01. повышенная температура тела на 40,00 С, сухой кашель, боль в груди при обострении чувств, обострении симптомов отравления к врачу пришел на рассмотрение.

Эпидемиологический анамнез: семья в многоквартирном доме живет. Органы семьи все здоровы. Работает кассиром в Супер маркете, много общался с людьми.

Объективно: общее состояние тяжелое из-за симптомов отравления, организм температура 38,8°C. память четкая, правильная, адекватная. Поверхность краснеет и опухает. Корешок склеры интровертирован. В ротовой полости миндалины, мягкое небо зернистые и красноватые. Дыхание в легких

затвердел, хрипов нет. На сердце тонированы. Пульс ритм правильный, пульс - 88 раз в минуту. Оф - 100 / 60 мм рт. ст. Язык, влажный, слегка покрыт белым налетом. Живот мягкий, без болезненных ощущений.

Общий анализ крови:

Гемоглобин-122 г/л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}$ /л., тромбоциты - 240×10^9 / л., лейкоциты - $3,9 \times 10^9$ /л., палочковидные нейтрофилы-2%, сегмент ядра - 51%, эозинофилы-2%, моноциты-5%, лимфоциты-40%, СОЭ - 5 мм/ч.

Задачи:

1. обоснование диагноза. Грипп
2. составление плана диагностики. ОАК (лимфоцитоз (норма 4,3-13,7), моноцитоз (норма 0,7-3,1)), Риноскопия, Фарингоскопия, Аускультация грудной клетки
3. Составление плана лечения. Занамивир 5 мг ингаляционно, Осельтамивир 75 мг орально 2 раза в день в течении 5 дней, Парацетамол таблетки 500 мг орально

Клинический отчет №13

19-летний молодой человек, инфекционные заболевания бригадой скорой помощи доставлен в больницу 26 марта.

Жалоба: повышение температуры тела до 39,50 С, озноб, боль, высыпания на теле и общая слабость.

Anamnesis morbi: сегодня, 26 марта, танертен остро заболел. Болезнь озноб, лихорадка с повышением до 39,50 С, головная боль, выраженная началось со слабости. Через 4 часа появились высыпания на руках, отравление «скорая помощь» в связи с обострением симптомов, выделением сыпи вызвал бригаду.

Эпидемиологический анамнез: студент 1 курса университета.

Проживает в общежитии университета, в комнате 6 человек. Проживающий в одной комнате

подруга несколько дней назад заболела гриппом.

Объективно: ситуация серьезная. Память ясная, но слабая, температура тела 39,0°С повышен до. Кожный покров бледный, голубого цвета. В теле,

на груди, конечностях много размеров, разного объема, звездообразной формы появляются геморрагические высыпания (петехии, пурпура). Менингеальный симптомы отрицательные. Ротовая полость слегка покраснела. Задней части глотки ребра зернистые и красноватые. Миндалины не увеличены, гнойные без покрытия. В легких отсутствует везикулярное дыхание, хрипы. Тоны сердца стучаются. Пульс 98 раз в минуту, оф 100/60 мм. критика. гр.

Общий анализ крови:

Гемоглобин-105 г/л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}$ /л., тромбоциты - 200×10^9 / л., лейкоциты- 24×10^9 / л., палочкоядерные нейтрофилы-14%, сегментно-ядерные нейтрофилы-78%, моноциты - 2%, лимфоциты - 6%, СОЭ - 45 мм/ч.

Задачи:

1. обоснование диагноза. Менингококцимия

2. составление плана диагностики. **Общий анализ крови:** лейкоцитоз нейтрофильного характера с палочкоядерным сдвигом, появление незрелых форм клеток крови (юных, миелоцитов, промиелоцитов) повышение СОЭ, возможны анемия, тромбоцитопения (выраженность изменений зависит от тяжести состояния).

Общий анализ мочи: протеинурия, цилиндрурия, микрогематурия (при тяжелом течении инвазивных (генерализованных) форм в результате токсического поражения почек).

Определение группы крови и резус-принадлежности (по показаниям).

Биохимический анализ крови: повышение уровня креатинина и мочевины в крови, гипонатриемия, гипокалиемия (при развитии ОПП).

Клинический анализ СМЖ:

- цвет – в 1-ый день болезни ликвор может быть прозрачным или слегка опалесцирующим, но к концу суток – становится мутным, молочно-белого или желтовато-зеленого цвета;
- давление – жидкость вытекает струей или частыми каплями, при гнойном ликворе при повышенном давлении ликвор может вытекать медленно)
- нейтрофильный цитозт от нескольких сотен до нескольких тысяч в 1 мкл и более;
- повышение белка более 1,0 г/л (наиболее высокое - при развитии менингоэнцефалита и отеке мозга);
- умеренное снижение сахара и хлоридов.

Маркеры сепсиса: повышение прокальцитонина, пресепсина (по показаниям при инвазивной форме)

Коагулограмма: снижение протромбинового индекса, удлиннение протромбинового времени, удлиннение АЧТВ, увеличение МНО.

Экспресс диагностика ликвора с определением сероштампа А,С, Y, W – лакмусовая* после регистрации в РК (результат через 10 мин.)(при наличии регистрации).

Окраска ликвора по Граму: определение Грам-отрицательных диплококков.

Бактериологическое исследование мазка из носоглотки: детекция *Neisseriameningitidis* и чувствительности микроба к антибиотикам;

Бактериологическое исследование крови: гемокультура *Neisseriameningitidis* и чувствительности микроба к антибиотикам

Бактериологическое исследование ликвора: культура *Neisseriameningitidis* и чувствительности микроба к антибиотикам

ПЦР мазка из носоглотки, крови, ликвора: детекция ДНК *Neisseriameningitidis*

3. Составление плана лечения.

Хлорамфеникол порошок (во флаконах стеклянных по 0,5 или 1 г, в упаковке 1 флакон);	100 мг/кг в сутки в/в (не более 4 гр/сут.) в течение 1-2 дней
Цефтриаксон 500; 1гр	2,0-3,0 гр. x 2 раза в сутки, вводят через каждые 12 часа, в/м, в/в;
Бензилпенициллин 500 000, 1 000 000	Бензилпенициллин 300-500 тыс.ед/кг, вводят через каждые 4 часа, в/м, в/в;
диклофенак, ампулы 75 мг/2 мл, 75мг/3 мл	
Дезинтоксикационная терапия Инфузии физиологического раствора, 10% раствора декстрозы в/в в объеме 30-40 мл/кг в сутки под контролем глюкозы и натрия крови (при определении объема инфузии учитывать физиологические потребности, патологические потери, ЦВД, диурез).	

Клинический отчет №14

20-летний мужчина, госпитализирован в инфекционную больницу г. Алматы

Поступила 5 июня.

Жалобы: повышение температуры тела на 390С, боль в голове, слабость, тошнота, рвота.

Анамнез болезни: болезнь 3 июня озноб, температура тела 380С

начиналась с повышенной, общей слабостью. День 4 июня

с болью, тошнотой, рвотой. Сегодня головная боль усиливается,

Рвота 2-х разовая, слабость, повышение температуры тела до 390С, состояние

в связи с обострением вызвал бригаду «скорой помощи».

Эпидемиологические

анамнез: житель г. Алматы,

за 5 дней до болезни были горные районы.

Объективно: общее состояние тяжелое. Здравый смысл, правильные вопросы, адекватные

отвечает. Лицо и шея покраснели. Ригидность затылочных мышц +5

см, Кернигасимптом "положительный". Высыпаний нет. Везикулярное дыхание в легких.

Печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови:

Hb - 125 г/л, эритроциты - $3,0 \times 10^{12}$ / л., лейкоциты - $8,8 \times 10^9$ / л., палочка

ядра-5%, ядра сегментов - 52%, лимфоциты -

35%, моноцит -10%, тромбоциты - 190×10^9 /л., СОЭ-15мм/ч.

Ликворный анализ: цитоз 450 кл / 1 мкл., лимфоциты-400, нейтрофилы-50,

белок 0,8 г/л., глюкоза -3,58 ммоль / л.

Задачи:

1. обоснование диагноза. Клещевой энцефалит, Менингеальная форма

2. составление плана диагностики. ОАК: умеренный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом формулы влево (до $10-20 \times 10^9$ /л, умеренное повышение СОЭ;

· Исследование СМЖ: повышение внутричерепного давления от 250 до 300 мм вод. ст.

Лимфоцитарный плеоцитоз (в первые дни заболевания цитоз смешанный или нейтрофильный, но к концу 1 недели приобретает лимфоцитарный характер). Содержание белка умеренно повышено до 0,66 г/л., содержание глюкозы нормальное.

· Методом ИФА определение повышенных уровней антител класса IgM (3-4 день болезни), IgG к вирусу клещевого энцефалита (после 5-7 дня от начала заболевания). Нарастание титра IgG-антител в парных сыворотках (в остром периоде инфекции и в периоде выздоровления) имеет диагностическое значение.

· Выявление РНК ВКЭ методом ПЦР в крови и ликворе (в ранние сроки заболевания: 1-7 дни болезни).

3. Составление плана лечения. **Строгий постельный режим** – необходимо соблюдать до 5-7 дня нормальной температуры и до исчезновения симптомов интоксикации. Кроме того, постельный режим следует соблюдать в последующие 1-2 недель после нормализации температуры.

Дезинтоксикационная терапия 0,9% раствор хлорида натрия, 400 мл в/в, капельно [УД-С];

· 0,5% раствора декстрозы, 400,0 мл в/в, капельно

Человеческий сывороточный иммуноглобулин против вируса клещевого энцефалита Разовая доза 0,1 мл/кг массы тела x2 раза в день с интервалом 10-12 часов, в/м, в течение не менее 5 дней

Клинический отчет. № 15

Мужчине 28 лет, он пришел к врачу 4 мая.

Жалоба: повышение температуры тела до 40,0 °C, озноб, сильная головная боль, покалывание в теле, вздутие живота.

Anamnesismorbi: остро заболел 2 мая. Температура тела до 38,0°C

поднялась, дрожала голова. 3 мая тошнит, 2 раза жидкий

были фекалии. На 4-й день температура тела повышается до 40,0°C с ухудшением состояния,

2 раза кровь текла из носа. В связи с этим вызвали скорую помощь.

Эпидемиологический анамнез: житель Кызылординской области. Дома

содержал скот, в конце апреля принимал участие в стрижке скота. С инфекционными заболеваниями

не имел отношений с больными.

Объективные данные: состояние тяжелое. Температура тела-40,0°C, слабая. Поверхность опухшие, покрасневшие, спяженные. На теле и ногах

наблюдаются небольшие петехиальные высыпания. Везикулярное дыхание в легких. Сердце

тон замедленный, ВСЖ-102 раза в минуту. АКПП - 100/60 мм. критика. гр. Внутри

легкая боль без чувств. Печень увеличена на 1,5 см. Заболевание безболезненное. Большая дефекация

кашеобразная, без патологических примесей.

Лабораторные данные:

ИБС: гемоглобин -109 г/л, эритроциты - $3,5 \times 10^{12}$ / л., тромбоциты -

150×10^9 /л., лейкоциты - $3,0 \times 10^9$ /л., палочковидные нейтрофилы - 1%,

сегментоядерные нейтрофилы-62%, моноциты-7%, лимфоциты - 24%,

СОЭ-5 мм/с.

Задачи:

2.

3.

Обоснование диагноза. Конго крымская

Составление плана диагностики. ПЦР(выявление РНК), ИФА (IgM) - в период разгара. ОАК - лейкопения, лимфоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, тромбоцитопения, умеренная анемия, повышение СОЭ. ОАМ - незначительная альбуминурия, микрогематурия, цилиндрурия. Коагулограмма - при гиперкоагуляции: укорочение тромбинового времени до 10 - 15 с. При гипокоагуляции - удлинение времени до 25 - 50 с.

Составление плана лечения. питание: в период кровотечений - жидкая холодная еда (суп - пюре например) этиотропная терапия: РИБАВИРИН - 2000 Мг однократно, затем 1000 мг каждые 6 часов 4 дня, 500 мг каждые 6 часов 6 дней.

Клинический отчет №16

Ж., 40 лет, обратилась в инфекционную больницу.

Жалобы: боль в пояснице, бедрах, тело

повышение температуры до 38,50 С, головная боль, потливость, слабость.

История болезни: 2 месяца, боль в пояснице

тревожно, температура тела часто повышалась к вечеру до 39,00 С,

ночью сильно потел (ночью проснулся и переоделся), утром жара

поступили. Похудела на 16 кг за 2 месяца. Сходила в поликлинику и обратилась к врачу «Бел

остеохондроз области", лечение назначено, из лечения

результата не было. Проверено на туберкулез с посещением медицинского центра,

в результате проверки тиберкулез не выявлен. Реакция Райта проводила кровь

результат 1: 800, реакция Хеддельсона, показавшая положительный результат, заразная выдано направление в больничный.

Эпидемиологический анамнез: житель Алматы. В многоэтажной квартире

живет. Скот не держит. Является сборщиком мебели в частной копмании

работает (внутри Казахстана). С больными инфекционными заболеваниями

не имел отношения. Клещ не укусил. Города Республики Казахстан

часто ездит в походы, часто ест шашлык и самсу с мясом.

Объективные данные: общее состояние средней тяжести. Кожи

цвет нормальный, влажный. Нет отеков. Лимфатические узлы во всех группах

увеличенная, тонкая, не болит. Суставы не изменились. Дыхание в легких везикулярный, без секрета. ЧС-16 раз в минуту. Тоны сердца слабые, ритмично. Артериальное давление 120/80 мм рт.ст., ВСС 90 раз/мин. Внутри мягкий, безболезненный. Участвует в дыхании. Перитонеальные симптомы отрицательные.

Печень + 2,5 -3,0 см, уплотнение. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободно, без болезненных ощущений. Стул нормальный, 1 раз в сутки.

Лабораторные данные:

Нв -109 г / л., эритроциты -4,24 x 10¹²/л., тромбоциты - 284 x10³ / л., лейкоциты -6,4 x 10⁹ / л., стержневые ядра -4%, сегмент ядромейтрофилы -52%, моноциты -7%, лимфоциты -41%, СОЭ-26 мм / ч.

Задачи:

1. обоснование диагноза. Бруцеллез

2. составление плана диагностики. Для бактериологического анализа, цель которого – выявление непосредственного возбудителя, проводят забор крови, мочи, мокроты и других биологических материалов в зависимости от пораженных органов. Данный метод является золотым стандартом диагностики бруцеллеза. Однако такое исследование, как правило, занимает несколько дней.

Серологический метод основан на выявлении специфических антител классов IgM , IgA и IgG к бруцеллам. Эти белки появляются в организме в ответ на инфицирование бруцеллами и отражают наличие иммунного ответа. Высокой специфичностью и чувствительностью обладает метод ПЦР, цель которого – обнаружение генетического материала (ДНК) бруцеллы.

3. Составление плана лечения. Лечение: назначения 2 антибиотиков – доксициклина или триметоприм/сульфаметоксазола плюс гентамицин, стрептомицин или рифампицин.

Клинический отчет № 17

А. 30 лет, 20 декабря обратился к врачу.

Жалоба: слабость,

рот

сухость, затрудненное глотание,

распыление, ощущение инородного тела в горле, двоение предметов и

ухудшение.

Анамнезисморби: острая боль. Слабость, заболевание в эпигастральной области его дважды вырвало, и он почувствовал. После раздвоения веществ, глотания усложнение включено. Поэтому обратился к врачу.

Эпидемиологический анамнез: квартира проживает в доме. Без работы. Заразный не общался с больными, страдающими заболеваниями. Три дня назад побывал в гостях, там бешбармак, салаты, приготовленные в домашних условиях ели огурцы, помидоры.

Объективные данные: состояние тяжелое. Здравый смысл очевиден. Кожные покровы нормально. Менингеальные симптомы отрицательные. Голос хриплый. Птоз обоих век. Мидриаз. Фонация мягкого неба снижена. Язычок болтается. В легких нет резких хрипов. Приглушенный тон сердца, ЧС-18 раз в минуту, ЧС - 76 раз в минуту, АД - 110/60 мм. критика. гр. Легкое недомогание живота является бесчувственным. Кишечника перистальтика не слышна. Печень не увеличена. Не было большой дефекации.

Ботулизм

Диагностика: бактериологическое исследование – выделение *Clostridium botulinum* и их токсинов из пищевых продуктов, рвотных масс, кала, промывных вод желудка

Лечение: лечение проводится в стационаре. Пациенту с ботулизмом требуется обязательный постельный режим. Для удаления застойного содержимого желудка, содержащего бактерии и токсины, вводится назогастральный зонд и выполняется промывание желудка. Для выведения токсина из кишечника проводятся сифонные клизмы. Пациенту дают сорбенты для дезинтоксикации и вводят раствор глюкозы, кристаллоиды, декстраны. Показаны витамины, особенно В1 и С, при необходимости назначают сердечно-сосудистые средства. Для купирования бактериальных осложнений проводят антибактериальную терапию.

Основной процедурой является введение антитоксической противоботулинической сыворотки, не дожидаясь подтверждения анализа, так как антитоксин нейтрализует только свободный токсин, который еще не успел связаться с нервными окончаниями. До установления типа токсина вводят смесь моновалентных сывороток (из 3 типов: А + В + Е), если тип токсина известен, назначают моновалентную антитоксическую сыворотку.

Клинический отчет №18

Мужчина, 34 года, 3 августа поступил в инфекционную больницу.

Жалобы: слабость, ухудшение общего состояния, головная боль, ломота в теле

повышенная температура, сильная боль в правом луже.

Anamnesis morbi: болезнь началась остро, ближе к вечеру 1 августа тело твердое перегревался, дрожал, но не измерял температуры тела, сильно болела голова, потом сердце

тошнило, рвало 3-4 раза, после рвоты казалось, что тошнота слегка утихла,

аппетит снижен. 2 августа (2-й день ауры) температура тела оставалась высокой,

не было боли в голове, не было тошноты. Температуры

от снижающих препаратов результата не было. Сильная боль в паху ночью

был. Утром 3 августа у меня появились отеки в правом паху, и

он замечает, что его кожа выкапывается. Товарищ бригады скорой медицинской помощи

позвонив, они отвезли больного в больницу.

Эпидемиологический анамнез: живет в бараке на жайлау, пьет воду из открытого колодца,

других условий не было. Пастух. Пасты овец на пастбище. Женат, имеет двоих детей

(ученики), они здоровы. Едят дома, иногда забирая еду с собой,

тогда ужинают.

Объективные данные: общее состояние тяжелое. Поза вынужденная: правая нога отведена в сторону

он пытается не шевелить ногами, жесты сильно болят

возникает. Из-за сильной боли в ногах в лице возникает беспокойство. Здравый смысл ясен, слаб. Тело

температура 39,0°C. кожа бледная, лицо красноватое, кровеносные сосуды глаза выражены,

на ногах есть следы укусов блох. Слово не понятно. В легких дыхание везикулярное,

без хрипов. ЧС-20 раз в минуту. Тоны сердца замедленные, ритмичные АСС-90/60

мм в. д. (в положении лежа), ЧСС - 120 раз в минуту. Язык сухой, покрывается белым налетом ("мел

как будто зажгли"». Живот мягкий, при пальпации не болит. Печень увеличена на 1,5 см,

не болит. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Симптом трепетания почек два

в челюсти тоже отрицательно. Утром пошел на младшую дефекацию. Большой дефекации нет.

St.localis: плотно прилегает к правой паховой области, объем 6, 0x2, 0см определяется. Кожа над ним гиперемирована, горячая на ощупь, вокруг узла прилипает к тканям, не двигается, границы нечеткие, сильно болит.

Лабораторные данные:

Общий анализ крови: гемоглобин - 122 г / л; эритроциты-4,5 x 10¹² / л; цвет показатель 0,9; тромбоциты-240 x 10⁹ / л; лейкоциты-20,9 x 10⁹ / л; метамиелоциты 1%; палочкоядерные нейтрофилы - 12%; сегментно - ядерные нейтрофилы-70%; эозинофилы-0%; базофилы-0%; моноциты - 5%; лимфоциты-12%; СОЭ - 25 мм / ч.

Задачи:

1. обоснование диагноза. Локализованная кожно-бубонная форма Чумы
2. составление плана диагностики. бактериоскопический, бактериологический, биологический, серологический и молекулярно-биологический методы исследования. Материалом для исследования может служить любая среда организма (кровь, пунктаты бубонов, мокрота, отделяемое язв, моча, содержимое везикул, пустул, карбункулов). В качестве экспресс-диагностики используют реакцию иммунофлюоресценции, позволяющую поставить предварительный диагноз уже через 2 часа.
3. Составление плана лечения. 1)использованием антибиотиков из ряда аминогликозидов, тетрациклинов, левомицетина. Для лечения чумы наиболее эффективны антибиотики стрептомицинового ряда: стрептомицин, дигидрострептомицин, пасомицин. При этом, наиболее широко применяется стрептомицин.

Клинический отчет №19

Мужчина, 34 года, пришел в поликлинику.

Жалобы: появление отеков и язв на правом запястье, тело повышение температуры до 38,8 С, головная боль, слабость.

Anamnesis morbi: ранее болел в одной руке, сначала в области предплечья.

заметив пятно на внутренней стороне, он впоследствии обнаружил, что внутри него находится жидкость со смешанной кровью

превратившись в волдырь, лопнул и на месте образовалась рана, вся рука набухает. Температура тела повышается на 38,8 С, болит голова, слабость

развивается. Принимают жаропонижающие препараты, состояние не улучшается. В поликлинику

приходит.

- 74%, моноциты - 5%, лимфоциты - 13%, СОЭ-25 мм/ч.

Эпидемиологический анамнез: проживает в селе с семьей. Скот

- я не знаю, - сказал он. С больными инфекционными заболеваниями не имел отношения. За пять дней до того, как заболела, больную корову забили.

Объективные данные: общее состояние тяжелое. Разум ясен, адекватен, пассивный. Кожа бледная. Увеличенная лимфа 2, 0x2, 2см в области правой подмышки узел определяется, чувствителен при пальпации.

В легких

дыхание

везикулярный, без пива. ВСС-98 раз/мин. СПС-100/60 мм В. Д. внутри мягкий, безболезненный. Печень определяется в области правой грудной клетки, эластикат, не болевает. Селезенка не пальпируется. Области почек симптом побоев отрицательный. Мочеиспускание свободное, без болезненных ощущений. Младшая дефекация утром был.

St.localis: рана 2x2 см в средней части внутренней стороны правого предплечья определяется первичный аффект в виде серозного вокруг раны обнаруживаются пузыри с жидкостью, края красноватые, рана не болит.

Рука распухла до плеч.

Результаты исследования:

КЖА: лейкоциты-12,8 x 10⁹/л, стержневые ядерные нейтрофилы - 8%, сегмент ядерные нейтрофилы.

Задачи:

1. обоснование диагноза. Сибирская язва

2. составление плана диагностики.



ОАК – нормо-лейкоцитоз (в случае генерализации инфекции развивается воспалительная реакция крови со сдвигом формулы влево), лимфоцитоз, ускоренная СОЭ;

- **анализ спинно-мозговой жидкости:** цитоз нейтрофильный, белок повышен, Реакция Панди + + +;

- **бактериоскопия** обнаружение крупной грамположительной (споро-и/или капсулообразующей палочки) при микроскопическом исследовании мазка (вероятный случай);

- **бактериологический метод:** выявление *B.anthraxis* из крови, мокроты, рвотных масс и др. биологического материала больного (подтвержденный случай);

- **ПЦР:** положительный результат (подтвержденный случай);

- **ИФА:** выявление в крови специфических антител класса IgM, IgG (подтвержденный случай), класса IgG (поздний период болезни, ретроспективная диагностика, в случае подтвержденного перенесенного заболевания в анамнезе или вакцинации указывает на наличие иммунитета к сибирской язве (постинфекционного или поствакцинального));

- **рентгенография грудной клетки:** наличие легочных инфильтратов, плеврального выпота, увеличение медиастинальных лимфоузлов (расширение средостения);

- **ЭКГ:** нарушение ритма и проводимости сердечной деятельности. **Кожная форма** – кровь (серология, ПЦР), содержимое ПКА (везикулы/пустулы, мазок со дна язвы или из-под струпа, пункционная биопсия) (окрашивание по Граму, культура, ПЦР).

3. Составление плана лечения. Препарат выбора per os:

- ципрофлоксацин 500 мг каждые 12 часов

Альтернативные препараты per os:

- доксициклин 100 мг per os каждые 12 часов;

- амоксициллин 500 мг каждые 8 часов;

- кларитромицин 500 мг per os каждые 12 часов;

- ампициллин 500 мг каждые 4–6 часов

Курс лечения – 7 дней.

Клинический отчет №20

52-летний мужчина, плотник, был госпитализирован на 3 день болезни.

Жалобы: общая слабость, головная боль, температура тела до 37,50-С
увеличение, открытие рта, затруднение при жевании, мышцы шеи и спины
и т.д., и т.п., и т.п., и т.п., и т.п.

растяжение мышц вокруг раны на левой подошве стопы.

Анамнез morbi: заболел 3 дня. Трудно жевать но
во время жевания не было болезненных ощущений. На 2 - й день болезни шея
наблюдались судороги мышц спины, затрудняющие движение. Температура тела
Поднялась до 37,5° - С. На 3-й день тонизирует все мышцы
наблюдались попытки. В связи с ухудшением состояния «
скорая помощь " и доставлена в больницу.

Эпидемиологический анамнез: около недели назад
ранения при строительных работах
получил.

Объективные признаки: тяжелое состояние, ясное сознание. Тело
температура 40°С. Больной
лежит на спине, глаза сжаты, мышцы рта в два края
втянутый, рот не открывается полностью, зубы открываются на 1 см, брови
приподнятость, мышцы шеи, спины, живота, руки свободны ниже талии
проходит. Потный. Общие попытки с сильным болевым ощущением каждые 15-20 мин
повторяется. Внезапное напряжение мышц тела во время осмотра
начав, пациент закрутился, несколько секунд не отдыхая, лицо покрылось синяками и
укусами.

Затем дыхание восстановилось, и из больного вышел густой пот. Ритм пульса
112 в Мин, удовлетворительно, белый 140.80 мм рт.ст.гр. Младшие и старшие
3 недели в отделении

- я не знаю, - сказал он. Попытки
не было дефекации.
очень медленно уменьшается.

Лабораторные показатели: Анализ крови: Гемоглобин-132 г / л,

эритроциты-4,2 x 10¹² / л., тромбоциты-220 x 10⁹ / л., лейкоциты-5,9 x 10⁹ / л., стержнеядерные нейтрофилы-40%, сегментные ядерные нейтрофилы

Задачи:

1.доказательство диагноза. На основании данных жалоб, анамнеза и клинической картины, столбняк *Clostridium tetani* вызывает столбняк

2.составление плана исследования. Диагностика: проводится на основании жалоб, анамнеза и клинической картины: имела травма (грязная рана), не было выполнено пхо и постановка сыворотки и анатоксина. Из жалоб тризм, сардоническая улыбка, опистотонус, судороги и титанические спазмы мышц, высокая лихорадка, следы укусов губ, во время приступа остановка дыхания. Высокая лихорадка.

- 3.Составление плана лечения. Лечебно-охранительный режим: отдельная палата, исключаются любые звуковые, световые и прочие раздражители. Питание парентеральное питательными смесями. Противосудорожная терапия для устранения судорог, угрожающих расстройством дыхания: · диазепам – по 5-10 мг в/м, в/в (нагрузочная доза), затем по 0,03-0,1 мг/кг каждые 5-6 ч (поддерживающая доза) (УД-А [6,7]); При тяжёлом столбняке, миорелоксанты: пипикуроний бромид, рокуроний бромид, +ИВЛ сыворотка противостолбнячная лошадиная очищенная концентрированная жидкая, раствор для в/м введения в ампулах по 50000 МЕ; · столбнячный анатоксин, в ампулах по 0,5 мл (одна прививочная доза) или 1 мл (2прививочные дозы);

№ 21клинический отчет

26-летний мужчина, житель Жамбылской области, госпитализирован.

Жалобы: слабость, снижение работоспособности, правая стенка

боль под ним, боль в эпигастральной области, боль в сердце, отрыжка жалуется.

Anamnesis morbi:болен полгода. Больного аппетита

снижение, слабость, тошнота, изжога, потеря аппетита, позитив

боль под челюстью, иногда пожелтение тела, позывы к мочеиспусканию

потемнение началось с появления высыпаний на теле.

Эпидемиологический анамнез: не имел отношений с болезнью.

ст

:лер

най,

В доме воспитывают 3 собаки.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров, склера желтоватая, на плечах, лопатках много высыпаний.

В легких нет хрипов. Частота дыхания мин 16 раз. Оф 110/60 мм. критика. гр.

Пульс 76 уд / мин. Живот мягкий, без болевых ощущений. Печень увеличена на 3 см, плотная.

В правой части печени пророс росток. Стул нормальный, моча почернела.

Нервная система патологии нет.

Общий анализ крови:

брови

рлы

му

- А. В.).

ния

Гемоглобин-132 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л., тромбоциты - 240×10^9 / л.,

лейкоцит- $3,8 \times 10^9$ /л., стержневые ядерные нейтрофилы-15%, сегмент

ядерные нейтрофилы - 50%, моноциты - 1%, лимфоциты-14%,

эозинофилы-60% лимфоциты-42%, СОЭ - 40 мм/ч.

9 / л.,

Биохимический анализ:

АЛТ - 165 ед/л., АСТ - 92 ед/л., креатинин-83 ммоль / л., глюкоза - 3,8

ммоль/л., общий билирубин 185 ммоль / л., прямой 120 ммоль / л., непрямой

65ммоль / л. проба тимола 5 ед.

в

ИФА маркер ВГ-отрицательный.

Задачи:

1. обоснование диагноза. Эхинококкоз печени

2. составление плана диагностики. клин. Картина, жалобы, эпид. Анамнез. Визуализация УЗИ обп. Серологические тесты ИФА При необходимости кт или мрт, многокамерные большие кисты

3. Составление плана лечения. хирургическая резекция кисты, + альбендозол 400 мг 2 р в день (или мебендазол 50 мг кг/мт)

Клинический отчет №22

25-летняя женщина в августе обратилась к врачу.

Жалобы: на боль в животе, вздутие живота, метеоризм

он жаловался на боль в области пупка, боли в животе.

История болезни: кашель месяц назад, сыпь с зудом на теле

выйдя из себя, он сам погиб.

Эпидемиологический анамнез: в больших количествах в мае,

ели овощи.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. При осмотре: пациент

активный. Кожный покров нормальный, высыпаний нет. Везикулярный в легких

нет дыхания, хрипов. Тоны сердца сочленены. Пульс в минуту

76 раз. Оф -125 / 75 мм рт. гр. Язык влажный, слегка покрыт белым налетом.

Живот мягкий, небольшая боль вокруг пупка при пальпации

определяется. Печень и селезенка не увеличены. Моча нормальная.

Общий анализ крови:

Гемоглобин-112 г/л, эритроциты - $4,3 \times 10^{12}$ /л., тромбоциты - 240×10^9 / л.,

лейкоциты- $5,6 \times 10^9$ / л., нейтрофилы-4%, сегментарно-ядерные

нейтрофилы-56%, моноциты-6%, лимфоциты-24%, эозинофилы -

8%, СОЭ - 12 мм/ч.

Результат паразитологического исследования кала: А. Яйца Lumbricoides

находка.

Мент

находка.

Великий пост

Задачи:

1. обоснование диагноза. Аскаридоз

2. составление плана диагностики. Эозинофилия в ОАК (в норме до 5%), выявлены яйца Lumbricoides при микроскопическом исследовании кала, Лимфоцитоз, можно провести ИФА в случае отрицательного результата микроскопии

3. Составление плана лечения. Метронидазол 500 мг 2 раза в день, Кетотифен 1 мг

Клинический отчет №23

42-летний мужчина, житель г. Павлодара. Инфекционные заболевания госпитализирован с диагнозом «острый вирусный гепатит».

Жалобы: на болезненные ощущения в области правого подреберья, эпигастрии, жалуется на тошноту, рвоту, слабость в сердце.

История болезни: неделю назад температура тела повысилась на 37,8 - 38,20 С, положительная

под челюстным ребром, в области эпигастрии на болезненные ощущения, тошнота в сердце, 2-

Рвота 3 раза, потемнение мочи, обесцвечивание кала через 2 дня жаловался.

Эпидемиологический анамнез: месяц назад с товарищем на реке Иртыш на берегу дышала. На отдыхе ловили и ели рыбу «карп». Ежедневно из рыбы готовят салат «Хе», жарят рыбу, готовят суп. Товарищ по жизни поступила в хирургическое отделение с диагнозом «острый холецистит» и удалил. Но лихорадка сохраняется дольше и в общем анализе крови лейкоцитоз - $11,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы-повышены на 20,4%.

Status praesens: общее состояние умеренное. Кожные покровы желтоватые, с пятнистыми высыпаниями на груди. Везикулярный в легких нет дыхания, хрипов. Тоны сердца переплетены, пульс ритмичен, 78 раз в минуту. Оф-130/75 мм рт.ст. Живот мягкий, правая ребра под дугой обнаруживается небольшое болезненное ощущение. Печень увеличена на 2 см.

Лабораторные данные: общий анализ крови: Гемоглобин - 110 г/л, эритроциты- $3,3 \times 10^{12}$ / л., тромбоциты- 250×10^9 / л., лейкоциты- $11,2 \times 10^9$ /л., палочкоядерные нейтрофилы-3%, сегментно-ядерные нейтрофилы - 59%, моноциты - 6%, лимфоциты - 26%, эозинофилы - 20,4%, СОЭ - 12 мм / ч.

Биохимический анализ: общий билирубин-86,8 мкмоль / л, прямой

билирубин-66,3 мкмоль/л, непрямой - 20,5 мкмоль / л, АЛТ - 22,3 ед. АСТ - 32,0 Ед/Б.

В общем анализе мочи: билирубин"«+, уробилин «-».

Результат паразитологического исследования кала: *O.felineus*

Задачи:

1. обоснование диагноза. Описторхоз, на основании данных жалоб, анамнеза (ели карпа, сырую рыбу (хе), и т д.) Клинической картины
2. составление плана диагностики. Паразитологическое исследование подтверждает диагноз, ОАК эозинофилия, лимфоцитоз ОАМ билирубинурия. Диагностика: исследования кала на яйца гельминтов, биохимический анализ крови печёночная хуйня вся(т.к. сосет печень и протоки). ИФА. Исследование желчи на яйца описторхоза. УЗИ ОБП (признаки холецистита и т д).

3. Составление плана лечения. 3. Празиквантел, 600 мг, 75 мг кг/м² в 3 приема через

Этиотропное лечение с целью дегельминтизации (на фоне детоксикации)

Цель терапии	Стандартная схема лечения
С целью дегельминтизации	Празиквантел, 600 мг, таблетки, суточная доза из расчета 75 мг/кг массы тела, в 3 приема через каждые 2 часа в течение суток.
С целью эвакуации описторхисов	Дуоденальное беззондовое (слепое) зондирование с минеральной водой, сорбитом, ксилитом (тюбаж) – для эвакуации описторхисов, на 2-й день, через 3-4 ч после приема последней дозы препарата. Физиолечение* - электростимуляция правого диафрагмального нерва, импульсное магнитное поле с целью увеличения пассажа желчи

№ 24 клинический отчет

Мужчине 31 год, он госпитализирован на 6 день болезни.

Жалобы: общая слабость, головокружение, слюноотделение изо рта боли в мышцах левого плеча.

Anamnesis morbi: болел 6 дней. Боль слабость, тело температура начала повышаться до 37,3-37,5 °С. Беспричинный страх чувства, беспокойство беспокоили. На левой щеке надрезанная рана были искренние, неприятные ощущения. С 4 - го дня заболевания состояние ухудшилось. Появляется «спазм» с затрудненным дыханием, голова от воды тянущие, затрудняющие глотание, возбудимые, обильное слюноотделение изо рта, тело повышенная температура 39-40С. В ногах, мышцах левой руки появилась слабость. Дыхание было поверхностным, частым, а слова непонятными. Срочно через помощь отправили в больницу.

Эпидемиологический анамнез: 3 месяца назад у дикой кошки из-за раны на левой поверхности остался шрам. В связи с полученными травмами не обращался за медицинской помощью.

Объективное состояние: 6 - й день болезни состояние тяжелое, тело температура 39С. слои кожи покрасневшие, влажные. Тона сердца очевидны, ритмично. Сердцебиение 120 мин, больной возбудимый, окружающим негативности смотрит в настроении. Глотка, гортань при попытке пить воду, возникает сильная боль в мышцах грудной клетки. Такой судороги вызваны ярким светом и громким звуком. Смотреть во время звуковые и глазные галлюцинации и нервные судороги появился.

Задачи:

1. обоснование диагноза. Бешенство на основании данных жалоб, анамнеза и клин картины

Диагностика: имелась рана нанесённая кошкой не проводилась антирабическая терапия. Светобоязнь, водобоязнь, шумобоязнь, пенистые выделения изо рта. Судороги провоцируемые светом, шумом и т д

2. составление плана диагностики. По оак может быть лейкоцитоз, повышение СОЭ

[: ИФА

3. Составление плана лечения. [: Антирабическая помощь, пхо раны введение КОКАВ

Немедикаментозное лечение

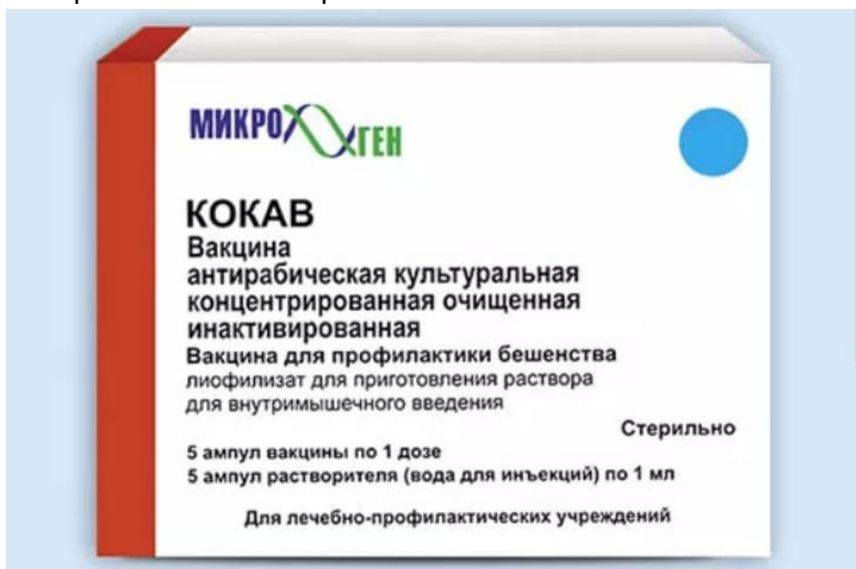
Режим: соблюдение охранительного режима: индивидуальный пост; уход, призванный максимально защитить больного от внешних раздражителей, тихая, теплая палата и др. затемнение палаты, устранение внешних раздражителей (света, шума, воды).

Трахеостомия (предупреждение асфиксии из-за ларингоспазма, уменьшение риск аспирационных осложнений, облегчение проведения искусственной вентиляции легких).

Катетеризация центральной вены, мочевого пузыря.

Зондовое питание.

антирабической сыворотки



Клинический отчет №25

42-летняя женщина, 04 сентября пришла на прием к врачу.

Жалобы: на слабость, повышенный аппетит, небольшой живот

боли в правой части, тошнота, метеоризм, иногда 4-
до появления глистов в Кале, до появления глистов.

Anamnesis morbi: почти 2 года болен. На начальные периоды

- я не знаю, - сказал он. До длительного времени врачам

не рассматривала, только самостоятельно принимала обезболивающие,
противодиарейные препараты

принял. обращалась к врачам хирургам, терапевтам. Последние 2 недели

лентовидные до 1 см на месте кровати и в стуле во время кормления

заметны выделения беловатого цвета.

Эпидемиологический анамнез: житель г. Алматы, многоэтажный

живет в доме. Не имел отношений с больным инфекционным заболеванием.

Не занимался сексом. Часто в столовых с ресторанами полно

в стейке из незрелой начинки используется мясной рулет. Операция, гемотрансфузия
не было.

Тело

Объективно: общее состояние средней тяжести.

температура 37,0°С. вменяемость, правильно отвечает на вопросы. Кожа

покров нормальный. В легких отсутствует везикулярное дыхание, хрипы. Сердце

тонированные. Пульс ритмично - 90 раз в минуту. Оф -130 / 80 мм

критика. гр. Язык влажный, слегка покрыт белым налетом. Живот мягкий, живот правый

в части выявляется болезненное ощущение. Печень и селезенка не увеличены. Табурет

моча у меня нормальная.

Лабораторные данные:

Гемоглобин-81 г/л, эритроциты - $2,9 \times 10^{12}/л.$, тромбоциты - $236 \times 10^9 / л.$,

лейкоциты- $13,0 \times 10^9 / л.$, нейтрофилы стержневые-3%, сегментарные

нейтрофилы - 49 %, моноциты-3%, эозинофилы 24, лимфоциты - 32%,

СОЭ-19 мм/ч.

Биохимический анализ крови:

АЛТ-25 ед/л., АСТ - 21 ед/л., креатинин - 96 ммоль/л., глюкоза - 4,4 ммоль / л.,

Общий билирубин -19 ммоль / л, общий белок

Результат паразитологического исследования кала:

открытие яйца.

Taeniarhynchus saginatus

Задачи:

1. обоснование диагноза. тениаринхоз
2. составление плана диагностики. кал на яйцеглист
3. Составление плана лечения. НИКЛОЗАМИД