

Инфекционные болезни

Ситуационные задачи

[Купить: medkeys.ru/product/infekcii/](https://medkeys.ru/product/infekcii/)



Условие ситуационной задачи

Ситуация

Студент обратился к врачу-терапевту участковому на 2 день болезни.

Жалобы

- * озноб,
- * температура тела 39,1°C,
- * сильная головная боль в лобной области,
- * боли в глазных яблоках, мышцах и суставах,
- * тошнота, отсутствие аппетита,
- * слабость,
- * заложенность носа,
- * першение в горле,
- * сухой надсадный кашель с болями за грудиной.

Анамнез заболевания

Заболел 2 дня назад, когда появились заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной. На следующий день появились озноб, температура тела 39,1 °С, сильная головная боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, тошнота, слабость, отсутствие аппетита.

Эпидемиологический анамнез

- * За 2 дня до заболевания навещал больного товарища;
- * Проживает в общежитии коридорного типа.

Объективный статус

При осмотре выявлены гиперемия и одутловатость лица, заложенность носа, в зеве разлитая умеренная гиперемия задней стенки глотки и её зернистость. Миндалины не увеличены, налетов нет. Лимфатические узлы не увеличены. В лёгких жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 удара в минуту, ритмичный, АД – 115/80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

Для этиологического подтверждения диагноза целесообразно назначить
Результаты лабораторных методов обследования

Иммунохроматографический анализ мазков из носоглотки

Результат: Обнаружен антиген Influenza virus A

Реакция непрямой иммунофлюоресценции на определение антител к

Legionella pneumophila

Результат: реакция отрицательная

Общий анализ мокроты

|===

Показатель	Результат	Норма
Характер	слизистый	слизистый
Цвет	бесцветная	бесцветная
Запах	отсутствует	отсутствует

|Слоистость |отсутствует |отсутствует
|Примеси |не обнаружены |отсутствуют
|Реакция (рН) |нейтральная |нейтральная или щелочная
|Волокна (эластичные, коралловидные, обызвествленные) |не обнаружены
|отсутствуют
|Эпителий |единичные кл. |единичные кл.
|Эритроциты |не обнаружены |отсутствуют
|Альвеолярные макрофаги |единичные |единичные
|Лейкоциты |4 |до 10 в п/з
|Эозинофилы |единичные |единичные
|Кристаллы Шарко – Лейдена |не обнаружены |отсутствуют
|Спиральи Куршмана |не обнаружены |отсутствуют
|Кислотоустойчивые бактерии морфологически схожие с микобактериями |не
обнаружены |отсутствуют
|Клетки с признаками атипии |не обнаружены |отсутствуют
|Прочая флора |не обнаружена |отсутствует
|===

Иммуноферментный анализ на определение антител к *M. pneumoniae*

Результат: реакция отрицательная

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

Результаты инструментальных методов обследования

Рентгенография легких

Патологии не выявлено.

Электрокардиография

Ритм синусовый, частота сердечных сокращений – 102 в минуту, нормальное положение электрической оси сердца.

Суточное мониторирование артериального давления (СМАД)

Длительность мониторирования – 23 часа 58 мин.

В течение суток регистрировалась нормотония: среднедневные значения САД – 128 мм рт.ст. (N<135 мм рт.ст.) и ДАД – 74 мм рт.ст. (N<85 мм рт.ст.), средненочные значения САД – 112 мм рт.ст. (N<120 мм рт.ст.) и ДАД – 65 мм рт.ст. (N<70 мм рт.ст.), среднесуточные значения САД – 119 мм рт.ст. (N<130 мм рт.ст.) и ДАД – 72 мм рт.ст. (N<80 мм рт.ст.).

Индекс времени гипертензии: днем по САД – 12% (N<20), по ДАД – 10% (N<15); ночью по САД – 7% (N<10), по ДАД – 5% (N<10), среднесуточный по САД – 14% (N<25), по ДАД – 9% (N<25).

Вариабельность САД и ДАД в дневной и ночной периоды в норме.

Циркадный ритм САД и ДАД не нарушен: суточный индекс САД – 12%, ДАД – 11%; суточный профиль САД и ДАД – dipper (адекватное снижение АД в ночные часы).

Величина и скорость утреннего подъема САД и ДАД, пульсовое АД в пределах нормы.

Эхокардиография сердца

Аорта: не расширена, стенки не уплотнены.

Левое предсердие не увеличено. Левый желудочек не расширен, толщина

стенок в норме. ФВ – 60% (N>55%). Локальная и глобальная сократимости не нарушены. Правый желудочек и правое предсердие не расширены. Аортальный клапан: трехстворчатый, створки не изменены, амплитуда раскрытия в норме, регургитации нет. Митральный клапан: створки не изменены, подвижность створок не ограничена, регургитации нет. Трикуспидальный клапан: створки не изменены, подвижность створок не ограничена, регургитации нет. Признаков легочной гипертензии не выявлено. Нижняя полая вена не расширена, на вдохе спадается – 70% (N>50%).

***Заключение*:** размеры камер сердца в норме, локальная и глобальная сократимости не нарушены.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Печень в размерах не увеличена, контуры ее ровные, четкие, эхогенность паренхимы в пределах нормы, эхоструктура однородная, очаги не визуализируются, сосудистый рисунок в норме, внутривенные желчные протоки не расширены.

Воротная вена – 12 мм (N), нижняя полая вена – 16 мм (N), селезеночная вена – 7 мм (N), брюшная аорта – 15 мм (N).

Желчный пузырь обычных размеров, контур ровный, четкий, стенка не утолщена, конкременты не визуализируются, холедох не расширен.

Поджелудочная железа в размерах не изменена, контуры ровные, эхогенность паренхимы в пределах нормы, эхоструктура однородная, Вирсунгов проток не расширен.

Селезенка не увеличена в размерах, эхогенность в пределах нормы, эхоструктура однородная.

***Заключение*:** УЗ-признаков патологических изменений органов брюшной полости не выявлено.

Ультразвуковое исследование почек

Правая и левая почки расположены типично, подвижность сохранена, форма типичная. Контуры обеих почек ровные, четкие. Размеры в норме. Паренхима: 17 мм (N) в обеих почках, эхогенность в пределах нормы, кортикомедулярная дифференцировка не нарушена. Эхоструктура обеих почек не изменена.

Чашечно-лоханочная система в левой и правой почках не расширена. Объемные образования не выявлены. Конкременты не определяются. Мочеточники: не расширены, стенки не изменены, просвет свободный. Надпочечники: область надпочечников не изменена. Забрюшинное пространство: без особенностей, парааортальные и паракаваальные лимфатические узлы не увеличены.

***Заключение*:** УЗ-признаков патологических изменений почек не выявлено.

Учитывая клинично-anamnestические данные и результаты лабораторного и инструментального обследований, можно думать о диагнозе

Диагноз

Грипп, средней тяжести, период разгара

Возможным патогенетическим осложнением гриппа является

- тромбоэмболия легочной артерии
- острый респираторный дистресс-синдром

- пневмоторакс
- плеврит

Дифференциальную диагностику гриппа следует проводить с

- цитомегаловирусной инфекцией
- дифтерией
- парагриппом
- энтеровирусной инфекцией

Препаратами выбора для лечения гриппа являются ингибиторы

- интегразы
- фузии
- гемагглютанина
- обратной транскриптазы

Препаратом специфической терапии, который можно использовать у данного пациента, является

- нативный лейкоцитарный интерферон
- тилорон
- рекомбинантный интерферон альфа 2b
- занамивир

Тактика ведения данного больного включает

- ведение пациента в дневном стационаре
- госпитализацию в отделение терапевтического профиля
- госпитализацию пациента в инфекционное отделение
- ведение пациента в амбулаторных условиях

Симптоматическая терапия гриппа включает назначение

- глюкокортикостероидов
- антикоагулянтов
- противокашлевых средств
- карбапенемов

Длительность приема занамивира составляет

- 5 дней
- 1 день
- 3 дня
- 1 неделю

При гриппе назначение антибактериальных препаратов показано при

- высокой, изматывающей лихорадке
- остром рините для профилактики синусита
- длительном и продолжительном сухом кашле
- вирусно-бактериальной пневмонии

Для химиопрофилактики гриппа, проживающим в общежитии можно рекомендовать

- высокой, изматывающей лихорадке
- остром рините для профилактики синусита
- длительном и продолжительном сухом кашле
- вирусно-бактериальной пневмонии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная С. 44 лет обратилась к врачу-терапевту участковому в 1 день болезни.

Жалобы

- * на головную боль,
- * на боль в глазных яблоках,
- * на ломоту в теле,
- * повышение температуры тела до 39°C,
- * сухой кашель,
- * заложенность носа.

Анамнез заболевания

Заболела накануне вечером, когда появились головная боль, боль в глазных яблоках, ломота в теле, повышение температуры тела до 39 °С, сухой кашель, заложенность носа.

Объективный статус

При осмотре: состояние средней тяжести, лицо гиперемировано, склеры инъекцированы, лимфатические узлы не увеличены. При осмотре ротоглотки: миндалины, язычок, дужки набухшие, гиперемированы, с небольшим цианотичным оттенком. В лёгких при аускультации дыхание везикулярное. Пульс – 95 ударов в минуту, АД – 100/70 мм рт.ст.

Для постановки диагноза целесообразно провести

- высокой, изматывающей лихорадке
- остром рините для профилактики синусита
- длительном и продолжительном сухом кашле
- вирусно-бактериальной пневмонии

Результаты лабораторных методов обследования

Полимеразная цепная реакция к возбудителям ОРВИ

|===

|Показатель |Результат
|DNA Adenovirus |Не обнаружено
|RNA Respiratory Syncytial virus |Не обнаружено
|RNA Metapneumovirus |Не обнаружено
|к DNA Parainfluenza virus 1 |Не обнаружено
|к DNA Parainfluenza virus 2 |Не обнаружено
|к DNA Parainfluenza virus 3 |Не обнаружено
|к DNA Parainfluenza virus 4 |Не обнаружено
|RNA Influenza virus A |Обнаружено
|RNA Influenza virus B |Не обнаружено

|===

Определение содержания К, Na, Са в сыворотке крови

|===

|Показатель |Результат |Норма
|Натрий, ммоль/л |139 |136-145
|Калий, ммоль/л |4,4 |3,5-5,1
|Кальций общий, ммоль/л |2,38 |2,15-2,55

|===

Общий анализ мокроты

|===

|Показатель |Результат |Норма
|Характер |слизистый |слизистый
|Цвет |бесцветная |бесцветная
|Запах |отсутствует |отсутствует
|Слоистость |отсутствует |отсутствует
|Примеси |не обнаружены |отсутствуют
|Реакция (рН) |нейтральная |нейтральная или щелочная
|Волокна (эластичные, коралловидные, обызвествленные) |не обнаружены
|отсутствуют
|Эпителий |единичные кл. |единичные кл.
|Эритроциты |не обнаружены |отсутствуют
|Альвеолярные макрофаги |единичные |единичные
|Лейкоциты |4 |до 10 в п/з
|Эозинофилы |единичные |единичные
|Кристаллы Шарко – Лейдена |не обнаружены |отсутствуют
|Спираль Куршмана |не обнаружены |отсутствуют
|Кислотоустойчивые бактерии морфологически схожие с микобактериями |не
обнаружены |отсутствуют
|Клетки с признаками атипии |не обнаружены |отсутствуют

|Прочая флора |не обнаружена |отсутствует

|===

Реакция гетероагглютинации Хофф-Бауэра

Реакция гетероагглютинации Хофф-Бауэра - отрицательно

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- высокой, изматывающей лихорадке
- остром рините для профилактики синусита
- длительном и продолжительном сухом кашле
- вирусно-бактериальной пневмонии

Результаты инструментальных методов обследования

Рентгенография легких

Патологии не выявлено.

Электрокардиография

Ритм синусовый, частота сердечных сокращений – 95 в минуту, нормальное положение электрической оси сердца.

Суточное мониторирование артериального давления

Длительность мониторирования – 23 часа 58 мин. +

В течение суток регистрировалась нормотония: среднедневные значения САД – 120 мм рт.ст. (N<135 мм рт.ст.) и ДАД – 74 мм рт.ст. (N<85 мм рт.ст.), средненочные значения САД – 105 мм рт.ст. (N<120 мм рт.ст.) и ДАД – 61 мм рт.ст. (N<70 мм рт.ст.), среднесуточные значения САД – 113 мм рт.ст. (N<130 мм рт.ст.) и ДАД – 68 мм рт.ст. (N<80 мм рт.ст.).

Индекс времени гипертензии: днем по САД – 12% (N<20), по ДАД – 10% (N<15); ночью по САД – 7% (N<10), по ДАД – 5% (N<10), среднесуточный по САД – 14% (N<25), по ДАД – 9% (N<25). +

Вариабельность САД и ДАД в дневной и ночной периоды в норме.

Циркадный ритм САД и ДАД не нарушен: суточный индекс САД – 12%, ДАД – 11%; суточный профиль САД и ДАД – dipper (адекватное снижение АД в ночные часы). +

Величина и скорость утреннего подъема САД и ДАД, пульсовое АД в пределах нормы.

Эхокардиография сердца

Аорта: не расширена, стенки не уплотнены. Левое предсердие не увеличено.

Левый желудочек не расширен, толщина стенок в норме. ФВ – 60% (N>55%).

Локальная и глобальная сократимости не нарушены. Правый желудочек и правое предсердие не расширены. Аортальный клапан: трехстворчатый, створки не изменены, амплитуда раскрытия в норме, регургитации нет. Митральный клапан: створки не изменены, подвижность створок не ограничена, регургитации нет. Трикуспидальный клапан: створки не изменены, подвижность створок не ограничена, регургитации нет. Признаков легочной гипертензии не выявлено. Нижняя полая вена не расширена, на вдохе спадается – 70% (N>50%).

Заключение: размеры камер сердца в норме, локальная и глобальная сократимости не нарушены.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Печень в размерах не увеличена, контуры ее ровные, четкие, эхогенность паренхимы в пределах нормы, эхоструктура однородная, очаги не визуализируются, сосудистый рисунок в норме, внутрипеченочные желчные протоки не расширены.

Воротная вена – 12 мм (N), нижняя полая вена – 16 мм (N), селезеночная вена – 7 мм (N), брюшная аорта – 15 мм (N).

Желчный пузырь обычных размеров, контур ровный, четкий, стенка не утолщена, конкременты не визуализируются, холедох не расширен.

Поджелудочная железа в размерах не изменена, контуры ровные, эхогенность паренхимы в пределах нормы, эхоструктура однородная, Вирсунгов проток не расширен.

Селезенка не увеличена в размерах, эхогенность в пределах нормы, эхоструктура однородная.

***Заключение*:** УЗ-признаков патологических изменений органов брюшной полости не выявлено.

Ультразвуковое исследование почек

Правая и левая почки расположены типично, подвижность сохранена, форма типичная. Контуры обеих почек ровные, четкие. Размеры в норме. Паренхима: 17 мм (N) в обеих почках, эхогенность в пределах нормы, кортикомедуллярная дифференцировка не нарушена. Эхоструктура обеих почек не изменена.

Чашечно-лоханочная система в левой и правой почках не расширена. Объемные образования не выявлены. Конкременты не определяются. Мочеточники: не расширены, стенки не изменены, просвет свободный. Надпочечники: область надпочечников не изменена. Забрюшинное пространство: без особенностей, парааортальные и паракавальные лимфатические узлы не увеличены.

***Заключение*:** УЗ-признаков патологических изменений почек не выявлено.

Какой основной диагноз?

- высокой, изматывающей лихорадке
- остром рините для профилактики синусита
- длительном и продолжительном сухом кашле
- вирусно-бактериальной пневмонии

Диагноз

Грипп, среднетяжелая форма

Патогенетическим осложнение гриппа является

- двусторонний пневмоторакс
- синдром мальабсорбции
- геморрагический отек легких
- интоксикационный синдром

Дифференциальную диагностику гриппа следует проводить с

- цитомегаловирусной инфекцией

- корью, в периоде разгара
- респираторно-синцитиальной инфекцией
- энтеровирусной инфекцией

К противовирусным препаратам прямого действия для лечения гриппа относят

- препараты интерферона
- ингибиторы обратной транскриптазы
- ингибиторы вирусной нейраминидазы
- индукторы интерфероногенеза

К препаратам с прямым противовирусным действием для лечения гриппа относят

- рибавирин
- интерферон альфа 2b
- валацикловир
- балоксавир

Симптоматическая терапия гриппа включает назначение

- сосудосуживающих препаратов
- аденозинергических средств
- антикоагулянтов непрямого действия
- глюкокортикостероидов

Длительность приема балоксавира составляет

- 5 дней
- 2 дня
- 7 дней
- 1 день

Разовая доза осельтамивира при лечении гриппа средней степени тяжести составляет + ____ + мг

- 50
- 95
- 250
- 75

Для химиопрофилактики гриппа возможно применение

- умифеновира
- ремантадина
- рибавирина
- диоксотетрагидрокситетрагидронафталина

Химиопрофилактика противовирусными препаратами из группы селективных ингибиторов нейраминидазы не рекомендуется, если с момента первого контакта с больным гриппом прошло более + ____ + часов

- умифеновира
- ремантадина
- рибавирина
- диоксотетрагидрокситетрагидронафталина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной А., 19 лет, вызвал участкового врача на дом.

Жалобы

на озноб, температуру тела 39°C, сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, ломота в теле, в костях, тошнота.

Анамнез заболевания

Пациент болен 2-й день. К концу 1-го дня заболевания появились заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной.

Анамнез жизни

* аллергоанамнез: не отягощен.

* перенесенные заболевания: ОРВИ. Онкологические, венерические заболевания отрицает.

* эпидемиологический анамнез: 2 дня назад был контакт с больным студентом.

Проживает в общежитии.

Объективный статус

* температура тела 38,8°C.

* гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер и конъюнктивы, заложенность носа.

* в зеве разлитая гиперемия мягкого неба, дужек, миндалин, задней стенки глотки. На мягком небе милиарная зернистость, на задней стенке глотки гранулезная зернистость.

* кожный покров обычной окраски.

* в легких жесткое дыхание, хрипов нет.

* пульс - 102 удара в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены.

* язык обложен.

* живот мягкий, безболезненный.

* печень и селезенка не увеличены.

* стул оформленный. Дизурии нет.

Необходимым исследованием для постановки диагноза является

- умифеновира
- ремантадина
- рибавирина
- диоксотетрагидрокситетрагидронафталина

Результаты лабораторных методов обследования

Иммунохроматография мазков носоглотки

Выявление антигена вируса гриппа H1N1

Реакция гетероагглютинации Хофф-Бауэра

Реакция Хофф-Бауэра - отрицательная

Клинический анализ мочи

|=====

Показатель	Норма	Результат
Цвет	Соломенно-жёлтый	жёлтый
Прозрачность	прозрачная	прозрачная
Удельный вес	1010-1030	1017
Реакция (pH)	4.5-7.0	5.5
Белок	отсутствует	0.1 г/л
Эпителий плоский	незначительно	1-3
Эпителий переходный	незначительно	-
Эпителий почечный	отсутствует	-
Цилиндры гиалиновые	1-2	1-2
Лейкоциты	0-6	3-4
Эритроциты неизменённые	0-2	0-1
Бактерии не более	1×10^5	1.5×10^5
Соли	оксалаты	оксалаты

|=====

Биохимический анализ крови

|=====

Наименование	Нормы	Результат
Общий белок	64 - 83 г/л	71
Альбумин	32 - 50 г/л	35
Аланинаминотрансфераза (АлАТ)	до 40 Ед/л	36
Аспартатаминотрансфераза (АсАТ)	до 40 Ед/л	35
Щелочная фосфатаза	до 150 Ед/л	123
Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)	до 50 Ед/л	37
Билирубин общий	3,0 – 17,1 мкмоль/л	16,2
Билирубин прямой	0,0 – 3,4 мкмоль/л	3,3
Глюкоза	3,88 – 5,83 ммоль/л	4,6
Мочевина	2,5 – 8,5 ммоль/л	4,8
Креатинин	53 - 115 мкмоль/л	86

|Амилаза |28-100 Ед/л |60

|=====

Укажите характерные изменения в периферической крови при гриппе

- лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренная СОЭ
- лейкопения, лимфоцитоз, нормальная СОЭ
- лейкоцитоз, лимфопения, ускоренная СОЭ
- эозинофилия

Какой основной диагноз?

- лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренная СОЭ
- лейкопения, лимфоцитоз, нормальная СОЭ
- лейкоцитоз, лимфопения, ускоренная СОЭ
- эозинофилия

Диагноз

Грипп, средней степени тяжести

Осложнениями гриппа являются

- пневмония, средний отит, отек мозга
- менингит, гломерулонефрит, этмоидит
- артрит, миокардит, лимфаденит
- пневмония, артрит, гломерулонефрит

Дифференциальную диагностику гриппа следует проводить с

- энтеровирусной инфекцией, бруцеллезом, пиелонефритом
- менингококковой инфекцией, рожей, бруцеллезом
- скарлатиной, боррелиозом, аллергическим дерматитом
- парагриппом, аденовирусной инфекцией, РС-инфекцией

Тактика ведения данного больного включает

- госпитализацию в хирургический стационар
- ведение пациента в дневном стационаре
- ведение пациента в амбулаторных условиях
- госпитализацию в инфекционное отделение

Для лечения неосложненного гриппа используют противовирусные препараты

- оксациллин, ацетилцистеин
- рибавирин, азитромицин
- ремантадин, левофлоксацин
- осельтамивир, умифеновир

Осельтамивир при гриппе назначается по +_____+ раза в сутки

- 75 мг – 2
- 0,3 г – 4
- 75 мг – 3
- 0,5 г – 2

В качестве противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции проводят

- обсервацию
- дератизацию
- дезинсекцию
- текущую дезинфекцию

Для вакцинопрофилактики гриппа используют

- инактивированные вакцины
- биосинтетические вакцины
- анатоксины
- химические вакцины

Вакцинацию против гриппа проводят в +_____+ период

- зимний
- летний
- осеннее-зимний
- весеннее-летний

Для внутриочаговой химиопрофилактики гриппа, среди проживающих в общежитии целесообразно рекомендовать

- зимний
- летний
- осеннее-зимний
- весеннее-летний

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 24 лет.

Жалобы

* на тошноту, рвоту, частый жидкий стул, боли в животе, повышение температуры тела.

Анамнез заболевания

* Заболел остро с появления тошноты, многократной рвоты (5 раз), приносящей кратковременное облегчение, болей в эпигастральной области. Одновременно отметил появление жидкого стула до 4-х раз.

* Позже почувствовал озноб, слабость, головокружение. Появилась жажда. Температура тела колебалась в пределах 37,2-37,4°C.

Анамнез жизни

* Аллергоанамнез: не отягощен.

* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.

* Вредные привычки: отрицает.

* Проживает в отдельной квартире, не женат, детей нет.

* Эпиданамнез: заболевание связывает с употреблением в пищу роллов с соусами и салатов (за 12 часов до момента появления первых признаков заболевания). Аналогичную симптоматику испытывали друзья, посещавшие суши-бар.

Объективный статус

* Температура тела 37,2°C.

* Кожные покровы бледные, сухие. Цианоза нет.

* Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Отмечается урчание по ходу кишечника. Печень и селезенка не увеличены.

* АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 86 уд. в мин.

* Стул жидкий, обильный, без патологических примесей.

* Диурез в норме.

* Судорог мышц кистей, стоп, икроножных мышц нет.

Для постановки диагноза и оценки степени тяжести необходимыми методами обследования являются

- зимний
- летний
- осеннее-зимний
- весеннее-летний

Результаты лабораторных методов обследования

Бактериологический посев кала на патогенные энтеробактерии
отрицательный

Полимеразная цепная реакция на генетический материал возбудителя

|=====

^|Показатель

|Результат

|DNA salmonella spp.

|отрицательно

|DNA shigella spp.

|отрицательно

|DNA campylobacter spp.

|отрицательно

|DNA adenovirus

|отрицательно

|RNA rotavirus

|отрицательно

|RNA astrovirus

|отрицательно

|RNA norovirus

|отрицательно

|=====

Кислотно-щелочное состояние

|=====

|Наименование |Нормы |Результат |Ед. измерения

|рН |7,350 - 7,450 |7,37 |относит. величина

|рO₂ |80,0 - 100,0 |82,2 |мм рт. ст.

|рCO₂ |35,0-45,0 |44,0 |мм рт. ст.

|Na |135,0-145,0 |136,0 |ммоль/л

|Cl |98,0-107,0 |101,0 |ммоль/л

|Ca |1,120-1,320 |1,16 |ммоль/л

|K |3,5 – 4,5 |4,0 |ммоль/л

|BE |0±2 |-2 |ммоль/л

|=====

Кал на яйца глистов

Результат отрицательный

Копрограмма

|=====

|Наименование исследования |Результат

|Консистенция |жидкая

|Цвет |коричневый

|Слизь |нет

|Кровь |нет

|Мышечные волокна |единичные, гладкомышечные

|Нейтральные жиры |{plus} {plus}

|Жирные кислоты |{plus} {plus}

|Растительная клетчатка переваренная |{plus} {plus}

|Растительная клетчатка непереваренная |{plus} {plus} {plus}

|Крахмал |{plus}

|Лейкоциты |0-1 в п/зр

|Эритроциты |единичные

|Реакция на скрытую кровь |отрицательно

|Йодофильная флора |отсутствует

|=====

Реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) с сальмонеллезным диагностикумом

Результат отрицательный

Учитывая клинико-anamnestические, эпидемиологические данные, а также результаты лабораторных исследований, можно думать о диагнозе

- зимний
- летний
- осеннее-зимний
- весеннее-летний

Диагноз

Бактериальное пищевое отравление, гастроэнтеритический вариант

У данного больного определяется _____ степень обезвоживания

- IV
- III
- I
- II

Дифференциальную диагностику БПО следует проводить с

- ботулизмом, брюшным тифом, амебиазом
- энтеровирусной инфекцией, лептоспирозом, ГЛПС
- эшерихиозами, ротавирусным гастроэнтеритом, сальмонеллезом
- шигеллезом, бруцеллезом, норовирусным гастроэнтеритом

Тяжесть течения бактериального пищевого отравления определяется

- степенью обезвоживания
- развитием кишечного кровотечения
- развитием инфекционно-токсического шока
- генерализацией заболевания

Тактика ведения данного больного с бактериальным пищевым отравлением включает

- госпитализацию в мельцеровский бокс
- ведение пациента в амбулаторных условиях
- госпитализацию в инфекционное отделение
- ведение пациента в дневном стационаре

Лечебная тактика при бактериальном пищевом отравлении включает назначение

- энтеросорбентов, регидратационной терапии
- специфической детоксикации

- диеты, антибиотикотерапии
- регидратационной терапии, антибиотикотерапии

Средством для пероральной регидратации при бактериальном пищевом отравлении является

- глюкозо-полярризующая смесь
- глюкозо-электролитная смесь
- полиионный раствор
- физиологический раствор

Первый этап оральной регидратационной терапии продолжается до

- 1 часа
- 30 минут
- 24 часов
- 3 часов

Возможным осложнением бактериального пищевого отравления является

- острая печеночная энцефалопатия
- гиповолемический шок
- кишечное кровотечение
- перфорация кишечника

Правилом выписки реконвалесцента после бактериального пищевого отравления является

- отрицательный посев крови
- отрицательный посев желчи
- отрицательный посев контрольного анализа кала
- клиническое выздоровление

Длительность медицинского наблюдения за контактными лицами, относящимися к декретированному контингенту в очаге острой кишечной инфекцией составляет

- отрицательный посев крови
- отрицательный посев желчи
- отрицательный посев контрольного анализа кала
- клиническое выздоровление

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 22 лет.

Жалобы

* на повышение температуры тела, тошноту, рвоту, частый жидкий стул, боли в животе, слабость.

Анамнез заболевания

* Заболевание развилось остро, ночью с появления тошноты, спонтанной многократной рвоты (до 6-ти раз), приносящей кратковременное облегчение, чувства тяжести в эпигастриальной области. Спустя 1,5-2 часа от начала заболевания отметила появление жидкого водянистого стула до 10-ти раз.

* Позже почувствовала озноб, слабость, головную боль. Появились жажда, головокружение. Температура тела не превышала 37,5°C.

Анамнез жизни

* Аллергоанамнез: не отягощен.

* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.

* Вредные привычки: отрицает.

* Проживает в отдельной квартире с родителями.

* Эпиданамнез: со слов пациентки питается дома, однако в день заболевания встречала подругу на вокзале, там же перекусила вместе с ней пирожком с повидлом. В настоящее время у подруги отмечаются схожие симптомы.

Объективный статус

* Температура тела 37,2°C.

* Кожные покровы бледные, сухие. Цианоз носогубного треугольника.

* Голос несколько ослаблен.

* Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Отмечается урчание по ходу кишечника. Печень и селезенка не увеличены.

* АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 92 уд. в мин.

* Тошноты, позывов на рвоту нет. Стул жидкий, обильный, без патологических примесей.

* Диурез снижен.

* Судороги мышц кистей, кратковременные.

Для постановки диагноза и оценки степени тяжести необходимыми методами обследования являются

- отрицательный посев крови
- отрицательный посев желчи
- отрицательный посев контрольного анализа кала
- клиническое выздоровление

Результаты лабораторных методов обследования

Бактериологический посев кала на патогенные энтеробактерии

Бактериологический посев кала на патогенные энтеробактерии - отрицательный

Полимеразная цепная реакция на генетический материал возбудителя

|=====
^|Показатель
|Результат
|DNA salmonella spp.
|отрицательно
|DNA shigella spp.
|отрицательно
|DNA campylobacter spp.
|отрицательно
|DNA adenovirus
|отрицательно
|RNA rotavirus
|отрицательно
|RNA astrovirus
|отрицательно
|RNA norovirus
|отрицательно
|=====
Кислотно-щелочное состояние

|=====
^|Показатель
|Результат
|Нормы
|Ед. измерения
|pH
|7,35
|7,350 - 7,450
|относит. величина
|pO2
|82,2
|80,0 - 100,0
|мм рт. ст.
|pCO2
|44,0
|35,0-45,0
|мм рт. ст.
|Na
|134,6
|135,0-145,0
|ммоль/л
|Cl
|101,0
|98,0-107,0

|ммоль/л
|Са
|1,10
|1,120-1,320

|ммоль/л
|К
|3,5
|3,5 – 4,5

|ммоль/л
|ВЕ
|-3
|0±2

|ммоль/л
|=====

Копрограмма

|=====

|Наименование исследования |Результат

|Консистенция |жидкая

|Цвет |коричневый

|Слизь |нет

|Кровь |нет

|Мышечные волокна |единичные, гладкомышечные

|Нейтральные жиры |{plus} {plus}

|Жирные кислоты |{plus} {plus}

|Растительная клетчатка переваренная |{plus} {plus}

|Растительная клетчатка непереваренная |{plus} {plus} {plus}

|Крахмал |{plus}

|Лейкоциты |0-1 в п/зр

|Эритроциты |единичные

|Реакция на скрытую кровь |отрицательно

|Йодофильная флора |отсутствует

|=====

Реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) с шигеллезными диагностикумами

Результат отрицательный

Реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) с сальмонеллезным диагностикумом

Результат отрицательный

**Учитывая клинико-anamнестические и лабораторные данные можно
думать о диагнозе**

- отрицательный посев крови
- отрицательный посев желчи
- отрицательный посев контрольного анализа кала
- клиническое выздоровление

Диагноз

Бактериальное пищевое отравление, гастроэнтеритический вариант

У данной больной определяется + _____ + степень обезвоживания

- II
- I
- IV
- III

Дифференциальную диагностику бактериального пищевого отравления следует проводить с

- энтеровирусной инфекцией, паратифом А, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом
- ботулизмом, паратифом В, амебиазом
- сальмонеллезом, эшерихиозами, ротавирусным гастроэнтеритом
- шигеллезом, бруцеллезом, норовирусным гастроэнтеритом

В клиническом анализе крови у этой пациентки индекс гематокрита должен соответствовать значению

- 0,55-0,60
- 0,50-0,55
- 0,40-0,46
- 0,46-0,50

Возможным осложнением бактериальных пищевых отравлений является

- перфорация кишечника
- гиповолемический шок
- острая печеночно-почечная недостаточность
- кишечное кровотечение

Тактика ведения данной больной с бактериальным пищевым отравлением включает

- госпитализацию в мельцеровский бокс
- ведение пациентки в амбулаторных условиях
- госпитализацию в терапевтическое отделение
- ведение пациентки в дневном стационаре

Лечебная тактика при бактериальных пищевых отравлениях включает назначение

- регидратационной терапии, ферментов
- регидратационной терапии, антибиотикотерапии
- специфической детоксикации, пробиотиков

- диеты, антибиотикотерапии

Средством для пероральной регидратации при бактериальных пищевых отравлениях является

- глюкозо-поляризующая смесь
- полиионный раствор
- глюкозо-электролитная смесь
- физиологический раствор

Средством для парентеральной регидратации при бактериальных пищевых отравлениях является

- трисоль
- реополиглюкин
- глюкосолан
- водемкор

Правилом выписки реконвалесцента после бактериального пищевого отравления является

- отрицательный посев крови
- отрицательный посев желчи
- отрицательный посев контрольного анализа кала
- клиническое выздоровление

Длительность медицинского наблюдения за контактными лицами, относящимися к декретированному контингенту в очаге острой кишечной инфекцией составляет

- отрицательный посев крови
- отрицательный посев желчи
- отрицательный посев контрольного анализа кала
- клиническое выздоровление

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 42 лет на 2-й день болезни.

Жалобы

* на повышение температуры тела, недомогание, тошноту, рвоту, частый жидкий стул, боли в животе, нарастающую слабость, головокружение, судороги в кистях рук.

Анамнез заболевания

* Заболела остро, ночью с появления озноба, головной боли, тошноты, многократной рвоты (до 4-х раз), приносящей кратковременное облегчение,

болей в эпигастральной области.

* Позже присоединились схваткообразные боли по всему животу, частый водянистый стул до 15-ти раз.

* Температура тела поднялась до 38,7°C. Больная отметила нарастающую слабость, головокружение при вставании, чувство жажды.

Анамнез жизни

* Работает на хлебопекарном комбинате.

* Аллергоанамнез: не отягощен.

* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания, пневмония (2 года назад). Гинекологический анамнез не отягощен.

* Вредные привычки: отрицает.

* Не замужем, детей нет. Проживает в отдельной квартире.

* Эпиданамнез: со слов пациентки питается дома и на работе. Выяснено, что ежедневно по утрам выпивает по два сырых перепелиных яйца.

Объективный статус

* Температура тела 38,3°C.

* Кожные покровы бледные, сухие, кисти и стопы холодные. Цианоз носогубного треугольника.

* Язык сухой, обложен белым налетом. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания, симптомов раздражения брюшины нет. При пальпации живот мягкий, болезненный по ходу тонкого кишечника. Определяется урчание. Сигма безболезненная, не спазмирована. Печень и селезенка не увеличены.

* АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 92 уд. в мин.

* Тошноты, позывов на рвоту нет. Стул обильный, водянистый, зловонный зеленоватого цвета до 15 раз.

* Диурез снижен.

* Судороги мышц кистей, кратковременные.

Для постановки диагноза необходимыми методами обследования, учитывая 2-й день болезни, являются

- отрицательный посев крови
- отрицательный посев желчи
- отрицательный посев контрольного анализа кала
- клиническое выздоровление

Результаты лабораторных методов обследования

Бактериологический посев кала на патогенные энтеробактерии
выделена salmonella enterididis группы D.

Полимеразная цепная реакция на генетический материал возбудителя

|=====

|Параметр |Результат

|DNA salmonella spp. |Положительно

|DNA shigella spp. |отрицательно

|DNA campylobacter spp. |отрицательно

|DNA adenovirus |отрицательно

|RNA rotavirus |отрицательно
|RNA astrovirus |отрицательно
|RNA norovirus |отрицательно

|=====

Кисотно-щелочное состояние

|=====

Наименование	Результат	Нормы	Ед. измерения
pH	7,35	7,350 - 7,450	относит. величина
pO ₂	82,2	80,0 - 100,0	мм рт. ст.
pCO ₂	44,0	35,0-45,0	мм рт. ст.
Na	134,6	135,0-145,0	ммоль/л
Cl	101,0	98,0-107,0	ммоль/л
Ca	1,10	1,120-1,320	ммоль/л
K	3,5	3,5 – 4,5	ммоль/л
BE	-3	0±2	ммоль/л

|=====

Кал на яйца гельминтов

Результат отрицательный

Реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) с шигеллезными диагностикумами

Результат отрицательный

Реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) с сальмонеллезным диагностикумом

Результат отрицательный

Какой диагноз можно предположить у данной больной?

- отрицательный посев крови
- отрицательный посев желчи
- отрицательный посев контрольного анализа кала
- клиническое выздоровление

Диагноз

Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, гастроэнтеритический вариант.

У данной больной определяется _____ степень обезвоживания

- I
- IV
- III
- II

Дифференциальную диагностику сальмонеллеза следует проводить с

- ботулизмом, паратифом В, амебиазом
- эшерихиозами, ротавирусным гастроэнтеритом, кампилобактериозом
- холерой, бруцеллезом, норовирусным гастроэнтеритом

- энтеровирусной инфекцией, паратифом А, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом

Тяжесть течения гастроинтестинальной формы сальмонеллеза определяется степенью обезвоживания и

- выраженностью интоксикационного синдрома
- развитием окуло-уретро-синовиального синдрома
- развитием кишечного кровотечения
- выраженностью гепатоспленомегалии

Тактика ведения данной больной включает

- ведение пациента в амбулаторных условиях
- госпитализацию в инфекционный стационар
- ведение пациента в дневном стационаре
- госпитализацию в мельцеровский бокс

Лечебная тактика гастроинтестинальной формы сальмонеллеза среднетяжелого течения включает назначение

- специфической детоксикации, пробиотиков
- дегидратационной терапии, парентеральных антибактериальных препаратов
- противодиарейных препаратов, коллоидных растворов
- регидратационной терапии, пероральных антибактериальных препаратов

Для пероральной регидратации этой больной показано назначение

- физиологического раствора
- глюкозо-полярризирующей смеси
- полиионного раствора
- глюкозо-электролитной смеси

Длительность первого этапа пероральной регидратации у данной пациентки должна продолжаться до + _____ + часов

- 6-ти
- 2-х
- 12-ти
- 24-х

При гастроинтестинальной форме сальмонеллеза целесообразно назначение

- цефалоспоринов I поколения
- полусинтетических пенициллинов
- макролидов

- фторхинолонов

Правилом выписки реконвалесцента, относящегося к декретированной группе после сальмонеллеза является

- однократный отрицательный бактериальный посев кала
- трехкратный отрицательный бактериальный посев кала
- отрицательный бактериологический посев желчи
- отрицательный бактериологический посев крови

Длительность медицинского наблюдения за контактными лицами, относящимися к декретированному контингенту (работниками хлебопекарни) в очаге острой кишечной инфекцией составляет

- однократный отрицательный бактериальный посев кала
- трехкратный отрицательный бактериальный посев кала
- отрицательный бактериологический посев желчи
- отрицательный бактериологический посев крови

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной М., 18 лет, обратился в поликлинику

Жалобы

на слабость, снижение аппетита, тошноту, желтушное окрашивание кожи

Анамнез заболевания

* Заболел остро 15 сентября с повышения температуры тела до 38°C, появления головной боли, слабости, ломоты в суставах. Принимал жаропонижающие средства, но температура сохранялась на уровне 38–39°C, присоединились тошнота, тяжесть в правом подреберье.

* На 3-й день болезни исчез аппетит, была двукратная рвота съеденной пищей.

* На 4-й день болезни изменился цвет мочи (цвет темного пива), обратил внимание на желтушное окрашивание кожи. С появлением желтухи почувствовал себя лучше.

Анамнез жизни

* Проживает в отдельной квартире с родителями.

* Перенесенные заболевания: пневмония, детские инфекции.

* Аллергоанамнез: не отягощен.

* Эпиданамнез: в начале августа этого года отдыхал на юге, питался в столовых, пил некипяченую воду. Контакт с больными, у которых были подобные симптомы заболевания, отрицает. Парентеральный анамнез не отягощен.

Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

* Температура тела 36,5°C.

* Кожный покров желтушной окраски, сыпи нет. Склеры иктеричны.

* ЧСС – 62 уд. в мин, АД – 100/60 мм рт.ст.

- * Язык влажный, обложен белым налетом.
- * Живот при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье.
- * Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, мягко-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Селезенка четко не пальпируется.
- * Моча темного цвета. Кал ахоличный.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- однократный отрицательный бактериальный посев кала
- трехкратный отрицательный бактериальный посев кала
- отрицательный бактериологический посев желчи
- отрицательный бактериологический посев крови

Результаты лабораторных методов обследования

Биохимический анализ крови

Наименование	Нормы	Результат
Общий белок	64 - 83 г/л	81
Альбумин	32 - 50 г/л	38
Аланинаминотрансфераза (АлАТ)	до 40 Ед/л	1870
Аспартатаминотрансфераза (АсАТ)	до 40 Ед/л	1359
Щелочная фосфатаза	до 150 Ед/л	228
Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)	9-50 Ед/л	123
Билирубин общий	3,0 – 17,1 мкмоль/л	115,3
Билирубин прямой	0,0 – 3,4 мкмоль/л	88,3
Глюкоза	3,88 – 5,83 ммоль/л	

|4,5
|Мочевина
|2,5 – 8,5 ммоль/л
|3,5
|Креатинин
|53 - 115 мкмоль/л
|88
|Амилаза
|28-100 Ед/л
|58

|=====

Иммуноферментный анализ крови

|=====

^|Показатели
|Результат
|HBs-Ag
|Отрицательный
|AntiHBcor IgM
|Отрицательный
|Anti-HAV Ig M
|Положительный
|Anti-HCV
|Отрицательный

|=====

Определение альфа-1-антитрипсина в крови

80 мг/100 мл сыворотки крови (референсные значения - норма 78-200 мг/100 мл сыворотки крови)

Реакция связывания комплемента

Отрицательная реакция
(норма - отрицательная реакция)

Определение церулоплазмينا сыворотки крови

310 мг/л (референсные значения - норма 300-580 мг/л)

Микроскопия толстой капли и мазка крови

Малярийные плазмодии не найдены (норма - отрицательный результат - малярийные плазмодии не найдены)

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- однократный отрицательный бактериальный посев кала
- трехкратный отрицательный бактериальный посев кала
- отрицательный бактериологический посев желчи
- отрицательный бактериологический посев крови

Результаты инструментальных методов обследования

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Печень: толщина правой доли до 138 мм, левой доли до 82 мм, контур ровный, эхо-структура диффузно неоднородная, эхогенность паренхимы повышена, очаги не визуализируются, сосудистый рисунок в норме, внутривенные желчные протоки не расширены. Воротная вена — 12 мм (N), нижняя полая вена — 16 мм (N), селезеночная вена — 7 мм (N), брюшная аорта — 15 мм (N).

+

Желчный пузырь обычных размеров, контур ровный, четкий, стенка не утолщена, конкременты не визуализируются. Холедох не расширен. +

Поджелудочная железа: в размерах не изменена, контуры ровные, эхогенность паренхимы в норме, эхо-структура однородная, вирсунгов проток не расширен.

+

Селезенка: размеры 133×42, контур ровный, эхо-структура однородная. +

***Заключение*:** Увеличение печени, диффузные изменения в паренхиме печени.

Эзофагодуоденоскопия

Осмотр в белом свете и в режиме узкого спектра. Слизистая оболочка пищевода светло-розового цвета, визуальна не изменена на всем протяжении. Розетка кардии на 40 см, эластичная, смыкается полностью. В желудке небольшое количество прозрачной слизи, стенки эластичные, слизистая оболочка розовая.

Складки большой кривизны мягкие, подвижные, при инсuffляции воздуха расплаиваются полностью. Перистальтика прослеживается во всех отделах.

Кольцо привратника эластичное. Луковица 12 п.к. правильной формы, слизистая оболочка розовая. В постбульбарном отделе 12 п.к. слизистая оболочка так же розовая, Фатеров сосочек визуальна не изменен.

***Заключение*:** ЭГДС-картина соответствует норме.

Эластография печени

F0 5,2 кПа (норма - фиброз отсутствует при F0 менее 6,2 кПа)

Многосрезовая спиральная компьютерная томография органов брюшной полости

Проведено четырехфазное МСКТ исследование: нативное и с внутривенным болюсным контрастированием: в артериальную, венозную и отсроченную (7') фазы в высокоразрешающем режиме с последующим построением 3D MIP и MPR реформаций. +

В базальных отделах плевральных полостей свободный выпот не определяется. Видимые костные структуры без деструктивных и травматических изменений.

Мягкие ткани брюшной стенки без особенностей. +

Печень расположена обычно, в размерах не увеличена, контуры ее четкие ровные. Паренхима однородная, обычной плотности. Сосудистый рисунок не деформирован. Внутривенные желчные протоки не расширены. Портальная вена не расширена. +

Желчный пузырь обычной формы, с перегибом в области шейки, стенки его не утолщены, не уплотнены. Содержимое желчного пузыря гомогенное, жидкостной плотности. Холедох не расширен.

Селезенка в размерах не увеличена, внутренняя структура ее без особенностей.

Селезеночная вена не расширена. +

Поджелудочная железа контрастируется гомогенно, имеет компактно-дольчатое

строение, плотность паренхимы однородная, в пределах нормы. Контуры железы четкие ровные. Вирсунгов проток не расширен. Парапанкреатическая клетчатка не изменена. Надпочечники не изменены, контрастируются омогенно. Параадреналовая клетчатка не изменена. +

Почки расположены обычно, размеры и форма не изменены. Паранефральная клетчатка не изменена.

Видимые отделы мочеточников не расширены, заполнены контрастным веществом в отсроченной фазе сканирования. Конкрементов в мочевых путях не выявлено.

Мочевой пузырь адекватно заполнен, имеет четкие контуры и нормальную толщину стенок. Устья мочеточников без особенностей. +

Предстательная железа занимает центральное положение, округлой конфигурации, размерами: в передне-заднем направлении 34 мм, в поперечном направлении 44 мм, с наличием в структуре единичных кальцинатных включений. +

Лимфатические узлы на визуализируемом участке брюшной полости, забрюшинного пространства не увеличены. +

Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. +

Брюшной отдел аорты, другие крупные сосуды брюшной полости без патологических изменений.

Параадреналовая клетчатка не изменена.

***Заключение*:** объемных, очаговых изменений органов брюшной полости не выявлено

Учитывая клинико-anamnestические данные, результаты лабораторных и инструментальных методов исследований, можно думать о диагнозе

- однократный отрицательный бактериальный посев кала
- трехкратный отрицательный бактериальный посев кала
- отрицательный бактериологический посев желчи
- отрицательный бактериологический посев крови

Диагноз

Вирусный гепатит А, желтушный вариант, средне-тяжелая форма

К клиническим вариантам гепатита А относят

- гастритический, гастроэнтеритический
- гастроэнтероколитический, колитический
- безжелтушный, стертый
- тифоподобный, септический

Дифференциальную диагностику гепатита А в желтушном периоде следует проводить с

- скарлатиной, рожей
- иерсиниозом, лептоспирозом

- шигеллезом, холерой
- бруцеллезом, иксодовым клещевым боррелиозом

Прогностическим лабораторным критерием тяжелого течения вирусного гепатита А является

- повышение тромбоцитов в крови
- снижение уровня сывороточного железа
- повышение уровня трансаминаз в крови
- снижение уровня протромбинового индекса

При легкой форме вирусного гепатита А проводят _____ терапию

- инфузионную дезинтоксикационную
- регидратационную
- антибактериальную
- базисную (полупостельный режим, диета щадящая)

При среднетяжелой форме вирусного гепатита А в качестве инфузионной терапии показано назначение

- 5% раствора декстрозы
- свежзамороженной плазмы крови
- декстрана
- 10% раствора альбумина

Для устранения спазма гладкой мускулатуры желчевыводящих путей при вирусном гепатите А рекомендовано назначение

- метионина
- папаверина
- адеметионина
- метадоксина

Реконвалесценты гепатита А должны находиться на диспансерном наблюдении в кабинете инфекционных заболеваний в течение

- 3-6 месяцев
- 4-х недель
- 6-12 месяцев
- 3-х недель

Специфическую профилактику гепатита А осуществляют с помощью

- наблюдения за контактными лицами в течение 35 дней
- обследования контактных лиц
- санитарно-гигиенических мероприятий

- проведения вакцинации

Течение вирусного гепатита А характеризуется

- наблюдения за контактными лицами в течение 35 дней
- обследования контактных лиц
- санитарно-гигиенических мероприятий
- проведения вакцинации

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная С., 18 лет, обратилась в поликлинику

Жалобы

На слабость, снижение аппетита, ощущение тяжести в эпигастрии, желтушное окрашивание склер и кожи

Анамнез заболевания

* Заболела остро, когда отметила повышение температуры до 38,5°C, появление «ломоты» в теле, недомогания, слабости. Принимала самостоятельно жаропонижающие средства.

* Самочувствие продолжало ухудшаться, исчез аппетит, слабость нарастала, была однократная рвота, стали беспокоить тяжесть в правом подреберье, горечь во рту, температура тела повысилась до 38°C.

* На 6-й день болезни больная отметила снижение температуры тела и некоторое улучшение общего самочувствия, но окружающие заметили желтушность склер и кожи, что послужило причиной обращения к врачу.

Анамнез жизни

* Студентка

* Перенесенные заболевания: детские инфекции

* Аллергоанамнез: не отягощен.

* Эпиданамнез: за 1 месяц до настоящего заболевания отдыхала в студенческом лагере. Нередко питается в предприятиях общественного питания.

Внутривенные инъекции, операции, лечение у стоматолога за последние 6 месяцев отрицает. Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

* Температура тела 36,7°C.

* Склеры иктеричны, кожный покров желтушной окраски, чистый.

* Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Миндалины не увеличены, налетов нет.

* Периферические лимфатические узлы не увеличены

* В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 16 в мин.

* Тоны сердца ясные, ЧСС – 58 уд. в мин, АД – 90/60 мм рт.ст.

* Язык влажный, обложен белым налетом.

* Живот при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье.

* Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край печени закруглен, мягко-эластичен, чувствителен. Пальпируется селезенка.

* Кал ахоличен. Моча темная.

* Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- наблюдения за контактными лицами в течение 35 дней
- обследования контактных лиц
- санитарно-гигиенических мероприятий
- проведения вакцинации

Результаты лабораторных методов обследования

Биохимический анализ крови

|=====

^|Наименование

|Нормы

|Результат

|Общий белок

|64 - 83 г/л

|76

|Альбумин

|32 - 50 г/л

|41

|Аланинаминотрансфераза (АлАТ)

|до 40 Ед/л

|1540

|Аспартатаминотрансфераза (АсАТ)

|до 40 Ед/л

|1100

|Щелочная фосфатаза

|до 150 Ед/л

|234

|Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)

|9-50 Ед/л

|98

|Билирубин общий

|3,0 – 17,1 мкмоль/л

|120,0

|Билирубин прямой

|0,0 – 3,4 мкмоль/л

|95,5

|Глюкоза

|3,88 – 5,83 ммоль/л

|4,4

|Мочевина
|2,5 – 8,5 ммоль/л
|3,7
|Креатинин
|53 - 115 мкмоль/л
|72
|Амилаза
|28-100 Ед/л
|48

|=====

Иммуноферментный анализ крови

|=====

^|Показатели

|Результат

|HBs-Ag

|Отрицательный

|AntiHBcor IgM

|Отрицательный

|Anti-HAV Ig M

|Положительный

|Anti-HCV

|Отрицательный

|=====

Реакция микроагглютинации (РМА) лептоспир

Реакция отрицательная.

Реакция гетероагглютинации Хофф-Бауэра

Реакция отрицательная.

Реакция непрямой гемадсорбции на определение антигенов аденовирусов

Реакция отрицательная.

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- наблюдения за контактными лицами в течение 35 дней
- обследования контактных лиц
- санитарно-гигиенических мероприятий
- проведения вакцинации

Результаты инструментальных методов обследования

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Печень: толщина правой доли до 138 мм, левой доли до 82 мм, контур ровный, эхо-структура диффузно неоднородная, эхогенность паренхимы повышена, очаги не визуализируются, сосудистый рисунок в норме, внутрпеченочные желчные протоки не расширены. Воротная вена — 12 мм (N), нижняя полая вена — 16 мм (N), селезеночная вена — 7 мм (N), брюшная аорта — 15 мм (N).

+

Желчный пузырь обычных размеров, контур ровный, четкий, стенка не утолщена, конкременты не визуализируются. Холедох не расширен. +
Поджелудочная железа: в размерах не изменена, контуры ровные, эхогенность паренхимы в норме, эхо-структура однородная, вирсунгов проток не расширен.

+

Селезенка: размеры 133x42, контур ровный, эхо-структура однородная.
***Заключение*:** Увеличение и умеренные диффузные изменения в паренхиме печени. Увеличение селезенки.

Эластография печени

F0 5,2 кПа (норма - фиброз отсутствует при F0 менее 6,2 кПа)

Биопсия печени

Некрозо-воспалительных и фиброзных процессов (F0) в печени не выявлено (норма - отсутствуют некрозо-воспалительные процессы в печени, без фиброза (F0))

Холангиография

Желчные протоки не расширены, равномерно заполняются контрастным веществом, имеют правильную форму. Контрастное вещество свободно переходит в 12-перстную кишку.

***Заключение*:** желчные протоки проходимы, патологических изменений не выявлено.

Учитывая клинико-anamnestические данные, результаты лабораторных и инструментальных исследований, можно думать о диагнозе

- наблюдения за контактными лицами в течение 35 дней
- обследования контактных лиц
- санитарно-гигиенических мероприятий
- проведения вакцинации

Диагноз

Вирусный гепатит А, желтушный вариант, средне-тяжелая форма

При неосложненном течении гепатита А в общем анализе крови характерно наличие

- агранулоцитоза, анемии
- лейкоцитоза, атипичных мононуклеаров
- лейкопении, нейтропении
- лейкоцитоза, токсической зернистости нейтрофилов

Дифференциальную диагностику гепатита А в преджелтушном периоде следует проводить с

- гриппом и другими ОРВИ, бактериальным пищевым отравлением
- менингококковой инфекцией, эпидемическим паротитом
- малярией, амебиазом

- корью, краснухой

Прогностическим лабораторным критерием тяжелого течения вирусного гепатита А является

- повышение тромбоцитов в крови
- снижение уровня протромбинового индекса
- повышение уровня трансаминаз в крови
- повышение уровня глюкозы крови

При легкой форме вирусного гепатита А проводят _____ терапию

- базисную
- инфузионную дезинтоксикационную
- антибактериальную
- регидратационную

Пациентам с вирусным гепатитом А, в независимости от формы тяжести для улучшения тканевого обмена, стабилизации клеточных мембран рекомендовано назначение

- холестирамина
- метадоксина
- адеметионина
- рибавирина

Пациентке для ежедневного опорожнения кишечника с целью выведения токсических веществ рекомендовано назначение

- магния сульфата
- натрия фосфата
- бисакодила
- лактулозы

Выписка пациентки из стационара рекомендовано при снижении активности аланинаминотрансферазы менее + _____ + Ед/л

- 240
- 80
- 150
- 200

Диспансерное наблюдение за переболевшими вирусным гепатитом А осуществляется в течение

- 3-6 месяцев
- 1,5 - 3 месяцев
- 4-х недель
- 3-х недель

Продолжительность инкубационного периода при вирусном гепатите А составляет до + ____ + дней

- 3-6 месяцев
- 1,5 - 3 месяцев
- 4-х недель
- 3-х недель

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 26 лет.

Жалобы

- на боли в нижней половине живота, частый жидкий стул с примесями слизи и крови, ложные позывы на дефекацию, общую слабость, умеренную головную боль, повышение температуры тела до 38,0-38,3°C.

Анамнез заболевания

- Заболела накануне утром, когда появился небольшой озноб, головная боль, отметила повышение температуры тела до 37,7°C.
- Через 2-3 часа появились умеренные боли в животе (преимущественно в его нижней половине), кашицеобразный стул без примесей несколько раз.
- К вечеру состояние больной ухудшилось, боли в животе усилились, приняли схваткообразный характер, стул стал частым, жидким, с обильными примесями вначале слизи, затем крови, температура поднялась до 38,9°C.
- На следующий день появились ложные позывы на низ, стул сохранялся частый (14-15 раз в сутки).

Анамнез жизни

- Временно не работает.
- Аллергоанамнез: неотягощен.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания. Гинекологический анамнез неотягощен.
- Вредные привычки: отрицает.
- Замужем, воспитывает двух детей 3-х и 5-ти лет. Дети посещают детский сад.
- Эпиданамнез: за день до заболевания старшую пятилетнюю дочь госпитализировали в инфекционную больницу по поводу КИИЭ.

Объективный статус

- Температура тела 38,2°C. Больная вялая, адинамична.
- Кожные покровы чистые, тургор кожи в норме.
- Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Живот несколько втянут, при пальпации выраженная болезненность в левой подвздошной области, где

пальпируется спазмированная, уплотненная и резко болезненная сигмовидная кишка. При пальпации живота в других отделах изменений не выявлено.

- АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 92 уд. в мин.
- Стул с малым количеством каловых масс, состоит преимущественно из слизи с прожилками крови. Печень и селезенка не увеличены.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 3-6 месяцев
- 1,5 - 3 месяцев
- 4-х недель
- 3-х недель

Результаты лабораторных методов обследования

Бактериологический посев кала на патогенные энтеробактерии

Выделена *Shigella sonnei*.

Полимеразная цепная реакция на генетический материал возбудителя

|=====

^|Показатель

|Результат

|DNA salmonella spp.

|отрицательно

|DNA shigella spp.

|выделена shigella sonnei

|DNA campylobacter spp.

|отрицательно

|DNA adenovirus

|отрицательно

|RNA rotavirus

|отрицательно

|RNA astrovirus

|отрицательно

|RNA norovirus

|отрицательно

|=====

Реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) с иерсиниозными диагностикумами

Вариант-норма

Копрограмма

Вариант-норма

Реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) с шигеллезными диагностикумами

Вариант-норма

Укажите основной диагноз

- 3-6 месяцев
- 1,5 - 3 месяцев
- 4-х недель
- 3-х недель

Диагноз

Острый шигеллез, колитический вариант

Ведущим механизмом развития диареи при колитическом варианте шигеллезов является

- гиперонкотический
- гиперкинетический
- экссудативный
- гиперосмолярный

Дифференциальную диагностику шигеллеза следует проводить с

- ботулизмом, паратифом В, амебиазом
- энтеровирусной инфекцией, паратифом А, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом
- энтероинвазивными эшерихиозами, неспецифическим язвенным колитом, кампилобактериозом
- холерой, бруцеллезом, норовирусным гастроэнтеритом, астровирусный энтероколитом

При колитическом варианте шигеллеза преимущественно поражаются

- восходящая и поперечная ободочная кишка
- сигмовидная и прямая кишка
- 12-ти перстная и тонкая кишка
- терминальные отделы тонкой и слепой кишки

Тактика ведения данной больной включает

- ведение пациента в амбулаторных условиях
- ведение пациента в дневном стационаре
- госпитализацию в инфекционный стационар
- госпитализацию в мельцеровский бокс

Лечебная тактика при колитическом варианте шигеллеза среднетяжелого течения включает назначение

- дегидратационной терапии, парентеральных антибактериальных препаратов
- специфической детоксикации, пробиотиков
- противодиарейных препаратов, коллоидных растворов

- дезинтоксикационной терапии, пероральных антибактериальных препаратов

Препарат выбора для лечения шигеллезов относится к группе

- фторхинолонов
- пенициллинов
- линкозамидов
- карбапенемов

Этиотропное лечение шигеллезов целесообразно начинать с

- левомицетина
- азитромицина
- рифампицина
- ципрофлоксацина

Основным критерием выписки из стационара пациента после перенесенного шигеллеза, лабораторно подтвержденного, является

- повышение уровня специфических антител
- однократный отрицательный бактериологический посев кала
- проведение контрольной ректороманоскопии
- снижение уровня специфических антител

Правилом выписки реконвалесцента, относящегося к декретированной группе после шигеллеза, лабораторно подтвержденного, является

- двукратный отрицательный бактериальный посев кала
- однократный отрицательный бактериальный посев кала
- отрицательный бактериологический посев желчи
- отрицательный бактериологический посев крови

Диспансерное наблюдение за переболевшими шигеллезом с бактериологически подтвержденным диагнозом устанавливается в течение

- двукратный отрицательный бактериальный посев кала
- однократный отрицательный бактериальный посев кала
- отрицательный бактериологический посев желчи
- отрицательный бактериологический посев крови

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 40 лет на 3-й день болезни

Жалобы

• на тошноту, боли по всему животу, частый жидкий стул с примесями слизи и крови, общую слабость, жажду, умеренную головную боль, повышение температуры тела до 38,0-38,3°C.

Анамнез заболевания

- Заболел остро, когда появился небольшой озноб, головная боль, отметил повышение температуры тела до 39,0°C.
- Одновременно появились схваткообразные боли по всему животу, тошнота, повторная рвота, приносящая кратковременное облегчение. Появился частый жидкий стул (более 10-ти раз), обильный с незначительной примесью слизи и крови.
- В последующие дни присоединилась и выросла слабость. Появились головокружение и жажда, кратковременные судороги кистей рук.

Анамнез жизни

- Частный предприниматель.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания.
- Вредные привычки: курит, употребление алкоголя отрицает.
- Эпиданамнез: был в служебной командировке, в день начала заболевания возвращался домой поездом, питался в местных кафе, покупал еду «с рук» на железнодорожных станциях.

Объективный статус

- Температура тела 38,6°C. Больной вял, адинамичен.
- Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Тургор кожи несколько снижен, легкий цианоз губ.
- Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации боли по всему животу, особенно по ходу толстого кишечника. Пальпируется спазмированная, уплотненная и резко болезненная сигмовидная кишка. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены.
- АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 92 уд. в мин.
- Стул обильный, жидкий, водянистый, с примесью слизи и крови.
- Диурез снижен.
- Судороги мышц кистей, кратковременные.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- двукратный отрицательный бактериальный посев кала
- однократный отрицательный бактериальный посев кала
- отрицательный бактериологический посев желчи
- отрицательный бактериологический посев крови

Результаты лабораторных методов обследования

Бактериологический посев кала на патогенные энтеробактерии
Выделена shigella flexneri

Полимеразная цепная реакция на генетический материал возбудителя

|=====
^|Показатель
|Результат
|DNA salmonella spp.
|отрицательно
|DNA shigella spp.
|обнаружено
|DNA campylobacter spp.
|отрицательно
|DNA adenovirus
|отрицательно
|RNA rotavirus
|отрицательно
|RNA astrovirus
|отрицательно
|RNA norovirus
|отрицательно
|=====
Кислотно-щелочное состояние

|=====
^|Показатель
|Нормы
|Результат
|pH
|7,350 - 7,450
|7,35
|pO2
|80,0 - 100,0
|82,2
|pCO2
|35,0-45,0
|44,0
|Na
|135,0-145,0
|134,6
|Cl
|98,0-107,0
|101,0
|Ca
|1,120-1,320
|1,10
|K
|3,5 – 4,5

|3,5

|BE

|0±2

|-3

|====

Реакция непрямо́й гемагглютинации (РНГА) с иерсиниозными диагностикумами

Реакция отрицательная

Реакция непрямо́й гемагглютинации (РНГА) с шигеллезными диагностикумами

Реакция отрицательная

Кал на яйца-глист

Результат отрицательный

Укажите основной диагноз

- двукратный отрицательный бактериальный посев кала
- однократный отрицательный бактериальный посев кала
- отрицательный бактериологический посев желчи
- отрицательный бактериологический посев крови

Диагноз

Острый шигеллез, гастроэнтероколитический вариант.

У данного больного определяется _____ степень обезвоживания

- IV
- III
- II
- I

Дифференциальную диагностику шигеллеза следует проводить с

- холерой, бруцеллезом, норовирусным гастроэнтеритом, астровирусный энтероколитом
- энтеровирусной инфекцией, паратифом А, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом
- энтероинвазивными эшерихиозами, неспецифическим язвенным колитом, кампилобактериозом
- ботулизмом, паратифом В, амебиазом

Тактика ведения данного пациента включает

- госпитализацию в инфекционный стационар
- ведение пациента в дневном стационаре
- госпитализацию в мельцеровский бокс
- ведение пациента в амбулаторных условиях

Средством для пероральной регидратации при обезвоживании является

- физиологический раствор
- глюкозо-полярнзующая смесь
- глюкозо-электролитная смесь
- полиионный раствор

Средством для парентеральной регидратации при обезвоживании является

- реополиглюкин
- цитраглюкосолан
- трисоль
- водемкор

Препарат выбора для лечения шигеллезов относится к группе

- карбапенемов
- линкозамидов
- пенициллинов
- фторхинолонов

Этиотропное лечение шигеллезов целесообразно начинать с

- азитромицина
- ципрофлоксацина
- рифампицина
- левомицетина

Основным критерием выписки из стационара пациента, после перенесенного шигеллеза, лабораторно подтвержденного, является

- повышение уровня специфических антител
- проведение контрольной ректороманоскопии
- снижение уровня специфических антител
- однократный отрицательный бактериальный посев кала

Правилом выписки реконвалесцента, относящегося к декретированной группе после шигеллеза, лабораторно подтвержденного, является

- отрицательный бактериологический посев желчи
- однократный отрицательный бактериологический посев кала
- двукратный отрицательный бактериологический посев кала
- отрицательный бактериологический посев крови

Диспансерное наблюдение за переболевшими шигеллезом с бактериологически подтвержденным диагнозом, устанавливается в течение

- отрицательный бактериологический посев желчи
- однократный отрицательный бактериологический посев кала

- двукратный отрицательный бактериологический посев кала
- отрицательный бактериологический посев крови

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 20 лет на 5-й день болезни.

Жалобы

• на боли постоянного ноющего характера внизу живота, учащенный стул до 3-5 раз в сутки с примесью слизи, общую слабость, отсутствие аппетита, боли в суставах, повышение температуры тела до 38,0°C.

Анамнез заболевания

- Заболел остро (5 дней назад), когда появился небольшой озноб, головная боль, общее недомогание, отметил повышение температуры тела до 38,8°C.
- Одновременно появились боли по всему животу, тошнота, в течении дня была рвота, приносящая кратковременное облегчение, трижды послабляющий каловый стул.
- Лечился дома самостоятельно: принимал жаропонижающие, «смекту» без эффекта. В последующие дни указанные жалобы сохранялись.

Анамнез жизни

- Студент колледжа
- Аллергоанамнез: неотягощен.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.
- Вредные привычки: курит, употребление алкоголя отрицает.
- Эпиданамнез: проживает в общежитии, питается в студенческой столовой. Регулярно употребляет свежие овощи (овощные салаты из капусты, моркови), молочные продукты. Среди студентов отмечены случаи заболеваний кишечной инфекцией.

Объективный статус

- Температура тела 37,8°C. Больной вял, адинамичен.
- Легкая гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер. Умеренная гиперемия и отечность кистей и стоп.
- При осмотре ротоглотки выявлена гиперемия дужек и язычка.
- Язык густо обложен белым налетом. Живот активно участвует в акте дыхания, симметричен, болезненный при глубокой пальпации в правой подвздошной области, где определяется урчание и притупление перкуторного звука. Симптомов раздражения брюшины и аппендикулярной симптоматики не выявлено. Печень и селезенка не увеличены.
- АД – 110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 100 уд. в мин.
- Стул разжижен, каловый, со скудными примесями слизи.
- Суставы внешне не изменены, движения в коленных и голеностопных суставах ограничены из-за болей, что более выражено в утренние часы

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- отрицательный бактериологический посев желчи
- однократный отрицательный бактериологический посев кала
- двукратный отрицательный бактериологический посев кала
- отрицательный бактериологический посев крови

Результаты лабораторных методов обследования

Бактериологический посев кала на патогенные энтеробактерии

Рост *Y. enterocolitica* O:3

Реакция коагуляции (РКА)

Выделены АГ *Y. enterocolitica* O:3

Бактериологический посев крови

Результат отрицательный (роста нет)

Биологическая проба на мышах

Проба отрицательная

Кал на яйца гельминтов

Яйца глистов и простейших не обнаружены

Укажите основной диагноз

- отрицательный бактериологический посев желчи
- однократный отрицательный бактериологический посев кала
- двукратный отрицательный бактериологический посев кала
- отрицательный бактериологический посев крови

Диагноз

Иерсиниоз, гастроинтестинальная форма, гастроэнтероколитический вариант

Дифференциальную диагностику гастроинтестинальной формы иерсиниоза следует проводить с

- амебиазом, ботулизмом, паратифом А
- сальмонеллезом, шигеллезом, эшерихиозами
- паратифом В, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом аденовирусной инфекцией
- холерой, бруцеллезом, норовирусным гастроэнтеритом

Дифференциальную диагностику абдоминальной формы иерсиниоза следует проводить с

- острым панкреатитом
- вирусным гепатитом
- внекишечным амебиазом
- острым аппендицитом

Клиническая картина гастроинтестинальной формы иерсиниоза может сопровождаться развитием + _____ + синдрома

- желтушного

- абдоминального
- менингеального
- экзантематозного

Экзантематозный синдром при иерсиниозах характеризуется появлением на

- 2-6 день болезни пятнисто-папулезной сыпи преимущественно на кистях, стопах с последующим шелушением
- 2-4 день болезни обильной, зудящей везикулёзной сыпи с ложным полиморфизмом, имеющей нисходящий характер распространения
- 8-11 день от начала болезни скудной розеолезной сыпи на передней и боковой поверхностях грудной клетки и живота с феноменом подсыпания
- 5-й день болезни обильной, не зудящей розеолезно-петехиальной сыпи на лице, туловище, конечностях

Препарат выбора для лечения гастроинтестинальной формы иерсиниоза относится к группе

- карбапенемов
- фторхинолонов
- пенициллинов
- линкозамидов

Этиотропное лечение иерсиниозов целесообразно начинать с

- ко-тримоксазола
- азитромицина
- рифампицина
- ципрофлоксацина

При септическом варианте генерализованной формы иерсиниоза целесообразно назначение

- специфической детоксикации
- иммуностимулирующей интерферонотерапии
- цитостатических препаратов
- комбинированной антибактериальной терапии

Диспансерное наблюдение после выписки из стационара при неосложненных формах иерсиниоза осуществляется в течение

- 6-ти месяцев
- 1 недели
- 1 года
- 2-х лет

Правилом выписки реконвалесцента после иерсиниоза является

- клиническое выздоровление
- двукратный отрицательный бактериологический посев кала
- однократный отрицательный бактериологический посев кала
- снижение титров специфических антител в сыворотке крови

Инкубационный период при иерсиниозе длится от + ____ + до

- клиническое выздоровление
- двукратный отрицательный бактериологический посев кала
- однократный отрицательный бактериологический посев кала
- снижение титров специфических антител в сыворотке крови

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 46 лет обратилась в поликлинику к участковому врачу на 2-й день болезни.

Жалобы

• на слабость, головокружение, головную боль, двоение в глазах, «расплывчивость» предметов, неприятные ощущения в животе, сухость во рту, ощущение «кома» в горле.

Анамнез заболевания

• Заболела утром, остро с появления тошноты, болей в эпигастральной области, вздутия живота, однократно была рвота, приносящее кратковременное облегчение, отметила появление сухости во рту.
• К вечеру появились головная боль, ощущение «кома» в горле, отметила появление «тумана» и двоение предметов перед глазами (не смогла читать обычный газетный шрифт), нарасла мышечная слабость.

Анамнез жизни

• Менеджер в торговом зале.
• Аллергоанамнез: не отягощен.
• Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания. Гипертоническая болезнь 1 ст. Гинекологический анамнез не отягощен.
• Вредные привычки: курит, употребление алкоголя отрицает.
• Эпиданамнез: в день заболевания вернулась из трехдневного туристического похода (спали в палатках), употребляла в пищу свежие овощи и фрукты, консервированные продукты домашнего приготовления (грибы, тушёнка), кондитерские изделия, употребляла алкоголь.

Объективный статус

• Температура тела 36,5°C. Диффузная мышечная гипотония.
• Лицо умеренно гиперемировано, амимично, носогубные складки сглажены.
• Выраженный двусторонний птоз. Движения глазных яблок ограничены во все стороны, мидриаз умеренный, все зрачковые реакции снижены.

- Голос охрипший, «гнусавый», с выраженным носовым оттенком.
- Мягкое небо малоподвижно, глоточный рефлекс снижен, поперхивание при глотании воды.
- Слизистая ротоглотки сухая. Язык обложен желтоватым налетом. Живот умеренно вздут, безболезненный во всех отделах. Стула не было. Печень и селезенка не увеличены.
- АД – 150/90 мм.рт.ст, ЧСС – 84 уд. в мин. В легких дыхание с жестковатым оттенком, хрипов нет. ЧДД – 20 в мин.
- В сознании, адекватна. Менингеальной симптоматики нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- клиническое выздоровление
- двукратный отрицательный бактериологический посев кала
- однократный отрицательный бактериологический посев кала
- снижение титров специфических антител в сыворотке крови

Результаты лабораторных методов обследования

Биологическая проба на мышах (реакция нейтрализации)

Идентифицирован серотип E Clostridium botulinum

Бактериологический посев кала на анаэробные питательные среды

Рост Clostridium botulinum

ПЦР ликвора на обнаружение РНК полиовируса

Реакция отрицательная

ИФА сыворотки крови на выявление E-антигена TBEV (КЭ)

Реакция отрицательная

ИФА сыворотки крови на выявление Anti-Borrelia IgM

Реакция отрицательная

Укажите основной диагноз

- клиническое выздоровление
- двукратный отрицательный бактериологический посев кала
- однократный отрицательный бактериологический посев кала
- снижение титров специфических антител в сыворотке крови

Диагноз

Пищевой ботулизм, тяжелое течение

Вариантом начального периода ботулизма является

- гастроэнтеритический
- колитический
- гриппоподобный
- артралгический

Клиническими признаками бульбарного синдрома при ботулизме являются

- носовой оттенок голоса, поперхивание при глотании
- нарушения аккомодации и конвергенции
- страбизм, анизокория
- снижение или отсутствие реакции зрачков на свет

К клиническим признакам, позволяющим заподозрить диагноз «ботулизм», относят

- нисходящий характер развития парезов и параличей в сочетании с нарушением чувствительности
- нисходящий характер развития парезов и параличей с сохранением чувствительности
- восходящий характер развития парезов и параличей
- восходящий характер развития парезов и параличей с нарушением чувствительности

Тактика ведения данного пациента включает

- ведение пациента в амбулаторных условиях
- госпитализацию в мельцеровский бокс
- госпитализацию в специализированный инфекционный стационар
- ведение пациента в дневном стационаре

Принципы лечения больных ботулизмом предусматривает назначение

- бета-блокаторов
- дегидратационной терапии
- блокаторов кальциевых каналов
- специфической детоксикационной терапии

Специфическая антитоксическая противоботулиническая лошадиная сыворотка с лечебной целью назначается в дозе

- тип А- 2000 МЕ, тип В-1000МЕ, тип Е-2000 МЕ
- тип А- 10000 МЕ, тип В-10000 МЕ, тип Е-5000 МЕ
- тип А-10000 МЕ, тип В-5000 МЕ, тип Е-10000 МЕ
- тип А- 5000 МЕ, тип В-10000 МЕ, тип Е-10000 МЕ

Этиотропная терапия ботулизма включает назначение

- неомицина
- пенициллина
- канамицина
- метронидазола

Активная иммунизация лицам против ботулизма проводится

- химической вакциной трехкратно

- живой вакциной однократно
- полианатоксином трехкратно
- моноанатоксином двукратно

Инкубационный период при пищевом ботулизме варьирует от
+ _____ + до

- 2-3-х суток; 2-х недель
- 2-4 часов; 5 суток
- 7-10 суток; 1 месяца
- 30 минут; 2-3- часов

Профилактика ботулизма включает

- 2-3-х суток; 2-х недель
- 2-4 часов; 5 суток
- 7-10 суток; 1 месяца
- 30 минут; 2-3- часов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 22 лет на 2-й день болезни.

Жалобы

• на повышение температуры тела, недомогание, тошноту, рвоту, частый жидкий стул, боли в животе, общую слабость, заложенность носа, першение в ротоглотке.

Анамнез заболевания

- Заболела остро, с появления тошноты, многократной рвоты (до 4-х раз), приносящей кратковременное облегчение, болей в эпигастральной области.
- Одновременно появились императивные позывы к дефекации, умеренные боли по всему животу, кашицеобразный стул до 5-ти раз.
- Температура тела поднялась до 37,4°C.
- Больная отметила нарастающую слабость, заложенность носа, першение в горле.

Анамнез жизни

- Студентка дневного отделения университета.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. Гинекологический анамнез не отягощен.
- Вредные привычки: отрицает.
- Не замужем, детей нет. Проживает в отдельной квартире вместе с родителями.
- Эпиданамнез: со слов пациентки питается дома, иногда в студенческой столовой. Выяснено, что среди студентов имели место случаи острой кишечной инфекции.

Объективный статус

- Температура тела 37,3°C. Больная вялая, адинамична.
- Кожные покровы бледные. Цианоза нет.
- Язык сухой, обложен белым налетом. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания, симптомов раздражения брюшины нет. Живот умеренно болезненный в эпигастральной, пупочной и правой подвздошной областях. Пальпация живота сопровождается интенсивным «урчанием». Печень и селезенка не увеличены.
- Тошноты, позывов на рвоту нет. Стул обильный, кашицеобразный, желто-зеленого цвета до 5 раз в сутки, без патологических примесей.
- Диурез в норме. Судорог мышц нет
- При осмотре ротоглотки выявляется гиперемия и зернистость мягкого неба, дужек, язычка, задней стенки глотки. Лимфатические узлы шейной группы не увеличены.
- АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 72 уд. в мин.

Выберите необходимый для постановки диагноза лабораторный метод обследования

- 2-3-х суток; 2-х недель
- 2-4 часов; 5 суток
- 7-10 суток; 1 месяца
- 30 минут; 2-3- часов

Результаты лабораторных методов обследования

Полимеразная цепная реакция на генетический материал возбудителя

|=====

^|Показатель

|Результат

|DNA shigella spp.

|отрицательно

|DNA salmonella spp.

|отрицательно

|DNA campylobacter spp.

|отрицательно

|DNA adenovirus

|отрицательно

|RNA rotavirus

|ОБНАРУЖЕНО

|RNA astrovirus

|отрицательно

|RNA norovirus

|отрицательно

|=====

Реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) с сальмонеллезным диагностикумом

Реакция отрицательная

Копрограмма

|=====

^|Наименование исследования |Результат

|Консистенция |жидкая

|Цвет |желто-зеленый

|Слизь |нет

|Кровь |нет

|Мышечные волокна |единичные, гладкомышечные

|Нейтральные жиры |++

|Жирные кислоты |++

|Растительная клетчатка переваренная |++

|Растительная клетчатка непереваренная |{plus}++

|Крахмал |+

|Лейкоциты |0-1 в п/зр

|Эритроциты |единичные

|Реакция на скрытую кровь |отрицательно

|Йодофильная флора |отсутствует

|=====

Реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) с шигеллезными диагностикумами

Реакция отрицательная

Укажите основной диагноз

- 2-3-х суток; 2-х недель
- 2-4 часов; 5 суток
- 7-10 суток; 1 месяца
- 30 минут; 2-3- часов

Диагноз

Ротавирусный гастроэнтерит, легкое течение

У данной больной определяется _____ степень обезвоживания

- III
- II
- I
- IV

Дифференциальную диагностику ротавирусного гастроэнтерита следует проводить с

- холерой, бруцеллезом, лептоспирозом
- иерсиниозом, паратифом А, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом

- ботулизмом, паратифом В, амебиазом
- эшерихиозами, сальмонеллезом, аденовирусной инфекцией

Тяжесть течения ротавирусной инфекции определяется

- генерализацией заболевания
- степенью обезвоживания, выраженностью интоксикационного синдрома
- развитием окуло-уретро-синовиального синдрома
- развитием кишечного кровотечения

Возможным осложнением ротавирусной инфекции является

- дегидратационный синдром
- энцефалитический синдром
- перфорация кишечника
- кишечное кровотечение

Тактика ведения данного больного с ротавирусной инфекцией включает

- госпитализацию в мельцеровский бокс
- ведение пациента в дневном стационаре
- ведение пациента в амбулаторных условиях
- госпитализацию в инфекционное отделение

Лечебная тактика при ротавирусной инфекции включает назначение

- диеты, противодиарейных препаратов, коллоидных растворов
- регидратационной терапии, антибактериальных препаратов
- диеты, регидратационной терапии, полиферментных препаратов
- специфической детоксикации, пробиотиков

Средством для пероральной регидратации при ротавирусной инфекции является

- физиологический раствор
- глюкозо-электролитная смесь
- полиионный раствор
- глюкозо-поляризирующая смесь

Выписка пациентов из не декретированных групп, перенесших острую кишечную инфекцию, осуществляется после

- клинического выздоровления
- двукратного нарастания титров защитных антител класса G в крови
- двукратного отрицательного бактериологического исследования кала
- однократного отрицательного ПЦР кала

При ротавирусной инфекции инкубационный период составляет до

- 12-18 часов
- 2-х суток
- 14 дней
- 1 недели

Длительность медицинского наблюдения за контактными лицами, относящимися к декретированному контингенту в очаге острой кишечной инфекцией составляет

- 12-18 часов
- 2-х суток
- 14 дней
- 1 недели

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 72 лет на 2-й день болезни

Жалобы

• на тошноту, рвоту, частый жидкий стул, боли в животе, нарастающую слабость, головокружение, судороги в кистях рук, повышение температуры тела, общее недомогание.

Анамнез заболевания

- Заболел остро, с тошноты, повторной рвоты, приносящей кратковременное облегчение, болей по всему животу схваткообразного характера, частого водянистого стула до 15-ти раз.
- Одновременно поднялась температура тела до 39,2°C, появились головная боль, головокружение, слабость. На момент прихода врача появились судороги кистей рук.

Анамнез жизни

- Пенсионер, не работает.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания, пневмония (3 года назад), гипертоническая болезнь II ст.
- Вредные привычки: отрицает.
- Вдовец. Проживает в отдельной квартире.
- Эпиданамнез: со слов пациента питается дома. Заболевание связывает с употреблением в пищу плохо прожаренной курицы и салатов.

Объективный статус

- Температура тела 39,2°C.
- Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие, кисти и стопы холодные. Цианоз носогубного треугольника. Тургор тканей снижен.
- Язык сухой, обложен белым налетом. Передняя брюшная стенка участвует в

акте дыхания, симптомов раздражения брюшины нет. При пальпации живот мягкий, болезненный по ходу тонкого кишечника. Определяется урчание. Сигма безболезненная, не спазмирована. Печень и селезенка не увеличены.

- АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 98 уд. в мин.
- Тошноты, позывов на рвоту нет. Стул обильный, водянистый, зловонный зеленоватого цвета до 15 раз.
- Диурез снижен.
- Судороги мышц кистей, кратковременные.

Необходимыми методами обследования данного больного, учитывая 2-й день болезни, являются

- 12-18 часов
- 2-х суток
- 14 дней
- 1 недели

Результаты лабораторных методов обследования

Бактериологический посев кала на патогенные энтеробактерии

Выделена *salmonella enterididis* группы D

ПЦР- диагностика кала

```
|====  
^|Показатель  
|Результат  
|DNA shigella spp.  
|отрицательно  
|DNA salmonella spp.  
|обнаружено  
|DNA campylobacter spp.  
|отрицательно  
|DNA adenovirus  
|отрицательно  
|RNA rotavirus  
|отрицательно  
|RNA astrovirus  
|отрицательно  
|RNA norovirus  
|отрицательно  
|====
```

Кислотно-щелочное состояние

```
|====  
^|Показатель  
|Нормы  
|Результат  
|pH
```

|7,350 - 7,450

|7,35

|pO2

|80,0 - 100,0

|82,2

|pCO2

|35,0-45,0

|44,0

|Na

|135,0-145,0

|134,6

|Cl

|98,0-107,0

|101,0

|Ca

|1,120-1,320

|1,10

|K

|3,5 – 4,5

|3,5

|BE

|0±2

|-3

|=====

Микроскопическое исследование кала на выявление яиц гельминтов

Результат отрицательный

Копрограмма

|=====

^|Наименование исследования |Результат

|Консистенция |жидкая

|Цвет |зелено-коричневый

|Слизь |нет

|Кровь |нет

|Мышечные волокна |единичные, гладкомышечные

|Нейтральные жиры |++

|Жирные кислоты |++

|Растительная клетчатка переваренная |++

|Растительная клетчатка непереваренная |{plus}++

|Крахмал |+

|Лейкоциты |0-1 в п/зр

|Эритроциты |единичные

|Реакция на скрытую кровь |отрицательно

|Йодофильная флора |отсутствует

|=====

Укажите основной диагноз

- 12-18 часов
- 2-х суток
- 14 дней
- 1 недели

Диагноз

Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, гастроэнтеритический вариант
У данного больного определена _____ степень обезвоживания

- III
- I
- IV
- II

Дифференциальную диагностику сальмонеллеза следует проводить с

- лептоспирозом, энтеровирусной инфекцией, паратифом А, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом
- холерой, бруцеллезом, норовирусным гастроэнтеритом
- ботулизмом, паратифом В, амебиазом
- эшерихиозами, кампилобактериозом, ротавирусным гастроэнтеритом

Тяжесть течения гастроинтестинальной формы сальмонеллеза определяется

- степенью обезвоживания, выраженностью интоксикационного синдрома
- развитием окуло-уретро-синовиального синдрома
- развитием перфорации кишечника и возникновением кишечного кровотечения
- генерализацией заболевания

Для купирования болей в животе данному пациенту целесообразно назначить

- дротаверин
- индометацин
- нимесулид
- анальгин

Для купирования рвоты данному пациенту рекомендован

- метоклопрамид
- дифенгидрамин
- тропisetрон
- ондансетрон

Лечебная тактика гастроинтестинальной формы сальмонеллеза среднетяжелого течения включает назначение

- специфической детоксикации, пробиотиков
- дегидратационной терапии, парентеральных антибактериальных препаратов
- противодиарейных препаратов, коллоидных растворов
- регидратационной терапии, пероральных антибактериальных препаратов

Средством для парентеральной регидратации при сальмонеллезе является

- трисоль
- волемакор
- цитраглюкосолан
- реополиглюкин

При гастроинтестинальной форме сальмонеллеза целесообразно назначение

- полусинтетических пенициллинов
- фторхинолонов
- макролидов
- цефалоспоринов I поколения

Для стимуляции роста нормальной микрофлоры кишечника в период реконвалесценции данному пациенту целесообразно назначить

- пребиотики
- пробиотики
- ферменты
- сорбенты

Данный пациент может быть выписан после

- пребиотики
- пробиотики
- ферменты
- сорбенты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 28 лет на 2-й день болезни

Жалобы

• на повышение температуры тела, недомогание, общую слабость, заложенность носа, першение в ротоглотке, тошноту, повторную рвоту, частый жидкий стул, боли в животе.

Анамнез заболевания

- Заболела остро, с появления тошноты, многократной рвоты (до 5-х раз), приносящей кратковременное облегчение, болей в эпигастральной области.
- Одновременно появились императивные позывы к дефекации, умеренные боли по всему животу, кашицеобразный стул до 4-х раз.
- Температура тела поднялась до 37,2°C.
- Больная отметила нарастающую слабость, заложенность носа, першение в горле.

Анамнез жизни

- Временно не работает.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. Гинекологический анамнез не отягощен.
- Вредные привычки: отрицает.
- Проживает в отдельной квартире с 2-мя детьми (3-х и 5-ти лет), посещающие детский сад.
- Эпиданамнез: со слов пациентки питается дома, иногда в местах общественного питания. Выяснено, что среди подруг, с которыми пациентка встречалась накануне заболевания, были случаи острой кишечной инфекции.

Объективный статус

- Температура тела 37,1°C. Больная вялая, адинамична.
- Кожные покровы бледные. Цианоза нет.
- Язык сухой, обложен белым налетом. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания, симптомов раздражения брюшины нет. Живот умеренно болезненный в эпигастральной, пупочной и правой подвздошной областях. Пальпация живота сопровождается интенсивным «урчанием». Печень и селезенка не увеличены.
- Тошноты, позывов на рвоту нет. Стул обильный, кашицеобразный, желто-зеленого цвета до 4 раз в сутки, без патологических примесей.
- Диурез в норме. Судорог мышц нет
- При осмотре ротоглотки выявляется гиперемия и зернистость мягкого неба, дужек, язычка, задней стенки глотки. Лимфатические узлы шейной группы не увеличены.
- АД – 110/60 мм.рт.ст, ЧСС – 72 уд. в мин.

Выберите необходимый для постановки диагноза лабораторный метод обследования

- пребиотики
- пробиотики
- ферменты
- сорбенты

Результаты лабораторных методов обследования

Полимеразная цепная реакция на генетический материал возбудителя

|=====
^|Показатель
|Результат
|DNA shigella spp.
|отрицательно
|DNA salmonella spp.
|отрицательно
|DNA campylobacter spp.
|отрицательно
|DNA adenovirus
|отрицательно
|RNA rotavirus
|ОБНАРУЖЕНО
|RNA astrovirus
|отрицательно
|RNA norovirus
|отрицательно
|=====
^|Показатель

Реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) с сальмонеллезным диагностикумом

Реакция отрицательная.

Копрограмма

|=====
|Наименование исследования |Результат
|Консистенция |кашицеобразная
|Цвет |желто-коричневый
|Слизь |нет
|Кровь |нет
|Мышечные волокна |единичные,гладкомышечные
|Нейтральные жиры |++
|Жирные кислоты | ++
|Растительная клетчатка переваренная |++
|Растительная клетчатка непереваренная |{plus} {plus} {plus}
|Крахмал |+
|Лейкоциты |0-1 в п/зр
|Эритроциты |единичные
|Реакция на скрытую кровь |отрицательно
|Йодофильная флора |отсутствует
|=====
^|Показатель

Реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) с шигеллезными диагностикумами

Реакция отрицательная.

Укажите основной диагноз

- пребиотики
- пробиотики
- ферменты
- сорбенты

Диагноз

Ротавирусный гастроэнтерит, легкое течение

У данной больной определяется _____ степень обезвоживания

- I
- II
- IV
- III

Дифференциальную диагностику ротавирусного гастроэнтерита следует проводить с

- иерсиниозом, паратифом А, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом
- эшерихиозами, сальмонеллезом, аденовирусной инфекцией
- ботулизмом, паратифом В, амебиазом
- холерой, бруцеллезом, лептоспирозом

Тяжесть течения ротавирусной инфекции определяется

- генерализацией заболевания
- развитием перфорации кишечника и возникновением кровотечения
- развитием окуло-уретро-синовиального синдрома
- степенью обезвоживания, выраженностью интоксикационного синдрома

Возможным осложнением ротавирусной инфекции является

- перфорация кишечника
- энцефалитический синдром
- кишечное кровотечение
- дегидратационный синдром

Тактика ведения данной пациентки с ротавирусной инфекцией включает

- госпитализацию в инфекционное отделение
- ведение в дневном стационаре
- ведение в амбулаторных условиях
- госпитализацию в мельцеровский бокс

Лечебная тактика при ротавирусной инфекции включает назначение

- регидратационной терапии, антибактериальных препаратов
- диеты, противодиарейных препаратов, коллоидных растворов
- диеты, регидратационной терапии, полиферментных препаратов
- специфической детоксикации, пробиотиков

Средством для пероральной регидратации при ротавирусной инфекции является

- глюкозо-полярризующая смесь
- физиологический раствор
- полиионный раствор
- глюкозо-электролитная смесь

Для специфической профилактики ротавирусной инфекции используют

- специфический иммуноглобулин
- оральную вакцину
- анитоксическую сыворотку
- противовирусные препараты

Инкубационный период при ротавирусной инфекции составляет до

- 3-х суток
- 18-24-х часов
- 2-х недель
- 7 дней

Длительность медицинского наблюдения за детьми пациентки, посещающих детское дошкольное учреждение, составляет

- 3-х суток
- 18-24-х часов
- 2-х недель
- 7 дней

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В поликлинику обратился пациент 19 лет на 3-ий день болезни

Жалобы

на повышение температуры, озноб, головную боль, боль в горле, послабление стула.

Анамнез заболевания

Заболел остро с появления озноба, недомогания, температуру не измерял. К

исходу первого дня появились насморк, боли в горле при глотании, «резь» в глазах, усиливающаяся при ярком свете, головная боль, снижение аппетита

Анамнез жизни

- Студент дневного отделения ВУЗа
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Перенесенные заболевания: детские инфекции.
- Вредные привычки: отрицает.
- Эпиданамнез: среди студентов были случаи заболевания ОРЗ
- Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался.

Объективный статус

- Температура тела 37,9°C.
- Кожные покровы чистые, сыпи нет. Лицо умеренно гиперемировано, склер инъецированы, конъюнктивы гиперемированы.
- Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, миндалин, язычка) гиперемирована, миндалины увеличены до 1-2 степени, в их лакунах – налеты серовато-белого цвета, легко снимающиеся шпателем. Слизистая задней стенки ротоглотки разрыхлена, с набухшими фолликулами, налетов на ней нет.
- Пальпируются увеличенные до размера мелкой фасоли подчелюстные, передне-и заднешейные, подмышечные лимфоузлы.
- В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин.
- АД-110/70 мм.рт.ст, ЧСС –84 уд. в мин.
- Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка пальпируется на боку. Мочеиспускание не нарушено. Стул однократный, полуоформленный.
- Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Необходимым для постановки диагноза методом исследования данного больного является

- 3-х суток
- 18-24-х часов
- 2-х недель
- 7 дней

Результаты лабораторных методов обследования

ПЦР диагностика мазка из носоглотки (ОРВИ-скрин)

|=====

Наименование	Результат
RNA Influenza virus A	отрицательно
RNA Influenza virus B	отрицательно
DNA Parainfluenza 1,2	отрицательно
DNA Parainfluenza 3,4	отрицательно
RNA Rhinovirus	отрицательно
DNA Adenovirus	положительно
DNA Respiratory syncytial virus	отрицательно
RNA Coronavirus NL63, E229	отрицательно

|RNA Coronavirus HKU-1, OC43 |отрицательно

|=====

Иммуноферментный анализ (ИФА) для выявления антител к герпетическим инфекциям

|=====

|Наименование |Результат

|Epstein-Barr virus VCA IgM |отрицательно

|Epstein-Barr virus EA IgG |отрицательно

|Epstein-Barr virus EBNA IgG |положительно

|Cytomegalovirus IgM |отрицательно

|Cytomegalovirus IgG |положительно

|HHV-6, IgM |отрицательно

|HHV-6, IgG |отрицательно

|=====

Реакция микроагглютинации для выявления антител к *L. interrogans*

Реакция отрицательная

Реакция латекс-агглютинации (РЛА)

Реакция отрицательная

Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные можно думать о диагнозе

- 3-х суток
- 18-24-х часов
- 2-х недель
- 7 дней

Диагноз

Аденовирусная инфекция средней степени тяжести

Боли в животе при аденовирусной инфекции обусловлены развитием

- мезаденита
- терминального илеита
- эрозивно-язвенного гастрита
- геморрагического проктосигмоидита

Осложнением аденовирусной инфекции является

- острый дистресс-синдром
- острый отит
- печёночная недостаточность
- тромбоз мезентериальных сосудов

Дифференциальную диагностику аденовирусной инфекции в начальном периоде заболевания проводят с

- паротитной инфекцией
- инфекционным мононуклеозом
- энтеровирусной инфекцией
- скарлатиной

Показанием к госпитализации при аденовирусной инфекции являются

- температура тела не выше 38°C, выраженная ринорея
- одышка, боли в груди
- повышение артериального давления, головная боль
- диарейный синдром, полилимфаденопатия

Этиотропным средством с доказанным действием для лечения аденовирусной инфекции является

- рибавирин
- умифеновир
- ламивудин
- осельтамивир

Патогенетическое лечение аденовирусной инфекции тяжелого течения включает

- регидратационную терапию
- специфическую детоксикацию
- приём иммуномодуляторов
- дезинтоксикационную терапию

Применение антибиотиков при аденовирусной инфекции показано

- при развитии острого бактериального тонзиллита
- при наличии лихорадки свыше 38,5°C в течение недели
- в случае длительного сохранения полилимфаденопатии
- при развитии двустороннего пленчатого конъюнктивита

Для лечения конъюнктивита и кератоконъюнктивита при аденовирусной инфекции применяют инстилляций глазных капель

- интерферона альфа
- инокаина
- тимол - ПОСа
- тропикамида

Неспецифической профилактической мерой при аденовирусной инфекции служит

- ингаляция раствора диоксидина

- применение специфического иммуноглобулина
- обработка помещений дезинфектантами
- промывание носа изотоническим раствором

Химиопрепаратами, применяемые для профилактики аденовирусной инфекции, являются

- ингаляция раствора диоксидина
- применение специфического иммуноглобулина
- обработка помещений дезинфектантами
- промывание носа изотоническим раствором

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Участковый врач прибыл на вызов к пациентке 29 лет на 6-й день болезни

Жалобы

на слабость, боль в глазах, слезотечение, боль в горле, заложенность носа, сыпь на теле.

Анамнез заболевания

Заболела остро 02.04. - появилась резь в глазах, слезотечение, 03.04 - повышение температуры тела до 38,5°C, затем присоединилась боль в горле, температура тела повысилась до 39°C. 06.04. появилась сыпь на теле, 07.04. - сухой кашель. Фебрильная температура тела сохранялась все дни.

Анамнез жизни

- Работает экономистом в фирме, в условиях офиса.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины, корь, ветряная оспа.
- Вредные привычки: отрицает.
- Проживает в отдельной квартире с мужем.
- Эпиданамнез: среди сотрудников в офисе были случаи заболевания ОРЗ
- Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививалась.

Объективный статус

- Температура тела 38,8°C. Состояние больной средней тяжести, положение активное.
- Кожные покровы бледно-розовые, на коже туловища (преимущественно) и конечностей - папулезная сыпь. Геморрагических проявлений – нет. Склеры ярко инъекцированы, слезотечение.
- Слизистая оболочка ротоглотки умеренно гиперемирована в области дужек и по задней стенке. Миндалины увеличены до I степени, гиперемированы, налётов нет.
- Периферические лимфоузлы: отмечается увеличение передних шейных (до 0,5-0,6 см) и подчелюстных лимфоузлов (до 0,8 см), мягкоэластичной консистенции, чувствительны при пальпации.

- В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 18 в мин.
- АД - 110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 84 уд. в мин.
- Печень выступает на 0,5 см из-под края рёберной дуги, мягкая, безболезненная. Селезенка не увеличена.
- Стул, мочеиспускание - не нарушены.
- Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Необходимым для постановки диагноза методом исследования данного больного является

- ингаляция раствора диоксидина
- применение специфического иммуноглобулина
- обработка помещений дезинфектантами
- промывание носа изотоническим раствором

Результаты лабораторных методов обследования

ПЦР диагностика мазка из носоглотки (ОРВИ-скрин) мазки из полости носа и ротоглотки (для анализа методом ПЦР, иммунохроматографии)

|===

|Наименование |Результат

|RNA Influenza virus A |отрицательно

|RNA Influenza virus B |отрицательно

|DNA Parainfluenza 1,2 |отрицательно

|DNA Parainfluenza 3,4 |отрицательно

|RNA Rhinovirus |отрицательно

|DNA Adenovirus |положительно

|DNA Respiratory syncytial virus |отрицательно

|RNA Coronavirus NL63, E229 |отрицательно

|RNA Coronavirus HKU-1, OC43 |отрицательно

|===

Реакция латекс-агглютинации на выявление антигена *Neisseria meningitidis*

Реакция отрицательная.

Реакция непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ) на выявление антител к *Legionella pneumophila*

Реакция отрицательная

Реакция коаггутинации на выявление антигенов стрептококка

Реакция отрицательная.

Выберите дополнительные методы обследования, необходимые для оценки степени тяжести и уточнения локализации патологического процесса у данного больного

- ингаляция раствора диоксидина
- применение специфического иммуноглобулина
- обработка помещений дезинфектантами
- промывание носа изотоническим раствором

Результаты дополнительных методов обследования

Общий анализ крови

|===

|Наименование

|Нормы

|Результат

|Гемоглобин

|130,0 - 160,0

|132,0

|Гематокрит

|35,0 - 47,0

|42,1

|Лейкоциты

|4,00 - 9,00

|4,1

|Эритроциты

|4,00 - 5,70

|4,6

|Тромбоциты

|150,0 - 320,0

|182,0

|Лимфоциты

|19,0 - 37,0

|40

|Моноциты

|2,0 - 10,0

|11

|Нейтрофилы п/ядерные

|1-6

|4

|Нейтрофилы с/ядерные

|47-72

|42

|Эозинофилы

|0,0 - 5,0

|3

|Базофилы

|0,0 - 1,0

|0,0

|СОЭ

|2 - 20

|16

|===

Биохимический анализ крови

|===

|Наименование

|Нормы

|Результат

|Общий белок

|64 - 83 г/л

|71

|Альбумин

|32 - 50 г/л

|35

|Аланинаминотрансфераза (АлАТ)

|до 40 Ед/л

|96

|Аспартатаминотрансфераза (АсАТ)

|до 40 Ед/л

|75

|Щелочная фосфатаза

|до 150 Ед/л

|123

|Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)

|9-50 Ед/л

|37

|Билирубин общий

|3,0 – 17,1 мкмоль/л

|16,2

|Билирубин прямой

|0,0 – 3,4 мкмоль/л

|3,3

|Глюкоза

|3,88 – 5,83 ммоль/л

|4,6

|Мочевина

|2,5 – 8,5 ммоль/л

|4,8

|Креатинин

|53 - 115 мкмоль/л

|86

|Амилаза

|28-100 Ед/л

|60

|===

Определение уровня АСЛО (антистрептолизина О)

АСЛО - 110.0 МЕ/мл

Анализ мочи по Нечипоренко

|===

|Показатель
|Результат
|Лейкоциты
|460
|Эритроциты
|1100
|Цилиндры
|6
|===

Диастаза мочи

Диастаза мочи 60 ЕД/л

Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- ингаляция раствора диоксидина
- применение специфического иммуноглобулина
- обработка помещений дезинфектантами
- промывание носа изотоническим раствором

Диагноз

Аденовирусная инфекция (фарингоконъюнктивальная лихорадка)

Дополнительными симптомами, которые иногда выявляют при аденовирусной инфекции, являются

- олигоанурия, положительный симптом «поколачивания»
- тошнота, секреторная диарея
- гиперемия кожи по типу «перчаток», «носков» и «капюшона»
- артриты мелких суставов, геморрагическая экзантема

Осложнением аденовирусной инфекции является

- острый дистресс-синдром взрослых
- печёчно-почечная недостаточность
- геморрагический синдром
- пневмония

Дифференциальную диагностику аденовирусной инфекции проводят с

- лептоспирозом, ГЛПС, сыпным тифом
- ротавирусной, норовирусной и астровирусной инфекцией
- ветряной оспой, краснухой, эпидемическим паротитом
- инфекционным мононуклеозом, иерсиниозом, парагриппом

Одним из основных показаний к госпитализации при аденовирусной инфекции является развитие

- пневмонии
- кератоконъюнктивита
- гастроэнтерита
- бронхита

Этиотропным средством для лечения аденовирусной инфекции (на ранней стадии) доказанной эффективностью является

- осельтамивир
- умифеновир
- ремантадин
- занамивир

Патогенетическое лечение при среднетяжёлом течении аденовирусной инфекции включает применение

- нестероидных противовоспалительных препаратов
- гемостатических препаратов
- коллоидных растворов
- глюкокортикостероидов

Местно при аденовирусной инфекции следует применять

- хлорамфеникол+диоксометилтетрагидропиримидин (мазь, для обработки глаз)
- ацикловир (глазная мазь)
- диоксотетрагидрокси тетрагидронафталин (назальная мазь)
- интерферон альфа (глазные капли)

Применение антибиотиков при аденовирусной инфекции показано

- при наличии лихорадки свыше $38,5^{\circ}\text{C}$
- при развитии ложного крупа
- во всех случаях заболевания без исключения
- при присоединении вторичной инфекции

Химиопрепаратами, применяемые для профилактики аденовирусной инфекции, являются

- при наличии лихорадки свыше $38,5^{\circ}\text{C}$
- при развитии ложного крупа
- во всех случаях заболевания без исключения
- при присоединении вторичной инфекции

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Участковый врач прибыл на вызов к пациентке 64-х лет на 3-й день болезни.

Жалобы

на повышение температуры до 40°C, озноб, сильную головную боль в лобных и параорбитальных областях, «ломоту» во всем теле, сухой кашель, першение в горле, заложенность носа.

Анамнез заболевания

Заболела остро с появления озноба, мышечных и суставных болей, выраженной слабости, сильной головной боли в лобной и параорбитальных областях, повышения температуры тела до 38,8°C, пропал аппетит, появилась фотофобия. Позже присоединилось першение в горле, заложенность носа, сухой «саднящий» за грудиной кашель.

Анамнез жизни

- Пенсионерка
- Аллергоанамнез: неотягощен.
- Перенесенные заболевания: мастэктомия, ОРЗ, ГБ I ст.
- Вредные привычки: отрицает.
- Проживает в отдельной квартире с супругом.
- Эпиданамнез: сопровождала внука в детский сад, где мог быть возможный контакт с больными ОРЗ.
- Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не привита.

Объективный статус

- Температура тела 39,2°C. Больная вялая, адинамична.
- Кожные покровы бледные, сухие, горячие на ощупь, чистые, сыпи нет. Лицо гиперемировано и одутловато, инъекция сосудов склер.
- Слизистая оболочка ротоглотки в области мягкого неба, задней стенки глотки гиперемирована, отмечается ее зернистость, единичные геморрагии на небной занавеске.
- Периферические лимфоузлы не увеличены
- В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД – 22 в мин.
- АД-100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 96 уд. в мин.
- Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено.
- Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования с учетом 3-го дня болезни

- при наличии лихорадки свыше 38,5°C
- при развитии ложного крупа
- во всех случаях заболевания без исключения
- при присоединении вторичной инфекции

Результаты лабораторных методов обследования

ПЦР-диагностика мазков из носо- и ротоглотки

Обнаружена РНК вируса гриппа А (H5N1)

Выявление антигенов в смывах из носо- и ротоглотки (ИФА, ИФМ)

При риноцитоскопии в мазках-отпечатках обнаружен антиген вируса гриппа А (H5N1)

Посев мокроты на флору

Роста нет

Биохимический анализ крови

|===

|Наименование

|Результат

|Общий белок

|70 г/л

|Альбумин

|38 г/л

|АлАТ

|36 Ед/л

|АсАТ

|33 Ед/л

|ЩФ

|111 Ед/л

|ГГТ

|27 Ед/л

|Билирубин общий

|13.4 мкмоль/л

|Билирубин прямой

|2.6 мкмоль/л

|Глюкоза

|5,2 ммоль/л

|Мочевина

|4,8 ммоль/л

|Креатинин

|86 мкмоль/л

|Амилаза

|78 Ед/л

|===

Анализ мочи по Нечипоренко

|===

|Показатель

|Результат

|Лейкоциты

|430

|Эритроциты

|1200

|Цилиндры

|10

|===

Реакция агглютинации лизиса

Реакция отрицательная

Какой основной диагноз?

- при наличии лихорадки свыше 38,5°C
- при развитии ложного крупа
- во всех случаях заболевания без исключения
- при присоединении вторичной инфекции

Диагноз

Грипп, типичное течение, средней степени тяжести

Симптомом тяжелого течения гриппа является

- ринорея с желто-зеленым отделяемым
- продуктивный кашель с гнойной мокротой
- чувство «саднения» за грудиной, сухой кашель
- геморрагическая сыпь

Патогенетическими осложнениями гриппа является

- гиповолемический шок
- печёчно-почечная недостаточность
- респираторный дистресс-синдром
- гнойный трахеобронхит

Дифференциальную диагностику гриппа проводят с

- паратифом А, псевдотуберкулезом, энтеровирусной инфекцией
- скарлатиной, ротавирусной инфекцией, бруцеллезом
- паротитной инфекцией, инфекционным мононуклеозом, дифтерией дыхательных путей
- менингококковой инфекцией, ГЛПС, парагриппом

Показанием к госпитализации при гриппе являются

- выраженная ринорея, температура тела не выше 38°C
- одышка, боли в груди
- диарея, боли в суставах
- головная боль, повышение артериального давления

Этиотропными средствами для лечения гриппа с доказанной эффективностью являются

- интерферон гамма, рибавирин
- умифеновир, осельтамивир
- ламивудин, ацикловир

- тилорон, меглюмина акридоацетат

Патогенетическое лечение гриппа, тяжелого течения, включает

- приём иммуномодуляторов
- внутривенное введение антибактериальных препаратов
- респираторную поддержку
- парентеральную регидратационную терапию

Применение антибиотиков при гриппе показано

- при развитии ринита
- во всех случаях заболевания без исключения
- при присоединении вторичной инфекции
- при наличии лихорадки свыше 38,5°C

Химиопрепаратами, применяемые для профилактики гриппа, являются

- осельтамивир, умифеновир
- ламивудин, зидовудин
- рибавирин, ацикловир
- занамивир, тилорон

Вакцинопрофилактику сезонного гриппа следует закончить не позднее чем за + _____ + до начала эпидемического сезона

- 2-3 месяца
- 7-10 дней
- 2-5 дней
- 2-3 недели

Механизмом, обуславливающим изменчивость вируса гриппа А является

- 2-3 месяца
- 7-10 дней
- 2-5 дней
- 2-3 недели

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Участковый терапевт прибыл на вызов к пациенту 19-ти лет на 3-ий день болезни

Жалобы

на головную боль, вялость, озноб, снижение аппетита, повышение температуры

тела до 38°C, серозное отделяемое из носовых ходов, боль в горле при глотании, осиплость голоса и грубый, «лающий» кашель.

Анамнез заболевания

- Со слов пациента заболел остро 3 дня назад утром, когда постепенно появились озноб, слабость, головная боль, снизился аппетит, повысилась температура тела до 37,5° С.
- К вечеру этого же дня присоединились заложенность носа, боль в горле при глотании, осиплость голоса, «лающий» кашель, повышение температуры тела до 38° С.

Анамнез жизни

- Студент
- Проживает в общежитии
- Вредные привычки: табакокурение
- Аллергоанамнез: аллергическая реакция на куриный белок. Проявление - отек Квинке
- Перенесенные заболевания: детские инфекции
- Эпиданамнез: в общежитии были случаи заболевания ОРЗ
- Прививочный анамнез: от гриппа не прививался

Объективный статус

- Температура тела 38°C.
- Больной вялый, ослаблен.
- Кожные покровы суховаты, горячие на ощупь, физиологической окраски, сыпи нет.
- Умеренный отек слизистой носа, небольшое серозное отделяемое из носовых ходов.
- Гиперемия и зернистость слизистой оболочки задней стенки глотки.
- Осиплость голоса.
- Периферические заднешейные лимфоузлы увеличены.
- Грубый, «лающий» кашель. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД – 20 в мин.
- АД-110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 88 уд. в мин.
- Печень и селезенка не увеличены.
- Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено.
- Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Необходимым для постановки диагноза методом исследования данного больного является

- 2-3 месяца
- 7-10 дней
- 2-5 дней
- 2-3 недели

Результаты лабораторных методов обследования

ПЦР диагностика мазка из носоглотки (ОРВИ-скрин)

|===

|Наименование |Результат
|RNA Influenza virus A, B |отрицательно
|DNA Parainfluenza 1 |положительно
|DNA Parainfluenza 2,3,4 |отрицательно
|RNA Rhinovirus |отрицательно
|DNA Adenovirus |отрицательно
|DNA Respiratory syncytial virus |отрицательно
|RNA Coronavirus HKU-1, OC43 |отрицательно
|===

Посев мокроты на флору

Роста нет

Иммунный блоттинг

Иммунный блот - отрицательный

Темнопольная микроскопия

Патогенные бактерии не обнаружены

Учитывая клинико-анамнестические и лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- 2-3 месяца
- 7-10 дней
- 2-5 дней
- 2-3 недели

Диагноз

Парагрипп, средней степени тяжести

Основным синдромом поражения дыхательных путей при парагриппе является

- ларингит
- пневмония
- бронхолит
- бронхит

Частым неспецифическим осложнением при парагриппе является

- вторичная бактериальная пневмония
- надпочечниковая недостаточность
- токсический нефроз
- гнойный менингоэнцефалит

Специфическим осложнением парагриппа является

- геморрагический отек легких

- истинный круп
- ложный круп
- гнойный бронхит

Тактика ведения данного больного включает

- ведение пациента в дневном стационаре
- госпитализацию в мельцеровский бокс
- госпитализацию в инфекционное отделение
- ведение пациента в амбулаторных условиях

В лечении неосложненного парагриппа средней степени тяжести используется + _____ + терапия

- симптоматическая
- антибактериальная
- гемостатическая
- гормональная

При лечении парагриппа пациентам с сухим непродуктивным надсадным кашлем, значительно ухудшающим качество жизни пациента целесообразно назначить

- ксантины
- муколитические средства
- отхаркивающие рефлекторные препараты
- противокашлевые средства

К противокашлевым препаратам, применяемым при лечении парагриппа пациентам с сухим непродуктивным надсадным кашлем, относят

- бутамират
- амброксол
- ацетилцистеин
- бромгексина гидрохлорид

Применение антибиотиков при парагриппе показано

- при присоединении вторичной инфекции
- во всех случаях заболевания без исключения
- при наличии лихорадки свыше 38°C
- при наличии длительной ринореи

Для медикаментозной неспецифической профилактики парагриппа используют

- римантадин

- парацетамол
- ацикловир
- интерферон-альфа

Инкубационный период при парагриппе составляет до

- римантадин
- парацетамол
- ацикловир
- интерферон-альфа

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Участковый врач-терапевт прибыл на вызов к пациенту 67 лет на 2-ой день болезни.

Жалобы

на чувство нехватки воздуха, повышение температуры до 40,1°C озноб, головную боль в лобно-височных областях, головокружение, «ломоту» во всем теле, кашель с кровянистой мокротой, резкую слабость.

Анамнез заболевания

Заболел остро с появления озноба, мышечных болей, слабости, выраженной головной боли в лобно-височных и параорбитальных областях, повышения температуры тела до 38,5°C. Позже присоединились заложенность носа, першение в горле, сильный кашель, вначале сухой, «саднящий» за грудиной, затем со скудной мокротой. На 2-ой день состояние резко ухудшилось, температура тела повысилась до 40,1°C, появились боли в грудной клетке.

Анамнез жизни

- Пенсионер
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Перенесенные заболевания: ОРЗ, гипертоническая болезнь II ст., острый бронхит в октябре текущего года.
- Вредные привычки: отрицает.
- Проживает постоянно в отдельной квартире с женой и сыном.
- Эпиданамнез: 3 дня тому назад имел контакт с родственником, больным ОРЗ.
- Прививочный анамнез: Полгода назад ревакцинировался от COVID-19.

Объективный статус

- Температура тела 40,1°C. Больной беспокоен, мечется в постели, произвольное ортопноэ. Дыхание шумное, с участием вспомогательной мускулатуры.
- Кожные покровы сухие, горячие на ощупь. Резкая бледность лица, инъекция сосудов склер, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. Слизистая оболочка ротоглотки в области мягкого неба, задней стенки глотки гиперемирована, отмечается ее зернистость, в области мягкого неба геморагии.
- Периферические лимфоузлы не увеличены.

- При аускультации в легких во всех отделах множественные мелко- и среднекалиберные влажные хрипы. ЧДД – 43 в мин. SpO2 - 87% (при дыхании атмосферным воздухом). Мокрота пенистая, розового цвета.
- Тоны сердца глухие, АД- 70/40 мм.рт.ст, ЧСС –122 уд. в мин.
- Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено.
- Очаговой и менингеальной симптоматики нет. Сознание сохранено, тревожен, испытывает страх смерти.

Для постановки диагноза, необходимым методом обследования является

- римантадин
- парацетамол
- ацикловир
- интерферон-альфа

Результаты лабораторных методов обследования

ПЦР-диагностика мазков носо-и ротоглотки (ОРВИ-скрин)

Обнаружена РНК вируса _influenzae A_(H5N1)

Бактериоскопическое исследование мокроты

Микроскопическое исследование не выявило наличия патогенных микроорганизмов

Реакция связывания комплемента (РСК) на наличие антител к *Rickettsia prowazekii*

Результат отрицательный

Реакция латекс агглютинации (РЛА) на наличие антигенов *N. meningitidis*

Результат отрицательный

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- римантадин
- парацетамол
- ацикловир
- интерферон-альфа

Результаты инструментальных методов обследования

Рентгенография органов грудной клетки

Заключение: симметричные очаги сливных теней в легких, появление множественных хлопьевидных теней («снежная буря»), плевральный выпот отсутствует.

УЗИ органов брюшной полости

Печень не увеличена RDH 120 мм, контур ровный, эхоструктура однородная, Эхогенность обычная, V.porta 8 мм.

Желчный пузырь обычной формы, контур ровный, четкий, в полости пузыря без особенностей, холедох 4 мм.

Поджелудочная железа: головка 23 мм, тело 12 мм, хвост 22 мм, контур ровный

четкий, эхоструктура однородная, вирусного протока не расширен.
Селезенка площадь 29см.кв, эхоструктура однородная, V. Lienalis 5 мм.
Брюшная аорта не расширена

УЗИ почек

Правая почка: положение обычное, размеры 101*50 мм, толщина паренхимы 18 мм, кортико-медуллярная дифференцировка сохранена, полостная система не расширена.

Левая почка: положение обычное, размеры 103*52 мм, толщина паренхимы 18 мм, кортико-медуллярная дифференцировка сохранена, полостная система не расширена

Тредмил-тест

тест малоинформативен

Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- римантадин
- парацетамол
- ацикловир
- интерферон-альфа

Диагноз

Грипп, тяжелое течение. Осложнение: респираторный дистресс-синдром, инфекционно-токсический шок II ст.

К симптомам тяжелого течения гриппа с развитием ранних осложнений относят

- продуктивный кашель, диарею
- быстро нарастающую одышку с кровянистой мокротой
- иктеричность кожных покровов и слизистых
- острый кератоконъюнктивит, обильную ринорею

Патогенетическим осложнением гриппа является

- острый респираторный дистресс-синдром
- печеночно-почечная недостаточность
- сепсис
- гнойный трахеобронхит

Дифференциальную диагностику гриппа в начальный период проводят с

- паратифом А, псевдотуберкулезом, энтеровирусной инфекцией
- менингококковой инфекцией, ГЛПС, лептоспирозом
- паротитной инфекцией, инфекционным мононуклеозом, дифтерией дыхательных путей
- скарлатиной, корью, краснухой

Показанием к госпитализации при гриппе является наличие

- температуры тела выше 38°C, выраженной ринореи
- геморрагической сыпи, одышки
- выраженного диарейного синдрома, сухости слизистых
- повышенного артериального давления, головной боли

Этиотропными средствами для лечения гриппа с доказанной эффективностью являются

- имидазолилэтанамидпентандиовая кислота и ацикловир
- осельтамивир и умифеновир
- интерферон гамма и рибавирин
- тилорон и меглуминаакридонат

Патогенетическое лечение гриппа, тяжелого течения с развитием острого респираторного дистресс-синдрома включает

- парентеральную регидратационную терапию
- респираторную поддержку
- назначение иммуномодуляторов
- антибактериальную терапию

Применение антибиотиков при гриппе показано

- в случае сохранения длительного остаточного кашля
- во всех случаях заболевания без исключения
- при наличии лихорадки свыше 38,5 °C
- при присоединении вторичной инфекции

Химиопрепаратами, применяемыми для профилактики гриппа, являются

- ламивудин и зидовудин
- занамивир и тилорон
- рибавирин и ацикловир
- умифеновир и осельтамивир

Инкубационный период при гриппе составляет до

- ламивудин и зидовудин
- занамивир и тилорон
- рибавирин и ацикловир
- умифеновир и осельтамивир

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к участковому врачу пришел пациент 62-х лет на 3-ий день болезни.

Жалобы

на небольшое повышение температуры, познабливание, умеренную головную боль, першение и сухость в горле и носу, заложенность носа, скудный насморк, приступообразный сухой кашель.

Анамнез заболевания

Заболевание началось постепенно с недомогания, познабливания, небольшой головной боли, повышения температуры тела до 37,3°C, першения, сухости, жжения в ротоглотке, заложенности носа. На 2-ой день появились скудные слизистые выделения из носа и сухой кашель.

Анамнез жизни

- Пенсионер.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Перенесенные заболевания: аппендэктомия, ОРВИ, детские инфекции.
- Вредные привычки: отрицает.
- Проживает в отдельной квартире с женой, дочерью, зятем, 7-летним внуком.
- Эпиданамнез: внук на днях перенес респираторно-синцитиальную инфекцию
- Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался.

Объективный статус

- Температура тела 37,5°C. Состояние удовлетворительное.
- Кожные покровы обычной окраски, сыпи нет. Инъекция сосудов склер не выражена.
- Слизистая оболочка ротоглотки в области мягкого неба, миндалин, дужек, задней стенки глотки умеренно гиперемирована с усиленным сосудистым рисунком. Отмечается ее зернистость за счет увеличенных фолликулов по задней стенке глотки, там же стекают прозрачные слизистые выделения.

Миндалины не увеличены, налетов нет.

- Периферические лимфоузлы не увеличены
- В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин.
- АД-130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 86 уд. в мин.
- Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено.

Физиологические оправления в норме.

- Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Необходимым для постановки диагноза методом исследования данного больного является

- ламивудин и зидовудин
- занамивир и тилорон
- рибавирин и ацикловир
- умифеновир и осельтамивир

Результаты лабораторных методов обследования

ПЦР диагностика мазка из носоглотки (ОРВИ-скрин)

|=====

Наименование	Результат
RNA Influenza virus A	отрицательно
RNA Influenza virus B	отрицательно
DNA Parainfluenza 1,2	отрицательно
DNA Parainfluenza 3,4	отрицательно
RNA Rhinovirus	отрицательно
DNA Adenovirus	отрицательно
DNA Respiratory syncytial virus	положительно
RNA Coronavirus HKU-1, OC43	отрицательно

|=====

Посев крови на флору

Роста нет

Иммуноферментный анализ (ИФА) для выявления антител к герпетическим инфекциям

|=====

Наименование	Результат
Epstein-Barr virus VCA IgM	отрицательно
Epstein-Barr virus EA IgG	отрицательно
Epstein-Barr virus EBNA IgG	положительно
Cytomegalovirus IgM	отрицательно
Cytomegalovirus IgG	положительно
HHV-6, IgM	отрицательно
HHV-6, IgG	положительно

|=====

Реакция связывания комплемента (РСК)

Результат отрицательный

Какой основной диагноз?

- ламивудин и зидовудин
- занамивир и тилорон
- рибавирин и ацикловир
- умифеновир и осельтамивир

Диагноз

Респираторно-синцитиальная инфекция, назофарингит, легкой степени тяжести
Для респираторно-синцитиальной инфекции наиболее характерно развитие

- фарингита, тонзиллита
- ларингита, ложного крупа
- ринита, фарингита
- бронхита, бронхиолита

Для ранней диагностики респираторных нарушений пациентам с респираторно-синцитиальной инфекцией рекомендовано выполнение

- пульсоксиметрии
- пикфлоуметрии
- спирометрии
- тредмил-теста

Одним из осложнений респираторно-синцитиальной инфекции является

- отит
- печёчно-почечная недостаточность
- синдром Рейтера
- острый кератоконъюнктивит

Дифференциальную диагностику респираторно-синцитиальной инфекции в начальный период проводят с

- паротитной инфекцией, инфекционным мононуклеозом, дифтерией дыхательных путей
- скарлатиной, корью, краснухой
- паратифом А, псевдотуберкулезом, энтеровирусной инфекцией
- гриппом, аденовирусной инфекцией, парагриппом

Показанием к госпитализации при респираторно-синцитиальной инфекции является

- выраженный диарейный синдром
- одышка с болями в грудной клетке
- острый кератоконъюнктивит
- повышение артериального давления

Патогенетическое и симптоматическое лечение респираторно-синцитиальной инфекции средне-тяжелого течения, включает назначение

- регидратационной терапии парентерально
- сосудосуживающих препаратов интраназально
- жаропонижающих препаратов
- дезинтоксикационной терапии парентерально

Применение антибиотиков при респираторно-синцитиальной инфекции показано

- во всех случаях заболевания без исключения
- при присоединении вторичной инфекции
- при наличии лихорадки свыше 38,5°C
- в случае длительно сохраняющегося ринита

С целью улучшения отхождения мокроты при продуктивном кашле у больных с респираторно-синцитиальной инфекцией назначают

- отхаркивающие рефлекторные препараты
- противокашлевые средства периферического действия
- муколитические средства
- противокашлевые средства центрального действия

Инкубационный период при респираторно-синцитиальной инфекции составляет до

- 6 дней
- 2-х суток
- 2-х недель
- 12 часов

Неспецифической профилактической мерой при респираторно-синцитиальной инфекции служит

- 6 дней
- 2-х суток
- 2-х недель
- 12 часов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к участковому врачу прибыл пациент 25 лет на 3-й день болезни.

Жалобы

На повышение температуры до 37,3°C, общую слабость, чувство познабливания, затруднение носового дыхания, чихание, обильное серозное отделяемое из носа, першение в носоглотке, снижение обоняния.

Анамнез заболевания

Заболел остро с повышения температуры тела до 37,4°C, чувства сухости в носу и першения в носоглотке. Через несколько часов присоединились обильные серозные выделения из носа, затруднение носового дыхания. На второй день отмечено снижение обоняния.

Анамнез жизни

- Менеджер в офисе.
- Аллергоанамнез: неотягощен.
- Перенесенные заболевания: ветряная оспа, краснуха, ОРВИ.
- Вредные привычки: отрицает.
- Проживает в отдельной квартире один.

- Эпиданамнез: среди сотрудников офиса были случаи заболевания ОРЗ
- Прививочный анамнез: от гриппа привит 3.09.2017

Объективный статус

- Температура тела 37,3°C. Больной контактен, адекватен.
- Кожные покровы умеренной влажности, чистые, сыпи нет. Инъекция сосудов склер и конъюнктивы. Кожа вокруг носовых отверстий мацерирована.
- Слизистая оболочка ротоглотки в области мягкого неба, миндалин, дужек, задней стенки глотки неярко гиперемирована. Энантемы нет. Периферические лимфоузлы не увеличены.
- В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин.
- АД-120/75 мм.рт.ст, ЧСС – 80 уд. в мин.
- Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено.
- Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Необходимым для постановки диагноза методом исследования данного больного является

- 6 дней
- 2-х суток
- 2-х недель
- 12 часов

Результаты лабораторных методов обследования

ПЦР диагностика мазка из носоглотки (ОРВИ-скрин)

|===

|Наименование

|Результат

|DNA Respiratory syncytial virus |отрицательно

|RNA Influenza virus A |отрицательно

|RNA Influenza virus B |отрицательно

|DNA Parainfluenza 1,2,3,4 |отрицательно

|RNA Rhinovirus |положительно

|DNA Adenovirus |отрицательно

|RNA Coronavirus HKU-1, OC43 |отрицательно

|===

Посев мокроты на флору

Роста нет

Твердофазный хемилюминесцентный иммуноферментный анализ ("сэндвич"-метод) на суммарные иммуноглобулины E (IgE)

Результат - отрицательный

Темнопольная микроскопия

Бактерии не обнаружены

Учитывая клинико-анамнестические и лабораторные данные можно думать о диагнозе

- 6 дней
- 2-х суток
- 2-х недель
- 12 часов

Диагноз

Риновирусная инфекция, типичное течение, легкой степени тяжести

При риновирусной инфекции в первую очередь поражается

- базальная мембрана
- слизистая железа
- плоский эпителий
- цилиндрический мерцательный эпителий

Патогенетическим осложнением риновирусной инфекции является

- гайморит
- гнойный трахеобронхит
- гнойный менингит
- полиартрит

Для риновирусной инфекции характерно наличие

- анизокории
- аносмии
- дисфагии
- ксеростомии

В острый период риновирусной инфекции требуется

- амбулаторное лечение
- госпитализация в мельцеровский бокс
- лечение в дневном стационаре
- госпитализация по клиническим показаниям

Патогенетическая терапия риновирусной инфекции включает применение

- амбулаторное лечение
- госпитализация в мельцеровский бокс
- лечение в дневном стационаре
- госпитализация по клиническим показаниям

Дополнительная информация

Через неделю после первого обращения у пациента остается заложенность носа,

тяжесть в голове, вечерний субфебрилитет, выделения из носа приобрели слизисто-гнойный характер

Учитывая клинические данные, можно заподозрить развитие

- медикаментозного ринита
- локальной формы гранулематоза Вегенера
- евстахиита
- синусита

При развитии синусита показано проведение

- ольфактометрии
- ринопитограммы
- МРТ придаточных пазух носа
- эндоназальных провокационных пробх (ЭПП)

Препаратом выбора при бактериальных риносинуситах является

- пенициллин
- левофлоксацин
- амоксицилин
- гентамицин

Профилактические меры при риновирусной инфекции включают

- изоляцию больного, влажную уборку и проветривание помещений
- ограничение вентиляции помещения
- применение специфического иммуноглобулина в первый день контакта
- проведение вакцинопрофилактики контактировавшим лицам

Инкубационный период риновирусной инфекции составляет до

- изоляцию больного, влажную уборку и проветривание помещений
- ограничение вентиляции помещения
- применение специфического иммуноглобулина в первый день контакта
- проведение вакцинопрофилактики контактировавшим лицам

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К участковому врачу терапевту в поликлинике обратился пациент 22-х лет на 2-ой день болезни.

Жалобы

На заложенность носа, чиханье, слизистые и водянистые выделения из носа, покашливание и першение в горле, слезотечение.

Анамнез заболевания

Заболел остро с появления познания и чувства тяжести в голове, слабости, повышения температуры тела до 37,2°C, одновременно присоединилось заложенность носа, чиханье, обильные слизистые и водянистые выделения из носа, охриплость голоса, покашливание и першение в горле, слезотечение, снижение обоняния.

Анамнез жизни

- Студент очного отделения.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Перенесенные заболевания: детские инфекции.
- Вредные привычки: курит до одной пачки в день.
- Проживает в отдельной квартире с матерью.
- Эпиданамнез: в студенческой группе были случаи заболевания ОРЗ
- Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался.

Объективный статус

- Температура тела 37,0°C.
 - Кожные покровы чистые, сыпи нет. В области носа мацерация кожи. Инъекция сосудов склер. Конъюнктивы умеренно гиперемированы, слезотечение.
 - Слизистая оболочка ротоглотки в области мягкого неба, задней стенки глотки, небных дужек, язычка слабо гиперемирована, отечна. По задней стенке глотки стекает слизь.
 - Региональные лимфоузлы не увеличены.
 - Носовое дыхание затруднено. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.
- ЧДД – 18 в мин.
- АД-110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 76 уд. в мин.
 - Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено.
 - Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- изоляцию больного, влажную уборку и проветривание помещений
- ограничение вентиляции помещения
- применение специфического иммуноглобулина в первый день контакта
- проведение вакцинопрофилактики контактировавшим лицам

Результаты лабораторных методов обследования

ПЦР - диагностика

|===

|Наименование

|Результат

|DNA Respiratory syncytial virus |отрицательно

|RNA Influenza virus A |отрицательно
|RNA Influenza virus B |отрицательно
|DNA Parainfluenza 1,2 |отрицательно
|RNA Rhinovirus |положительно
|DNA Adenovirus |отрицательно
|RNA Coronavirus NL63, E229 |отрицательно
|===

Посев мокроты на флору

Роста нет

Реакция торможения гемагглюцинации (РТГА)

Реакция отрицательная

Реакция связывания комплемента (РСК)

Реакция отрицательная

Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные можно думать о диагнозе

- изоляцию больного, влажную уборку и проветривание помещений
- ограничение вентиляции помещения
- применение специфического иммуноглобулина в первый день контакта
- проведение вакцинопрофилактики контактировавшим лицам

Диагноз

Риновирусная инфекция, типичное течение, легкой степени тяжести

Симптомами неосложненной риновирусной инфекции являются

- заложенность носа, сухой трахеобронхит
- боли в горле, полилифаденопатия, продуктивный кашель
- ринорея, продуктивный кашель с гнойной мокротой
- ринорея, нарушение обоняния, сухой кашель

Патогенетическим осложнением риновирусной инфекции является

- эпиглоттит
- «ложный» круп
- острый синусит
- синдром Рейтера

При развитии синусита показано проведение

- ольфактометрии
- акустической импедансометрии
- МРТ придаточных пазух носа
- рентгенографии антрума

Показанием к госпитализации при риновирусной инфекции является наличие

- повышенного артериального давления, головной боли
- клиники трахеобронхита, заложенности носа
- повышения температуры тела не выше 38°C, длительная ринорея, нарушение обоняния и вкуса
- распирающей боли в области лобных, гайморовых пазух, повышение температуры выше 39 °C

Срок изоляции больного с риновирусной инфекцией составляет + _____ + дней

- 1-2
- 7-10
- 5-6
- 3-4

Патогенетическое лечение риновирусной инфекции легкого течения включает

- приём иммуномодуляторов
- парентеральную регидратационную терапию
- внутривенное введение кристаллоидных растворов
- санацию верхних дыхательных путей (носовых ходов)

Применение антибиотиков при риновирусной инфекции показано

- при наличии лихорадки свыше 38,5°C
- при присоединении вторичной инфекции
- в случае сохранения длительного остаточного кашля
- во всех случаях заболевания без исключения

Инкубационный период риновирусной инфекции составляет до

- 2-х недель
- 10-и дней
- 48 часов
- 3-х суток

Профилактические меры при риновирусной инфекции включают

- введение профилактических доз иммуноглобулина контактировавшим лицам
- изоляцию больного, влажную уборку и проветривание помещений
- ограничение вентиляции помещения
- проведение заключительной дезинфекции

Неспецифическая профилактика риновирусной инфекции включает назначение

- введение профилактических доз иммуноглобулина контактировавшим лицам
- изоляцию больного, влажную уборку и проветривание помещений
- ограничение вентиляции помещения
- проведение заключительной дезинфекции

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Участковый врач терапевт прибыл на вызов к пациенту 20-ти лет на 4-ый день болезни.

Жалобы

На повышение температуры тела, «ломоту» во всем теле, боли в горле при глотании, редкий кашель, заложенность носа, слезотечение, жжение, ощущение песка в глазах, снижение аппетита, дискомфорт в животе, послабление стула.

Анамнез заболевания

- Ухудшение состояния 3 дня назад: познабливание, повышение температуры тела до 37,3°C, заложенность носа, боли в горле при глотании, жжение, рези в области правого глаза, слезотечение. Лечился самостоятельно: жаропонижающие средства, полоскания горла с растворами антисептиков (фурациллин, хлоргексидин), промывания правого глаза раствором спитого чая.
- На день осмотра вышеперечисленные симптомы сохранялись, выросла общая слабость, отметил подъём температуры тела выше 38,0°C, «ломоту» во всем теле, возникновение влажного кашля, появление жжения, рези в области левого глаза, склеивание век правого глаза за счёт экссудата, нарушение аппетита, дискомфорт в верхних отделах живота, кашицеобразный стул без примесей 2 - 3 раза за сутки.

Анамнез жизни

- Студент дневного отделения
- Аллергоанамнез: неотягощен.
- Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ, аппендэктомия (2 года назад)
- Вредные привычки: отрицает.
- Проживает в общежитии, в комнате живут ещё 2 студента.
- Эпиданамнез: сосед по комнате неделю назад обращался к офтальмологу по поводу конъюнктивита; в студенческой группе были случаи заболевания ОРЗ
- Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался.

Объективный статус

- Температура тела 38,4°C. Больной гиподинамичен.
- Кожные покровы бледные, высыпаний нет. Лицо пастозно. Веки отёчны, кожа

век гиперемирована, гиперемия склер, конъюнктив, сужение глазных щелей, склеивание век правого глаза серозным экссудатом.

- Дыхание носом затруднено, выделения из носа слизистые, без примесей крови.
- Слизистая оболочка ротоглотки умеренно гиперемирована, задняя стенка глотки зерниста. Миндалины увеличены до II степени, рыхлые, лакуны расширены. На задней стенке глотки и миндалинах - нежные белесоватые плёнчатые налёты.
- Увеличение, умеренная болезненность подчелюстных, переднешейных и заднешейных лимфатических узлов.
- В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту.
- АД-115/70 мм.рт.ст, ЧСС – 96 уд. в мин.
- Живот мягкий, чувствительный при пальпации в верхних отделах, правой подвздошной области, перитонеальных симптомов нет, перистальтика активная. Пальпируются край печени, нижний полюс селезёнки. Мочеиспускание свободное, достаточное, моча жёлтого цвета.
- Очаговой неврологической и менингеальной симптоматики нет.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- введение профилактических доз иммуноглобулина контактировавшим лицам
- изоляцию больного, влажную уборку и проветривание помещений
- ограничение вентиляции помещения
- проведение заключительной дезинфекции

Результаты лабораторных методов обследования

ПЦР - диагностика отделяемого из ротоглотки

|===

|Наименование

|Результат

|DNA Respiratory syncytial virus |отрицательно

|RNA Influenza virus A |отрицательно

|RNA Influenza virus B |отрицательно

|DNA Parainfluenza 1,2 |отрицательно

|RNA Rhinovirus |отрицательно

|DNA Adenovirus |положительно

|RNA Coronavirus NL63, E229 |отрицательно

|RNA Coronavirus HKU-1, OC43 |отрицательно

|===

Бактериологический посев мокроты на флору

Роста нет

Бактериологическое исследование крови на стерильность

Роста нет

Реакция микроагглютинации для выявления антител к *L. interrogans*

Реакция отрицательная

Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные можно поставить диагноз

- введение профилактических доз иммуноглобулина контактировавшим лицам
- изоляцию больного, влажную уборку и проветривание помещений
- ограничение вентиляции помещения
- проведение заключительной дезинфекции

Диагноз

Аденовирусная инфекция, фарингоконъюнктивальная лихорадка, средней степени тяжести

Опорными диагностическими критериями аденовирусной инфекции являются

- воспаление слизистых оболочек ротоглотки, глаз, системное увеличение лимфатических узлов
- умеренные катаральные явления, увеличение задне-шейных лимфатических узлов, появление обильной мелкопятнистой сыпи
- охриплость или осиплость голоса, упорный сухой «лающий» кашель
- яркая разлитая гиперемия ротоглотки, мелкоочечные высыпания на коже

К дополнительным симптомам, которые иногда выявляют при аденовирусной инфекции, относят

- артриты мелких суставов, фиброзиты
- тошноту, секреторную диарею
- гиперемии кожи по типу «перчаток», «носков» и «капюшона»
- олигоанурию, геморрагический синдром

Дифференциальную диагностику аденовирусной инфекции в начальный период заболевания проводят с

- дифтерией ротоглотки, инфекционным мононуклеозом
- лептоспирозом, сыпным тифом
- корью, эпидемическим паротитом
- паратифом А, псевдотуберкулезом

Специфическим поражением глаз при аденовирусной инфекции является

- пленчатый конъюнктивит
- двустороннее кровоизлияние с 1 дня болезни

- помутнение роговицы
- иридоциклит

К наиболее частым осложнениям аденовирусной инфекции относятся

- печёчно-почечная недостаточность, гепатит
- поражения придаточных пазух носа, пневмонии, ангины
- восходящая инфекция мочевыводящих путей, пиелонефриты
- полиартриты, фиброзиты

Одним из основных показаний к госпитализации при аденовирусной инфекции является развитие

- пневмонии
- бронхита
- гастроэнтерита
- кератоконъюнктивита

Этиотропным средством для лечения аденовирусной инфекции (на ранней стадии) с доказанной эффективностью является

- умифеновир
- осельтамивир
- ремантадин
- доксициклин

Применение антибиотиков при аденовирусной инфекции показано

- при развитии ложного крупа
- при присоединении вторичной инфекции
- во всех случаях заболевания без исключения
- при выраженной гепатоспленомегалии

Химиопрепаратами, применяемыми для профилактики аденовирусной инфекции, являются

- зидовудин, ацикловир
- умифеновир, интерферон альфа интраназальный
- рибавирин, ламивудин
- энисамия йодид, зanamивир

Инкубационный период при аденовирусной инфекции составляет до

- зидовудин, ацикловир
- умифеновир, интерферон альфа интраназальный
- рибавирин, ламивудин
- энисамия йодид, зanamивир

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Участковый врач терапевт прибыл на вызов к пациенту 74 лет на 2-ой день болезни

Жалобы

на повышение температуры, озноб, сильная головная боль в лобных областях, «ломота» во всем теле, сухой кашель, першение в горле, заложенность носа.

Анамнез заболевания

Заболел остро с появления озноба, мышечных болей, слабости, выраженной головной боли в лобной и параорбитальных областях, повышения температуры тела до 38,8°C. Позже присоединилось першение в горле, заложенность носа, сухой «саднящий» за грудиной кашель

Анамнез жизни

- Пенсионер, не работает.
- Аллергоанамнез: неотягощен.
- Перенесенные заболевания: ИБС, артериальная гипертензия.
- Вредные привычки: отрицает.
- Проживает в отдельной квартире с дочерью и внуками 2-х и 6-ти лет.
- Эпиданамнез: контактировал с внуками, больными ОРЗ.
- Неспецифическую профилактику не проводил.
- Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался

Объективный статус

- Температура тела 39,2°C. Больной вял, адинамичен.
- Кожные покровы сухие, горячие на ощупь, чистые, сыпи нет. Лицо несколько гиперемировано и одутловато, инъекция сосудов склер.
- Слизистая оболочка ротоглотки в области мягкого неба, задней стенки глотки гиперемирована, отмечается ее зернистость, единичные геморрагии на небной занавеске.
- Периферические лимфоузлы не увеличены
- В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД – 22 в мин.
- АД-100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 96 уд. в мин.
- Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено.
- Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- зидовудин, ацикловир
- умифеновир, интерферон альфа интраназальный
- рибавирин, ламивудин
- энисамия йодид, занамивир

Результаты лабораторных методов обследования

ПЦР-диагностика отделяемого носоглотки

Обнаружена РНК вируса гриппа А (H5N1)

Иммунолюминесцентный метод мазков-отпечатков

При риноцитоскопии в мазках-отпечатках обнаружен антиген вируса гриппа А (H5N1)

Бактериологический посев мокроты на флору

Роста нет

Биохимический анализ крови

|===

|Наименование

|Результат

|Общий белок

|70 г/л

|Альбумин

|38 г/л

|АлАТ

|36 Ед/л

|АсАТ

|33 Ед/л

|ЩФ

|111 Ед/л

|ГГТ

|27 Ед/л

|Билирубин общий

|13.4 мкмоль/л

|Билирубин прямой

|2.6 мкмоль/л

|Глюкоза

|5,2 ммоль/л

|Мочевина

|4,8 ммоль/л

|Креатинин

|86 мкмоль/л

|Амилаза

|78 Ед/л

|===

Бактериологический посев крови на стерильность

Роста нет

Какой основной диагноз?

- зидовудин, ацикловир
- умифеновир, интерферон альфа интраназальный
- рибавирин, ламивудин
- энисамия йодид, занамивир

Диагноз

Грипп, типичное течение, средней степени тяжести

К симптомам тяжелого неосложненного течения гриппа относят

- геморрагическую сыпь и носовые кровотечения
- продуктивный кашель и диарею
- продуктивный кашель с гнойной мокротой
- иктеричность кожных покровов и слизистых

Патогенетическим осложнением гриппа является

- септическое состояние
- печёчно-почечная недостаточность
- гнойный трахеобронхит
- острый дистресс-синдром

Дифференциальную диагностику гриппа в начальный период проводят с

- скарлатиной, корью, краснухой
- паротитной инфекцией, инфекционным мононуклеозом, дифтерией дыхательных путей
- менингококковой инфекцией, ГЛПС, лептоспирозом
- паратифом А, псевдотуберкулезом, энтеровирусной инфекцией

Показанием к госпитализации при гриппе являются наличие

- температуры тела выше 38°C, выраженной ринореи
- увеличение лимфатических узлов, слабости
- одышки, боли в груди
- выраженного диарейного синдрома, першения в горле

Этиотропными средствами для лечения гриппа с доказанной эффективностью являются

- имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты, ацикловир
- интерферон гамма, рибавирин
- балоксавир, осельтамивир
- тилорон, меглумина акридоацетат

Патогенетическое лечение гриппа тяжелого течения включает

- парентеральную регидратационную терапию
- приём иммуномодуляторов
- респираторную поддержку
- внутривенное введение антибактериальных препаратов

Применение антибиотиков при гриппе показано

- в случае сохранения длительного остаточного кашля
- при присоединении вторичной инфекции
- во всех случаях заболевания без исключения
- при наличии лихорадки свыше 38,5°C

Химиопрепаратом, применяемым для профилактики гриппа, является

- комбивир
- осельтамивир
- рибавирин
- ламивудин

Осельтамивир при химиофилактике назначается по + _____ + в сутки

- 0,5г
- 150 мг
- 0,3г
- 75 мг

Протективным действием к вирусу гриппа А обладают антитела к

- 0,5г
- 150 мг
- 0,3г
- 75 мг

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 18 лет, студент, в начале учебного года обратился в студенческую поликлинику

Жалобы

На общую слабость, ухудшение аппетита, тошноту, двукратную рвоту после приема пищи, дискомфорт и ощущение "тяжести" в эпигастрии и в правом подреберье, темный цвет мочи.

Анамнез заболевания

- Пациент в течение недели амбулаторно лечился по поводу «ОРВИ» в студенческой поликлинике. Заболел остро с повышением температуры до 38,8°C, головной боли, боли в мышцах и суставах, першения в горле. На 5 день болезни температура тела нормализовалась.
- В день предполагаемой выписки на учебу, на фоне нормальной температуры, отметил ухудшение самочувствия: ухудшился аппетит, появились общая слабость, тошнота, рвота после приема пищи, дискомфорт и ощущение

"тяжести" в эпигастрии и в правом подреберье. На 5 день потемнела моча, окружающие заметили желтушность склер.

Анамнез жизни

- Студент 2 курса.
- Проживает в общежитии; в комнате 3 человека.
- Аллергоанамнез: неотягощен.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.
- Вредные привычки: отрицает.
- Парентеральный анамнез неотягощен.
- В июле - августе месяце проживал у родственников в сельской местности, купался в пруду, употреблял в большом количестве овощи и фрукты (нередко в невымытом виде). Контакты с больными гепатитом отрицает.

Объективный статус

- Температура тела 36,7°C.
- Кожа и склеры желтушны, сыпи нет.
- Язык влажный, обложен белым налетом.
- Живот мягкий, чувствителен при пальпации в правом подреберье.
- Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, мягко-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Пальпируется полюс селезенки.
- Моча темная, стул ахоличен.
- АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 60 уд. в мин.

Для постановки диагноза и определения степени тяжести заболевания необходимыми методами обследования являются

- 0,5г
- 150 мг
- 0,3г
- 75 мг

Результаты лабораторных методов обследования

Биохимический анализ крови

|===

|Наименование

|Нормы

|Результат

|Общий белок

|64 - 83 г/л

|70

|Альбумин

|32 - 50 г/л

|38

|Аланинаминотрансфераза (АлАТ)

|до 40 Ед/л

|1730

|Аспартатаминотрансфераза (АсАТ)

|до 40 Ед/л

|1310

|Щелочная фосфатаза

|до 150 Ед/л

|220

|Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)

|9-50 Ед/л

|98

|Билирубин общий

|3,0 – 17,1 мкмоль/л

|126

|Билирубин прямой

|0,0 – 3,4 мкмоль/л

|75

|Глюкоза

|3,88 – 5,83 ммоль/л

|5,2

|Мочевина

|2,5 – 8,5 ммоль/л

|4,8

|Креатинин

|53 - 115 мкмоль/л

|86

|Амилаза

|28-100 Ед/л

|78

|===

Иммуноферментный анализ крови

|===

|Показатели

|Результат

|HBs-Ag

|Отрицательный

|AntiHBcor IgM

|Отрицательный

|Anti-HAV Ig M

|Положительный

|Anti-HCV

|Отрицательный

|===

Протромбиновый индекс

74 %

Определение церулоплазмينا сыворотки крови

Церулоплазмин сыворотки крови - 0,45 г/л (норма 0,15 до 0,60 г/л.)

Определение альфа-фетопротеина

Альфа-фетопротеин– 0,7 Ме/мл (норма 0,5–5,5 Ме/мл)

ДНК-диагностика уридинфосфатглюкуронилтрансферазы

Выявлен генотип : UGT1A1 (ТА)₆/(ТА)₆ (норма)

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 0,5г
- 150 мг
- 0,3г
- 75 мг

Результаты инструментальных методов обследования

УЗИ органов брюшной полости

Печень: толщина правой доли до 131 мм, левой доли до 72 мм, контур ровный, структура паренхимы диффузна изменена, эхогенность повышена. Очаговые изменения не выявлены. Внутривнутрипеченочные желчные протоки не расширены. Холедох не расширен, до 5 мм.

Желчный пузырь: размеры – 54*15 мм, полусокращен, содержимое анэхогенное.

Селезенка: размеры 130*57 мм, контур ровный, структура паренхимы однородная, эхогенность средней степени. Очаговые изменения не выявлены.

***Заключение*:** Увеличение и умеренные диффузные изменения в паренхиме печени. Увеличение селезенки.

Сцинтиграфия печени

***Заключение*:** Определяется увеличение и нечеткость границ печени, диффузно-равномерное распределения РФП во всех отделах печени. Умеренное повышение включения РФП в селезенке.

Фиброгастроуденоскопия

***Заключение*:** Патологических изменений желудка и 12ПК не выявлено.

МРТ печени

***Заключение*:** увеличение размеров печени.

Учитывая клинико-anamnestические данные, а также лабораторные и инструментальные результаты обследования, можно думать о диагнозе

- 0,5г
- 150 мг
- 0,3г
- 75 мг

Диагноз

Острый вирусный гепатит А, желтушная форма, средней степени тяжести

Продромальный (преджелтушный) период острого вирусного гепатита А характеризуется + _____ + вариантами клинических проявлений

- артралгическим и астеновегетативным
- экзантематозным и артралгическим
- неврологическим и абдоминальным
- гриппоподобным и диспепсическим

О тяжелом течении острого вирусного гепатита А свидетельствует значение протромбинового индекса от + _____+% и ниже

- 65
- 50
- 40
- 55

Возможным исходом вирусного гепатита А является

- хронизация инфекционного процесса
- вирусоносительство
- острая печеночная энцефалопатия
- дискинезия желчевыводящих путей

Врачебная тактика в данной клинической ситуации состоит в

- лечении в дневном стационаре
- госпитализации в инфекционное отделение
- госпитализации больного с помещением в Мельцеровский бокс
- амбулаторном лечении

Терапия вирусного гепатита А предусматривает назначение

- лактулозы
- канамицина
- ламивудина
- эссенциальных фосфолипидов

Антихолестатическая терапия острого вирусного гепатита А предусматривает назначение

- L- орнитина - L- аспартата
- метадоксина
- глицирризиновой кислоты
- урсодезоксихолевой кислоты

В качестве дезинтоксикационной терапии при вирусном гепатите А средней степени тяжести используется

- плазмаферез с частичным плазмообменом

- 25% раствор альбумина
- полиионный раствор «Квартасоль»
- 5% раствор глюкозы

В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом А назначают

- иммуномодуляторы
- противовирусные препараты
- вакцинацию
- интерфероны

При отсутствии клинических признаков заболевания, контактных лиц, ранее не привитых против гепатита А и не болевших этой инфекцией, вакцинируют по эпидемическим показаниям не позднее + _____ + с момента выявления больного гепатитом А

- иммуномодуляторы
- противовирусные препараты
- вакцинацию
- интерфероны

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная С., 23 лет обратилась в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На тошноту, снижение аппетита, слабость, утомляемость, боль в эпигастрии и правом подреберье, желтушное окрашивание кожи и склер.

Анамнез заболевания

- Заболела 12 дней назад, когда отметила повышение температуры тела от 37,2 до 38,5°C, появление слабости, утомляемости, тошноты, снижения аппетита, боли в крупных и мелких суставах конечностей. Лечилась дома самостоятельно от «простуды». К врачу не обращалась.
- В последующие дни появились тошнота, ощущение «тяжести» и тупые боли в эпигастрии и правом подреберье, пропал аппетит.
- На 10-й день болезни отметила потемнение мочи. Родственники заметили желтуху, что послужило причиной обращения к врачу.

Анамнез жизни

- Работает юристом в консалтинговой компании.
- Проживает в отдельной квартире с матерью и старшим братом.
- Аллергоанамнез: неотягощен.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.
- Вредные привычки: отрицает.
- Оперативные вмешательства, аутогемотрансфузии отрицает.

• В течение 6 месяцев за пределы Москвы, МО, РФ не выезжала. Нередко обедает в общепите. Постоянно посещает маникюрный салон.

Объективный статус

- Температура тела 37°C.
- Кожа и склеры желтушны, сыпи нет.
- Язык сухой, обложен белым налетом.
- Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в правом подреберье.
- Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, мягко-эластичной консистенции, болезненна при пальпации. Пальпируется полюс селезенки.
- Моча темная, стул ахоличен.
- АД – 110 и 70 мм.рт.ст, ЧСС – 74 уд. в мин.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- иммуномодуляторы
- противовирусные препараты
- вакцинацию
- интерфероны

Результаты лабораторных методов обследования

Биохимический анализ крови

|===

|Наименование

|Нормы

|Результат

|Общий белок

|64 - 83 г/л

|68

|Альбумин

|32 - 50 г/л

|40

|Аланинаминотрансфераза (АлАТ)

|до 40 Ед/л

|2456

|Аспартатаминотрансфераза (АсАТ)

|до 40 Ед/л

|1875

|Щелочная фосфатаза

|до 150 Ед/л

|198

|Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)

|9-50 Ед/л

|108

|Билирубин общий

|3,0 – 17,1 мкмоль/л

|121

|Билирубин прямой

|0,0 – 3,4 мкмоль/л

|74

|Глюкоза

|3,88 – 5,83 ммоль/л

|5,0

|Мочевина

|2,5 – 8,5 ммоль/л

|4,2

|Креатинин

|53 - 115 мкмоль/л

|94

|Амилаза

|28-100 Ед/л

|56

|===

Иммуноферментный анализ крови

|===

|Показатели

|Результат

|HBs-Ag

|Положительный

|AntiHBcor IgM

|Положительный

|Anti-HAV Ig M

|Отрицательный

|Anti-HCV

|Отрицательный

|===

Протромбиновый индекс

74 %

Определение церулоплазмينا сыворотки крови

Церулоплазмин сыворотки крови - 0,45 г/л (норма 0,15 до 0,60 г/л.)

Бактериологический посев кала

Патогенных энтеробактерий не выделено

ДНК-диагностика уридинфосфатглюкурозилтрансферазы

Выявлен генотип : UGT1A1 (TA)₆/(TA)₆ (норма)

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- иммуномодуляторы
- противовирусные препараты
- вакцинацию
- интерфероны

Результаты инструментальных методов обследования

УЗИ органов брюшной полости

Печень: толщина правой доли до 129 мм, левой доли до 68 мм, контур ровный, структура паренхимы диффузна изменена, эхогенность повышена. Очаговые изменения не выявлены. Внутривенные желчные протоки не расширены. Холедох не расширен до 5 мм.

Желчный пузырь: размеры – 54*15 мм, полусокращен, содержимое анэхогенное.

Селезенка: размеры 130*57 мм, контур ровный, структура паренхимы однородная, эхогенность средней степени. Очаговые изменения не выявлены.

***Заключение*:** Увеличение и умеренные диффузные изменения в паренхиме печени. Увеличение селезенки.

Сцинтиграфия печени

***Заключение*:** Определяется увеличение и нечеткость границ печени, диффузно-равномерное распределения РФП во всех отделах печени. Умеренное повышение включения РФП в селезенке.

Фиброгастроуденоскопия

***Заключение*:** Патологических изменений желудка и 12ПК не выявлено.

Эластография печени

***Заключение*:** F0 — показатели плотности тканей печени меньше 6,2 кПа.

Учитывая клинико-лабораторные и инструментальные данные, пациентке можно поставить диагноз

- иммуномодуляторы
- противовирусные препараты
- вакцинацию
- интерфероны

Диагноз

Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, средней степени тяжести

Клиническим критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита является наличие

- «сосудистых звездочек» на коже
- геморрагического синдрома
- упорного кожного зуда
- увеличения размеров печени на фоне нарастающей желтухи

Наиболее значимым лабораторным критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита В является

- значительное повышение показателя сулемовой пробы
- высокий уровень содержания прямой фракции билирубина в крови
- снижение уровня содержания протромбина в крови
- повышение активности трансаминаз

Возможным осложнением вирусного гепатита В является

- гиповолемический шок
- перфорация стенки кишечника
- инфекционно-токсический шок
- острая дистрофия печени

Базисной терапией острого вирусного гепатита В средне-тяжелого течения является

- противовирусная
- дезинтоксикационная
- антибактериальная
- иммуномодулирующая

Патогенетическая терапия острого вирусного гепатита В предусматривает назначение

- ванкомицина
- эссенциальных фосфолипидов
- рибавирина
- лактулозы

В случае снижения ПТИ ниже 40% при фульминантной форме острого вирусного гепатита В дополнительно показано назначение

- урсодезоксихолевой кислоты
- энтекавира
- эссенциальных фосфолипидов
- орнитина

Показателем эффективности вакцинации является обнаружение анти-НВs в сыворотке (плазме) крови в концентрации от + _____ + мМЕ/мл и выше

- 5
- 25
- 50
- 10

За лицами, перенесшими острый вирусный гепатит В, устанавливается диспансерное наблюдение в течение _____ после выписки из стационара

- 6 недель
- 45 дней
- 12 месяцев
- 2 месяца

Вакцинации против вирусного гепатита В подлежат новорожденные

- 6 недель
- 45 дней
- 12 месяцев
- 2 месяца

Условие ситуационной задачи

Ситуация

25.09.17. участковый врач-терапевт прибыл на вызов к пациентке Н. 36 лет на 4 день болезни.

Жалобы

На отсутствие аппетита, тошноту, горечь во рту, ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, желтушное окрашивание кожи и склер.

Анамнез заболевания

- Заболела остро с появления тошноты, однократной рвоты съеденным накануне. К врачу не обращалась.
- В последующие дни тошнота сохранялась, пропал аппетит, появилась горечь во рту и ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, отмечался двукратный кашицеобразный стул.
- На 4-й день болезни окружающие заметили желтуху, что послужило причиной обращения к врачу.

Анамнез жизни

- Работает помощником воспитателя в младшей группе детского сада.
- Проживает в отдельной квартире с мужем.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, пневмония.
- Вредные привычки: отрицает. Парентеральный анамнез не отягощен.
- Указывает на погрешность в диете накануне заболевания (отмечали день рождения на работе). Окружающие на работе и дома здоровы. Отпуск во второй половине августа провела на даче в Подмосковье. Среди детей после открытия детского сада и возвращения с летних каникул отмечались единичные случаи ОРВИ.

Объективный статус

- Больная повышенного питания. Температура тела 36,5°C.
- Кожа и склеры ярко желтушны, сыпи нет.
- Язык суховат, уздечка языка иктерична.
- Живот мягкий, чувствителен при пальпации в правом подреберье. Симптом поколачивания по краю правой реберной дуги отрицательный.
- Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, мягко-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Пальпируется полюс селезенки.
- Моча темная, стула в течении последних суток не было.
- АД – 120/80мм.рт.ст, ЧСС – 72 уд. в мин.

Для постановки диагноза и оценки степени тяжести необходимыми лабораторными исследованиями являются

- 6 недель
- 45 дней
- 12 месяцев
- 2 месяца

Результаты лабораторных методов обследования

Биохимический анализ крови

|===

|Наименование

|Нормы

|Результат

|Общий белок

|64 - 83 г/л

|76

|Альбумин

|32 - 50 г/л

|35

|Аланинаминотрансфераза (АлАТ)

|до 40 Ед/л

|1580

|Аспаратаминотрансфераза (АсАТ)

|до 40 Ед/л

|1120

|Щелочная фосфатаза

|до 150 Ед/л

|325

|Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)

|9-50 Ед/л

|110

|Билирубин общий

|3,0 – 17,1 мкмоль/л

|249

|Билирубин прямой

|0,0 – 3,4 мкмоль/л

|165

|Глюкоза

|3,88 – 5,83 ммоль/л

|5,0

|Мочевина

|2,5 – 8,5 ммоль/л

|3,8

|Креатинин

|53 - 115 мкмоль/л

|96

|Амилаза

|28-100 Ед/л

|90

|===

Протромбиновый индекс

80%

Иммуноферментный анализ крови

|===

|Показатели

|Результат

|HBs-Ag

|Отрицательный

|AntiHBcor IgM

|Отрицательный

|Anti-HAV Ig M

|Положительный

|Anti-HCV

|Отрицательный

|===

Определение альфа-фетопротеина

Альфа-фетопротеин– 1.1 Ме/мл (норма 0,5–5,5 Ме/мл)

Определение церулоплазмينا сыворотки крови

Церулоплазмин сыворотки крови - 0,5 г/л (норма 0,15 до 0,60 г/л.)

Бактериологический посев кала

Патогенных энтеробактерий не выделено

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 6 недель
- 45 дней
- 12 месяцев
- 2 месяца

Результаты инструментальных методов обследования

УЗИ органов брюшной полости

Печень: толщина правой доли до 151 мм, левой доли до 92 мм, контур ровный, структура паренхимы диффузно изменена, эхогенность повышена. Очаговые изменения не выявлены. Внутрпеченочные желчные протоки не расширены. Холедох не расширен до 5 мм. Собственные сосуды печени визуализируются до периферии. Воротная вена до 12 мм.

Желчный пузырь: размеры – 54*15 мм, полусокращен. Стенки неравномерно утолщены до 5-7 мм, уплотнены. В полости пузыря визуализируется небольшое количество эхогенной желчи, не дающей акустических теней при

полипозиционном исследовании. В ложе желчного пузыря эхо признаки перепроцесса: околопузырная клетчатка ячеистой структуры до 10-12 мм. Поджелудочная железа: 30*19*21, контуры ровные, четкие, структура однородная, умеренно повышенной эхогенности. Вирсунгов проток не расширен.

Селезенка: размеры 130*57 мм, контур ровный, структура паренхимы однородная, эхогенность средней степени. Очаговые изменения не выявлены.

***Заключение*:** Увеличение размеров печени. Диффузные изменения в паренхиме печени и поджелудочной железы. Увеличение селезенки. Косвенные эхо-признаки некалькулезного холецистита без признаков обострения и деструкции. Эхо признаки перепроцесса в ложе желчного пузыря на фоне основного процесса. Ультразвуковых признаков за механический характер желтухи нет.

Эластография печени

***Заключение*:** F0 — показатели плотности тканей печени меньше 6,2 кПа.

Сцинтиграфия печени

***Заключение*:** Определяется увеличение и нечеткость границ печени, диффузно-равномерное распределения РФП во всех отделах печени. Умеренное повышение включения РФП в селезенке.

Эзофагогастродуоденоскопия

***Заключение*:** Патологических изменений желудка и 12ПК не выявлено.

Какой основной диагноз?

- 6 недель
- 45 дней
- 12 месяцев
- 2 месяца

Диагноз

Острый вирусный гепатит А, желтушная форма, средней степени тяжести

При вирусном гепатите А часто развивается

- синдром Уотерхауса - Фридериксена
- инфекционно - токсический шок
- синдром холестаза
- острая почечно-печеночная недостаточность

В случае развития холестатического варианта вирусного гепатита в динамике заболевания в биохимическом анализе крови будет наблюдаться

- гипербилирубинемия за счет непрямой фракции билирубина
- гипергаммаглобулинемия
- трансаминазно – билирубиновая диссоциация
- билирубин-трансаминазная диссоциация

Внепеченочные проявления острого вирусного гепатита А могут протекать в виде

- мезентериального лимфаденита
- острого рассеянного энцефаломиелита
- спастического гемоколита
- острого одностороннего пиелонефрита

Базисной терапией острого вирусного гепатита А лёгкого и среднетяжелого течения является

- иммуносупрессивная
- дезинтоксикационная
- противовирусная
- иммуномодулирующая

Дезинтоксикационная терапия при вирусном гепатите А средней степени тяжести предусматривает назначение

- 5% раствора глюкозы
- полиионного раствора «Квартасоль»
- 10% раствора альбумина
- 5% раствора эпислон - аминокaproновой кислоты

При ведущей роли синдрома холестаза в затяжном течении желтушного периода острого вирусного гепатита на фоне базовой терапии целесообразно использовать

- дисахарид лактулозы
- эссенциальные фосфолипиды
- урсодезоксихолевую кислоту
- L-орнитин - L-аспартат

В терапии вирусного гепатита А предусмотрено назначение

- рибавирина
- ванкомицина
- лактулозы
- эссенциальных фосфолипидов

Продолжительность инкубационного периода при вирусном гепатите А составляет до + ____ + дней

- 14
- 180

- 50
- 21

В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом А назначают

- 14
- 180
- 50
- 21

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной М. 30 лет обратился в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На слабость, вялость, общее недомогание, подташнивание, снижение аппетита, чувство «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье.

Анамнез заболевания

- Заболел около 2 недель назад, когда постепенно нарастала слабость, снижалась работоспособность, которые связывал с переутомлением на работе. Слабость, общее недомогание постепенно нарастали, около недели назад понизился аппетит, 4-5 дней назад отметил появление тяжести в эпигастрии, которую объяснял обострением гастрита. Самостоятельно принимал антацидные препараты, де-нол. К врачу не обращался.
- Несмотря на приём лекарственных средств, за 2 дня до обращения к врачу тяжесть в эпигастрии выросла, чувство «тяжести» появилось и в правом подреберье. Также появились подташнивание, исчез аппетит.
- В связи с ухудшением общего состояния обратился к врачу.

Анамнез жизни

- Работает кладовщиком на складе оргтехники.
- Проживает в отдельной квартире с супругой.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, респираторные сезонные заболевания.
- Вредные привычки: курение, изредка приём алкоголя (по «праздникам»).
- Парентеральный анамнез не отягощен.
- За два месяца до настоящего заболевания лечил зубы у стоматолога, за 1,5 месяца до заболевания делал татуировку, на работе питается в столовой.

Объективный статус

- Температура тела 36,6°C.
- Кожа и склеры обычной окраски, сыпи нет.
- Язык суховат, обложен белым налетом.
- Живот мягкий, умеренно чувствителен при пальпации в правом подреберье.
- Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, мягко-эластичной консистенции, умеренно чувствительна при пальпации. Селезенка не

пальпируется.

- Моча светлая.
- АД – 110/70 мм.рт.ст, ЧСС –65 уд. в мин.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 14
- 180
- 50
- 21

Результаты лабораторных методов обследования

Биохимический анализ крови

|===

|Наименование

|Нормы

|Результат

|Общий белок

|64 - 83 г/л

|72

|Альбумин

|32 - 50 г/л

|35

|Аланинаминотрансфераза (АлАТ)

|до 40 Ед/л

|880

|Аспаратаминотрансфераза (АсАТ)

|до 40 Ед/л

|650

|Щелочная фосфатаза

|до 150 Ед/л

|165

|Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)

|9-50 Ед/л

|112

|Билирубин общий

|3,0 – 17,1 мкмоль/л

|20,5

|Билирубин прямой

|0,0 – 3,4 мкмоль/л

|3,1

|Глюкоза

|3,88 – 5,83 ммоль/л

|5,0

|Мочевина

|2,5 – 8,5 ммоль/л

|3,8

|Креатинин

|53 - 115 мкмоль/л

|86

|Амилаза

|28-100 Ед/л

|60

|===

Иммуноферментный анализ крови

|===

|Показатели

|Результат

|HBs-Ag

|Отрицательный

|AntiHBcor IgM

|Отрицательный

|Anti-HAV Ig M

|Отрицательный

|Anti-HCV

|Положительный

|===

Протромбиновый индекс

85 %

Определение альфа-1-антитрипсина сыворотки крови

Альфа-1-антитрипсина сыворотки крови - 1100 мг/л (норма - 900-2000 мг/л)

Определение альфа-фетопротеина

Альфа-фетопротеин – 0,9 Ме/мл (норма 0,5–5,5 Ме/мл)

Определение церулоплазмينا сыворотки крови

Церулоплазмин сыворотки крови - 0,40 г/л (норма 0,15 до 0,60 г/л.)

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 14
- 180
- 50
- 21

Результаты инструментальных методов обследования

УЗИ органов брюшной полости

Печень: толщина правой доли до 140 мм, левой доли до 75 мм, контур ровный, структура паренхимы диффузна изменена, эхогенность повышена. Очаговые изменения не выявлены. Внутривнутрипеченочные желчные протоки не расширены. Холедох не расширен до 5 мм.

Желчный пузырь: размеры – 53*14 мм, полусокращен, содержимое

анэхогенное.

Селезенка: размеры 110*55 мм, контур ровный, структура паренхимы однородная, эхогенность средней степени. Очаговые изменения не выявлены.

***Заключение*:** Увеличение и умеренные диффузные изменения в паренхиме печени.

Сцинтиграфия печени

***Заключение*:** Определяется увеличение и нечеткость границ печени, диффузно-равномерное распределения РФП во всех отделах печени. Умеренное повышение включения РФП в селезенке.

Эзофагогастродуоденоскопия

***Заключение*:** Патологических изменений желудка и 12ПК не выявлено.

Ретроградная холангиопанкреатография

***Заключение*:** данных за поражение поджелудочной железы нет. Камней в протоке поджелудочной железы не обнаружено

На основании клинико-anamnestических, лабораторных и инструментальных данных можно думать о диагнозе

- 14
- 180
- 50
- 21

Диагноз

Вирусный гепатит С безжелтушная форма лёгкой степени тяжести

Хронический вирусный гепатит С безжелтушная форма тяжелого течения

Синдром Дабина-Джонсона

Острый калькулёзный холецистопанкреатит

Достоверно подтверждает диагноз «вирусный гепатит С» обнаружение

- Core Ag HCV
- DNA-HBV
- DNA-HCV
- Anti-HBcor Ig M

В гемограмме при вирусном гепатите С наблюдается тенденция к

- агранулоцитозу
- нейтрофилезу
- лейкоцитозу[(1)]
- лейкопении

Наиболее вероятным исходом безжелтушной формы острого вирусного гепатита С является

- развитие острой почечной недостаточности
- развитие фульминантной формы с исходом в кому
- формирование хронического вирусного гепатита С
- выздоровление

Клинические проявления вирусного гепатита С связаны с развитием

- аутоиммунного генерализованного эндотромбоваскулита
- серозно-геморрагического воспаления внутрипеченочных желчных протоков
- прямого цитопатического действия на гепатоциты
- гранулематозного воспаления в паренхиме печени

Симптоматическая терапия острого вирусного гепатита С включает назначение

- глюкокортикостероидов
- индукторов интерферонов
- спазмолитиков
- гепатопротекторов

Противовирусная терапия может быть отложена не более, чем на + _____ + недель

- 4
- 16
- 12
- 5

Эффективность противовирусного лечения гепатита С оценивается по

- исчезновению RNA HCV
- исчезновению anti-HCV IgM
- появлению anti-HCV core
- нарастанию anti-HCV IgG в 4 раза

В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом С контактными лицам проводят

- противовирусное курсовое лечение
- вакцинацию

- лабораторное обследование
- иммуномодуляцию

С целью предотвращения инфицирования вирусным гепатитом С для контактных лиц проводят

- противовирусное курсовое лечение
- вакцинацию
- лабораторное обследование
- иммуномодуляцию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной С. 43 лет обратился в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

на снижение работоспособности, чувство недомогания, повышенную утомляемость, снижение аппетита, тошноту, ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, желтушное окрашивание кожи и склер.

Анамнез заболевания

* Заболел неделю назад с появления повышенной утомляемости, недомогания, снижения аппетита, ощущение «тяжести» в эпигастрии. Данное состояние сохранялось в течение 3-4 дней. Лечился дома самостоятельно, принимал но-шпу, мезим, соблюдал диету. К врачу не обращался.

* В последующие дни появились дискомфорт и чувство распирания в правом подреберье, тошнота, отметил отсутствие аппетита.

* На 7-й день болезни заметил потемнение мочи, желтушность склер, что послужило причиной обращения к врачу.

Анамнез жизни

* Работает главным специалистом по защите информации.

* Проживает в отдельной квартире с женой и дочерью 16 лет.

* Аллергоанамнез: не отягощен.

* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. Острый вирусный гепатит В (2 года назад).

* Вредные привычки: отрицает.

* Парентеральный анамнез: удаление зуба 2 месяца назад.

* Три недели назад вернулся из Тайланда, где находился в течение 10 дней. Жил в отеле, пробовал местную пищу в уличных кафе

* После перенесенного 2 года назад ОВГВ, к врачам не обращался, диспансерное наблюдение не проходил.

Объективный статус

- Температура тела 36,7°C.
- Кожа и склеры неярко желтушны, чистые, загорелые.
- Язык влажный, скудно обложен белым налетом.

- Живот мягкий, чувствителен при пальпации в правом подреберье.
- Печень выступает из-под края реберной дуги на 2см, плотно-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Селезенка не пальпируется.
- Моча темная, стул осветлен.
- АД – 120/70 мм.рт.ст, ЧСС – 68 уд. в мин.

Для постановки диагноза и оценки степени тяжести необходимыми методами обследования являются

- противовирусное курсовое лечение
- вакцинацию
- лабораторное обследование
- иммуномодуляцию

Результаты лабораторных методов обследования

Биохимический анализ крови

|===

|Наименование

|Нормы

|Результат

|Общий белок

|64 - 83 г/л

|61

|Альбумин

|32 - 50 г/л

|32

|Аланинаминотрансфераза (АлАТ)

|до 40 Ед/л

|793

|Аспартатаминотрансфераза (АсАТ)

|до 40 Ед/л

|627

|Щелочная фосфатаза

|до 150 Ед/л

|174

|Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)

|9-50 Ед/л

|98

|Билирубин общий

|3,0 – 17,1 мкмоль/л

|81

|Билирубин прямой

|0,0 – 3,4 мкмоль/л

|56,4

|Глюкоза

|3,88 – 5,83 ммоль/л

|4,3
|Мочевина
|2,5 – 8,5 ммоль/л
|3,3
|Креатинин
|53 - 115 мкмоль/л
|76
|Амилаза
|28-100 Ед/л
|96
|===

Иммуноферментный анализ крови

|===
|Показатели |Результат
|HBs-Ag |Положительно
|AntiHBcor IgM |Положительно
|AntiHBcor IgG |Положительно
|HBeAg |Положительно
|Anti-HAV Ig M |Отрицательно
|Anti-HCV |Отрицательно
|===

Протромбиновый индекс

72 %

Определение церулоплазмينا сыворотки крови

Церулоплазмин сыворотки крови - 0,5 г/л (норма 0,15 до 0,60 г/л.)

Определение АТ anti-ANA, anti-AMA

Результат отрицательный

Определение ферритина, трансферрина, ЖСС

Ферритин – 135 мкг/л (норма 20 - 250 мкг/л). +

Трансферрин – 2,5 г/л (норма 2,0–4,0 г/л) +

ЖСС – 30 мкмоль/л (норма ЖСС - 20–62 мкмоль/л).

Инструментальным методом исследования для уточнения диагноза является

- противовирусное курсовое лечение
- вакцинацию
- лабораторное обследование
- иммуномодуляцию

Результаты инструментальных методов обследования

УЗИ органов брюшной полости

Печень: толщина правой доли до 127 мм, левой доли до 72 мм, контур ровный, структура паренхимы диффузна изменена, эхогенность несколько повышена. Очаговые изменения не выявлены. Внутрпеченочные желчные протоки не расширены. Холедох не расширен. Воротная вена -12 мм, селезеночная вена -6

мм.

Желчный пузырь: размеры – 54*14 мм, полусокращен, толщина стенки – не утолщена, содержимое просвета анэхогенное.

Селезенка: размеры 110*43 мм, контур ровный, структура паренхимы однородная, эхогенность средней степени. Очаговые изменения не выявлены.

***Заключение*:** Увеличение и умеренные диффузные изменения в паренхиме печени.

КТ органов брюшной полости с контрастом

***Заключение*:** увеличение печени и селезенки.

Обзорный рентген органов брюшной полости

***Заключение*:** Увеличение печени

Фиброгастродуоденоскопия

***Заключение*:** Эндоскопические признаки хронического гастродуоденита.

Дуадено-гастральный рефлюкс. Недостаточность кардии.

Учитывая данные клинико-лабораторного и инструментального обследования, можно думать о диагнозе

- противовирусное курсовое лечение
- вакцинацию
- лабораторное обследование
- иммуномодуляцию

Диагноз

Хронический вирусный гепатит В (HBe-положительный), в стадии обострения, желтушная форма, средней степени тяжести

Острый вирусный гепатит В , желтушная форма, средней степени тяжести

Генерализованный иерсиниоз, иерсиниозный гепатит, желтушная форма, средней степени тяжести

Желчекаменная болезнь. Острый калькулезный холецистит

Иммуноактивная стадия хронического вирусного гепатита В сопровождается наличием

- анти-HBe
- анти-HBs
- HBe-Ag
- HDV-Ag

Длительность течения иммунореактивной фазы хронического гепатита В коррелирует с риском развития

- фульминантного гепатита

- цирроза печени
- желчекаменной болезни
- аутоиммунной криоглобулинемии

Для уточнения фазы течения хронического вирусного гепатита В необходимо провести

- количественное определение ДНК ВГВ
- исследование на антитела к митохондриям, IgG+A+M
- качественное определение ДНК ВГВ
- определение анти-НВс_{ог} IgG

При обострении хронического вирусного гепатита В целесообразно назначить + _____ + терапию

- гормональную
- гепатопротекторную
- антибактериальную
- дезинтоксикационную

Противовирусное лечение хронического вирусного гепатита В предусматривает назначение

- ингибиторов фузии
- ингибиторов протеаз
- аналогов нуклеозидов
- ненуклеозидных аналогов

К препаратам для лечения хронического вирусного гепатита В относят

- фавипиравир
- ламивудин
- балаксовир
- рибавирин

Контроль вирусологического ответа на противовирусную терапию ламивудином проводится 1 раз в + _____ + месяца(-ев)

- 9
- 6
- 3
- 1,5

Наличие резистентности на противовирусную терапию подтверждают по

- наличие HBs-Ag
- наличие антимитохондриальных антител
- уровню ДНК HBV
- значениям АСТ и АЛТ

Для специфической профилактики вирусного гепатита В в настоящее время используют

- наличие HBs-Ag
- наличие антимитохондриальных антител
- уровню ДНК HBV
- значениям АСТ и АЛТ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной М. 26 лет обратился в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На слабость, повышение температуры до 37,4°C, тошноту, снижение аппетита, рвоту после еды, «тяжесть» в эпигастрии и дискомфорт в правом подреберье, потемнение мочи, желтушное окрашивание склер.

Анамнез заболевания

- Заболел остро с повышения температуры до 37,5°C, головной боли, ломоты в мышцах и суставах. Раздражали запахи пищи, отмечал тошноту. Высокая лихорадка до 38,5°C сохранялась в течении первых 3-х дней. Лечился дома, самостоятельно принимал сорбенты и жаропонижающие препараты. К врачу не обращался.
- В последующие дни появились рвота после еды и послабление стула до 3 раз в сутки, ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, пропал аппетит.
- На 5-й день болезни отметил потемнение мочи. Окружающие заметили желтуху, что послужило причиной обращения к врачу.

Анамнез жизни

- Журналист
- Проживает в отдельной квартире с семьей.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, вирусный гепатит А.
- Вредные привычки: отрицает.
- Парентеральный анамнез не отягощен.
- Последняя командировка была в Таджикистан за 16 дней до начала заболевания.

Объективный статус

- Температура тела 37,8°C.

- Кожа и склеры желтушны, сыпи нет.
- Язык сухой, обложен белым налетом.
- Живот мягкий, чувствителен при пальпации в правом подреберье.
- Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, мягко-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Пальпируется полюс селезенки.
- Моча темная, стул ахоличен.
- АД – 110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 72 уд. в мин.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- наличие HBs-Ag
- наличие антимитохондриальных антител
- уровню ДНК HBV
- значениям АСТ и АЛТ

Результаты лабораторных методов обследования

Биохимический анализ крови

|===

|Наименование

|Нормы

|Результат

|Общий белок

|64 - 83 г/л

|69

|Альбумин

|32 - 50 г/л

|36

|Аланинаминотрансфераза (АлАТ)

|до 40 Ед/л

|1870

|Аспаратаминотрансфераза (АсАТ)

|до 40 Ед/л

|1998

|Щелочная фосфатаза

|до 150 Ед/л

|130

|Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)

|9-50 Ед/л

|39

|Билирубин общий

|3,0 – 17,1 мкмоль/л

|189

|Билирубин прямой

|0,0 – 3,4 мкмоль/л

|98

|Глюкоза
|3,88 – 5,83 ммоль/л
|5,0
|Мочевина
|2,5 – 8,5 ммоль/л
|5,2
|Креатинин
|53 - 115 мкмоль/л
|98
|Амилаза
|28-100 Ед/л
|68
|===

Иммуноферментный анализ крови

|===
|Показатели
|Результат
|HBs-Ag
|Отрицательный
|AntiHBs cor IgM
|Отрицательный
|Anti-HAV Ig M
|Отрицательный
|Anti-HCV
|Отрицательный
|Anti-HEV Ig M
|Положительный
|===

Протромбиновый индекс

76%

Определение церулоплазмينا сыворотки крови

Церулоплазмин сыворотки крови - 0,45 г/л (норма 0,15 до 0,60 г/л.)

Бактериологический посев кала

Патогенных энтеробактерий не выделено

ДНК-диагностика уридинфосфатглюкуронилтрансферазы

Выявлен генотип : UGT1A1 (TA)6/(TA)6 (норма)

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- наличию HBs-Ag
- наличию антимитохондриальных антител
- уровню ДНК HBV
- значениям АСТ и АЛТ

Результаты инструментальных методов обследования

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Печень: толщина правой доли до 131 мм, левой доли до 72 мм, контур ровный, структура паренхимы диффузна изменена, эхогенность повышена. Очаговые изменения не выявлены. Внутривенные желчные протоки не расширены. Холедох не расширен до 5 мм.

Желчный пузырь: размеры – 54*15 мм, полусокращен, содержимое анэхогенное.

Селезенка: размеры 130*57 мм, контур ровный, структура паренхимы однородная, эхогенность средней степени. Очаговые изменения не выявлены.

***Заключение*:** Увеличение и умеренные диффузные изменения в паренхиме печени. Увеличение селезенки.

Сцинтиграфия печени

Заключение: Определяется увеличение и нечеткость границ печени, диффузно-равномерное распределения РФП во всех отделах печени. Умеренное повышение включения РФП в селезенке.

Эзофагодуоденоскопия

Заключение: Патологических изменений желудка и 12ПК не выявлено.

Эластография печени

Заключение: F0 — показатели плотности тканей печени меньше 6,2 кПа

Учитывая клинико-anamnestические данные, а также результаты лабораторного и инструментального обследований, можно думать о диагнозе

- наличие HBs-Ag
- наличие антимитохондриальных антител
- уровень ДНК HBV
- значениям АСТ и АЛТ

Диагноз

Вирусный гепатит E, желтушная форма, средней степени тяжести

Острый вирусный гепатит C, желтушная форма, средней степени тяжести

Синдром Жильбера

ЖКБ. Острый калькулезный холецистит

Клиническим критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита является наличие

- «сосудистых звездочек» на коже
- увеличения размеров печени на фоне нарастающей желтухи
- геморрагического синдрома
- пальмарной эритемы

К внепеченочным проявлениям при вирусном гепатите E относят поражения

- опорно-двигательного аппарата
- сердечно-сосудистой системы
- дыхательной системы
- моче-выделительной системы

К внепеченочным проявлениям с поражением нервной системы при остром вирусном гепатите E относят синдром

- Зудека
- Гийена-Барре
- Куленкампфа — Тарнова
- Альперса

Высокая летальность при остром ВГ E регистрируется у

- женщин на ранних сроках беременности
- беременных женщин в III триместре
- пациентов с синдромом Жильбера
- мужчин в возрасте до 25 лет

Базисной терапией вирусного гепатита E является

- противовирусная
- антибактериальная
- дезинтоксикационная
- иммуномодулирующая

Базисная терапия вирусного гепатита E предусматривает назначение

- ванкомицина
- рибавирина
- лактулозы
- эссенциальных фосфолипидов

При лечении вирусного гепатита E с холестатическим синдромом используют

- рибавирин
- эссенциальные фосфолипиды
- орнитин
- урсодезоксихолевую кислоту

При развитии геморрагического синдрома показано использование

- гипоаммониемических препаратов
- препаратов желчных кислот
- антикоагулянтов прямого действия
- ингибиторов протеаз

В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом E назначают

- гипоаммониемических препаратов
- препаратов желчных кислот
- антикоагулянтов прямого действия
- ингибиторов протеаз

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной М. 26 лет обратился в поликлинику по месту жительства 22.08.2017г.

Жалобы

На слабость, повышение температуры до 37,4°C, тошноту, снижение аппетита, рвоту после еды, «тяжесть» в эпигастрии и дискомфорт в правом подреберье, потемнение мочи, желтушное окрашивание склер.

Анамнез заболевания

- Заболел остро с повышением температуры до 38,5°C, головной боли, боли в мышцах и суставах. Высокая лихорадка (38,5°C- 39,0°C) сохранялась в течении первых 3-х дней. Лечился дома самостоятельно от «простуды». К врачу не обращался.
- В последующие дни появились тошнота, ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, пропал аппетит.
- На 6-й день болезни отметил потемнение мочи. Окружающие заметили желтуху, что послужило причиной обращения к врачу.

Анамнез жизни

- Работает менеджером-консультантом в торговом зале.
- Проживает в отдельной квартире с родителями.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.
- Вредные привычки: отрицает.
- Парентеральный анамнез не отягощен.
- За полтора месяца до настоящего заболевания выезжал на отдых в Краснодарский край (проживал в частном секторе), пользовался услугами общепита.

Объективный статус

- Температура тела 36,5°C.
- Кожа и склеры желтушны, сыпи нет.

- Язык сухой, обложен белым налетом.
- Живот мягкий, чувствителен при пальпации в правом подреберье.
- Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, мягко-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Пальпируется полюс селезенки.
- Моча темная, стул ахоличен.
- АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 60 уд. в мин.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- гипоаммониемических препаратов
- препаратов желчных кислот
- антикоагулянтов прямого действия
- ингибиторов протеаз

Результаты лабораторных методов обследования

Биохимический анализ крови

|===

|Наименование

|Нормы

|Результат

|Общий белок

|64 - 83 г/л

|72

|Альбумин

|32 - 50 г/л

|35

|Аланинаминотрансфераза (АлАТ)

|до 40 Ед/л

|1680

|Аспартатаминотрансфераза (АсАТ)

|до 40 Ед/л

|1295

|Щелочная фосфатаза

|до 150 Ед/л

|225

|Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)

|9-50 Ед/л

|112

|Билирубин общий

|3,0 – 17,1 мкмоль/л

|110,4

|Билирубин прямой

|0,0 – 3,4 мкмоль/л

|86,4

|Глюкоза

|3,88 – 5,83 ммоль/л

|5,0

|Мочевина

|2,5 – 8,5 ммоль/л

|3,8

|Креатинин

|53 - 115 мкмоль/л

|86

|Амилаза

|28-100 Ед/л

|60

|===

Иммуноферментный анализ крови

|===

|Показатели

|Результат

|HBs-Ag

|Отрицательный

|AntiHBcor IgM

|Отрицательный

|Anti-HAV Ig M

|Положительный

|Anti-HCV

|Отрицательный

|===

Протромбиновый индекс

78%

Определение церулоплазмينا сыворотки крови

Церулоплазмин сыворотки крови - 0,45 г/л (норма 0,15 до 0,60 г/л.)

Определение альфа-фетопротеина

Альфа-фетопротеин– 0,7 Ме/мл (норма 0,5–5,5 Ме/мл)

ДНК-диагностика уридинфосфатглюкуронилтрансферазы

Выявлен генотип : UGT1A1 (ТА)6/(ТА)6 (норма)

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- гипоаммониемических препаратов
- препаратов желчных кислот
- антикоагулянтов прямого действия
- ингибиторов протеаз

Результаты инструментальных методов обследования

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Печень: толщина правой доли до 131 мм, левой доли до 72 мм, контур ровный, структура паренхимы диффузна изменена, эхогенность повышена. Очаговые

изменения не выявлены. Внутривенечные желчные протоки не расширены. Холедох не расширен до 5 мм.

Желчный пузырь: размеры – 54*15 мм, полусокращен, содержимое анэхогенное.

Селезенка: размеры 130*57 мм, контур ровный, структура паренхимы однородная, эхогенность средней степени. Очаговые изменения не выявлены.

***Заключение*:** Увеличение и умеренные диффузные изменения в паренхиме печени. Увеличение селезенки.

Сцинтиграфия печени

Заключение: Определяется увеличение и нечеткость границ печени, диффузно-равномерное распределения РФП во всех отделах печени. Умеренное повышение включения РФП в селезенке.

Эзофагодуоденоскопия

Заключение: Патологических изменений желудка и 12ПК не выявлено.

Эластография печени

Заключение: F0 — показатели плотности тканей печени меньше 6,2 кПа

Учитывая клинико-анамнестические, лабораторные и инструментальные данные обследования, можно думать о диагнозе

- гипоаммониемических препаратов
- препаратов желчных кислот
- антикоагулянтов прямого действия
- ингибиторов протеаз

Диагноз

Вирусный гепатит А, желтушная форма, средней степени тяжести

Клиническим критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита является наличие

- пальмарной эритемы
- геморрагического синдрома
- «сосудистых звездочек» на коже
- увеличения размеров печени на фоне нарастающей желтухи

Наиболее значимым лабораторным критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита А является

- высокий уровень содержания прямой фракции билирубина в крови
- трансaminaзно-билирубиновая диссоциация
- снижение уровня содержания протромбина в крови
- повышение активности трансаминаз

Возможным осложнением вирусного гепатита А является

- острая печеночная энцефалопатия
- гиповолемический шок

- перфорация стенки кишечника
- инфекционно-токсический шок

Базисной терапией вирусного гепатита А является

- противовирусная
- антибактериальная
- дезинтоксикационная
- иммуномодулирующая

С целью дезинтоксикации больным среднетяжелой формой вирусного гепатита А назначают

- эссенциальные фосфолипиды
- энтеросорбенты
- низкорезорбтивные антибиотики
- аминокислоты

Базисная терапия вирусного гепатита А предусматривает назначение

- эссенциальных фосфолипидов
- лактулозы
- ванкомицина
- рибавирина

При лечении вирусного гепатита А с холестатическим синдромом используют

- урсодезоксихолевую кислоту
- орнитин
- рибавирин
- эссенциальные фосфолипиды

В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом А назначают

- иммуномодуляторы
- вакцинацию
- противовирусные препараты
- интерфероны

Пациенты, перенесшие острый вирусный гепатит А подлежат диспансеризации в течение _____ месяцев

- иммуномодуляторы
- вакцинацию
- противовирусные препараты
- интерфероны

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К. 36 лет обратился в поликлинику по месту жительства 05.12.2017г.

Жалобы

Быструю утомляемость, дискомфорт в правом подреберье.

Анамнез заболевания

- Болен в течение месяца. Точно дату начала заболевания указать не может. Связывал свое состояние с нерегулярным питанием и ненормированным графиком работы. Температуру не измерял. Лекарства никакие не принимал. К врачу ранее не обращался.
- Аппетит несколько снижен. Тошноты, рвоты не было.

Анамнез жизни

- Работает курьером.
- Проживает в отдельной квартире, не женат.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ.
- Вредные привычки: курит в течение 5 лет.
- 6 месяцев назад делал татуировки на плечах.
- Из Москвы не выезжал, пользовался услугами общепита.

Объективный статус

- Температура тела 36,5°C.
- Кожа и склеры нормальной окраски, сыпи нет.
- Язык сухой, слегка обложен белым налетом.
- Живот мягкий, безболезненный
- Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, мягко-эластичной консистенции, безболезненна. Селезенка не пальпируется.
- Моча ярко желтого цвета, стул нормальной окраски, оформленный.
- АД – 120/80 мм.рт.ст, ЧСС – 72 уд. в мин.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- иммуномодуляторы
- вакцинацию
- противовирусные препараты
- интерфероны

Результаты лабораторных методов обследования

Биохимический анализ крови

|===

|Наименование

|Нормы

|Результат

|Общий белок
|64 - 83 г/л
|78
|Альбумин
|32 - 50 г/л
|36
|Аланинаминотрансфераза (АлАТ)
|до 40 Ед/л
|580
|Аспартатаминотрансфераза (АсАТ)
|до 40 Ед/л
|335
|Щелочная фосфатаза
|до 150 Ед/л
|120
|Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)
|9-50 Ед/л
|82
|Билирубин общий
|3,0 – 17,1 мкмоль/л
|17,4
|Билирубин прямой
|0,0 – 3,4 мкмоль/л
|3,4
|Глюкоза
|3,88 – 5,83 ммоль/л
|4,5
|Мочевина
|2,5 – 8,5 ммоль/л
|4,8
|Креатинин
|53 - 115 мкмоль/л
|86
|Амилаза
|28-100 Ед/л
|78
|===

Иммуноферментный анализ крови

|===
|Показатели
|Результат
|HBs-Ag
|Отрицательный
|AntiHBcor IgM
|Отрицательный

|Anti-HAV Ig M
|Отрицательный
|Anti-HCV
|Положительный
|===

Протромбиновый индекс

82%

Определение церулоплазмينا сыворотки крови

Церулоплазмин сыворотки крови - 0,55 г/л (норма 0,15 до 0,60 г/л.)

Бактериологический посев крови на стерильность

Роста нет

ДНК-диагностика уридинфосфатглюкуронилтрансферазы

Выявлен генотип : UGT1A1 (ТА)6/(ТА)6 (норма)

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- иммуномодуляторы
- вакцинацию
- противовирусные препараты
- интерфероны

Результаты инструментальных методов обследования

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Печень: толщина правой доли до 121 мм, левой доли до 62 мм, контур ровный, структура паренхимы диффузна изменена. Очаговые изменения не выявлены. Внутривенечные желчные протоки не расширены. Холедох не расширен до 5 мм.

Желчный пузырь: размеры – 54*15 мм, полусокращен, содержимое анэхогенное.

Селезенка: размеры 80*57 мм, контур ровный, структура паренхимы однородная, эхогенность средней степени. Очаговые изменения не выявлены.

***Заключение*:** Увеличение и умеренные диффузные изменения в паренхиме печени.

Сцинтиграфия печени

Заключение: Определяется увеличение и нечеткость границ печени, диффузно-равномерное распределения РФП во всех отделах печени. Умеренное повышение включения РФП в селезенке.

Эзофагодуоденоскопия

Заключение: Патологических изменений желудка и 12ПК не выявлено.

Эластография печени

Заключение: F0 — показатели плотности тканей печени меньше 6,2 кПа

Какой основной диагноз?

- иммуномодуляторы
- вакцинацию
- противовирусные препараты

- интерфероны

Диагноз

**Острый вирусный гепатит С, безжелтушная форма, средней степени тяжести
Для дожелтушного (начального) периода острого вирусного гепатита С
характерно преобладание + _____ + синдрома**

- гриппоподобного
- аратралгического
- экзантематозного
- астеновегетативного

Для острого вирусного гепатита С характерно

- фульминантное течение с развитием острой печеночной энцефалопатии
- тяжелое течение с выраженным холестатическим синдромом
- длительное волнообразное течение с ярко выраженными периодами обострений
- легкое течение с быстрой нормализацией всех биохимических показателей

Наиболее частым исходом при естественном течении острого ВГС является

- выздоровление
- подострая дистрофия печени
- хронизация
- дискинезия желчевыводящих путей

Противовирусная терапия больным с острым ВГС, в случае отсутствия спонтанного выздоровления должны быть начата не позднее + ____ + недель

- 2
- 24
- 12
- 4

Базисная терапия острого вирусного гепатита С предусматривает назначение

- ламивудина
- эссенциальных фосфолипидов
- лактулозы
- клиндамицина

Патогенетическая терапия острого вирусного гепатита С включает назначение

- глюкокортикостероидов

- гепатопротекторов
- растворов декстрозы
- индукторов интерферонов

Диспансерное наблюдение за больными перенесшими острый вирусный гепатит С осуществляется 1 раз в

- 6 месяцев
- 8 недель
- 9 месяцев
- 4 недели

Максимальный инкубационный период при остром вирусном гепатите С длится до

- 6 месяцев
- 4 недель
- 1 года
- 21 дней

С целью предотвращения инфицирования вирусным гепатитом С для контактных лиц проводят

- 6 месяцев
- 4 недель
- 1 года
- 21 дней

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной М. 25 лет обратился в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На лихорадку до 38,5°C, отсутствие аппетита, тошноту, рвоту до 2-3 раз в день, поверхностный сон, головную боль, боли в суставах, боли в правом подреберье, темную мочу, желтушность склер.

Анамнез заболевания

- Заболел остро 4 дня назад, когда температура тела повысилась до 38,5-39°C, снизился аппетит, появились тошнота, боли в крупных суставах, тяжесть в правом подреберье. Лечился дома самостоятельно, принимал жаропонижающие. К врачу не обращался.
- В последующие дни пропал аппетит, появились рвота до 2-3 раз в день, боли давящего характера в правом подреберье, поверхностный сон.
- На 3-й день болезни отметил потемнение мочи и желтушность склер, геморрагические элементы сыпи на коже.

- В связи с отсутствием эффекта от лечения в домашних условиях и ухудшением общего состояния обратился к врачу.

Анамнез жизни

- Работает курьером в интернет-магазине.
- Проживает в отдельной квартире один.
- Аллергоанамнез: неотягощен.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, аппендэктомия, со слов больного около 2-х лет назад перенес гепатиты В и Д, лечился в стационаре, на учете у врача инфекциониста не состоит.
- Вредные привычки: курит, злоупотребляет алкоголем (преимущественно пиво, водку), периодически принимает в/венно наркотики.
- Парентеральный анамнез: в/венно наркотики в течение 7 лет, беспорядочные половые связи.

Объективный статус

- Температура тела 38,3°C.
- Кожа и склеры желтушны, единичные геморрагии на туловище и верхних конечностях.
- Язык сухой, обложен бурым налетом.
- Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в эпигастрии и правом подреберье.
- Печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги, болезненная при пальпации, плотноватой консистенции, край заострен. Пальпируется полюс селезенки.
- Моча темная, стул задержан 2 дня.
- АД – 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 92 уд. в мин.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 6 месяцев
- 4 недель
- 1 года
- 21 дней

Результаты лабораторных методов обследования

Биохимический анализ крови

|===

|Наименование

|Нормы

|Результат

|Общий белок

|64 - 83 г/л

|68

|Альбумин

|32 - 50 г/л

|30
|Аланинаминотрансфераза (АлАТ)
|до 40 Ед/л
|3545
|Аспаратаминотрансфераза (АсАТ)
|до 40 Ед/л
|3992
|Щелочная фосфатаза
|до 150 Ед/л
|146
|Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)
|9-50 Ед/л
|67
|Билирубин общий
|3,0 – 17,1 мкмоль/л
|190
|Билирубин прямой
|0,0 – 3,4 мкмоль/л
|100
|Глюкоза
|3,88 – 5,83 ммоль/л
|4,7
|Мочевина
|2,5 – 8,5 ммоль/л
|5,6
|Креатинин
|53 - 115 мкмоль/л
|108
|Амилаза
|28-100 Ед/л
|120
|===

Иммуноферментный анализ крови

|===
|Показатели
|Результат
|HBs-Ag
|Положительный
|AntiHBcor IgM
|Отрицательный
|Anti-HAV Ig M
|Отрицательный
|Anti-HCV
|Отрицательный
|antiHBcorIgG

|Положительный

|antiHDVIgM

|Положительный

|===

Протромбиновый индекс

49%

Бактериологический посев кала

Патогенных энтеробактерий не выделено

Определение сывороточного железа

Сывороточное железо- 17,8 мкмоль/л (норма 11,64 — 30,43 мкмоль/л)

Определение альфа-фетопротеина

Альфа-фетопротеин- 0,7 Ме/мл (норма 0,5–5,5 Ме/мл)

Для постановки диагноза необходимым инструментальным методом обследования является

- 6 месяцев
- 4 недель
- 1 года
- 21 дней

Результаты инструментальных методов обследования

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Печень: толщина правой доли до 139 мм, левой доли до 76 мм, неравномерное повышение эхоплотности паренхимы, структура паренхимы диффузна изменена, эхогенность неоднородна. Очаговые изменения не выявлены.

Умеренные признаки портальной гипертензии. Внутривенные желчные протоки не расширены. Холедох не расширен до 5 мм.

Желчный пузырь: размеры – 54*16 мм, полусокращен, содержимое анэхогенное. Селезенка: размеры 132*60 мм, контур ровный, структура паренхимы однородная, эхогенность средней степени. Очаговые изменения не выявлены.

Расширение печеночной и селезеночной артерии с усилением кровотока

***Заключение*:** Умеренное увеличение печени. Атрофические изменения правой доли и медиального сегмента левой доли. Увеличение селезенки. Показано проведение эластографии печени.

Эластография печени

Заключение: F0 — показатели плотности тканей печени меньше 6,2 кПа

Холесцинтиграфия (HIDA-сцинтиграфия)

Данных за обструкцию пузырного или общего желчного протока, утечку желчи нет

Ультрасонография

Данных за острый холецистит нет. Конкременты в желчном пузыре не обнаружены

Какой основной диагноз?

- 6 месяцев
- 4 недель
- 1 года
- 21 дней

Диагноз

Хронический вирусный гепатит В с дельта-агентом, тяжелое течение

К проявлениям печеночной недостаточности при хроническом вирусном гепатите дельта относят развитие

- отечно-асцитического синдрома
- бульбарной симптоматики
- холестатического синдрома
- гепатоспленомегалии

Основной причиной летального исхода при острой дельта- (супер) инфекции хронического гепатита В является

- токсический мегаколон
- печеночная недостаточность
- гнойный менингоэнцефалит
- сепсис

Наиболее вероятным исходом хронического вирусного гепатита В с дельта-агентом (ХВГД) является

- хронический, активно прогрессирующий вирусный гепатит с формированием цирроза
- выздоровление
- быстрое развитие цирроза
- гепатоцеллюлярная карцинома

Для этиотропного лечения хронического вирусного гепатита дельта ХВГД показано назначение

- булевиртида
- энтекавира
- тенофовира
- фавипиравира

Длительность приема булевиртида при монотерапии должна составлять не менее + ____ + недель

- 36
- 12
- 8
- 48

Комбинированная терапия хронического вирусного гепатита дельта (ХВГД) включает сочетание булевиртида с

- интерфероном бета-1b
- тенофовиром алафенамида
- тилороном
- пэгинтерфероном альфа-2a

Для контроля эффективности лечения пациентов с хроническим вирусным гепатитом дельта (ХВГД) показано количественное определение

- Anti HDV IgG
- Anti HDV IgM
- ДНК HBV
- РНК HDV

В целях профилактики инфицирования вирусом гепатита Д назначают

- рибавирин
- интерферон альфа-2a
- иммуноглобулин против гепатита В
- вакцинацию против гепатита В

Пациентам с ХВГД после завершения этиотропного (противовирусного) лечения показано динамическое наблюдение с частотой обследования 1 раз в

- рибавирин
- интерферон альфа-2a
- иммуноглобулин против гепатита В
- вакцинацию против гепатита В

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной П. 37 лет обратился в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

на слабость, недомогание, снижение аппетита, тошноту, усиливающуюся на запахи приготовленной пищи и никотина, однократную рвоту, ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, потемнение мочи.

Анамнез заболевания

- Заболел подостро, появились слабость, анорексия, тошнота, неприятные ощущения в эпигастральной области, однократно жидкий стул;
- Отмечался кратковременный подъем температуры тела до фебрильных значений;
- Лечился самостоятельно по поводу острой кишечной инфекции (накануне заболевания вернулся из экспедиции), без успеха;
- В последующие дни narосли слабость, недомогание, усилилась анорексия, тошнота, особенно на кулинарные запахи, запах никотина, была однократная рвота;
- На 6-7 день болезни отметил потемнение мочи в течение суток.
- Отсутствие положительной динамики в самочувствии пациента послужило основанием обращения за медицинской помощью.

Анамнез жизни

- Работает руководителем небольшой коммерческой компании по продаже косметических средств.
- Проживает в отдельной квартире с семьей (жена и один ребенок).
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, два года назад перенес острый вирусный гепатит А.
- Вредные привычки: отрицает.
- Парентеральный анамнез не отягощен.
- За два месяца до настоящего заболевания выехал в Китай (провинции Гуйчжоу и Сычуань), где находился в командировке по вопросам своего бизнеса. Проживал в гостиницах, преимущественно питался самостоятельно, имел множественные контакты. Вернулся домой за 2-3 дня до начала заболевания.
- Год назад прошел курс вакцинации против вирусного гепатита В.

Объективный статус

- Температура тела 37,1°C.
- Кожа и склеры субъиктеричные, сыпи нет.
- Язык сухой, обложен белым налетом.
- Живот мягкий, чувствителен при пальпации в правом подреберье.
- Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, мягко-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Селезенка отчетливо не пальпируется.
- Мочится достаточно, моча темная, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул частично ахоличен, оформленный
- АД – 110/60 мм.рт.ст, ЧСС – 62 уд. в мин.

Для постановки диагноза и оценки степени тяжести заболевания, необходимыми методами обследования являются

- рибавирин
- интерферон альфа-2а
- иммуноглобулин против гепатита В
- вакцинацию против гепатита В

Результаты лабораторных методов обследования

Биохимический анализ крови

|===

|Наименование

|Нормы

|Результат

|Общий белок

|64 - 83 г/л

|78

|Альбумин

|32 - 50 г/л

|41

|Аланинаминотрансфераза (АлАТ)

|до 40 Ед/л

|1328

|Аспартатаминотрансфераза (АсАТ)

|до 40 Ед/л

|995

|Щелочная фосфатаза

|до 150 Ед/л

|219

|Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)

|9-50 Ед/л

|154

|Билирубин общий

|3,0 – 17,1 мкмоль/л

|115,7

|Билирубин прямой

|0,0 – 3,4 мкмоль/л

|97,4

|Глюкоза

|3,88 – 5,83 ммоль/л

|4,9

|Мочевина

|2,5 – 8,5 ммоль/л

|4,6

|Креатинин

|53 - 115 мкмоль/л

|92

|Амилаза

|28-100 Ед/л

|76

|===

Иммуноферментный анализ крови

|===

|Показатели

|Результат

|Anti-HBs

|Положительно

|HBs-Ag

|Отрицательно

|AntiHBcor IgM

|Отрицательно

|Anti-HCV

|Отрицательно

|Anti-HAV Ig M

|Отрицательно

|Anti-HAV Ig G

|Положительно

|Anti-HEV IgM

|Положительно

|===

Протромбиновый индекс

78%

Серологическое исследование на лептоспироз

Отрицательно

Серологическое исследование на геморрагическую лихорадку с почечным синдромом

Отрицательно

Исследование крови на малярию (тонкий мазок и толстая капля)

Плазмодии не обнаружены

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- рибавирин
- интерферон альфа-2а
- иммуноглобулин против гепатита В
- вакцинацию против гепатита В

Результаты инструментальных методов обследования

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Печень: толщина правой доли до 134 мм, левой доли до 78 мм, контур ровный, структура паренхимы диффузна изменена, эхогенность повышена. Очаговых зон пониженной эхогенности не выявлены. Внутривенные желчные протоки не расширены. Холедох не расширен (5 мм).

Желчный пузырь: размеры – 53*14 мм, полусокращен, содержимое анэхогенное.

Селезенка: размеры 132*58 мм, контур ровный, структура паренхимы однородная, эхогенность средней степени. Очаговые изменения не выявлены.
***Заключение*:** Увеличение и умеренные диффузные изменения в паренхиме печени. Увеличение селезенки.

Эластография печени

Заключение: F0 — показатели плотности тканей печени меньше 6,2 кПа
ЭГДС (Эзофагодуоденоскопия)

Заключение: Патологических изменений желудка и 12ПК не выявлено.

Компьютерная томография органов брюшной полости

Увеличение печени и селезенки, по остальным органам без изменений.

Какой основной диагноз?

- рибавирин
- интерферон альфа-2а
- иммуноглобулин против гепатита В
- вакцинацию против гепатита В

Диагноз

Вирусный гепатит E, желтушная форма, средней степени тяжести

Критерием тяжелого течения острых вирусных гепатитов является наличие

- пальмарной эритемы
- геморрагического синдрома
- анорексии
- гепатомегалии

Наиболее значимым лабораторным критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита E является

- гиперферментемия (аминотрансминаземия)
- снижение уровня кортизола в сыворотке крови
- высокий уровень содержания прямой фракции билирубина в сыворотке крови
- снижение уровня содержания протромбина в крови

Возможным осложнением вирусного гепатита E является

- реакция Яриша-Герксгеймера
- сепсис
- синдром Уотерхауса-Фридериксена
- острая печеночная энцефалопатия

Базисной терапией вирусного гепатита E является

- противовирусная
- дезинтоксикационная
- антибактериальная
- иммуномодулирующая

Инфузионно-дезинтоксикационная терапия при вирусном гепатите E средней степени тяжести предусматривает назначение

- полиионного раствора «Трисоль»
- 10% раствора альбумина
- свежезамороженной плазмы крови
- 5% раствора глюкозы

Базисная терапия вирусного гепатита E предусматривает назначение

- трентала (ангиопротективная терапия)
- лактулозы
- этамзилата (гемостатическая терапия)
- рибавирина

При лечении холестатического варианта вирусного гепатита E используют

- глюкокортикостероидные препараты
- этамзилат (гемостатическая терапия)
- трентал (ангиопротективная терапия)
- урсодезоксихолевую кислоту

Все контактные лица по вирусному гепатиту E подвергаются первичному медицинскому осмотру с последующим медицинским наблюдением в течение + _____ + со дня разобщения с источником инфекции

- 40 дней
- 1-й недели
- 60 дней
- 2-х недель

В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом E рекомендуют

- 40 дней
- 1-й недели
- 60 дней
- 2-х недель

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к больному А. 48 лет 18.06.2018г.

Жалобы

• на слабость, недомогание, снижение аппетита, повышение температуры тела, чувство жара, головные боли, 2-кратную рвоту, боли в шее и мышцах верхних и нижних конечностей

Анамнез заболевания

- Заболел остро 13.06.18 с повышения температуры до 39,2°C, появления болей в мышцах и суставах, чувства жара.
- Принимал самостоятельно ибупрофен, ингавирин – с непродолжительным эффектом в виде снижения температуры тела до 37,5°C.
- В последующие дни сохранялось повышение температуры тела по вечерам до 38,8°-39,4°C.
- На 6 день болезни температура тела – 38,6°C, сохранение мышечных болей, появление головных болей и рвоты, что послужило причиной обращения в поликлинику.

Анамнез жизни

- Работает учителем физики в общеобразовательной школе.
- Проживает в отдельной квартире с женой и ребёнком.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.
- Вредные привычки: отрицает.
- Парентеральный анамнез не отягощен.
- Больной 2 недели назад был на даче в Тверской области. Отмечал укус клеща, который заметил через несколько часов. Со слов, клеща извлёк самостоятельно.

Объективный статус

- Температура тела 38,7°C.
- Кожа лица умеренно гиперемирована, сыпи нет.
- Язык влажный, обложен тонким белым налетом.
- В лёгких – везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 18 /мин.
- АД – 110/65 мм.рт.ст, ЧСС – 90 уд. в мин.
- Живот мягкий, при пальпации безболезнен во всех отделах. Перитонеальные симптомы отрицательны. Симптом поколачивания – отрицателен.
- Печень не увеличена, мягко-эластичной консистенции, безболезненна при пальпации. Селезенка не пальпируется.
- Моча светло-жёлтая, стул оформленный.
- Отмечается ригидность затылочных мышц. Симптомы Брудзинского и Кернига отрицательны. Сознание сохранено.

Для постановки диагноза больному необходимо назначить

- 40 дней
- 1-й недели
- 60 дней
- 2-х недель

Результаты обследования

ИФА на антитела к антигену вирусных инфекций

|===

|Наименование

|Единицы

|Результат

|ИФА с антигеном Tick-borne encephalitis Virus IgM

|МЕ/мл

|1:256

|ИФА с антигеном Tick-borne encephalitis Virus IgG

|МЕ/мл

|отрицательно

|ИФА с антигеном Borrelia burgdorferi sensu lato IgM

|МЕ/мл

|отрицательно

|ИФА с антигеном Borrelia burgdorferi sensu lato IgG

|МЕ/мл

|отрицательно

|ИФА с антигеном Ehrlichia muris IgM

|МЕ/мл

|отрицательно

|ИФА с антигеном Ehrlichia muris IgG

|МЕ/мл

|отрицательно

|===

ПЦР ликвора (в стационарных условиях)

В ПЦР в ликворе выявлена РНК Tick-borne encephalitis Virus

Реакция латекс-агглютинации

реакция отрицательная

Реакция иммунофлуоресценции (РИФ) мазков-отпечатков

реакция отрицательная

Реакция микроагглютинации

реакция отрицательная

Какой основной диагноз?

- 40 дней
- 1-й недели
- 60 дней
- 2-х недель

Диагноз

Клещевой вирусный энцефалит, менингеальная форма, среднетяжёлое течение

Для клеточного состава ликвора при клещевом энцефалите наиболее характерно наличие

- лимфоцитарного плеоцитоза ниже 500 клеток в 1 мкл
- лимфоцитарного плеоцитоза свыше 1000 клеток в 1 мкл
- нейтрофильного лейкоцитоза ниже 500 клеток в 1 мкл
- нейтрофильного лейкоцитоза свыше 1000 клеток в 1 мкл

Относительно тяжёлым течением характеризуется _____ клиническая форма клещевого вирусного энцефалита

- вторично-прогредиентная
- лихорадочная с двухволновым течением
- менингоэнцефалитическая
- инаппарантная

К характерным проявлениям полиомиелитической формы клещевого вирусного энцефалита относят

- амимию и асимметрию лица
- фасцикуляцию языка
- диплопию и птоз
- симптом «свислой» головы

Дифференциальную диагностику клещевого энцефалита следует проводить с

- геморрагической лихорадкой с почечным синдромом, лептоспирозом, иерсиниозом
- сыпным тифом, малярией, инфекционным мононуклеозом
- псевдотуберкулезом, менингококковой инфекцией, висцеральным лейшманиозом
- лайм-боррелиозом, полиомиелитом, эрлихиозом

Этиотропная терапия клещевого вирусного энцефалита включает назначение

- доксициклина
- специфического иммуноглобулина
- ламивудина
- сульфаметоксазол/триметоприма

В качестве патогенетической терапии при менингеальной форме клещевого энцефалита используются

- гемостатические препараты
- диуретики
- нейролептики
- холиноблокаторы

При тяжелых формах клещевого энцефалита, с целью профилактики развития отека головного мозга применяют

- глюкокортикостероиды
- холиноблокаторы
- миорелаксанты
- нейроплегические средства

Первоочередной мерой экстренной профилактики при укусе клеща в эндемичном по клещевому вирусному энцефалиту регионе является

- применение индукторов интерферона
- применение химиопрофилактики рибавирином
- введение иммуноглобулина
- введение вакцины против клещевого энцефалита

Для профилактики клещевого вирусного энцефалита перед выездом в эндемичный регион используется

- химиопрофилактика рибавирином
- иммуноглобулинопрофилактика
- вакцинация
- химиопрофилактика иодантипирином

В качестве неспецифической меры профилактики клещевого вирусного энцефалита следует применять

- химиопрофилактика рибавирином
- иммуноглобулинопрофилактика
- вакцинация
- химиопрофилактика иодантипирином

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 23 лет обратился в поликлинику на 2-й день болезни

Жалобы

• на повышение температуры тела, боль в горле, общее недомогание, снижение аппетита

Анамнез заболевания

- Заболел вчера остро с повышения температуры тела до $37,7^{\circ}\text{C}$, слабости, снижения аппетита, небольшой боли в горле. Кашля, насморка не было. Лечился самостоятельно жаропонижающими средствами – без эффекта.
- Сегодня боль в горле усилилась, температура повысилась до $38,1^{\circ}\text{C}$, обнаружил налеты на миндалинах, в связи с чем обратился к врачу.

Анамнез жизни

- Работает менеджером в торговой фирме.
- Проживает в отдельной квартире вдвоем с женой. Детей нет.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, ангина в возрасте 12 лет.
- Вредные привычки: отрицает.
- Прививочный анамнез: не известен

Объективный статус

- Температура тела 38,1°C.
- Кожные покровы бледные.
- Подчелюстные периферические лимфоузлы увеличены до 1-1,5 см, подвижные, умеренно болезненные при пальпации.
- Слизистая ротоглотки тусклая с цианотичным оттенком; в области небных дужек и миндалин отмечается умеренная гиперемия с цианотичным оттенком. Миндалины увеличены до I степени, отечны, с обеих сторон покрыты пленчатым налетом серо-белого цвета, расположенного на их поверхности («плюс ткань»), который с усилием снимается шпателем с обнажением эрозированной кровоточащей поверхности.
- Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД – 110/70 мм.рт. ст., ЧСС – 96 уд. в мин.
- В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.
- Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.
- Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- химиопрофилактика рибавирином
- иммуноглобулинопрофилактика
- вакцинация
- химиопрофилактика иодантипирином

Результаты лабораторных методов обследования

Бактериологическое исследование мазка из носо- и ротоглотки на ВЛ

Бактериологическое исследование мазка из носоглотки на ВЛ: отрицательный

Бактериологическое исследование мазка из ротоглотки на ВЛ: токсигенные

S.diphtheriae биовариант *mitis*

РПГА с дифтерийным диагностикумом в парных сыворотках для определения титра антитоксических антител

титр антитоксических антител 1:20

Иммунолюминесцентный метод мазков-отпечатков слизистой оболочки носоглотки

отрицательно

РПГА крови с псевдотуберкулезным диагностикумом в парных сыворотках для определения титра антител

отрицательно

Реакция гетерогемагглютинации Хофф-Бауэра

отрицательно

Учитывая клинико-лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- химиопрофилактика рибавирином
- иммуноглобулинопрофилактика
- вакцинация
- химиопрофилактика иодантипирином

Диагноз

Дифтерия ротоглотки, локализованная форма, пленчатый вариант, средней тяжести

Клинические признаки дифтерии ротоглотки включают

- синдром тонзиллита, значительно болезненный регионарный лимфаденит, бледность носогубного треугольника, экзантему
- синдром тонзиллита, синдром интоксикации, возможное увеличение поднижнечелюстных лимфатических узлов
- боль в горле, аденоидит, лихорадку, генерализованную полилимфаденопатию, гепатоспленомегалию
- боль в ротовой полости, слюнотечение, дисфагию, умеренное увеличение подбородочных лимфоузлов

Поражение слизистой оболочки ротоглотки при дифтерии характеризуется наличием налетов

- плотных фибринозных, серо-белого цвета, выступающих над поверхностью миндалин, с трудом снимающихся шпателем
- в виде творожистых наложений, переходящих на внутреннюю поверхность щек
- грязных зеленоватых с гнилостным запахом и односторонним глубоким кратерообразным поражением миндалина
- рыхлых, желтоватого цвета, не выступающих над поверхностью миндалин, легко снимающихся шпателем без кровоточивости и эрозий

Неспецифическими осложнениями дифтерии являются

- стеноз гортани, анафилактический шок, инфекционно-токсический шок
- пневмония, бронхит, паратонзиллярный абсцесс
- миокардит, полинейропатия, токсический нефроз
- экзантема, миокардит, полиартрит

Дифференциальную диагностику локализованной дифтерии ротоглотки следует проводить с

- лакунарной ангиной, инфекционным мононуклеозом, язвенно-некротической ангиной Симановского- Венсана
- корью, краснухой, ветряной оспой
- эпидемическим паротитом, флегмоной дна полости рта, химическим ожогом ротоглотки, паратонзиллярным абсцессом
- аденовирусной инфекцией, энтеровирусной инфекцией

Тактика ведения данного больного заключается в

- госпитализации в терапевтическое отделение многопрофильной больницы
- ведении пациента в амбулаторных условиях
- ведении пациента в дневном стационаре
- госпитализации в специализированное отделение инфекционной больницы

Лечебная тактика при легком течении неосложненной дифтерии ротоглотки включает назначение противодифтерийной сыворотки (ПДС) в дозе _____ тыс. МЕ

- 20-30
- 60-80
- 30-40
- 10-20

Выписка больного дифтерией осуществляется после полного клинического выздоровления и

- 2-кратного отрицательного бактериологического обследования
- нарастания титра противодифтерийных антитоксических антител в 2 раза
- нарастания титра противодифтерийных антитоксических антител в 4 раза
- 3-кратного отрицательного бактериологического обследования

Лица, бывшие в контакте с больным дифтерией, подлежат бактериологическому обследованию на ВЛ не позже _____ часов с момента изоляции больного

- 48
- 12
- 24
- 72

С целью верификации прививочного анамнеза у больного дифтерией серологическое исследование крови на наличие дифтерийных антител осуществляется в течение первых _____ дней от начала заболевания и до введения противодифтерийной сыворотки (ПДС)

- 3
- 5
- 7
- 2

За лицами, общавшимися с больными дифтерией, устанавливается медицинское наблюдение в течение _____ дней с момента выявления последнего случая заболевания в очаге

- 3
- 5
- 7
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов на дом к пациенту 48 лет на 4-й день болезни

Жалобы

- на повышение температуры тела, боли в горле при глотании, резкую слабость, головную боль, отсутствие аппетита, припухлость в области шеи.

Анамнез заболевания

- Заболевание началось остро с выраженных болей в горле, озноба, повышения температуры тела до 38,0°C, появилась вялость, головная боль, снизился аппетит.
- На 2-ой день болезни состояние ухудшилось: температура повысилась до 38,8°C, нарастала слабость, исчез аппетит, усилились боли в горле, стал с трудом сглатывать слюну.
- На 3-й день обнаружил припухлость под нижней челюстью, больше справа, которая в течение суток увеличилась. Дочь пациента вызвала врача на дом.

Анамнез жизни

- Пациент в течение последнего года нигде не работает. За 3-4 дня до болезни пил пиво на улице из одного стакана с незнакомыми людьми.
- Проживает в отдельной квартире вдвоем с дочерью.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: хронический бронхит, пневмония, инфаркт миокарда в возрасте 40 лет.
- Вредные привычки: курит по 1,5 пачки сигарет в день, злоупотребляет алкоголем в течение последних 2-х лет после смерти жены.
- Прививочный анамнез: не известен.

Объективный статус

- Температура тела 38,9°C.
- Выраженная бледность кожных покровов, одутловатость лица. Шея увеличена в объеме за счет тестообразного отека подкожно-жировой клетчатки, справа - до середины шеи. Гиперемии кожи над поверхностью отека нет.
- Подчелюстные периферические лимфоузлы увеличены справа до 3 см в

диаметре, умеренно болезненные при пальпации.

- Рот открывает свободно. Слизистая оболочка ротоглотки в области небных дужек, язычка, мягкого неба умеренно гиперемирована с цианотичным оттенком, отечна, больше справа.

Миндалины шаровидной формы, увеличены до II-III степени за счет отека, слева в области верхнего полюса определяется островчатый налет белого цвета, справа – сплошной налет беловато-серого цвета, который покрывает всю миндалину и распространяется на небную дужку, язычок и частично на мягкое небо. Налеты плотные, возвышаются над поверхностью слизистой («плюс ткань»), с усилием снимаются шпателем с обнажением кровоточащей поверхности.

- Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД – 110/70 мм.рт. ст., ЧСС – 108 уд. в мин.

- В легких дыхание жесткое, с обеих сторон – множественные сухие хрипы.

- Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень + 1,5-2,0 см из-под края реберной дуги, плотноватой консистенции, безболезненная. Селезенка не пальпируется.

- Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 3
- 5
- 7
- 2

Результаты лабораторных методов обследования

Бактериологическое исследование мазка из носо- и ротоглотки на ВЛ

Бактериологическое исследование мазка из носоглотки на ВЛ: отрицательный

Бактериологическое исследование мазка из ротоглотки на ВЛ: токсигенные

S.diphtheriae биовариант *gravis*

РПГА крови с дифтерийным диагностикумом в парных сыворотках для определения титра антитоксических антител

титр антитоксических антител 1:20

Реакция Шика

отрицательно

РПГА крови с псевдотуберкулезным диагностикумом в парных сыворотках для определения титра антител

отрицательно

Бактериологическое исследование пунктата регионарных лимфатических узлов

роста нет

Какой основной диагноз?

- 3
- 5

- 7
- 2

Диагноз

Дифтерия ротоглотки, токсическая форма I степени, средней тяжести

Клинические признаки дифтерии ротоглотки токсической формы включают

- нарастающие боли в горле при глотании пульсирующего характера, высокую лихорадку, выраженный резко болезненный аденит с периаденитом
- интоксикацию, болезненность в области околоушной слюнной железы при жевании, сухость слизистой оболочки ротоглотки, симптом Мурсу, поражение железистых органов
- высокую лихорадку с ознобами и потливостью, выраженный плотный отек и асимметрию шеи, отсутствие фибриновых налетов в ротоглотке
- тонзиллит, синдром интоксикации, регионарный лимфаденит, наличие отека слизистой оболочки ротоглотки и шейной подкожно-жировой клетчатки

Критерием токсической формы дифтерии ротоглотки I степени является отек подкожно-жировой клетчатки

- ниже ключицы
- до ключицы
- над подчелюстными лимфоузлами
- до середины шеи

Клетками-мишенями для дифтерийного экзотоксина являются

- гепатоциты
- мононуклеарные фагоциты
- кардиомиоциты
- миоциты скелетной мускулатуры

Для тяжелого течения дифтерии характерно развитие

- острог респираторного дистресс-синдрома, токсического гепатита
- токсико-метаболического шока, миокардита
- нефротического синдрома, хронической почечной недостаточности
- синусита, трахеобронхита

Дифференциальную диагностику токсической дифтерии ротоглотки следует проводить с

- паратонзиллярным абсцессом, эпидемическим паротитом, флегмоной дна полости рта (флегмона Людвига)

- сифилитической ангиной, грибковыми поражениями ротоглотки, энтеровирусной инфекцией
- ангинами стрептококковой и стафилококковой этиологии, инфекционным мононуклеозом, аденовирусной инфекцией
- ангинозно-бубонной формой туляремии, язвенно-некротической ангиной Симановского-Плаута-Венсана

Тактика ведения данного больного заключается в

- ведении пациента в дневном стационаре
- госпитализации в терапевтическое отделение многопрофильной больницы
- госпитализации в специализированное отделение инфекционной больницы
- ведении пациента в амбулаторных условиях

Лечебная тактика при дифтерии ротоглотки токсической формы I степени включает назначение противодифтерийной сыворотки (ПДС) в дозе + _____ + тыс. МЕ

- 20-30
- 30-40
- 30-50
- 50-60

Выписка больного дифтерией осуществляется

- после полного клинического выздоровления и 2-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии
- через 5 дней после нормализации температуры тела и 3-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии
- после полного клинического выздоровления и 1-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии
- через 5 дней после нормализации температуры тела и 1-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии

С целью верификации прививочного анамнеза у больного дифтерией серологическое исследование крови на наличие дифтерийных антител осуществляется в течение первых _____ дней от начала заболевания и до введения противодифтерийной сыворотки (ПДС)

- 2
- 7

- 3
- 5

За лицами, общавшимися с больными дифтерией, устанавливается медицинское наблюдение в течение _____ дней с момента выявления последнего случая заболевания в очаге

- 2
- 7
- 3
- 5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 38 лет

Жалобы

- на повышение температуры тела до 39,0 °С, головную боль, головокружение, слабость, недомогание.

Анамнез заболевания

- Заболел остро три дня назад, когда появился выраженный озноб, повышение температуры тела до 39°С, головная боль, ломота в мышцах и суставах
- Лечился самостоятельно противогриппозными и жаропонижающими средствами без эффекта.
- На 3-ий день состояние ухудшилось, усилилась головная боль, появилась тошнота, отмечалась повторная рвота, головокружение. Температура тела сохраняется на высоких цифрах.

Анамнез жизни

- Офисный работник.
- Аллергоанамнез: неотягощен.
- Перенесенные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.
- Вредные привычки: отрицает.
- Проживает один, в отдельной квартире, холост.
- Эпиданамнез: Десять дней назад до начала заболевания вернулся из туристической поездки в Египет, отмечал там укусы комаров.

Объективный статус

- Температура тела 39,1°С.
- Лицо умеренно гиперемировано. Кожные покровы чистые, загорелые, сыпи нет.
- Слизистая оболочка задней стенки глотки обычной окраски. Миндалины не увеличены, налетов нет.
- Пальпируются умеренно увеличенные шейные лимфатические узлы.
- Дыхание через нос свободное. Катаральных явлений нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 19 в мин.
- АД-90/60 мм.рт.ст, ЧСС – 115уд. в мин.

- Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется печень на 1 см ниже реберной дуги. Селезенка не увеличена. Мочеиспускание не нарушено.
 - Отмечается ригидность затылочных мышц, симптом Кернига отрицательный.
- Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования**

- 2
- 7
- 3
- 5

Результаты лабораторных методов обследования

ИФА крови на арбовирусы

|===

|Наименование

|Единицы

|Результат

|ИФА с антигеном Tick-borne encephalitis Virus IgM |МЕ/мл

|отрицательно

|ИФА с антигеном Tick-borne encephalitis Virus IgG |МЕ/мл

|отрицательно

|ИФА с антигеном Dengue virus IgM

|МЕ/мл

|отрицательно

|ИФА с антигеном Dengue virus IgG

|МЕ/мл

|отрицательно

|ИФА с антигеном West Nile Virus IgM

|МЕ/мл

|положительно

|ИФА с антигеном West Nile Virus IgG

|МЕ/мл

|отрицательно

|===

Полимеразная цепная реакция (ПЦР) ликвора

Обнаружена РНК West Nile Virus

Иммунолюминесцентный метод мазков-отпечатков со слизистой носоглотки

отрицательно

Микроскопическое исследование тонкого мазка и толстой капли крови на обнаружение Plasmodium

плазмодии не найдены

Иммуноферментный анализ(ИФА) крови с антигеном Leishmania

реакция отрицательная

Какой основной диагноз?

- 2
- 7
- 3
- 5

Диагноз

Лихорадка Западного Нила, менингеальная форма, средней степени тяжести
Ведущим синдромом Лихорадки Западного Нила является

- желтушный
- гриппоподобный
- артралгический
- диспепсический

Для тяжелого течения Лихорадки Западного Нила характерно развитие

- менингоэнцефалита
- гиповолемического шока
- септического состояния
- печёчно-почечной недостаточности

Дифференциальную диагностику Лихорадки Западного Нила проводят с

- паратифом А, дифтерией дыхательных путей
- брюшным тифом, псевдотуберкулезом
- менингококковой инфекцией, гриппом
- паротитной инфекцией, инфекционным мононуклеозом

Выделяют несколько клинических форм ЛЗН

- локализованная; генерализованная; хроническая; резидуальная
- острая; подострая; хроническая; резидуальная
- субклиническая;
гриппоподобная;
гриппоподобная с нейротоксикозом;
менингеальная:
менингоэнцефалитическая
- лихорадочная; менингеальная; менингоэнцефалитическая;
полиомиелитическая; полирадикулоневритическая

Особенностью клеточного состава ликвора при Лихорадке Западного Нила является плеоцитоз

- смешанный ниже 500 клеток в 1 мкл
- нейтрофильный свыше 1000 клеток в 1 мкл
- нейтрофильный ниже 500 клеток в 1 мкл

- лимфоцитарный до 1000 клеток в 1 мкл

К показаниям к госпитализации при Лихорадке Западного Нила относят

- наличие гепатолиенального синдрома
- длительную лихорадку, не превышающую 38°C
- наличие менингеальной симптоматики
- стойкое повышение артериального давления

Лечение неосложненной Лихорадки Западного Нила включает назначение

- специфического иммуноглобулина
- противовирусных препаратов
- антибактериальных средств
- симптоматической терапии

Применение антибиотиков при Лихорадке Западного Нила показано при

- присоединении гепатолиенального синдрома
- длительной лихорадке выше 38,0°C
- менингеальной форме
- присоединении вторичной инфекции

Выписка реконвалесцентов после Лихорадки Западного Нила осуществляется после

- 2-х кратного отрицательного исследования крови на арбовирусы
- 4-х кратного нарастания титра специфических антител класса G
- клинического выздоровления
- однократного отрицательного исследования крови на арбовирусы

К профилактическим мероприятиям при Лихорадке Западного Нила относят

- 2-х кратного отрицательного исследования крови на арбовирусы
- 4-х кратного нарастания титра специфических антител класса G
- клинического выздоровления
- однократного отрицательного исследования крови на арбовирусы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В поликлинику обратилась пациентка 20 лет

Жалобы

- на зуд в области заднего прохода

Анамнез заболевания

• Заболела около 10 дней назад, когда на фоне хорошего самочувствия стала ощущать зуд в области заднего прохода. Зуд беспокоит преимущественно по ночам.

Анамнез жизни

- Студентка
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Перенесенные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.
- Вредные привычки: отрицает.
- Проживает в отдельной квартире с родителями.
- Эпиданамнез: Месяц назад гостила на даче у подруги, купалась в речке, загорала на песке, играла с маленькими детьми. Имеет привычку грызть ногти.

Объективный статус

- Температура тела 36,7°C.
- Кожные покровы обычной окраски, сыпи нет.
- Видимые слизистые оболочки обычной окраски, влажные.
- Периферические лимфоузлы не пальпируются.
- Дыхание через нос свободное. В легких хрипов нет. ЧДД – 17 в мин.
- АД-105/60 мм.рт.ст, ЧСС – 78 уд. в мин.
- Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.
- Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей.
- Мочеиспускание не нарушено.
- Менструальный цикл регулярный, патологических выделений нет.
- Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 2-х кратного отрицательного исследования крови на арбовирусы
- 4-х кратного нарастания титра специфических антител класса G
- клинического выздоровления
- однократного отрицательного исследования крови на арбовирусы

Результаты лабораторных методов обследования

Микроскопия соскоба, мазка кала

|===

|Наименование

|Результат

|*Strongyloides stercoralis*

|отрицательно

|*Trichocephalus trichiurus*

|отрицательно

|*Ascaris lumbricoides*

|отрицательно

|*Enterobius vermicularis*

|положительно

|===

Бактериологическое исследование кала

Заключение: патогенных энтеробактерий не обнаружено

Исследование кала по методу Бермана

Личинки *Strongyloides stercoralis* не обнаружены

Иммуноферментный анализ (ИФА) с антигеном *T. spiralis*

Отрицательно

Какой основной диагноз?

- 2-х кратного отрицательного исследования крови на арбовирусы
- 4-х кратного нарастания титра специфических антител класса G
- клинического выздоровления
- однократного отрицательного исследования крови на арбовирусы

Диагноз

Энтеробиоз

К симптомам неосложненного энтеробиоза относят

- зуд в области заднего прохода и аногенитальной области
- субфебрильную лихорадку, продуктивный кашель, уртикарную сыпь на коже
- боли в животе и зудящую сыпь на туловище
- субфебрильную лихорадку и частый жидкий стул

Возможным осложнением энтеробиоза является

- пневмония
- непроходимость кишечника
- механическая желтуха
- парапроктит

Дифференциальную диагностику энтеробиоза проводят с

- сальмонеллезом
- неспецифическим язвенным колитом
- геморроем
- шигеллезом

При массивной инвазии при энтеробиозе возможны

- высокая лихорадка, продуктивный кашель с мокротой с прожилками крови, гепатолиенальный синдром
- боли и урчание в животе, метеоризм, тошнота, рвота, запор или понос, иногда с примесью слизи
- лихорадка ремиттирующего или неправильного типа, отёчный синдром, макулопапулёзные высыпания на коже с геморрагическим компонентом

- генерализованная лимфаденопатия, гепатоспленомегалия

При массивной инвазии при энтеробиозе возможно появление

- катарального синдрома
- аппендикулярной симптоматики
- генерализованной полилимфаденопатии
- менингеального симптомокомплекса

Тактика ведения данного больного заключается в

- ведении пациента в дневном стационаре
- госпитализации в мельцеровский бокс
- госпитализации в инфекционное отделение
- ведении пациента в амбулаторных условиях

Этиотропным средством для лечения энтеробиоза является

- доксициклин
- ацикловир
- хлорохин
- альбендазол

**Повторный курс лечения энтеробиоза показано проводить через
+ _____ + день/дней после первого**

- 5
- 14
- 7
- 21

**Первое контрольное обследование больных энтеробиозом проводят через
+ _____ + после окончания курса лечения**

- 3 недели
- 6-7 дней
- 1-2 дня
- 1 месяц

Профилактика энтеробиоза включает

- 3 недели
- 6-7 дней
- 1-2 дня
- 1 месяц

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 23 лет на 3-й день болезни

Жалобы

- на повышение температуры тела, слабость, головную боль, боль в мышцах, небольшой насморк, сухой редкий кашель, кожные высыпания.

Анамнез заболевания

- Заболел с появления чувства недомогания, слабости, головной боли, повышение температуры тела до 37,4°C, миалгии.
- Далее присоединился насморк, редкий сухой кашель.
- Лечился самостоятельно, принимал витаминизированное питье, парацетамол.
- На 3-й день болезни самочувствие прежнее, появилась сыпь на лице, туловище, конечностях.

Анамнез жизни

- Работает курьером по доставке в интернет-магазине бытовых приборов.
- Проживает в квартире с родителями.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания.
- Вредные привычки: отрицает.
- Прививочный анамнез: в детстве, со слов пациента, прививался согласно Национальному календарю профилактических прививок, отводов не было, в школе проведение ревакцинации не помнит. От гриппа прививки не делал.

Объективный статус

- Температура тела 37,5°C.
- Самочувствие удовлетворительное.
- На коже лица, на туловище и разгибательных поверхностях конечностей – розовая пятнисто-папулезная сыпь на неизменном фоне без склонности к слиянию.
- Периферические лимфоузлы (заушные, затылочные, заднешейные) увеличены до 1 см, умеренно чувствительные при пальпации, кожа над ними не изменена.
- Слизистая ротоглотки незначительно гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет.
- АД – 120/80 мм.рт.ст, ЧСС – 78 уд. в мин.
- Кашель редкий, сухой. В легких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов не выслушивается.
- Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.
- Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 3 недели
- 6-7 дней
- 1-2 дня
- 1 месяц

Результаты лабораторных методов обследования

Иммуноферментный анализ крови

|===

|Наименование

|Единицы

|Результат

|Anti-Measles virus IgM

|МЕ/мл

|отрицательно

|Anti-Measles virus IgG

|МЕ/мл

|отрицательно

|Anti-Rubella virus IgM

|МЕ/мл

|положительно

|Anti-Rubella virus IgG

|МЕ/мл

|отрицательно

|===

Полимеразная цепная реакция к возбудителям

Выявление РНК Rubella virus

Мазок из ротоглотки на флору

Роста нет

Иммунолюминесцентный метод мазков-отпечатков

Результат отрицательный

Реакция латекс-агглютинации

Результат отрицательный

Какой основной диагноз?

- 3 недели
- 6-7 дней
- 1-2 дня
- 1 месяц

Диагноз

Краснуха, типичное течение, средней степени тяжести

Специфическим осложнением при приобретенной краснухе является

- доброкачественная лимфоцитоза
- трахеобронхит
- полиартрит
- кератит

Тяжелым специфическим осложнением краснухи, приводящим к летальному исходу, является

- энцефалит
- двусторонняя интерстициальная пневмония
- асфиксия вследствие надгортанного стеноза
- инфекционно-токсический шок

Типичными клиническими проявлениями при краснухе являются

- скудная, розеолезная сыпь, гепатоспленомегалия, диспепсические явления, высокая лихорадка
- обильная мелкоточечная экзантема, высокая лихорадка, лимфаденопатия, тонзиллит
- катаральный синдром, субфебрильная лихорадка, скудная геморрагическая сыпь
- мелкая пятнисто-папулезная сыпь, незначительный подъем температуры, лимфаденопатия

Дифференциальную диагностику краснухи следует проводить с

- менингококковой инфекцией, сыпным тифом, ветряной оспой
- геморрагической лихорадкой с почечным синдромом, листериозом, инфекционным мононуклеозом
- инфекционным мононуклеозом, энтеровирусной инфекцией, внезапной экзантемой
- лептоспирозом, трихинеллезом, аллергическим дерматитом

Тактика ведения больного с краснушным энцефалитом заключается в

- ведении пациента в амбулаторных условиях
- госпитализации в инфекционное отделение
- госпитализации в ОРИТ
- ведении пациента в дневном стационаре

Лечебная тактика при среднетяжелом течении краснухи включает проведение + _____ + терапии

- антибактериальной
- дезинтоксикационной
- гормональной
- симптоматической

Госпитализированные лица с диагнозом краснуха должны находиться в стационаре до исчезновения клинических симптомов, но не менее чем

- 5-ти календарных дней с момента нормализации температуры тела
- 5-ти календарных дней с момента появления катаральных явлений
- 7-ми календарных дней с момента появления сыпи

- 3-х календарных дней с момента появления сыпи

К методам специфической профилактики и защиты населения от краснухи относят

- вакцинопрофилактику
- карантинные мероприятия в очаге
- химиопрофилактику
- текущую и заключительную дезинфекцию в очаге

За лицами, общавшимися с больными краснухой, устанавливается медицинское наблюдение в течение + _____ + дня/дней с момента выявления последнего случая заболевания в очаге

- 5
- 14
- 21
- 7

Минимальными условно защитными титрами специфических IgG к возбудителю краснушной являются + _____ + МЕ/мл

- 5
- 14
- 21
- 7

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 19 лет на 4-й день болезни

Жалобы

• на повышение температуры тела, слабость, головную боль, боль в мышцах, суставах, небольшой насморк, ощущение «першения» в горле, сухой редкий кашель, кожные высыпания.

Анамнез заболевания

- Считает себя больной, когда вечером заметила появление небольшой болезненности и увеличения затылочных и заднешейных лимфоузлов, слабость, головную боль. Температуру не измеряла.
- Утром температура тела до 37,6°C, миалгии, артралгии.
- Присоединился насморк, редкий сухой кашель.
- Лечилась самостоятельно, принимала жаропонижающие препараты (парацетамол), щелочное питье, витамин С.
- На 4-й день болезни появилась сыпь на лице, которая в течение нескольких

часов распространилась на туловище и конечности, самочувствие без ухудшения.

Анамнез жизни

- Студентка дневного отделения ВУЗа.
- Проживает в квартире с родителями.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: ОРВИ.
- Вредные привычки: отрицает.
- Прививочный анамнез: со слов пациентки, в детском возрасте прививки сделаны согласно Национальному календарю профилактических прививок. В школе проведение профилактических прививок, согласно рекомендациям врача, какие точно не помнит. От гриппа не прививалась.

Объективный статус

- Температура тела 37,5°C.
- Самочувствие удовлетворительное.
- На коже лица, на туловище, ягодицах и разгибательных поверхностях конечностей – мелкая, розовая, пятнисто-папулезная сыпь на неизменном фоне без склонности к слиянию.
- Периферические лимфоузлы (затылочные, заднешейные) диаметром до 1см, умеренно чувствительные при пальпации, подвижные, кожа над ними не изменена.
- Слизистая ротоглотки незначительно гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет. Глотание безболезненное.
- АД – 110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 74 уд. в мин.
- В легких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Кашель редкий, сухой.
- Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.
- В сознании. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

-

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 5
- 14
- 21
- 7

Результаты лабораторных методов обследования

Иммуноферментный анализ крови на антитела к вирусным инфекциям

|===

|Наименование

|Единицы

|Результат

|Anti-Measles virus IgM

|МЕ/мл

|отрицательно
|Anti-Measles virus IgG
|МЕ/мл
|отрицательно
|Anti-Rubella virus IgM
|МЕ/мл
|положительно
|Anti-Rubella virus IgG
|МЕ/мл
|5 МЕ/мл
|===

Полимеразная цепная реакция к возбудителям вирусных инфекций

Выявление РНК Rubella virus

Реакция агглютинации-лизиса лептоспир

Реакция отрицательная

Иммунолюминесцентный метод мазков-отпечатков слизистой оболочки носоглотки

Реакция отрицательная

Бактериологический анализ мазка из ротоглотки на флору

Роста нет

Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- 5
- 14
- 21
- 7

Диагноз

Краснуха, типичное течение, средней степени тяжести

Специфическим осложнением при краснухе является

- аутоиммунный гепатит
- аксональная полинейропатия
- тромбоцитопеническая пурпура
- пневмония

Тяжелым специфическим осложнением краснухи является

- инфекционно-токсический шок
- надпочечниковая недостаточность
- энцефалит
- миокардит

Типичными клиническими проявлениями при краснухе являются

- мелкая пятнисто-папулезная сыпь, незначительный подъем температуры, лимфаденопатия
- катаральный синдром, субфебрильная лихорадка, скудная геморрагическая сыпь
- скудная, розеолезная сыпь, гепатоспленомегалия, диспепсические явления, высокая лихорадка
- обильная мелкоточечная экзантема, высокая лихорадка, лимфаденопатия, тонзиллит

Дифференциальную диагностику краснухи следует проводить с

- инфекционным мононуклеозом, псевдотуберкулезом, скарлатиной
- лептоспирозом, ветряной оспой, сыпным тифом
- трихинеллезом, менингококковой инфекцией, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом
- листериозом, бруцеллезом, аллергическим дерматитом

Лечебная тактика при краснухе с развитием полиартрита заключается в применении

- антибактериальных препаратов пенициллинового ряда
- глюкокортикостероидов коротким курсом
- противовирусных препаратов
- нестероидных противовоспалительных средств

При развитии краснушного энцефалита показано назначение

- дексаметазона
- антагонистов альдостерона
- специфического иммуноглобулина
- цефтриаксона

Выявление Anti-Rubella virus IgM является наиболее неблагоприятным фактором для

- взрослых старше 50 лет
- ВИЧ-инфицированных
- беременных
- детей до 3 лет

За лицами, общавшимися с больными краснухой, устанавливается медицинское наблюдение в течение + _____ + дня/дней с момента выявления последнего случая заболевания в очаге

- 21

- 7
- 5
- 14

К методам специфической профилактики и защиты населения от краснухи относят

- карантинные меры
- вакцинопрофилактику
- текущую и заключительную дезинфекцию
- химиопрофилактику

Вакцинация против краснухи проводится согласно календарю прививок РФ в возрасте

- карантинные меры
- вакцинопрофилактику
- текущую и заключительную дезинфекцию
- химиопрофилактику

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 30 лет на 7-й день болезни.

Жалобы

• на озноб, повышение температуры тела, повышенную потливость, слабость, головную боль.

Анамнез заболевания

- Заболел остро с озноба, повышения температуры тела до 39,2°C, головной боли, слабости.
- Лечился самостоятельно, принимал жаропонижающие (парацетамол) с кратковременным эффектом, сопровождаемым обильным потоотделением.
- На 7-й день болезни ознобы усилились, температура тела периодически повышалась до 40,0°C.

Анамнез жизни

- Инженер горнорудной промышленности
- Проживает в отдельной квартире с семьей (жена и двое детей).
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.
- Вредные привычки: отрицает.
- Прививочный анамнез: со слов пациента в последние 2 года прививался против желтой лихорадки и брюшного тифа.
- Неделю назад вернулся из командировки из Эфиопии, где работал инженером-консультантом в горнорудной промышленности.

Объективный статус

- Температура тела 39,4°C.
- Лицо гиперемировано.
- Кожные покровы горячие на ощупь, сухие, сыпи на теле нет.
- Периферические лимфоузлы не увеличены.
- Слизистая ротоглотки обычной физиологической окраски, энантемы нет.
- АД – 110/60 мм.рт.ст, ЧСС – 102 уд. в мин.
- В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет.
- Живот мягкий, безболезненный. Нижняя граница печени определяется на уровне края реберной дуги, селезенка пальпаторно не увеличена.
- Очаговых и менингеальных знаков нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- карантинные меры
- вакцинопрофилактику
- текущую и заключительную дезинфекцию
- химиопрофилактику

Результаты лабораторных методов обследования

Паразитологическое исследование крови – микроскопия тонкого мазка крови, окрашенного по Романовскому-Гимзе

Обнаружены *Plasmodium vivax*

Паразитологическое исследование крови - микроскопия препарата «толстая капля»

Уровень паразитемии *Plasmodium vivax* 4 тысячи паразитов в 1 мкл крови

Реакция непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ) на определение антител к *Hantaan virus*

Реакция отрицательная

Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на обнаружение *anti-Brucella species*

Реакция отрицательная

Реакция непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ) на определение антител к *Legionella pneumophila*

Реакция отрицательная

Учитывая клинико-анамнестические и лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- карантинные меры
- вакцинопрофилактику
- текущую и заключительную дезинфекцию
- химиопрофилактику

Диагноз

Малярия, вызванная *Plasmodium vivax*, среднетяжелое течение

Характерными клиническими признаками малярии являются

- повторно развивающиеся лихорадочные пароксизмы, включающие последовательно появляющиеся признаки: озноб- жар- пот
- фебрильная лихорадка в течение 4-5 дней с последующим снижением ее до нормальных значений с ухудшением самочувствия больного на фоне развития острого геморрагического нефрозонефрита
- выраженные гемодинамические, двигательные, сенситивные и психические расстройства, связанные с сосудистым поражением ЦНС на фоне выраженной постоянной лихорадки
- гепатоспленомегалия, артралгии, микрополиаденопатия на фоне длительной фебрильной лихорадки с выраженной потливостью, с сохранением работоспособности пациента

Для малярии характерно наличие

- длительной фебрильной лихорадки, генерализованной полилимфоаденопатии, гепатоспленомегалии
- лихорадочных пароксизмов, гепатолиенального синдрома, гемолитической анемии
- длительной лихорадки неправильного типа, фиброзитов, целлюлитов, артритов, синовитов
- лихорадочной реакции, гепатоспленомегалии, геморрагического синдрома

Дебют малярии может проявляться

- экзантемой пятнисто-папулезного характера
- острой почечной недостаточностью
- инициальной лихорадкой (лихорадка неправильного типа)
- серозным менинго-энцефалитом

Дифференциальную диагностику малярии следует проводить с

- легионеллезом
- геморрагической лихорадкой с почечным синдромом
- лихорадкой Денге
- клещевыми пятнистыми лихорадками

Наиболее тяжело, с развитием тяжелых осложнений протекает малярия

- *Ovale*
- *Vivax*
- *Falciparum*
- *Malariae*

Специфическим осложнением малярии является

- острая обтурационная дыхательная недостаточность
- разрыв селезенки
- полинейропатия
- гипергликемическая кома

Тактика ведения больного малярией заключается в

- госпитализации в диагностическое отделение
- госпитализации в боксовое отделение
- ведении пациента в дневном стационаре
- ведении пациента в амбулаторных условиях

Купирующая терапия при неосложненной малярии включает назначение _____ препаратов

- нестероидных противовоспалительных
- гематошизотропных
- антибактериальных
- гамошизотропных

Для купирующей терапии данного больного целесообразно использовать

- примахин
- метронидозол
- хлорохин
- хинина дегидрохлорид

Наблюдение за больными, перенесшими малярию, вызванную *Pl. Vivax*, осуществляется в течение

- примахин
- метронидозол
- хлорохин
- хинина дегидрохлорид

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 31 лет на 7-й день болезни

Жалобы

- на слабость и регулярно появляющиеся приступы, которые сопровождаются ознобом, повышением температуры тела, повышенной потливостью

Анамнез заболевания

- Заболел остро, внезапно с озноба, повышения температуры тела до 39,2°C с

последующим обильным потоотделением.

- Лечился самостоятельно, принимал жаропонижающие (парацетамол) с кратковременным эффектом, приступы продолжались. Появилась слабость.
- На 7-й день болезни ознобы усилились, температура тела периодически повышалась до 40,3°C.
- Приступы регистрируются через день и, как правило, в одно и то же время. Озноб продолжается от 20 мин до 2 ч. Лихорадка продолжается 2-6 часов. Далее снижение температуры в течение 1-2 ч с профузным потоотделением.

Анамнез жизни

- Геолог
- Проживает в отдельной квартире с семьей (жена, ребенок дошкольного возраста).
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, 9 месяцев назад, когда вернулся из рабочей командировки в Эфиопию, перенес малярию, вызванную *Plasmodium vivax*. Лечился в стационаре. Эффективность лечения была подтверждена прекращением эритроцитарной шизогонии.
- Вредные привычки: отрицает.
- Прививочный анамнез - в прошлом прививался против желтой лихорадки и брюшного тифа.
- Последние 9 месяцев никуда за пределы Москвы не выезжал.

Объективный статус

- Температура тела 39,4°C.
- Лицо гиперемировано.
- Кожные покровы горячие на ощупь, сухие, сыпи на теле нет.
- Периферические лимфоузлы не увеличены.
- Слизистая ротоглотки обычной физиологической окраски, энантемы нет.
- АД – 110/60 мм.рт.ст, ЧСС – 102 уд. в мин.
- В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет.
- Живот мягкий, безболезненный. Нижняя граница печени определяется на уровне края реберной дуги, пальпируется увеличенная, плотная селезенка.
- Очаговых и менингеальных знаков нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- примахин
- метронидазол
- хлорохин
- хинина дегидрохлорид

Результаты лабораторных методов обследования

Паразитологическое исследование крови – микроскопия тонкого мазка крови, окрашенного по Романовскому-Гимзе

Обнаружены *Plasmodium vivax*

Паразитологическое исследование крови - микроскопия препарата «толстая капля»

Уровень паразитемии *Plasmodium vivax* 2,5 тыс паразитов в 1 мкл крови

Реакция непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ) на определение антител к *Hantaan virus*

Реакция отрицательная

Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на обнаружение *anti-Brucella species*

Реакция отрицательная

Посев крови на стерильность

Роста нет

Какой основной диагноз?

- примахин
- метронидозол
- хлорохин
- хинина дегидрохлорид

Диагноз

Малярия, вызванная *Plasmodium vivax*, поздний (экзоэритроцитарный) рецидив, среднетяжелое течение

Характерными клиническими признаками малярии являются

- выраженные гемодинамические, двигательные, сенситивные и психические расстройства, связанные с сосудистым поражением ЦНС на фоне выраженной постоянной лихорадки
- повторно развивающиеся лихорадочные пароксизмы, включающие последовательно появляющиеся признаки: озноб- жар- пот
- гепатоспленомегалия, артралгии, микрополиаденопатия на фоне длительной фебрильной лихорадки с выраженной потливостью, с сохранением работоспособности пациента
- фебрильная лихорадка в течение 4-5 дней с последующим снижением ее до нормальных значений с ухудшением самочувствия больного на фоне развития острого геморрагического нефрозонефрита

Осложнением позднего рецидива малярии- *vivax* является

- менингит
- нефротический синдром
- церебральная форма
- анемия

Дифференциальную диагностику рецидива малярии- *vivax* следует проводить с

- клещевыми пятнистыми лихорадками, лептоспирозом
- геморрагической лихорадкой с почечным синдромом, амебиазом

- легионеллезом, иксодовым клещевым боррелиозом
- сепсисом, висцеральным лейшманиозом

Специфическим осложнением малярии является

- полинейропатия
- разрыв селезенки
- гипергликемическая кома
- острая обтурационная дыхательная недостаточность

Наиболее тяжело, с развитием тяжелых осложнений протекает малярия

- Vivax
- Ovale
- Malariae
- Falciparum

Тактика ведения больного с рецидивом малярии -vivax заключается в

- госпитализации больного в инфекционный стационар
- ведении больного в амбулаторных условиях
- ведении больного в условиях дневного стационара
- госпитализация в отделении интенсивной терапии

Купирующая терапия при позднем рецидиве малярии- vivax включает назначение + _____ + препаратов

- антибактериальных
- гемошизонтоцидных
- нестероидных противовоспалительных
- гамотропных

Для профилактики поздних рецидивов при малярии – vivax используют _____ препараты

- гематошизонтоцидные
- гамотропные
- гистошизотропные
- антибактериальные

Для профилактики поздних рецидивов при малярии – vivax используют

- метронидазол
- хлорохин
- примахин
- хинина дегидрохлорид

Диспансеризация больных, перенесшими малярию -vivaх должна проводиться в течение

- метронидозол
- хлорохин
- примахин
- хинина дегидрохлорид

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 42 лет на 10-й день болезни

Жалобы

- на слабость, адинамию, кожные высыпания

Анамнез заболевания

- Заболела остро с повышения температуры тела до 37,9°C, головной боли, слабости, недомогания.
- Позже отметила появление чувства онемения и покалывания в области скуловой дуги справа.
- Лечилась самостоятельно, принимала противовоспалительные средства (ибупрофен), с кратковременным эффектом.
- На 5-й день болезни температура тела нормализовалась, появилась сыпь на лице, сопровождающаяся болезненными ощущениями, усиливающимися в ночные часы, увеличились околоушные, поднижнечелюстные лимфатические узлы.

Анамнез жизни

- Работает консьержем в многоквартирном жилом доме.
- Проживает в отдельной собственной квартире с сыном.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, в т.ч. ветряная оспа, простудные заболевания.
- Вредные привычки: отрицает.
- Прививочный анамнез не помнит (со слов пациентки прививалась «как все» в школе и в институте). От гриппа прививки не делала.

Объективный статус

- Температура тела 36,7°C.
- Лицо одутловато, гиперемировано, умеренная гиперемия конъюнктив.
- На коже правой щеки - сгруппированные везикулы («гроздь винограда») с мутным содержимым, располагающиеся на гиперемированном и отёчном основании. Размер их не превышает нескольких миллиметров. Сыпь имеет сегментарный, односторонний характер. Сыпь сопровождается умеренно выраженным болевым синдромом, боль приступообразная, усиливающаяся в ночные часы.
- Периферические лимфоузлы (околоушные, поднижнечелюстные) увеличены до размера горошин, чувствительны при пальпации.
- АД – 110 и 70 мм.рт.ст, ЧСС – 78 уд. в мин.

- В легких дыхание жесткое, проводится по всем полям, хрипов нет.
- Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены.
- В сознании. Очаговой неврологической и менингеальной симптоматики не выявлено.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- метронидазол
- хлорохин
- примахин
- хинина дегидрохлорид

Результаты лабораторных методов обследования

Полимеразная цепная реакция к возбудителям

Выявление ДНК *Varicella zoster* в клиническом материале (содержимом везикул)

Микроскопия мазков содержимого везикул

Выявление телец Арагао в окрашенных серебром по Морозову мазках жидкости везикул.

Реакция лейкоцитолита

Отрицательно

Бактериологический посев содержимого везикул

Роста нет

Бактериологический посев из зева и носоглотки

Роста нет

Реакция Видаля

Реакция отрицательная

Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные можно думать о диагнозе

- метронидазол
- хлорохин
- примахин
- хинина дегидрохлорид

Диагноз

Опоясывающий лишай, период высыпаний, среднетяжелая форма, типичное течение

Клиническими признаками продромального периода опоясывающего лишая являются

- заложенность носа, боли в горле, сухой трахеобронхит
- конъюнктивит, ринорея, полилимфаденопатия, гепатоспленомегалия
- боли в голе, полилимфаденопатия, гепатоспленомегалия

- слабость, повышение температуры тела, чувство онемения, покалывания или жжения в области поражённого дерматома

Главным клинико-диагностическим критерием опоясывающего лишая в стадию герпетических высыпаний считают наличие

- красных, четко очерченных элементов сыпи в форме отечных бляшек, покрытых везикулами, близко расположенными друг к другу
- экзантемы с тесно сгруппированными везикулами с прозрачным серозным содержимым, располагающиеся на гиперемированном и отёчном основании
- характерного очага эритемы с четкими границами, неровными краями с буллезными элементами с серозно-геморрагическим содержимым
- мелких пузырьков, эксудативных папул, пустул на фоне яркой гиперемии и отека с образованием мокнущих эрозий с прозрачным эксудатом

Осложнениями опоясывающего лишая являются

- энцефалит, менингит
- тиреоидит, сфеноидит
- гломерулонефрит, узловатая эритема
- артрит, миокардит

Дифференциальную диагностику опоясывающего лишая следует проводить с

- энтеровирусной инфекцией, бруцеллезом
- аллергическим дерматитом, скарлатиной
- менингококковой инфекцией, боррелиозом
- зостериформным простым герпесом, рожей

Тактикой ведения данной больной является

- госпитализация пациента в мельцеровский бокс
- амбулаторное наблюдение и лечение
- ведение пациента в дневном стационаре
- госпитализация в инфекционное отделение

Лечебная тактика при неосложненном опоясывающем лишае, в первую очередь, включает назначение

- гормональной терапии
- иммуномодуляторов
- противовирусной терапии
- антибактериальных препаратов

Этиотропная терапия при опоясывающем лишае предусматривает назначение

- ламивудина
- энтекавира
- ацикловира
- специфического противозостервирусного иммуноглобулина

Изоляция больного опоясывающим лишаем завершается по истечении

- 7 –го дня с момента начала пигментации
- 3-го дня с начала отторжения корочек после везикулезных элементов
- 5-го дня нормальной температуры
- 5 дней со времени появления последнего свежего элемента сыпи

Допуск реконвалесцентов опоясывающим лишаем в организованные коллективы детей и взрослых разрешается после

- отрицательного бактериологического исследования мазка из ротоглотки
- нарастания титра специфических IgG в 4 раза
- контрольной рентгенографии органов грудной клетки
- их клинического выздоровления

Медицинское наблюдение за контактными неиммунными лицами устанавливается сроком на + _____ + день/дней с момента изоляции больного с опоясывающим лишаем

- отрицательного бактериологического исследования мазка из ротоглотки
- нарастания титра специфических IgG в 4 раза
- контрольной рентгенографии органов грудной клетки
- их клинического выздоровления

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К. 36 лет обратился в поликлинику по месту жительства 22.01.2018г.

Жалобы

- на приступообразную боль в межреберной области спины справа, температуру до 37, 5°C, наличие элементов сыпи.

Анамнез заболевания

- С 20.01. беспокоит постоянная боль справа, в межреберной области спины, усиливающаяся при движении и трении одеждой. Самостоятельно применил эмульсию диклофенака местно. Вечером отметил познабливание, подъем температуры до 37,2°C, появление жжения и покраснения между 8 и 9 ребром справа.
- Утром 21.01. были обнаружены первые элементы мелкой сыпи, которую

расценил как аллергическую реакцию. Боль в спине усилилась. Вечером на месте элементов сыпи сформировались пузырьки.

Анамнез жизни

- Строитель, последнее время работает на улице
- Проживает в отдельной квартире с семьей.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.
- Вредные привычки: курение, алкоголь умеренно.
- Парентеральный анамнез не отягощен.

Объективный статус

- Температура тела 37,4 °С.
- Склеры и кожа вне очага обычной окраски.
- Язык влажный без налета. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.
- Печень и селезенка не увеличены.
- Физиологические отправления соответствуют норме.
- АД – 125/70 мм.рт.ст, ЧСС – 80 уд. в мин.
- На спине между 8 и 9 ребром по ходу нервного окончания, умеренно отечная красноватая экзантема, на фоне которой регистрируются мелкие папулезно-везикулезные элементы сыпи в виде гроздьев, располагающиеся на гиперемированном и отёчном основании. Часть элементов вскрыта, отделяемое серозное.

Лабораторным методом для постановки диагноза является

- отрицательного бактериологического исследования мазка из ротоглотки
- нарастания титра специфических IgG в 4 раза
- контрольной рентгенографии органов грудной клетки
- их клинического выздоровления

Результаты лабораторных методов обследования

ПЦР сыворотки крови

Определяется ДНК вируса Varicella zoster

Реакция лейкоцитоза

Реакция отрицательная

Реакция преципитации по Асколи

Реакция отрицательная

Бактериологическое исследование соскоба элементов сыпи

Роста нет

Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- отрицательного бактериологического исследования мазка из ротоглотки
- нарастания титра специфических IgG в 4 раза
- контрольной рентгенографии органов грудной клетки
- их клинического выздоровления

Диагноз

Опоясывающий лишай, период высыпаний, типичное течение

Предшественником данного заболевания является

- заболевание, вызванное герпес вирусом 6 типа
- хроническая инфекция, вызванная герпесом 1 и 2 типа
- ранее перенесенная ветряная оспа
- инфекционный мононуклеоз, вызванный вирусом Эпштейн-Барр

Тяжелое течение данного заболевания наблюдается при

- генерализации и трансформации в буллезную форму
- хронизации процесса
- присоединении упорного кожного зуда
- абортном течении заболевания

Критерии тяжести при опоясывающем лишае включают

- выраженность интоксикационного синдрома на фоне полилимфоаденопатии и снижения массы тела
- увеличение печени и селезенки, повышение активности трансаминаз в биохимическом анализе крови
- выраженность интоксикационного синдрома с признаками поражения ЦНС и местные кожные проявления
- наличие катарального синдрома в раннем периоде заболевания

Неоднократные повторные случаи опоясывающего лишая можно наблюдать у пациентов с

- выраженной иммуносупрессией
- нарушением когнитивных функций
- хронической инфекцией, вызванной герпесом 1 и 2 типа
- частыми рецидивами рожи

К основным кожным симптомам, характерным для опоясывающего лишая, относят

- красные, четко очерченные элементы сыпи в форме отечных бляшек, покрытых везикулами, близко расположенными друг к другу
- гиперемию на коже и слизистых с элементами везикулезной сыпи
- элементы эрозий с фибринозным налетом на кожных покровах
- множественные однокамерные везикулы с пупкообразным вдавлением в центре

Основными клиническими симптомами, характерными для опоясывающего лишая, являются

- менингеальные симптомы и обильная геморрагическая сыпь с возможным некротическим компонентом
- приступообразные корешковые боли с местной гиперестезией и везикулезная сыпь на фоне эритемы
- высокая лихорадка и обильная полиморфная макуло-папуло-везикулезная сыпь
- выраженная интоксикация и эритематозный очаг с геморрагиями и буллами

К возможным осложнениям опоясывающего герпеса относят

- парезы глазодвигательного и лицевого нервов
- формирование лимфедемы и фибродемы на месте эритемы
- вторичный менингит с нейтрофильным плеоцитозом в периоде продромы
- глубокие некрозы мягких тканей на месте высыпаний с формированием келоидных рубцов

Госпитализация при опоясывающем лишае показана

- всем больным
- больным с поражением n. maxillaris
- пациентам с длительно сохраняющейся корешковой симптоматикой
- больным с поражением n. ophthalmicus

Схема лечения для данного пациента включает назначение

+ _____ + мг + _____ + раза в сутки

- ампициллина 500; 2
- римантадина 100; 3
- валацикловира 1000; 3
- осельтамивира 75; 2

Допуск реконвалесцентов опоясывающим лишаем в организованные коллективы детей и взрослых разрешается после

- ампициллина 500; 2
- римантадина 100; 3
- валацикловира 1000; 3
- осельтамивира 75; 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Н. 38 лет обратился в поликлинику по месту жительства на 5-й день болезни.

Жалобы

- на кожные высыпания в области груди, сопровождающиеся болевым синдромом, слабость, недомогание.

Анамнез заболевания

- Заболел остро с озноба, повышения температуры тела до 37,5°C, головной боли, слабости.
- Далее стал отмечать появление чувства онемения и покалывания в области грудной клетки слева.
- Самостоятельно принимал парацетамолсодержащие препараты (Терафлю), с незначительным эффектом.
- На 3-й день болезни температура тела нормализовалась, появилась сыпь на коже груди слева, сопровождающаяся появлением боли в этой области, усиливающейся в ночные часы, сенсорными нарушениями в зоне высыпаний в виде расстройства чувствительности, увеличились аксиллярные лимфатические узлы.

Анамнез жизни

- Работает специалистом в IT-компании.
- Проживает один в отдельной собственной квартире.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.
- Вредные привычки: отрицает.
- Прививочный анамнез не помнит (со слов пациента прививался «как все» в школе и в институте). От гриппа прививки не делал.

Объективный статус

- Температура тела 36,8°C.
- На коже груди слева - сгруппированные везикулы («гроздь винограда») с мутным содержимым, располагающиеся на гиперемизированном и отёчном основании. Размер их не превышает нескольких миллиметров. Сыпь имеет сегментарный, односторонний характер. Сыпь сопровождается умеренно выраженным болевым синдромом, боль приступообразная, усиливающаяся в ночные часы, сенсорными нарушениями в зоне высыпаний в виде расстройства чувствительности.
- Периферические лимфоузлы (аксиллярные) увеличены до размера горошин, умеренно болезненны при пальпации.
- Слизистая оболочка ротоглотки в области мягкого неба, задней стенки глотки гиперемизирована, отмечается ее зернистость, везикулезных высыпаний не обнаружено.
- АД – 120 и 80 мм.рт.ст, ЧСС – 80 уд. в мин.
- В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин.
- Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены.
- Признаков поражения ЦНС и менингеальной симптоматики не выявлено.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- ампициллина 500; 2

- римантадина 100; 3
- валацикловира 1000; 3
- осельтамивира 75; 2

Результаты лабораторных методов обследования

Полимеразная цепная реакция к возбудителям

Выявление ДНК *Varicella zoster* в клиническом материале (содержимом везикул)

Микроскопический метод

Выявление телец Арагао (скопления вируса) в окрашенных серебрением по Морозову мазках жидкости везикул

Реакция Кумбса

Реакция отрицательная

Кожно-аллергическая проба Бюрне

Реакция отрицательная

Бактериологический посев из зева и носоглотки

Роста нет

Реакция преципитации по Асколи

Реакция отрицательная

Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- ампициллина 500; 2
- римантадина 100; 3
- валацикловира 1000; 3
- осельтамивира 75; 2

Диагноз

Опоясывающий лишай, период высыпаний, легкое течение

Патогномоничным признаком опоясывающего лишая является наличие

- яркой, горячей на ощупь эритемы с четкими, неровными контурами на фоне выраженного отека и регионарного лимфаденита
- багрово-синюшного, резко болезненного при пальпации инфильтрата
- экзантемы с тесно сгруппированными везикулами с прозрачным серозным содержимым, располагающиеся на гиперемированном и отёчном основании
- обильной, сливной пятнисто-папулезной сыпи на гиперемированном фоне

Клинические признаки продромального периода опоясывающего лишая включают

- заложенность носа, боли в горле, сухой трахеобронхит
- боли в горле, полилимфаденопатию, гепатоспленомегалию
- конъюнктивит, ринорею, полилимфаденопатию, гепатоспленомегалию

- лихорадку, головную боль, чувство онемения в очаге

Для сенсорных нарушений при опоясывающем лишае характерны

- нарушение дискриминационной чувствительности в очаге
- локальные жгучие боли, усиливающиеся в ночные часы
- расстройство мышечного тонуса в зоне поражения
- сенсорная афазия

Дифференциальную диагностику опоясывающего лишая с представленной локализацией до момента появления сыпи следует проводить с

- холециститом, пиелонефритом
- поперечным миелитом, гломерулонефритом
- пневмонией, стенокардией
- рожей, холециститом

К возможным осложнениям опоясывающего лишая относят

- серозный менингит
- терминальный илеит
- инфекционно-токсический миокардит
- односторонний сакроилеит

Тактикой ведения данного больного является

- госпитализация в инфекционное отделение
- амбулаторное наблюдение и лечение
- госпитализация в мельцеровский бокс
- госпитализация в стационар любого профиля

Лечебная тактика при неосложненном опоясывающем лишае, в первую очередь, включает назначение

- противовирусной терапии
- иммуномодулирующей терапии
- гормональных препаратов коротким курсом
- антибактериальных препаратов

Этиотропная терапия при опоясывающем лишае предусматривает назначение

- энтекавира
- ацикловира
- осельтамивира
- специфического противозостервирусного иммуноглобулина

Изоляция больного опоясывающим лишаем завершается по истечении

- 3-го дня с окончания отторжения корочек на месте высыпаний
- 7-го дня с момента начала пигментации
- 5-го дня нормальной температуры
- 5 дней со времени появления последнего свежего элемента сыпи

Индекс контагиозности при опоясывающем лишае не превышает + _____ + %

- 3-го дня с окончания отторжения корочек на месте высыпаний
- 7-го дня с момента начала пигментации
- 5-го дня нормальной температуры
- 5 дней со времени появления последнего свежего элемента сыпи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 20 лет на 3-й день болезни

Жалобы

• на повышение температуры тела, рвоту, боли в животе, более выраженные в правой половине, боли в суставах.

Анамнез заболевания

- Заболел остро с озноба, повышения температуры тела до 39,3°C, головной боли, болей в животе, более выраженных в правой половине, жидкого стула.
- На 3-й день болезни беспокоили боли в суставах, рвота 2-3 раза в сутки, боли в животе усилились, локализовались в правой подвздошной области. Стул нормализовался.
- Лечился самостоятельно, принимал жаропонижающие (парацетамол), энтеросорбенты (энтеросгель) и спазмолитики (но-шпу) - без эффекта.

Анамнез жизни

- Студент дневного отделения ВУЗа
- Проживает в отдельной квартире с родителями.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.
- Вредные привычки: отрицает.
- Прививочный анамнез не помнит (со слов пациента прививался в школе).
- Эпид. анамнез: в течение последнего месяца 2 раза работал на овощной базе; ежедневно употребляет в пищу салаты, приготовленные из моркови, капусты, листовых овощей.

Объективный статус

- Температура тела 39,1°C.
- Лицо одутловато, гиперемировано, веки припухшие, выраженная гиперемия конъюнктив.
- Кисти и стопы гиперемированы, отечные.

- Периферические лимфоузлы (заднешейные, подчелюстные) увеличены до размера горошин, незначительно болезненные при пальпации.
- Слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, миндалины гипертрофированы.
- Язык обложен белым налетом, кончик языка ярко красный.
- АД – 110/65 мм.рт.ст, ЧСС – 116 уд. в мин.
- В легких жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются.
- Живот мягкий, напряженный и болезненный в правой подвздошной области, положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Ситковского, Ровзинга.
- Диурез не нарушен, моча обычного цвета.
- Стул оформленный.
- Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 3-го дня с окончания отторжения корочек на месте высыпаний
- 7-го дня с момента начала пигментации
- 5-го дня нормальной температуры
- 5 дней со времени появления последнего свежего элемента сыпи

Результаты лабораторных методов обследования

Иммуноферментный анализ крови к антигенам *Y.Pseudotuberculosis*

|===

|Наименование

|Единицы

|Результат {asterisk}

|Anti- *Yersinia pseudotuberculosis* IgA

|КП

|3,8

|Anti- *Yersinia pseudotuberculosis* IgG

|КП

|0,21

|Anti- *Yersinia enterocolitica* IgA

|КП

|отрицательно

|Anti- *Yersinia enterocolitica* IgG

|КП

|отрицательно

|===

{asterisk} меньше 0,9 – антитела не обнаружены; 0,9-1,1- анализ рекомендуется повторить; больше 1,1- антитела обнаружены

Молекулярно-биологические методы диагностики (ПЦР) к ДНК *Yersinia pseudotuberculosis*

ДНК *Yersinia pseudotuberculosis* обнаружена

РНГА с сальмонеллезным диагностикумом

Реакция отрицательная

Бактериологический посев крови

Роста нет

РНГА с шигеллезным диагностикумом

Реакция отрицательная

Учитывая клинико-анамнестические и лабораторные данные можно думать о диагнозе

- 3-го дня с окончания отторжения корочек на месте высыпаний
- 7-го дня с момента начала пигментации
- 5-го дня нормальной температуры
- 5 дней со времени появления последнего свежего элемента сыпи

Диагноз

Псевдотуберкулез, абдоминальная форма, острый аппендицит, средней степени тяжести

В гемограмме при псевдотуберкулезе наблюдается

- лейкопения, анэозинофилия, относительный лимфоцитоз
- лейкопения, лимфоцитоз, тромбоцитопения
- лейкоцитоз, нейтрофилез, относительная лимфопения
- лейкоцитоз, абсолютный лимфоцитоз, атипичные мононуклеары

Клинические признаки абдоминального синдрома при псевдотуберкулезе включают

- терминальный илеит, тифлит, острый панкреатит
- мезаденит, терминальный илеит, острый аппендицит
- гепатоспленомегалию, острый панкреатит, сигмоидит
- спленомегалию, гастроэнтероколит, острый панкреатит

Характерным для поражения кожных покровов в начальный период болезни при псевдотуберкулезе является

- скудная розеолезная сыпь на передней и боковых поверхностях грудной клетки и живота, которая появляется на 8-11-й день от начала болезни с феноменом подсыпания
- обильная мелкоточечная скарлатиноподобная сыпь со сгущением в местах естественных складок, вокруг суставов, которая появляется на 2-4-й день болезни
- обильная розеолезно-петехиальная сыпь на лице, туловище, конечностях, не зудящая, которая появляется на 5-й день болезни
- обильная крупная «грубая» пятнисто-папулезная сыпь, склонная к слиянию, на фоне неизмененного цвета кожи, которая появляется на 4-5 день болезни с поэтапным ее распространением

Осложнениями абдоминальной формы псевдотуберкулеза являются

- перитонит, стеноз терминального отдела подвздошной кишки, спаечная болезнь
- острый панкреатит, сигмоидит, некроз и перфорация гепатохоледоха
- острое желудочно-кишечное кровотечение, деструктивный негнойный холангит, холецистит
- острый гепатит, желудочное кровотечение, холецистит

Дифференциальную диагностику абдоминальной формы псевдотуберкулеза следует проводить с

- острым аппендицитом, кишечной непроходимостью, ущемленной грыжей
- ротавирусной инфекцией, холерой, бактериальными пищевыми отравлениями
- холерой, ботулизмом, энтеровирусной инфекцией
- сальмонеллезом, холерой, энтеровирусной инфекцией

Тактика ведения данного больного заключается в

- госпитализации в мельцеровский бокс
- госпитализации в хирургическое отделение
- дальнейшем ведении пациента в дневном стационаре
- ведении пациента в амбулаторных условиях

Лечебная тактика при абдоминальной форме псевдотуберкулеза заключается в назначении

- глюкокортикостероидов
- спазмолитиков
- антибиотикотерапии
- энтеросорбентов

Для этиотропной терапии псевдотуберкулеза используется

- стрептомицин
- триметоприм
- ампициллин
- ципрофлоксацин

Выписка больных из стационара возможна после

- снижения титра специфических IgM
- снижения титра специфических IgG в 4-е раза
- отрицательного бактериологического исследования кала
- их полного клинического выздоровления

Профилактика псевдотуберкулеза заключается в

- снижения титра специфических IgM
- снижения титра специфических IgG в 4-е раза
- отрицательного бактериологического исследования кала
- их полного клинического выздоровления

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 19 лет на 2-й день болезни

Жалобы

- на повышение температуры тела, слабость, головную боль, озноб, боль в горле при глотании, снижение аппетита, боли в животе, жидкий стул 1-2 раза в день, боль в правом коленном суставе.

Анамнез заболевания

- Заболел остро с озноба, повышение температуры тела до 38,3°C, головной боли, слабости, заложенности носа, боли в горле при глотании.
- Далее стал раздражать яркий свет, слезились глаза, появилось ощущение «песка» в глазах, беспокоили ноющая боль в животе и жидкий стул.
- Лечился самостоятельно, принимал жаропонижающие (парацетамол) и энтеросорбенты (смекту) с кратковременным эффектом.
- На 2-й день болезни температура тела повысилась до 39,1°C, появилась мелкоточечная сыпь на боковых поверхностях туловища, на сгибательных поверхностях конечностей с концентрацией вокруг суставов.

Анамнез жизни

- Студент дневного отделения сельскохозяйственного ВУЗа
- Проживает в отдельной квартире с родителями.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.
- Вредные привычки: отрицает.
- Прививочный анамнез не помнит (со слов пациента прививался в школе и в институте).
- Эпид. анамнез: в течение последнего месяца несколько раз работал в теплице (на практике)

Объективный статус

- Температура тела 39,1°C.
- Лицо одутловато, гиперемировано, веки припухшие, выраженная гиперемия конъюнктив.
- На коже туловища и конечностей обильная мелкоточечная сыпь на фоне гиперемии, более обильная в области отека кистей и стоп.
- Периферические лимфоузлы (заднешейные, подчелюстные) увеличены до размера горошин, незначительно болезненные при пальпации.
- Слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, миндалины гипертрофированы.
- Язык обложен белым налетом, кончик языка ярко красный.
- АД – 110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 106 уд. в мин.

- В легких жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются.
- Живот мягкий, слегка болезненный в правой половине, печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги.
- Диурез не нарушен, моча обычного цвета.
- Стул жидкий, без патологических примесей.
- Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- снижения титра специфических IgM
- снижения титра специфических IgG в 4-е раза
- отрицательного бактериологического исследования кала
- их полного клинического выздоровления

Результаты лабораторных методов обследования

Иммуноферментный анализ крови

|===

|Наименование

|Единицы

|Результат {asterisk}

|Anti- Yersinia pseudotuberculosis IgA

|КП

|3,1

|Anti- Yersinia pseudotuberculosis IgG

|КП

|0,23

|Anti- Yersinia enterocolitica IgA

|КП

|отрицательно

|Anti- Yersinia enterocolitica IgG

|КП

|отрицательно

|===

{asterisk} меньше 0,9 – антитела не обнаружены; 0,9-1,1- анализ рекомендуется повторить; больше 1,1- антитела обнаружены

ПЦР - диагностика

ДНК Yersinia pseudotuberculosis обнаружена

Бактериоскопическое исследование кала

Патогенные энтеробактерии не выделены

Копрограмма

Количество за сутки - 350 грамм; +

Консистенция - жидкий; +

Цвет – коричневый; +

Патологические примеси (гной, паразиты, кровь)- отсутствуют; +

Реакция (рН) - нейтральная; +
Стеркобилин - 21- мг/сутки; +
Скрытая кровь – отсутствует; +
Растворимый белок - отсутствует; +
Мышечные волокна - единичные, гладкомышечные; +
Соединительная ткань - отсутствует; +
Нейтральные жиры - отсутствуют; +
Жирные кислоты - отсутствуют; +
Растительная клетчатка - в различном количестве; +
Крахмал - отсутствует; +
Йодофильная флора - отсутствует; +
Лейкоциты - единичные; +
Эритроциты - единичные; +
Эпителиальные клетки - единичные; +
Кристаллы (Шарко-Лейдена, гематоидина, трипельфосфатов) – отсутствуют.

РНГА с сальмонеллезным диагностикумом

Реакция отрицательная

Какой основной диагноз?

- снижения титра специфических IgM
- снижения титра специфических IgG в 4-е раза
- отрицательного бактериологического исследования кала
- их полного клинического выздоровления

Диагноз

Псевдотуберкулез, генерализованная форма, смешанный вариант, средней степени тяжести

Клинические признаки абдоминального синдрома при псевдотуберкулезе включают

- гепатоспленомегалию, тифлит, токсико-аллергический холангит
- острый панкреатит, гепатоспленомегалию, сигмоидит
- острый аппендицит, мезаденит, терминальный илеит
- гепатоспленомегалию, острый гастрит, острый панкреатит

Характерным для поражения кожных покровов в начальный период болезни при псевдотуберкулезе является

- обильная мелкоточечная скарлатиноподобная сыпь со сгущением в местах естественных складок, вокруг суставов, которая появляется на 2-4-й день болезни
- скудная розеолезная сыпь на передней и боковых поверхностях грудной клетки и живота, которая появляется на 8-11-й день от начала болезни с феноменом подсыпания
- обильная крупная «грубая» пятнисто-папулезная сыпь, склонная к слиянию, на фоне неизмененного цвета кожи, которая появляется на 4-5 день болезни с поэтапным ее распространением

- обильная розеолезно-петехиальная сыпь на лице, туловище, конечностях, не зудящая, появляется на 5-й день болезни

Осложнениями генерализованной формы псевдотуберкулеза являются

- панкреатит, токсический мегаколон, холецистит
- желудочно-кишечное кровотечение, некроз и перфорация гепатохоледоха, острый холецистит
- острая печеночная недостаточность, желудочно-кишечные кровотечения, тромбоз мезентериальных сосудов
- инфекционно-токсический шок, диффузный илеит с перфорацией кишечника и развитием перитонита

Дифференциальную диагностику псевдотуберкулеза в ранние сроки болезни следует проводить с

- ротавирусной инфекцией, розей, бруцеллезом
- гриппом, скарлатиной, менингококцемией
- инфекционным мононуклеозом, ботулизмом, брюшным тифом
- краснухой, боррелиозом, орнитозом

Тактика ведения данного больного заключается в

- госпитализации в мельцеровский бокс
- госпитализации в инфекционное отделение
- ведении пациента в амбулаторных условиях
- ведении пациента в дневном стационаре

Лечебная тактика при генерализованной форме псевдотуберкулеза заключается в назначении

- бактериофагов
- антибиотикотерапии
- иммунокорректоров
- гепатопротекторов

Для этиотропной терапии псевдотуберкулеза используется

- ципрофлоксацин
- амикацин
- клиндамицин
- ампициллин

Диспансерное наблюдение реконвалесцентов после перенесенного псевдотуберкулеза осуществляется до _____ месяцев после выписки из стационара

- 6-ти

- 3-х
- 12 -ти
- 2-х

Выписка больных из стационара возможна после

- их полного клинического выздоровления
- снижения титра специфических IgG
- нарастания титра специфических IgG в 4-е раза
- отрицательного бактериологического исследования кала

Профилактика псевдотуберкулеза заключается в

- их полного клинического выздоровления
- снижения титра специфических IgG
- нарастания титра специфических IgG в 4-е раза
- отрицательного бактериологического исследования кала

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 65 лет

Жалобы

• на повышение температуры тела, слабость, головную боль, покраснение левой половины лица, чувство жжения и распирания в ней.

Анамнез заболевания

- Заболела вечером остро с озноба, повышение температуры тела до 38,2°C, головной боли, слабости.
- Лечилась самостоятельно, принимала жаропонижающие (парацетамол) с кратковременным эффектом.
- Утром заметила отек и покраснение в области щек и носа

Анамнез жизни

- Пенсионерка.
- Проживает в отдельной квартире с дочерью и внуком.
- Данным заболеванием болен первый раз.
- Вредные привычки: отрицает.
- За несколько дней до заболевания пациента перенесла ОРВИ, после которого на слизистой носа оставались корочки и трещинки

Перенесенные заболевания: Артериальная гипертензия 1 ст. (принимает "эналаприл"), желчекаменная болезнь, варикозная болезнь вен нижних конечностей, ожирение II степени, сахарный диабет отрицает (однако, имеет дома глюкометр: натощак глюкоза крови 7,3-7,8)

Объективный статус

- Температура тела 38,2°C.
- В области щек и носа яркая эритема с четкими неровными контурами в виде зубцов. Кожа в области эритемы инфильтрирована, напряжена, горячая на

ощупь, умеренно болезненна при пальпации, имеются мелкие геморрагии, отек лица.

- Подчелюстные лимфоузлы увеличены и болезненны при пальпации.
- АД – 140/80 мм.рт.ст, ЧСС – 92 уд. в мин.
- В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет.
- Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.
- Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Составьте план лабораторного обследования данной пациентки для подтверждения предполагаемого диагноза

- их полного клинического выздоровления
- снижения титра специфических IgG
- нарастания титра специфических IgG в 4-е раза
- отрицательного бактериологического исследования кала

Результаты лабораторных методов обследования

Общий анализ крови

|===

|Показатели

|Ед.измерения

|Результат

|Норма

|Гемоглобин

|г/л

|135

|120,0-140,0

|Эритроциты

| $\times 10^6$ /л

|4,47

|4,00- 6,00

|Тромбоциты

| $\times 10^3$ /л

|340

|150-400

|Лейкоциты

| $\times 10^3$ /л

|10,5

|4,0-9,0

|палочкоядерные

|%

|10

|1-6

|сегментоядерные

|%

|62
|47-72
|эозинофилы
|%
|1
|0-5
|лимфоциты
|%
|21
|19-37
|моноциты
|%
|6
|3-11
|СОЭ
|
|25
|2-20
|===

Клинический анализ мочи

|===
|Показатель
|Норма
|Результат
|Цвет
|соломенно-жёлтый
|жёлтый
|Прозрачность
|прозрачная
|прозрачная
|Удельный вес
|1010-1030
|1015
|Реакция (pH)
|4.5-7.0
|6.4
|Белок
|отсутствует
|0.5 г/л
|Сахар
|отсутствует
|отсутствует
|Желчные пигменты
|отсутствуют
|отсутствует

|Эпителий плоский
|незначительно
|1-3
|Эпителий переходный
|незначительно
|отсутствует
|Эпителий почечный
|отсутствует
|отсутствует
|Цилиндры гиалиновые
|1-2
|отсутствуют
|Лейкоциты
|0-6
|5-7
|Эритроциты
|Неизмененные 0-2
|2-3
|Бактерии
|Не более 1×10^5
| 1×10^5
|Соли
|оксалаты
|оксалаты
|===

Бактериологический посев крови

Роста нет

Иммунолюминисцентный метод мазков - отпечатков

Отрицательно

Бактериологический посев мочи

Роста нет

Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- их полного клинического выздоровления
- снижения титра специфических IgG
- нарастания титра специфических IgG в 4-е раза
- отрицательного бактериологического исследования кала

Диагноз

Эритематозно-геморрагическая рожа лица, первичная, средней тяжести

Диагностическим критерием местного очага воспаления при роже является эритема

- резко болезненная с нечеткими границами
- с бледно-цианотичным центром и яркими краями

- с четкими границами и неровными контурами, горячая на ощупь
- гомогенная, округлой формы, медленно увеличивающаяся в размерах

К первичным элементам рожистого очага относят

- эритему
- эрозии
- геморрагии
- буллы

К провоцирующим факторам при роже относят

- метаболический синдром
- нарушение целостности кожных покровов
- эндокринные нарушения
- хроническую венозную недостаточность

Предрасполагающим фактором для возникновения рожи у этой пациентки является

- варикозная болезнь вен нижних конечностей
- желчекаменная болезнь
- метаболический синдром
- нарушение целостности слизистой носа

К общим осложнениям рожи относится

- инфекционно-токсический шок
- формирование флегмоны на месте эритемы
- абсцедирование очага
- глубокий некроз кожи

Для лечения первичной неосложненной рожи применяют

- тетрациклин гидрохлорид
- бензилпенициллин натриевую соль
- левомицитина сукцинат
- хинина дегидрохлорид

Дополнительно, этой пациентке целесообразно назначить

- курс физиотерапии (УФО, УВЧ)
- лечебный массаж лица и воротниковой зоны
- венотонизирующие и антикоагулянтные местные средства
- антибактериальные мази местно на очаг воспаления

Методом профилактики рецидивов рожи является

- вакцинотерапия
- профилактический прием фторхинолонов
- профилактический прием аминогликозидов
- полноценное лечение первичной рожи

Показанием для профилактического назначения бициллина-5 больным рожей является

- распространенная рожа с захватом 3-х и более анатомических областей
- тяжелое течение заболевания
- рецидивирующее течение
- развитие осложнений, связанных с присоединением вторичной флоры

При частых рецидивах рожи длительность бицилинопрофилактики составляет не менее + _____ + месяцев

- распространенная рожа с захватом 3-х и более анатомических областей
- тяжелое течение заболевания
- рецидивирующее течение
- развитие осложнений, связанных с присоединением вторичной флоры

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 64 лет на 4-й день болезни

Жалобы

- на высокую температуры тела, слабость, озноб, отек, покраснение, боль и появление пузырей в области левой голени.

Анамнез заболевания

- Заболевание началось днем остро с озноба, повышения температуры тела до 39,1°C, слабости, пропал аппетит, вечером заметила небольшой отек и покраснение в нижней трети левой голени.
- На 2-й день болезни сохранялась высокая температура - 39,2°C, отек, яркое покраснение в области левой голени усилились, появилось жжение.
- На 3-й день болезни сохранялись высокая температура - 39,3°, слабость, отек, боль и покраснение левой голени, появились пузыри.
- Лечилась самостоятельно, принимала жаропонижающие (парацетамол) без эффекта.
- Аналогичные заболевания на этой же ноге перенесла два раза за текущий год, последний раз - три месяца назад.

Анамнез жизни

- Пенсионерка
- Проживает в отдельной квартире вместе с мужем.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские

инфекции, ангины, хронический отит, тонзилэктомия. Перелом левой голени 20 лет назад.

- Вредные привычки: отрицает.
- Прививочный анамнез не помнит (со слов пациентки прививалась в школе). Делала прививку от гриппа.

Объективный статус

- Температура тела 38,6°C.
- В области левой голени выраженный отек, яркое покраснение горячее на ощупь, геморрагии, крупные буллы с серозно-геморрагическим содержимым. Паховые лимфоузлы слева увеличены, болезненны при пальпации.
- Кожа туловища, остальных конечностей - обычной окраски.
- Периферические лимфоузлы (заднешейные, затылочные, подчелюстные, подмышечные, правосторонние паховые) не увеличены, безболезненные при пальпации.
- Слизистая ротоглотки розовая.
- АД – 110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 110 уд. в мин.
- В легких хрипов нет.
- Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.
- Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

План обследования данной больной включает

- распространенная рожа с захватом 3-х и более анатомических областей
- тяжелое течение заболевания
- рецидивирующее течение
- развитие осложнений, связанных с присоединением вторичной флоры

Результаты лабораторных методов обследования

Общий анализ крови

|===

|Наименование

|Нормы

|Результат

|Гемоглобин

|120,0 - 140,0

|135,0

|Гематокрит

|35,0 - 47,0

|37,1

|Лейкоциты

|4,00 - 9,00

|16,0

|Эритроциты

|4,00 - 5,70

|4,2

|Тромбоциты
|150,0 - 320,0
|225,0
|Лимфоциты
|19,0 - 37,0
|13
|Моноциты
|2,0 - 10,0
|1
|Нейтрофилы п/ядерные
|1-6
|18
|Нейтрофилы с/ядерные
|47-72
|68
|Эозинофилы
|0,0 - 5,0
|0
|Базофилы
|0,0 - 1,0
|0,0
|СОЭ
|2 - 20
|26
|===

Анализ крови на глюкозу
Глюкоза крови – 5,2 ммоль/л
Общий анализ мочи

|===
|Показатель
|Норма
|Результат
|Цвет
|Соломенно-жёлтый
|жёлтый
|Прозрачность
|прозрачная
|прозрачная
|Удельный вес
|1010-1030
|1017
|Реакция (рН)
|4.5-7.0
|5.5
|Белок

|отсутствует
|0.2 г/л
|Сахар
|отсутствует
|отсутствует
|Желчные пигменты
|Отсутствует
|отсутствует
|Эпителий плоский
|Незначительно
|1-3
|Эпителий переходный
|Незначительно
|отсутствует
|Эпителий почечный
|Отсутствует
|отсутствует
|Цилиндры
|Гиалиновые 1-2
|Гиалиновые 1-2
|Лейкоциты
|0-6
|5-7
|Эритроциты
|Неизменённые 0-2
|1-3
|Бактерии
|Не более 1×10^5 [^]
| 1.5×10^5 [^]
|Соли
|оксалаты
|оксалаты
|===

Бактериологический посев крови

Отрицательно

Бактериологический посев мочи

Роста нет

Бактериологический посев со слизистой ротоглотки

Роста нет

Какой основной диагноз?

- распространенная рожа с захватом 3-х и более анатомических областей
- тяжелое течение заболевания
- рецидивирующее течение
- развитие осложнений, связанных с присоединением вторичной флоры

Диагноз

Буллезно-геморрагическая рожа левой нижней конечности, среднетяжелое течение, рецидивирующее течение

Клинические признаки начального периода рожи включают

- заложенность носа, першение в горле, сухой «саднящий» кашель
- озноб, повышение температуры, выраженную потливость, спленомегалию
- боли в горле, полилимфаденопатия, гепатоспленомегалия
- озноб, повышение температуры, слабость, головную боль

К патогномоничным признакам рожи относят

- обильную сливную пятнисто-папулезную сыпь на гиперемизированном фоне
- красный, резко болезненный при пальпации инфильтрат с геморрагическим пропитыванием, регионарный лимфаденит
- пятнисто-папулезную сыпь с кожным зудом, микрополилимфаденопатию
- отек, яркую горячую на ощупь эритему с неровными контурами, геморрагии, буллы, регионарный лимфаденит

К местным осложнениям рожи, которые могут возникнуть у данной больной относят развитие

- облитерирующего эндартериита
- фокального витилиго
- хронического нейроаллергодерматоза
- единичных или множественных абсцессов

Дифференциальную диагностику рожи следует проводить с

- мигрирующей эритемой, аллергическим дерматитом, опоясывающим лишаем
- энтеровирусной инфекцией, бруцеллезом, иерсиниозом
- скарлатиной, системной красной волчанкой, краснухой
- менингококковой инфекцией, корью, бруцеллезом

Часто рецидивирующей рожей считают наличие рецидивов от + _____ + раз/раза в год

- 3
- 1
- 5
- 2

Тактика ведения данной больной заключается в

- ведении пациента в амбулаторных условиях

- ведении пациента в дневном стационаре
- госпитализации в хирургическое отделение
- госпитализации в инфекционный стационар

Лечебная тактика в отношении данной пациентки, заключается в назначении

- антибактериальных мазей (местно на очаг) и глюкокортикостероидов коротким курсом
- двухкурсового лечения антибактериальными препаратами
- монотерапии антибактериальными препаратами, действующими на L-формы стрептококка
- тугого бинтования с наложением синтомициновой эмульсии в сочетании с физиотерапией

Нахождение больного рожей в инфекционном стационаре осуществляется до

- появления пигментации в области рожистого очага
- 10-го дня нормальной температуры
- клинического выздоровления
- момента уменьшения эритемы

Для профилактики рожи, данной пациентке следует рекомендовать

- тетрациклин по 0,3 г 4 раза в день 1 месяц
- эритромицин по 0,5 г 4 раза в день 6 месяцев
- бициллин-5 по 1,5 млн ЕД 1 раз в три недели 1 год
- левофлоксацин по 0,5 г 2 раза в день 8 месяцев

Инкубационный период рожи при экзогенном заражении длится до

- тетрациклин по 0,3 г 4 раза в день 1 месяц
- эритромицин по 0,5 г 4 раза в день 6 месяцев
- бициллин-5 по 1,5 млн ЕД 1 раз в три недели 1 год
- левофлоксацин по 0,5 г 2 раза в день 8 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 58 лет на 3-й день болезни

Жалобы

• на повышение температуры тела, слабость, головную боль, покраснение левой голени, чувство жжения и распирания в ней, появление пузырей.

Анамнез заболевания

- Заболела остро: слабость, потрясающий озноб, подъём температуры тела до 38,6°C. Начала самостоятельно принимать жаропонижающие, обезболивающие препараты, без видимого эффекта.
- На вторые сутки заболевания появились тянущие боли в левой паховой области, покраснение, отёк, чувство распирания и жжения в области левой голени. Использовала местно полуспиртовые компрессы.
- На третьи сутки на фоне сохраняющейся лихорадки с ознобом отметила увеличение очага в размерах и его яркости, появление пузырей, болей в левой нижней конечности при движениях и при ходьбе.

Анамнез жизни

- Пенсионерка.
- Проживает в отдельной квартире с мужем, дочерью и внуком.
- Похожим заболеванием болеет второй раз. Первый раз – 3 года назад на этой же конечности. Лечилась самостоятельно.
- Вредные привычки: отрицает.
- За день до заболевания пациента долго простояла на балконе (ждала внука), «промерзла».

Объективный статус

- Температура тела 38,7°C.
- В области левой голени яркая эритема. Кожа в области эритемы инфильтрирована, напряжена, горячая на ощупь, умеренно болезненна при пальпации, отек голени. В области эритемы определяются гемorragии, местами сливные, два крупных пузыря с серозно-геморрагическим содержимым и мелкие, плоские пузыри. На стопе заживающая ранка. Онихомикоз стоп.
- Паховые лимфоузлы слева увеличены и болезненны при пальпации.
- АД – 130/70 мм.рт.ст, ЧСС – 96 уд. в мин.
- В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет.
- Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.
- Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Составьте план обследования данной пациентки для подтверждения предполагаемого диагноза

- тетрациклин по 0,3 г 4 раза в день 1 месяц
- эритромицин по 0,5 г 4 раза в день 6 месяцев
- бициллин-5 по 1,5 млн ЕД 1 раз в три недели 1 год
- левофлоксацин по 0,5 г 2 раза в день 8 месяцев

Результаты лабораторных методов обследования

Клинический анализ крови

|===

Показатели
Ед.измерения
Результат
Норма
Гемоглобин
г/л
130
120.0-140.0
Эритроциты
$\times 10^6/\text{л}$
4,20
4,00- 6,00
Тромбоциты
$\times 10^3/\text{л}$
320
150-400
Лейкоциты
$\times 10^3/\text{л}$
11,0
4,0-9,0
палочкоядерные
%
12
1-6
сегментоядерные
%
60
47-72
эозинофилы
%
0
0-5
лимфоциты
%
23
19-37
моноциты
%
5
3-11
СОЭ
27
2-20
===

Коагулограмма крови

|===

|АЧТВ

(25-35сек)

|ПТИ

(80-100%)

|Тромб.вр.

(16-20 сек)

|Фибриноген

(2.5-4.5 г/л)

|МНО

(0.8-1.15)

|22

|110

|12

|5.2

|1.1

|===

Иммунолюминесцентный метод мазков-отпечатков

Отрицательно

Бактериологический посев содержимого булл

Роста нет

Имуноферментный анализ

Результат отрицательный

Какой основной диагноз?

- тетрациклин по 0,3 г 4 раза в день 1 месяц
- эритромицин по 0,5 г 4 раза в день 6 месяцев
- бициллин-5 по 1,5 млн ЕД 1 раз в три недели 1 год
- левофлоксацин по 0,5 г 2 раза в день 8 месяцев

Диагноз

Буллезно-геморрагическая рожа левой нижней конечности, средней степени тяжести, повторная

Клинические признаки буллезно-геморрагической рожи включают наличие

- мелкоточечной геморрагической сыпи на гиперемизованном фоне
- эритемы с размытыми границами и плоских булл
- булл и геморрагий на фоне эритемы
- пустулезных элементов с формированием геморрагических корок

Критерием часто рецидивирующей рожи является

- развитие рецидива в течение 6 месяцев с той же локализацией очага
- наличие 3-х и более рецидивов в год с той же локализацией

- ежегодный рецидив с той же локализацией очага
- развитие рецидива через 6 месяцев с иной локализацией очага

Местными осложнениями, которые могут возникнуть у данной больной, являются

- тромбоэмболия легочной артерии, сепсис
- менингит, облитерирующий эндартериит
- абсцессы, флегмоны
- инфекционно-токсический шок, пневмония

Дифференциальную диагностику рожи следует проводить с

- абсцессом, узловатой эритемой, контактным дерматитом
- сибирской язвой, бруцеллезом, боррелиозом
- эризепилоидом, боррелиозом, краснухой
- опоясывающим лишаем, корью, иерсиниозом

Последствием рожи является

- флегмона
- абсцесс
- фибридема
- сепсис

Антибиотиками, применяемыми в остром периоде повторной рожи являются

- аминогликозиды
- сульфаниламиды
- тетрациклины
- пенициллины

Назначение препаратов, действующих на L- формы стрептококка, показано при

- частом рецидивировании рожи
- наличие осложнений
- тяжелом течении
- повторной роже

Местная терапия при буллезных формах рожи включает назначение

- перевязок с синтомициновой эмульсией и перманганатом калия
- перевязок с линиментом Вишневского или левомеколем
- тугое бинтование с ихтиоловой или линкомициновой мазями

- примочек с риванолом или фурацилином

К показаниям для назначения бициллина-5 больным рожей относят

- рожу лица
- развитие гнойных осложнений
- частые рецидивы болезни
- преклонный возраст пациента

Методом профилактики рецидивов рожи является назначение

- рожу лица
- развитие гнойных осложнений
- частые рецидивы болезни
- преклонный возраст пациента

Условие ситуационной задачи

Ситуация

26.02. врач-терапевт участковый прибыл на вызов к пациентке 53-х лет на 3-ий день болезни.

Жалобы

- на повышение температуры тела, озноб, общую слабость, покраснение, отёк, в области левой нижней конечности, боли в ней при движениях и при ходьбе.

Анамнез заболевания

- Ухудшение самочувствия с 24.02.: слабость, потрясающий озноб, подъём температуры тела до 39,0°C. Начала самостоятельно принимать жаропонижающие, обезболивающие препараты.

25.02.: появились покраснение, отёк, чувство распирания и жжения в области левой голени. Использовала местно мази троксевазин, левомеколь, спиртовые компрессы.

26.02.2018: на фоне сохраняющейся лихорадки с ознобом отметила увеличение очага в размерах и его яркости, болей в левой нижней конечности при движениях и при ходьбе.

Анамнез жизни

- Повар.
- Перенесенные заболевания: ветряная оспа, краснуха, скарлатина - в детстве, артериальная гипертензия II, хронический бронхит, хроническая венозная недостаточность нижних конечностей, микоз стоп.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Вредные привычки: отрицает.
- Проживает с семьёй (муж, сын, жена сына, внуки) в отдельной квартире.
- Эпиданамнез: Работа связана с постоянной повышенной статической физической нагрузкой, микротравматизацией кожных покровов, резкой сменой температуры воздуха.
- Покраснение и отёк левой голени на фоне подъёма температуры тела до 37.5°

– 38.0°C отмечались также в декабре предыдущего года (3 месяца назад), лечилась амбулаторно, принимала азитромицин по схеме, ортофен, местно использовала троксевазин. После выздоровления приступила к работе.

Объективный статус

- Температура тела 38,7°C. Положение активное. Сознание ясное, контактна, ориентирована, адекватна.
- В области левой голени яркая горячая на ощупь эритема, отёк. Кожа инфильтрирована, лоснится. Очаг болезненный при пальпации. Булл, геморрагий нет. Кожные покровы вне очага физиологической окраски.
- Увеличение и болезненность паховых лимфатических узлов слева. Другие лимфатические узлы не увеличены.
- Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Микоз стоп.
- Дыхание носом свободное, выделений из носа нет.
- Слизистая оболочка ротоглотки физиологической окраски. Миндалины не увеличены.
- В легких жёсткое дыхание, хрипы не выслушиваются, ЧДД – 17 в минуту.
- АД-140/80 мм.рт.ст. Тоны сердца, приглушены, ритмичны, ЧСС – 102 удара в минуту.
- Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах, перистальтика активная. Печень, селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены.
- В сознании. Очаговой неврологической и менингеальной симптоматики нет.

Составьте план лабораторного обследования данной пациентки для подтверждения предполагаемого диагноза

- рожу лица
- развитие гнойных осложнений
- частые рецидивы болезни
- преклонный возраст пациента

Результаты лабораторных методов обследования

Клинический анализ крови

|===

|Показатели

|Ед.измерения

|Результат

|Норма

|Гемоглобин

|г/л

|132

|120.0-140.0

|Эритроциты

| $\times 10^{12}/л$

|4,34

|4,00- 6,00
|Тромбоциты
| $\times 10^9$ /л
|310
|150-400
|Лейкоциты
| $\times 10^9$ /л
|17,0
|4,0-9,0
|миелоциты
|%
|2
|0
|палочкоядерные нейтрофилы
|%
|12
|1-6
|сегментоядерные нейтрофилы
|%
|79
|47-72
|эозинофилы
|%
|0
|0-5
|лимфоциты
|%
|5
|19-37
|моноциты
|%
|2
|3-11
|базофилы
|%
|0
|0-1
|СОЭ
|мм/ч
|35
|2-15
|===

Клинический анализ мочи

|===
|Показатель

|Норма
|Результат
|Цвет
|Соломенно-жёлтый
|жёлтый
|Прозрачность
|прозрачная
|прозрачная
|Удельный вес
|1010-1030
|1021
|Реакция (pH)
|4.5-7.0
|6.0
|Белок
|отсутствует
|0.5 г/л
|Сахар
|отсутствует
|отсутствует
|Желчные пигменты
|Отсутствуют
|Уробилиноиды 17 мкмоль/л
|Эпителий плоский
|Незначительно
|1-3
|Эпителий переходный
|Незначительно
|отсутствует
|Эпителий почечный
|Отсутствует
|отсутствует
|Цилиндры
|Гиалиновые 1-2
|отсутствуют
|Лейкоциты
|0-6
|5-7
|Эритроциты
|Неизменённые 0-2
|2-3
|Бактерии
|Не более 1×10^5
| 2.0×10^5
|Соли
|оксалаты

|оксалаты

|===

Исследование крови для обнаружения повышения титров антистрептолизина О (АСЛО)

|===

|Показатель

|Норма

|Единицы

|Результат

|АСЛО

|0.0

|ме/мл

|110

|===

Посев крови на стерильность

Роста нет

Микроскопия толстой капли крови

Плазмодии не обнаружены

Кожно-аллергическая проба

Результат отрицательный

Какой основной диагноз?

- рожу лица
- развитие гнойных осложнений
- частые рецидивы болезни
- преклонный возраст пациента

Диагноз

Эритематозная рожа левой нижней конечности, средней степени тяжести, 1-й ранний рецидив

Опорными диагностическими критериями местных изменений в очаге рожи являются наличие

- гиперемии с размытыми краями и флюктуацией в области очага воспаления, болей дёргающего характера в покое
- геморрагической сыпи с центральными некрозами на плотном основании, безболезненных при пальпации
- эритемы с неровными границами, увеличенных регионарных лимфатических узлов, отёка
- выраженного лимфаденита с резкой болезненностью и геморрагического пропитывания тканей над лимфоузлом

Предрасполагающим фактором для возникновения рецидива рожи у данной пациентки является

- психоэмоциональный стресс
- микротравматизация кожных покровов
- микоз стоп
- резкая смена температуры

Провоцирующим фактором при роже является

- эндокринные нарушения
- венозная недостаточность
- метаболический синдром
- переохлаждение

В классификацию рожи по распространённости местных проявлений включена форма

- септикопиемическая
- абдоминальная
- генерализованная
- распространённая

Осложнениями рожи являются

- абсцесс, флебит, сепсис, инфекционно-токсический шок
- стойкий лимфостаз, вторичная слоновость, облитерирующий эндартериит, атеросклероз коронарных артерий
- гломерулонефрит, острая почечная недостаточность, острая печёночная энцефалопатия, респираторный дистресс-синдром
- отит, гайморит, дерматит, дакриоцистит

К последствиям перенесенной рожи относится развитие

- окуло-уретро-синовиального синдрома, узловой эритемы
- синовита, бурсита
- лимфедемы, фибредемы
- гемолитической анемии, тромбоцитопении

Критерием часто рецидивирующей рожи является наличие

- ежегодного сезонного рецидивирования с той же локализацией очага
- 3-х и более рецидивов в год с той же локализацией очага
- рецидива через 6 месяцев с иной локализацией очага
- рецидива через 12 месяцев с той же локализацией очага

Учитывая выраженную инфильтрацию кожи в местном очаге, пациентке показано назначение

- иммунокорректирующей терапии

- нестероидных противовоспалительных средств
- глюкокортикостероидов коротким курсом
- 2-х курсов антибактериальной терапии с назначением на втором курсе линкомицина

Для лечения данной больной целесообразно назначить (при переносимости) препараты группы

- карбапенемов
- цефалоспоринов I-II поколений
- аминогликозидов
- тетрациклинов

Метод непрерывной круглогодичной бициллинопрофилактики рожи целесообразен при наличии

- карбапенемов
- цефалоспоринов I-II поколений
- аминогликозидов
- тетрациклинов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 72 лет на 2-й день болезни

Жалобы

• на озноб, повышение температуры тела, слабость, головную боль, отек, покраснение и жжение лица.

Анамнез заболевания

- Заболела утром остро с озноба, повышение температуры тела до 38,8°C, головной боли, слабости. Вечером заметила красное пятно в области левой щеки.
- На 2-й день болезни сохранялась высокая температура, появились отек, яркое покраснение и жжение в области левой половины лица, сужение глазной щели.
- Лечилась самостоятельно, принимала жаропонижающие (парацетамол) без эффекта.

Анамнез жизни

- Пенсионерка
- Проживает в отдельной квартир вместе с мужем.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, в том числе скарлатина, ангины, хронический гайморит, аппендэктомия.
- Вредные привычки: отрицает.
- Прививочный анамнез не помнит (со слов пациентки прививалась в школе). Делала прививку от гриппа.

Объективный статус

- Температура тела 39,0°C.
- В области левой половины лица выраженный отек, яркое покраснение с четкими, неровными контурами, горячее на ощупь. Геморрагий и булл нет. Левая глазная щель сужена. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации.
- Кожа туловища, конечностей обычной окраски.
- Периферические лимфоузлы (заднешейные, затылочные, подмышечные, паховые) не увеличены, безболезненные при пальпации.
- Слизистая ротоглотки розовая, миндалины не увеличены, налетов нет.
- АД – 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 104 уд. в мин.
- В легких хрипов нет.
- Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.
- Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

План обследования данной пациентки включает назначение

- карбапенемов
- цефалоспоринов I-II поколений
- аминогликозидов
- тетрациклинов

Результаты лабораторных методов обследования

Общий анализ крови

|===

|Наименование

|Ед. измерения

|Нормы

|Результат

|Гемоглобин

|г/л

|М 130,0 - 160,0 +

|Ж 120 - 150

|135,0

|Гематокрит

|%

|35,0 - 47,0

|37,1

|Лейкоциты

| $\times 10^9$ /л

|4,00 - 9,00

|12,0

|Эритроциты

| $\times 10^{12}$ /л

|4,00 - 5,70

|4,2
|Тромбоциты
| $\times 10^9$ /л
|150,0 - 320,0
|225,0
|Лимфоциты
|%
|19,0 - 37,0
|18
|Моноциты
|%
|2,0 - 10,0
|2
|Нейтрофилы п/ядерные
|%
|1-6
|16
|Нейтрофилы с/ядерные
|%
|47-72
|64
|Эозинофилы
|%
|0,0 - 5,0
|0
|Базофилы
|%
|0,0 - 1,0
|0,0
|СОЭ
|мм/ч
|2 - 20
|25
|===

Анализ крови на глюкозу

Глюкоза крови – 5,5 ммоль/л

Бактериологический посев крови

Роста нет

Реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) со стрептококковым антигеном

Результат отрицательный

Посев соскоб/отделяемого кожи на микрофлору

Результат отрицательный

Какой основной диагноз?

- карбапенемов
- цефалоспоринов I-II поколений

- аминогликозидов
- тетрациклинов

Диагноз

Эритематозная рожа лица, среднетяжелое течение, первичная

Клинические признаки начального периода рожи включают

- выраженный озноб, сменяющийся жаром и обильным потоотделением
- озноб, повышение температуры, слабость, головную боль
- заложенность носа, першение в горле, сухой кашель
- боли в горле, полилимфаденопатия, гепатоспленомегалия

Патогномоничными признаками рожи являются

- обильные везикулезные высыпания на гиперемизированном фоне, микролимфаденопатия
- отек, яркая горячая на ощупь эритема с неровными контурами, регионарный лимфаденит
- пятнисто-папулезная сливная сыпь, наличие кожного зуда
- красный, резко болезненный при пальпации инфильтрат с размытыми границами и геморрагическим пропитыванием, лимфаденопатия

Осложнениями рожи являются

- абсцесс, тромбофлебит, инфекционно-токсический шок
- гломерулонефрит, острая почечная недостаточность, острая печёночная энцефалопатия
- вторичная слоновость, облитерирующий эндартериит, флегмона
- респираторный дистресс-синдром, стойкий лимфостаз, атеросклероз коронарных артерий

Дифференциальную диагностику рожи следует проводить с

- скарлатиной, опоясывающим лишаем, краснухой
- системной красной волчанкой, корью, бруцеллезом
- мигрирующей эритемой, аллергическим дерматитом, опоясывающим лишаем
- экземой, энтеровирусной инфекцией, бруцеллезом

Рожу считают часторецидивирующей при наличии рецидивов от _____ раз/раза в год

- 2
- 5
- 1
- 3

Тактика ведения данной больной заключается в

- госпитализации в инфекционный стационар
- госпитализации в хирургическое отделение
- ведении пациента в амбулаторных условиях
- ведении пациента в дневном стационаре

Лечебная тактика при первичной роже лица заключается в назначении

- антибактериальных мазей (местно) и нестероидных противовоспалительных препаратов
- противовирусных препаратов и местного назначения мази вишневского
- антибактериальной терапии в сочетании с антигистаминными препаратами
- тугого бинтования с наложением синтомициновой эмульсии в сочетании с физиотерапией

Препаратом выбора при лечении пациентки с первичной рожей в условиях стационара является

- гентамицин
- ципрофлоксацин
- амоксициллин
- бензилпенициллин

Профилактика рецидивов рожи включает

- вакцинотерапию
- регулярный прием стафилококкового бактериофага
- лечение предрасполагающих заболеваний
- профилактический прием фторхинолонов

Профилактика часто рецидивирующей рожи проводится

- вакцинотерапию
- регулярный прием стафилококкового бактериофага
- лечение предрасполагающих заболеваний
- профилактический прием фторхинолонов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 10 месяцев поступил в инфекционное отделение на 4-е сутки заболевания.

Жалобы

- * повышение температуры до 38,9°C
- * снижение аппетита
- * шумное дыхание
- * насморк
- * кашель
- * покраснение глаз
- * высыпания на коже лица и туловища

Анамнез заболевания

Ребёнок заболел 4 дня назад, когда поднялась температура тела до 38,4°C, появились насморк, покраснение глаз, светобоязнь. Получал симптоматическое лечение по ОРВИ. На 4-й день от начала заболевания состояние ухудшилось: поднялась температуры тела до 38,9°C, появился лающий кашель, затрудненное дыхание; на коже лица, шеи, в заушной области появилась ярко красная пятнисто-папулезная сыпь. На следующий день сыпь распространилась на туловище и плечи. Ребенок осмотрен педиатром и направлен на госпитализацию в инфекционный стационар.

Анамнез жизни

- * рос и развивался по возрасту
- * привит по возрасту
- * аллергический анамнез не отягощен
- * сосед по подъезду госпитализирован с диагнозом: корь.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Ребенок вялый, к осмотру негативен, капризен. Аппетит снижен, пьет охотно. Лицо одутловатое, веки отечные, конъюнктивы гиперемированы, склерит.

Лихорадит до 38,9° С. Обильное серозное отделяемое из носовых ходов. Кашель грубый лающий, голос осиплый. При волнении вдох шумный, затрудненный. В покое дыхание свободное.

Кожные покровы бледно-розовые; на коже лица, шеи обильная яркая пятнисто-папулезная сыпь с тенденцией к слиянию. Зев ярко гиперемирован, на слизистой щёк в области моляров отмечаются мелкие белёсые пятнышки, окруженные узкой красной каймой. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 128 в мин. В легких дыхание жесткое, равномерно проводится по всем полям. Хрипов нет. ЧДД 28 в мин. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, доступен глубокой пальпации. Физиологические отправления в норме. Менингеальные симптомы отрицательные.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- вакцинотерапию
- регулярный прием стафилококкового бактериофага
- лечение предрасполагающих заболеваний
- профилактический прием фторхинолонов

Результаты

Иммуноферментный анализ крови (ИФА)

Титры IgM к вирусу кори в сыворотке крови положительные

Молекулярно-биологический метод (ПЦР) крови

РНК вируса кори обнаружена

Бактериологическое исследование крови на стерильность

Результат отрицательный

Общий анализ мочи с микроскопическим исследованием осадка

Цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1018, белок – 0,15 г/л, эпителий плоский – 2-3 в поле зрения, лейкоциты – 5-6 в поле зрения, эритроциты – нет.

Бактериологическое исследование мазка с миндалин

Роста микрофлоры не выявлено

Какой диагноз можно поставить пациенту, учитывая клинико-anamnestические, лабораторные методы обследования?

- вакцинотерапию
- регулярный прием стафилококкового бактериофага
- лечение предрасполагающих заболеваний
- профилактический прием фторхинолонов

Диагноз

Корь, период высыпаний, типичная форма

Краснуха, типичная форма

Энтеровирусная инфекция, комбинированная форма: энтеровирусная экзантема и респираторная форма

ОРВИ, ринофарингит. Токсикодермия

Осложнением основного заболевания у данного пациента является

- очаговая бронхопневмония смешанной этиологии
- кандидоз слизистой полости рта
- бронхит с обструктивным синдромом
- ларингит со стенозом гортани

Отсутствие вакцинации против кори у 10 месячного ребенка объясняется

- ранним возрастом
- отсутствием плановой профилактики кори
- медицинскими противопоказаниями
- отказом родителей от прививок

Особенностью распространения сыпи при кори является

- толчкообразное появление новых элементов
- этапное появления сыпи
- изменение первоначального расположения сыпи
- одновременное высыпание на всех участках кожи

Митигированная корь развивается у больных

- получивших иммуноглобулин в инкубационном периоде
- привитых согласно национальному календарю вакцинопрофилактики РФ
- ранее перенесших корь в легкой, abortивной или стертой форме
- имеющих отягощенный преморбидный фон с нарушенной иммунной системой

Патогномоничным симптомом для кори является

- катаральные проявления со стороны слизистых оболочек верхних дыхательных путей
- симптом Мурсу
- постепенно нарастающие симптомы интоксикации с максимальной выраженностью к периоду высыпания
- пятна Бельского — Филатова — Коплика

Детям, не достигшим прививочного возраста, не позднее 5-го дня с момента контакта с больным корью вводится

- антибиотик пенициллиновой группы
- живая коревая вакцина
- интерферон альфа
- иммуноглобулин

При лечении коревого крупа назначают

- антибактериальную терапию
- ингаляционную терапию
- искусственную вентиляцию легких
- спазмолитические препараты

Для лечения кори в любом возрасте обосновано применение

- бактериостатических антибиотиков
- ингибиторов нейраминидазы
- интерферона альфа
- производных адамантана

Больные корью подлежат обязательной изоляции на 5 дней с момента

- угасания всех клинических симптомов
- появления первых симптомов заболевания

- перехода сыпи в пигментацию
- появления сыпи

Наиболее стойкий иммунитет к кори у ребенка формируется в результате

- угасания всех клинических симптомов
- появления первых симптомов заболевания
- перехода сыпи в пигментацию
- появления сыпи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В поликлинику на консультацию к врачу-инфекционисту обратился пациент 34 лет на 6-й день болезни.

Жалобы

На повышение температуры до 39°C, озноб, слабость, выраженную потливость, ломоту в теле.

Анамнез заболевания

Заболел внезапно с повышения температуры до 39°C с ознобом, небольшой слабости, ноющих болей в мышцах и суставах диффузного характера. В последующие дни беспокоила лихорадка, которая в утренние часы повышалась до 37,6°C, вечером – до 38,5 - 39°C, которую пациент переносил удовлетворительно и продолжал работать. Обращал внимание на выраженную потливость, озноб. Самостоятельно не лечился.

Анамнез жизни

- * Ветеринар;
- * аллергоанамнез: отмечает аллергию на никотиновую кислоту по типу крапивницы;
- * перенесенные заболевания: корь, ветряная оспа;
- * вредные привычки: отсутствуют;
- * эпиданамнез: работает в совхозе Курганской области. Среди коров и овец было несколько случаев аборт. Пациент осматривал животных без перчаток, отделял послед вручную;
- * прививочный анамнез: не известен.

Объективный статус

- * Состояние относительно удовлетворительное, температура тела 38,4°C.;
- * Кожные покровы бледные, кожа влажная. Выраженная потливость;
- * Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, миндалин, язычка) без патологии, миндалины не увеличены, налетов нет;
- * Периферические лимфоузлы увеличены: шейные до 0,5 см, субмаксиллярные подмышечные, паховые до 1,5 см в диаметре, чувствительные при пальпации;
- * В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в мин.;
- * Тоны сердца приглушены, ЧСС – 86 уд. в мин. АД - 110/70 мм рт. ст.;

- * Язык суховат, обложен белым налетом;
- * Живот мягкий, пальпаторно безболезненный;
- * Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, пальпируется мягкая, безболезненная селезенка. Мочеиспускание не нарушено. Стул оформлен, 1 раз в день;
- * Больной раздражителен, достаточно активен. Менингеальной симптоматики нет.

Для постановки диагноза, учитывая день болезни пациента, целесообразно назначить

- угасания всех клинических симптомов
- появления первых симптомов заболевания
- перехода сыпи в пигментацию
- появления сыпи

Результаты обследования

Реакция агглютинации Райта

Титр 1:200

Реакцию ко-агглютинации на выявление антигенов иерсиний

Реакция отрицательная

Реакцию иммунофлюоресценции мазков из носоглотки на выявление вируса гриппа

Реакция отрицательная

Микроскопическое исследование толстой капли крови

Малярийные плазмодии не обнаружены

Какой диагноз можно поставить больному на основании результатов клинико-лабораторных методов обследования?

- угасания всех клинических симптомов
- появления первых симптомов заболевания
- перехода сыпи в пигментацию
- появления сыпи

Диагноз

Острый бруцеллез, средней степени тяжести

Малярия, неуточненная, средней степени тяжести

Грипп А, типичное течение, средней степени тяжести

Иерсиниоз, генерализованная форма (гепатит), тяжелое течение

По современной классификации выделяют следующие формы бруцеллеза

- транзиторная, острая, хроническая, субклиническая
- острая, подострая, хроническая и резидуальная формы

- острая, субклиническая, хроническая, транзиторная, латентная
- острая, рецидивирующая, непрерывная, латентная

Дифференциальную диагностику острого бруцеллеза проводят с

- холерой
- ящуром
- малярией
- дизентерией

Для лечения бруцеллеза используются следующие сочетания антибактериальных препаратов

- доксициклин+стрептомицин
- цефтриаксон+левомицетин
- левомицетин+доксициклин
- пенициллин+офлоксацин

Продолжительность курса лечения при бруцеллезе составляет

- 6 недель
- 2 недели
- не менее 2 месяцев
- 21 день

Клинические симптомы, характерные для подострого бруцеллеза, включают

- лихорадку, сухой кашель, боль при движении глазных яблок, насморк
- лихорадку, многократную рвоту, диарею, парестезии, боли в животе
- периодические подъемы температуры, миалгии, артралгии, фиброзиты
- лихорадку, желтушность кожи и склер, темную мочу, светлый кал

При хроническом бруцеллезе встречаются поражения

+ _____ + систем

- опорно-двигательной, пищеварительной, периферической нервной, половой
- нервной, пищеварительной, дыхательной, половой
- опорно-двигательной, сердечно-сосудистой, нервной, половой
- опорно-двигательной, дыхательной, пищеварительной, половой

При хроническом бруцеллезе со стороны опорно-двигательного аппарата наиболее типично такое поражение, как

- бурсит
- миозит
- фиброзит

- сакроилеит

Профилактические мероприятия в очаге бруцеллеза включают

- плановую иммунизацию сельскохозяйственных животных и людей из групп риска
- забой птиц, скота, проведение дезинфекционных мероприятий, проветривание помещений
- проведение дезинсекционных мероприятий, разведение в водоемах хищных рыб
- проведение дератизационных мероприятий, опыление ходов, нор, троп животных

Длительность диспансерного наблюдения за переболевшими острым бруцеллезом составляет

- 1 год
- 5 лет
- 2 года
- 10 лет

Источниками возбудителя бруцеллеза являются

- 1 год
- 5 лет
- 2 года
- 10 лет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

12 июня в приемное отделение инфекционной больницы доставлена пациентка 52 лет.

Жалобы

На повышение температуры до 37,6°C, небольшую слабость, появление красного пятна на боковой поверхности туловища справа с переходом на правую подмышечную область.

Анамнез заболевания

Заболела 11 июня: повышение температуры тела до 37,6°C, слабость, недомогание, умеренная головная боль.

Утром 12 июня заметила появление красного пятна на боковой поверхности туловища справа, отметила ощущение ползания мурашек и небольшой зуд в области пятна. Расценила пятно как аллергическую реакцию на укус неизвестного насекомого, применяла наружно гель «Фенистил». К вечеру пятно увеличилось, в связи с чем больная вызвала бригаду скорой помощи,

госпитализирована в инфекционный стационар с диагнозом: ОРВИ, укус неизвестного насекомого.

Анамнез жизни

- * Работает учителем;
- * аллергологический анамнез не отягощен;
- * вредные привычки отрицает;
- * из перенесенных заболеваний – ОРВИ, хронические заболевания: хронический бескаменный холецистит, ремиссия;
- * лекарств не принимает;
- * эпидемиологический анамнез - в окружении все здоровы. В начале июня выезжала с коллегами на пикник в Лужский район Ленинградской области, на следующий день заметила на боковой поверхности туловища справа клеща, самостоятельно удалила его, на исследование клеща не отправляла, к врачу не обращалась.

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Сознание ясное, адекватна, ориентирована;
- * кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. На боковой поверхности туловища справа с переходом на правую подмышечную область определяется эритема, около 18 см в диаметре, с неровным контуром и просветлением в центре;
- * подмышечный лимфатический узел справа до 1,5 см, эластической консистенции, безболезненный при пальпации;
- * в зеве без воспалительных явлений;
- * тоны сердца приглушены, шумов нет. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 86 в мин., ритмичный;
- * в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в мин., цианоза нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах;
- * печень и селезенка не увеличены;
- * менингеальные симптомы отрицательные, очаговой неврологической симптоматики нет;
- * стул и диурез в норме.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным исследованиям относятся

- 1 год
- 5 лет
- 2 года
- 10 лет

Результаты лабораторных методов обследования

ИФА в парных сыворотках крови на определение антител к боррелиям

При поступлении – IgM и IgG к *Borrelia burgdorferi* отрицательные, через 14 дней – IgM к *Borrelia burgdorferi* положительные, IgG к *Borrelia burgdorferi* отрицательные.

Молекулярно-генетический метод (ПЦР) крови

ДНК боррелий обнаружена (материал - кровь)

Копрологическое исследование кала

Оформленный, коричневый, жирные кислоты +, слизь -, Л - 0, Эр - 0

Посев крови на стерильность

Результат отрицательный

Реакция непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ) на определение антител к *Rickettsia conorii*

Антитела к *Rickettsia conorii* не обнаружены

Какой диагноз можно поставить больному, учитывая клинико-anamnestические, лабораторные методы обследования?

- 1 год
- 5 лет
- 2 года
- 10 лет

Диагноз

Клещевой боррелиоз, ранняя локализованная форма

Эритематозная рожа туловища

Клещевой сыпной тиф, период разгара

Клещевой энцефалит, лихорадочная форма

Развитие менингеального и кардиального синдромов типично для

- стадии ранней локализованной инфекции
- стадии персистирующей хронической инфекции
- стадии ранней диссеминированной инфекции
- рецидивирующего течения клещевого боррелиоза

Хроническому течению клещевого боррелиоза свойственно преимущественное поражение

- легких, кожи, нервной системы и почек
- суставов, печени, глаз и нервной системы
- суставов, кожи, нервной системы и сердца
- кожи, нервной системы, сердца и почек

Для стадии хронической инфекции при клещевом боррелиозе свойственно поражение нервной системы в виде

- склерозирующего панэнцефалита
- аксональной радикулопатии
- синдрома Баннварта
- атрофического парепареза

Для стадии хронической инфекции при клещевом боррелиозе свойственно поражение кожи в виде

- лимфоцитомы кожи
- рецидивирующей кольцевидной гранулемы
- диффузного кавернозного ангиоматоза
- распространенных телеангиоэктазий

При данной форме заболевания препаратом выбора для этиотропной терапии является

- левомицетин
- ципрофлоксацин
- доксициклин
- цефотаксим

Длительность лечения локализованной стадии доксициклином составляет

- 4 недели
- 3 - 5 дней
- 1,5 месяца
- 10 дней

Препаратом выбора и длительность его применения при поражении нервной системы является

- цефтриаксон 2 г 1 р/д в/м в течение 10 дней
- доксициклин 0,1 г 2 р/д внутрь в течение 14 дней
- цефтриаксон 4,0 г однократно в/в в течение 14 дней
- амоксициллин 0,5 г 3 р/д в/м в течение 21 дня

Основным механизмом передачи возбудителя при клещевом боррелиозе является

- трансмиссивный
- фекально-оральный
- аэрогенный
- контактный

Мерами профилактики клещевого боррелиоза являются предупреждение присасывания клещей и

- вакцинация
- диспансерное наблюдение
- введение иммуноглобулина
- их раннее удаление

Диспансерное наблюдение перенесшего болезнь Лайма осуществляется в течение

- вакцинация
- диспансерное наблюдение
- введение иммуноглобулина
- их раннее удаление

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 3,5 лет поступил в инфекционное отделение на 5-е сутки заболевания.

Жалобы

- * Повышение температуры до 39,5°C;
- * вялость;
- * снижение аппетита;
- * насморк;
- * кашель;
- * покраснение глаз;
- * высыпания на коже лица и туловища.

Анамнез заболевания

Ребёнок заболел 5 дней назад, когда поднялась температура тела до 39°C, появились кашель, насморк, покраснение глаз, светобоязнь. Получал симптоматическое лечение по ОРВИ. На 4-й день от начала заболевания на коже лица, шеи, в заушной области появилась ярко красная пятнисто-папулезная сыпь. На следующий день сыпь распространилась на туловище и плечи. Ребенок осмотрен педиатром и направлен на госпитализацию в инфекционный стационар.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался по возрасту;
- * не привит - отказ родителей от вакцинации;
- * аллергический анамнез не отягощен;
- * 2 недели назад вернулся из Украины. Проживали в доме у родственников, одному из родственников был поставлен диагноз: ОРВИ, аллергическая сыпь.

Объективный статус

- * Состояние средней степени тяжести. Лихорадит до 39,5° С. Сознание ясное. Ребенок вялый, к осмотру негативен, капризен. Аппетит снижен, пьет охотно;
- * лицо одутловатое, веки отечные, конъюнктивы гиперемированы, склерит;
- * обильное серозное отделяемое из носовых ходов;
- * кожные покровы бледно-розовые; на коже лица, шеи, туловища обильная яркая пятнисто-папулезная сыпь с тенденцией к слиянию;
- * зев ярко гиперемирован, на слизистой щёк в области моляров отмечаются мелкие белёсые пятнышки, окруженные узкой красной каймой;
- * периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 128 в мин.;

* кашель грубый лающий, голос осиплый. Дыхание не затруднено. В легких дыхание жесткое, равномерно проводится по всем полям. Хрипов нет. ЧДД 28 в мин.;

* живот мягкий, безболезненный во всех отделах, доступен глубокой пальпации;

* физиологические отправления в норме;

* менингеальные симптомы отрицательные.

К необходимым лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- вакцинация
- диспансерное наблюдение
- введение иммуноглобулина
- их раннее удаление

Результаты лабораторных методов обследования

Иммуноферментный анализ крови на обнаружение антител

Титры IgM к вирусу кори в сыворотке крови положительные

Молекулярно-биологический метод крови

РНК вируса кори обнаружена

Бактериологическое исследование крови на стерильность

Результат отрицательный

Общий анализ мочи с микроскопическим исследованием осадка

Цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1018, белок – 0,15 г/л,

эпителий плоский – 2-3 в поле зрения, лейкоциты – 5-6 в поле зрения,

эритроциты – нет.

Бактериологическое исследование мазка с миндалин

Роста микрофлоры не выявлено

Какой диагноз можно поставить пациенту, учитывая клинико-anamnestические, лабораторные методы обследования?

- вакцинация
- диспансерное наблюдение
- введение иммуноглобулина
- их раннее удаление

Диагноз

Корь, типичная форма, средней степени тяжести

Краснуха, типичная форма, средней степени тяжести. Кандидоз слизистой полости рта

Энтеровирусная инфекция, комбинированная форма: энтеровирусная экзантема и респираторная форма, средней степени тяжести

ОРВИ, ринофарингит, ларингит, средней степени тяжести. Токсикодермия

Индекс контагиозности при кори составляет + _____ +%

- 95-96
- 10-50
- 5-10
- 50-75

При введении иммуноглобулина по контакту, инкубационный период кори удлиняется до + _____ + дн.

- 21
- 45
- 30
- 60

Особенностью распространения сыпи при кори является

- толчкообразное появление новых элементов
- изменение первоначального расположения сыпи
- одновременное высыпание на всех участках кожи
- этапное появление сыпи

Митигированная корь развивается у больных

- ранее перенесших корь в легкой, abortивной или стертой форме
- получивших иммуноглобулин в инкубационном периоде
- имеющих отягощенный преморбидный фон с нарушенной иммунной системой
- привитых согласно национальному календарю вакцинопрофилактики РФ

Патогномоничными симптомами для кори являются

- постепенно нарастающие симптомы интоксикации с их угасанием к периоду высыпания
- этапно распространяющиеся элементы сыпи
- катаральные проявления со стороны слизистых оболочек верхних дыхательных путей
- элементы сыпи в виде крупных пятен темно-красного цвета на мягком небе

Для лечения кори в любом возрасте обосновано применение

- ингибиторов нейраминидазы
- антиретровирусных препаратов
- интерферона альфа
- производных адамантана

В случае развития у ребенка коревого крупа показано назначение

- противовирусных препаратов, тормозящих синтез вирусной РНК
- глюкокортикостероидов
- рекомбинантного интерферона
- антибактериальных препаратов широкого спектра действия

Больные корью подлежат обязательной изоляции на 5 дней с момента

- перехода сыпи в пигментацию
- появления сыпи
- появления первых симптомов заболевания
- угасания всех клинических симптомов

Плановую иммунизацию живой коревой вакциной начинают

- на 3-7 день жизни
- в 1 сутки после рождения
- в 3-6 месяцев
- в 12 месяцев

Стойкий иммунитет к кори формируется в результате

- на 3-7 день жизни
- в 1 сутки после рождения
- в 3-6 месяцев
- в 12 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К инфекционисту на консультацию обратился пациент 46 лет на 8-й день болезни.

Жалобы

На повышение температуры до 39°C, озноб, головную боль, слабость, адинамию, сухой кашель.

Анамнез заболевания

Заболел постепенно с повышения температуры до 37°C, головной боли. В последующие 3 дня беспокоила головная боль, температура в утренние часы сохранялась на уровне 37,5 – 38°C, в вечернее время повышалась до 38 - 38,5°C. На 5 день болезни температура повысилась до 39°C, усилилась головная боль, появилась апатия, исчез аппетит, присоединился сухой кашель. Самостоятельно принимал жаропонижающие средства, ингавирин.

Анамнез жизни

* Дальнобойщик;

- * алергоанамнез: не отягощен;
- * перенесенные заболевания: хронический пиелонефрит, ветряная оспа;
- * вредные привычки: курит по 10 сигарет в день. Алкоголь не употребляет;
- * эпиданамнез: выезжал по работе в Республику Таджикистан. Пил некипяченую воду из колодца;
- * прививочный анамнез: не известен.

Объективный статус

- * Состояние тяжелое, температура тела 39,2°C;
 - * кожные покровы бледные, на коже живота и груди скудная розеолезная сыпь;
 - * слизистая оболочка ротоглотки (дужек, миндалин, язычка) умеренно гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет;
 - * периферические лимфоузлы не увеличены;
 - * в легких дыхание жесткое, выслушиваются сухие хрипы в нижних отделах.
- ЧДД – 20 в мин;
- * тоны сердца приглушены, ЧСС – 76 уд.в мин. АД - 100/60 мм рт. ст.;
 - * язык обложен коричневатым налетом, сухой, края и кончик языка чистые, по краям отпечатки зубов;
 - * живот умеренно вздут, при пальпации правой подвздошной области определяется болезненность и урчание;
 - * печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, пальпируется умеренно увеличенная селезенка;
 - * мочеиспускание не нарушено. Стул задержан;
 - * больной вял, заторможен, менингеальной симптоматики нет.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- на 3-7 день жизни
- в 1 сутки после рождения
- в 3-6 месяцев
- в 12 месяцев

Результаты лабораторного метода обследования

Бактериологический анализ крови (гемокультура)

Рост *S. typhi*

Реакция Райта

Реакция отрицательная

Реакция нейтрализации (РН) роста вирусов в культуре ткани

Реакция отрицательная

Реакция агглютинации лизиса лептоспир (РАЛ)

Реакция отрицательная

Учитывая результаты клинико-лабораторного метода обследования наиболее вероятным диагнозом является

- на 3-7 день жизни
- в 1 сутки после рождения
- в 3-6 месяцев

- в 12 месяцев

Диагноз

Брюшной тиф, типичное течение, тяжелой степени тяжести

Острая респираторная вирусная инфекция. Острый бронхит

Острый бруцеллез (остро-септическая форма), средней степени тяжести

Лептоспироз, безжелтушная форма, тяжелое течение

Экзантема при брюшном тифе характеризуется сыпью

- розеолезной, с локализацией на коже груди и живота
- геморрагической, с преимущественной локализацией на бедрах и ягодицах
- пятнисто-папулезной, местами сливной в естественных складках кожи
- мелкоочечной, на гиперемизированном фоне, со сгущением в естественных складках кожи

Характерным осложнением брюшного тифа является

- кишечное кровотечение
- острая печеночная недостаточность
- острый аппендицит
- язвенная болезнь желудка

Дифференциальную диагностику брюшного тифа в начальном периоде заболевания проводят с

- токсоплазмозом
- дифтерией
- гриппом
- эшерихиозом

Больному с брюшным тифом необходимо соблюдать строгий постельный режим до + _____ + дня нормальной температуры

- 21 - 22
- 14 - 15
- 6 - 7
- 2 - 3

Препаратами выбора для лечения брюшного тифа являются

- аминогликозиды
- макролиды

- фторхинолоны
- пенициллины

Альтернативным антибактериальным препаратом для лечения брюшного тифа является

- цефтриаксон
- амикацин
- цефазолин
- стрептомицин

Для лечения бактерионосительства *S. typhi* используют

- иммуномодулирующие препараты
- аминогликозиды
- поливалентные брюшнотифозные бактериофаги
- препараты нитрофуранового ряда

Средняя длительность госпитализации при брюшном тифе составляет

- не менее 2 месяцев
- 2 недели
- не менее 60 дней
- 25 – 45 дней

Санитарно-гигиеническим мероприятием в очаге брюшного тифа является

- иммунизация сельскохозяйственных животных
- дезинсекция
- заключительная дезинфекция
- забой крупного рогатого скота

Диспансерное наблюдение за переболевшими брюшным тифом продолжается в КИЗ поликлиники на протяжении

- иммунизация сельскохозяйственных животных
- дезинсекция
- заключительная дезинфекция
- забой крупного рогатого скота

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной М., 18 лет, иностранный студент подготовительного факультета университета, поступил в инфекционное отделение с диагнозом острая кишечная инфекция.

Жалобы

- * На температуру до 39°C ;
- * озноб и потливость;
- * боли в правом подреберье;
- * тошноту и сухость во рту;
- * жидкий стул со слизью и кровью;
- * слабость.

Анамнез заболевания

- * Заболел около 2 недель назад, когда появился дискомфорт в животе, урчание и вздутие, жидкий стул 3-4 раза в день. Через 2-3 дня стул участился, стал скудным с примесью слизи, равномерно окрашенной кровью, температура $37,5^{\circ}\text{C}$;
- * лечился дома, принимал какие-то медикаменты с кратковременным улучшением;
- * состояние ухудшилось 2 дня назад, когда появились боли в правом подреберье, отмечались подъемы температуры до 39°C , с ознобами, потливостью, тошнотой. Участился стул до 10 раз в сутки с примесью слизи и крови;
- * обратился в скорую медицинскую помощь. Госпитализирован.

Анамнез жизни

- * Постоянно проживал в сельской местности в Индии, прилетел в Россию неделю назад на учебу;
- * студент подготовительного факультета, проживает в общежитии вдвоем с другом, который здоров;
- * дома помогал родителям с ремонтом оросительной системы для рисовых полей. Постоянно употреблял в пищу овощи, фрукты;
- * туберкулез, тифы, вирусные гепатиты, ВИЧ отрицает. Перенес малярию в детстве;
- * хронические заболевания отрицает;
- * вредные привычки отрицает;
- * прививки получал по национальному календарю по месту постоянного проживания.

Объективный статус

- * Состояние больного средней тяжести;
- * симптомы интоксикации выражены. Вялый, адинамичный;
- * температура $38,7^{\circ}\text{C}$, озноб;
- * кожа влажная, цвета расовой принадлежности, сыпи нет;
- * склеры слегка желтушные;
- * периферические лимфатические узлы не увеличены;
- * ЧД -20 в мин., при дыхании щадит правый бок. При перкуссии подвижность правого купола диафрагмы ограничена. Аускультативно над легкими жестковатое дыхание, хрипов нет;
- * границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 120 в мин., АД- 100/60 мм рт.ст;
- * язык суховат, густо обложен серым налетом;
- * живот при осмотре вздут, ассиметричен за счет выбухания в правом

подреберье. При перкуссии печени ее верхний край приподнят до 5 ребра. Нижняя граница определяется на 4 см ниже края реберной дуги. Размеры печени по Курлову 17x10x8 см. При пальпации определяется резкая болезненность в правом верхнем квадранте. Положительный симптом Ортнера. При пальпации илеоцекальной области – урчание. Симптомов раздражения брюшины нет;

* селезенка не пальпируется;

* при осмотре стул полужидкий, небольшое количество пропитанной кровью слизи, с трудом отделяющейся от дна судна;

* моча светлая, диурез не снижен (со слов больного).

Основными лабораторными методами диагностики данного заболевания являются

- иммунизация сельскохозяйственных животных
- дезинсекция
- заключительная дезинфекция
- забой крупного рогатого скота

Результаты лабораторных методов обследования

Микроскопическое исследование свежесвыделенных испражнений

В нативных фекалиях при микроскопии обнаружены большие вегетативные формы *Ent.histolytica* 4-6 в поле зрения

ИФА для обнаружения антител к *Ent.histolytica*

Обнаружены антитела кл. IgM *Ent.histolytica*

ИФА для обнаружения антител HCV Ig M и G

Отрицательный

РСК с риккетсиями Провачека в парных сыворотках

Отрицательный

Микроскопическое исследование мазков и толстых капель крови

Плазмодии малярии не обнаружены

Реакция Видаля в парных сыворотках

Отрицательная

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- иммунизация сельскохозяйственных животных
- дезинсекция
- заключительная дезинфекция
- забой крупного рогатого скота

Результаты инструментальных методов обследования

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Печень: увеличена в размерах за счет правой доли, вертикальный размер 18 см, левой -10 см, контуры: ровные, четкие, паренхима неоднородная за счет наличия в правой доле гипэхогенных неоднородных жидкостных образований

с плотной капсулой от 0,5 до 3 см в диаметре без перифокального воспаления, экзогенность паренхимы печени слегка повышена. Внутривенные желчные протоки не расширены. Сосуды в воротах печени не расширены.

Желчный пузырь не увеличен, стенка 3 мм, уплотнена, в области шейки S-образная перетяжка, в просвете гомогенное содержимое.

Общий желчный проток 0,5 см. не расширен

Поджелудочная железа: четко не визуализируется из-за метеоризма. В местах, доступных визуализации, контур волнистый, паренхима однородная, экзогенность слегка повышена, вирсунгов проток не расширен.

Селезенка: 82x56 мм, не увеличена, однородная, селезеночная вена не расширена.

Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

Фиброколоноскопия с биопсией

Заключение: в толстом кишечнике обнаруживаются язвы от 2 до 20 мм в диаметре, располагающиеся на гребнях кишечных складок и в глубоких слоях слизистой, имеющие неровные подрытые края, дно которых покрыто некротическими массами коричневатого цвета. Вокруг язв ободок гиперемии, окружающая слизистая мало изменена.

Результат биопсии: обнаружены тканевые формы Ent.histolytica

Рентгенография грудного отдела позвоночника

Костно-деструктивных изменений не выявлено

Обзорная рентгенография брюшной полости

Свободного газа и чаш Клойбера при обзорной рентгенографии брюшной полости не выявляется

Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией

Катаральный гастродуоденит

Электрокардиография

Ритм синусовый, ЧСС-118 в мин. ЭОС вертикальная. Синусовая тахикардия.

Нарушение процессов реполяризации

Больному с учетом клинико-эпидемиологических, лабораторных и инструментальных данных можно поставить диагноз

- иммунизация сельскохозяйственных животных
- дезинсекция
- заключительная дезинфекция
- забой крупного рогатого скота

Диагноз

Кишечный амебиаз. Амебные абсцессы печени

Сепсис с неустановленным возбудителем, абсцессы печени

Хронический кишечный амебиаз. Амебный гепатит

Неспецифический язвенный колит. Первичный билиарный цирроз печени

К типичным осложнениям кишечного амебиаза относят

- генерализацию инфекции с развитием множественных гнойно-септических очагов во внутренних органах
- поражение оболочек и вещества головного мозга с развитием гнойного менингоэнцефалита
- кишечное кровотечение, перфорацию язв и перитонит, стриктуры кишечника, амебомы
- развитие инфекционно-аллергического миокардита, эозинофильных инфильтратов в легких, интерстициального нефрита

Дифференциальную диагностику в первую очередь следует проводить с

- туберкулезом, сепсисом, лептоспирозом, септическими вариантами чумы и сибирской язвы
- острыми и хроническими вирусными гепатитами и циррозами печени различной этиологии
- шигеллезом, балантидиазом, неспецифическим язвенным колитом, кишечным шистосомозом
- малярией, желтой лихорадкой, геморрагической лихорадкой Крым-Конго, денге и долины Рифт

Для проведения этиотропной терапии данному больному необходимо назначить

- метронидазол 30 мг/кг в день в/в в 3 приема в течение 10 дней
- ципрофлоксацин по 500 мг 2 р в сутки внутрь курсом 10 дней
- альбендазол 400 мг 2 раза в сутки курсом на 14 дней
- цефтриаксон 4,0 + гентамицин 160 мг в сутки парентерально до нормализации температуры

В качестве альтернативной схемы лечения больного с амёбным абсцессом печени используется

- хлорохин с примахином
- эметин с хлорохином
- доксициклин со стрептомицином
- азитромицин с цефтриаксоном

Для завершения санации больного в случае обнаружения просветных форм и цист после окончания курса системных тканевых амебоцидов используют

- доксициклин 200 мг -1 сутки, затем по 100 мг до 10 дней
- нифуроксазид 200 мг 3 раза в сутки 10 дней

- паромомицин 500 мг 2 раза в сутки 5–10 дней
- ровамицин 3 млн.2 раза в сутки 14 дней

При внекишечном варианте заболевания наиболее часто поражается

- головной мозг
- печень
- почки
- кожа и слизистые

Жизненный цикл *E. histolytica* включает + _____ + стадии

- 2
- 4
- 1
- 3

Основным источником заболевания считается

- бессимптомный цистоноситель *E. histolytica*
- больные с внекишечным амебиазом (амебным гепатитом, абсцессами печени и др.)
- здоровые носители *E. dispar* и *E. moshkovskii*
- больные с острым кишечным амебиазом

Диспансеризация данного больного должна осуществляться в течение + _____ + месяцев

- бессимптомный цистоноситель *E. histolytica*
- больные с внекишечным амебиазом (амебным гепатитом, абсцессами печени и др.)
- здоровые носители *E. dispar* и *E. moshkovskii*
- больные с острым кишечным амебиазом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной З. 56 лет, рабочий завода, поступил в клинику по направлению участкового врача к концу первых суток от начала заболевания.

Жалобы

- * На сухость во рту;
- * водянистый зеленого цвета стул без патологических примесей;
- * тошноту;
- * температуру $37,8^{\circ}\text{C}$;
- * умеренные боли в верхних отделах живота.

Анамнез заболевания

- * Заболел остро, накануне вечером, когда с ознобом появилась температура $38,8^{\circ}\text{C}$, тошнота, двукратная рвота, боли в эпигастрии, позже присоединился обильный жидкий водянистый стул со зловонным запахом до 6-8 раз, выросла слабость, появилась сухость во рту;
- * самостоятельно принимал активированный уголь, парацетамол, пил минеральную воду;
- * утром сохранялись вышеперечисленные жалобы, стул стал более водянистый, зловонный, сохранялась тошнота и рвота после приема жидкости, появилась сухость во рту и жажда, уменьшилось количество мочи, что и заставило обратиться к врачу.

Анамнез жизни

- * Работает мастером на заводе, питается продуктами, принесенными из дома;
- * в день заболевания на работе ел жареные котлеты, яйца «всмятку», хранившиеся в подсобном помещении;
- * проживает с женой в отдельной квартире, она здорова;
- * туберкулез, малярию, тифы, вирусные гепатиты, ВИЧ отрицает;
- * из перенесенных заболеваний отмечает хронический панкреатит с умеренным нарушением внешнесекреторной функции около 5 лет, с 2018 г.- ИБС, атеросклеротический кардиосклероз;
- * вредные привычки: курит, алкоголь не употребляет;
- * прививочный анамнез не известен.

Объективный статус

- * Температура $38,0^{\circ}\text{C}$;
- * умеренно выражены симптомы интоксикации;
- * кожные покровы бледноваты, чистые, тургор не снижен, цианоза, акроцианоза нет;
- * голос не изменен;
- * слизистая зева без особенностей, катарального синдрома нет, миндалины не увеличены, без налетов;
- * периферические лимфатические узлы не увеличены;
- * ЧД - 16 в мин. Над легкими перкуторно ясный легочный звук, при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет;
- * границы сердца не расширены. Тоны сердца ритмичные, умеренно приглушены Пульс 110 уд. в мин, удовлетворительных свойств. АД 110/70 мм рт.ст.;
- * язык покрыт серым налетом, суховат;
- * живот участвует в акте дыхания, симметричен, слегка вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, справа от пупка и правой подвздошной области;
- * слепая кишка урчит, умеренно болезненна. Спазма сигмы нет. Стула на приеме не было;
- * печень и селезенка не пальпируются;
- * перитониальных симптомов нет, газы отходят;
- * стул водянистый, зеленого цвета, зловонный, небольшими порциями;
- * моча светлая, диурез снижен (со слов).

Основным методом лабораторного подтверждения диагноза является

- бессимптомный цистноноситель *E. histolytica*
- больные с внекишечным амебиазом (амебным гепатитом, абсцессами печени и др.)
- здоровые носители *E. dispar* и *E. moshkovskii*
- больные с острым кишечным амебиазом

Результаты лабораторного метода обследования

Бактериологическое исследование кала

Из кала выделена *S. Enteritidis*

ИФА для выявления анти-НСV IgM и G

Отрицательный

РПГА с иерсиниозным и псевдотуберкулезным диагностикумом в парных сыворотках

Отрицательный

Микроскопическое исследование испражнений на простейшие

Простейшие не обнаружены

При типичном среднетяжелом течении болезни в общем анализе крови выявляются

- значительный нейтрофильный лейкоцитоз, гипохромная анемия, тромбоцитопения
- умеренная лейкопения, эозинофилия, анемия, пониженная СОЭ
- умеренная лейкопения с лимфоцитозом, моноцитозом, анэозинофилия
- лейкоцитоз со сдвигом влево, повышение Нt, Нв и эритроцитов

Какой окончательный диагноз можно поставить больному на основании результатов клиничко-лабораторных методов обследования?

- значительный нейтрофильный лейкоцитоз, гипохромная анемия, тромбоцитопения
- умеренная лейкопения, эозинофилия, анемия, пониженная СОЭ
- умеренная лейкопения с лимфоцитозом, моноцитозом, анэозинофилия
- лейкоцитоз со сдвигом влево, повышение Нt, Нв и эритроцитов

Диагноз

Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, гастроэнтероколитический вариант, средней тяжести

Сальмонеллез, генерализованная форма, тифоподобный вариант, тяжелое течение

Острая кишечная инфекция, острый гастроэнтерит, неустановленной этиологии, тяжелое течение

Бактериальная пищевая токсикоинфекция, гастроэнтеритическая форма, средней степени тяжести, обезвоживание 2 степени, спорадическая

Наиболее частым осложнением локализованных форм сальмонеллеза является

- острая хирургическая патология органов брюшной полости (аппендицит, перфорация тонкого кишечника, кишечное кровотечение)
- генерализация инфекции с развитием множественных гнойно-септических очагов во внутренних органах
- поражение оболочек и вещества головного мозга с развитием гнойного менингоэнцефалита
- смешанный (дегидратационный и инфекционно-токсический) шок

Самую частую клиническую форму сальмонеллеза дифференцируют с

- болезнью Крона, неспецифическим язвенным колитом, опухолями толстого кишечника, кишечной непроходимостью
- дизентерией, холерой, острым аппендицитом, тромбозом мезентериальных сосудов
- иерсиниозом и псевдотуберкулезом, описторхозом, гимнолепидозом, анкилостомидозом
- ботулизмом, отравлениями солями тяжелых металлов, ядовитыми грибами и растениями

На первом этапе оказания медицинской помощи больному следует провести

- промывание желудка, пероральную регидратацию
- внутривенное введение 0,9% физиологического раствора, 5% раствора глюкозы, глюкозо-поляризирующей смеси
- симптоматическую терапию с назначением противорвотных препаратов, спазмолитиков и НПВС
- антибактериальную и дезинтоксикационную терапию

Для парентеральной регидратационной терапии больному необходимо назначить

- 5% раствор глюкозы, реополиглюкин
- декстран, растворы аминокислот
- трисоль, хлосоль
- 5% раствор глюкозы, 0,9% физиологический раствор

Препаратом выбора для проведения этиотропной терапии больному является

- бензилпенициллин

- эритромицин
- доксициклин
- ципрофлоксацин

Основным путем передачи при сальмонеллезе является

- пищевой
- трансмиссивный
- воздушно-пылевой
- гемоконтактный

Пациент, перенесший сальмонеллез, может быть выписан после

- клинического выздоровления и отрицательного паразитологического исследования испражнений
- проведения антибактериальной терапии до 10 дня нормальной температуры и отрицательного результата бактериологического исследования испражнений
- клинического выздоровления без контрольного бактериологического исследования испражнений
- клинического выздоровления и двукратного отрицательного результата бактериологического исследования кала

Диспансеризации, после перенесенного заболевания, подлежат

- переболевшие только по предписанию работников санитарно-противоэпидемической службы
- больные с тяжелым течением заболевания, генерализованными вариантами и при наличии осложнений
- все переболевшие независимо от тяжести и формы течения заболевания
- работники пищевой промышленности и предприятий общественного питания

При хроническом бактерионосительстве выделение возбудителя продолжается более + ___ + месяцев

- переболевшие только по предписанию работников санитарно-противоэпидемической службы
- больные с тяжелым течением заболевания, генерализованными вариантами и при наличии осложнений
- все переболевшие независимо от тяжести и формы течения заболевания
- работники пищевой промышленности и предприятий общественного питания

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная О. 45 лет, домохозяйка, доставлена в инфекционный стационар бригадой «скорой помощи» на 2 день от начала заболевания.

Жалобы

- * Жидкий водянистый зеленоватый зловонный стул без патологических примесей;
- * тошноту;
- * повышение температуры тела до $38,0^{\circ}\text{C}$;
- * умеренные боли в животе, преимущественно в эпигастрии и параумбиликальной области;
- * жажду;
- * сухость во рту.

Анамнез заболевания

- * Заболела остро накануне утром, когда с ознобом появилась температура $39,5^{\circ}\text{C}$, появились тошнота, однократная рвота, боли в эпигастрии, позже присоединился обильный жидкий водянистый стул зеленоватого цвета 5-6 раз в сутки, выросла слабость, появилась сухость во рту;
- * самостоятельно принимала полисорб, парацетамол без эффекта. Сохранялась тошнота, жидкий стул еще 4-5 раз, появилась сухость во рту;
- * вызвала бригаду скорой медицинской помощи, и доставлена в инфекционное отделение.

Анамнез жизни

- * Домохозяйка. Проживает с матерью и мужем в частном доме. Питается дома. За сутки до болезни готовила котлеты из курицы, купленной в супермаркете, пробовала сырой фарш на вкус для оценки посола. Члены семьи в настоящее время здоровы;
- * туберкулез, малярию, тифы, вирусные гепатиты, ВИЧ отрицает;
- * вредные привычки: курит, алкоголь не употребляет.

Объективный статус

- * Температура $38,5^{\circ}\text{C}$
- * кожные покровы бледноваты, чистые, тургор не снижен, цианоза, акроцианоза нет;
- * голос не изменен;
- * слизистая ротоглотки обычного цвета, миндалины не увеличены, без налетов;
- * периферические лимфатические узлы не увеличены;
- * ЧД- 18 в мин. Над легкими перкуторно ясный легочный звук, при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет;
- * границы сердца не расширены. Тоны сердца ритмичные, умеренно приглушены Пульс 110 уд. в мин, удовлетворительных свойств. АД 100/70 мм рт.ст.;
- * язык суховат, обложен серым налетом;
- * живот участвует в акте дыхания, симметричен, слегка вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и умбиликальной области;
- * спазма сигмы нет. Стула в приемном отделении не было;
- * печень и селезенка не пальпируются;

* перитонеальных симптомов нет, газы отходят;

* моча светлая, диурез снижен (со слов).

Основным методом лабораторной диагностики является

- переболевшие только по предписанию работников санитарно-противоэпидемической службы
- больные с тяжелым течением заболевания, генерализованными вариантами и при наличии осложнений
- все переболевшие независимо от тяжести и формы течения заболевания
- работники пищевой промышленности и предприятий общественного питания

Результаты лабораторного метода обследования

Бактериологическое исследование кала

Из кала выделена Salm. Enteritidis

Микроскопическое исследование крови на малярию

Плазмодии не обнаружены

РПГА с иерсиниозным и псевдотуберкулезным диагностикумом в парных сыворотках

Отрицательный

ИФА для выявления анти-НСV IgM и G

Отрицательный

Какой диагноз можно поставить больной на основании результатов клинико-лабораторных методов обследования?

- переболевшие только по предписанию работников санитарно-противоэпидемической службы
- больные с тяжелым течением заболевания, генерализованными вариантами и при наличии осложнений
- все переболевшие независимо от тяжести и формы течения заболевания
- работники пищевой промышленности и предприятий общественного питания

Диагноз

Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, гастроэнтеритический вариант, средней тяжести

Пищевая токсикоинфекция, гастроэнтеритическая форма, средней степени тяжести, обезвоживание 2 степени, спорадическая

Сальмонеллез, генерализованная форма, тифоподобный вариант, средней степени тяжести

Острая кишечная инфекция, острый гастроэнтерит неустановленной этиологии, тяжелое течение

При типичном среднетяжелом течении болезни в общем анализе крови выявляются

- умеренная лейкопения, эозинофилия, анемия, пониженная СОЭ
- нейтрофильный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, повышение Нt
- значительный нейтрофильный лейкоцитоз, гипохромная анемия, тромбоцитопения
- умеренная лейкопения с относительным лимфо-моноцитозом, анэозинофилия

Наиболее частым осложнением локализованной формы сальмонеллеза является

- острая хирургическая патология органов брюшной полости (аппендицит, перфорация тонкого кишечника, кишечное кровотечение)
- смешанный (дегидратационный и инфекционно-токсический) шок
- генерализация инфекции с развитием множественных гнойно-септических очагов во внутренних органах
- поражение оболочек и вещества головного мозга с развитием гнойного менингоэнцефалита

Дифференциальную диагностику сальмонеллеза следует проводить с

- болезнью Крона, неспецифическим язвенным колитом, опухолями толстого кишечника
- пищевыми токсикоинфекциями, дизентерией, холерой
- ботулизмом, отравлениями солями тяжелых металлов, ядовитыми грибами и растениями
- острым описторхозом, кишечной фазой аскаридоза, стронгилоидозом

На первом этапе оказания медицинской помощи больной следует провести

- антибактериальную и дезинтоксикационную терапию
- промывание желудка, пероральную регидратацию
- симптоматическую терапию с назначением противорвотных препаратов, спазмолитиков и НПВС
- внутривенное введение 0,9% физиологического раствора, 5% раствора глюкозы

Для парентеральной регидратационной терапии больной необходимо назначить

- 0,9% физиологический раствор
- растворы аминокислот

- кристаллоидные растворы
- коллоидные растворы

Препаратом выбора для проведения этиотропной терапии является

- эритромицин
- доксициклин
- бензилпенициллин
- ципрофлоксацин

Пациентка может быть выписана из стационара после

- проведения антибактериальной терапии до 10 дня нормальной температуры и отрицательного результата бактериологического исследования испражнений и желчи
- клинического выздоровления и двукратного отрицательного результата бактериологического исследования кала
- клинического выздоровления
- нарастания титров специфических антител в 4 раза в динамике заболевания

Основным резервуаром сальмонеллезной инфекции являются

- домашние животные (кошки, собаки)
- домашние птицы
- больной человек с генерализованной формой инфекции
- грызуны

Диспансеризации после перенесенного заболевания подлежат

- работники пищевой промышленности и предприятий общественного питания
- только у больных с тяжелым течением заболевания, генерализованных вариантах и при наличии осложнений
- все переболевшие независимо от тяжести и формы течения заболевания
- переболевшие только по предписанию работников санитарно-противоэпидемической службы

При хроническом бактерионосительстве выделение возбудителя продолжается более + _____ + месяцев

- работники пищевой промышленности и предприятий общественного питания
- только у больных с тяжелым течением заболевания, генерализованных вариантах и при наличии осложнений

- все переболевшие независимо от тяжести и формы течения заболевания
- переболевшие только по предписанию работников санитарно-противоэпидемической службы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Р., 35 лет, поступил в клинику инфекционных болезней по направлению врача поликлиники.

Жалобы

- * Повышение температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$;
- * боли в нижних отделах живота справа;
- * жидкий скудный стул со слизью и кровью;
- * сухость во рту, трещины в углах рта;
- * похудание;
- * головокружение, усиливающееся в вертикальном положении;
- * слабость.

Анамнез заболевания

- * Заболел несколько месяцев назад, когда появились небольшие боли в животе и жидкий стул сначала калового характера, затем постепенно он приобрел слизисто-кровянистый характер, до 4-6 раз в день, температура не повышалась, общее состояние страдало незначительно. Через 1,5-2 месяца явления со стороны кишечника стихли, но периодически после погрешности в диете отмечал появление жидкого стула со слизью;
- * лечился самостоятельно, т.к. находился в плавании, принимал левомецетин и интетрикс внутрь с кратковременным улучшением;
- * состояние вновь ухудшилось около двух недель назад: дефекация до 5-8 раз в сутки, стул скудный с примесью большого количества слизи. За неделю до госпитализации почувствовал боли в правой половине живота, повысилась температура до $38,5^{\circ}\text{C}$;
- * принимал доксициклин, левомецетин без эффекта;
- * в последующие 4 дня стул бескаловый, представлен слизью, равномерно окрашенной кровью, до 10-15 раз в сутки, выросла слабость, появилось головокружение, сухость во рту, трещины в углах рта. Больной потерял около 5 кг массы тела;
- * по возвращении из плавания обратился к семейному врачу и был направлен на госпитализацию.

Анамнез жизни

- * Проживает один в частном доме с удобствами;
- * работает механиком на рыболовном судне, работа связана с длительными командировками;
- * последняя командировка длилась 4,5 месяца. Периодически заходили в порты Индии, Вьетнама, Китая для пополнения запасов воды;
- * выходил на берег, питался в местных кафе: мясные блюда, блюда из морепродуктов, фрукты и овощи. Воду пил только бутилированную;

- * туберкулез, малярию, тифы, вирусные гепатиты, ВИЧ отрицает;
- * хронические заболевания отрицает;
- * вредные привычки: курит, алкоголь употребляет редко;
- * прививки получал по возрасту.

Объективный статус

- * Состояние больного тяжелое. Рост -184 см, вес-71 кг;
- * температура 38⁰С;
- * пониженного питания. Кожа бледноватая, влажная; хейлит;
- * периферические лимфатические узлы не увеличены;
- * ЧД- 16 в мин. Над легкими перкуторно ясный легочный звук, при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет;
- * границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 106 в минуту, ритмичен. АД-100/70 мм рт.ст;
- * язык влажный, густо обложен серым налетом, с атрофированными сосочками;
- * живот мягкий, умеренно вздут, болезненный при пальпации по ходу толстого кишечника, особенно в области слепой и сигмовидной кишки;
- * печень пальпируется у края реберной дуги, край ровный, чувствительный. Селезенка не пальпируется;
- * при осмотре стула – слизистый, равномерно окрашен темного цвета кровью, с неприятным запахом, небольшого объема;
- * моча светлая, диурез не снижен (со слов больного).

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- работники пищевой промышленности и предприятий общественного питания
- только у больных с тяжелым течением заболевания, генерализованных вариантах и при наличии осложнений
- все переболевшие независимо от тяжести и формы течения заболевания
- переболевшие только по предписанию работников санитарно-противоэпидемической службы

Результаты лабораторных методов обследования

Микроскопическое исследование свежевыделенных испражнений

В нативных фекалиях обнаружены большие вегетативные формы («гематофаги») Ent.histolytica 4-6 в поле зрения

РНИФ для обнаружения антител Ent.histolytica

Обнаружены антитела к Ent.histolytica РНИФ 1:320

Микроскопическое исследование мазков и толстых капель крови

Плазмодии малярии не обнаружены

РНГА с комплексным сальмонеллезным диагностикумом

Отрицательный

Бактериологическое исследование кала и рвотных масс на холеру

Отрицательный

РСК с риккетсиями Провачека в парных сыворотках

Отрицательный

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- работники пищевой промышленности и предприятий общественного питания
- только у больных с тяжелым течением заболевания, генерализованных вариантах и при наличии осложнений
- все переболевшие независимо от тяжести и формы течения заболевания
- переболевшие только по предписанию работников санитарно-противоэпидемической службы

Результаты инструментального метода обследования

Ректороманоскопия с биопсией

Ректороманоскопия: Тубус ректоскопа введен на 30 см. В ампуле прямой кишки слизистая обычной окраски, блестящая с нормальным сосудистым рисунком. Выше 12 см местами слизистая умеренно гиперемирована, отечна, со смазанным сосудистым рисунком, на которой имеются небольшие гладкие узловатые образования, возвышающихся над уровнем слизистой, небольшие эрозии, на 18 см 12 часах имеется язва округлой формы до 5 мм в диаметре, дно которой покрыто желтоватым налетом, края язвы гиперемированы и отечны, похожие язвы, напоминающие следы от пробойника, расположены на 20 см - 8 час. и 25 см -10 час. диаметром 8 и 12 мм соответственно. Складки слизистой сглажены. Контактной кровоточивости нет. В просвете кишечника стекловидная слизь розоватого цвета в умеренном количестве.

Биопсия.

В биоптате – тканевые формы *Ent.histolytica*

Электрокардиография

Ритм синусовый, ЧСС-110 в мин. ЭОС нормальная. Синусовая тахикардия.

Обзорная рентгенография брюшной полости

Свободного газа и чаш Клойбера при обзорной рентгенографии брюшной полости не выявляется

Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы 1 ст. ГЭРБ. Катаральный гастродуоденит

Больному с учетом клинико-эпидемиологических, лабораторных и инструментальных данных можно поставить диагноз

- работники пищевой промышленности и предприятий общественного питания
- только у больных с тяжелым течением заболевания, генерализованных вариантах и при наличии осложнений
- все переболевшие независимо от тяжести и формы течения заболевания

- переболевшие только по предписанию работников санитарно-противоэпидемической службы

Диагноз

Хронический кишечный амебиаз, рецидивирующее средне-тяжелое течение

Шигеллез, колитический вариант, неуточненный, тяжелое течение

Эшерихиоз, вызванный E.coli O-124, энтероколитический вариант, затяжное средне-тяжелое течение

Неспецифический язвенный колит с поражением левых отделов толстого кишечника, непрерывное течение

К типичным кишечным осложнениям кишечного амебиаза относят

- поражение оболочек и вещества головного мозга с развитием гнойного менингоэнцефалита
- развитие инфекционно-аллергического миокардита, эозинофильных инфильтратов в легких, интерстициального нефрита
- перфорацию язв с развитием перитонита
- генерализацию инфекции с развитием множественных гнойно-септических очагов во внутренних органах

Дифференциальную диагностику в первую очередь следует проводить с

- сепсисом, лептоспирозом, септическими вариантами чумы и сибирской язвы, геморрагическим васкулитом
- пищевыми токсикоинфекциями, эшерихиозами, вирусными гастроэнтеритами, холерой
- шигеллезом, кишечным шистосомозом, неспецифическим язвенным колитом, новообразованиями кишечника
- малярией, лихорадкой Денге, желтой лихорадкой, геморрагической лихорадкой цуцугамуши

Для проведения этиотропной терапии больной необходимо назначить

- цефалоспорины 3 поколения
- нитрофураны
- фторхинолоны
- 5-нитроимидазолы

Для завершения санации больного в случае обнаружения просветных форм и цист после окончания курса амебоцидов используют

- паромомицин
- нифуроксазид

- доксициклин
- ровамицин

Длительность противопаразитарного лечения больных метронидазолом составляет + _____ + дней

- 10
- 14
- 5
- 7

Заражение амебиазом у больного произошло

- алиментарным путем
- чрескожным путем
- гемотрансфузионным путем
- воздушно-пылевым путем

При внекишечном варианте заболевания наиболее часто поражается

- поджелудочная железа
- почки
- легкие
- печень

Жизненный цикл *E. histolytica* включает + _____ + стадии

- 1
- 3
- 4
- 2

Диспансеризация переболевших осуществляется в течение + _____ + месяцев

- 1
- 3
- 4
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В инфекционный стационар доставлен больной 42 лет.

Жалобы

На повышение температуры тела до 39,3°C, озноб, ломоту в мышцах, особенно в икроножных, боли в пояснице.

Анамнез заболевания

Заболел 6 дней назад, когда внезапно почувствовал озноб, ломоту в теле, температура тела быстро повысилась до 39,5°C. Принял ибупрофен без положительного эффекта. На следующий день симптомы сохранялись, температура тела повысилась до 39,8 °С, присоединились боль в мышцах, особенно в икроножных, головная боль. Лечился самостоятельно, к врачу не обращался.

Состояние ухудшалось: сохранялась фебрильная лихорадка, усилилась головная боль, стал отмечать боли в пояснице. На 5-день болезни было носовое кровотечение. В связи с сохраняющейся лихорадкой вызвал неотложную помощь, госпитализирован в инфекционный стационар с диагнозом: "Грипп, тяжелое течение. Острый пиелонефрит"

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: хронический гастрит. Операции отрицает.

Вредные привычки - курит 20 сигарет в день.

Эпидемиологический анамнез. За последние 6 месяцев никуда не выезжал.

Контакт с инфекционными больными отрицает. Переливание крови и парентеральные вмешательства отрицает. Половые контакты с барьерным методом контрацепции.

Работает дворником.

Объективный статус

* Состояние тяжелое. Температура тела - 39,4°C.

* Склеры иктеричны, сосуды конъюнктивы склер инъецированы. Кожные покровы желтушны. Над верхней губой сгруппированные мелкие везикулы.

* Лимфатические узлы всех групп мелкие, безболезненные.

* Тоны сердца приглушены, шумов нет. Пульс 112 в мин., ритмичный. АД 120/70 мм рт.ст.

* При аускультации легких - дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 16 в мин., цианоза нет.

* Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см., пальпируется селезенка. Стул в норме.

* Поколачивание по пояснице болезненное. Периферических отеков нет. Диурез снижен до 200 мл в сутки, моча темная.

* Пальпация икроножных, бедренных мышц болезненная.

* Сознание ясное. Ригидность затылочных мышц отрицательная, симптом Кернига положительный. Очаговой неврологической симптоматики нет.

К необходимым для верификации диагноза лабораторным исследованиям относятся

- 1
- 3
- 4
- 2

Результаты лабораторных методов обследования

Микроскопия сыворотки крови в темном поле (Темнопольная микроскопия)

Выявлена *Leptospira* spp

Реакция микроагглютинации и лизиса в парных сыворотках

Титр антител к *Leptospira icterohaemorrhagiae* 1:100

Посев крови, мочи, спинномозговой жидкости на среду Сабуро

Роста нет

Посев крови, дуоденального содержимого, спинномозговой жидкости на желчный бульон

Роста нет

Вирусологическое исследование крови, мочи, спинномозговой жидкости

Отрицательный

Реакция латекс-агглютинации в крови, моче, спинномозговой жидкости

Отрицательный

Какой диагноз можно поставить пациенту, учитывая клинико-anamnestические, лабораторные методы обследования?

- 1
- 3
- 4
- 2

Диагноз

Лептоспироз, желтушная форма, тяжелой степени. Менингит

Острый вирусный гепатит В, желтушная форма

Псевдотуберкулез, смешенная форма

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом

При лептоспирозе в крови значительно повышаются уровни

- аланинаминотрансферазы и щелочной фосфатазы
- аспартатаминотрансферазы и гамма-глутамилтрансферазы
- мочевины и креатинина
- амилазы и липазы

Характерными изменениями в общем анализе мочи при лептоспирозе являются

- гипоизостенурия, протеинурия, эритроцитурия
- гиперизостенурия, протеинурия, цилиндрурия
- гипоизостенурия, лейкоцитурия, ураты
- гиперизостенурия, протеинурия, лейкоцитурия

Причиной кровотечений при лептоспирозе является

- нарушение синтеза факторов свертывающей системы
- генерализованный капилляротоксикоз
- генерализованный тромбоваскулит
- тромбоцитопения потребления

Ранним характерным осложнением лептоспироза является

- острая надпочечная недостаточность
- гиповолемический шок
- острое повреждение почек
- острая печеночная кома

Препаратом выбора для этиотропной терапии лептоспироза является

- пенициллин
- ципрофлоксацин
- амикацин
- кларитромицин

При лептоспирозном менингите доза пенициллина составляет + _____ + млн ЕД/сут

- 18
- 6
- 36
- 9

Лицам, подвергшимся риску заражения лептоспирозом, назначают

- ципрофлоксацин
- левомицетин
- эритромицин
- доксициклин

Диспансерное наблюдение за переболевшими лептоспирозом проводят в течение + _____ + месяцев

- 12
- 6
- 3
- 24

Профилактика лептоспироза среди контингентов высокого риска заражения осуществляется посредством

- введения противолептоспирозного гамма-глобулина
- введения убитой лептоспирозной вакцины
- проведения дератизационных мероприятий

- использования средств индивидуальной защиты

Основным резервуаром лептоспироза в природе являются

- введения противолептоспирозного гамма-глобулина
- введения убитой лептоспирозной вакцины
- проведения дератизационных мероприятий
- использования средств индивидуальной защиты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-инфекционисту в поликлинике направлен мужчина 33 лет.

Жалобы

На желтушность кожи, белков глаз, кожный зуд, общую слабость.

Анамнез заболевания

Заболел около 10 дней назад: повысилась температура до $37,6^{\circ}\text{C}$, появились периодические боли в правом коленном, обоих плечевых и локтевых суставах, больше в ночное время. Беспокоила общая слабость, снизился аппетит. Внешне изменений в суставах не отмечал. К врачу не обращался, самостоятельно принимал ибупрофен, с положительным эффектом. Два дня назад друзья заметили иктеричность склер. Тогда же обратил внимание на то, что цвет мочи стал темнее обычного, а цвет кала – светлее. Накануне вечером состояние ухудшилось: усилилась слабость, появилась тошнота, горечь во рту. Утром заметил желтушность кожных покровов, появился зуд кожи, обратился в поликлинику по месту жительства, направлен к инфекционисту.

Анамнез жизни

- * Работает менеджером в офисе.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.
- * Курит около 5 сигарет в сутки на протяжении 10 лет; Употребление инъекционных наркотиков 12 лет назад, в дальнейшем стойкая ремиссия, со слов.
- * Перенесенные заболевания: ОРВИ, инфекционный мононуклеоз в 8 лет.
- * Эпидемиологический анамнез: проживает в отдельной квартире. Контакт с животными: дома содержит собаку. В окружении все здоровы. 3 месяца назад выезжал на отдых в Таиланд. Контакты с инфекционными больными отрицает. Примерно 2 месяца назад сделал татуировку на левом предплечье у частного мастера.

Объективный статус

- * Состояние средней тяжести. Температура $37,5^{\circ}\text{C}$.
- * Сознание ясное. Контактен, ориентирован в месте, времени и собственной личности.
- * Кожные покровы желтушные, в области предплечий, на груди следы расчесов. Слизистая оболочка твердого неба, уздечка языка и склеры ярко иктеричные.
- * Слизистая ротоглотки не гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов

нет

* Лимфатические узлы не увеличены.

* Пульс 86/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет. АД 110/70 мм рт. ст.

* При аускультации легких над всеми отделами выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 18 в мин.

* Живот обычной формы, в размере не увеличен, при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье, где пальпируется округлый край печени плотно-эластической консистенции, выступающий на 2,5 см из-под реберной дуги.

* Моча, со слов, коричневого цвета. Стул, со слов, светло-желтый, оформленный.

* Менингеальных, очаговых неврологических симптомов нет.

Для постановки диагноза необходимо исследовать

- введения противолептоспирозного гамма-глобулина
- введения убитой лептоспирозной вакцины
- проведения дератизационных мероприятий
- использования средств индивидуальной защиты

Результаты обследования

Активность АЛТ, АСТ, общего билирубина и его фракций (прямой, непрямой)

[cols=" , ^ , ^ " ,]

|=====

| *Показатель* | *Результат* | *Нормы*

| Общий белок, г/л | 68 | 65-84

| Глюкоза, ммоль/л | 4,5 | 3,3-5,5

| Общий билирубин, мкмоль/л

Прямой

Непрямой | 183,0

110,5

72,5 | 8,5-20,5

0-5,1

до 16,5

| Креатинин, мкмоль/л | 85 | 61-114

| АЛТ, Ед/л | 4060 | Не более 45

| АСТ, Ед/л | 3950 | До 45

| Щелочная фосфатаза, ед/л | 270 | До 260

| ГГТ, ед/л | 155 | До 33

|=====

Маркеры вирусных гепатитов методом ИФА

[cols=" , ^ "]

|=====

| *Показатель* | *Результат*

| Анти-HAV Ig M | Отрицательно

| HBsAg | Положительно
| Анти-НСV суммарные | Отрицательно
| Анти-НВсog Ig M | Положительно
| Анти-НDV суммарные | Отрицательно
|====

Реакция микроагглютинации и лизиса в парных сыворотках

Результат отрицательный

Посев крови на стерильность на высоте лихорадки

Результат отрицательный

Маркеры ВЭБ-инфекции методом ИФА

Результат отрицательный

Иммуноферментный анализ (ИФА) на антитела к эхинококку

Anti - Echinococcus IgG отрицательно

Из инструментальных методов обследования целесообразно выполнить

- введения противолептоспирозного гамма-глобулина
- введения убитой лептоспирозной вакцины
- проведения дератизационных мероприятий
- использования средств индивидуальной защиты

Результаты инструментального метода обследования

УЗИ органов брюшной полости

Печень увеличена в размерах, контуры ровные, края закругленные. Паренхима неоднородная за счет участков несколько сниженной, средней и относительно повышенной эхогенности. Сосудистый рисунок усилен. Стенка желчного пузыря отечна, просвет сужен

Обзорная рентгенография органов брюшной полости

Свободного газа в брюшной полости не обнаружено. Уровней жидкости в тонком и толстом кишечнике не выявлено.

МРТ головного мозга с контрастированием

Без патологических изменений.

ВЭГДС с биопсией слизистой оболочки желудка

Признаки катарального гастрита.

Какой диагноз можно поставить пациенту, учитывая клинико-анамнестические, лабораторные и инструментальные методы обследования?

- введения противолептоспирозного гамма-глобулина
- введения убитой лептоспирозной вакцины
- проведения дератизационных мероприятий
- использования средств индивидуальной защиты

Диагноз

Острый вирусный гепатит В, желтушная форма

Альвеолярный эхинококкоз

Лептоспироз, желтушная форма

Хронический вирусный гепатит В, обострение

Биохимическим маркером печеночной недостаточности является

- повышение уровня витамина К
- снижение уровня альбумина
- снижение уровня глюкозы
- повышение уровня АЛТ

При тяжелой форме ОГВ с развитием печеночной комы показана терапия

- иммуномодулирующая
- противовирусная
- симптоматическая
- патогенетическая

При тяжелой форме ОГВ с развитием печеночной комы может быть назначен

- ламивудин
- интерферон альфа
- римантадин
- ацикловир

Для лечения печеночной энцефалопатии применяют

- L-орнитин-L-аспартат
- мидазолам
- пирацетам
- гамма-аминомасляную кислоту

При развитии кровотечения показано введение

- протамина сульфата
- витамина К
- свежзамороженной плазмы
- фактора Виллебранда

С целью деконтаминации кишечника и для профилактики бактериальных осложнений следует назначить

- антибиотики широкого спектра
- витаминотерапию
- парентеральное питание

- очистительные клизмы

О затяжном течении острого гепатита В свидетельствует длительность симптомов от + _____ + месяцев

- 6 до 9
- 6 до 12
- 1 до 3
- 3 до 6

Специфическую профилактику гепатита В проводят по схеме + _____ + месяцев

- 0-1-6
- 0-3-6
- 3-4,5-6
- 0-2-6

К путям передачи вирусного гепатита В относится

- 0-1-6
- 0-3-6
- 3-4,5-6
- 0-2-6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной В. 32 лет обратился в поликлинику.

Жалобы

На сильную головную боль, сухость во рту, тошноту, однократную рвоту, не связанную с приемом пищи, боли в поясничной области, носовое кровотечение.

Анамнез заболевания

* Заболел остро 10 августа (8 дней назад), когда почувствовал слабость, недомогание, температура тела повысилась до 39 °С.

* 12 августа отметил снижение остроты зрения, «красноту» глаз.

* За медицинской помощью не обращался, считал, что болен ОРВИ, лечился самостоятельно, принимал алкоголь.

* 17 августа температура тела нормализовалась, однако больной стал чувствовать себя хуже, уменьшилось количество выделяемой мочи, боли в поясничной области усилились.

* 18 августа не мочился. Обратился за помощью к участковому терапевту.

* При ожидании вызова к врачу началось необильное носовое кровотечение.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: ОРВИ, грипп.

* Аллергоанамнез: не отягощен.

- * Эпиданамнез: работает охранником на овощной базе, где много грызунов.
- * Женат, двое детей, все здоровы.

Объективный статус

- * Температура тела 36,7 °С.
- * Наблюдается бледность кожных покровов, инъекция склер и конъюнктивы.
- * Петехиальная сыпь в области ключиц и подмышечных впадин.
- * В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.
- * Тоны сердца ясные, ЧСС – 56 уд. в мин, АД – 100/64 мм рт.ст.
- * Аппетит отсутствует, живот при пальпации умеренно болезненный в проекции почек, стула не было 2 дня.
- * Печень пальпируется из-под края реберной дуги на 1 см, край плотный, закруглен, селезенка не пальпируется.
- * Положительный симптом поколачивания по поясничной области. Сегодня не мочился.
- * Менингеальные знаки отрицательные, очаговых явлений нет.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- 0-1-6
- 0-3-6
- 3-4,5-6
- 0-2-6

Результаты обследования

Реакция непрямой иммунофлюоресценции

Результат:

РНИФ на ГЛПС от 18.08 1:256 +

РНИФ на ГЛПС от 02.09 1:1024

Бактериологическое исследование кала

Заключение: без патологических отклонений

Метод флуоресцирующих антител

Заключение: в мазках отпечатках с носо- и ротоглотки антигенов вируса гриппа и других ОРВИ не обнаружено

Иммуноферментный анализ на маркеры вирусных гепатитов

|=====

Показатель	Результат
Anti-HAV IgM	отрицательный
Anti-HAV IgG	отрицательный
HBsAg	отрицательный
Anti-HBs	положительный
Anti-HBcore total	отрицательный
Anti-HCV	отрицательный

|=====

{nbsp}

Заключение: без патологических отклонений

Для неспецифической диагностики и оценки степени тяжести течения заболевания применяют

- 0-1-6
- 0-3-6
- 3-4,5-6
- 0-2-6

Результаты обследования

Биохимический анализ крови

[cols="^,^",]

=====

| *Показатель* | *Результат* | *Норма*

| Белок общий | 78 г/л | 63-87 г/л

| Креатинин | 750 мкмоль/л | 44-97 мкмоль/л – у женщин, +
62-124 мкмоль/л – у мужчин

| Мочевина | 26 ммоль/л | 2,5-8,3 ммоль/л

| Холестерин общий | 3,4 ммоль/л | 3,3-5,8 ммоль/л

| Калий | 6,3 | 3,5–5 ммоль/л

| Натрий | 120 | 136–145 ммоль/л

| Хлор | 78 | 98–107 ммоль/л

| Триглицериды | 0,4 ммоль/л | менее 1,7 ммоль/л

| Глюкоза | 4,6 ммоль/л | 3,3-5,5 ммоль/л

| Билирубин общий | 5,0 мкмоль/л | 8,49-20,58 мкмоль/л

| Билирубин прямой | 1,8 мкмоль/л | 2,2-5,1 мкмоль/л

| Аспартатаминотрансфераза (сокращенно АСТ) | 39 Ед/л | до 42 Ед/л

| Аланинаминотрансфераза (сокращенно АЛТ) | 50 Ед/л | до 38 Ед/л

| Гамма-глутамилтрансфераза (сокращенно ГГТ) | 17 Ед/л | до 48,6 Ед/л – у
женщин, +

до 33,5 Ед/л — у мужчин

| Креатинкиназа (сокращенно КК) | 66 Ед/л | до 180 Ед/л

| Щелочная фосфатаза (сокращенно ЩФ) | 156 Ед/л | до 260 Ед/л

| Альфа-амилаза | 53 Ед/л | до 110 Ед/л

=====

Исследование спинномозговой жидкости

=====

| Показатель | Результат

| Цвет | прозрачная

| Цитоз | 3-6 клеток в 1 мкл

| Цитограмма лимфоциты | 92%

| нейтрофилы | 8%

| Осадочные реакции | отрицательные

| Глюкоза | 3,1 ммоль/л

| Белок | 0,2 г/л

=====

{nbsp}

***Заключение*:** без патологических отклонений

Копрограмма

[cols=","^"]

|=====

| ***Показатель*** | ***Результат***

| Мышечные волокна | встречаются отдельные переваренные волокна

| Соединительная ткань | отсутствует

| Нейтральный жир | отсутствует

| Жирные кислоты | отсутствует

| Мыла | незначительное количество

| Растительная клетчатка

переваримая

непереваримая | единичные клетки

единичные клетки

| Крахмал | отсутствует

| Йодофильная флора | отсутствует

| Слизь, эпителий | отсутствует

| Лейкоциты | единичные в препарате

|=====

{nbsp}

***Заключение*:** без патологических изменений

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки

***Заключение*:** без патологических изменений

Какой диагноз можно установить на основании клинических данных и результатов лабораторных методов исследования?

- 0-1-6
- 0-3-6
- 3-4,5-6
- 0-2-6

Диагноз

ГЛПС, олигоурический период, тяжелая форма. Острая почечная недостаточность

Грипп, осложненное течение: пиелостит, тяжелая форма

Менингококковая инфекция, генерализованная форма: менингококцемия, средней степени тяжести

Острый гепатит В, безжелтушная форма, тяжелое течение

Дифференциальную диагностику ГЛПС необходимо проводить с

- краснухой

- лептоспирозом
- респираторно-синцитиальной инфекцией
- дизентерей

Источником инфекции ГЛПС являются

- собаки, кошки
- больной человек
- мышевидные грызуны
- крупный рогатый скот

Ведущим механизмом заражения ГЛПС является

- гематогенный, преимущественно при переливании донорской крови
- контактно-бытовой при уходе за больным
- респираторный, преимущественно воздушно-пылевой
- трансмиссивный, возможно, вертикальный

В общем анализе крови в начальном периоде ГЛПС отмечается

- выраженный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы вправо, анемия легкой или средней степени тяжести, тромбоцитоз, ускорение СОЭ
- выраженный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, тромбоцитоз, уровень эритроцитов остается в пределах допустимых норм
- лейкопения, увеличение числа эритроцитов, гемоглобина, снижение СОЭ, тромбоцитопения
- анемия легкой или средней степени тяжести, тромбоцитоз, ускорение СОЭ

Характерными изменениями в общем анализе мочи пациентов с ГЛПС являются

- протеинурия (от 0,3 до 30,0 г/л и выше), микро- и макрогематурия, цилиндрурия, клетки Дунаевского
- лейкоцитурия, эритроцитурия и цилиндрурия, уровень белка в моче в норме, клетки переходного эпителия
- протеинурия (от 0,1 до 1,0 г/л), бактериурия, лейкоцитурия, клетки переходного эпителия
- лейкоцитурия, бактериурия, уровень белка в моче в норме, клетки плоского эпителия

Для этиотропной терапии ГЛПС применяют

- арабинопиранозил-N-метил-N-нитрозомочевина (Араноза)
- β-гидрокси-3-метилфентанил (Охмифентанил)
- рекомбинантный ИФН-α2b (Виферон)

- амоксициллин + клавулановая кислота (Аугментин)

Госпитализации при подозрении или установленном диагнозе ГЛПС подлежат

- все больные вне зависимости от тяжести и периода заболевания
- только больные в начальный период заболевания по эпидемиологическим показаниям
- пациенты в случаях тяжелого и осложненного течения заболевания, при подозрении на развитие ДВС-синдрома
- пациенты только в случаях тяжелого и осложненного течения заболевания, при развитии острой почечной недостаточности

Диспансерное наблюдение больных, перенесших ГЛПС среднетяжелой и тяжелой формой болезни, осуществляется в течение + _____ + месяцев

- 6
- 2
- 1
- 12

В период реконвалесценции пациенту рекомендуется

- 6
- 2
- 1
- 12

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Ж. 52 лет направлен на консультацию к инфекционисту в поликлинику.

Жалобы

На повышение температуры тела до 39°C в течение пяти дней, слабость, ломоту в мышцах и суставах, сильную головную боль, рвоту не связанную с приемом пищи.

Анамнез заболевания

* Заболел остро 13 июня (3 дня назад), когда почувствовал слабость, недомогание, температура тела повысилась до 39°C .

* За медицинской помощью не обращался, считал, что болен ОРВИ, лечился самостоятельно (парацетамол с кратковременным эффектом).

* Сегодня с утра состояние больного не улучшилось, лихорадка сохранялась, была однократная рвота, не связанная с приемом пищи, в связи с чем обратился за медицинской помощью.

Анамнез жизни

- * Перенесенные заболевания: ОРВИ.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Эпиданамнез: пациент – охотник. 1 июня охотился в Ярославской области. По возвращении обнаружил на теле 3-х клещей, удалил их самостоятельно, за медицинской помощью не обращался. Обследование клещей не проводилось.

Объективный статус

- * Температура тела 39,2 °С.
- * Наблюдается гиперемия лица, шеи, инъекция склер и конъюнктив.
- * В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.
- * Тоны сердца ясные, ЧСС – 82 уд. в мин, АД – 120/80 мм рт.ст.
- * Appetit снижен, живот при пальпации мягкий, безболезненный.
- * Печень и селезенка не увеличены.
- * Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный, дизурии нет.
- * Неврологический осмотр: обращают на себя внимание асимметрия лица, горизонтальный нистагм, угнетение сухожильных рефлексов и ригидность затылочных мышц.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- 6
- 2
- 1
- 12

Результаты обследования

Иммуноферментный анализ на антитела к вирусу клещевого энцефалита

ИФА: выявлены антитела к вирусу клещевого энцефалита Ig M+

Реакция непрямой иммунофлюоресценции на ГЛПС

РНИФ на ГЛПС: результат отрицательный

Иммуноферментный анализ на маркеры вирусных гепатитов

|====

Показатель	Результат
Anti-HAV IgM	отрицательный
Anti-HAV IgG	отрицательный
HBsAg	отрицательный
Anti-HBs	отрицательный
Anti-HBcore total	отрицательный
Anti-HCV	отрицательный

|====

Бактериологический посев крови на стерильность

Результат: роста нет

Для неспецифической диагностики заболевания целесообразно назначить

- 6
- 2

- 1
- 12

Результаты обследования

Исследование спинномозговой жидкости

=====

| Показатель | Результат
 | Цвет | прозрачная
 | Цитоз | 133 клетки в 1 мкл
 | Цитограмма лимфоциты | 92 %
 | нейтрофилы | 8 %
 | Осадочные реакции | отрицательные
 | Глюкоза | норма
 | Белок | 0,2 г/л

=====

Общий анализ мочи

[cols=" , ^, ^"]

=====

| *Показатель* | *Результат* | *Норма*
 | Прозрачность | прозрачная | прозрачная
 | Цвет | соломенно-желтый | соломенный, соломенно-желтый, желтый
 | Относительная плотность (удельный вес) | 1021 г/л | 1010-1025 г/л
 | Реакция мочи | 5,6 | 5,3-6,5
 | Белок | отсутствуют | отсутствует (до 0,033 г/л)
 | Глюкоза | отсутствуют | отсутствуют (до 0,8 ммоль/л)
 | Кетоновые тела | отсутствуют | отсутствуют
 | Билирубин | отсутствуют | отсутствует
 | Уробилиноген | 4 мкмоль/л | менее 34 мкмоль/л
 | Эритроциты | 0-2 в поле зрения | м. единичные в поле зрения
 ж. 0-3 в поле зрения
 | Лейкоциты | 0-2 в поле зрения | м.0-3 в поле зрения
 ж.0-6 в поле зрения
 | Эпителий плоск. | 0-4 в поле зрения | 0-5 в поле зрения
 | Цилиндры гиалиновые | отсутствуют | отсутствуют
 | Цилиндры зернистые | отсутствуют | отсутствуют
 | Цилиндры восковые | отсутствуют | отсутствуют
 | Бактерии | отсутствуют | отсутствуют
 | Грибы | отсутствуют | отсутствуют
 | Кристаллы | отсутствуют | отсутствуют
 | Слизь | отсутствуют | отсутствуют
 | Оксалаты | отсутствуют | отсутствуют

=====

Биохимический анализ крови

[cols=" , ^, ^"]

=====

| *Показатель* | *Результат* | *Норма*

| Белок общий | 70 г/л | 63-87 г/л
| Креатинин | 100 мкмоль/л | 44-97 мкмоль/л – у женщин,
62-124 мкмоль/л – у мужчин
| Мочевина | 5,2 ммоль/л | 2,5-8,3 ммоль/л
| Холестерин общий | 4,2 ммоль/л | 3,3-5,8 ммоль/л
| Триглицериды | 0,4 ммоль/л | менее 1,7 ммоль/л
| Глюкоза | 4,0 ммоль/л | 3,3-5,5 ммоль/л
| Билирубин общий | 5,5 мкмоль/л | 8,49-20,58 мкмоль/л
| Билирубин прямой | 1,8 мкмоль/л | 2,2-5,1 мкмоль/л
| Аспаратаминотрансфераза (сокращенно АСТ) | 18 Ед/л | до 42 Ед/л
| Аланинаминотрансфераза (сокращенно АЛТ) | 15 Ед/л | до 38 Ед/л
| Гамма-глутамилтрансфераза (сокращенно ГГТ) | 17 Ед/л | до 48,6 Ед/л – у
женщин,
до 33,5 Ед/л — у мужчин
| Креатинкиназа (сокращенно КК) | 66 Ед/л | до 180 Ед/л
| Щелочная фосфатаза (сокращенно ЩФ) | 35 Ед/л | до 260 Ед/л
| Альфа-амилаза | 53 Ед/л | до 110 Ед/л
|====

Рентгенологическое исследование грудной клетки

***Заключение*:** без патологических изменений

Какой диагноз можно установить на основании клинических данных и результатов лабораторно методов исследования?

- 6
- 2
- 1
- 12

Диагноз

Клещевой энцефалит, менингеальная форма, тяжелое течение

Респираторно-синцитиальная инфекция, тяжелое течение

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, олигоурический период, средней степени тяжести

Острый вирусный гепатит А, безжелтушная форма, средне-тяжелое течение

Дифференциальную диагностику менингеальной формы клещевого энцефалита необходимо проводить с

- эндемическим сыпным тифом
- цитомегаловирусной инфекцией
- ротавирусной инфекцией
- туберкулезным менингитом

Клинической формой клещевого энцефалита с высокой вероятностью развития инвалидности является

- инаппарантная
- лихорадочная
- менингеальная
- полиомиелитическая

Этиотропная терапия клещевого энцефалита включает назначение

- иммуноглобулина против клещевого энцефалита
- иммуноглобулина человеческого рекомбинантного
- кортикостероидных препаратов
- антибиотиков широкого спектра действия

Длительность лечения иммуноглобулином данного пациента должна составлять не менее

- 5-ти дней
- 3-х дней
- 3-х недель
- 2-х недель

Антибактериальная терапия больным клещевым энцефалитом показана

- при тяжелом течении для профилактики бактериальных осложнений
- в качестве этиотропной терапии вне зависимости от степени тяжести течения заболевания
- в качестве этиотропной терапии при средне-тяжелом течении заболевания
- только при хронической форме клещевого энцефалита, протекающей в виде кожевниковской эпилепсии

Все больные, перенесшие клещевой энцефалит, независимо от клинической формы, подлежат диспансерному наблюдению в течение _____ лет

- 8 – 9
- 6 – 7
- 1 – 3
- 4 – 5

После перенесенного клещевого энцефалита формируется

- иммунитет на 5-10 лет
- нестойкий кратковременный иммунитет
- стойкий пожизненный иммунитет
- типологически-видовой специфический иммунитет

К специфической профилактике клещевого энцефалита относится

- обработка лесопарковой зоны акарицидными препаратами
- тщательное мытье рук и обработка рук антисептиками
- ношение специальной одежды при посещении лесопарковой зоны
- вакцинация

Источником инфекции клещевого энцефалита при алиментарном пути передачи возбудителя являются

- обработка лесопарковой зоны акарицидными препаратами
- тщательное мытье рук и обработка рук антисептиками
- ношение специальной одежды при посещении лесопарковой зоны
- вакцинация

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 45 лет обратился в поликлинику на 7-й день болезни.

Жалобы

На повышение температуры тела, головную боль, снижение аппетита, потемнение мочи, желтушную окраску кожи, боли в мышцах, особенно в икроножных.

Анамнез заболевания

* Заболел остро 14.08. во второй половине дня, повысилась температура тела до 39°C , появилась сильная головная боль, ломота во всем теле.

* Все последующие дни температура сохранялась в пределах $39 - 40^{\circ}\text{C}$, беспокоила головная боль.

* Со второго дня болезни присоединилась боль в пояснице, потемнела моча.

* На 7 день болезни отметил желтушность кожи и склер.

Анамнез жизни

* Работает рабочим на стекольном заводе.

* Проживает в отдельной квартире вдвоем с женой.

* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.

* Вредные привычки: курит, употребление алкоголя умеренное.

* Прививочный анамнез: не известен.

* Эпиданамнез: С 26.07 по 07.08 находился в отпуске, в доме отдыха, расположенном вблизи озера, там купался, удил рыбу.

Объективный статус

* Общее состояние средней тяжести.

* Температура тела $38,5^{\circ}\text{C}$.

* Кожные покровы желтушные.

* Склеры иктеричны, инъецированы, отмечается гиперемия конъюнктив.

* Слизистая зева гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет.

* Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД – 110/70 мм.рт. ст., ЧСС – 92 уд. в мин.

* В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

* Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, чувствительная при пальпации. Пальпируется селезенка.

* Мочеиспускание свободное, безболезненное, поколачивание по поясничной области слабо болезненное с обеих сторон.

Для обследования больного целесообразно назначить

- обработка лесопарковой зоны акарицидными препаратами
- тщательное мытье рук и обработка рук антисептиками
- ношение специальной одежды при посещении лесопарковой зоны
- вакцинация

Результаты обследования

Реакция микроагглютинации (РМА)

В РМА обнаружены антитела к лептоспирам серогруппы Grippothyphosa в титре 1:160

Иммунолюминесцентный метод мазков-отпечатков слизистой оболочки носоглотки

Реакция отрицательная

Реакция гетероагглютинации Хофф-Бауэра

Реакция отрицательная

Бактериологическое исследование крови

Результат отрицательный

Какой диагноз можно предположить у данного больного на основании результатов клинико-лабораторных исследований?

- обработка лесопарковой зоны акарицидными препаратами
- тщательное мытье рук и обработка рук антисептиками
- ношение специальной одежды при посещении лесопарковой зоны
- вакцинация

Диагноз

Лептоспироз, желтушная форма, гепаторенальный синдром, средней тяжести

Лептоспироз, безжелтушная форма, легкое течение

Аденовирусная инфекция, средней степени тяжести

Инфекционный мононуклеоз, период разгара, типичное течение, средней степени тяжести

Для больных лептоспирозом в данный период болезни характерно наличие в крови

- лейкопении, эозинопении, анемии, нормальной СОЭ
- нейтрофильного лейкоцитоза, лимфопении, ускорения СОЭ
- нормоцитоза, лимфопении, эритропении, уменьшения СОЭ
- лейкопении, лимфомоноцитоза, тромбоцитопении, нормальной СОЭ

Причиной развития желтухи при лептоспирозе является

- сочетание гемолиза эритроцитов, аутоиммунного и токсического поражения гепатоцитов
- сочетание внепеченочного холестаза, жировой дистрофии гепатоцитов и аутоиммунного поражения печени
- сочетание цитолиза гепатоцитов, внепеченочного холестаза и жировой дистрофии гепатоцитов
- дегенеративные и некротические изменения в гепатоцитах, внутриспеченочный холестаз, гемолиз эритроцитов

Специфическими осложнениями лептоспироза являются

- анафилактический шок, гиповолемический шок, перитонит, аппендицит
- бактериальная пневмония, бронхит, сепсис, анемия
- ИТШ, ОПН, острая почечно-печеночная недостаточность, ДВС-синдром
- острая печеночная энцефалопатия, гнойный паротит, полиартрит, васкулит

Дифференциальную диагностику лептоспироза следует проводить с

- корью, краснухой, ветряной оспой
- геморрагической лихорадкой с почечным синдромом, вирусными гепатитами, ОРВИ
- шигеллезом, сальмонеллезом, пищевыми токсикоинфекциями
- аденовирусной инфекцией, энтеровирусной инфекцией, инфекционным мононуклеозом

Тактика ведения данного больного включает

- ведение пациента в дневном стационаре
- ведение пациента в амбулаторных условиях
- госпитализацию в терапевтическое отделение многопрофильной больницы
- госпитализацию в инфекционное отделение многопрофильной больницы

Наиболее эффективными антибактериальными препаратами для лечения лептоспироза являются

- левомицетин, ципрофлоксацин
- пенициллин, цефтриаксон

- доксициклин, стрептомицин
- азитромицин, фуразолидон

Патогенетическое лечение лептоспироза при легкой и среднетяжелой форме, включает назначение

- НПВС, антигистаминных препаратов, поливитаминов, энтеросорбентов
- глюкокортикостероидных препаратов, спазмолитиков, антикоагулянтов, вазопрессоров
- коллоидных растворов, мочегонных препаратов, гепаринотерапию, глюкокортикостероидов
- гемостатической терапии, оксигенотерапии, антикоагулянтов, плазмафереза

Диспансерное наблюдения за переболевшими лептоспирозом осуществляется на протяжении

- всей жизни
- 6 месяцев
- 3 лет
- 2 недель

В целях экстренной антибиотикопрофилактики лицам, подвергшимся риску заражения лептоспирозом назначается

- ципрофлоксацин
- пенициллин
- доксициклин
- гентамицин

Иммунизации против лептоспироза в выявленных очагах подлежат

- ципрофлоксацин
- пенициллин
- доксициклин
- гентамицин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В инфекционный стационар доставлен пациент 20-ти лет на 2-ой день болезни.

Жалобы

На головную боль, раздражительность, утомляемость, повышение температуры тела до 38°C, сыпь по всему телу с кожным зудом.

Анамнез заболевания

* Со слов пациента, заболел остро утром 2 дня назад, когда появились слабость,

головная боль, озноб, повысилась температура тела до 38°C.

* К обеду этого же дня на волосистой части головы, лице, туловище, конечностях появилась сыпь в виде розового пятна, которая в течение нескольких часов превратилась в пузырьки с прозрачным содержимым. С появлением пузырьков начался кожный зуд.

Анамнез жизни

* Студент дневного отделения ВУЗа.

* Проживает в студенческом общежитии.

* Вредные привычки: отрицает.

* Аллергоанамнез: не отягощен.

* Перенесенные заболевания: ОРВИ, аппендэктомия (в 15 лет).

* Эпиданамнез: пользуется общественным транспортом. Часто питается в студенческой столовой.

* Прививочный анамнез: Сертификат профилактических прививок на руках. Все прививки сделаны по прививочному календарю. От гриппа прививался осенью прошлого года.

Объективный статус

* Температура тела 38°C.

* На волосистой части головы, лице, туловища, конечностях визуализируется обильная везикулярная сыпь. Везикулы размером около 2-5 мм, окружены узкой каймой гиперемии, содержимое их прозрачное.

* Периферические заднешейные лимфоузлы увеличены, безболезненные при пальпации.

* Слизистая ротоглотки нормальной окраски. На внутренней поверхности щек – единичные афты.

* В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин.

* АД-110/70 мм рт.ст, ЧСС – 88 уд. в мин.

* Печень и селезенка не увеличены.

* Стул оформленный.

* Мочеиспускание не нарушено.

* Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Для постановки диагноза необходимыми лабораторными методами обследования являются

- ципрофлоксацин
- пенициллин
- доксициклин
- гентамицин

Результаты лабораторных методов обследования

ПЦР-диагностика крови к возбудителям

|=====

| *Наименование* | *Результат*

| RNA Measles virus | отрицательно

| RNA Rubella virus | отрицательно

| DNA Varicella zoster | положительно

|====

Реакция иммунофлуоресценции мазков-отпечатков содержимого везикул

Обнаружен антиген вируса Varicella zoster

Бактериологический посев смывов из зева и носоглотки

Роста нет

Реакция непрямой гемадсорбции

Результат отрицательный

Реакция гетерогемагглютинации Хофф-Бауэра

Результат отрицательный

Бактериологический посев крови на сахарный бульон

Роста нет

На основании результатов обследования, наиболее вероятным основным диагнозом является

- ципрофлоксацин
- пенициллин
- доксициклин
- гентамицин

Диагноз

Ветряная оспа, период разгара (высыпаний)

Опоясывающий лишай, типичное течение

Краснуха, типичное течение

Везикулярный риккетсиоз

Клиническими признаками периода разгара ветряной оспы являются

- длительная высокая лихорадка, конъюнктивит, склерит, катаральные проявления, появление пятнисто-папулёзной сыпи
- умеренная лихорадка, появление экзантемы с тесно сгруппированными везикулами с прозрачным серозным содержимым, располагающиеся на гиперемизированном и отёчном основании
- лихорадка, конъюнктивит, тонзиллит, гепатоспленомегалия, диарейный синдром
- лихорадочная реакция, одновременное появление экзантемы и энантемы, наличие сыпи в виде пятен, папул, везикул

Типичным элементом сыпи при ветряной оспе является

- пузырек, увеличивающийся в размере, склонный к слиянию с образованием вялого пузыря

- многокамерный пузырек с прозрачным содержимым на инфильтрированном основании
- розеола с фестончатыми краями с последующей трансформацией в петехию
- однокамерный пузырек с прозрачным содержимым на неинфильтрированном основании

Осложнениями при ветряной оспе являются

- тромбофлебит, холецистит, кишечное кровотечение
- стоматит, конъюнктивит, отит
- энцефалит, пневмония, миокардит
- орхит, полирадикулоневрит, анкилоз

Тактика ведения данного больного включает

- госпитализацию в общее инфекционное отделение
- перевод пациента в дневной стационар
- госпитализацию в мельцеровский бокс
- отказ от госпитализации и ведение пациента в амбулаторных условиях

В качестве этиотропной терапии при неосложненной ветряной оспе назначают

- флюконазол
- тетрациклин
- ацикловир
- рибавирин

Изоляция больного ветряной оспой осуществляется до 5-го дня с момента

- отхождения корочек
- образования корочек
- появления последних высыпаний
- нормализации температуры тела

Основным путем передачи ветряной оспы является

- алиментарный
- воздушно-капельный
- парентеральный
- трансмиссивный

Активная иммунизация против ветряной оспы проводится контактными лицам в первые + _____ + часов после вероятного контакта

- 36
- 5

- 96
- 24

Медицинское наблюдение за контактными неиммунными лицами по ветряной оспе устанавливается сроком на +_____+ день

- 31
- 21
- 14
- 7

Для вакцинации против ветряной оспы используется

+ _____ + вакцина

- 31
- 21
- 14
- 7

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В инфекционный стационар доставлена пациентка 22-х лет.

Жалобы

На слабость, быструю утомляемость, головную боль, раздражительность, повышение температуры тела до 38°C, «язвочки» во рту, сыпь по всему телу, кожный зуд.

Анамнез заболевания

* Заболела остро утром 2 дня назад, когда с ознобом повысилась температура тела до 38°C, появились слабость, головная боль.

* К вечеру этого же дня на волосистой части головы, лице, туловище, конечностях появилась сыпь в виде розового пятна, которая в течение нескольких часов превратилась в пузырьки с прозрачным содержимым. С появлением пузырьков начался кожный зуд.

* Тогда же отметила появление эрозий на внутренней поверхности губ, щек и боковой поверхности языка.

Анамнез жизни

* Студентка дневного отделения ВУЗа.

* Проживает в студенческом общежитии.

* Вредные привычки: отрицает.

* Аллергоанамнез: не отягощен.

* Перенесенные заболевания: ОРВИ, пневмония (в 16 лет).

* Эпиданамнез: пользуется общественным транспортом. Часто питается в студенческой столовой.

* Прививочный анамнез: Сертификат профилактических прививок на руках. Все

прививки сделаны по прививочному календарю. От гриппа прививалась осенью прошлого года.

Объективный статус

* Температура тела 38,2°C.

* На волосистой части головы, лице, туловища, конечностях, обильная везикулярная сыпь. Везикулы размером около 2-5 мм, окружены узкой каймой гиперемии, содержимое их прозрачное.

* Периферические заднешейные лимфоузлы увеличены, безболезненные при пальпации.

* На слизистой оболочки щек, губ, боковых поверхностях языка множественные афты.

* В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин.

* АД-110/70 мм рт.ст, ЧСС – 86 уд. в мин.

* Печень и селезенка не увеличены.

* Физиологические отправления в норме.

* В сознании, адекватна. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Для постановки диагноза необходимыми лабораторными методами обследования являются

- 31
- 21
- 14
- 7

Результаты лабораторных методов обследования

ПЦР-диагностика крови к возбудителям

|====

| *Наименование* | *Результат*

| RNA Measles virus | отрицательно

| RNA Rubella virus | отрицательно

| DNA Varicella zoster | положительно

|====

Реакция иммунофлуоресценции мазков-отпечатков содержимого везикул

Обнаружен антиген вируса Varicella zoster

Бактериологический посев смывов из зева и носоглотки

Роста нет

Реакция непрямой гемадсорбции

Результат отрицательный

Реакция гетерогемагглютинации Хофф-Бауэра

Результат отрицательный

Бактериологический посев крови содержимого везикул

Роста нет

На основании результатов обследования, наиболее вероятным основным диагнозом является

- 31

- 21
- 14
- 7

Диагноз

Ветряная оспа, период разгара (высыпаний)

Опоясывающий лишай, типичное течение

Краснуха, типичное течение

Везикулярный риккетсиоз

Клиническая классификация атипичного течения ветряной оспы включает _____ форму

- хроническую
- генерализованную
- стертую
- инапарантную

Типичным элементом сыпи при ветряной оспе является

- пузырек, увеличивающийся в размере, склонный к слиянию с образованием вялого пузыря
- милиарная папула, размером с просяное зерно, конусовидной формы
- однокамерный пузырек с узкой каймой гиперемии
- многокамерный пузырек с прозрачным содержимым на инфильтрированном основании

К наиболее частым осложнениям при ветряной оспе относят

- реактивный панкреатит
- полирадикулоневриты
- артриты крупных суставов
- гнойные поражения кожи

Тактика ведения данной больной включает

- госпитализацию в общее инфекционное отделение
- перевод пациентки в дневной стационар
- отказ от госпитализации и ведение пациентки в амбулаторных условиях
- госпитализацию в мельцеровский бокс

В качестве этиотропной терапии при неосложненной ветряной оспе назначают

- рибавирин 800 мг 2р/сут
- ацикловир 800 мг 5р/сут
- флюконазол 150 мг 1р/сут
- тетрациклин 500 мг 4р/сут

Местно при неосложненной ветряной оспе назначают

- 1% мазь нафтифина гидрохлорида
- 10% раствор калия перманганата
- 10% линимент хлорамфеникола
- 5% линимент стрептоцида

Изоляция больного ветряной оспой осуществляется до 5-го дня с момента

- нормализации температуры тела
- образования корочек
- отхождения корочек
- появления последних высыпаний

Основным путем передачи ветряной оспы является

- трансмиссивный
- воздушно-капельный
- парентеральный
- алиментарный

Медицинское наблюдение за контактными неиммунными лицами по ветряной оспе устанавливается сроком на + ____ + день

- 21
- 14
- 31
- 26

Для вакцинации против ветряной оспы используется + _____ + вакцина

- 21
- 14
- 31
- 26

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная К., 20 лет доставлена в инфекционный стационар.

Жалобы

На лихорадку и подъем температуры до $38,5^{\circ}\text{C}$, сыпь на лице, по всей поверхности кожных покровов и на слизистой рта, жжение при мочеиспускании.

Анамнез заболевания

* Больна 3-й день, когда вечером 19.02. отметила подъем температуры тела до $37,8^{\circ}\text{C}$, разбитость, першение в ротоглотке. Принимала аспирин, с кратковременным эффектом. Ночью потела.

* На следующий день беспокоила температура тела до $38,2^{\circ}\text{C}$, вновь приняла 1 таблетку аспирина, тогда же обнаружила первые красноватые элементы сыпи на плечах, лице и груди. Сыпь носила зудящий характер, в связи с чем приняла хлорапирамин (супрастин).

* На 3-й день температура тела повысилась до $38,5^{\circ}\text{C}$, элементы сыпи распространились по всем кожным покровам. Появились «язвочки» в ротоглотке. На коже вместо пятен сформировались пузырьковые элементы с серозным отделяемым. Появилось чувство жжения при мочеиспускании.

Анамнез жизни

* Студентка.

* Проживает в общежитии.

* Аллергоанамнез: не отягощен.

* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания.

* Вредные привычки: отрицает.

* Парентеральный анамнез не отягощен.

* Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными отрицает.

Прививки сделаны в соответствии с календарем прививок.

Объективный статус

* Температура тела $37,8^{\circ}\text{C}$.

* Склеры обычной окраски.

* По всей поверхности кожных покровов, на волосистой части головы множественные макуло-папулезные и везикулезные элементы сыпи 3-5 мм в диаметре. Везикулы с серозным отделяемым.

* На слизистой оболочке внутренней поверхности щек и губ – афтозные элементы.

* Язык влажный, без налета.

* Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

* Печень и селезенка не увеличены.

* Физиологические отправления соответствуют норме. Мочеиспускание болезненное из-за высыпаний на слизистой оболочки половых губ.

* АД – 115/70 мм рт.ст, ЧСС – 88 уд. в мин.

Для постановки диагноза необходимыми лабораторными методами обследования являются

- 21
- 14
- 31
- 26

Результаты лабораторных методов обследования

ПЦР-диагностика крови на возбудители

|====

| *Наименование* | *Результат*
| RNA Measles virus | отрицательно
| RNA Rubella virus | отрицательно
| DNA Varicella zoster | положительно

|====

Реакция иммунофлуоресценции мазков-отпечатков содержимого везикул

Обнаружен антиген вируса Varicella zoster

Бактериологический посев смывов из зева и носоглотки

Роста нет

Реакция непрямой гемадсорбции

Результат отрицательный

Бактериологическое исследование соскоба с элементов сыпи

Роста нет

Бактериологический посев крови на сахарный бульон

Роста нет

На основании результатов обследования, наиболее вероятным основным диагнозом является

- 21
- 14
- 31
- 26

Диагноз

Ветряная оспа, период высыпаний

Опоясывающий лишай, типичное течение, период высыпаний

Острая респираторная вирусная инфекция. Токсико-аллергическая реакция на аспирин

Хронический рецидивирующий герпес 1 типа, распространенный

В гемограмме больного ветряной оспой в период высыпаний наблюдаются

- лейкопения, анэозинофелия, тромбоцитопения
- лейкоцитоз за счет абсолютного лимфоцитоза, атипичные мононуклеары
- лейкопения, относительный лимфоцитоз, нормальные значения СОЭ
- лейкоцитоз, палочко-ядерный сдвиг влево, ускорение СОЭ

Критерием тяжелого течения ветряной оспы является

- менингеальный синдром
- наличие лимфополиаденопатии на фоне снижения массы тела
- присоединение стойких поясничных корешковых болей
- повторное подсыпания свежих элементов

В первые часы высыпаний наблюдается + _____ + экзантема

- розеолезно-петехиальная
- геморрагическая
- розеолезная
- макулопапулезная

Дифференциальную диагностику ветряной оспы следует проводить с

- менингококцемией
- везикулезным риккетсиозом
- астраханской риккетсиозной лихорадкой
- краснухой

Тактика ведения данной больной включает

- ведение пациентки в дневном стационаре
- госпитализацию в общее инфекционное отделение
- ведение пациентки в амбулаторных условиях
- госпитализацию в мельцеровский бокс

Схема лечения для данной пациентки включает + _____ + в сутки

- ацикловир 800 мг 5 раз
- осельтамивир 75 мг 2 раза
- рибавирин 0,2 г 3 раза
- ампициллин 0,5г 2 раза

Для местного лечения при ветряной оспе используют

- 1% спиртовой раствор бриллиантового зелёного
- мазевые формы препаратов содержащих интерферон
- 5% спиртовой раствор йода
- диклофенак гель

Источником вируса ветряной оспы является больной с

- последнего дня инкубационного периода до 5-го дня от появления последних элементов
- первых дней инкубационного периода до появления последнего элемента сыпи

- хронической инфекцией герпеса 1 и 2 типа в период обострения
- перенесенным опоясывающим лишаем в анамнезе

Входными воротами для ветряной оспы являются

- слизистая оболочка ротовой полости
- поврежденные кожные покровы
- слизистая оболочка верхних дыхательных путей
- слизистая желудочно-кишечного тракта

Инкубационный период ветряной оспы длится от _____ + дня/дней

- слизистая оболочка ротовой полости
- поврежденные кожные покровы
- слизистая оболочка верхних дыхательных путей
- слизистая желудочно-кишечного тракта

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К., 23-х лет доставлен в инфекционный стационар.

Жалобы

На подъем температуры до $38,5^{\circ}\text{C}$, общее недомогание, головную боль, сыпь на лице, по всей поверхности кожных покровов и на слизистой рта, выраженный зуд кожи.

Анамнез заболевания

* Болен 3-й день, когда вечером почувствовал недомогание, слабость, головную боль. Отметил повышение температуры тела до $37,9^{\circ}\text{C}$, присоединились боли при глотании. Принимал дважды парацетамол, с кратковременным эффектом.

* На следующий день температура тела повысилась до $38,4^{\circ}\text{C}$, вновь принял парацетамол, тогда же обнаружил первые красноватые элементы сыпи на лице и груди и волосистой части головы. Сыпь носила зудящий характер, в связи с чем принял таблетку супрастина.

* На 3-й день температура тела держалась в пределах $38,5-38,8^{\circ}\text{C}$, элементы сыпи распространились по всем кожным покровам. Появились «язвочки» в ротоглотке. На коже вместо пятен сформировались пузырьковые элементы с серозным отделяемым.

Анамнез жизни

* Инструктор по фитнесу.

* Проживает в съемной квартире с девушкой.

* Аллергоанамнез: не отягощен.

* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания.

* Вредные привычки: отрицает.

* Парентеральный анамнез не отягощен.

* Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными отрицает.

Контактирует с большим количеством малознакомых людей в фитнес клубе.
Прививки последний раз делал в школе. От гриппа не прививался.

Объективный статус

* Температура тела 37,8°C.

* Склеры обычной окраски.

* По всей поверхности кожных покровов, на волосистой части головы множественные везикулезные элементы, некоторые с элементами пустулизации сыпи, 3 - 5 мм в диаметре. Везикулы с серозным отделяемым.

* На слизистой оболочки внутренней поверхности щек и губ и языка – афтозные элементы.

* Слизистая ротоглотки умеренно гиперемирована. Миндалины не увеличены, налетов нет. При глотании слюны отмечает царапающие боли в горле, в области глотки. Прохождения пищи свободное. Поперхивания нет.

* Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

* Печень и селезенка не увеличены.

* Физиологические отправления соответствуют норме.

* Тоны сердца ритмичны, приглушены. АД – 110/650 мм рт.ст, ЧСС – 84 уд. в мин.

Для постановки диагноза необходимыми лабораторными методами обследования являются

- слизистая оболочка ротовой полости
- поврежденные кожные покровы
- слизистая оболочка верхних дыхательных путей
- слизистая желудочно-кишечного тракта

Результаты лабораторных методов обследования

ПЦР-диагностика крови на возбудители

|=====

| *Наименование* | *Результат*

| RNA Measles virus | отрицательно

| RNA Rubella virus | отрицательно

| DNA Varicella zoster | положительно

|=====

Реакция иммунофлуоресценции мазков-отпечатков содержимого везикул

Обнаружен антиген вируса Varicella zoster

Бактериологический посев смывов из зева и носоглотки

Роста нет

Реакция непрямой гемадсорбции

Результат отрицательный

Бактериологическое исследование соскоба с элементов сыпи

Роста нет

Бактериологический посев крови на сахарный бульон

Роста нет

На основании результатов обследования, наиболее вероятным основным диагнозом является

- слизистая оболочка ротовой полости
- поврежденные кожные покровы
- слизистая оболочка верхних дыхательных путей
- слизистая желудочно-кишечного тракта

Диагноз

Ветряная оспа, период высыпаний

Опоясывающий лишай, типичное течение, период высыпаний

Острая респираторная вирусная инфекция. Токсико-аллергическая реакция на парацетамол

Хронический рецидивирующий герпес 1 типа, распространенный

В гемограмме больного ветряной оспой в период высыпаний наблюдаются

- лейкоцитоз, палочко-ядерный сдвиг влево, ускорение СОЭ
- лейкопения, анэозинофелия, тромбоцитопения
- лейкопения, относительный лимфоцитоз, нормальные значения СОЭ
- лейкоцитоз за счет абсолютного лимфоцитоза, атипичные мононуклеары

Клиническая классификация атипичного течения ветряной оспы включает _____ форму

- инапарантную
- геморрагическую
- рецидивирующую
- хроническую

В первые часы высыпаний при ветряной оспе наблюдается

+ _____ + экзантема

- макулопапулезная
- геморрагическая
- розеолезно-петехиальная
- розеолезная

Дифференциальную диагностику ветряной оспы следует проводить с

- кожным лейшманиозом
- астраханской риккетсиозной лихорадкой
- корью
- натуральной оспой

Схема лечения для данного пациента включает назначение
+ _____ + в сутки

- осельтамивира 75 мг 2 раза
- ацикловира 800 мг 5 раз
- рибавирина 0,4г 3 раза
- ампициллина 0,5 г 2 раза

Для местного лечения при ветряной оспе используют

- мазевые формы препаратов содержащих интерферон
- левомеколь
- 5% спиртовой раствор йода
- 5-10% раствор калия перманганата

Изоляция больного ветряной оспой осуществляется до 5-го дня с момента

- нормализации температуры тела
- отхождения корочек
- появления последних высыпаний
- образования корочек

Входными воротами для ветряной оспы являются

- слизистая оболочка верхних дыхательных путей
- поврежденные кожные покровы
- слизистая оболочка ротовой полости
- слизистая желудочно-кишечного тракта

Инкубационный период ветряной оспы длится от + _____ + дня/дней

- 9-ти до 31
- 10-ти до 21
- 3-х до 7
- 2-х до 6

При снижении напряженности иммунитета после перенесенной ветряной оспы у пациента возникает

- 9-ти до 31
- 10-ти до 21
- 3-х до 7
- 2-х до 6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В инфекционный стационар доставлен пациент 24-х лет.

Жалобы

На выраженную слабость, головную боль, отсутствие аппетита, повышение температуры тела до 38°C, сыпь по всему телу с кожным зудом, боли в горле при глотании, «язвы» во рту .

Анамнез заболевания

- * Со слов пациента, заболел остро вечером 3 дня назад, когда появились слабость, головная боль, озноб, повысилась температура тела до 38,5°C. Принимал шипучие таблетки аспирина с кратковременным эффектом.
- * Утром следующего дня заметил, что на волосистой части головы, лице, туловище, конечностях появилась сыпь в виде розового пятна, которая в течение нескольких часов превратилась в пузырьки с прозрачным содержимым. С появлением пузырьков начался кожный зуд. Температура оставалась высокой (поднималась до 39,2°C). Принимал жаропонижающие (аспирин) с кратковременным эффектом. По совету друзей принял одну таблетку амоксициклава.
- * К вечеру второго дня ощутил неприятные ощущения в ротоглотке. В зеркале увидел «прыщи» и «язвочки» на внутренней поверхности щек, губ и боковых поверхностях языка. Отметил боли в горле при глотании воды и прохождении пищи.
- * Утром (на 3-й день болезни) вызвал бригаду по «03».

Анамнез жизни

- * Менеджер по продажам бытовой техники в торговом зале.
- * Снимает комнату в коммунальной квартире.
- * Вредные привычки: курит, алкоголь принимает умеренно.
- * Аллергоанамнез: неотягощен.
- * Перенесенные заболевания: ОРВИ, пневмония (в 7 лет), аппендэктомия (в 15 лет).
- * Эпиданамнез: пользуется общественным транспортом. Контактует с большим количеством незнакомых людей в торговом зале.
- * Прививочный анамнез: Последний раз прививки делал в школе. От гриппа не прививался.

Объективный статус

- * Температура тела 38°C.
- * На волосистой части головы, лице, туловища, конечностях визуализируется обильная везикулярная сыпь. Везикулы размером около 2-6 мм, окружены узкой каймой гиперемии, содержимое их прозрачное. Некоторые элементы на груди имеют тенденцию к пустулизации.
- * Периферические заднешейные лимфоузлы увеличены, безболезненные при пальпации.
- * Зев умеренно гиперемирован. Миндалины не увеличены, налетов нет. На внутренней поверхности щек, губ, языка - множественные афты. На мягком небе – единичные афты.
- * Глотание слюны болезненное.

- * В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин.
- * АД-110/70 мм рт.ст, ЧСС – 94 уд. в мин.
- * Печень и селезенка не увеличены.
- * Стул оформленный.
- * Мочеиспускание не нарушено.
- * Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Для постановки диагноза необходимыми лабораторными методами обследования являются

- 9-ти до 31
- 10-ти до 21
- 3-х до 7
- 2-х до 6

Результаты лабораторных методов обследования

ПЦР-диагностика

=====	
Наименование	*Результат*
RNA Measles virus	отрицательно
RNA Rubella virus	отрицательно
DNA Varicella zoster	положительно
=====	

Реакция иммунофлуоресценции мазков-отпечатков содержимого везикул
Обнаружение антигена вируса Varicella zoster

Бактериологический посев смывов из зева и носоглотки

Роста нет

Реакция непрямой гемадсорбции

Результат отрицательный

Реакция гетерогемагглютинации Хофф-Бауэра

Результат отрицательный

Бактериологический посев крови на сахарный бульон

Роста нет

На основании результатов обследования, наиболее вероятным основным диагнозом является

- 9-ти до 31
- 10-ти до 21
- 3-х до 7
- 2-х до 6

Диагноз

Ветряная оспа, период разгара (высыпаний)

Инфекционный мононуклеоз, типичное течение. Токсико-аллергическая реакция на ампициллин

Краснуха, период разгара (высыпаний)

Аденовирусная инфекция, типичное течение

Клиническими признаками периода разгара ветряной оспы являются

- лихорадка, конъюнктивит, тонзиллит, гепатоспленомегалия, диарейный синдром
- умеренная лихорадка, появление экзантемы с тесно сгруппированными везикулами с прозрачным серозным содержимым, располагающиеся на гиперемизированном и отёчном основании
- длительная высокая лихорадка, конъюнктивит, склерит, катаральные проявления, появление пятнисто-папулёзной сыпи
- лихорадочная реакция, одновременное появление экзантемы и энантемы, наличие сыпи в виде пятен, папул, везикул

Типичным элементом сыпи при ветряной оспе является

- лихорадка, конъюнктивит, тонзиллит, гепатоспленомегалия, диарейный синдром
- умеренная лихорадка, появление экзантемы с тесно сгруппированными везикулами с прозрачным серозным содержимым, располагающиеся на гиперемизированном и отёчном основании
- длительная высокая лихорадка, конъюнктивит, склерит, катаральные проявления, появление пятнисто-папулёзной сыпи
- лихорадочная реакция, одновременное появление экзантемы и энантемы, наличие сыпи в виде пятен, папул, везикул

На 4-й день болезни

На 4-й день болезни на фоне массового высыпания, у больного выросли интоксикация и лихорадка до 39,3°C, появилась одышка, боли в грудной клетке, мокрота с прожилками крови.

Учитывая данные можно предположить развитие у пациента

- бактериальной пневмонии
- аспириновой астмы
- вирусной пневмонии
- респираторного дистресс-синдрома

Для данного клинического случая на рентгенограмме легких характерно наличие

- двусторонних сливных инфильтративных затемнений, расходящихся от корней легких

- обильных мелких очажков на всем протяжении легких
- затемнений овальной или округлой формы в верхних отделах легких, чаще всего под ключицей
- интенсивных хлопьевидных затемнений расположенных диссеминировано в обеих легких

В качестве этиотропной терапии при ветряной оспе назначают

- ацикловир
- рибавирин
- флюконазол
- тетрациклин

При развитии ветряночной пневмонии показаны ингаляции

- ипратропия бромида
- триамциналон
- ИФН- α
- сальбутамол

Для местного лечения при ветряной оспе используют

- 5-10% раствор калия перманганата
- мазь для наружного применения с интерферон альфа-2b
- 5% спиртовой раствор йода
- 10% линимент синтомицина

Изоляция больного ветряной оспой осуществляется до 5-го дня с момента

- появления последних высыпаний
- нормализации температуры тела
- отхождения корочек
- образования корочек

Активная иммунизация против ветряной оспы проводится контактными лицам в первые + _____ + часов после вероятного контакта

- 12
- 5
- 96
- 18

Медицинское наблюдение за контактными неиммунными лицами по ветряной оспе устанавливается сроком на + _____ + день/дней

- 12
- 5
- 96

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В инфекционный стационар доставлен пациент 29-ти лет.

Жалобы

На повышение температуры тела до 38,6°C, головную боль, выраженную слабость, снижение аппетита, сыпь по всему телу с кожным зудом, боли в горле при глотании, «язвы» во рту.

Анамнез заболевания

* Со слов пациента, заболел остро 2 дня назад, когда появились слабость, головная боль, озноб, повысилась температура тела до 38,6°C. Принимал парацетамол, аспирин, с кратковременным эффектом.

* На следующей день на волосистой части головы, лице, плечах, груди и верхних конечностях появилась сыпь в виде розового пятна, которая в течение нескольких часов превратилась в пузырьки с прозрачным содержимым. С появлением пузырьков начался кожный зуд. Температура оставалась высокой (поднималась до 39,2°C). Продолжал принимать жаропонижающие (парацетамол, аспирин) с кратковременным эффектом.

* К вечеру второго дня ощутил неприятные ощущения в ротоглотке. В зеркале увидел «прыщи» и «язвочки» на внутренней поверхности щек, губ и боковых поверхностях языка. Отметил боли в горле при глотании воды и прохождении пищи. Вызвал бригаду по «03».

Анамнез жизни

* Программист-фрилансер.

* Проживает в отдельной квартире с женой и дочерью 3-х лет.

* Вредные привычки: курит, алкоголь принимает умеренно.

* Аллергоанамнез: не отягощен.

* Перенесенные заболевания: ОРВИ, пневмония (в детстве), хронический гастрит (на учете у гастроэнтеролога не состоит).

* Эпиданамнез: работает дома и в офисе, пользуется общественным транспортом. Посещает рестораны быстрого питания. Дочь посещает детское дошкольное учреждение, 2 недели назад перенесла ветряную оспу.

* Прививочный анамнез: Последний раз прививки делал в школе. От гриппа не прививался.

Объективный статус

* Температура тела 38,4°C.

* На волосистой части головы, лице, туловища, конечностях визуализируется обильная везикулярная сыпь. Везикулы размером около 2-6 мм, окружены узкой каймой гиперемии, содержимое их прозрачное. Некоторые элементы на груди имеют тенденцию к пустулизации.

* Периферические заднешейные лимфоузлы увеличены, безболезненные при

пальпации.

* Зев умеренно гиперемирован. Миндалины не увеличены, налетов нет. На внутренней поверхности щек, губ, языка - множественные афты.

* Глотание слюны болезненное.

* В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД – 22 в мин.

* АД-115/70 мм рт.ст, ЧСС – 96 уд. в мин.

* Печень и селезенка не увеличены.

* Физиологические отправления в норме.

* Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Для постановки диагноза необходимыми лабораторными методами обследования являются

- 12
- 5
- 96
- 18

Результаты лабораторных методов обследования

ПЦР-диагностика

|=====

| *Наименование* | *Результат*

| RNA Measles virus | отрицательно

| RNA Rubella virus | отрицательно

| DNA Varicella zoster | положительно

|=====

Реакция иммунофлуоресценции мазков-отпечатков содержимого везикул

Обнаружение антигена вируса Varicella zoster

Бактериологический посев смывов из зева и носоглотки

Роста нет

Реакция непрямой гемадсорбции

Результат отрицательный

Реакция гетерогемагглютинации Хофф-Бауэра

Результат отрицательный

Бактериологический посев крови на сахарный бульон

Роста нет

На основании результатов обследования, наиболее вероятным основным диагнозом является

- 12
- 5
- 96
- 18

Диагноз

Ветряная оспа, период разгара (высыпаний)

Опоясывающий лишай

Полиморфная экссудативная эритема, везикулезная форма

Стрепто-стафилодермия

Клиническими признаками периода разгара ветряной оспы являются

- длительная высокая лихорадка, конъюнктивит, склерит, катаральные проявления, появление пятнисто-папулёзной сыпи
- умеренная лихорадка, появление экзантемы с тесно сгруппированными везикулами с прозрачным серозным содержимым, располагающиеся на гиперемизированном и отёчном основании
- умеренная лихорадка, симметричное появление отечных папул с центробежным ростом, с последующим западением центра элемента
- лихорадочная реакция, одновременное появление экзантемы и энантемы, наличие сыпи в виде пятен, папул, везикул

Дифференциальную диагностику ветряной оспы целесообразно проводить с

- длительная высокая лихорадка, конъюнктивит, склерит, катаральные проявления, появление пятнисто-папулёзной сыпи
- умеренная лихорадка, появление экзантемы с тесно сгруппированными везикулами с прозрачным серозным содержимым, располагающиеся на гиперемизированном и отёчном основании
- умеренная лихорадка, симметричное появление отечных папул с центробежным ростом, с последующим западением центра элемента
- лихорадочная реакция, одновременное появление экзантемы и энантемы, наличие сыпи в виде пятен, папул, везикул

На 7-й день болезни

На 7-й день болезни на фоне удовлетворительного самочувствия и формирования корочек, вновь повысилась температура тела до 39,8°C. Пациент предъявляет жалобы на головную боль, головокружение, двоение в глазах. Была рвота, шаткость походки. Развился судорожный синдром с последующей кратковременной потерей сознания.

Объективно: в сознании, но заторможен, дизартрия, анизокория, асимметрия рефлексов, общий тремор.

Учитывая вышеперечисленные симптомы, можно предположить развитие у пациента

- кистозно-слипчивого арахноидита
- энцефалита
- окклюзии А. Carotis interna

- церебрального инфаркта

В данном клиническом случае при исследовании спинно-мозговой жидкости (СМЖ) обнаруживают

- смешанный плеоцитоз, нормальное содержание белка и глюкозы
- нейтрофильный плеоцитоз, увеличение количество белка, резкое снижение количества глюкозы
- лимфоцитарный плеоцитоз, нормальное содержание белка, увеличение содержания эритроцитов
- лимфоцитарный плеоцитоз, увеличение количества белка и глюкозы

В качестве этиотропной терапии при ветряной оспе назначают

- флюконазол
- тетрациклин
- ацикловир
- рибавирин

Для местного лечения при ветряной оспе используют

- мазь для наружного применения с интерферон альфа-2b
- 5% спиртовой раствор йода
- 10% линимент синтомицина
- 5-10% раствор калия перманганата

Изоляция больного ветряной оспой осуществляется до 5-го дня с момента

- нормализации температуры тела
- отхождения корочек
- появления последних высыпаний
- образования корочек

Активная иммунизация против ветряной оспы проводится контактными лицам в первые + _____ + часов после вероятного контакта

- 96
- 5
- 12
- 36

Медицинское наблюдение за контактными неиммунными лицами по ветряной оспе устанавливается сроком на + _____ + день

- 31
- 7
- 14
- 21

Для вакцинации против ветряной оспы используется

+ _____ + вакцина

- 31
- 7
- 14
- 21

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-инфекционист вызван на консультацию к пациенту 23-х лет.

Жалобы

На повышение температуры тела, боль в горле, общее недомогание, снижение аппетита.

Анамнез заболевания

* Болен 3-й день. Заболел остро с повышения температуры тела до 37,7°C, слабости, снижения аппетита, небольших болей в горле. Кашля, насморка не было. Лечился самостоятельно жаропонижающими средствами – без эффекта.

* На 2-ой день болезни обнаружил налеты на миндалинах. Полоскал горло фурацилином.

* В день обращения в поликлинику, боль в горле усилилась, температура повысилась до 38,1°C.

Анамнез жизни

* Работает разнорабочим на стройке.

* Проживает в коммунальной квартире вдвоем с женой. Детей нет.

* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, ангина в возрасте 12 лет.

* Вредные привычки: курит, употребление алкоголя умеренное.

* Прививочный анамнез: не известен.

* Имеет контакт с большим количеством людей (рабочие на стройке, приезжие из разных регионов России и ближнего зарубежья).

Объективный статус

* Температура тела 38,1°C.

* Кожные покровы бледные.

* Поднижнечелюстные периферические лимфоузлы увеличены до 1 см, подвижные, безболезненные при пальпации. Лимфоузлы других групп не увеличены.

* Слизистая ротоглотки тусклая с цианотичным оттенком; в области небных дужек и миндалин умеренная гиперемия с цианотичным оттенком. Миндалины увеличены до I степени, отечны, с обеих сторон покрыты пленчатым налетом серо-белого цвета, расположенного на их поверхности («плюс ткань»), который с усилием снимается шпателем с обнажением эрозированной кровоточащей поверхности. Налеты не выходят за пределы миндалин.

* Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД – 110/70 мм рт. ст., ЧСС – 96 уд. в

мин.

* В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

* Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

* Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Для постановки диагноза необходимым лабораторным методом обследования является

- 31
- 7
- 14
- 21

Результаты лабораторного метода обследования

Бактериологическое исследование мазка из ротоглотки на VL

Выделены токсигенные *C.diphtheriae* биовариант *mitis*

Иммунолюминесцентный метод мазков-отпечатков слизистой оболочки носоглотки

Результат отрицательный

Кожно-аллергическая проба с тулярином

Результат отрицательный

Реакция гетероагглютинации Хофф-Бауэра

Результат отрицательный

На основании результатов обследования, наиболее вероятным диагнозом является

- 31
- 7
- 14
- 21

Диагноз

Дифтерия ротоглотки, локализованная форма, пленчатый вариант, легкое течение

Дифтерия ротоглотки, распространенная форма, средней степени тяжести

Туляремия, ангинозно-бубонная форма, типичное течение, средней степени тяжести

Инфекционный мононуклеоз, типичное течение, средней степени тяжести

Клинические признаки дифтерии ротоглотки включают

- боли в горле, аденоидит, лихорадку, генерализованную полилимфаденопатию, гепатоспленомегалию

- боли в ротовой полости, слюнотечение, дисфагию, умеренное увеличение подбородочных лимфоузлов
- тонзиллит, синдром интоксикации, возможное увеличение поднижнечелюстных лимфатических узлов
- тонзиллит, значительно болезненный регионарный лимфаденит, бледность носогубного треугольника, экзантему

Поражение слизистой оболочки ротоглотки при дифтерии характеризуется наличием налетов

- рыхлых, желтоватого цвета, не выступающих над поверхностью миндалин, легко снимающихся шпателем без кровоточивости и эрозий
- грязных зеленоватых с гнилостным запахом и односторонним глубоким кратерообразным поражением миндалины
- плотных фибринозных, серо-белого цвета, выступающих над поверхностью миндалин, с трудом снимающихся шпателем
- в виде творожистых наложений, переходящих на внутреннюю поверхность щек

Неспецифическими осложнениями дифтерии являются

- экзантема, миокардит, полиартрит
- миокардит, полинейропатия, токсический нефроз
- пневмония, бронхит, перитонзиллярный абсцесс
- стеноз гортани, анафилактический шок, инфекционно-токсический шок

Дифференциальную диагностику локализованной дифтерии ротоглотки следует проводить с

- аденовирусной инфекцией, энтеровирусной инфекцией, коклюшем
- корью, краснухой, ветряной оспой
- эпидемическим паротитом, флегмоной дна полости рта, химическим ожогом ротоглотки, паратонзиллярным абсцессом
- лакунарной ангиной, инфекционным мононуклеозом, язвенно-некротической ангиной Симановского-Плаута-Венсана

Тактика ведения данного больного включает

- ведение пациента в дневном стационаре
- госпитализацию в специализированное отделение инфекционной больницы
- ведение пациента в амбулаторных условиях
- госпитализацию в терапевтическое отделение многопрофильной больницы

Основным средством лечения дифтерии является

- адсорбированный дифтерийный анатоксин
- противодифтерийная сыворотка
- антибактериальный препарат группы макролидов
- высокомолекулярный иммуномодулятор

Лечебная тактика при легком течении неосложненной дифтерии ротоглотки включает назначение противодифтерийной сыворотки (ПДС) в дозе + _____ + тыс. МЕ

- 30-40
- 60-80
- 10-20
- 20-30

Выписка больного дифтерией осуществляется после

- нарастания титра противодифтерийных анитоксических антител в 4 раза
- 2-кратного отрицательного бактериологического обследования отделяемого ротоглотки
- 1-кратного отрицательного бактериологического обследования отделяемого ротоглотки и отрицательной гемокультуры возбудителя
- нарастания титра противодифтерийных анитоксических антител в 2 раза

Лица, бывшие в контакте с больным дифтерией, подлежат бактериологическому обследованию на ВЛ не позже + _____ + часов с момента изоляции больного

- 12
- 48
- 24
- 72

За лицами, общавшимися с больными дифтерией, устанавливается медицинское наблюдение в течение + _____ + дней с момента выявления последнего случая заболевания в очаге

- 12
- 48
- 24
- 72

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов инфекциониста на консультацию в приемное отделение многопрофильной больницы к пациенту 57 лет.

Жалобы

На повышение температуры тела, боли в горле при глотании, резкую слабость, головную боль, отсутствие аппетита, припухлость в области шеи.

Анамнез заболевания

* Заболевание началось остро с интенсивных болей в горле, озноба, повышения температуры тела до 38,8°C, появилась вялость, головная боль, снизился аппетит.

* На 2-ой день болезни состояние ухудшилось: температура повысилась до 39,2°C, нарастала слабость, исчез аппетит, усилились боли в горле, стал с трудом сглатывать слюну.

* На 3-й день обнаружил припухлость под нижней челюстью, больше справа, которая в течение суток увеличилась.

* Госпитализирован по 03.

Анамнез жизни

* Пациент в течение последнего года нигде не работает. За 3-4 дня до болезни пил пиво на улице из одного стакана с незнакомыми людьми.

* Проживает в отдельной квартире вдвоем с дочерью.

* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: хронический бронхит, пневмония, инфаркт миокарда в возрасте 40 лет.

* Вредные привычки: курит по 1,5 пачки сигарет в день, злоупотребляет алкоголем в течение последних 2-х лет после смерти жены.

* Прививочный анамнез: не известен

Объективный статус

* Температура тела 38,9°C.

* Выраженная бледность кожных покровов, одутловатость лица.

* Рот открывает свободно. Слизистая оболочка ротоглотки в области небных дужек, язычка, мягкого неба умеренно гиперемирована с цианотичным оттенком, отечна, больше справа. Миндалины шаровидной формы, увеличены до II-III степени за счет отека, слева и справа – сплошной налет беловато-серого цвета, который покрывает все миндалины и распространяется на небную дужку, язычок и частично на мягкое небо. Налеты плотные, возвышаются над поверхностью слизистой («плюс ткань»), с усилием снимаются шпателем с обнажением кровоточащей поверхности.

* Шея увеличена в объеме за счет тестообразного отека подкожно-жировой клетчатки, справа - до середины шеи. Гиперемии кожи над поверхностью отека нет. Отек безболезненный.

* Подчелюстные периферические лимфоузлы увеличены справа до 3 см в диаметре, умеренно болезненные при пальпации, контуры их из-за отека и периаденита нечеткие. Лимфатические узлы других групп не увеличены.

* Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД – 110/70 мм рт. ст., ЧСС – 108 уд. в мин.

* В легких дыхание жесткое, с обеих сторон – множественные сухие хрипы.

* Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень + 1,5-2,0 см из-под края реберной дуги, плотноватой консистенции, безболезненная. Селезенка не пальпируется.

* Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Для постановки диагноза необходимым лабораторным методом обследования является

- 12
- 48
- 24
- 72

Результаты лабораторного метода обследования

Бактериологическое исследование мазка из ротоглотки на VL

Выделены токсигенные *C.diphtheriae* биовариант *gravis*

Иммунолюминесцентный метод мазков-отпечатков слизистой оболочки носоглотки

Результат отрицательный

Реакция Шика

Результат отрицательный

Бактериологическое исследование пунктата регионарных лимфатических узлов

Роста нет

На основании результатов обследования, наиболее вероятным диагнозом является

- 12
- 48
- 24
- 72

Диагноз

Дифтерия ротоглотки, токсическая форма I степени, средней тяжести

Дифтерия ротоглотки, распространенная форма, тяжелое течение

Дифтерия ротоглотки, токсическая форма II степени, средней тяжести

Лакунарная ангина, осложненная правосторонним паратонзиллярным абсцессом, тяжелое течение

Клинические признаки дифтерии ротоглотки токсической формы включают

- интоксикацию, болезненность в области околоушной слюнной железы при жевании, сухость слизистой оболочки ротоглотки, симптом Мурсу, поражение железистых органов
- тонзиллит, синдром интоксикации, регионарный лимфаденит, наличие отека слизистой оболочки ротоглотки и шейной подкожно-жировой клетчатки

- высокую лихорадку с ознобами и потливостью, выраженный плотный отек и асимметрию шеи, отсутствие фибринозных налетов в ротоглотке
- нарастающие боли в горле при глотании пульсирующего характера, высокую лихорадку, выраженный резко болезненный аденит с периаденитом

Критерием токсической формы дифтерии ротоглотки I степени является отек подкожно-жировой клетчатки

- над подчелюстными лимфоузлами
- до ключицы
- ниже ключицы
- до середины шеи

Для тяжелых токсических форм дифтерии характерны проявления

- анафилактического шока, сывороточной болезни, эрозивного гастрита, острого респираторного дистресс-синдрома
- синусита, трахеобронхита, бронхопневмонии, пневмонии
- инфекционно-токсического шока, надпочечниковой недостаточности, миокардита, полинейропатии
- нефротического синдрома, хронического пиелита, хронического пиелонефрита, хронической почечной недостаточности

Дифференциальную диагностику токсической дифтерии ротоглотки следует проводить с

- паратонзиллярным абсцессом, эпидемическим паротитом, флегмоной дна полости рта (флегмона Людвига)
- ангинами стрептококковой и стафилококковой этиологии, инфекционным мононуклеозом, аденовирусной инфекцией
- ангинозно-бубонной формой туляремии, язвенно-некротической ангиной Симановского-Плаута-Венсана
- ангиной сифилитической этиологии, грибковыми поражениями ротоглотки, энтеровирусной инфекцией

Тактика ведения данного больного включает

- госпитализацию в специализированное отделение инфекционной больницы
- отказ от госпитализации и ведение пациента в амбулаторных условиях
- госпитализацию в терапевтическое отделение многопрофильной больницы
- отказ от госпитализации и ведение пациента в дневном стационаре

Основным средством лечения дифтерии является

- антибиотик широкого спектра действия
- адсорбированный дифтерийный анатоксин
- высокомолекулярный иммуномодулятор
- противодифтерийная сыворотка

Лечебная тактика при дифтерии ротоглотки токсической формы I степени включает назначение противодифтерийной сыворотки (ПДС) в дозе + _____ + тыс. МЕ

- 20-30
- 10-20
- 50-60
- 30-50

Выписка больного дифтерией осуществляется

- после полного клинического выздоровления и 1-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии
- через 5 дней после нормализации температуры тела и 3-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии
- через 5 дней после нормализации температуры тела и 2-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии
- после полного клинического выздоровления и 2-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии

С целью верификации прививочного анамнеза у больного дифтерией серологическое исследование крови на наличие дифтерийных антител осуществляется в течение первых + _____ + дней от начала заболевания и до введения противодифтерийной сыворотки (ПДС)

- 7
- 5
- 2
- 3

Дополнительная вакцинация от дифтерийной инфекции этому пациенту должна быть проведена

- 7
- 5
- 2
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной М., 44-х лет доставлен в приемный покой инфекционной больницы на 5-й день болезни.

Жалобы

На повышение температуры тела, затрудненное дыхание, кашель, боли в горле при глотании, резкую слабость, головную боль, отсутствие аппетита, отек в области шеи.

Анамнез заболевания

- * Заболевание началось остро с озноба, ощущения жара (температуру не измерял по причине отсутствия термометра), появились интенсивные боли в горле, вялость, головная боль, снизился аппетит.
- * На 2-ой день болезни состояние ухудшилось: нарастала слабость, исчез аппетит, усилились боли в горле, стал с трудом сглатывать слюну. Голос стал осипшим, появился сухой упорный кашель.
- * На 3-й день обнаружил припухлость под нижней челюстью, которая в течение суток увеличилась.
- * В последующие дни самочувствие продолжало ухудшаться, голос и кашель стали беззвучными, появились приступы удушья.
- * Госпитализирован по «03».

Анамнез жизни

- * Проживает в коммунальной квартире с двумя соседями.
- * Пациент в течение последних двух лет нигде не работает.
- * Злоупотребляет алкоголем, курит.
- * Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: хронический бронхит, пневмонии (год-полтора назад – точно указать не может), переломы ребер (два года назад).
- * Почти ежедневно контактирует с малознакомыми людьми, распивая с ними спиртные напитки.
- * Прививочный анамнез: не известен.

Объективный статус

- * Температура тела 37,9°C.
- * Сознание сохранено, вербальному контакту доступен, во времени и месте ориентирован не вполне.
- * Положение вынужденное, сидячее с опорой на кисти рук, голова несколько откинута назад.
- * Афония; частый, непродуктивный, сухой кашель.
- * Кожные покровы бледные, теплые, одутловатость лица. Шея значительно увеличена в объеме за счет плотного безболезненного отека подкожно-жировой клетчатки, которая распространяется на переднюю поверхность грудной клетки до 3-го ребра.
- * Рот открывает свободно. Речь смазана, слюна с примесью крови вытекает изо рта. Слизистая оболочка ротоглотки застойно гиперемирована, отечна, анатомические образования глотки мало различимы, т.к. покрыты плотным

блестящим налетом грязно-серого цвета с геморрагическим пропитыванием. С периферии налет отслаивается от слизистой, которая легко ранима, кровоточит.

* Подчелюстные лимфатические узлы не доступны пальпации. В месте их предполагаемой проекции – геморрагическое пропитывание тканей.

* Просвет зева сужен до 1,5 см. Специфический сладковатый запах изо рта.

* Дышит шумно, открытым ртом, со свистом. Дыхание затруднено и удлинено на вдохе, при этом крылья носа раздуваются, втягиваются межреберные промежутки. ЧДД 14 в минуту. Дыхание над всей поверхностью легких резко ослаблено.

* Тоны сердца глухие, аритмичны. АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 120 уд. в мин.

* Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень + 1,5-2,0 см из-под края реберной дуги, плотноватой консистенции, безболезненная. Селезенка не пальпируется.

* Мочился мало, последний раз вчера.

Для постановки диагноза необходимым лабораторным методом обследования является

- 7
- 5
- 2
- 3

Результаты лабораторного метода обследования

Бактериологическое исследование мазка из ротоглотки на флору и ВЛ

Выделены токсигенные *S.diphtheriae* биовариант mitis

Иммунолюминесцентный метод мазков-отпечатков слизистой оболочки носоглотки

Результат отрицательный

Бактериоскопическое исследование мазка с миндалин по Бури

Бактериоскопическое исследование мазка с миндалин по Бури: спирохет и веретенообразных палочек не обнаружено

Реакция гетероагглютинации Хофф-Бауэра

Результат отрицательный

На основании результатов обследования, наиболее вероятным диагнозом является

- 7
- 5
- 2
- 3

Диагноз

Комбинированная токсическая дифтерия ротоглотки III степени и дыхательных путей, стеноз гортани, тяжелое течение

Ангина Жансуля – Людвига (гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта), двусторонняя внебольничная пневмония, тяжелое течение

Дифтерия ротоглотки, токсическая форма III степени, двусторонняя внебольничная пневмония, тяжелое течение

Ангина Симановского-Плаута-Венсана (фузоспирохетозная язвенно-пленчатая ангина), тяжелое течение

Клинические признаки дифтерии ротоглотки токсической формы включают

- тонзиллит, синдром интоксикации, регионарный лимфаденит, наличие отека слизистой оболочки ротоглотки и шейной подкожно-жировой клетчатки
- интоксикацию, болезненность в области околоушной слюнной железы при жевании, сухость слизистой оболочки ротоглотки, симптом Мурсу, поражение железистых органов
- высокую лихорадку с ознобами и потливостью, выраженный плотный отек и асимметрию шеи, отсутствие фибриновых налетов в ротоглотке
- нарастающие боли в горле при глотании пульсирующего характера, высокую лихорадку, выраженный резко болезненный аденит с периаденитом

Критерием токсической формы дифтерии ротоглотки III степени является отек подкожно-жировой клетчатки

- до середины шеи
- над подчелюстными лимфоузлами
- до ключицы
- ниже ключицы

Дифтерия дыхательных путей может быть

- восходящей
- распространенной
- генерализованной
- катаральной

У данного больного на фоне дифтерии возможно заподозрить развитие

- нефротического синдрома и полиартрита
- миокардита и токсического нефроза
- флегмоны шеи и бронхопневмонии
- менингоэнцефалита и пиелита

Тяжесть течения дифтерии дыхательных путей определяется развитием

- двусторонней интерстициальной пневмонии
- инфекционно-токсического шока
- стеноза
- острой почечной недостаточности

Основным средством лечения дифтерии является

- противодифтерийная сыворотка
- высокомолекулярный иммуномодулятор
- антибактериальный препарат широкого спектра действия
- адсорбированный дифтерийный анатоксин

При комбинированных формах дифтерии дозу противодифтерийной сыворотки (ПДС) увеличивают на + _____ + тыс. МЕ

- 30-40
- 50-60
- 10-20
- 20-30

Выписка больного дифтерией осуществляется

- через 5 дней после нормализации температуры тела и 2-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии
- через 5 дней после нормализации температуры тела и 3-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии
- после полного клинического выздоровления и 1-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии
- после полного клинического выздоровления и 2-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии

С целью верификации прививочного анамнеза у больного дифтерией серологическое исследование крови на наличие дифтерийных антител осуществляется в течение первых + _____ + дней от начала заболевания и до введения противодифтерийной сыворотки (ПДС)

- 5
- 2
- 3
- 7

Инкубационный период дифтерии составляет

- 5
- 2
- 3
- 7

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов инфекциониста на консультацию в приемное отделение многопрофильной больницы к пациенту 62-х лет.

Жалобы

На лихорадку, выраженную слабость, головную боль, отсутствие аппетита, боли в горле при глотании, припухлость в области шеи.

Анамнез заболевания

* Заболевание началось остро с озноба, повышения температуры тела до 39,8°C, появилась вялость, головная боль, снизился аппетит. Беспокоили интенсивные боли в горле.

* На 2-ой день болезни состояние ухудшилось: температура повысилась до 40,2°C, нарастала мышечная слабость, исчез аппетит, усилились боли в горле, стал с трудом сглатывать слюну.

* На 3-й день обнаружил припухлость под нижней челюстью, больше справа, которая в течение суток увеличилась.

* Госпитализирован по 03.

Анамнез жизни

* Пациент в течение последних 3-х лет нигде не работает. За 3-4 дня до болезни пил пиво на улице из одного стакана с незнакомыми людьми.

* Проживает в отдельной квартире.

* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: хронический бронхит, пневмония, переломы ребер (год назад).

* Вредные привычки: курит по 1,5 пачки сигарет в день, злоупотребляет алкоголем в течение последних 3-х лет после смерти жены.

* Прививочный анамнез: не известен.

Объективный статус

* Температура тела 40,0°C.

* Выраженная бледность кожных покровов, одутловатость лица.

* Рот открывает свободно. Слизистая оболочка ротоглотки в области небных дужек, язычка, мягкого неба умеренно гиперемирована с цианотичным оттенком, отечна, больше справа. Миндалины шаровидной формы, увеличены до II-III степени за счет отека, слева и справа – сплошной налет беловато-серого цвета, который покрывает все миндалины и распространяется на небную дужку, язычок и частично на мягкое небо. Налеты плотные, возвышаются над поверхностью слизистой («плюс ткань»), с усилием снимаются шпателем с обнажением кровоточащей поверхности.

* Шея увеличена в объеме за счет тестообразного отека подкожно-жировой клетчатки, справа - до ключицы. Гиперемии кожи над поверхностью отека нет.

Отек безболезненный.

* Подчелюстные периферические лимфоузлы увеличены справа до 3 см в диаметре, умеренно болезненные при пальпации, контуры их из-за отека и периаденита нечеткие. Лимфатические узлы других групп не увеличены.

* Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД – 100/60 мм рт. ст., ЧСС – 110 уд. в мин.

* В легких дыхание жесткое, с обеих сторон – множественные сухие хрипы.

* Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень + 1,5-2,0 см из-под края реберной дуги, плотноватой консистенции, безболезненная. Селезенка не пальпируется

.

* Мочеотделение снижено.

* Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Для постановки диагноза необходимым лабораторным методом обследования является

- 5
- 2
- 3
- 7

Результаты лабораторного метода обследования

Бактериологическое исследование мазка из ротоглотки на флору и ВЛ
Выделены токсигенные *C.diphtheriae* биовариант *mitis*

Иммунолюминесцентный метод мазков-отпечатков слизистой оболочки носоглотки

Результат отрицательный

РПГА для выявления антител к *Francisella tularensis*

Результат отрицательный

Бактериологическое исследование пунктата регионарных лимфатических узлов

Роста нет

На основании результатов обследования, наиболее вероятным диагнозом является

- 5
- 2
- 3
- 7

Диагноз

Дифтерия ротоглотки, токсическая форма II степени, тяжелого течения

Дифтерия ротоглотки, распространенная форма, тяжелое течение

Дифтерия ротоглотки, токсическая форма I степени, средней тяжести

Лакунарная ангина, осложненная правосторонним паратонзиллярным абсцессом, тяжелое течение

Основные клинические признаки токсической формы дифтерии ротоглотки включают

- тонзиллит, регионарный лимфаденит, синдром интоксикации, наличие отека слизистой оболочки ротоглотки и шейной подкожно-жировой клетчатки
- боль под языком, усиливающуюся при попытке говорить, глотать, наличие слюнотечения и инфильтрата, занимающего правую и левую подъязычные области.
- высокую лихорадку с ознобами и потливостью, выраженный плотный отек и асимметрию шеи, отсутствие фибринозных налетов в ротоглотке
- нарастающие боли в горле при глотании пульсирующего характера, высокую лихорадку, выраженный резко болезненный аденит с периаденитом

Критерием токсической формы дифтерии ротоглотки II степени является отек подкожно-жировой клетчатки, распространяющийся

- над подчелюстными лимфоузлами
- до середины шеи
- ниже ключицы
- до ключицы

Для тяжелых токсических форм дифтерии характерно развитие

- острой печеночной недостаточности
- острого респираторного дистресс-синдрома
- токсического нефроза
- синдрома Рейтера

Дифференциальную диагностику токсической дифтерии ротоглотки следует проводить с

- грибковыми поражениями ротоглотки
- аденовирусной инфекцией
- флегмоной дна полости рта (флегмона Людвиг)
- язвенно-некротической ангиной Симановского-Плаута-Венсана

Тактика ведения данного больного включает

- госпитализацию в специализированное отделение инфекционной больницы
- отказ от госпитализации и ведение пациента в дневном стационаре

- отказ от госпитализации и ведение пациента в амбулаторных условиях
- госпитализацию в терапевтическое отделение многопрофильной больницы

Основным средством лечения дифтерии является

- адсорбированный дифтерийный анатоксин
- высокомолекулярный иммуномодулятор
- противодифтерийная сыворотка
- антибактериальный препарат широкого спектра действия

Лечебная тактика при дифтерии ротоглотки токсической формы II степени включает назначение противодифтерийной сыворотки (ПДС) в дозе + _____ + тыс. МЕ

- 50-60
- 30-50
- 20-30
- 10-20

При токсической дифтерии средней и тяжелой степени тяжести назначают

- иммуномодуляторы
- антибиотики пенициллинового ряда
- интубацию трахеи или трахеотомию
- глюкокортикостероиды в высоких дозах

Выписка больного дифтерией осуществляется

- после полного клинического выздоровления и 2-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии
- через 5 дней после нормализации температуры тела и 2-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии
- после полного клинического выздоровления и 1-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии
- через 5 дней после нормализации температуры тела и 3-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии

Дополнительная вакцинация от дифтерийной инфекции этому пациенту должна быть проведена

- после полного клинического выздоровления и 2-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии
- через 5 дней после нормализации температуры тела и 2-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии
- после полного клинического выздоровления и 1-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии
- через 5 дней после нормализации температуры тела и 3-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-инфекционист вызван на консультацию к пациентке 20-ти лет.

Жалобы

На лихорадку, общее недомогание, слабость, снижение аппетита, боль в горле.

Анамнез заболевания

* Больна 3-й день. Заболела остро с повышения температуры тела до 37,6°C, слабости, снижения аппетита, небольших болей в горле. Кашля, насморка не было. Лечилась самостоятельно (принимала парацетамол) – без эффекта.

* На 2-ой день болезни отметила налеты на миндалинах. Полоскала горло хлоргексидином.

* В день обращения в поликлинику, боль в горле усилилась, температура повысилась до 38,2°C.

Анамнез жизни

* Приехала из ближнего зарубежья вместе с семьей. Живут в съемной квартире

* Не учится. Занимается уборкой квартир.

* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.

* Вредные привычки: отрицает.

* Прививочный анамнез: со слов матери дочь не прививалась.

Объективный статус

* Температура тела 38,1°C.

* Кожные покровы бледные.

* Пальпируются подвижные поднижнечелюстные периферические лимфоузлы, увеличенные до 1 см, безболезненные. Лимфоузлы других групп не увеличены.

* Слизистая ротоглотки тусклая с цианотичным оттенком; в области небных дужек и миндалин умеренная гиперемия с цианотичным оттенком. Миндалины увеличены до I степени, отечны, с обеих сторон покрыты пленчатым налетом серо-белого цвета, расположенного на их поверхности («плюс ткань»), который с усилием снимается шпателем с обнажением эрозированной кровоточащей поверхности. Налеты не выходят за пределы миндалин.

- * Снятые налеты не растираются, не тонут и не растворяются в воде.
- * Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД – 110/65 мм рт. ст., ЧСС – 92 уд. в мин.
- * В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.
- * Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.
- * Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Для постановки диагноза необходимым лабораторным методом обследования является

- после полного клинического выздоровления и 2-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии
- через 5 дней после нормализации температуры тела и 2-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии
- после полного клинического выздоровления и 1-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии
- через 5 дней после нормализации температуры тела и 3-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии

Результаты лабораторного метода обследования

Бактериологическое исследование мазка из ротоглотки на VL

Выделены токсигенные *C.diphtheriae* биовариант *gravis*

Иммунолюминесцентный метод мазков-отпечатков слизистой оболочки носоглотки

Результат отрицательный

Реакция Шика

Результат отрицательный

Реакция гетероагглютинации Хофф-Бауэра

Результат отрицательный

На основании результатов обследования, наиболее вероятным диагнозом является

- после полного клинического выздоровления и 2-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии
- через 5 дней после нормализации температуры тела и 2-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии
- после полного клинического выздоровления и 1-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии

- через 5 дней после нормализации температуры тела и 3-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии

Диагноз

Дифтерия ротоглотки, локализованная форма, пленчатый вариант, легкое течение

Дифтерия ротоглотки, распространенная форма, средней степени тяжести

Аденовирусная инфекция, типичное течение, средней степени тяжести

Инфекционный мононуклеоз, типичное течение, средней степени тяжести

Клинические признаки дифтерии ротоглотки включают

- тонзиллит, значительно болезненный регионарный лимфаденит, бледность носогубного треугольника, экзантему
- боли в ротовой полости, увеличенную в объеме подъязычную складку (plica sublingualis) с фибринозным налетом, слюнотечение.
- боли в горле, аденоидит, лихорадку, генерализованную полилимфаденопатию, гепатоспленомегалию
- тонзиллит, синдром интоксикации, возможное увеличение поднижнечелюстных лимфатических узлов

При дифтерии налеты на миндалинах

- грязные зеленоватые с гнилостным запахом и односторонним глубоким кратерообразным поражением миндалины
- рыхлые, желтоватого цвета, не выступающие над поверхностью миндалин, легко снимающиеся шпателем без кровоточивости и эрозий
- имеют вид творожистых наложений, переходящих на внутреннюю поверхность щек
- плотные фибринозные, серо-белого цвета, выступающие над поверхностью миндалин, с трудом снимающиеся шпателем

Частым неспецифическим осложнением дифтерии является

- полинейропатия
- стеноз гортани
- полиартрит
- пневмония

Дифференциальную диагностику локализованной дифтерии ротоглотки следует проводить с

- ангинозно-бубонной туляремией

- химическим ожогом ротоглотки
- эпидемическим паротитом
- коклюшем

Тактика ведения данной больной включает

- ведение пациентки в дневном стационаре
- госпитализацию в терапевтическое отделение многопрофильной больницы
- госпитализацию в специализированное отделение инфекционной больницы
- ведение пациента в амбулаторных условиях

Основным средством лечения дифтерии является

- противодифтерийная сыворотка
- сульфаметоксазол /Триметоприм
- азитромицин
- адсорбированный дифтерийный анатоксин

Лечебная тактика при легком течении неосложненной дифтерии ротоглотки включает назначение противодифтерийной сыворотки (ПДС) в дозе + _____ + тыс. МЕ

- 20-30
- 60-80
- 30-40
- 10-20

Выписка больного дифтерией осуществляется после

- 1-кратного отрицательного бактериологического обследования отделяемого ротоглотки и отрицательной гемокультуры возбудителя
- нарастания титра противодифтерийных анитоксических антител в 4 раза
- нарастания титра противодифтерийных анитоксических антител в 2 раза
- 2-кратного отрицательного бактериологического обследования отделяемого ротоглотки

Лица, бывшие в контакте с больным дифтерией, подлежат бактериологическому обследованию на ВЛ не позже + _____ + часов с момента изоляции больного

- 48
- 72
- 24
- 12

В качестве профилактики возможного повторного заболевания дифтерией, данной пациентке рекомендуется

- 48
- 72
- 24
- 12

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 35 лет поступила в инфекционное отделение на 6-е сутки заболевания.

Жалобы

- * повышение температуры до 38,3-39,0°C
- * слабость
- * светобоязнь, слезотечение
- * насморк
- * сухой лающий кашель
- * осиплость голоса
- * высыпания на коже лица и туловища

Анамнез заболевания

Больная в течение 4-х дней отмечала повышение температуры тела до 38,3°-39,0°C, сухой лающий кашель, осиплость голоса, светобоязнь, слезотечение, насморк. На 5-й день болезни утром заметила сыпь на лице, принимала самостоятельно супрастин. На 6-й день сыпь распространилась на туловище и плечи в связи, с чем вызвала врача из поликлиники.

Анамнез жизни

- * вакцинальный анамнез не известен
- * аллергический анамнез не отягощен
- * Работает кассиром в супермаркете
- * 2 недели назад был контакт с лихорадящим больным, у которого отмечалась сыпь на лице

Объективный статус

- * Лихорадит до 39,0°C. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Аппетит снижен.
- * Конъюнктивы обоих глаз гиперемированы, отечны.
- * Обильное серозное отделяемое из носовых ходов. Кашель грубый лающий, голос осиплый.
- * Кожные покровы бледно-розовые. На обычном фоне кожи лица, шеи, туловища - яркая пятнисто-папулезная сыпь с тенденцией к слиянию. Кожа предплечий, кистей и нижних конечностей чистая.
- * В зеве разлитая гиперемия, на слизистой щёк в области моляров отмечаются мелкие белёсые пятнышки.
- * Пульс 92 удара в мин., ритмичный. Тоны сердца ясные, чистые.

- * В легких жесткое дыхание, хрипов нет. ЧД – 25 в мин.
- * Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.
- * Менингеальные симптомы отрицательные.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- 48
- 72
- 24
- 12

Результаты лабораторных методов обследования

Иммуноферментный анализ (ИФА) крови

Параметр	Единицы	Результат
Anti-Measles virus IgM	МЕ/мл	Обнаружено
Anti-Rubella virus IgM	МЕ/мл	Не обнаружено
Anti-Mumps virus IgM	МЕ/мл	Не обнаружено

Молекулярно-биологический метод (ПЦР) крови

Параметр	Результат
RNA Rubella virus	Не обнаружено
RNA Measles virus	Обнаружено
RNA Mumps virus	Не обнаружено
RNA Coxsackievirus A	Не обнаружено
RNA Coxsackievirus B	Не обнаружено

Бактериологическое исследование крови на стерильность

Результат отрицательный

Общий анализ мочи с микроскопическим исследованием осадка

Цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1018, белок – 0,15 г/л, эпителий плоский – 2-3 в поле зрения, лейкоциты – 5-6 в поле зрения, эритроциты – нет.

Иммунолюминесцентный метод мазков-отпечатков

Результат отрицательный

Какой диагноз можно поставить пациентке, учитывая клинико-anamnestические, лабораторные методы обследования?

- 48
- 72
- 24
- 12

Диагноз

Корь, период высыпаний, типичная форма

Краснуха, типичная форма. кандидоз слизистой полости рта

Энтеровирусная инфекция, комбинированная форма: энтеровирусная экзантема и респираторная форма

ОРВИ, ринофарингит, ларингит. Токсикодермия

Индекс контагиозности при кори составляет

- 10-50%
- 50-75%
- 5-10%
- 95-96%

При введении иммуноглобулина по контакту инкубационный период кори удлиняется до

- 4-5 недель
- 21 дня
- 30 дней
- 2 месяцев

Особенностью распространения сыпи при кори является

- одновременное высыпание на всех участках кожи
- этапное появления сыпи
- толчкообразное появление новых элементов
- изменение первоначального расположения сыпи

Митигированная корь развивается у больных

- ранее перенесших корь в легкой, abortивной или стертой форме
- привитых согласно национальному календарю вакцинопрофилактики РФ
- получивших иммуноглобулин в инкубационном периоде
- имеющих отягощенный преморбидный фон с нарушенной иммунной системой

Патогномоничными симптомами для кори являются

- пятна Бельского — Филатова — Коплика
- элементы сыпи в виде крупных пятен темно-красного цвета на мягком небе
- катаральные проявления со стороны слизистых оболочек верхних дыхательных путей

- постепенно нарастающие симптомы интоксикации с максимальной выраженностью к периоду высыпания

У взрослых наиболее чаще, чем у детей развивается

- острый коревой энцефалит
- гнойный ринит
- фурункулез
- ларингит со стенозом гортани (коревой круп)

Для лечения кори в любом возрасте обосновано применение

- интерферона альфа
- производных адамантана
- ингибиторов нейраминидазы
- антиретровирусных препаратов

Плановую иммунизацию живой коревой вакциной начинают

- на 4-ой неделе жизни
- в 12 месяцев
- на 3-7 день жизни
- в 1 сутки после рождения

Больные корью подлежат обязательной изоляции на 5 дней с момента

- появления первых симптомов заболевания
- появления сыпи
- угасания всех клинических симптомов
- перехода сыпи в пигментацию

Стойкий иммунитет к кори формируется в результате

- появления первых симптомов заболевания
- появления сыпи
- угасания всех клинических симптомов
- перехода сыпи в пигментацию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В инфекционный стационар доставлен больной 32 лет.

Жалобы

На повышение температуры тела до 39,5 °С, озноб, боль в мышцах, особенно в

икроножных, дискомфорт в поясничной области, потемнение мочи и уменьшение ее объема

Анамнез заболевания

Заболел 5 дней назад, когда вечером после работы внезапно почувствовал озноб, головную боль, температура тела повысилась до 39,0°C. Принял парацетамол с кратковременным положительным эффектом. На следующий день симптомы сохранялись, температура тела повысилась до 39,5 °С, присоединились боль в мышцах, особенно в икроножных, дискомфорт в поясничной области. Вызвал бригаду неотложной помощи: выполнена инъекция, после которой состояние несколько улучшилось, температура снизилась, оставлен дома с диагнозом ОРВИ. Лечился симптоматически, состояние ухудшалось: сохранялась фебрильная лихорадка, головная боль, стал отмечать снижение объема суточной мочи. Накануне госпитализации было носовое кровотечение, мочеотделение существенно снизилось, заметил пожелтение склер. Вызвал неотложную помощь: госпитализирован в инфекционный стационар с диагнозом: "Грипп, тяжелое течение".

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ 1-2 раза в год. Хронические заболевания отрицает. Операции отрицает.

Вредные привычки отрицает.

Эпидемиологический анамнез. За последние 6 месяцев никуда не выезжал. Контакт с инфекционными больными отрицает. Переливание крови и парентеральные вмешательства отрицает. Половые контакты с барьерным методом контрацепции.

Работает на мясокомбинате - обвальщик мяса.

Объективный статус

* Состояние тяжелое. Температура тела - 38,8°C.

* Сознание ясное. Ригидность затылочных мышц, симптом Кернига отрицательные. Очаговой неврологической симптоматики нет.

* Склеры иктеричны, сосуды склер инъецированы. Кожные покровы слегка желтушны. Петехиальная сыпь в подмышечных областях.

* Пальпация икроножных, бедренных мышц болезненная.

* Лимфатические узлы всех групп до 1 см, безболезненные при пальпации.

* АД 110/70 мм рт.ст. Пульс 92 в мин., ритмичный. Тоны сердца звучные, шумы не выслушиваются.

* При аускультации легких - дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 16 в мин., цианоза нет.

* Живот мягкий, болезненный во всех отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Определяется гепатоспленомегалия. Стул в норме.

* Поколачивание по пояснице болезненное. Периферических отеков нет. Диурез снижен до 200 мл в сутки.

К необходимому для верификации диагноза лабораторному исследованию относят

- появления первых симптомов заболевания
- появления сыпи
- угасания всех клинических симптомов

- перехода сыпи в пигментацию

Результаты лабораторных методов обследования

Реакция микроагглютинации и лизиса в парных сыворотках

Титр антител к *Leptospira icterohaemorrhagiae* 1/100

Посев крови, мочи, спинномозговой жидкости на среду Сабуро

Роста нет

Посев крови, дуоденального содержимого, спинномозговой жидкости на желчный бульон

Роста нет

Вирусологическое исследование крови, мочи

Отрицательный

Какой диагноз можно поставить пациенту, учитывая клинико-анамнестические, лабораторные методы обследования?

- появления первых симптомов заболевания
- появления сыпи
- угасания всех клинических симптомов
- перехода сыпи в пигментацию

Диагноз

Лептоспироз, желтушная форма, тяжелое течение, период разгара

Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, средней степени тяжести, период разгара

Псевдотуберкулез, смешанная форма, средней степени тяжести, период разгара

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, тяжелое течение, период разгара

При лептоспирозе в крови значительно повышаются уровни

- амилазы и липазы
- холестерина и триглицеридов
- гамма-глутамилтрансфераза и щелочная фосфатаза
- мочевины и креатинина

Повышение КФК-МВ, АСТ в крови больного лептоспирозом свидетельствует о развитии

- перикардита
- эндокардита
- миокардита
- гемоперикарда

Причиной кровотечений при лептоспирозе является

- генерализованный тромбоваскулит
- тромбоцитопения потребления
- генерализованный капилляротоксикоз
- нарушение синтеза факторов свертывающей системы

Ранним характерным осложнением лептоспироза является

- гиповолемический шок
- острое повреждение почек
- острая надпочечная недостаточность
- острая печеночная кома

Препаратом выбора для этиотропной терапии лептоспироза является

- кларитромицин
- амикацин
- ципрофлоксацин
- пенициллин

Антибиотикотерапия бензилпенициллином при лептоспирозе длится

- 14 дней
- до 10-го дня нормальной температуры
- до 3-5 -го дня нормальной температуры
- 21 день

При тяжелом течении лептоспироза для коррекции нарушений гомеостаза целесообразно применять

- низкомолекулярные декстраны
- свежзамороженную плазму
- высокомолекулярные производные ГЭК
- синтетические производные желатина

Диспансерное наблюдение за переболевшими лептоспирозом проводят в течение + _____ + месяцев

- 12
- 6
- 24
- 3

Специфическая профилактика лептоспироза среди контингентов высокого риска заражения осуществляется посредством

- использования средств индивидуальной защиты

- введения инактивированной лептоспирозной вакцины
- введения противолептоспирозного гамма-глобулина
- проведения дератизационных мероприятий

Основным резервуаром лептоспироза в природе являются

- использования средств индивидуальной защиты
- введения инактивированной лептоспирозной вакцины
- введения противолептоспирозного гамма-глобулина
- проведения дератизационных мероприятий

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В инфекционный стационар доставлена больная 56 лет.

Жалобы

На повышение температуры тела до 39,9°C, озноб, головную боль, боль в мышцах нижних конечностей и туловища, дискомфорт в поясничной области, желтуху.

Анамнез заболевания

Заболела 6 дней назад, когда внезапно на работе почувствовала озноб, слабость, температура тела повысилась до 39,0°C. Лечилась симптоматически без значительного эффекта. К вечеру появились боли в мышцах нижних конечностей, с трудом ходила по квартире. На следующий день симптомы сохранялись, температура тела повысилась до 39,5°C, присоединилась головная боль, анорексия. Вызвала бригаду неотложной помощи: от предложенной госпитализации отказалась, рекомендована симптоматическая терапия, оставлена дома с диагнозом ОРВИ. Состояние не улучшалось: сохранялась фебрильная лихорадка, усилилась головная боль, была двукратная рвота, появилась фотофобия. На 6 день болезни родственники заметили желтуху. Госпитализирована в инфекционный стационар с диагнозом: "Острый вирусный гепатит".

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ 1-2 раза в год. Хронические заболевания отрицает. Операции отрицает.

Вредные привычки отрицает.

Эпидемиологический анамнез. За последние 6 месяцев выезжала на дачу в деревню. Контакт с инфекционными больными отрицает. Переливание крови и парентеральные вмешательства отрицает. Половые контакты с барьерным методом контрацепции.

Работает ветеринаром.

Объективный статус

* Состояние тяжелое. Температура тела - 38,8°C.

* Сознание ясное. Ригидность затылочных мышц положительная, симптом Кернига положительный. Очаговой неврологической симптоматики нет.

* Склеры иктеричны, сосуды склер инъецированы. Кожные покровы умеренно желтушны. Петехиальная сыпь в подмышечных областях.

* Пальпация икрожных, бедренных мышц умеренно болезненная.

* Лимфатические узлы всех групп до 1 см, мягкоэластичные, безболезненные при пальпации.

* АД 110/70 мм рт.ст. Пульс 102 в мин., ритмичный. Тоны сердца звучные, шумы не выслушиваются.

* При аускультации легких - дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 16 в мин., цианоза нет.

* Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Определяется гепатоспленомегалия. Стул в норме.

* Поколачивание по пояснице чувствительное с 2-х сторон. Периферических отеков нет. Диурез снижен до 500 мл в сутки.

К необходимым для верификации диагноза лабораторным исследованиям относятся

- использования средств индивидуальной защиты
- введения инактивированной лептоспирозной вакцины
- введения противолептоспирозного гамма-глобулина
- проведения дератизационных мероприятий

Результаты лабораторных методов обследования

Полимеразная цепная реакция (ПЦР) ликвора

Обнаружена DNA *Leptospira icterohaemorrhagiae*

Реакция микроагглютинации и лизиса в парных сыворотках

Титр антител к *Leptospira icterohaemorrhagiae* 1/800

Посев крови, мочи, спинномозговой жидкости на среду Сабуро

Роста нет

Посев крови, дуоденального содержимого, спинномозговой жидкости на желчный бульон

Роста нет

Вирусологическое исследование крови, мочи, спинномозговой жидкости

Отрицательный

Какой диагноз можно поставить пациентке, учитывая клинико-anamnestические, лабораторные методы обследования?

- использования средств индивидуальной защиты
- введения инактивированной лептоспирозной вакцины
- введения противолептоспирозного гамма-глобулина
- проведения дератизационных мероприятий

Диагноз

Лептоспироз, желтушная форма, тяжелое течение, период разгара

Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, средней степени тяжести, период разгара

Псевдотуберкулез, смешанная форма, средней степени тяжести, период разгара

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, тяжелое течение, период разгара

Поражение нервной системы у данной больной связано с развитием

- острого энцефалита (эпендимита)
- гнойного менингоэнцефалита
- серозного менингита
- радикулоневрита

Повышение КФК-МВ, АСТ в крови больного лептоспирозом свидетельствует о развитии

- эндокардита
- миокардита
- гемоперикарда
- перикардита

Причиной кровотечений при лептоспирозе является

- нарушение синтеза факторов свертывающей системы
- генерализованный капилляротоксикоз
- генерализованный тромбоваскулит
- тромбоцитопения потребления

Ранним характерным осложнением лептоспироза является

- острая печеночная кома
- гиповолемический шок
- острая почечная недостаточность
- острая надпочечная недостаточность

Препаратом выбора для этиотропной терапии лептоспироза является

- ципрофлоксацин
- амикацин
- кларитромицин
- пенициллин

Дозировка пенициллина при лечении данной больной должна составлять + ____ + млн ЕД/сут

- 6
- 18
- 4
- 12

Лицам, подвергшимся риску заражения лептоспирозом, назначают

- ципрофлоксацин
- левомицетин
- доксициклин
- эритромицин

Диспансерное наблюдение за переболевшими лептоспирозом проводят в течение + _____ + месяцев

- 24
- 3
- 12
- 6

Специфическая профилактика лептоспироза среди контингентов высокого риска заражения осуществляется посредством

- использования средств индивидуальной защиты
- введения противолептоспирозного гамма-глобулина
- введения инактивированной лептоспирозной вакцины
- проведения дератизационных мероприятий

Основным резервуаром лептоспироза в природе являются

- использования средств индивидуальной защиты
- введения противолептоспирозного гамма-глобулина
- введения инактивированной лептоспирозной вакцины
- проведения дератизационных мероприятий

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная, 45 лет обратилась в поликлинику через 3 недели после начала заболевания

Жалобы

На боль в горле при глотании, заложенность носа, повышение температуры тела до 37,3 – 37,5 °С, общую слабость, сыпь на теле

Анамнез заболевания

Заболела остро 3 недели назад, почувствовала общую слабость, повысилась температура тела до 37,3 °С. На третий день заболевания появилась боль в горле при глотании, заложенность носа. Лечилась самостоятельно, принимала жаропонижающие средства, полоскала ротоглотку раствором ромашки, без эффекта. Четыре дня назад появилась сыпь на туловище, в последующие дни распространилась на лицо, руки. Кожного зуда нет. Обратился к врачу. При сборе эпидемиологического анамнеза врач выяснил, что больная в течение года имеет полового партнера ранее длительно употреблявшего наркотики.

Анамнез жизни

Работает бухгалтером в строительной фирме.

Проживает в отдельной квартире с сыном, разведена.

Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: корь, простудные заболевания, ангина в возрасте 20 лет, аппендэктомия в 35 лет, 8 мес. назад проводилась плановая операция – грыжесечение (пупочная грыжа), проводилось обследование на HbsAg, антитела к ВГС и ВИЧ-инфекцию (результаты отрицательные).

Вредные привычки: курит.

Прививочный анамнез: не известен.

Объективный статус

* Температура тела 37,1°С.

* Кожные покровы обычной окраски. На лице, туловище, руках пятнисто-папулезная сыпь, местами сливная.

* Увеличены затылочные (2,0 – 2,5 см), заднешейные (1,5 – 2,0 см), подчелюстные (2,0 – 2,5 см), подмышечные (около 1 см), локтевые (0,5 – 1,0 см) лимфатические узлы. Лимфоузлы подвижные, безболезненные при пальпации.

* Слизистая ротоглотки тусклая, в области небных дужек, миндалин, задней стенки глотки умеренная гиперемия с цианотичным оттенком. Миндалины увеличены до I степени, с обеих сторон покрыты налетом белого цвета, который хорошо снимается шпателем, слизистая после снятия налета не кровоточит.

Отека в зеве, подкожной клетчатки шеи нет.

* Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД – 120/70 мм.рт. ст., ЧСС – 86 уд. в мин.

* В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

* Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правом подреберье. Печень пальпируется на 2 см ниже реберной дуги.

* Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Для постановки диагноза необходимым является

- использования средств индивидуальной защиты
- введения противолептоспирозного гамма-глобулина
- введения инактивированной лептоспирозной вакцины
- проведения дератизационных мероприятий

Результаты обследования

Анализ крови на антитела к ВИЧ

Антитела к ВИЧ не обнаружены

РПГА крови с псевдотуберкулезным диагностикумом в парных сыворотках для определения титра антител

Антитела к иерсинии Pseudotuberculosis не обнаружены

Проведение ПЦР диагностики: Выявление ДНК аденовируса (исследование отделяемого из ротоглотки)

ДНК аденовируса не обнаружена

Бактериологическое исследование мазка из носо- и ротоглотки на ВЛ

Бактерии дифтерии не обнаружены

Отрицательный результат тестирования на антитела к ВИЧ

- не является абсолютным подтверждением отсутствия заболевания; антитела появляются в третью стадию заболевания
- не является абсолютным подтверждением отсутствия заболевания; антитела появляются в четвертую стадию заболевания
- является абсолютным подтверждением отсутствия заболевания; антитела при ВИЧ-инфекции появляются уже в инкубационном периоде и должны быть обнаружены у пациентки при наличии у нее клинических проявлений
- не является абсолютным подтверждением отсутствия заболевания; возможно пациентка находится в стадии «серологического окна», и специфические антитела еще не появились

В случае подозрения на острую ВИЧ инфекцию при отрицательных результатах ИФА далее в ходе обследования целесообразно провести

- исследование общего анализ крови
- определение уровня CD-4, CD-8 лимфоцитов
- определение РНК или ДНК ВИЧ
- реакцию иммунного блоттинга

Умеренный иммунодефицит соответствует содержанию CD4 лимфоцитов в пределах ++ _____ ++ клеток/мкл

- 100 – 200
- 200 – 400
- 350 – 400
- 350 – 499

При развитии персистирующей генерализованной лимфаденопатии у пациентов с ВИЧ-инфекцией выявляется

- увеличение как минимум двух групп лимфоузлов (от 1 см и более у взрослых, за исключением паховых лимфоузлов, и от 0,5 см – у детей),

сохраняющееся не менее 3 мес. при отсутствии какого-либо текущего заболевания

- увеличение как минимум двух групп лимфоузлов (от 1 см и более у взрослых, за исключением паховых лимфоузлов, и от 0,5 см – у детей), при отсутствии какого-либо текущего заболевания
- увеличение различных групп лимфоузлов (от 1 см и более у взрослых и от 0,5 см – у детей), сохраняющееся не менее 3 мес. при отсутствии какого-либо текущего заболевания
- увеличение как минимум двух групп лимфоузлов, не зависимо от их размера, сохраняющееся не менее 3 мес. при отсутствии какого-либо текущего заболевания

СПИД-индикаторными называют заболевания, которые развиваются на фоне нарастающей иммуносупрессии (тяжелые прогрессирующие заболевания), и

- никогда не встречаются у людей с нормально функционирующей иммунной системой
- обычно не встречаются у людей с нормально функционирующей иммунной системой
- диагностируются в 5 стадию (терминальную)
- обычно диагностируются в 4В стадию

В ходе обследования у пациентки с отрицательными результатами ИФА на антитела к ВИЧ обнаружена РНК ВИЧ. Учитывая клинико-anamnestические, лабораторные данные можно думать о

- никогда не встречаются у людей с нормально функционирующей иммунной системой
- обычно не встречаются у людей с нормально функционирующей иммунной системой
- диагностируются в 5 стадию (терминальную)
- обычно диагностируются в 4В стадию

Диагноз

ВИЧ-инфекция, стадия 2Б (острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний)

ВИЧ-инфекция, стадия 2В (острая ВИЧ-инфекция с вторичными заболеваниями)

ВИЧ-инфекция, стадия 3 (субклиническая)

ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний 4А

Основной задачей антиретровирусной терапии является

- повышение содержания CD4-лимфоцитов
- излечение вторичных заболеваний
- излечение пациента от ВИЧ-инфекции
- максимальное подавление размножения ВИЧ

Показателем вирусологической эффективности антиретровирусной терапии является

- снижение количества РНК ВИЧ до неопределяемого уровня
- прекращение клинического прогрессирования ВИЧ-инфекции
- повышение уровня CD4-лимфоцитов
- исчезновение антител к ВИЧ в плазме крови

Рекомендуется начать антиретровирусную терапию в приоритетном порядке (не позднее 2 недель) при вирусной нагрузке от + _____ + копий/мл и более

- 150 000
- 200 000
- 60 000
- 100 000

Основной причиной гибели больных СПИДом в настоящее время является

- саркома Капоши
- пневмоцистная пневмония
- генерализованный туберкулез
- церебральный токсоплазмоз

Рентгенографию (или флюорографию) органов грудной клетки и диаскинтест больным с ВИЧ-инфекцией проводят + ____ + раза в год

- саркома Капоши
- пневмоцистная пневмония
- генерализованный туберкулез
- церебральный токсоплазмоз

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В приемное отделение инфекционной больницы доставлена женщина 35 лет.

Жалобы

На пожелтение кожных покровов, повышение температуры, три эпизода носового кровотечения за последние сутки.

Анамнез заболевания

На протяжении последних 3-х недель больная отмечала слабость, усталость,

головную боль, тошноту, снижение аппетита, вкуса, горечь во рту, тяжесть в правом подреберье. 2 недели назад обратилась к терапевту, даны рекомендации по диете, планировалось обследование у гастроэнтеролога, которое отложено в связи с напряженным рабочим графиком. Приблизительно неделю назад муж обратил внимание на желтушность склер, затем появилась желтушность кожи, которая усиливалась в течение последних нескольких дней, больная стала жаловаться на кожный зуд, принимала таблетки «Кларитин», без отчетливого положительного эффекта.

В течение последних трех дней нарастала слабость, усилилась тошнота, накануне была рвота после приема пищи, повышение температуры до $38,2^{\circ}\text{C}$. Ночью накануне был эпизод спонтанного носового кровотечения. В день госпитализации лихорадила до $38,7^{\circ}\text{C}$, кровотечения из носа повторялись. Бригадой СМП доставлена в инфекционный стационар.

Анамнез жизни

- * Дизайнер, работает дома;
- * аллергическая реакция на витамины группы В в виде крапивницы;
- * вредных привычек нет;
- * перенесенные заболевания: ветряная оспа в детстве, пневмония 1,5 года назад;
- * эпидемиологический анамнез: 2 месяца назад вернулась из Турции, где на протяжении 4 недель отдыхала с подругами. Сообщила о двух незащищенных половых контактах со случайными партнерами за время отдыха. В окружении все здоровы. После возвращения из отпуска посещала гинеколога в частной клинике.

Объективный статус

- * Состояние средней тяжести. Температура $38,3^{\circ}\text{C}$;
- * сознание ясное. Контактна, ориентирована в месте, времени и собственной личности. Неврологический статус без особенностей;
- * кожные покровы желтушные, с зеленоватым оттенком, следы расчесов на передней брюшной стенке, на коже верхних конечностей. На передней поверхности обеих голеней петехиальные высыпания. Слизистая оболочка твердого неба, уздечка языка и склеры ярко иктеричные;
- * слизистая ротоглотки не гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет;
- * шейные, подчелюстные и подмышечные лимфатические узлы не увеличены;
- * АД 100/65 мм рт. ст., Пульс 92/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет;
- * при аускультации легких над всеми отделами выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет, ЧДД 17 в мин;
- * живот обычной формы, в размере не увеличен, при пальпации мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом Керра отрицательный. Нижний край печени пальпируется на 3 см ниже реберной дуги, ровный, закруглен;
- * моча в контейнере для общего анализа мочи интенсивно коричневого цвета. Стул, со слов, светло-серый, оформленный накануне однократно.

Для постановки диагноза необходимо исследовать

- саркома Капоши

- пневмоцистная пневмония
- генерализованный туберкулез
- церебральный токсоплазмоз

Результаты обследования

Уровень АЛТ, АСТ, фракции билирубина

[cols=" , ^, ^"]

|=====

| *Показатель* | *Результат* | *Нормы*

| Общий белок, г/л | 67 | 65-84

| Глюкоза, ммоль/л | 4,9 | 3,3-5,5

| Общий билирубин, мкмоль/л

Прямой

Непрямой | 315,0

197,7

117,3 | 8,5-20,5

0-5,1

до 16,5

| Креатинин, мкмоль/л | 84 | 61-114

| АЛТ, ед/л | 4780 | Не более 45

| АСТ, ед/л | 4595 | До 45

| Щелочная фосфатаза, ед/л | 340 | До 260

| ГГТ, ед/л | 170 | До 33

|=====

Маркеры вирусных гепатитов методом ИФА

[cols=" , ^"]

|=====

| *Показатель* | *Результат*

| Анти-HAV Ig M | Отрицательно

| HBsAg | Положительно

| Анти-НСV суммарные | Отрицательно

| Анти-НВсog Ig M | Положительно

| Анти-НDV суммарные | Отрицательно

|=====

Реакция микроагглютинации и лизиса в парных сыворотках

Результат отрицательный

Посев крови на стерильность на высоте лихорадки

Результат отрицательный

Маркеры ВЭБ-инфекции методом ИФА

Результат отрицательный

РПГА с псевдотуберкулезным диагностикумом

Результат отрицательный

Из инструментальных методов обследования целесообразно выполнить

- саркома Капоши
- пневмоцистная пневмония

- генерализованный туберкулез
- церебральный токсоплазмоз

Результаты инструментального метода обследования

УЗИ органов брюшной полости

Печень увеличена в размерах, контуры ровные, края закругленные. Паренхима неоднородная за счет участков несколько сниженной, средней и относительно повышенной эхогенности. Сосудистый рисунок усилен. Желчный пузырь уменьшен в размерах, стенка утолщена, визуализируется ее двойной контур. В полости желчного пузыря осадок в виде гиперэхогенной взвеси. Селезенка увеличена в размерах.

Обзорная рентгенография органов брюшной полости

Свободного газа в брюшной полости не обнаружено. Уровней жидкости в тонком и толстом кишечнике не выявлено.

МРТ головного мозга с контрастированием

Без патологических изменений

ВЭГДС с биопсией слизистой оболочки желудка

Признаки катарального гастрита

На основании результатов обследования, наиболее вероятным основным диагнозом является

- саркома Капоши
- пневмоцистная пневмония
- генерализованный туберкулез
- церебральный токсоплазмоз

Диагноз

Острый вирусный гепатит В, желтушная форма

Лептоспироз, желтушная форма

Псевдотуберкулез, генерализованная форма, смешанный вариант

Хронический вирусный гепатит В, обострение

Биохимическим маркером печеночной недостаточности является

- снижение уровня альбумина
- повышение уровня витамина К
- повышение уровня АЛТ
- снижение уровня глюкозы

При тяжелой форме ОГВ с развитием печеночной комы показана этиотропная противовирусная терапия

- стимуляторами интерфероногенеза

- аналогами нуклеозидов
- ингибиторами интегразы
- ингибиторами рецепторов связывания вирусов

При тяжелой форме ОГВ с развитием печеночной комы может быть назначен

- энтекавир
- ацикловир
- интерферон альфа
- римантадин

Для лечения печеночной энцефалопатии применяют

- гамма-аминомасляную кислоту
- пирацетам
- мидазолам
- L-орнитин-L-аспартат

При развитии кровотечения показано введение

- свежзамороженной плазмы
- ацелированного плазминоген-стрептокиназного активаторного комплекса
- протамина сульфата
- фактора Виллебранда

С целью деконтаминации кишечника и для профилактики бактериальных осложнений следует назначить

- очистительные клизмы
- витаминотерапию
- антибиотики широкого спектра
- парентеральное питание

О затяжном течении острого гепатита В свидетельствует длительность симптомов до +_____+ месяцев

- 9
- 3
- 12
- 6

Специфическую профилактику гепатита В проводят по схеме

- 0-2-6 месяцев
- 0-3-6 месяцев
- 3-4,5-6 месяцев

- 0-1-6 месяцев

К путям передачи вирусного гепатита В относится

- 0-2-6 месяцев
- 0-3-6 месяцев
- 3-4,5-6 месяцев
- 0-1-6 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной В. 40 лет направлен на консультацию к инфекционисту.

Жалобы

На повышение температуры тела до 39°C в течение пяти дней, сильную головную боль, боль в глазных яблоках и появление «мушек» перед глазами, тошноту, боли в мышцах, в поясничной области.

Анамнез заболевания

* Заболел остро 15 августа (5 дней назад), когда почувствовал слабость, недомогание, температура тела повысилась до 39°C ;

* за медицинской помощью не обращался, считал, что болен ОРВИ, лечился самостоятельно (парацетамол с кратковременным эффектом, аскорбиновая кислота);

* 18 августа появились боли в мышцах, суставах, в поясничной области;

* сегодня с утра отметил появление боли в глазных яблоках и «мушек» перед глазами, тошноту.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: ОРВИ, грипп;

* аллергоанамнез: не отягощен;

* эпиданамнез: работает трактористом на полевых работах по 12 часов в день;

* женат, двое детей, все здоровы.

Объективный статус

* Температура тела $39,2^{\circ}\text{C}$;

* наблюдается гиперемия лица, шеи, инъекция склер и конъюнктивы, гиперемия слизистых оболочек ротоглотки;

* петехиальная сыпь в области ключиц и подмышечных впадин;

* в легких дыхание везикулярное, хрипов нет;

* тоны сердца ясные, ЧСС – 56 уд. в мин, АД – 110/75 мм рт.ст.;

* аппетит снижен, живот при пальпации мягкий, безболезненный, стула не было 2 дня;

* печень и селезенка не увеличены;

* слабо положительный симптом поколачивания по поясничной области.

Мочился с утра, моча немного темного цвета, около 200 мл;

* менингеальные знаки отрицательные, очаговых явлений нет.

Для постановки диагноза необходимым лабораторным методом обследования является

- 0-2-6 месяцев
- 0-3-6 месяцев
- 3-4,5-6 месяцев
- 0-1-6 месяцев

Результаты лабораторного метода обследования

Реакция непрямой иммунофлюоресценции

Результат: РНИФ на ГЛПС от 20.08. - 1:256

РНИФ на ГЛПС от 03.09. - 1:1024

Бактериологический посев крови на сахарный бульон

Роста нет

Метод флуоресцирующих антител

***Заключение*:** в мазках отпечатках с носо- и ротоглотки антигенов вируса гриппа и других ОРВИ не обнаружено.

Реакция коаггутинации

Результат отрицательный

Для неспецифической диагностики и оценки степени тяжести течения заболевания применяют

- 0-2-6 месяцев
- 0-3-6 месяцев
- 3-4,5-6 месяцев
- 0-1-6 месяцев

Результаты обследования

Биохимический анализ крови

[cols=" , ^, ^"]

|=====

| *Показатель* | *Результат* | *Норма*

| Белок общий | 70 г/л | 63-87 г/л

| Креатинин | 250 мкмоль/л | 44-97 мкмоль/л – у женщин, +
62-124 мкмоль/л – у мужчин

| Мочевина | 16 ммоль/л | 2,5-8,3 ммоль/л

| Холестерин общий | 4,2 ммоль/л | 3,3-5,8 ммоль/л

| Калий | 5,0 | 3,5–5 ммоль/л

| Натрий | 138 | 136–145 ммоль/л

| Хлор | 100 | 98–107 ммоль/л

| Триглицериды | 0,4 ммоль/л | менее 1,7 ммоль/л

| Глюкоза | 4,0 ммоль/л | 3,3-5,5 ммоль/л

| Билирубин общий | 5,5 мкмоль/л | 8,49-20,58 мкмоль/л

| Билирубин прямой | 1,8 мкмоль/л | 2,2-5,1 мкмоль/л

| Аспаратаминотрансфераза (сокращенно АСТ) | 18 Ед/л | до 42 Ед/л

| Аланинаминотрансфераза (сокращенно АЛТ) | 15 Ед/л | до 38 Ед/л
| Гамма-глутамилтрансфераза (сокращенно ГГТ) | 17 Ед/л | до 33,5 Ед/л — у
мужчин, +
до 48,6 Ед/л – у женщин.

| Креатинкиназа (сокращенно КК) | 66 Ед/л | до 180 Ед/л
| Щелочная фосфатаза (сокращенно ЩФ) | 35 Ед/л | до 260 Ед/л
| Альфа-амилаза | 53 Ед/л | до 110 Ед/л

|=====

Рентгенологическое исследование органов брюшной полости

Заключение: без патологических изменений

Копрограмма

|=====

| ***Показатель*** | ***Результат***
| Мышечные волокна | встречаются отдельные переваренные волокна
| Соединительная ткань | отсутствует
| Нейтральный жир | отсутствует
| Жирные кислоты | отсутствует
| Мыла | незначительное количество
| Растительная клетчатка

переваримая

непереваримая | {nbsp}

единичные клетки

единичные клетки

| Крахмал | отсутствует

| Йодофильная флора | отсутствует

| Слизь, эпителий | отсутствует

| Лейкоциты | единичные в препарате

|=====

Заключение: без патологических изменений

Эзофагогастродуоденоскопия

Заключение: без патологических отклонений

На основании результатов обследования, наиболее вероятным основным диагнозом является

- 0-2-6 месяцев
- 0-3-6 месяцев
- 3-4,5-6 месяцев
- 0-1-6 месяцев

Диагноз

ГЛПС, лихорадочный (начальный) период, средне-тяжелая форма

Грипп, типичное течение, средней степени тяжести

Менингококковая инфекция, менингококцемия, средней степени тяжести

Псевдотуберкулез, скарлатиноподобный вариант, средней степени тяжести

Дифференциальную диагностику ГЛПС необходимо проводить с

- лихорадкой денге
- омской геморрагической лихорадкой
- лихорадкой Западного Нила
- респираторно-синцитиальной инфекцией

Специфическими осложнениями ГЛПС являются

- ДВС-синдром, острая почечная недостаточность
- гнойный менингоэнцефалит, невриты черепно-мозговых нервов
- дыхательная недостаточность, геморрагический отек легких
- острая печеночная энцефалопатия, острая печеночная недостаточность

Характерными изменениями в общем анализе мочи пациентов с ГЛПС являются

- лейкоцитурия, бактериурия, уровень белка в моче в норме, клетки плоского эпителия
- протеинурия (от 0,3 до 30,0 г/л и выше), макрогематурия, цилиндрурия, клетки Дунаевского
- лейкоцитурия, эритроцитурия и цилиндрурия, уровень белка в моче в норме, клетки переходного эпителия
- протеинурия (от 0,1 до 1,0 г/л), бактериурия, лейкоцитурия

Госпитализации при подозрении или установленном диагнозе ГЛПС подлежат

- пациенты в случаях тяжелого и осложненного течения заболевания, при развитии острой почечной недостаточности
- все больные вне зависимости от тяжести и периода заболевания
- все пациенты в олигоурический период и период реконвалесценции ГЛПС
- пациенты в случаях тяжелого и осложненного течения заболевания, при подозрении на развитие ДВС-синдрома

Для этиотропной терапии ГЛПС применяют

- рибавирин
- невирапин
- саквинавир
- этравирин

Диспансерное наблюдение больных, перенесших ГЛПС среднетяжелой и тяжелой формой болезни, осуществляется в течение + ____ + месяцев

- 3
- 6
- 9
- 12

В период реконвалесценции пациенту рекомендуется

- строгое соблюдение диеты с полным исключением продуктов белкового происхождения (мяса, рыбы, яиц), а также снижение потребления жиров животного происхождения (в первую очередь сливочного масла)
- избегать тяжелого физического труда, посещения бани и сауны и занятия спортом в течение 6-12 месяцев
- посещение бани и сауны в качестве общеукрепляющего средства, для поднятия общего тонуса организма – гимнастика, фитнес.
- проводить закаливание организма (принятие холодного душа, обливание ледяной водой), занятия спортом в течение 6 месяцев

Источником инфекции ГЛПС являются

- собаки
- мышевидные грызуны
- крупный рогатый скот
- больной человек

Ведущим механизмом заражения ГЛПС является

- собаки
- мышевидные грызуны
- крупный рогатый скот
- больной человек

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной В. 48 лет направлен на консультацию к инфекционисту в поликлинику.

Жалобы

На повышение температуры тела до 39°C в течение пяти дней, слабость, ломоту в мышцах и суставах, преимущественно плечевых.

Анамнез заболевания

* Заболел остро 30 мая (3 дня назад), когда почувствовал слабость, недомогание, температура тела повысилась до 39°C ;

* за медицинской помощью не обращался, считал, что болен ОРВИ, лечился самостоятельно (парацетамол с кратковременным эффектом);

* состояние больного не улучшалось, высокая температура тела сохранялась, больной на третий день заболевания обратился в поликлинику.

Анамнез жизни

- * Перенесенные заболевания: ОРВИ;
- * аллергоанамнез: не отягощен;
- * эпиданамнез: 17 мая выезжал в лес в Ивановскую область за грибами. По возвращении обнаружил на теле клеща, удалил его самостоятельно, за медицинской помощью не обращался, клещ не обследован;
- * женат, двое детей, все здоровы;
- * прививочный анамнез: дату последней прививки от инфекционных заболеваний назвать не может (со слов больного делал очень давно). От гриппа не прививался.

Объективный статус

- * Температура тела 39,2°C;
- * наблюдается гиперемия лица, шеи, и верхней половины туловища, отмечается гипергидроз;
- * склеры и конъюнктивы инъецированы;
- * в легких дыхание везикулярное, хрипов нет;
- * тоны сердца ясные, ЧСС – 82 уд. в мин, АД – 120/80 мм рт.ст.;
- * аппетит снижен, живот при пальпации мягкий, безболезненный;
- * печень и селезенка не увеличены;
- * симптом поколачивания по поясничной области отрицательный, дизурии нет;
- * менингеальные знаки отрицательные, очаговых явлений нет.

Для постановки диагноза необходимым лабораторным методом обследования является

- собаки
- мышевидные грызуны
- крупный рогатый скот
- больной человек

Результаты лабораторного метода обследования

Иммуноферментный анализ крови

[cols="^,^"]

|=====

| *Наименование* | *Единицы* | *Результат*

| ИФА с антигеном Tick-borne encephalitis Virus IgM | МЕ/мл | 1:215

| ИФА с антигеном Tick-borne encephalitis Virus IgG | МЕ/мл | отрицательно

| ИФА с антигеном Borrelia burgdorferi sensu lato IgM | МЕ/мл | отрицательно

| ИФА с антигеном Borrelia burgdorferi sensu lato IgG | МЕ/мл | отрицательно

| ИФА с антигеном Ehrlichia muris IgM | МЕ/мл | отрицательно

| ИФА с антигеном Ehrlichia muris IgG | МЕ/мл | отрицательно

|=====

Реакция непрямой иммунофлюоресценции

РНИФ: результат отрицательный

Реакция микроагглютинации

РМА: результат отрицательный

Бактериологический посев крови на стерильность

Результат: роста нет

На основании результатов обследования, наиболее вероятным основным диагнозом является

- собаки
- мышевидные грызуны
- крупный рогатый скот
- больной человек

Диагноз

Клещевой энцефалит, лихорадочная форма, тяжелое течение

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, олигоурический период, средней степени тяжести

Лептоспироз, безжелтушная форма, средней степени тяжести

Иксодовый клещевой боррелиоз, ранняя локализованная инфекция, безэризмная форма, легкое течение

Дифференциальную диагностику клещевого энцефалита необходимо проводить с

- аденовирусной инфекцией
- клещевым боррелиозом
- цитомегаловирусной инфекцией
- эндемическим сыпным тифом

Клинической формой клещевого энцефалита с высокой вероятностью развития инвалидности является

- полиомиелитическая
- лихорадочная
- менингеальная
- инаппарантная

Основной клинической формой хронического клещевого энцефалита является

- синдром Боннварта
- вторичный вентрикулит
- дисциркуляторная энцефалопатия
- кожевниковская эпилепсия

Этиотропная терапия клещевого энцефалита включает назначение

- иммуноглобулина человеческого рекомбинантного
- антихолинэстеразных препаратов
- иммуноглобулина против клещевого энцефалита
- кортикостероидных препаратов

Курсовая доза иммуноглобулина против клещевого энцефалита при лихорадочной форме составляет не менее + _____ + мл

- 70
- 81
- 50
- 21

Ведущим механизмом заражения клещевым энцефалитом является

- контактно-бытовой
- гематогенный
- аспирационный
- трансмиссивный

Источником инфекции клещевого энцефалита при алиментарном пути передачи возбудителя являются

- свиньи и кабаны
- речная рыба и раки
- козы и овцы
- куры и утки

К специфической профилактике клещевого энцефалита относится

- вакцинация
- обработка лесопарковой зоны акарицидными препаратами
- ношение специальной одежды при посещении лесопарковой зоны
- тщательное мытье рук и обработка рук антисептиками

Все больные, перенесшие клещевой энцефалит, независимо от клинической формы, подлежат диспансерному наблюдению в течение + _____ + лет

- 4 – 5
- 6 – 7
- 8 – 9
- 1 – 3

После перенесенного клещевого энцефалита формируется

- 4 – 5
- 6 – 7
- 8 – 9

- 1 – 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В инфекционный стационар 28.08 доставлена женщина 32 лет на 2-й день болезни.

Жалобы

На выраженную слабость, лихорадку, рвоту до 10 раз за сутки, обильный водянистый стул зелёного цвета около 15 раз за сутки, вздутие и урчание в животе, боли в животе, сухость во рту, жажду.

Анамнез заболевания

* Заболела остро вечером 27.08: озноб, повышение температуры тела до 39,5°C, бурление в животе, тошнота, рвота до 5 раз содержимым желудка, позже присоединился жидкий стул до 7 раз, обильный, темно-зеленого цвета, зловонный, водянистый, пенистый, без патологических примесей;

* приняла парацетамол, смекту, без эффекта;

* на второй день болезни рвота повторялась после употребления воды, появились боли в животе в эпигастрии, вокруг пупка, справа в подвздошной области, стул был прежних характеристик 8 раз за ночь и утро, температура тела 39°C;

* появилась жажда, сухость во рту, выросла слабость, при подъёме с кровати испытывала головокружение и «предобморочное» состояние. Стала мало мочиться. «Сводило» пальцы рук;

* вызвала «Скорую помощь», госпитализирована.

Анамнез жизни

* Работает менеджером, живёт в отдельной квартире с подругой;

* перенесенные заболевания: редкие ОРВИ;

* гинекологический анамнез: беременностей не было; наблюдается у гинеколога по поводу нарушения менструального цикла. В настоящий момент лекарства не принимает. Последние menses 25.07;

* аллергологический анамнез: неотягощен;

* вредные привычки: отрицает;

* эпид. анамнез: контакты с инфекционными больными отрицает. Накануне болезни вечером вместе с подругой были на корпоративном банкете в ресторане. Ели разнообразные закуски, блюда и десерты. Подруга отмечает схожие симптомы, заболели одновременно;

* прививочный анамнез: привита по возрасту.

Объективный статус

* На момент поступления в стационар состояние средней тяжести;

* температура тела 37,5°C. Сознание ясное, но больная вялая;

* кожные покровы сухие, чистые, бледные. Тургор кожи умеренно снижен.

Цианоза нет. Слизистые оболочки полости рта сухие, в зеве без патологии;

* периферические лимфатические узлы не увеличены;

* в легких везикулярное дыхание, проводится везде, хрипов нет. ЧДД – 22 в

мин;

* тоны сердца приглушены, чистые. АД – 100/60 мм.рт.ст, пульс –100 уд. в мин., среднего наполнения, ритмичный;

* язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, вокруг пупка и в правой подвздошной области, здесь же определяется урчание и переливание содержимого кишки.

Сигмовидная кишка не изменена. Перитонеальные симптомы отрицательные.

Укорочение перкуторного звука в правой подвздошной области;

* границы печени и селезенки в норме;

* стул обильный, сегодня 8 раз, водянистый, зеленоватого цвета, без примесей.

Мочилась 5 часов назад скудно;

* очаговой и менингеальной симптоматики нет.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- 4 – 5
- 6 – 7
- 8 – 9
- 1 – 3

Результаты лабораторных методов обследования

Бактериологическое исследование (посев) кала на патогенную флору

Из кала получен рост *S. typhimurium*

Молекулярно-биологический метод: ПЦР – диагностика кала на патогенную флору

В кале обнаружена ДНК возбудителя *Salmonella spp*

Бактериологический посев крови

Роста нет.

Реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) с шигеллезным диагностикумом

Антитела к шигеллезным антигенам не обнаружены

Серологическое исследование крови (реакция агглютинации Видаля)

Результат отрицательный

Токсикологическое исследование крови

Результат отрицательный

Для уточнения диагноза и тяжести состояния больной необходимо провести

- 4 – 5
- 6 – 7
- 8 – 9
- 1 – 3

Результаты обследования

Клинический анализ крови

[cols=" , ^, ^"]

|=====

| *Показатель* | *Результат* | *Нормы*

| Эритроциты (RBC), *10¹²/л | 5.2 × 10¹²/L | м. 4,4-5,0

ж. 3,8-4,5

| Гемоглобин (Hb), г/л | 170 g/L | м. 130-160

ж. 120-140

| Гематокрит (HCT),% | 50.0 % | м. 39-49

ж. 35-45

| Тромбоциты (PLT), *10⁹/л | 240 × 10⁹/L | 180-320

| Лейкоциты (WBC), *10⁹/л | 10,3 | 4-9

| Нейтрофилы % | 82 | 1-6

| Эозинофилы, % | 0 | 1-5

| Базофилы, % | 0 | 0-1

| Лимфоциты, % | 15 | 19-37

| Моноциты, % | 3 | 2-10

| СОЭ, мм/ч | 15 | м. 2-10

ж. 2-15

|=====

Биохимический анализ крови на креатинин, мочевины, электролиты

Креатинин 101 мкмоль/л (норма 50-98 мкмоль/л)

Мочевина 12,2 ммоль/л (норма 2,2- 6,7 ммоль/л)

Калий 3,41 ммоль/л (норма 3,5 – 4,5)

Натрий 139 ммоль/л (норма 135,0-145,0)

Хлор 98 ммоль/л (норма 98,0-107,0)

Биохимическое исследование крови на билирубин, ЩФ, ГГТП

Билирубин общий 18,6 мкмоль/л (норма 8,49-20,58 мкмоль/л)

Билирубин прямой 3,2 мкмоль/л (норма 2,2-5,1 мкмоль/л)

ЩФ 98 Ед/л (норма до 260 Ед/л)

ГГТП 37 Ед/л (норма до 48,6 Ед/л)

Реакция непрямой иммунофлюоресценции на антитела к бокаловидным клеткам кишечника

Антитела классов IgA и IgG к бокаловидным клеткам кишечника не обнаружены

Исследование уровня хорионического гонадотропина

1,0 мМЕ/мл

На основании результатов обследования, наиболее вероятным основным диагнозом является

- 4 – 5
- 6 – 7
- 8 – 9
- 1 – 3

Диагноз

Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, гастроэнтеритический вариант, среднетяжелое течение

Бактериальное пищевое отравление, вызванное *S. typhimurium*, гастроэнтеритический вариант, среднетяжелое течение

Брюшной тиф, типичное течение, начальный период, среднетяжелое течение

Острый гастроэнтерит, вызванный *S. typhimurium*, тяжелое течение. Дегидратация III степени

Согласно классификации В.И. Покровского заболевание у больной сопровождалось дегидратацией + ____ + степени

- I
- II
- III
- IV

Для регидратации больной необходима внутривенная инфузия раствора

- гемодез
- трисоль
- декстрозы
- стерофундин

На первом этапе регидратации больной необходимо ввести + ____ + мл жидкости на 1 кг массы тела

- 75
- 55
- 35
- 105

Первый этап регидратации больной необходимо завершить в течение + ____ + часов

- 6
- 12
- 3
- 4

Для патогенетической терапии сальмонеллеза применяют

- омепразол
- лоперамид
- лигнин гидролизный

- производные нитрофурана

С целью купирования секреторной диареи у больного сальмонеллезом применяют

- лоперамид
- индометацин
- метоклопрамид
- рифаксимин

Для лечения сальмонеллеза в форме бактериовыделения применяют

- рифаксимин
- бактисубтил
- сульфаметоксазол/триметоприм
- бактериофаг сальмонеллезный

Характерным осложнением сальмонеллеза является

- токсический мегаколон
- кишечное кровотечение
- гемолитико-уремический синдром
- острая почечная недостаточность

Лицам, подвергшимся риску заражения, проводят экстренную профилактику

- токсический мегаколон
- кишечное кровотечение
- гемолитико-уремический синдром
- острая почечная недостаточность

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная А.32 лет направлена на консультацию к инфекционисту.

Жалобы

На повышение температуры тела до 39°C в течение двух недель, кашель, одышку, общую слабость, снижение аппетита.

Анамнез заболевания

* Лихорадит более 1–го месяца. Температура держится на фебрильных цифрах, снижается при использовании парацетамола, но затем повышается вновь

* Длительное время беспокоит малопродуктивный, болезненный кашель, сохраняющийся при приеме муколитиков (амброксола), одышка при физической нагрузке (ходьбе)

* Амбулаторно терапевтом проведено лечение амоксициллином/клавуланатом

внутри 7 дней – без эффекта, сохраняется лихорадка на фебрильных цифрах, кашель усилился, направлена на консультацию к инфекционисту.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: ОРВИ; в течение последних 2-х лет перенесла трижды пневмонию, опоясывающий лишай

* За последний год похудела на 18 кг (без специальных диет)

* Аллергоанамнез: не отягощен

* Эпиданамнез: муж больной употреблял психо-активные вещества парентерально, в настоящее время находится в местах лишения свободы, пациентка встречается с мужем на длительных (по трое суток) свиданиях

* Беременностей не было

Объективный статус

* Температура тела 38,9°C.

* Кахексия.

* Кожные покровы бледной окраски, легкий цианоз губ.

* Пальпируются увеличенные до 1,5 см безболезненные подчелюстные, передне-шейные, подмышечные, надключичные лимфатические узлы.

* При перкуссии над легкими выслушивается коробочный звук.

* В легких аускультативно дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах, хрипы не выслушиваются, ЧДД – 24 в мин.

* Тоны сердца ясные, ЧСС – 86 уд. в мин, АД – 110/72 мм рт.ст.

* В полости рта – единичные рыхлые наложения белого цвета на слизистой оболочке твердого неба, щечной поверхности, на спинке языка.

* Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

* Физиологические отправления в норме.

* Печень и селезенка не увеличены.

* Менингеальные знаки отрицательные, очаговых явлений нет.

План лабораторного обследования данной пациентки для подтверждения предполагаемого диагноза включает

- токсический мегаколон
- кишечное кровотечение
- гемолитико-уремический синдром
- острая почечная недостаточность

Результаты лабораторных методов обследования

ИФА на ВИЧ-инфекцию, иммунный блоттинг

ИФА ВИЧ – положительно.

Иммунный блоттинг

|=====

| *ИБ ВИЧ Маркеры* | *Результат*

| gp 160 | Положительный

| gp 120 | Положительный

| gp 41 | Положительный

| p 55 | Положительный

| p 40 | Отрицательный

| p 24 | Положительный
| p 17 | Положительный
| p 68 | Отрицательный
| p 52 | Отрицательный
| p 34 | Отрицательный
|====

Окрашивание мокроты по Романовскому-Гимзе и Граму

Обнаружены пневмоцисты - *P. jirovecii*.

Мазок из ротоглотки на микрофлору

Обнаружены грибы *Candida albicans*.

ИФА мазков-отпечатков носоглоточной слизи на вирусы гриппа

Вирусы гриппа не обнаружены

ИФА крови на поиск противокоревых антител класса IgM

Не обнаружено

ИФА крови на поиск антител к вирусу Эпштейна – Барр класса IgM

Не обнаружено

Для постановки диагноза необходимым инструментальным методом обследования является

- токсический мегаколон
- кишечное кровотечение
- гемолитико-уремический синдром
- острая почечная недостаточность

Результаты инструментального метода обследования

Рентгенография органов грудной клетки

На обзорных R-граммах органов грудной клетки в двух проекциях легочные поля прозрачны. Определяется прикорневое снижение пневматизации легочной ткани и усиление интерстициального рисунка. Визуализируются билатеральные облаковидные инфильтраты (симптом «бабочки»). Корни легких расширены, структурны. Диафрагма обычно расположена. Синусы свободны. Тень органов средостения в пределах возрастных норм.

***Заключение*:** прикорневое снижение пневматизации легочной ткани и усиление интерстициального рисунка, билатеральные облаковидные инфильтраты (симптом «бабочки»).

Электрокардиография

Ритм синусовый, ЧСС — 72 уд.в мин.

Вольтаж нормальный. PQ-0,16. QRS – 0,08. QRS не деформирован.

Зубцы: P~I~+, P~II~+, P~III~+; T~I~+, T~II~+, T~III~+.

QRST – 0,38. Экстрасистол не выявлено.

Вертикальное положение электрической оси сердца.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Печень – левая доля – 72 мм (N), правая доля – 122 мм (N), структура паренхимы: неоднородная диффузно, эхогенность повышена, контуры четкие и ровные, холедох 7,5 мм (N), воротная вена – 10,2 мм, сосудистый рисунок не

усилен, протоки не расширены, образований нет.

Желчный пузырь: лоцируется, в размерах не увеличен, грушевидной формы, структура полости эхооднородна, включений не содержит, стенки не утолщены, не уплотнены.

Поджелудочная железа: не увеличена, головка – 28 мм, тело 13 мм, хвост 25 мм, структура – неоднородная диффузно, эхогенность повышена, контуры четкие и ровные, вирсунгов проток не расширен, образования не лоцируются.

Селезенка: расположение типичное, форма – вариант нормы, размеры 105 мм и 30 мм (не увеличены), контуры четкие и ровные, капсула не изменена, эхогенность средняя, селезеночная вена 8 мм.

***Заключение*:** умеренные диффузные изменения печени, поджелудочной железы.

Эхокардиография

Аорта: стенки не уплотнены, не расширены.

Левое предсердие не увеличено.

Левый желудочек не расширен, толщина стенок в норме. ФВ — 60% (N>55%).

Локальная и глобальная сократимость не нарушена.

Правый желудочек и правое предсердие не расширены.

Аортальный клапан: трехстворчатый, створки не изменены, амплитуда раскрытия в норме, регургитации нет.

Митральный клапан: створки не изменены, подвижность створок не ограничена, регургитации нет.

Трикуспидальный клапан: створки не изменены, подвижность створок не ограничена, регургитации нет.

Признаков легочной гипертензии не выявлено.

Нижняя полая вена не расширена, на вдохе спадается — 70% (N>50%).

***Заключение*:** Размеры камер сердца в норме. Локальная и глобальная сократимость не нарушены.

На основании результатов обследования, наиболее вероятным основным диагнозом является

- токсический мегаколон
- кишечное кровотечение
- гемолитико-уремический синдром
- острая почечная недостаточность

Диагноз

ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний 4В (СПИД), фаза прогрессирования при отсутствии АРТ: пневмоцистная пневмония, кандидоз полости рта

Грипп, вирус не идентифицирован, осложненный внебольничной двухсторонней прикорневой пневмонией, ДН0, затяжное течение, средней степени тяжести

Корь, осложненная трахеобронхитом, затяжное течение, средней степени тяжести

Острая Эпштейна – Барр вирусная инфекция, осложненная внебольничной двухсторонней прикорневой пневмонией, ДН0, затяжное течение, средней степени тяжести

Дифференциальную диагностику ВИЧ-инфекции в стадии вторичных заболеваний (4В) следует проводить с

- эхинококкозом и альвеококкозом легких
- туберкулезом легких
- коклюшем
- легионеллезом

К лабораторным критериям оценки прогрессирования ВИЧ-инфекции относят

- соотношение показателей CD4-лимфоцитов и CD8-лимфоцитов крови, уровень лимфоцитов крови
- уровни CD4-лимфоцитов и РНК ВИЧ
- количество CD8-лимфоцитов и иммуноглобулинов класса Ig M в крови
- соотношение показателей Т-хелперов и Т-супрессоров крови при иммунологическом исследовании

Пневмоцистная пневмония при ВИЧ-инфекции характеризуется

- гнойной мокротой зеленого цвета
- ранним появлением одышки
- ранним абсцедированием
- кровохарканием

Основным компонентом лечения больных ВИЧ-инфекцией является терапия

- иммуномодулирующая
- гемостатическая
- дезинтоксикационная
- антиретровирусная

Для этиотропной терапии ВИЧ-инфекции применяют

- кортикостероидные препараты системного действия
- ингибиторы обратной транскриптазы
- индукторы эндогенного интерферона
- ингибиторы нейраминидазы вирусов

Для лечения кандидоза при ВИЧ-инфекции используют

- азитромицин
- флуконазол
- амоксициллин/клавулановую кислоту
- доксициклин

Для лечения пневмоцистной пневмонии при ВИЧ-инфекции используют

- азитромицин, кларитромицин
- доксициклин, тетрациклин
- триметоприм/сульфаметоксазол
- амоксициллин/клавулановую кислоту

К оппортунистическим инфекциям при ВИЧ-инфекции относят

- опоясывающий лишай
- легочный криптококкоз
- возвратные бактериальные инфекции у взрослых
- гастроинтестинальный сальмонеллез

Скрининговым методом активного выявления ВИЧ-инфекции является

- опоясывающий лишай
- легочный криптококкоз
- возвратные бактериальные инфекции у взрослых
- гастроинтестинальный сальмонеллез

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной И. 31 года доставлен в приемное отделение инфекционного стационара.

Жалобы

На упорную лихорадку около $39,5^{\circ}\text{C}$, сильную головную боль, бессонницу, отсутствие аппетита, боли и вздутие живота, сильную слабость.

Анамнез заболевания

- * Болен в течение 10 суток.
- * Отмечалось постепенное нарастание интоксикации и повышение температуры тела до 40°C к пятому дню болезни.
- * Первые 3 дня отмечался жидкий стул до 4 – 5 раз в день, затем его задержка.
- * Постепенно нарастала головная боль, родственники отмечали заторможенность пациента.
- * Двое суток назад перестал вставать с постели.
- * 2 часа назад отмечался однократный стул черного цвета.

Анамнез жизни

- * Перенесенные заболевания: ОРВИ, вирусный гепатит А, очаговая пневмония 3 года назад.

- * Аллергоанамнез: не переносит антибиотики пенициллинового и цефалоспоринового ряда.
- * Эпиданамнез: 20 дней назад, в течение 10 дней был в командировке в Узбекистане. На рынке покупал виноград, который ел не мытым.

Объективный статус

- * Температура тела 36,2°C.
- * Кожные покровы бледной окраски. На коже живота имеются 6 бледно-красных розеол диаметром около 0,5 см. слегка возвышающихся над уровнем кожи.
- * Лимфатические узлы не увеличены.
- * В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД – 26 в мин.
- * Тоны сердца глухие, ЧСС – 88 уд. в минуту слабого наполнения, АД – 90/60 мм рт.ст.
- * Язык сухой, обложен грубым серым налетом на спинке языка, с отпечатками зубов по краям.
- * Живот вздут при пальпации мягкий, безболезненный при пальпации.
- * Печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5 см, селезенка не увеличена.
- * Менингеальные знаки отрицательные, очаговых явлений нет.
- * Стул 1 раз черного цвета.
- * Сегодня мочился 2 раза.

Для постановки диагноза необходимыми лабораторными методами обследования являются

- опоясывающий лишай
- легочный криптококкоз
- возвратные бактериальные инфекции у взрослых
- гастроинтестинальный сальмонеллез

Результаты лабораторных методов обследования

Бактериологический посев крови на желчный бульон

Выделена *Salmonella typhi*

РНГА с H-, O- и Vi-антигеном

РНГА с Vi антигеном *Salmonella typhi*

На 10^{ый} день болезни – 1:200

На 17^{ый} день болезни – 1:1200

Реакция латекс-агглютинации (РЛА)

Результат отрицательный

Бактериологический посев крови на сахарный бульон

Роста нет

Реакция агглютинации Райта

Результат отрицательный

Иммуноферментный анализ на выявление антител к Эпштейн-Барр вирусу и цитомегаловирусу

Anti EBV VCA IgM – не обнаружены

Anti CMV IgM – не обнаружены

Для выявления предполагаемого осложнения у данного пациента целесообразно назначить

- опоясывающий лишай
- легочный криптококкоз
- возвратные бактериальные инфекции у взрослых
- гастроинтестинальный сальмонеллез

Результаты обследования

Развернутый общий анализ крови

[cols="^,^",]

|=====

| *Показатель* | *Результат* | *Норма*

| Гемоглобин (г/л) | 82,0 | м. 130-160

ж. 120-140

| Эритроциты (RBC) $\times 10^{12}/л$ | 2,8 | м. 4,4-5,0

ж. 3,8-4,5

| Гематокрит, % | 32 | м. 39-49

ж. 35-45

| Средний объем эритроцитов (MCV), мкм | 82 | 80-100

| Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл | 22,0 | 26-34

| Лейкоциты $\times 10^9/л$ | 3,5 | 4-9

| Нейтрофилы, % ($10^9/л$):

палочкоядерные

сегментоядерные | 8,0

26 | 1-6

47-72

| эозинофилы | 0 | 1-5

| базофилы | 0 | 0-1

| лимфоциты | 52 | 19-37

| моноциты | 14 | 2-10

| Тромбоциты $\times 10^9/л$ | 159 | 180-320

| СОЭ, мм/час | 27 | м. 2-10

ж. 2-15

|=====

Биохимический анализ крови

[cols="^,^",]

|=====

| *Показатель* | *Результат* | *Норма*

| Белок общий | 62 г/л | 63-87 г/л

| Креатинин | 69 мкмоль/л | 44-97 мкмоль/л – у женщин,

62-124 мкмоль/л – у мужчин

| Мочевина | 4,8 ммоль/л | 2,5-8,3 ммоль/л

| Мочевая кислота | 0,20 ммоль/л | 0,12-0,43 ммоль/л — у мужчин,

0,24-0,54 ммоль/л — у женщин.

| Холестерин общий | 4,2 ммоль/л | 3,3-5,8 ммоль/л

| ЛПНП | 1,5 ммоль/л | менее 3 ммоль/л
| ЛПВП | 1,3 ммоль/л | выше или равно 1,2 ммоль/л — у женщин, 1 ммоль/л — у мужчин
| ЛПОНП | 0,2 ммоль/л | менее 0,5 ммоль/л
| Триглицериды | 0,4 ммоль/л | менее 1,7 ммоль/л
| Глюкоза | 4,5 ммоль/л | 3,3-5,5 ммоль/л
| Билирубин общий | 5,8 мкмоль/л | 8,49-20,58 мкмоль/л
| Билирубин прямой | 3,2 мкмоль/л | 2,2-5,1 мкмоль/л
| Аспартатаминотрансфераза (сокращенно АСТ) | 22 Ед/л | до 42 Ед/л
| Аланинаминотрансфераза (сокращенно АЛТ) | 34 Ед/л | до 38 Ед/л
| Гамма-глутамилтрансфераза (сокращенно ГГТ) | 21 Ед/л | до 33,5 Ед/л — у мужчин, до 48,6 Ед/л — у женщин.
| Креатинкиназа (сокращенно КК) | 120 Ед/л | до 180 Ед/л
| Щелочная фосфатаза (сокращенно ЩФ) | 108 Ед/л | до 260 Ед/л
| Альфа-амилаза | 102 Ед/л | до 110 Ед/л
|====

Исследование ликвора

Давление: 200 мм водного столба.

Цвет: бесцветный, прозрачный.

Цитоз: 2-4 клетки.

Белок: 0,2 г/л.

Реакция Панди +.

Фибриновая пленка – нет.

Глюкоза: 2,3 ммоль/л.

Лактат: 1,2 ммоль/л.

Наличие бактерий – отрицательно.

Анализ крови на D-димер

0 нг/мл (норма - от 0 до 500 нг/мл)

Инструментальным исследованием необходимым для исключения осложнения является

- опоясывающий лишай
- легочный криптококкоз
- возвратные бактериальные инфекции у взрослых
- гастроинтестинальный сальмонеллез

Результаты инструментального метода обследования

Обзорная рентгенография органов брюшной полости

Заключение: без патологии, свободный газ в брюшной полости не обнаружен.

Электрокардиография

Ритм синусовый, ЧСС — 71 уд. в мин. Вольтаж нормальный. PQ-0,16. QRS — 0,08. QRS не деформирован.

Зубцы: P~I~+, P~II~+, P~III~+; T~I~+, T~II~+, T~III~+. QRST – 0,38.

Экстрасистол не выявлено. Вертикальное положение электрической оси сердца.

Рентгенограмма органов грудной клетки

На обзорных R-граммах органов грудной клетки в двух проекциях легочные

поля прозрачны. Легочный рисунок не усилен. Корни легких не расширены, структурны. Диафрагма обычно расположена. Синусы свободны. Тень органов средостения в пределах возрастных норм.

***Заключение*:** Очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

Эхокардиография

Аорта: стенки не уплотнены, не расширены. Левое предсердие не увеличено. Левый желудочек не расширен, толщина стенок в норме. ФВ — 60% (N>55%). Локальная и глобальная сократимость не нарушена. Правый желудочек и правое предсердие не расширены. Аортальный клапан: трехстворчатый, створки не изменены, амплитуда раскрытия в норме, регургитации нет. Митральный клапан: створки не изменены, подвижность створок не ограничена, регургитации нет. Трикуспидальный клапан: створки не изменены, подвижность створок не ограничена, регургитации нет. Признаков легочной гипертензии не выявлено. Нижняя полая вена не расширена, на вдохе спадается — 70% (N>50%).

***Заключение*:** Размеры камер сердца в норме. Локальная и глобальная сократимость не нарушены.

На основании результатов обследования, наиболее вероятным основным диагнозом является

- опоясывающий лишай
- легочный криптококкоз
- возвратные бактериальные инфекции у взрослых
- гастроинтестинальный сальмонеллез

Диагноз

Брюшной тиф, тяжёлое течение. Осложнение: кишечное кровотечение

Менингококковая инфекция, генерализованная форма, менингококкцемия, тяжелое течение. Осложнение: инфекционно-токсический шок III степени

Сепсис, тяжелое течение. Осложнение: состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение

Острый бруцеллез (остросептическая форма). Осложнение: реактивный психоз

Гемограмма больного брюшным тифом с 4 – 5-го дня болезни характеризуется

- анемией, лейкопенией, эозинофилией
- лейкоцитозом, нейтрофилезом и тромбоцитопенией
- анемией, относительным лимфоцитозом, эозинофилией
- лейкопенией, анэозинофилией, тромбоцитопенией

Дифференциальную диагностику брюшного тифа следует проводить с

- острым шигеллезом
- лихорадкой денге
- острым вирусным гепатитом
- малярией

Препаратом выбора для этиотропной терапии брюшного тифа является

- ципрофлоксацин
- ко-тримоксазол
- интерферон альфа
- азитромицин

Постельный режим больному необходимо соблюдать до + _____ + дня нормальной температуры

- 6-7
- 15-16
- 3-4
- 12-13

Выписка переболевших брюшным тифом осуществляется не ранее + _____ + дня с момента нормализации температуры тела

- 6-7-го
- 10-14-го
- 9-10-го
- 21-23-го

Диспансерное наблюдение за больными, перенесшими брюшной тиф и не относящимся к декретированным контингентам, проводится в течение

- 3-х месяцев
- 3-х недель
- 3-х лет
- 12-ти месяцев

Механизмом передачи брюшного тифа является

- трансмиссивный
- парентеральный
- фекально-оральный
- воздушно-пылевой

Специфическая профилактика брюшного тифа включает назначение

- трансмиссивный

- парентеральный
- фекально-оральный
- воздушно-пылевой

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная А., 35 лет, доставлена в инфекционную больницу бригадой скорой медицинской помощи

Жалобы

На общую слабость, тошноту, сухость во рту, снижение зрения, двоение в глазах, затруднение глотания твердой пищи

Анамнез заболевания

Заболела остро 3 дня назад, в ночь с 10 на 11 января. В 2 часа ночи появились тошнота, схваткообразная боль в животе, жидкий стул. Дважды была рвота. Температура тела повышалась до 37,1°C. Утром 11 января продолжалась тошнота, развилась общая слабость. Лечилась самостоятельно: принимала активированный уголь, раствор регидрона. Вечером отметила появление тумана перед глазами, ухудшение зрения, невозможность чтения мелкого шрифта (смс в телефоне). Появилось чувство «комка в горле», затруднение при глотании твердой пищи, для улучшения глотания пищу запивала водой. Вызвала бригаду скорой медицинской помощи, доставлена в инфекционную больницу.

Анамнез жизни

Не работает. Проживает в частном доме с мужем и двумя детьми.

Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные, ветряная оспа в возрасте 5 лет, аппендэктомия в 12 лет, сальмонеллез два года назад.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Вредные привычки: курит, алкоголь употребляет «по праздникам».

Прививочный анамнез: не известен.

Эпидемиологический анамнез: питается дома, пищу готовит сама. Днем (за 12 часов до заболевания) ела грибы домашнего консервирования, салат из свежей капусты.

Объективный статус

Температура тела 36,9°C.

Кожные покровы обычной окраски, сыпи нет. Костно-суставная и мышечная системы без видимой патологии. Периферические лимфоузлы не увеличены. Умеренно выраженный двусторонний птоз. Зрачки значительно расширены симметрично с обеих сторон, реакция зрачков на свет вялая, движения глазных яблок во все стороны ограничены.

Слизистые ротовой полости гиперемированы, отмечается выраженная их сухость, слюна вязкая. Язык густо обложен бело-желтым налетом. Мягкое небо малоподвижно, глоточный и небный рефлексы снижены. Голос хриплый, без носового оттенка.

В легких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается. ЧД – 18 в 1 мин.

Тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный. АД – 110 и 70 мм.рт. ст., ЧСС – 82 уд. в мин.

Живот при пальпации мягкий безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Менингеальной симптоматики нет.

Из лабораторных методов диагностики верифицировать этиологический диагноз позволит

- трансмиссивный
- парентеральный
- фекально-оральный
- воздушно-пылевой

Результаты лабораторного метода обследования

Биологическая проба и реакция нейтрализации (РН) на мышях

В РН обнаружен ботулотоксин типа А

Бактериологическое исследование крови

Результат отрицательный

Реакция ко-агглютинации с иерсиниозными диагностикумами

Реакция отрицательная

Вирусологическое исследование спинномозговой жидкости

Результат отрицательный

На основании клинико-лабораторных данных наиболее вероятным диагнозом является

- трансмиссивный
- парентеральный
- фекально-оральный
- воздушно-пылевой

Диагноз

Пищевой ботулизм, типичное течение

Бактериальное пищевое отравление, гастроэнтеритический вариант

Брюшной тиф, типичное течение

Полиомиелит, бульбарная форма

Заключительный клинический диагноз может быть выставлен

- без лабораторного подтверждения, при наличии эпидемиологических и клинических данных
- только после проведения всего комплекса лабораторных и инструментальных исследований

- только при наличии положительного результата биологической пробы и реакции нейтрализации на мышах
- на основании наличия признаков бульбарного синдрома

У данной больной заболевание протекает в + _____ + форме

- средней
- тяжелой
- крайне тяжелой
- легкой

Отличительными диагностическими признаками ботулизма при проведении дифференциальной диагностики с различными поражениями ЦНС являются

- гиперкинезы, расстройства чувствительности, слуховая и зрительная гиперестезии, галлюцинации, спутанность сознания, фокальные судороги
- нарушение сознания вплоть до сопора и комы, выпадение сухожильных и периостальных рефлексов, нарушения различных видов чувствительности
- параличи мышц туловища и конечностей с рано развивающейся гипотрофией мышц, наличие воспалительных изменений в СМЖ
- ясность сознания, симметричность неврологической симптоматики, отсутствие судорог, нарушений чувствительности, воспалительных изменений СМЖ

Выраженная сухость во рту у данной пациентки обусловлена

- побочным эффектом лекарственных препаратов, использованных на догоспитальном этапе
- непосредственным токсическим воздействием ботулотоксина на слюнные железы
- обезвоживанием в результате рвоты и жидкого стула
- атропиноподобным действием ботулотоксина на вегетативную нервную систему

Наиболее частой причиной летального исхода при ботулизме является

- ДВС-синдром
- острая дыхательная недостаточность
- острая почечная недостаточность
- инфекционно-токсический шок

При подозрении на диагноз «ботулизм», введение противоботулинической сыворотки проводится

- в максимально ранние сроки, независимо от лабораторного подтверждения
- только при появлении признаков острой дыхательной недостаточности
- только после определения типа токсина в реакции нейтрализации на мышцах
- после проведения всего комплекса лабораторных и инструментальных методов обследования

Для лечения заболеваний, вызванных неизвестным типом ботулотоксина, используют смесь моновалентных сывороток типов

- А и Е по 10 тыс. МЕ, типа В - 5 тыс. МЕ
- А и Е по 100 тыс. МЕ, типа В - 50 тыс. МЕ
- А, В и Е по 5 тыс. МЕ
- А и В по 10 тыс. МЕ

Пациентам со среднетяжелым течением заболевания вводят

- одну лечебную дозу сыворотки однократно
- по одной лечебной дозе сыворотки двукратно с интервалом 12 часов
- две лечебные дозы сыворотки однократно
- одну лечебную дозу сыворотки ежедневно до получения клинического эффекта

У этой больной может развиваться ятрогенное осложнение в виде

- анафилактического шока
- инфекционно-токсического шока
- гнойного паротита и субмаксиллита
- инфекции мочевыводящих путей

Обязательной госпитализации в стационар подлежат

- анафилактического шока
- инфекционно-токсического шока
- гнойного паротита и субмаксиллита
- инфекции мочевыводящих путей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К. 27 лет обратился в приемное инфекционное отделение

Жалобы

На повышение температуры тела до 38,8 °С в течение трех дней, слабость, головную боль, появление отека правой кисти

Анамнез заболевания

- * 4 дня назад заметил на кисти небольшое плотноватое зудящее пятно, которое принял за укус комара.
- * На следующий день на месте пятна образовался пузырек с геморрагическим экссудатом, зуд усилился.
- * При расчесывании пузырек лопнул и на его месте образовалась язва, быстро покрывшаяся черной коркой.
- * Самочувствие стало ухудшаться: появились слабость, головная боль, температура тела повысилась до 38,8° С.

Анамнез жизни

- * Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа
- * Аллергоанамнез: не отягощен
- * Эпиданамнез: больной работает мастером по пошиву шуб из натурального меха, мех покупает у частных лиц

Объективный статус

- * Температура тела 39,3°С
- * Кисть правой руки резко отечна, пальпация её безболезненна. На тыльной поверхности имеется темно-коричневая корка, вокруг корки – темно-багровый венчик, на котором видны пузырьки с прозрачным содержимым. Пальпация корки и области отека безболезненна
- * Подмышечные лимфоузлы справа увеличены, плотные, чувствительные при пальпации
- * Тоны сердца приглушены. АД – 110/60 мм рт.ст. Пульс – 84 в мин.
- * В легких дыхание везикулярное, хрипов нет
- * Живот мягкий, безболезненный
- * Печень и селезенка не увеличены
- * Мочится достаточно
- * Стул оформленный, обычного цвета
- * Менингеальные знаки отрицательные, очаговых явлений нет

План лабораторного обследования для подтверждения предполагаемого диагноза включает назначение

- анафилактического шока
- инфекционно-токсического шока
- гнойного паротита и субмаксиллита
- инфекции мочевыводящих путей

Результаты лабораторного метода обследования

Бактериологическое исследование содержимого пузырьков

Из содержимого пузырька выделена культура *B. anthracis*

Электронная микроскопия содержимого пузырьков для обнаружения плеоморфных палочек с трехслойной грамотрицательной оболочкой

Не обнаружены

Посев крови на стерильность

Отрицательный

Вирусологическое исследование содержимого пузырьков

Отрицательный

Для диагностики инфекции целесообразно провести кожно-аллергическую пробу с

- анафилактического шока
- инфекционно-токсического шока
- гнойного паротита и субмаксиллита
- инфекции мочевыводящих путей

Результаты кожно-аллергической пробы с

Антраксином

Кожно-аллергическая проба с антраксином – папула 22 мм
(Проба положительная)

Тулярином

Кожно-аллергическая проба с тулярином – уколочный след

Туберкулином

Кожно-аллергическая проба с туберкулином – гиперемия 6 мм

Бруцеллином

Кожно-аллергическая проба с бруцеллином – уколочный след

Предположительным механизмом заражения инфекцией у пациента является

- фекально-оральный
- аспирационный
- трансмиссивный
- контактный

На основании клинических данных и результатов лабораторных методов исследования наиболее вероятным диагнозом является

- фекально-оральный
- аспирационный
- трансмиссивный
- контактный

Диагноз

Сибирская язва, кожная форма, средней степени тяжести

Эритематозно-буллезная рожа правой верхней конечности, тяжелое течение, первичная. Гнойно-некротическая рана тыльной поверхности правой кисти

Фурункул правой кисти, затяжное течение, средней степени тяжести

Доброкачественный лимфоретикулез, атипичная форма с региональным лимфаденитом, рецидивирующее течение, средней степени тяжести

При проведении дифференциального диагноза сибирской язвы с другими заболеваниями учитывают

- повышение болевой чувствительности в области высыпаний и отека
- отсутствие или резкое снижение болевой чувствительности в области высыпаний и отека
- местное повышение температуры в области высыпаний и отека
- региональный лимфаденит с гнойным расплавлением и длительно сохраняющимся отеком в области высыпаний

Отек мягких тканей при карбункулезном варианте сибирской язвы характеризуется

- умеренной болезненностью с геморрагическим пропитыванием
- генерализацией с накоплением жидкости в различных полостях тела
- твердой (плотной) консистенцией
- желеобразной (студневидной) консистенцией

Лечение больных кожной формой сибирской язвой обязательно включает назначение

- физиотерапевтических процедур на пораженные участки
- хирургического иссечения пораженных кожных участков
- глюкокортикостероидных препаратов
- антибактериальных препаратов

Для этиотропной терапии сибирской язвы применяют

- энфувиртид
- триметоприм/сульфаметоксазол
- артемизинин/люмефантрин
- ципрофлоксацин

Местная терапия при кожной форме сибирской язвы заключается в

- обработке пораженных участков кожи антибактериальными мазями
- обработке пораженных участков кожи растворами антисептиков
- наложении повязки с растворами антисептиков и ежедневной их сменой
- хирургической обработке пораженных участков кожи с их иссечением

Заболеваемость людей сибирской язвой зависит от

- состояния макроорганизма в условиях иммунодефицита
- степени распространения инфекции среди животных

- наличия и распространенности бактерионосительства среди людей и животных
- степени распространения инфекции среди людей

Для профилактики заболевания лицам, подвергшимся риску заражения сибирской язвой, назначают антибактериальные препараты в течение + _____ + дней

- 3-х
- 14-ти
- 20-ти
- 5-ти

Инкубационный период при кожной форме болезни составляет до

- 3-х
- 14-ти
- 20-ти
- 5-ти

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К. 40 лет направлен врачом-терапевтом участковым на консультацию к врачу-инфекционисту.

Жалобы

На повышение температуры тела, интенсивную жгучую боль в правой половине грудной клетки, появление пузырьковых высыпаний на коже правой половины грудной клетки, общую слабость.

Анамнез заболевания

* Болен в течение 7 дней, когда почувствовал появление интенсивных, приступообразных болей в правой половине грудной клетке. Жгучие боли не купировались стандартными обезболивающими средствами.

* Отмечал слабость, недомогание, умеренную головную боль, лихорадка держалась на субфебрильных цифрах.

* Спустя 5 дней появились зудящие высыпания на коже. Усилилась интоксикация: температура повысилась до 38,2°C. Спустя 2 дня отметил увеличение площади поражения кожи, усиление местных болей.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: ОРВИ, пневмонии (за последний год дважды).

* За последний год похудел на 7 кг.

* Аллергоанамнез: не отягощен.

* Эпиданамнез: употребляет психоактивные вещества парентерально на протяжении последних 8 лет.

* Практикует случайные половые связи без использования презерватива.

Объективный статус

- * Температура тела 37,9°C.
- * Отмечается дефицит массы тела.
- * Кожные покровы бледной окраски, на коже туловища по ходу седьмого, восьмого и девятого ребер слева определяется гиперемия кожи и инфильтрация, множественные сгруппированные пузырьки с прозрачным содержимым.
- * Пальпируются увеличенные до 1,5 см безболезненные подчелюстные, передне-шейные, подмышечные, надключичные лимфатические узлы.
- * При перкуссии над легкими выслушивается легочный звук.
- * В легких аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются, ЧДД – 17 в мин.
- * Тоны сердца ясные, ЧСС – 86 уд. в мин, АД – 110/72 мм рт.ст.
- * При осмотре ротоглотки: на слизистой оболочке твердого неба, щечной поверхности, на спинке языка визуализируются единичные рыхлые наложения белого цвета.
- * Конъюнктивы глаз не гиперемированы, отделяемого из глаз нет.
- * Живот при пальпации мягкий, безболезненный.
- * Печень и селезенка не увеличены.
- * Физиологические отправления в норме.
- * Менингеальные знаки отрицательные, очаговых явлений нет.

План лабораторного обследования данного пациента для подтверждения предполагаемого диагноза включает

- 3-х
- 14-ти
- 20-ти
- 5-ти

Результаты лабораторного обследования

ИФА на ВИЧ-инфекцию

Положительно

Обследование содержимого элементов сыпи методом ПЦР

Обнаружена ДНК _Varicella-zoster_

Мазок из ротоглотки на микрофлору

Обнаружены грибы _Candida__ __albicans_

Иммунолюминесцентный анализ мазков-отпечатков носоглотки на вирусы гриппа

Вирусы гриппа не обнаружены

ИФА крови на поиск противокоревых антител класса IgM

Не обнаружено

Реакция непрямой гемадсорбции на аденовирусы

Не обнаружено

После получение положительного результата на ВИЧ-инфекцию в ИФА для дальнейшей первичной диагностики проводят

- 3-х

- 14-ти
- 20-ти
- 5-ти

Дополнительная информация

При дальнейшем обследовании у пациента в иммунном блоттинге обнаружены антитела к гликопротеинам (gp) с молекулярной массой 160, 120, 41 кД.

На основании результатов обследования наиболее вероятным основным диагнозом является

- 3-х
- 14-ти
- 20-ти
- 5-ти

Диагноз

ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний: опоясывающий лишай VII – IX дерматомов слева, кандидоз полости рта

Грипп, вирус не идентифицирован, затяжное течение, средней степени тяжести. Сопутствующий: опоясывающий лишай VII – IX дерматомов слева

Корь, период высыпаний, осложненная трахеобронхитом, простым распространенным герпесом, затяжное течение, средней степени тяжести

Аденовирусная инфекция, осложненная герпетической инфекцией, средней степени тяжести

Дифференциальную диагностику ВИЧ-инфекции с опоясывающим лишаем и герпетической невралгией VII – IX дерматомов слева следует проводить с/со

- стенокардией
- острым холециститом
- острым гепатитом
- поясничным остеохондрозом

К лабораторным критериям оценки прогрессирования ВИЧ-инфекции относят

- уровни CD4-лимфоцитов и концентрацию РНК ВИЧ в крови
- уровень тромбоцитопении, лимфопении, моноцитопении
- количество CD8-лимфоцитов и иммуноглобулинов класса Ig M в крови
- соотношение показателей Т-хелперов и Т-супрессоров крови при иммунологическом исследовании

Трансформация везикулезной сыпи у пациентов с ВИЧ-инфекцией и опоясывающим лишаем возможна

- в буллезную форму, с геморрагическим содержимым и последующим некрозом
- в гранулемы специфического характера с последующей их пустулизацией
- с формированием онкологического кожного процесса с распадом ткани
- с формированием множественных карбункулов с некрозом подкожно-жировой клетчатки

Для этиотропной терапии ВИЧ-инфекции применяют

- кортикостероидные препараты системного действия
- индукторы эндогенного интерферона
- ингибиторы обратной транскриптазы
- ингибиторы нейраминидазы

Для лечения опоясывающего лишая у больных ВИЧ-инфекции используют

- ганцикловир
- осельтамивир
- интерферон-альфа
- ацикловир

Для лечения кандидоза при ВИЧ-инфекции используют

- бисептол
- доксициклин
- флуконазол
- азитромицин

При генерализации герпетической инфекции у ВИЧ-инфицированных больных в IV стадии может развиваться

- разрыв селезенки
- серозный менингит
- генерализованная лимфаденопатия
- дистальный геморрагический колит

К оппортунистическим заболеваниям при ВИЧ-инфекции относят

- легочный криптококкоз
- лимфогранулематоз
- церебральный токсоплазмоз
- бактериальную пневмонию

Уровень CD4+ - лимфоцитов при ВИЧ-инфекции 4В стадии составляет
+ _____ +
мкл ⁻¹

- легочный криптококкоз
- лимфогранулематоз
- церебральный токсоплазмоз
- бактериальную пневмонию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Студент 1 курса политехнического университета А.18 лет 20 сентября направлен врачом-терапевтом участковым на консультацию к врачу-инфекционисту поликлиники.

Жалобы

На повышение температуры тела до 37,3°C в течение семи дней, навязчивый малопродуктивный кашель, слизистые выделения из носа.

Анамнез заболевания

- * Болен 7 дней, все дни температура тела сохраняется на субфебрильных цифрах.
- * Заболевание началось со слизистых выделений из носа, першения в ротоглотке.
- * Кашель со второго дня болезни, усиливается, стал приступообразным, в том числе в ночное время.
- * Лечился самостоятельно: принимал амброксол, сосудосуживающие капли в носовые ходы, орошал ротоглотку антисептическими препаратами, без эффекта.
- * Аппетит хороший, продолжает посещать учебные занятия.

Анамнез жизни

- * Перенесенные заболевания: ОРВИ, коклюш в возрасте 10 лет.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Не курит.
- * Эпиданамнез: среди сокурсников много заболевших ОРИ, у всех заболевание протекает на фоне нормальной или субфебрильной температуры тела, с катаральными симптомами, малопродуктивным кашлем, продолжают посещать учебные занятия.

Объективный статус

- * Температура тела 37,2°C.
- * Кожные покровы обычной окраски.
- * Пальпируются увеличенные до 0,5 см безболезненные подчелюстные, передне-шейные лимфатические узлы.
- * При перкуссии над легкими выслушивается ясный легочный звук.
- * В легких аускультативно дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах, хрипы не выслушиваются, ЧДД – 22 в мин.
- * Тоны сердца ясные, ЧСС – 76 уд.в мин, АД – 110/72 мм рт.ст.

- * Дыхание через нос затруднено, отделяемое густое, светлое.
- * В ротоглотке неяркая разлитая гиперемия, миндалины без налетов, выражена зернистость задней стенки глотки.
- * При нажатии на корень языка спазматический кашель не возникает.
- * Живот при пальпации мягкий, безболезненный.
- * Печень и селезенка не увеличены.
- * Физиологические отправления в норме.
- * Менингеальные знаки отрицательные, очаговых явлений нет.

Для постановки диагноза необходимыми лабораторными методами обследования являются

- легочный криптококкоз
- лимфогранулематоз
- церебральный токсоплазмоз
- бактериальную пневмонию

Результаты лабораторных методов обследования

Микроскопия мокроты

[cols="^,^",]

|=====

2+^| *Анализ мокроты от 23 сентября* | *норма*

| цвет | светлый | светлый

| прозрачность | слабо-мутная | прозрачная

| лейкоциты | 15-20 в поле зрения | 4-5 в поле зрения

| мононуклеарные клетки | мононуклеарные клетки до 15 в поле зрения | 0-1 в поле зрения

| лимфоциты | до 5 в поле зрения | до 3 в поле зрения

| эозинофилы | отсутствуют | отсутствуют

|=====

ИФА крови для обнаружения антител к *Mycoplasma pneumoniae* класса IgM в парных сыворотках

[cols="^,^",]

|=====

| *ИФА крови для обнаружения антител к *Mycoplasma pneumoniae* класса IgM* | *КП (коэффициент позитивности)* | *норма*

| 23 сентября | 1,24 | 0,00-0,80

| 2 октября | 7,28 | 0,00-0,80

|=====

ИФА мазков-отпечатков носоглоточной слизи на вирусы гриппа

Вирусы гриппа не обнаружены

ИФА крови для обнаружения антител к вирусу кори класса IgM в парных сыворотках

[cols="^,^",]

|=====

| *ИФА крови для обнаружения антител к вирусу кори класса IgM* | *КП (коэффициент позитивности)* | *норма*

| 23 сентября | 0 | 0,00-0,80

| 2 октября | 0 | 0,00-0,80

|=====

ИФА крови для обнаружения антител к *Bordetella pertussis* класса IgM в парных сыворотках

[cols=" , ^, ^",]

|=====

| *ИФА крови для обнаружения антител к *Bordetella pertussis* класса IgM* |
КП (коэффициент позитивности) | *норма*

| 23 сентября | 0 | 0,00-0,80

| 2 октября | 0 | 0,00-0,80

|=====

Для постановки диагноза необходимым инструментальным методом обследования является

- легочный криптококкоз
- лимфогранулематоз
- церебральный токсоплазмоз
- бактериальную пневмонию

Результаты инструментального метода обследования

Рентгенография органов грудной клетки

На обзорных R-граммах органов грудной клетки в двух проекциях легочные поля прозрачны. Определяется инфильтративное затемнение в области S ~7-8~ правого легкого. Корни легких расширены, структурны. Диафрагма обычно расположена. Синусы свободны. Тень органов средостения в пределах возрастных норм.

Рентгенографическая картина соответствует правосторонней нижнедолевой полисегментарной пневмонии (S ~7-8~)

Электрокардиография

Ритм синусовый, ЧСС — 72 уд.в мин.

Вольтаж нормальный. PQ-0,16. QRS – 0,08. QRS не деформирован.

Зубцы: P~I~+ , P~II~+ , P~III~+ ; T~I~+ , T~II~+ , T~III~+ .

QRST – 0,38. Экстрасистол не выявлено.

Вертикальное положение электрической оси сердца.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Печень – левая доля – 60 мм (N), правая доля – 110 мм (N), структура паренхимы однородная, эхогенность не повышена, контуры четкие и ровные, холедох 7,5 мм (N), воротная вена – 10,2 мм, сосудистый рисунок не усилен, протоки не расширены, образований нет.

Желчный пузырь: лоцируется, в размерах не увеличен, грушевидной формы, структура полости эхооднородна, включений не содержит, стенки не утолщены, не уплотнены.

Поджелудочная железа: не увеличена, головка – 28 мм, тело – 13 мм, хвост – 25 мм, структура – однородная, эхогенность не повышена, контуры четкие и ровные, вирсунгов проток не расширен, образования не лоцируются.

Селезенка: расположение типичное, форма – вариант нормы, размеры 105 мм и 30 мм (не увеличены), контуры четкие и ровные, капсула не изменена, экзогенность средняя, селезеночная вена 8 мм, коллатералей нет.

Заключение: патологии не обнаружено

Эхокардиография

Аорта: стенки не уплотнены, не расширены.

Левое предсердие не увеличено.

Левый желудочек не расширен, толщина стенок в норме. ФВ — 60% (N>55%).

Локальная и глобальная сократимость не нарушена.

Правый желудочек и правое предсердие не расширены.

Аортальный клапан: трехстворчатый, створки не изменены, амплитуда раскрытия в норме, регургитации нет.

Митральный клапан: створки не изменены, подвижность створок не ограничена, регургитации нет.

Трикуспидальный клапан: створки не изменены, подвижность створок не ограничена, регургитации нет.

Признаков легочной гипертензии не выявлено.

Нижняя полая вена не расширена, на вдохе спадается — 70% (N>50%).

Заключение: Размеры камер сердца в норме. Локальная и глобальная сократимость не нарушены.

На основании результатов обследования наиболее вероятным основным диагнозом является

- легочный криптококкоз
- лимфогранулематоз
- церебральный токсоплазмоз
- бактериальную пневмонию

Диагноз

Правосторонняя нижнедолевая полисегментарная пневмония, вызванная *Mycoplasma pneumoniae*

Грипп, типичное течение, осложненное правосторонней нижнедолевой полисегментарной пневмонией

Корь, катаральный период, правосторонняя нижнедолевая полисегментарная пневмония, ДН 0

Коклюш, типичное течение, период спазматического кашля, среднетяжелая форма. Правосторонняя нижнедолевая полисегментарная пневмония, ДН 0

Дифференциальную диагностику микоплазменной инфекции с пневмонией следует проводить с

- сердечной астмой

- хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ)
- корью
- коклюшем

При проведении дифференциального диагноза между пневмонией, вызванной *M.pneumoniae*, и *Chlamidia psittaci* учитывают

- рентгенологическую характеристику изменений в легких
- гематологические изменения
- данные эпидемиологического анамнеза
- гнойный характер мокроты

Особенностью течения микоплазменной пневмонии является

- быстрое обратное развитие воспалительных инфильтратов, сохранение рентгенологических изменений в течение недели
- быстрое обратное развитие воспалительных инфильтратов, сохранение рентгенологических изменений в течение 2-3 дней
- затяжное обратное развитие воспалительных инфильтратов, сохранение рентгенологических изменений около месяца
- медленное обратное развитие воспалительных инфильтратов, сохранение рентгенологических изменений в течение 3-х месяцев

В общем анализе крови при микоплазменной пневмонии определяется

- лейкоцитоз, абсолютный лимфо- и моноцитоз
- лейкопения, относительный лимфоцитоз
- лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом формулы влево
- нормальный уровень лейкоцитов, лимфоцитоз

Для лечения микоплазменной пневмонии препаратами выбора являются

- сульфаниламиды
- макролиды
- цефалоспорины
- полусинтетические пенициллины

Для этиотропной терапии микоплазменной пневмонии применяют

- триметоприм/сульфаметоксазол по 960 мг 2 раза в день 5 дней
- кларитромицин по 0,5 гр 2 раза в сутки в течение 7-14 дней
- кларитромицин по 0,5 гр 1 раз в сутки в течение 5 дней
- триметоприм/сульфаметоксазол по 480 мг 2 раза в день 10 дней

Механизмом заражения при микоплазменной инфекции является

- парентеральный
- фекально-оральный

- аспирационный
- трансмиссивный

Иммунитет после перенесенной микоплазменной пневмонии

- выраженный, продолжительностью 5-10 лет
- невыраженный, продолжительностью до 1 года
- не формируется
- выраженный, не продолжительный

К источнику микоплазменной инфекции относят

- выраженный, продолжительностью 5-10 лет
- невыраженный, продолжительностью до 1 года
- не формируется
- выраженный, не продолжительный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Э. 33 лет направлен на стационарное лечение в инфекционную больницу врачом-терапевтом участковым с диагнозом направления: Грипп. Пневмония?

Жалобы

На умеренную общую слабость, головную боль, изнуряющий малопродуктивный кашель.

Анамнез заболевания

* Заболевание началось постепенно, когда неделю назад (10 февраля) отметил повышение температуры тела до 37,6°C, недомогание, слабость, сухость и першение в горле.

* На 4-5 день появилась головная боль в лобно-височной области, заложенность носа, редкий сухой, непродуктивный кашель, лихорадка повысилась до 39°C.

* В последующие дни температура тела оставалась повышенной, интенсивность кашля выросла с отделением небольшого количества вязкой слизистой мокроты. Пациент самостоятельно принимал амоксицилин, жаропонижающие, отхаркивающие и антигистаминные средства (парацетамол, АЦЦ, супрастин) – без выраженного эффекта.

* В связи с длительностью заболевания пациент обратился за медицинской помощью.

Анамнез жизни

* Работает в офисе компании «Стройбалт».

* Проживает в отдельной квартире с женой и детьми 3-х и 5-и лет.

* Перенесенные заболевания: ветряная оспа в детстве, простудные заболевания – 2-3 раза в год, три года назад перенес инфекционный мононуклеоз.

* Вредные привычки: курит около 15 лет (до пачки сигарет в сутки).

* Прививочный анамнез: от плановой вакцинации по медицинским показаниям

не освобождался, АКДС в 18 лет (при призыве в ВС), привит от гриппа (в ноябре месяце).

* Аллергологический анамнез не отягощен.

Эпидемиологический анамнез

* На работе отмечает случаи ОРЗ среди коллег, около месяца назад дети перенесли ОРЗ.

* В течение последнего года за границу не выезжал.

* Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает, флюорография ОГК полгода назад (без патологии).

* Имеет контакт с животными (в квартире живет собака - немецкая овчарка).

Контакт с птицами, грызунами отрицает.

Объективный статус

* Рост – 177 см, масса тела – 82 кг.

* Температура тела – 38,6°C. Сознание ясное, контактен.

* Конъюнктивы гиперемированы с инъекцией сосудов.

* Кожные покровы обычной окраски, влажные на ощупь, горячие.

* Слизистая оболочка ротоглотки умеренно гиперемирована, увеличены лимфатические фолликулы задней стенки глотки, миндалины не увеличены, налетов нет.

* Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, умеренно чувствительные при пальпации.

* Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 130/70 мм.рт. ст., ЧСС – 90 уд. в мин.

* В легких дыхание жесткое, обильные рассеянные сухие хрипы на высоте вдоха. После откашливания не выслушиваются. Голосовое дрожание одинаковое с обеих сторон, над легкими ясный легочный звук. ЧД – 16 в 1 мин.

* Язык влажный, чистый. Живот мягкий, не вздут, безболезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по Курлову 9×8×6см, по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

* Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон.

Периферических отеков нет. Моча желтая, дизурии нет. Стул 1-2 раза в день, светло-коричневый, полуоформленный, без патологических примесей.

* Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

* Пульсоксиметрия - SpO₂ ~ 98%.

Необходимым в данной ситуации инструментальным методом исследования является

- выраженный, продолжительностью 5-10 лет
- невыраженный, продолжительностью до 1 года
- не формируется
- выраженный, не продолжительный

Результаты инструментального метода обследования

Рентгенография органов грудной клетки

{nbsp}

На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции отмечается диффузное усиление легочного рисунка.

УЗИ органов брюшной полости

Заключение.

Печень не увеличена, RDH 120 мм, контур ровный, эхоструктура однородная, эхогенность обычная, V. porta 8 мм. Желчный пузырь обычной формы, контур ровный, четкий, в полости пузыря без особенностей, холедох 4 мм.

Поджелудочная железа: головка 23 мм, тело 12 мм, хвост 22 мм, контур ровный четкий, эхоструктура однородная, вирсунгов проток не расширен.

Селезенка площадь 29 см.кв, эхоструктура однородная, V. lienalis 5 мм.

Брюшная аорта не расширена.

УЗИ почек

Заключение.

Правая почка: положение обычное, размеры 101*50 мм, толщина паренхимы 18 мм, кортико-медуллярная дифференцировка сохранена, полостная система не расширена.

Левая почка: положение обычное, размеры 103*52 мм, толщина паренхимы 18 мм, кортико-медуллярная дифференцировка сохранена, полостная система не расширена.

Спирография

ЖЕЛ снижена по рестриктивному типу.

Необходимыми для постановки диагноза специфическими методами лабораторной диагностики являются

- выраженный, продолжительностью 5-10 лет
- невыраженный, продолжительностью до 1 года
- не формируется
- выраженный, не продолжительный

Результаты обследования

Имуноферментный анализ (ИФА) с определением специфических антител к респираторным инфекциям

|=====

| *ИФА* | *Результат*

| Anti- C. pneumoniae IgM | отрицательно

| Anti- C. pneumoniae IgG | отрицательно

| Anti- M. pneumoniae IgM | положительно

| Anti- M. pneumoniae IgG | отрицательно

| Anti- Adenovirus IgM | отрицательно

| Anti- Adenovirus IgG | отрицательно

| Anti- RSV IgM | отрицательно

| Anti- RSV IgG | отрицательно

|=====

ПЦР мазков из носоглотки

|=====

| *ПЦР* | *Результат*

| ДНК *S. pneumoniae* | отрицательно

| ДНК *M. pneumoniae* | положительно

| ДНК hAdv | отрицательно

| РНК hRSv | отрицательно

|=====

Диаскинтест

Отрицательный

Иммуноферментный анализ (ИФА) крови на Эпштейн-Барр-инфекцию

IgM к капсидному антигену (VCA) – отрицательно

IgG к капсидному антигену (VCA) – положительно

IgG к раннему антигену (EA) - отрицательно

IgG к ядерному (нуклеарному) (EBNA) - положительно

Иммуноферментный анализ (ИФА) крови на anti-Bordetella pertussis

Отрицательный, титр: < 1:80.

Учитывая результаты лабораторно-инструментальных методов обследования можно думать о диагнозе

- выраженный, продолжительностью 5-10 лет
- невыраженный, продолжительностью до 1 года
- не формируется
- выраженный, не продолжительный

Диагноз

Респираторный микоплазмоз. Острый бронхит, среднетяжелое течение.

Острый пневмохламидиоз. Ринофарингобронхит, средней степени тяжести.

Хроническая активная ВЭБ-инфекция. Средней степени тяжести.

Респираторно-синцитиальная вирусная инфекция. Острый бронхит, среднетяжелое течение.

Дифференциальную диагностику респираторного микоплазмоза проводят с

- энтеровирусной инфекцией
- тропической малярией
- инфекционным мононуклеозом
- РС-инфекцией

Одним из наиболее частых внелегочных проявлений респираторного микоплазмоза является + _____ + синдром

- геморрагический
- менингеальный

- гастроинтестинальный
- желтушный

Наиболее частым осложнением острого бронхита, вызванного *M. pneumoniae*, является

- пневмония
- менингит
- бронхоэктатическая болезнь
- буллезный мирингит

Развитие гемолитической анемии при микоплазменной инфекции возникает на

- 2-3 сутки болезни
- 5-7 день заболевания
- 2-3 неделе болезни
- 2-3 месяце от начала заболевания

Препаратами выбора при лечении микоплазменной инфекции являются

- линкозамыны
- цефалоспорины
- макролиды
- пролонгированные пенициллины

Для этиотропной терапии рекомендуется назначение

- ципрофлоксацина
- метронидазола
- азитромицина
- цефтриаксона

Длительность антибактериальной терапии у данного пациента составляет

- 3 дня
- 5-7 дней
- 7-14 дней
- 21 день

Рекомендуемые дозы этиотропной терапии при микоплазменной инфекции

- амоксиклав 0,875 г внутрь каждые 12 ч
- азитромицин 0,25 г 1 раз в сутки (в 1-е сутки 0,5 г)
- метронидазол 0,5 г внутрь каждые 8 ч
- цефтриаксон по 1,0 г внутривенно/внутримышечно 1-2 раза в сутки

Инкубационный период при респираторном микоплазмозе длится

- амоксиклав 0,875 г внутрь каждые 12 ч
- азитромицин 0,25 г 1 раз в сутки (в 1-е сутки 0,5 г)
- метронидазол 0,5 г внутрь каждые 8 ч
- цефтриаксон по 1,0 г внутривенно/внутримышечно 1-2 раза в сутки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент В. 55 лет направлен на стационарное лечение в инфекционный стационар врачом-терапевтом участковым с диагнозом "ОРЗ. Острая кишечная инфекция?".

Жалобы

На одышку, повышение температуры тела до 39,0°C, головокружение, головную боль в височных областях, озноб, выраженную потливость, общую слабость, кашель со скудной слизисто-гноющей мокротой, выраженную боль в груди при кашле и глубоком вдохе, бессонницу.

Анамнез заболевания

* Заболел четыре дня назад (10 июля). Отметил слабость, снижение аппетита, умеренную головную боль, послабление стула (до 3-х раз за сутки, кашицеобразный, без примесей). Температуру тела не измерял, но и не ощущал ее повышение.

* На 3-й день повысилась температура тела до 38,9°C. Лечился самостоятельно приемом жаропонижающих – без эффекта. Кашель ежедневно усиливался, появилась мокрота, боль в грудной клетке и глубоком вдохе, несколько раз отмечалось кровохарканье (небольшое количество прожилок крови в мокроте), лихорадка сохранялась на фебрильных цифрах.

* В связи с ухудшением самочувствия обратился за медицинской помощью. Доставлен в инфекционную больницу.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: краснуха, простудные заболевания 6-8 раз в год, аппендэктомия в 25 лет. ЖКБ. Хронический холецистопанкреатит, неустойчивая ремиссия (стационарное обследование и лечение каждый год).

* Вредные привычки: курит более 30 лет, 1,5-2 пачки сигарет в день.

* Прививочный анамнез: не известен.

Эпидемиологический анамнез

* Проживает в отдельной квартире вдвоем с женой. Супруга здорова.

* За последний год из домашнего региона (г. Екатеринбург) не выезжал.

* Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает, флюорография ОГК год назад (без патологии).

* Офисный работник, в рабочем кабинете используется кондиционер, который давно не обслуживали. Около недели назад сотрудник отдела, работающий в том же кабинете, был госпитализирован в инфекционную больницу (кашель, лихорадка).

* Питается дома и в офисе, принесённой домашней едой.

Объективный статус

Состояние тяжелое, обусловленное лихорадкой, интоксикацией.

Рост – 180 см, масса тела – 100 кг.

Температура тела – 39,0°C.

Кожа без сыпи, горячая, влажная, периоральный цианоз непостоянный.

Лимфатические узлы не увеличены, безболезненные при пальпации.

Слизистая ротоглотки, небные дужки, миндалины гиперемированы; миндалины не увеличены, налетов нет.

Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД – 100/70 мм рт.ст., ЧСС – 115 уд. в мин.

Частота дыхания – 25 в минуту. В легких дыхание жесткое. Ниже угла лопатки справа ослабление дыхания, влажные мелкопузырчатые хрипы, притупление перкуторного звука. В межлопаточной области небольшое количество сухих свистящих хрипов, единичная крепитация.

Язык обложен белым налетом, сухой. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень увеличена пальпаторно и перкуторно на 2,0 см, селезенка не увеличена.

Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Стул кашицеобразный 2 дня назад, окрашен, без примесей. Моча желтая, дизурии нет.

Пульсоксиметрия: SpO₂ ~ 92% < 90%

Необходимым в данной ситуации инструментальным методом исследования является

- амоксиклав 0,875 г внутрь каждые 12 ч
- азитромицин 0,25 г 1 раз в сутки (в 1-е сутки 0,5 г)
- метронидазол 0,5 г внутрь каждые 8 ч
- цефтриаксон по 1,0 г внутривенно/внутримышечно 1-2 раза в сутки

Результаты инструментального метода обследования

Рентгенография органов грудной клетки

{nbsp}

На снимке воспалительный процесс доли легкого справа с вовлечением плевры. Легочные корни расширены.

Бронхоскопия

Признаки катарального бронхита.

УЗИ органов малого таза

Заключение: патологии не выявлено.

Спирография

ЖЕЛ снижена по рестриктивному типу.

Необходимым для постановки диагноза специфическим методом лабораторной диагностики является

- амоксиклав 0,875 г внутрь каждые 12 ч
- азитромицин 0,25 г 1 раз в сутки (в 1-е сутки 0,5 г)

- метронидазол 0,5 г внутрь каждые 8 ч
- цефтриаксон по 1,0 г внутривенно/внутримышечно 1-2 раза в сутки

Результаты обследования

ПЦР отделяемого респираторного тракта

ДНК *M. pneumoniae* - отрицательно

ДНК *S. pneumoniae* - отрицательно

ДНК *L. pneumoniae* - положительно

Диаскинтест

Отрицательный

ИФА крови на anti-Bordetella parapertussis IgM, IgG

Anti-Bordetella parapertussis IgM, IgG - отрицательно

Бактериологический посев мокроты на туберкулез

Роста нет

Для этиологической диагностики заболевания методом ПЦР необходимо использовать

- смывы из носоглотки
- мазок из миндалин
- биопсийный материал из лимфоузлов
- бронхоальвеолярный лаваж (БАЛ)

На основании выявленных анамнестических, эпидемиологических, клинических данных и результатов лабораторно-инструментальных методов обследования наиболее вероятным является диагноз

- смывы из носоглотки
- мазок из миндалин
- биопсийный материал из лимфоузлов
- бронхоальвеолярный лаваж (БАЛ)

Диагноз

Болезнь легионеров, правосторонняя пневмония (средней доли), среднетяжелое течение. ДН1-2. Сопутствующее заболевание: ЖКБ. Хронический холецистопанкреатит, ремиссия

Пневмохламидиоз. Внебольничная очаговая правосторонняя нижнедолевая пневмония, средней степени тяжести, ДН 0. Сопутствующее заболевание: ЖКБ. Хронический холецистопанкреатит, ремиссия

Микоплазменная очаговая правосторонняя нижнедолевая пневмония, средней степени тяжести. Сопутствующее заболевание: ЖКБ. Хронический холецистопанкреатит, ремиссия

Коклюш, типичная форма, средней степени тяжести. Сопутствующее заболевание: ЖКБ. Хронический холецистопанкреатит, ремиссия

Дифференциальный диагноз в данном случае проводится с

- эрлихиозом
- инфекционным мононуклеозом
- орнитозом
- трехдневной малярией

В общем анализе крови при легионеллезе наблюдаются

- лейкоцитоз, абсолютный лимфоцитоз, атипичные мононуклеары, незначительное увеличение СОЭ
- лейкопения, лимфоцитоз, нормальное СОЭ
- лейкопения, нейтропения со сдвигом влево, анэозинофилия, относительный лимфоцитоз, умеренно ускоренное СОЭ
- лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево, лимфопения, ускоренное СОЭ

К основной причине смерти при внебольничной пневмонии, вызванной *L. pneumophila*, относят

- гиповолемический шок
- инфекционно-токсический шок
- острую печеночно-почечную недостаточность
- острый отек и набухание головного мозга

Для выявления дыхательной недостаточности и оценки выраженности гипоксемии пациенту необходимо произвести

- спирометрию
- пикфлоуметрию
- пульсоксиметрию
- тредмил-тест

Для этиотропной терапии заболевания рекомендуется назначение

- эритромицина
- цефтриаксона
- ацикловира
- ампициллина

Длительность антибактериальной терапии у данного пациента составляет

- 4 недели
- 14-21 день

- 6 недель
- 5-7 дней

В периоде реконвалесценции возможны длительно сохраняющиеся проявления

- астеновегетативного синдрома
- гепатоспленомегалии
- полилимфаденопатии
- метаболического синдрома

Фактором передачи инфекции при легионеллезе является

- астеновегетативного синдрома
- гепатоспленомегалии
- полилимфаденопатии
- метаболического синдрома

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 40 лет направлена на консультацию к врачу-инфекционисту в поликлинику на 7-ой день болезни.

Жалобы

На образование «язвы» в районе левой щеки, отек левой половины лица и левой параорбитальной области, общую слабость, повышение температуры тела до 38,5°C.

Анамнез заболевания

- * Заболела 7 дней назад, когда на коже левой половины лица появилось красноватое пятнышко диаметром около 1,5 см, которое на следующий день трансформировалось в пузырек с серозно-геморрагическим содержимым.
- * Повысилась температура тела до 38,5°C, появился отек левой половины лица и левой параорбитальной области, затем присоединился зуд. Больная обрабатывала «прыщ» раствором хлоргексидина, без эффекта.
- * Через 2 дня пузырек самопроизвольно вскрылся, на его месте сформировалась язвочка, покрытая темно-коричневым струпом. Температура тела не снижалась, больная самостоятельно принимала жаропонижающие средства – без эффекта, нарастала общая слабость, в связи с чем обратилась к врачу.

Анамнез жизни

- * Работает на ферме, осуществляет уход за мелким рогатым скотом.
- * Проживает в частном доме, одна.
- * Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания, краснуха в возрасте 10 лет.
- * Вредные привычки: отрицает.
- * Прививочный анамнез: все прививки сделаны по возрасту.
- * Аллергологический анамнез: не отягощен.

Объективный статус

- * Температура тела 38,7°C.
- * Кожные покровы бледные. Местно: на коже левой половины лица имеется язва, покрытая черным струпом и окруженная дочерними пузырьками диаметром около 3 см. Пальпация язвы безболезненная.
- * Левая половина лица, параорбитальная область отечны. Отек имеет желеобразную консистенцию. Кожа в области отека бледная.
- * Подчелюстные и передне-шейные периферические лимфоузлы слева увеличены до 1,5-2,0 см, плотные, подвижные, слегка чувствительны при пальпации.
- * Зев спокойный, миндалины не гипертрофированы, налетов нет.
- * Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД – 120/80 мм рт.ст., ЧСС – 100 уд. в мин.
- * В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.
- * Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул 1 раз в день, оформленный.
- * Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурических явлений не отмечает, диурез достаточный.
- * Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- астеновегетативного синдрома
- гепатоспленомегалии
- полилимфаденопатии
- метаболического синдрома

Результаты лабораторных методов обследования

ПЦР-диагностика (отделяемого пузырьков)

Обнаружена ДНК *B.anthraxis*

Бактериологическое исследование содержимого пузырьков

Выделение из патологического материала больного культуры *B.anthraxis*

Кожно-аллергическая проба с тулярином

Отрицательный результат

Непрямая реакция Кумбса

Отрицательный результат

Реакция агглютинации Райта

Отрицательный результат

Учитывая клинико-лабораторные данные наиболее вероятным является диагноз

- астеновегетативного синдрома
- гепатоспленомегалии
- полилимфаденопатии
- метаболического синдрома

Диагноз

Сибирская язва, кожная форма, карбункулезный вариант, средней степени тяжести

Туляремия, язвенно-бубонная форма, средней степени тяжести

Эритематозно-буллезная рожа лица, первичная, средней степени тяжести

Острый бруцеллез, остросептическая форма, фаза декомпенсации тяжелое течение

Поражение кожных покровов при сибирской язве характеризуется формированием

- безболезненного карбункула, покрытого темно-коричневым струпом
- резко болезненной фликтены, окруженной инфильтрированной зоной с гиперемией и отеком
- яркой эритемы с единичными буллами округлой формы с серозным содержимым
- безболезненной язвы с приподнятыми краями со скудным серозно-гнойным отделяемым

Возможными осложнениями сибирской язвы являются

- тромбгеморрагический синдром, перикардит
- абсцесс, тромбофлебит
- полиартрит, токсический гломерулонефрит
- инфекционно-токсический шок, сепсис

Дифференциальную диагностику кожной формы сибирской язвы следует проводить с

- бруцеллезом, иксодовым клещевым боррелиозом, псевдотуберкулезом
- кожным лейшманиозом, рожей, флегмоной
- актиномикозом, опоясывающим лишаем, многоформной экссудативной эритемой
- трофической язвой, сифилисом, содоку

Тактика ведения данного больного включает

- ведение пациента в амбулаторных условиях
- ведение пациента в дневном стационаре
- госпитализацию в мельцеровский бокс
- госпитализацию в хирургическое отделение многопрофильной больницы

Препаратом выбора для этиотропной терапии кожной формы сибирской язвы среднетяжелого течения является

- хлорамфеникол 0,5 г - 3р/сут, перорально
- доксицилин 0,1 г - 2р/сут, перорально
- цефтриаксон 1 г - 2 р/сут, внутримышечно
- сульфаметоксазол/триметоприм 960 мг - 2 р/сут, внутривенно

При сибирской язве одновременно с этиотропной терапией однократно внутримышечно вводят специфический иммуноглобулин противосибирезвенный в дозе + _____ + мл

- 20-100
- 100-200
- 0,5-1,0
- 2,0-16

Выписку выздоравливающих при кожной форме сибирской язвы осуществляют после

- нормализации температуры тела
- завершения курса антибиотикотерапии
- эпителизации и формирования рубца
- нарастания титра специфических антител в 4 раза

За лицами, подвергшимися риску заражения, устанавливается медицинское наблюдение в течение (в днях)

- 21
- 8
- 5
- 28

Вакцинопрофилактику сибирской язвы проводят с помощью вакцины

- химической
- живой
- рекомбинантной
- инактивированной

Лицам, соприкасающимся с больными людьми или животными, в целях профилактики вводят иммуноглобулин противосибирезвенный и антибактериальные препараты в течение + ____ + дней

- химической
- живой
- рекомбинантной
- инактивированной

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Б. 40 лет, коммерческий директор частного предприятия, доставлен машиной скорой помощи в инфекционное отделение.

Жалобы

на головную боль, резкую слабость, головокружение, тошноту.

Анамнез заболевания

- * Заболевание началось с повышения температуры тела 3 недели назад.
- * Больной обратился в поликлинику на 4-ый день болезни с жалобами на общее недомогание и лихорадку. Выставлен диагноз «ОРЗ», назначено лечение парацетамолом, димедролом.
- * Состояние не улучшалось, температура тела постоянно держалась в пределах 38,0-39,0°C, беспокоили слабость, головокружение, отсутствие аппетита, нарушение сна.
- * Самостоятельно принимал амоксициллин 5 дней, без эффекта.
- * В последний день перед госпитализацией был однократный жидкий стул темного цвета.
- * Больной доставлен машиной скорой помощи в инфекционное отделение с диагнозом «лихорадка неясного генеза».

Анамнез жизни

- * Проживает с женой и сыном в многоэтажном доме, часто питается в кафе.
- * Около месяца назад с семьей был в отпуске, жили у родственников в селе, пил сырое коровье молоко, ел творог, сметану, купленные у соседей. Постоянно пил колодезную воду. Рыбачил с ночевкой на озере. О других случаях заболевания не знает, члены семьи в настоящее время здоровы.
- * Туберкулез, малярию, тифы, вирусные гепатиты, ВИЧ отрицает.
- * Хронических заболеваний не имеет.
- * Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет умеренно, не чаще 1 раза в неделю.

Объективный статус

- * Температура – 37,1°C.
- * Состояние тяжелое, в сознании, но больной вялый, адинамичный, заторможенный.
- * Кожные покровы бледные, влажные, на брюшной стенке единичные элементы угасающей сыпи бледно-розового цвета.
- * Слизистые ротоглотки обычной окраски, миндалины не увеличены, налетов нет.
- * В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.
- * Тоны сердца приглушены. Пульс – 116/мин., ритмичный, слабый. АД – 90/60 мм рт.ст.
- * Язык суховат, обложен у корня серовато-коричневатым налетом, края и кончик чистые, отпечатки зубов по краям.
- * Живот мягкий, умеренно вздут, чувствительный при пальпации в правой илеоцекальной области, в этой же области при перкуссии отмечается притупление.
- * Печень пальпируется до 2,0 см ниже реберной дуги, мягко-эластической

консистенции.

* Селезенка по краю реберной дуги.

* Диурез в норме.

* При ректальном осмотре на перчатке следы дегтеобразного стула.

Основными методами лабораторного подтверждения диагноза в этом периоде заболевания являются

- химической
- живой
- рекомбинантной
- инактивированной

Результаты обследования

Бакпосевы кала и мочи на тифо-паратифы

Из кала и мочи выделена S.Typhi

Бактериологический посев крови на желчный бульон

Из крови выделена S.Typhi

Микроскопическое исследование крови

Плазмодии малярии не обнаружены

РСК с риккетсиями Провачека

Результат отрицательный

Микроскопическое исследование испражнений

Простейшие не обнаружены

Реакция агглютинации Райта

Результат отрицательный

На основании результатов клинико-лабораторных методов обследования наиболее вероятным диагнозом является

- химической
- живой
- рекомбинантной
- инактивированной

Диагноз

Брюшной тиф, тяжелое течение, осложнившийся кишечным кровотечением

Сальмонеллез, генерализованная форма, септикотоксический вариант, тяжелое течение

Сыпной тиф, период разгара, типичное течение, средней степени тяжести

Брюшной тиф, тяжелое течение, осложнившийся перфорацией кишечника

Возможным специфическим осложнением в разгаре данного заболевания, кроме выявленного у больного, также может являться

- гиповолемический шок
- острый панкреатит
- инфекционно-токсический шок
- острая печеночная энцефалопатия

Для типичного течения брюшного тифа в разгаре заболевания в общем анализе крови характерно наличие

- лейкопении, анэозинофилии, относительного лимфоцитоза
- лейкоцитоза, абсолютного лимфоцитоза, атипичных мононуклеаров
- лейкопении, относительного лимфоцитоза, гиперэозинофилии
- гиперлейкоцитоза, мегамиелоцитов, лимфопении

Дифференциальную диагностику в начальном периоде болезни следует проводить с

- гриппом, малярией, бруцеллезом
- кишечным шистосомозом, амебиазом, сальмонеллезом
- неспецифическим язвенным колитом, раком прямой кишки, острой кишечной непроходимостью
- менингококковой инфекцией, сепсисом, лептоспирозом

Для тифо-паратифозных заболеваний характерным является

- отсутствие бактерионосительства
- переход в хроническое течение
- развитие обострений и рецидивов
- формирование вторично-очаговых форм

Больному показана

- госпитализация в инфекционный стационар
- амбулаторно-поликлиническая помощь
- госпитализация/лечение в дневном стационаре
- госпитализация в хирургическое отделение многопрофильной больницы

Для проведения этиотропной терапии больному необходимо назначить

- пролонгированные тетрациклины
- сульфаниламиды
- фторхинолоны
- линкозаминны

Постельный режим при брюшном тифе необходимо соблюдать до +_____+ дня нормальной температуры

- 11-13
- 1-2
- 6-7
- 14-15

Этиотропная терапия при брюшном тифе продолжается до + ____ + дня нормальной температуры

- 10
- 7
- 4
- 3

Диспансеризации подлежат все переболевшие брюшным тифом, независимо от профессии и занятости, на протяжении

- 3-х месяцев
- 6-ти месяцев
- 21-го дня
- 8-ми недель

О формировании бактерионосительства можно судить по

- 3-х месяцев
- 6-ти месяцев
- 21-го дня
- 8-ми недель

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К. 14 лет доставлен в стационар на 5 сутки от начала заболевания.

Жалобы

На повышение температуры до 39,4°C, резкую слабость, озноб, головную боль, ломоту в теле, жажду, тошноту, однократное носовое кровотечение, боли в паху.

Анамнез заболевания

* 5 дней назад резко повысилась температура тела до 38,9°C, появилась резкая слабость, головная боль, ломота в теле, жажда, тошнота, дважды была рвота.

* На вторые сутки заболевания в левой паховой области заметил резко болезненное образование, при этом появились боли при движении левой ногой в области новообразования, в связи с чем больной занимал вынужденное положение тела.

* Все дни болезни самочувствие больного постоянно ухудшалось: нарастала общая слабость, усилились ознобы, головная боль стала очень выраженной, температура постоянно сохранялась на высоких цифрах (39,3-39,8°C), накануне

госпитализации больной стал не всегда правильно отвечать на вопросы.

* В левой паховой области быстро увеличилось образование, которое на 4 день болезни стало размером 5 на 6 см.

* Накануне обращения в стационар однократно было носовое кровотечение, которое остановилось самостоятельно.

* Эффекта от приема нурофена, парцетомола, азитромицина не было.

Анамнез жизни

* Помощник чабана, пасет овец, в связи с чем постоянно перемещается по пастбищам.

* На пастбище ночует в шалаше. Для охраны отары имеется несколько собак. Больного часто кусают блохи. Видел много мертвых сурков на одном из пастбищ.

* Туберкулез, малярию, тифы, вирусные гепатиты, ВИЧ отрицает.

* Хронические заболевания отрицает.

* Вредные привычки: отрицает.

* Прививки получал по возрасту в соответствии с Национальным календарем.

* За последний год несколько раз гонял отары на различные пастбища в степи.

* Остальные члены семьи в настоящий момент здоровы.

Объективный статус

* Температура – 39,3°C.

* Интоксикация выражена, больной вялый, заторможен, адинамичен, не всегда правильно отвечает на вопросы (со слов больного из-за сильной головной боли), но контактен.

* Менингеальных знаков нет.

* Слизистая зева гиперемирована, единичные точечные кровоизлияния на твердом небе, миндалины не увеличены.

* Кожа горячая на ощупь, сухая, лицо красное, одутловатое. Ногтевые ложа рук и ног бледные с цианотичным оттенком.

* Склеры и конъюнктивы инъецированы.

* В левой паховой области пальпируется подкожный, спаянный с окружающей клетчаткой, резко болезненный, с нечеткими контурами, плотной консистенции лимфоузел размером 5 на 7 см. Кожа над ним гиперемирована с цианотическим оттенком, горячая на ощупь.

* ЧДД – 24 в мин. Над легкими перкуторно – ясный легочный звук, при аускультации – дыхание жесткое, хрипов нет

* Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД – 110/65 мм рт.ст., ЧСС – 100 уд. в мин.

* Язык сухой, утолщенный, покрыт толстым белым налетом («меловой»).

* Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет.

* Печень – по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

**

* Моча несколько темновата, диурез 3-4 раза в сутки небольшим количеством (со слов больного).

* Стул регулярный, кашицеобразный, 2-3 раза в сутки, обычного цвета. Последние сутки стула не было.

Основными специфическими методами лабораторного подтверждения диагноза являются

- 3-х месяцев
- 6-ти месяцев
- 21-го дня
- 8-ми недель

Результаты лабораторных методов обследования

Бактериологическое исследование крови

Из крови выделена чистая культура *Yersinia pestis*.

Обнаружение ДНК возбудителя в крови методом ПЦР

В крови обнаружена ДНК *Yersinia pestis*

Реакция термореципитации по Асколи

Результат отрицательный

Кожно-аллергическая проба с тулярином

Результат отрицательный

Паразитологическое исследование испражнений на гельминты и простейшие

Яйца гельминтов и простейшие не обнаружены

Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные наиболее вероятным диагнозом является

- 3-х месяцев
- 6-ти месяцев
- 21-го дня
- 8-ми недель

Диагноз

Чума, бубонная форма, средней степени тяжести

Острый лимфаденит, легкой степени тяжести

Сибирская язва, карбункулезная форма, тяжелой степени тяжести

Туляремия, язвенно-бубонная форма, средней степени тяжести

Дифференциальную диагностику чумы (бубонная форма) в первую очередь следует проводить с

- доброкачественным лимфоретикулезом, менингококковой инфекцией, лейшманиозом
- бубонной формой туляремии, острым гнойным лимфаденитом, содоку
- иерсиниозами, листериозом, легионеллезом
- эндемическим крысиным сыпным тифом, малярией, орнитозом

Картина крови при чуме характеризуется

- лейкопенией, лимфопенией и анэозинофилией
- выраженной лейкопенией с лимфоцитозом и нормальными значениями СОЭ
- нейтрофильным лейкоцитозом со сдвигом формулы влево и увеличением СОЭ
- лейкоцитозом с абсолютным лимфоцитозом и атипичными мононуклеарами

Наиболее вероятным механизмом заражения чумой данного больного является

- парентеральный
- трансмиссивный
- аэрогенный
- алиментарный

Для проведения этиотропной терапии данному больному необходимо назначить

- бензилпенициллин внутримышечно 1 млн ЕД 4 р/сутки
- стрептомицин внутримышечно 0,5 г 2 р/сут
- спирамицин внутрь 3 млн МЕ 2р/сут
- рокситромицин внутрь 0,15 2 р/сутки

Наряду со специфической терапией бубонной формой чумы проводят

- дезинтоксикацию
- иммунокоррекцию
- физиотерапию на область бубона
- вскрытие бубона

Выписку больного с бубонной формой чумой из стационара проводят после полного выздоровления не ранее + _____ + недель

- 6-ти
- 8-ми
- 4-х
- 2-х

Наблюдение за переболевшим чумой после выписки из стационара осуществляют в течение + _____ + месяцев

- 6
- 2
- 12
- 3

Специфическую профилактику чумы проводят посредством введения

- противочумной вакцины
- специфического анатоксина
- специфического γ -глобулина
- противочумной сыворотки

Экстренную химиопрофилактику чумы проводят

- ципрофлоксацином
- триметоприм/сульфаметоксазолом
- гентамицином
- клиндамицином

Инкубационный период при чуме у непривитых лиц длится до

- ципрофлоксацином
- триметоприм/сульфаметоксазолом
- гентамицином
- клиндамицином

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная С. 24 лет поступила в инфекционную больницу на 3-й день болезни.

Жалобы

на умеренную боль в горле при глотании, озноб, повышение температуры тела до $39,0^{\circ}\text{C}$, общую слабость, снижение работоспособности, головную боль, припухлость и дискомфорт в области шеи.

Анамнез заболевания

Заболела 3 дня назад: появились общая слабость, незначительные боли в горле при глотании, температуру тела не измеряла. Самостоятельно не лечилась. На 3-й день отметила ухудшение самочувствия: усилилась головная боль, слабость, появился озноб, температура достигла 39°C , также усилилась боль в горле при глотании, появились припухлость и дискомфорт в области шеи.

Анамнез жизни

Домохозяйка. Имеет ребенка 3-х лет. Известно, что детский сад был закрыт на карантин по поводу какого-то инфекционного заболевания (точно указать не может).

Прививочный анамнез не помнит. Со слов больной от многих прививок отказывались ее родители (точно от каких сказать не может).

Объективный статус

* Состояние больной тяжелое. Температура тела 40°C .

* Кожа бледно-серого цвета, цианоз губ. Наблюдается отек мягких тканей лица, шеи. Отек распространяется до середины шеи. Отек шеи при пальпации безболезненный, без четких контуров, при надавливании ямки не остается.

* Рот открывает с трудом из-за отека. В зеве - слизистая оболочка умеренно гиперемирована, наблюдается отек мягких тканей ротоглотки, миндалин, дужек, маленького язычка, мягкого неба. Миндалины покрыты плотным налетом, распространяющимся на передние небные дужки. Налеты имеют равномерную белую окраску, расположены на поверхности миндалин («плюс ткань»), с усилием снимаются шпателем, при этом обнажается эрозированная кровоточащая поверхность.

* Увеличены углочелюстные лимфоузлы до 3-4 см, болезненны при пальпации.

* В легких – без особенностей.

* Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс – 110 уд. в мин., удовлетворительного наполнения. АД – 100/65 мм рт.ст.

* Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Моча светлая. Стул окрашен.

* Менингеальных явлений нет.

Для лабораторного подтверждения диагноза, учитывая 3-й день болезни, обязательно используют

- ципрофлоксацином
- триметоприм/сульфаметоксазолом
- гентамицином
- клиндамицином

Результаты лабораторного метода обследования

Микробиологическое исследование мазка со слизистой миндалин на ВЛ

При микробиологическом исследовании мазка со слизистой миндалин обнаружены *C.diphtheriae*, биовар *gravis*.

ИФА для обнаружения антител к вирусу эпидемического паротита

Anti-P. parotitidis IgM – отрицательно

Anti-P. parotitidis IgG – положительно

Иммунофлуоресцентный метод мазков-отпечатков с ротоглотки

Антигены вирусов не обнаружены

Серологическое исследование крови для определения титра АТ к АГ дифтерийной палочки

Методом РНГА обнаружены АТ в титре 1:80

На основании результатов клинико-лабораторных исследований можно предположить диагноз

- ципрофлоксацином
- триметоприм/сульфаметоксазолом
- гентамицином
- клиндамицином

Диагноз

Дифтерия ротоглотки, токсическая форма I степени, тяжелое течение

Передний паратонзиллярный абсцесс, тяжелое течение

Дифтерия ротоглотки, распространенная форма, тяжелой степени тяжести

Эпидемический паротит неосложненный, типичная форма, средней степени тяжести

Дифтерийный токсин часто поражает клетки-мишени: кардиомиоциты, олигодендроглиоциты и

- тромбоциты
- эритроциты
- лейкоциты
- эозинофилы

Дифференциальная диагностика токсической формы дифтерии ротоглотки проводится с

- флегмоной Людвига
- инфекционным мононуклеозом
- бубонной формой туляремии
- псевдотуберкулезом

Клинически токсическая форма дифтерии ставится на основании наличия

- отека ротоглотки и подкожной клетчатки шеи
- гнойных налетов на миндалинах
- синдрома поражения периферической нервной системы
- синдрома токсико-метаболического шока

Основным методом лечения дифтерии является

- плазмаферез
- введение противодифтерийной сыворотки
- десенсибилизирующая терапия
- антибактериальная терапия

Вводимая доза анитоксической противодифтерийной сыворотки зависит от

- возраста больного
- наличия специфических осложнений
- формы заболевания
- массы тела больного

Введение противодифтерийной сыворотки эффективно в первые + _____ + от начала заболевания

- 48 часов
- 24 часа
- 5 суток
- 3 суток

Доза сыворотки для данной больной составляет + _____ + тыс. МЕ

- 30-50
- 10-20
- 60-80
- 20-25

Необходимым условием для выписки больного из стационара, помимо клинического выздоровления, является + _____ + отрицательный результат бактериологического исследования отделяемого ротоглотки

- двукратный
- однократный
- пятикратный
- трехкратный

После изоляции больного в коллективе термометрию и ежедневный врачебный осмотр проводят в течение

- 2 недель
- 7 суток
- 1 месяца
- 3 суток

После перенесенной дифтерийной инфекции, дополнительная вакцинация этой пациентке должна быть проведена

- 2 недель
- 7 суток
- 1 месяца
- 3 суток

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 21 год обратился в поликлинику к врачу-терапевту.

Жалобы

На повышение температуры, боли в горле.

Анамнез заболевания

Заболел остро 10 дней назад, когда появилась температура 38,0, потливость в

ночные часы и боли в горле. Самостоятельно принимал грамидин, полоскал раствором фурацилина, без эффекта.

Анамнез жизни

- * эпид. анамнез: 3 месяца назад имел незащищенный половой контакт
- * курение, злоупотребление алкоголем отрицает
- * профессиональных вредностей не имел
- * аллергических реакций не было
- * наследственность не отягощена
- * привит в соответствии с Национальным календарем

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 178 см, масса тела 72 кг. Кожные покровы физиологической окраски, эластичность и тургор кожи незначительно снижены. Сыпи нет. Пальпируются затылочные и заднешейные лимфатические узлы до 1 см, плотноэластической консистенции, безболезненные. Отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧСС 68 в 1 мин, АД 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выходит из-под края реберной дуги на 1 см. Синдром пожелтения отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. Стул, диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 2 недель
- 7 суток
- 1 месяца
- 3 суток

Результаты лабораторных методов обследования

Иммуноферментный анализ на ВИЧ с последующим иммуноблоттингом

ИФА ВИЧ – положительно

Иммунный блоттинг

{nbsp}

|====

|ИБ ВИЧ Маркеры |Результат

|gp 160 |Отрицательный

|gp 120 |Положительный

|gp 41 |Отрицательный

|p 55 |Отрицательный

|p 40 |Отрицательный

|p 24 |Положительный

|p 17 |Отрицательный

|p 68 |Отрицательный

|p 52 |Отрицательный

|p 34 |Отрицательный

|====

Реакция агглютинации Хофф-Бауэра

Отрицательная (N= отриц)

Определение титров антител к стрептолизину O

|=====

|Показатель |Норма |Единицы |Результат

|АСЛО |0.0 |ме/мл |25

|=====

Иммуноферментный анализ на определение антител к вирусам кори, краснухи

|=====

|Параметр |Единицы |Результат

|Anti-Measles virus IgM |МЕ/мл |Не обнаружено

|Anti-Measles virus IgG |МЕ/мл |Обнаружено

|Anti-Rubella virus IgM |МЕ/мл |Не обнаружено

|Anti-Rubella virus IgG |МЕ/мл |Обнаружено

|=====

Мазок из ротоглотки на *Corynebacterium diphtheriae*

Токсигенные коринебактерии не обнаружены.

Необходимыми инструментальными методами обследования для диагностики вторичных заболеваний, выявление которых может повлиять на исход заболевания и тактику лечения пациента, являются

- 2 недель
- 7 суток
- 1 месяца
- 3 суток

Результаты инструментального метода обследования

УЗИ органов брюшной полости

Печень увеличена, контуры ровные, паренхима нормальной эхогенности, однородная, воротная вена 12 мм. Желчный пузырь 64x23 мм, правильной формы, просвет пузыря достаточно однородный. Поджелудочная железа 19-14-15 мм, контуры четкие, паренхима однородная. Вирсунгов проток не расширен. Селезенка 92x30 мм, селезеночная вена в воротах 6,5 мм. Почки нормальных размеров, контуры ровные, паренхима 19 мм, чашечно-лоханочная система не расширена

рН-метрия желудка

Заключение: Многочисленные кислые рефлюксы (рН<4,0)

Суточное мониторирование АД

|=====

| *Показатель* | *Результат* | *Норма*

| Средний уровень САД днем, мм рт. ст. | 139 | <140

| Средний уровень САД ночью, мм рт. ст. | 118 | <120

| Ночное снижение САД, % | 16 | 10–22
| Средний уровень ДАД днем, мм рт. ст. | 77 | <80
| Средний уровень ДАД ночью, мм рт. ст. | 66 | <70
| Ночное снижение ДАД, % | 15 | 10–22
|====

Фиброгастродуоденоскопия

Пищевод проходим, слизистая розовая на всем протяжении. Кардия смыкается полностью. В просвете желудка небольшое количество пенистого секрета. Слизистая оболочка желудка розовая, не отечная. Складки слизистой выражены, продольные, расправляются воздухом полностью. Привратник правильной формы, закрыт. Луковица ДПК правильной формы, не деформирована, проходима, слизистая розовая.

У данного пациента можно предположить наличие

- 2 недель
- 7 суток
- 1 месяца
- 3 суток

Диагноз

Острая ВИЧ-инфекция, стадия 2-Б: мононуклеозоподобный синдром

Корь, типичное течение, среднетяжелая форма

ВИЧ-инфекция, стадия 3: латентная (субклиническая)

Дифтерия ротоглотки, локализованная, легкая форма

Дифференциальную диагностику острой ВИЧ-инфекции следует проводить с

- брюшным тифом, шигеллезом, желтой лихорадкой
- малярией, туляриемией
- инфекционным мононуклеозом, краснухой
- скарлатиной, лептоспирозом

Значимым лабораторным критерием оценки прогрессирования ВИЧ-инфекции является

- количество лейкоцитов в крови
- снижение тромбоцитов в крови
- уровень CD4 лимфоцитов и вируса в крови
- снижение уровня гемоглобина

Целью антиретровирусной терапии является

- снижение болевых ощущений у пациента

- возможность незащищенного полового акта
- полная элиминация вируса из организма вследствие повышения способности иммунитета к борьбе с ним
- увеличение продолжительности и сохранение (улучшение) качества жизни пациентов

Критериями для начала антиретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции могут быть

- уровень CD4 лимфоцитов, концентрация вируса в крови, клиническое течение болезни
- уровни трансаминаз, общего билирубина, щелочной фосфатазы в крови
- величина протромбинового индекса, фибриногена, СОЭ
- количество эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов в крови

Вирусологическая эффективность АРТ оценивается на основании определения

- вирусной нагрузки
- иммунорегуляторного индекса
- уровня CD4
- абсолютного и процентного содержания CD8

Для этиотропной терапии ВИЧ-инфекции применяют

- ципрофлоксацин
- хлорохин
- зидовудин
- азитромицин

К оппортунистическим заболеваниям при ВИЧ относят

- иерсиниоз
- пневмоцистную пневмонию
- вирусный гепатит С
- инфекционный мононуклеоз

С целью профилактики профессионального инфицирования, при попадании крови или других биологических жидкостей ВИЧ-инфицированного на кожу, необходима обработка

- 70% раствором этанола
- 96% раствором этанола
- 3% раствором перекиси водорода
- 45% раствором перманганата калия

Биологической жидкостью ВИЧ инфицированного пациента при попадании которой на слизистые медицинского работника необходима постконтактная профилактика АРТ является

- 70% раствором этанола
- 96% раствором этанола
- 3% раствором перекиси водорода
- 45% раствором перманганата калия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Участковый терапевт прибыл к пациентке 59-ти лет на 6-й день болезни.

Жалобы

На слабость, кашель, повышение температуры, тошноту, рвоту, послабленный стул, нарушение вкуса и обоняния

Анамнез заболевания

* Заболела с общего недомогания, появились головная боль, повышение температуры до фебрильных значений, тошнота, двукратная рвота, жидкий стул. Лечилась самостоятельно симптоматическими средствами (жаропонижающие, обильное питье).

* В течение последующих дней появился сухой кашель, выросла слабость, полностью исчез аппетит, перестала ощущать запах и вкус привычной пищи.

* Учитывая отсутствие положительной динамики, вызвала врача на дом.

Анамнез жизни

* Продавщица в продуктовом магазине (одновременно стоит за прилавком и обслуживает покупателей на кассе).

* Аллергоанамнез: не отягощен.

* Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год; хронический бронхит (диагностирован несколько лет назад, дату не помнит).

* Вредные привычки: курит по 1-3 сигареты в день.

* Анамнез жизни: замужем, проживает в отдельной квартире вместе с мужем, дочерью и внучкой 4-х лет, посещающей детский сад (привита по возрасту со слов матери).

* Эпиданамнез: за пределы своего домашнего региона и страны не выезжала.

Питается дома, домашней пищей. На работе контактирует с большим количеством незнакомых людей. Средствами индивидуальной защиты (одноразовые маски, перчатки) пользуется не регулярно. Все проживающие вместе с пациенткой родственники в настоящий момент здоровы.

Объективный статус

* Температура тела 37,6°C.

* В ясном сознании. В пространстве, времени и собственной личности ориентирована. Менингеальных и очаговых знаков не определяется.

- * Кожные покровы светлые, умеренно влажные. Сыпи нет.
- * В легких дыхание жесткое, сухие хрипы выслушиваются с обеих сторон. ЧД 16 в мин.
- * Тоны сердца ритмичные, ритмичные. ЧСС=Ps=70 в мин. АД=110/70 мм рт. ст.
- * Зев умеренно гиперемирован. Миндалины не увеличены, налетов нет.
- * Лимфатические узлы не увеличены.
- * Язык влажный, чистый. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Стул двукратный послабленный (за последние сутки), без примесей. Диурез не нарушен, моча светлая.

Лабораторными методами обследования данной больной для выявления этиологического фактора являются

- 70% раствором этанола
- 96% раствором этанола
- 3% раствором перекиси водорода
- 45% раствором перманганата калия

Результаты лабораторных методов обследования

ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

ПЦР-диагностика

|=====

| Параметр | Результат

| РНК Influenza virus A/H1N1 | Не обнаружено

| РНК Influenza virus B | Не обнаружено

| РНК hRSv - Respiratory Syncytial virus | Не обнаружено

| РНК hCov - Coronavirus | Не обнаружено

| РНК SARS-CoV-2 | Обнаружено

| РНК hPiv - Parainfluenza virus 1, 2, 3, 4 типов | Не обнаружено

| ДНК B19 -Parvovirus | Не обнаружено

|=====

Иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

|=====

| Параметр | Результат

| Anti-B19 IgM | Не обнаружено

| Anti-B19 IgG | Не обнаружено

| Anti-SARS-CoV-2 Ig M | Обнаружено

| Anti-SARS-CoV-2 Ig G | Не обнаружено

| Anti- Adv IgA | Не обнаружено

| Anti- Adv IgG | Не обнаружено

|=====

{nbsp}

ИФА сыворотки крови

Реакция ко-агглютинации на определение антигенов *Yersinia enterocolitica*

Результат отрицательный.

Реакция латекс агглютинации на S ген SARS CoV 2

Реакция отрицательная

Реакция гетерогемагглютинации Хофф-Бауэра

Результат отрицательный

Инструментальными методами исследования необходимыми для обследования пациентки является

- 70% раствором этанола
- 96% раствором этанола
- 3% раствором перекиси водорода
- 45% раствором перманганата калия

Результаты инструментального метода обследования

Рентгенологическое исследование ОГК

{nbsp}

На рентгенограмме ОГК в прямой проекции визуализируются билатеральные участки уплотнения легочной ткани низкой интенсивности в средних отделах правого легкого, нижних отделах левого легкого, на фоне которых определяются сосуды и воздушные бронхограммы.

Заключение: Rg-картина двусторонней вирусной пневмонии.

УЗИ органов брюшной полости

Печень: толщина правой доли до 127 мм, левой доли до 60 мм, контур ровный, структура паренхимы однородная, эхогенность средней степени. Очаговые изменения не выявлены. Внутривенные желчные протоки не расширены. Холедох не расширен (до 5 мм). Воротная вена - 12 мм, селезеночная вена - 6 мм.

Желчный пузырь: размеры – 44x20 мм, толщина стенки – утолщена (до 3 мм), умеренно повышенной эхогенности, содержимое просвета анэхогенное. в просвете множественные камни 6-9 мм.

Поджелудочная железа: размеры – 28x16x21 мм, контур ровный, структура паренхимы диффузно изменена, эхогенность повышена. Очаговые изменения не выявлены. Вирсунгов проток не расширен (до 1-2 мм).

Селезенка: размеры 77x38 мм, контур ровный, структура паренхимы однородная, эхогенность средней степени. Очаговые изменения не выявлены. Селезеночная вена (на уровне ворот селезенки) - диаметром до 6 мм.

Свободная жидкость в брюшной полости: не выявлено Брюшной отдел аорты и НПВ – без особенностей. Лимфатические узлы ворот печени, парапанкреальные, ворот селезенки – не визуализируются.

Почки расположены типично, дыхательная смещаемость – в пределах нормы.

Правая почка: размеры 103x44 мм, контур ровный, паренхима толщиной до 17-18мм, дифференциация на слои сохранена, эхогенность коркового слоя средней степени. ЧЛС не расширена, конкременты не определяются.

Левая почка: размеры 109x46 мм, контур ровный, паренхима толщиной до 14-15мм, дифференциация на слои сохранена, эхогенность коркового слоя средней степени. ЧЛС не расширена, конкременты не определяются.

Мочеточники: не расширены. В проекции надпочечников - объемные образования не выявлены. Увеличенных лимфатических узлов вдоль аорты и нижней полой вены – не выявлено. На доступных визуализации участках брюшной полости мезентериальные лимфоузлы не визуализируются (не увеличены).

Заключение: Диффузные изменения в паренхиме поджелудочной железы. Множественные конкременты в желчном пузыре.

Фибробронхоскопия легких

Слизистая бронхов, с обеих сторон, отечна, умеренно гиперемирована, сосудистый рисунок на всем протяжении смазан. В просвете бронхиального дерева, равномерно справа и слева, содержится небольшое количество прозрачного слизистого секрета.

Заключение: Двусторонний диффузный катаральный эндобронхит 1 ст. интенсивного воспаления.

Спирография

Заключение: Снижение вентиляционной способности легких вследствие вентиляционных нарушений рестриктивного типа.

Учитывая данные клинико-лабораторного и инструментального обследований, можно думать о диагнозе

- 70% раствором этанола
- 96% раствором этанола
- 3% раствором перекиси водорода
- 45% раствором перманганата калия

Диагноз

Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

Респираторно-синцитиальная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

Инфекционный мононуклеоз, типичное течение, осложненный двусторонней пневмонией

Иерсиниоз, гастроинтестинальная форма, гастроэнтерит. Сопутствующий: острый катаральный бронхит

Низкая интенсивность тени уплотнений в легких на рентгенограмме соответствует симптому + _____ + на КТ

- «матового стекла»
- «обратного ореола»
- «дерева в почках»
- «булыжной мостовой»

Для оценки выраженности гипоксемии у пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 целесообразно использовать

- пульсоксиметрию
- диффузный тест легких
- пневмотахометрию
- бодиплетизмографию

Для среднетяжелого течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 уровень SpO₂ соответствует + _____ + %

- <95
- ≤ 93
- <75
- ≤ 90

Типичными изменениями в периферической крови при новой коронавирусной инфекции COVID-19 являются

- нейтрофиллез и анемия
- тромбоцитопения и лимфопения
- тромбоцитоз и лимфоцитоз
- анэозинофилия и агранулоцитоз

В рекомендованных схемах лечения при новой коронавирусной инфекции COVID-19 назначают этиотропный препарат

- далтепарин
- осельтамивир
- тоцилизумаб
- фавипиравир

При лечении новой коронавирусной инфекции COVID-19 средней степени тяжести в амбулаторных условиях назначают

- ривароксабан
- цефтаролин
- канакинумаб
- метилпреднизолон

Длительность применения антикоагулянтов при амбулаторном лечении COVID-19 может продолжаться вплоть до + ___ + дней

- 45
- 60
- 30
- 14

Для медикаментозной профилактики COVID19 у родственников, проживающих вместе с пациенткой, возможно рекомендовать применение

- осельтамивира
- оксолиновой мази
- ремдесивира
- рекомбинантного ИФН- α

Инкубационный период новой коронавирусной инфекции COVID-19 составляет до

- осельтамивира
- оксолиновой мази
- ремдесивира
- рекомбинантного ИФН- α

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент К, 49-ти лет доставлен в инфекционный стационар на 6-ой день болезни.

Жалобы

на

- * повышение температуры тела,
- * одышку при физической нагрузке,
- * чувство «заложенности» в груди,
- * кашель со скудной мокротой,
- * выраженную слабость,
- * общее недомогание.

Анамнез заболевания

- * Заболел утром, когда почувствовал озноб, слабость, недомогание, головную боль, температура тела повысилась до 37,5°C.
- * К вечеру появились сухой кашель, отметил снижение аппетита.
- * Лечился самостоятельно: принимал жаропонижающие (парацетамол, аспирин), мукалтин. В течение последующих дней самочувствие оставалось прежним, без динамики. Однако на 6-й день болезни самочувствие ухудшилось: температура тела выросла до 38,7°C, усилился кашель, появилась одышка при физической нагрузке, отметил чувство «заложенности» в груди, выросла слабость.

Анамнез жизни

- * Инженер-программист в IT-компании.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год, сахарный диабет II типа (принимает метформин). Операции, переливания крови отрицает.
- * Вредные привычки: курит по пол пачки сигарет в день в течение 15 лет.

- * Анамнез жизни: разведен, проживает в отдельной квартире один.
- * Эпиданамнез: за 10 дней до заболевания вернулся из туристической поездке по Европе. Проживал в гостинице, питался в местных кафе и ресторанах. После приезда контактировал с друзьями, коллегами по работе. В окружении все здоровы. За два дня до заболевания выезжал на дачу в сельскую местность к родителям.
- * Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался.

Объективный статус

- * Температура тела 38,7°C.
- * Пациент гиперстенического телосложения. Вес 105 кг, рост 176 см, ИМТ-33. Кожные покровы чистые, умеренной влажности, сыпи нет.
- * Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, миндалин, язычка) умеренно гиперемирована, зернистость задней стенки глотки. Миндалины не увеличены, налетов нет.
- * Лимфатические узлы не увеличены.
- * В легких дыхание жесткое, выслушиваются сухие и влажные хрипы с обеих сторон. ЧДД – 30 в мин.
- * АД-95/50 мм рт. ст, ЧСС –92 уд. в мин.
- * Печень и селезенка не увеличены. Стул однократный, полуоформленный.
- * Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез несколько снижен.
- * В сознании, адекватен. Ориентирован в месте и времени. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Лабораторными методами обследования данного больного для выявления этиологического фактора являются

- осельтамивира
- оксолиновой мази
- ремдесивира
- рекомбинантного ИФН-α

Результаты лабораторных методов обследования

ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки (ОРВИ-скрин)

|=====

Параметр	Результат
DNA Respiratory syncytial virus	отрицательно
RNA Influenza virus A	отрицательно
RNA Influenza virus B	отрицательно
DNA Parainfluenza 1,2	отрицательно
DNA Parainfluenza 3,4	отрицательно
RNA Rhinovirus 14	отрицательно
DNA Adenovirus	отрицательно
RNA Coronavirus NL63, E229	отрицательно
RNA Coronavirus HKU-1, OC43	отрицательно

| RNA SARS CoV 2 | положительно

|=====

Иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

|=====

| Параметр | Результат

|Anti-B19 IgM |Не обнаружено

|Anti-B19 IgG |Обнаружено

|Anti-SARS-CoV-2 Ig M |Обнаружено

|Anti-SARS-CoV-2 Ig G |Не обнаружено

|Anti- Adv IgA |Не обнаружено

|Anti- Adv IgG |Не обнаружено

|=====

Бактериологический посев крови на стерильность

Роста нет

Реакция непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ) на хантавирусы

Реакция отрицательная

Иммунохроматографический экспресс-метод определения антигенов вируса SARSCoV2 в кале

Результат отрицательный

Инструментальными методами исследования для уточнения диагноза являются

- осельтамивира
- оксолиновой мази
- ремдесивира
- рекомбинантного ИФН- α

Результаты инструментальных методов обследования

Пульсоксиметрия

SpO₂ – 92%

Компьютерная томография (КТ) легких

Корональный тонкосрезовой КТ-скан без введения контрастного препарата

Заключение: Участки уплотнения по типу «матового стекла» округлой формы периферического и перибронхиального расположения, с консолидацией. КТ-картина двусторонней полисегментарной вирусной пневмонии, КТ-3.

Магниторезонансная томография (МРТ) легких

Заключение: наличие двусторонних уплотнений в легочной ткани

Фибробронхоскопия легких

Слизистая бронхов, с обеих сторон, отечна, диффузно гиперемирована, сосудистый рисунок на всем протяжении смазан. В просвете бронхиального дерева, равномерно справа и слева, содержится небольшое количество прозрачного слизистого секрета.

Заключение: Двусторонний диффузный катаральный эндобронхит 2 ст. интенсивного воспаления.

Спирография

Заключение: Снижение вентиляционной способности легких в следствии вентиляционных нарушений рестриктивного типа.

Учитывая данные клиничко-лабораторного обследования, можно думать о диагнозе

- осельтамивира
- оксолиновой мази
- ремдесивира
- рекомбинантного ИФН-α

Диагноз

Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

Грипп, период реконвалесценции, двусторонняя постгриппозная пневмония

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, олигоурический период

Парвовирусная инфекция, обострение хронического бронхита

Примерный объем выявленных изменений легких (визуально) при КТ-3 составляет + _____ + %

- >75
- <25
- 25-50
- 50-75

Учитывая клиничко-anamнестические данные и результаты инструментальных методов обследования, степень тяжести больного может расцениваться как

- средней степени
- крайне тяжелая
- тяжелая
- легкая

Для ранней оценки риска и исключения бактериальной коинфекции у этого пациента целесообразно определить уровень

- тропонина
- прокальцитонина
- ферритина
- лактатдегидрогеназы

Для определения степени коагулопатии необходимо определение

- прокальцитонина
- D-димера
- пресепсина
- тропонина

Данному больному, учитывая тяжесть состояния, целесообразно метформин заменить на

- агонисты рецепторов ГПП-1
- ингибиторы дипептидилпептидазы 4 типа
- короткий инсулин в базис-болюсном режиме
- инсулин длительного действия

Этиотропная терапия данного пациента с тяжелым течением заболевания предусматривает назначение

- умифеновира
- нирматрелвир+ритонавира
- ремдесивира
- рибавирина

Общий курс ремдесивира у больных с тяжелой степенью течения COVID-19 не должен превышать + ____ + дней

- 10-ти
- 14-ти
- 3-х
- 7-ми

Данному больному в сочетании с этиотропной терапией целесообразно назначить

- специфическую детоксикацию
- антикоагулянтную терапию
- приём иммуномодуляторов
- регидратационную терапию

С целью профилактики новой коронавирусной инфекции COVID-19 у лиц с сахарным диабетом целесообразно рекомендовать назначение

- специфическую детоксикацию
- антикоагулянтную терапию
- приём иммуномодуляторов
- регидратационную терапию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент С, 36-ти лет доставлен в инфекционный стационар на 4-ый день болезни.

Жалобы

на

- * слабость,
- * повышение температуры тела,
- * общее недомогание,
- * умеренный сухой кашель,
- * нарушение обоняния,
- * высыпания на коже.

Анамнез заболевания

* Заболел 4 дня назад, когда почувствовал першение в ротоглотке, незначительную слабость, умеренную головную боль, появился насморк, подкашливание, температуру тела не измерял. Самостоятельно не лечился (думал, что так пройдет).

* В течение последующих 3-х дней температура тела колебалась в пределах 37,5-37,9°C, продолжали беспокоить сухой кашель, слабость. На 2-3 сутки заболевания отметил нарушение обоняния (перестал различать запахи).

* На 4-й день болезни температура тела повысилась до 38,0°C, заметил появление сыпи на теле. Вызвал бригаду «Скорой помощи».

Анамнез жизни

- * Мастер в гальваническом цехе на заводе научного приборостроения.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Перенесенные заболевания: аппендэктомия (10 лет назад), пневмония (3 года назад), болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год.
- * Вредные привычки: курит по пачке сигарет в день в течение 15 лет. Со слов принимает алкоголь только по праздникам.
- * Анамнез жизни: женат, ребенок 2-х лет. Живет с семьей в общежитии при заводе (занимает одну комнату). Общежитие коридорного типа, на этаже 12 комнат (туалет, душевая, кухня общие в конце коридора). На этаже проживают семьи с детьми, посещающие детские дошкольные и школьные учреждения.
- * Эпиданамнез: за пределы страны не выезжал. Неделю назад выезжал в соседний город к пожилым родителям. Добирался общественным транспортом. Средствами индивидуальной защиты не пользуется. Питается дома и в заводской столовой.
- * Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался.

Объективный статус

- * Температура тела 37,5°C.
- * Пациент гиперстенического телосложения. Кожные покровы умеренной влажности.
- * На коже груди, живота визуализируется папуло-сквамозные высыпания по

типу розового лишая

* Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, миндалин, язычка) умеренно гиперемирована, зернистость задней стенки глотки. Миндалины не увеличены, налетов нет.

* Лимфатические узлы не увеличены.

* В легких дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. ЧДД – 22 в мин.

* АД-115/75 мм рт. ст, ЧСС –87 уд. в мин.

* Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Стул однократный, полуоформленный.

* Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез в норме.

* В сознании, адекватен. Ориентирован в месте и времени. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Лабораторным методом обследования данного больного для выявления этиологического фактора является

- специфическую детоксикацию
- антикоагулянтную терапию
- приём иммуномодуляторов
- регидратационную терапию

Результаты лабораторного метода обследования

ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

|=====

| Параметр | Результат

| РНК Influenza virus A/H1N1 | Не обнаружено

| РНК Influenza virus B | Не обнаружено

| РНК hRSv - Respiratory Syncytial virus | Не обнаружено

| РНК hCov - Coronavirus | Не обнаружено

| РНК SARS-CoV-2 | Обнаружено

| РНК hPiv - Parainfluenza virus 1, 2, 3, 4 типов | Не обнаружено

|=====

Реакция латекс агглютинации на S- ген SARS-CoV-2

Реакция отрицательная

Реакция гетерогемагглютинации Хофф-Бауэра

Реакция отрицательная

Иммунохроматографический экспресс-метод определения антигенов в кале

Результат отрицательный

Инструментальными методами исследования для уточнения диагноза являются

- специфическую детоксикацию
- антикоагулянтную терапию
- приём иммуномодуляторов

- регидратационную терапию

Результаты инструментальных методов обследования

Пульсоксиметрия

SpO₂ – 98%

Компьютерная томография (КТ) легких

Корональный тонкосрезовой КТ-скан без введения контрастного препарата

Заключение: определяются субплевральные участки уплотнения легочной ткани по типу матового стекла. КТ-картина двусторонней пневмонии. КТ-1

Магниторезонансная томография (МРТ) легких

Заключение: наличие двусторонних уплотнений в легочной ткани

Фибробронхоскопия легких

Слизистая бронхов, с обеих сторон, отечна, умеренно гиперемирована, сосудистый рисунок на всем протяжении смазан. В просвете бронхиального дерева, равномерно справа и слева, секрета нет.

Заключение: Двусторонний диффузный катаральный эндобронхит 1 ст. интенсивного воспаления.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) легких

Понижение воздушности легочной ткани, уплотнение паренхимы легкого с обеих сторон. *Заключение:* УЗИ-признаки двусторонней пневмонии.

Учитывая данные клинико-лабораторного и инструментального обследования, можно думать о диагнозе

- специфическую детоксикацию
- антикоагулянтную терапию
- приём иммуномодуляторов
- регидратационную терапию

Диагноз

Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

Грипп, типичное течение, неосложненный

Парвовирусная инфекция, типичное течение, инфекционная эритема

Респираторно-синцитиальная инфекция, обострение хронического бронхита

Для КТ-1 примерный объем уплотнений легочной ткани (визуально) составляет + ___ + %

- <25
- 25-50
- >75
- 50-75

Иммуноглобулины класса А при коронавирусной инфекции начинают формироваться с + _____ + от начала заболевания

- 4-й недели
- 7-го дня
- 10-х суток
- 2-го дня

Клинической особенностью розового лишая при коронавирусной инфекции является

- наличие шелушения
- наличие «стеаринового пятна»
- отсутствие кожного зуда
- отсутствие «материнской бляшки»

Одним из лабораторных показателей прогрессирующего синдрома активации макрофагов является

- тропонин
- С-реактивный белок
- NT-proBNP
- цистатин С

Тактика в отношении данного пациента с изменениями в легких, соответствующими КТ1, включает

- консультацию врача-пульмонолога
- обязательную госпитализацию
- консультацию врача-реаниматолога
- амбулаторное лечение

При лечении новой коронавирусной инфекции COVID-19 может быть назначен + _____ + в сутки

- консультацию врача-пульмонолога
- обязательную госпитализацию
- консультацию врача-реаниматолога
- амбулаторное лечение

Дополнительная информация

На 9-й день болезни, несмотря на этиотропную и патогенетическую терапию (оксигенотерапия через лицевую маску), состояние больного ухудшилось: выросла температура тела до 38,7°C, усилились кашель, слабость, появились одышка при физической нагрузке, чувство заложенности в груди.

На 10-й день болезни при повторном КТ выявлено:

Заключение: определяются распространенные полисегментарные участки

уплотнения легочной ткани, на фоне которых видны ретикулярные изменения и зоны консолидации. Отрицательная динамика, КТ-3.

Объективно: пациент в сознании, адекватен, ЧДД 35, SpO₂ = 89 %, работа вспомогательных дыхательных мышц -3 балла по шкале Patrick, оценка уровня диспноэ по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) 6 баллов, индекс PaO₂/FiO₂ 100 мм рт.ст

Учитывая данные клинического и инструментального обследования, данному больному показана

- экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО)
- инвазивная ИВЛ
- низкопоточная оксигенотерапия через назальные канюли в сочетании с прон-позицией
- высокопоточная оксигенация

Учитывая ухудшение состояния больного к этиотропной терапии целесообразно добавить препарат на основе моноклональных антител

- фондапаринукс натрия
- ривароксабан
- мелоксикам
- тоцилизумаб

Одним из инструментальных критериев выздоровления от коронавирусной инфекции является уровень SpO₂ на воздухе + ___+ % и более

- фондапаринукс натрия
- ривароксабан
- мелоксикам
- тоцилизумаб

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка С, 63-х лет доставлена в инфекционный стационар на 8-ый день болезни бригадой «Скорой помощи».

Жалобы

на

- * кашель,
- * чувство заложенности в грудной клетке,
- * одышку при физической нагрузке,
- * слабость,
- * общее недомогание,
- * повышение температуры тела,

- * нарушение обоняния,
- * высыпания на коже.

Анамнез заболевания

- * Заболела с постепенного повышения температуры тела, першения в ротоглотке, заложенности носа. Температура тела в течение дня повысилась до 37,7°C. Лечилась самостоятельно: полоскала горло антисептиками, закладывала в нос оксолиновую мазь, принимала ибупрофен.
- * В последующие 2 дня к жалобам присоединился сухой кашель, отметила изменение вкуса и запаха знакомых продуктов.
- * На 3-й день болезни обратилась в поликлинику, где была сделана рентгенограмма легких (Заключение: легкие без очаговых и инфильтративных изменений). Однако пациентка самостоятельно начала прием амоксициллина.
- * Все последующие дни температура тела колебалась в пределах от 37,6-38,2°C, narosla слабость, полностью исчез аппетит, появился послабленный стул (2-3 раза в день), усилился кашель, появилось чувство стеснения и заложенности в груди.
- * На 8-й день болезни температура тела повысилась до 38,8°C, заметила сыпь на теле. Вызвала бригаду «Скорой помощи».

Анамнез жизни

- * Пенсионерка, не работает.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Перенесенные заболевания: Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца II стадия (принимает индапамид, амлодипин/лозартан), сахарный диабет II типа (принимает метформин). Холецистэктомия (5 лет назад). Сифилис, Вич-инфекцию отрицает. В детстве (со слов) болела болезнью Боткина, дизентерией, ветрянкой, корью, краснухой.
- * Вредные привычки: отрицает.
- * Анамнез жизни: замужем, двое взрослых дочерей (проживают отдельно). Живет в отдельной квартире.
- * Эпиданамнез: за пределы страны не выезжала. По выходным контактирует со своими детьми и внуками (обе дочери переболели на днях какой-то простудой: за медицинской помощью не обращались). Посещает поликлинику, магазины, пользуется общественным транспортом. Средствами индивидуальной защиты не использует. Питается дома.
- * Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививалась.

Объективный статус

- * Температура тела 38,5°C. Пациентка гиперстенического телосложения.
- * Ориентирована в пространстве и времени. Менингеальных, очаговых неврологических знаков нет.
- * Инъекции сосудов склер нет, конъюнктивы обычной окраски. Кожные покровы обычной влажности, горячие. На туловище (преимущественно спина, живот, с переходом на верхние конечности и бедра) визуализируется крупная пятнисто-папулезная сыпь. На лице и волосистой части головы сыпи нет (со слов больной сыпь высыпала одномоментно)
- * Слизистая ротоглотки умеренно гиперемирована, миндалины не увеличены,

налётов нет. Слизистая щек розовая, без изменений.

* Лимфатические узлы не пальпируются.

* В лёгких жесткое дыхание, выслушиваются двусторонние сухие и влажные хрипы. ЧДД 28 в 1 минуту.

* Тоны сердца ритмичные, ЧСС 74 ударов в минуту. АД 140/80 мм рт.ст.

* Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, перистальтика активная. Печень, селезёнка не пальпируются. Стул послабленный (за сутки дважды, без примесей)

* Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочится достаточно.

Лабораторными методами обследования данной больной для выявления этиологического фактора являются

- фондапаринукс натрия
- ривароксабан
- мелоксикам
- тоцилизумаб

Результаты лабораторных методов обследования

ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

|=====

| Параметр | Результат

| РНК Measles virus | Не обнаружено

| РНК Rubella virus | Не обнаружено

|=====

{nbsp}

|=====

| РНК Influenza virus A/H1N1 | Не обнаружено

| РНК Influenza virus B | Не обнаружено

| РНК hRSv - Respiratory Syncytial virus | Не обнаружено

| РНК hCov - Coronavirus | Не обнаружено

| РНК SARS-CoV-2 | Обнаружено

| РНК hPiv - Parainfluenza virus 1, 2, 3, 4 типов | Не обнаружено

|=====

Иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

|=====

| Параметр | Результат

| Anti-B19 IgM | Не обнаружено

| Anti-B19 IgG | Не обнаружено

| Anti-SARS-CoV-2 Ig M | Обнаружено

| Anti-SARS-CoV-2 Ig G | Не обнаружено

| Anti- Adv IgA | Не обнаружено

| Anti- Adv IgG | Обнаружено

| Anti-Measles virus IgM | Не обнаружено

| Anti-Measles virus IgG | Обнаружено

| Anti-Rubella virus IgM | Не обнаружено

| Anti-Rubella virus IgG | Обнаружено

|====

Бактериологический посев крови на стерильность

Роста нет

Реакция непрямой гемагглютинации с иерсиниозным и псевдотуберкулезным диагностикумами

Роста нет

Реакция гетерогемагглютинации Хофф-Бауэра

Результат отрицательный

Инструментальными методами исследования для уточнения диагноза являются

- фондапаринукс натрия
- ривароксабан
- мелоксикам
- тоцилизумаб

Результаты инструментальных методов обследования

Пульсоксиметрия

SpO₂ – 94%

Компьютерная томография (КТ) легких

Корональный тонкосрезовой КТ-скан без введения контрастного препарата
Пневматизация лёгочной ткани нарушена. В обоих легких субплеврально и периваскулярно определяются участки уплотнения лёгочной ткани с уплотнённым внутридольковым интерстицием. По долям суммарно 10 баллов, 40%. Заключение: КТ-картина двусторонней полисегментарной вирусной пневмонии, КТ-2, стадия прогрессии.

Магниторезонансная томография (МРТ) легких

Заключение: наличие двусторонних уплотнений в легочной ткани

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)

ПЕЧЕНЬ: толщина правой доли до 120мм, левой доли до 66мм, контур ровный, структура паренхимы диффузно изменена, эхогенность повышена. Очаговые изменения не выявлены.

Внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Холедох не расширен (до 5 мм)

Воротная вена - 12 мм, селезеночная вена- 6 мм.

ЖЕЛЧНЫЙ пузырь: удален.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ железа: размеры – 29x16x21 мм, контур ровный, структура паренхимы диффузно изменена, эхогенность повышена. Очаговые изменения не выявлены.

Вирсунгов проток не расширен (до 1,4 мм).

СЕЛЕЗЕНКА: размеры -103x41мм, контур ровный, структура паренхимы однородная, эхогенность средней степени. Очаговые изменения не выявлены.

Селезеночная вена (на уровне ворот селезенки) - диаметром до 6 мм.

Свободная жидкость в брюшной полости: не выявлено

Брюшной отдел аорты и НПВ – без особенностей.

Лимфатические узлы ворот печени, парапанкреальные, ворот селезенки – не визуализируются.

Ультразвуковое исследование почек и надпочечников

Почки расположены типично, дыхательная смещаемость – в пределах нормы.

ПРАВАЯ почка: размеры – 98x39мм, контур ровный, паренхима толщиной до 14-15мм, дифференциация на слои сохранена, эхогенность коркового слоя средней степени.

ЧЛС не расширена, конкременты не определяются.

ЛЕВАЯ почка: размеры – 104x53 мм, контур ровный, паренхима толщиной до 14-15 мм, дифференциация на слои сохранена, эхогенность коркового слоя средней степени.

ЧЛС не расширена, конкременты не определяются.

Мочеточники: не расширены В проекции надпочечников - объемные образования не выявлены.

Увеличенных лимфатических узлов вдоль аорты и нижней полой вены – не выявлено.

На доступных визуализации участках брюшной полости мезентериальные лимфоузлы не визуализируются (не увеличены).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Диффузные изменения в паренхиме печени.

Состояние после холецистэктомии.

Диффузные изменения в паренхиме поджелудочной железы.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) легких

Понижение воздушности легочной ткани, уплотнение паренхимы легкого с обеих сторон. ***Заключение:*** УЗИ-признаки двусторонней пневмонии.

Учитывая данные клинико-лабораторного и инструментального обследования, можно думать о диагнозе

- фондапаринукс натрия
- ривароксабан
- мелоксикам
- тоцилизумаб

Диагноз

Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

Корь, типичное течение, стадия высыпаний, осложненная двусторонней пневмонией

Парвовирусная инфекция, типичное течение, инфекционная эритема

Аденовирусная инфекция (фаринго-конъюнктивальная лихорадка), типичное течение

Для КТ-2 примерный объем уплотнений легочной ткани (визуально) составляет + _____ + %

- <25
- 50-75
- >75
- 25-50

Типичные клинические проявления новой коронавирусной инфекции COVID-19 включают

- диарею, артралгии, экзантему по типу «перчаток» и «носков»
- волнообразную лихорадку, полимикрولимфаденит, обильную потливость
- одышку, непродуктивный кашель, заложенность в грудной клетке
- высокую лихорадку, боли в горле, шейный лимфаденит

Тяжелое течение новой коронавирусной инфекции COVID-19 сопровождается развитием

- острого отека и набухания головного мозга
- острого респираторного дистресс-синдрома
- инфекционно-токсического шока
- кровоизлиянием в надпочечники

С тяжестью распространения воспалительной инфильтрации и прогнозом при пневмонии, вызванной новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), коррелирует уровень

- аланинаминотрансферазы
- ферритина
- СРБ
- тропонина

К препаратам, которые могут быть использованы при лечении COVID-19 относят

- кагоцел, меглюмина акридонатацетат
- интерферон-бета, имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты
- фавипиравир, ремдесивир
- гидроксихлорохин, мефлохин

К противопоказанию к приему фавипиравира относят

- кагоцел, меглюмина акридонатацетат
- интерферон-бета, имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты
- фавипиравир, ремдесивир
- гидроксихлорохин, мефлохин

Дополнительная информация

На 10-й день болезни на фоне кислородотерапии состояние больной заметно ухудшилось: температура тела выросла до 39,6°C, усилились кашель, слабость, появились одышка в покое.

При повторном КТ выявлена отрицательная динамика. Определяются распространенные полисегментарные участки уплотнения легочной ткани, на фоне которых видны ретикулярные изменения и зоны консолидации.

Распространённость поражения составляет 70% объема легких.

Объективно: пациентка в сознании, адекватна, ЧДД 36, SpO₂ = 92%, гемодинамика стабильна.

Учитывая данные клинического и инструментального обследования, данной больной показана

- низкопоточная оксигенация в сочетании с прон-позицией
- инвазивная ИВЛ в сочетании с прон-позицией
- неинвазивная вентиляция лёгких с помощью аппарата ИВЛ/НИВЛ
- экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО)

Учитывая ухудшение состояния, пациентке следует назначить

- ИФН-α {plus} умифеновир
- мефлохин {plus} азитромицин
- ремдесивир {plus} тоцилизумаб
- гидроксихлорохин {plus} азитромицин

Данной больной, учитывая тяжесть состояния, целесообразно метформин заменить на

- ИФН-α {plus} умифеновир
- мефлохин {plus} азитромицин
- ремдесивир {plus} тоцилизумаб
- гидроксихлорохин {plus} азитромицин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент М, 38-ми лет доставлен в инфекционный стационар на 4-ый день болезни.

Жалобы

на

- * повышение температуры тела,
- * общее недомогание,
- * слабость,
- * умеренный сухой кашель,
- * нарушение обоняния,
- * высыпания на коже.

Анамнез заболевания

* Заболел остро, когда повысилась температура тела до 37,8°C, почувствовал першение в ротоглотке, незначительную слабость, умеренную головную боль, появился насморк, подкашливание. Самостоятельно принимал ибупрофен, аспирин, орошал слизистую ротоглотки антисептическим спреем.

* В течение последующих 3-х дней температура тела колебалась в пределах 37,5-37,9°C, продолжали беспокоить сухой кашель, слабость. На 2-3 сутки заболевания отметил нарушение обоняния (перестал различать запахи).

* На 4-й день болезни заметил появление сыпи на теле. Вызвал бригаду «Скорой помощи».

Анамнез жизни

* Слесарь-механик на заводе.

* Аллергоанамнез: не отягощен.

* Перенесенные заболевания: аппендэктомия (12 лет назад), пневмония (4 года назад), болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год.

* Вредные привычки: курит по пачке сигарет в день в течение 10 лет. Со слов принимает алкоголь только по праздникам.

* Анамнез жизни: женат, детей нет. Проживает в общежитии при заводе (занимает одну комнату). Общежитие коридорного типа, на этаже 12 комнат (туалет, душевая, кухня общие в конце коридора). На этаже проживают семьи с детьми, посещающие детские дошкольные и школьные учреждения.

* Эпиданамнез: за пределы страны не выезжал. Неделю назад выезжал в соседний город к пожилым родителям. Добирался общественным транспортом. Средствами индивидуальной защиты не пользуется. Питается дома и в заводской столовой.

* Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался.

Объективный статус

* Температура тела 37,8°C.

* Пациент гиперстенического телосложения. Кожные покровы умеренной влажности.

* На коже плеча и предплечий визуализируется уртикарные высыпания.

* Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, миндалин, язычка) умеренно гиперемирована, зернистость задней стенки глотки. Миндалины не увеличены, налетов нет.

* Лимфатические узлы не увеличены.

* В легких дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. ЧДД – 20 в мин.

* АД-115/75 мм.рт.ст, ЧСС – 87 уд. в мин.

* Язык влажный, негусто обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный.

* Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез в норме.

* В сознании, адекватен. Ориентирован в месте и времени. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Лабораторным методом обследования данного больного для выявления этиологического фактора является

- ИФН- α {plus} умифеновир
- мефлохин {plus} азитромицин
- ремдесивир {plus} тоцилизумаб
- гидроксихлорохин {plus} азитромицин

Результаты лабораторного метода обследования

ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

Параметр	Результат
РНК Influenza virus A/H1N1	Не обнаружено
РНК Influenza virus B	Не обнаружено
РНК hRSv - Respiratory Syncytial virus	Не обнаружено
РНК hCov - Coronavirus	Не обнаружено
РНК SARS-CoV-2	Обнаружено
РНК hPiv - Parainfluenza virus 1, 2, 3, 4 типов	Не обнаружено

Реакция латекс агглютинации на S- ген SARS-CoV-2

Реакция отрицательная

Реакция гетерогемагглютинации Хофф-Бауэра

Реакция отрицательная

Иммунохроматографический экспресс-метод определения антигенов в кале

Результат отрицательный

Инструментальными методами исследования для уточнения диагноза и степени тяжести являются

- ИФН- α {plus} умифеновир
- мефлохин {plus} азитромицин
- ремдесивир {plus} тоцилизумаб
- гидроксихлорохин {plus} азитромицин

Результаты инструментальных методов обследования

Пульсоксиметрия

SpO₂ – 97%

Компьютерная томография (КТ) легких

Корональный тонкосрезовой КТ-скан без введения контрастного препарата

Заключение: определяются субплевральные участки уплотнения легочной ткани по типу матового стекла. КТ-картина двусторонней пневмонии. КТ-1

Магниторезонансная томография (МРТ) легких

Заключение: наличие двусторонних уплотнений в легочной ткани.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)

ПЕЧЕНЬ: толщина правой доли до 138 мм, левой доли до 79 мм, контур ровный, структура паренхимы однородная, эхогенность средней степени. Очаговые изменения не выявлены.

Внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Холедох не расширен (до 5 мм)

Воротная вена - 12 мм, селезеночная вена - 6 мм.

ЖЕЛЧНЫЙ пузырь: размеры – 58x18 мм, форма овальная, толщина стенки - не утолщена (до 2 мм), умерено повышенной эхогенности, содержимое просвета анэхогенное.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ железа: размеры – 27x16x29 мм, контур ровный, структура паренхимы умеренно диффузно изменена, эхогенность умеренно повышена. Очаговые изменения не выявлены.

Вирсунгов проток не расширен (до 1-2 мм).

СЕЛЕЗЕНКА: размеры 98x40 мм, контур ровный, структура паренхимы однородная, эхогенность средней степени. Очаговые изменения не выявлены.

Селезеночная вена (на уровне ворот селезенки) - диаметром до 6 мм.

Свободная жидкость в брюшной полости: не выявлено

Брюшной отдел аорты и НПВ – без особенностей.

Лимфатические узлы ворот печени, парапанкреальные, ворот селезенки – не визуализируются.

Ультразвуковое исследование почек и надпочечников

Почки расположены типично, дыхательная смещаемость - в пределах нормы.

ПРАВАЯ почка: размеры 119x49 мм, контур ровный, паренхима толщиной до 17-18 мм, дифференциация на слои сохранена, эхогенность коркового слоя средней степени.

ЧЛС не расширена, конкременты не определяются.

ЛЕВАЯ почка: размеры 115x51 мм, контур ровный, паренхима толщиной до 17-18 мм, дифференциация на слои сохранена, эхогенность коркового слоя средней степени.

ЧЛС не расширена, конкременты не определяются.

Мочеточники: не расширены.

В проекции надпочечников - объемные образования не выявлены.

Увеличенных лимфатических узлов вдоль аорты и нижней полой вены – не выявлено.

Ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатом. зона)

На доступных визуализации участках брюшной полости мезентериальные лимфоузлы не визуализируются (не увеличены).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Умеренно диффузные изменения в паренхиме поджелудочной железы.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) легких

Понижение воздушности легочной ткани, уплотнение паренхимы легкого с обеих сторон. ***Заключение:*** УЗИ-признаки двусторонней пневмонии.

Учитывая данные клинико-лабораторного и инструментального обследования, можно думать о диагнозе

- ИФН-α {plus} умифеновир
- мефлохин {plus} азитромицин
- ремдесивир {plus} тоцилизумаб
- гидроксихлорохин {plus} азитромицин

Диагноз

Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

Грипп, типичное течение, неосложненный, токсико-аллергическая реакция на ибупруфен

Парвовирусная инфекция, типичное течение, инфекционная эритема

Аденовирусная инфекция, типичное течение, осложненная двусторонней пневмонией

При новой коронавирусной инфекции COVID-19 примерный объем уплотнений легочной ткани (визуально) для КТ-1 составляет + _____ + %

- >75
- <25
- 50-75
- 25-50

Иммуноглобулины класса М при коронавирусной инфекции начинают формироваться с + _____ + от начала заражения

- 7-х суток
- 1-2-го дня
- 10-14-х суток
- 5-й недели

К специфическим особенностям уртикарного поражения кожи при инфекции COVID-19 можно отнести + _____ + расположение сыпи

- дорсальное
- краниальное
- акральное
- абдоминальное

Для ранней оценки риска и исключения бактериальной коинфекции у пациентов с COVID-19 дополнительной информацией является анализ на

- NT-proBNP
- лактатдегидрогеназу
- цистатин С
- прокальцитонин

Данному больному показано

- наблюдение у инфекциониста в поликлинике по месту жительства
- амбулаторное лечение под наблюдением врача терапевта

- наблюдение у пульмонолога в поликлинике по месту жительства
- стационарное лечение в инфекционном отделении

Лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19 предусматривает назначение

- наблюдение у инфекциониста в поликлинике по месту жительства
- амбулаторное лечение под наблюдением врача терапевта
- наблюдение у пульмонолога в поликлинике по месту жительства
- стационарное лечение в инфекционном отделении

Дополнительная информация

На 7-й день болезни пациент предъявляет жалобы на усиление кашля, боль при дыхании и кашле слева, появление мокроты зеленоватого цвета.

На рентгенологическом исследовании легких на 8-й д.б.:

В прямой и левой боковой проекциях визуализируется участок уплотнения (инфильтрации) средней интенсивности в нижних отделах левого легкого.

Объективно: Температура тела 38,5°C, пациент в сознании, адекватен, ЧДД 22, SpO₂ = 96%, В легких дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах слева. Гемодинамика стабильна. ОАК (по cito) лейкоциты 14x10⁹/л.

Учитывая новые данные клинического и инструментального обследования, данному больному показано назначение

- глюкокортикостероидов
- моноклональных антител к рецептору ИЛ-6
- антибактериальных препаратов
- моноклональных химерных антител к ФНО 2а

У больных новой коронавирусной инфекцией COVID-19 при развитии пневмонии, ассоциированной с P.aeruginosa, наиболее эффективен

- карбенициллин
- ванкомицин
- амоксициллин/клавуланат
- пиперациллин/тазобактам

Для профилактики новой коронавирусной инфекции COVID-19 рекомендуют

- карбенициллин
- ванкомицин
- амоксициллин/клавуланат
- пиперациллин/тазобактам

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент К, 29-ти лет доставлен в приемный покой инфекционного стационара.

Жалобы

На слабость, головная боль, дискомфорт в правом подреберье, периодическое подташнивание, желтушность кожных покровов.

Анамнез заболевания

* Болен около 2-х недель (точную дату начала заболевания назвать не может). Появилась слабость, недомогание, умеренная головная боль, температура тела не повышалась.

* В дальнейшем стал отмечать быструю утомляемость (не мог выполнять свои служебные обязанности в полном объеме), продолжала беспокоить слабость, пропал аппетит, появились тошнота, чувство дискомфорта в животе. За медицинской помощью не обращался, головную боль снимал парацетамолом.

* Обратился в поликлинику по месту жительства, лишь когда увидел пожелтение кожных покровов.

* Направлен в инфекционный стационар.

Анамнез жизни

* Курьер в интернет-магазине.

* Аллергоанамнез: не отягощен.

* Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год, Операции, переливания крови отрицает.

* Вредные привычки: курит по пол пачки сигарет в день. Со слов алкоголь употребляет умеренно (пиво).

* Анамнез жизни: женат, детей нет, снимает комнату в коммунальной квартире.

* Эпиданамнез: питается на работе, «на ногах», и дома; не всегда есть возможность вымыть руки. За последние 6 месяцев за пределы домашнего региона не выезжал. По работе контактирует с большим количеством малознакомых людей. 2 месяца назад сделал татуировку на плече (у друга на дому). Посещение стоматолога, уролога за последние полгода отрицает. Со слов, в окружении все здоровы (жена недавно проходила обследование в женской консультации – здорова).

* Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался.

Объективный статус

* Температура тела 36,7°C.

* Пациент гипостенического телосложения. Склеры иктеричны. Кожные покровы желтушны, чистые, умеренной влажности, следов расчесов, геморрагий нет. На левом плече татуировка 12*7 см

* Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, язычка) желто-розовая. Миндалины не увеличены, налетов нет.

* Лимфатические узлы не увеличены.

* В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин.

* АД-110/70 мм рт. ст., ЧСС –72 уд. в мин.

* Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, чувствительна при пальпации, мягко-эластичной консистенции. Селезенка увеличена перкуторно.

Стул однократный, оформленный, обесцвечен.

* Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез не изменен.

Моча темная.

* В сознании, адекватен. Ориентирован в месте и времени. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Обязательными для постановки диагноза лабораторными методами обследования больного являются

- карбенициллин
- ванкомицин
- амоксициллин/клавуланат
- пиперациллин/тазобактам

Результаты обследования

Биохимический анализ крови

|=====

^| Наименование | Нормы | Результат

| Общий белок | 64 - 83 г/л | 69

| Альбумин | 32 - 50 г/л | 37

| Аланинаминотрансфераза (АлАТ) | до 40 Ед/л | 887

| Аспартатаминотрансфераза (АсАТ) | до 40 Ед/л | 569

| Щелочная фосфатаза | до 150 Ед/л | 169

| Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ) | 9-50 Ед/л | 98

| Билирубин общий | 3,0 – 17,1 мкмоль/л | 72

| Билирубин прямой | 0,0 – 3,4 мкмоль/л | 59

| Глюкоза | 3,88 – 5,83 ммоль/л | 4,6

| Мочевина | 2,5 – 8,5 ммоль/л | 5,2

| Креатинин | 53 - 115 мкмоль/л | 91

| Амилаза | 28-100 Ед/л | 72

|=====

ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов

Иммуноферментный анализ крови:

|=====

| Показатели | Результат

| HBs-Ag | Отрицательный

| AntiHBcor IgM | Отрицательный

| Anti-HAV Ig M | Отрицательный

| Anti-HCV (total) | Отрицательный

|=====

Определение церулоплазмينا сыворотки крови

Церулоплазмин сыворотки крови - 0,42 г/л (норма 0,15 до 0,60 г/л.)

Реакция микроагглютинации лептоспир

Реакция отрицательная

Реакция агглютинации Райта

Реакция отрицательная

ДНК-диагностика уридинфосфатглюкуронилтрансферазы

Выявлен генотип: UGT1A1 (ТА)6/(ТА)6 (норма)

Для дальнейшего обследования пациента показано определение

- карбенициллин
- ванкомицин
- амоксициллин/клавуланат
- пиперациллин/тазобактам

Результаты обследования

РНК ВГС (НСV)

РНК ВГС (НСV) - положительно

Вирусная нагрузка: $8,9 \times 10^5$ МЕ/мл

РНК ВГА (НАV)

РНК ВГА (НАV) - отрицательно

ДНК ВГВ (НВV)

ДНК ВГВ (НВV) - отрицательно

ДНК ВЭБ (ЕВV)

ДНК ВЭБ (ЕВV) - отрицательно

Инструментальным методом обследования пациента для постановки диагноза является

- карбенициллин
- ванкомицин
- амоксициллин/клавуланат
- пиперациллин/тазобактам

Результаты обследования

УЗИ органов брюшной полости

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости:

Печень: толщина правой доли до 121 мм, левой доли до 62 мм, контур ровный, структура паренхимы диффузна изменена. Очаговые изменения не выявлены.

Внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Холедох не расширен до 5 мм.

Желчный пузырь: размеры – 54*15 мм, полусокращен, содержимое анэхогенное.

Селезенка: размеры 80*57 мм, контур ровный, структура паренхимы однородная, эхогенность средней степени. Очаговые изменения не выявлены.

Заключение: Увеличение и умеренные диффузные изменения в паренхиме печени.

Сцинтиграфия печени

Определяется увеличение и нечеткость границ печени, диффузно-равномерное распределения РФП во всех отделах печени.

Эзофагодуоденоскопия

Патологических изменений желудка и 12ПК не выявлено.

Эластография печени

Заключение: F0 — показатели плотности тканей печени меньше 6,2 кПа.

Учитывая данные лабораторного и инструментального методов обследования, можно думать о диагнозе

- карбенициллин
- ванкомицин
- амоксициллин/клавуланат
- пиперациллин/тазобактам

Диагноз

Острый вирусный гепатит С, желтушная форма

Синдром Жильбера

Болезнь Вильсона-Коновалова, смешанная форма

Бруцеллез, первично-хроническая метастатическая форма (подострый бруцеллез)

Наиболее частым исходом острой HCV-инфекции является развитие

- гепатоцеллюлярной карциномы
- дискинезии желчевыводящих путей
- подострой дистрофии печени
- хронического гепатита

Гемограмма при желтушной форме ОГС характеризуется

- тромбоцитозом
- нейтрофильным лейкоцитозом
- лейкопенией
- агранулоцитозом

Лечение острого вирусного гепатита С предусматривает назначение лечебного стола №

- 1а
- 4
- 9
- 5

Дезинтоксикационная терапия данного пациента включает введение

- 6% гидроксиэтилкрахмала
- 5% раствора декстрозы
- поливинилпирролидона низкомолекулярного

- свежемороженой плазмы

В случае отсутствия спонтанного выздоровления противовирусную терапию ОГС необходимо начать не позднее + _____ + недель

- 16
- 20
- 12
- 24

Инкубационный период при остром вирусном гепатите С колеблется от

- 3-х недель до 3-х месяцев
- 3-х месяцев до 1 года
- 2-х до 26 недель
- 7-ми до 28 дней

Жене пациента, как контактному лицу в семейном очаге гепатита С, необходимо сделать

- анализ на наличие HbsAg и anti-HBcor IgM
- анализ на наличие anti-HCV и РНК ВГС (HCV)
- ОАК и биохимический анализ крови
- ультразвуковое исследование печени и эластометрию

Механизмом передачи вирусного гепатита С является

- анализ на наличие HbsAg и anti-HBcor IgM
- анализ на наличие anti-HCV и РНК ВГС (HCV)
- ОАК и биохимический анализ крови
- ультразвуковое исследование печени и эластометрию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К., 20 лет доставлен в приемный покой инфекционного стационара.

Жалобы

На слабость, сниженный аппетит, небольшую желтушность склер.

Анамнез заболевания

* Заболел 9 дней назад, когда стал отмечать быструю утомляемость, слабость.

Температура тела не повышалась, озноба, болей в мышцах и суставах не было.

* Три дня назад снизился аппетит, заметил появление темной мочи, окружающие обратили внимание на желтушность склер.

* Обратился в поликлинику по месту жительства, направлен в инфекционный стационар.

Анамнез жизни

- * Работает продавцом на рынке строительных материалов.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год, аппендэктомия (около 12 лет назад, когда учился в начальной школе), пневмония правосторонняя 1 год назад.
- * Вредные привычки: курит электронные сигареты. Со слов алкоголь употребляет умеренно (слабоалкогольные коктейли).
- * Эпиданамнез: за последние 6 месяцев за пределы домашнего региона не выезжал. Питается на работе, «на ногах», и дома; не всегда есть возможность вымыть руки. По работе контактирует с большим количеством малознакомых людей. На строительном рынке часто видит мышей. Посещение стоматолога, уролога за последние полгода отрицает. При целенаправленном опросе выявлено, что в течение последних 4-х месяцев употреблял наркотики (внутривенно вводил героин), неоднократно пользовался чужим шприцем. Со слов в окружении все здоровы.
- * Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался.

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C
- * Небольшая желтушность кожи и склер, высыпаний, геморрагий на коже нет.
- * Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Миндалины не увеличены, налетов нет.
- * Лимфатические узлы не увеличены.
- * Язык обложен у корня белым налетом. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, безболезненна при пальпации, мягко-эластичной консистенции. Селезенка не увеличена. Стул регулярный, цвет кала не изменен.
- * Пульс 70 ударов в минуту, тоны сердца ясные, АД-110/70 мм.рт.ст
- * В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин.
- * Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез не изменен. Моча имеет цвет темного пива.
- * В сознании, адекватен. Ориентирован в месте и времени. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Обязательными для постановки диагноза лабораторными методами обследования больного являются

- анализ на наличие HbsAg и anti-HBcor IgM
- анализ на наличие anti-HCV и РНК ВГС (HCV)
- ОАК и биохимический анализ крови
- ультразвуковое исследование печени и эластометрию

Результаты обследования

Биохимический анализ крови

|=====

^| Наименование | Нормы | Результат

| Общий белок | 64 - 83 г/л | 71
| Альбумин | 32 - 50 г/л | 39
| Аланинаминотрансфераза (АлАТ) | до 40 Ед/л | 900
| Аспартатаминотрансфераза (АсАТ) | до 40 Ед/л | 812
| Щелочная фосфатаза | до 150 Ед/л | 153
| Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ) | 9-50 Ед/л | 72
| Билирубин общий | 3,0 – 17,1 мкмоль/л | 62
| Билирубин прямой | 0,0 – 3,4 мкмоль/л | 36
| Глюкоза | 3,88 – 5,83 ммоль/л | 4,3
| Мочевина | 2,5 – 8,5 ммоль/л | 5,1
| Креатинин | 53 - 115 мкмоль/л | 93
| Амилаза | 28-100 Ед/л | 72

|=====

ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов

Иммуноферментный анализ крови:

|=====

| Показатели | Результат
| HBs-Ag | Отрицательный
| AntiHBcor IgM | Отрицательный
| Anti-HAV Ig M | Отрицательный
| Anti-HCV (total) | Отрицательный

|=====

Определение церулоплазмينا сыворотки крови

Церулоплазмин сыворотки крови - 0,42 г/л (норма 0,15 до 0,60 г/л.)

Реакция микроагглютинации лептоспир

Реакция отрицательная

Реакция непрямой иммунофлюоресценции на хантавирусы

Реакция отрицательная

ДНК-диагностика уридинфосфатглюкуронилтрансферазы

Выявлен генотип: UGT1A1 (ТА)₆/(ТА)₆ (норма)

Для дальнейшего обследования пациента необходимо определить

- анализ на наличие HbsAg и anti-HBcor IgM
- анализ на наличие anti-HCV и РНК ВГС (HCV)
- ОАК и биохимический анализ крови
- ультразвуковое исследование печени и эластометрию

Результаты обследования

РНК ВГС (HCV)

РНК ВГС (HCV) - положительно

Вирусная нагрузка: $9,1 \times 10^5$ МЕ/мл

РНК хантавируса (Hantavirus Hantaan)

РНК ВГА (HAV) - отрицательно

ДНК лептоспир (Leptospira)

ДНК ВГВ (HBV) - отрицательно

ДНК ВЭБ (EBV)

ДНК ВЭБ (EBV) - отрицательно

Инструментальным методом обследования пациента для постановки диагноза является

- анализ на наличие HbsAg и anti-HBcor IgM
- анализ на наличие anti-HCV и РНК ВГС (HCV)
- ОАК и биохимический анализ крови
- ультразвуковое исследование печени и эластометрию

Результаты обследования

УЗИ органов брюшной полости

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости:

Печень: толщина правой доли до 122 мм, левой доли до 64 мм, контур ровный, структура паренхимы диффузна изменена. Очаговые изменения не выявлены.

Внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Холедох не расширен до 5 мм.

Желчный пузырь: размеры – 54*15 мм, полусокращен, содержимое анэхогенное.

Селезенка: размеры 80*57 мм, контур ровный, структура паренхимы однородная, эхогенность средней степени. Очаговые изменения не выявлены.

Заключение: Увеличение и умеренные диффузные изменения в паренхиме печени.

Сцинтиграфия печени

Определяется увеличение и нечеткость границ печени, диффузно-равномерное распределения РФП во всех отделах печени.

Фракционное дуоденальное исследование

Анализ дуоденального содержимого

|=====

^| Показатели | А | Б | С

| Цвет | Св-желтая | Св-коричневая | Св-желтая

| Прозрачность | Прозрачная | прозрачная | мутная

| Слизь | Небольшое кол-во | Небольшое кол-во | Небольшое кол-во

| Эпителий плоский | Небольшое количество | Небольшое количество |

Небольшое количество

| Эпителий цилиндрический | {plus} | - | -

| Лейкоциты | единичные | 0-2 | 0-2

| Паразиты |

| Не обнаружены |

|=====

Эластография печени

Заключение: F0 — показатели плотности тканей печени меньше 6,2 кПа.

Учитывая данные лабораторного и инструментального методов обследования, можно думать о диагнозе

- анализ на наличие HbsAg и anti-HBcor IgM
- анализ на наличие anti-HCV и РНК ВГС (HCV)
- ОАК и биохимический анализ крови
- ультразвуковое исследование печени и эластометрию

Диагноз

Острый вирусный гепатит С, желтушная форма

Синдром Жильбера

Болезнь Вильсона-Коновалова, смешанная форма

Лептоспироз, желтушная форма

Бессимптомное течение острой HCV-инфекции встречается в +____+% случаев

- 30
- 80
- 5
- 12

О затяжном течении ОГС можно говорить при длительности течения заболевания более +____+ месяцев

- 2-х
- 9-ти
- 6-ти
- 3-х

Хронизация патологического процесса при вирусном гепатите С связывается с

- генетической предрасположенностью пациента
- мутационной изменчивостью вируса
- иммунопатологическими реакциями
- возможностью интеграции генома вируса с геномом гепатоцита

Лечение острого вирусного гепатита С предусматривает назначение лечебного стола №

- 13
- 5
- 1а
- 4

Принципы терапии больного с острым вирусным гепатитом С включают назначение

- пегилированных интерферонов
- гепатопротекторов
- глюкокортикостероидов
- полиионных растворов

Дезинтоксикационная терапия данного пациента включает введение

- поливинилпирролидона низкомолекулярного
- 6% гидроксипрохлорида
- 5% раствора декстрозы
- свежезамороженной плазмы

В случае отсутствия спонтанного выздоровления противовирусную терапию ОГС необходимо начать не позднее + ____ + недель

- 24
- 16
- 12
- 20

О спонтанном выздоровлении пациента без применения специфической противовирусной терапии можно говорить при отсутствии выявления РНК ВГС в сыворотке крови не менее чем через + _____ + после ОГС

- 24
- 16
- 12
- 20

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная М. 34 года, доставлена бригадой Скорой помощи в приемный покой инфекционной больницы.

Жалобы

На общую слабость, лихорадку до 40°C, боли в мышцах и пояснице, носовое кровотечение, сыпь по телу, рвоту и диарею.

Анамнез заболевания

Заболела остро 7 дней назад: повысилась температура тела до 39°C, появилось общее недомогание, беспокоили мышечные боли и боли в пояснице, отметила появление конъюнктивита. Лечилась дома самостоятельно, за медицинской помощью не обращалась. На третьи сутки возникли тошнота, рвота и водянистая диарея до 4-х раз в сутки. Пила много жидкости, принимала

«смекту», «церукал». На 6-е сутки заболевания отметила появление сыпи, присоединилось носовое кровотечение. В связи с ухудшением состояния бригадой скорой помощи доставлена в инфекционную больницу.

Анамнез жизни

- * Работает в международной компании переводчиком
- * Перенесенные заболевания: острые респираторные вирусные инфекции ежегодно, хронический тонзиллит
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: отрицает
- * Эпиданамнез: 10 дней назад вернулась из служебной командировки из Гвинеи (находилась там 21 день). Посещала отдаленную лесную местность однократно во время экскурсии. Противомаларийные препараты не применяла.
- * Прививочный анамнез: перед поездкой в Африку вакцинирована от вирусного гепатита А, брюшного тифа, менингококковой инфекции, желтой лихорадки.

Объективный статус

- * Температура тела 38,9°C. Больная в сознании, но вялая, адинамичная.
- * Выраженная инъекция сосудов склер и конъюнктивы. Кожные покровы сухие, горячие, визуализируется макуло-папулезная сыпь на шее, верхних конечностях и туловище. Геморрагии в местах естественных складок, множественные мелкие синяки на нижних конечностях.
- * Слизистая оболочка рта гиперемирована, энантема на мягком небе, везикулы и эрозии на слизистой задней стенки глотки, миндалины рыхлые, налетов нет.
- * Тонус мышц повышен, пальпация их болезненна. Боли при пальпации в пояснично-крестцовой области.
- * Тоны сердца приглушены. АД – 90/60 мм рт. ст., ЧСС – 70 уд. в мин.
- * В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин.
- * Живот мягкий, при пальпации чувствительный в эпигастрии и правом подреберье. Стул водянистый, без патологических примесей.
- * Печень пальпируется на 2,5 см ниже края реберной дуги, пальпируется увеличенная селезенка.
- * Поколачивание по поясничной области болезненное с обеих сторон. Мочится мало.
- * Менингеальный синдром: определяется ригидность затылочных мышц на 2 пальца. Симптомы Кернига, Брудзинского отрицательные.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 24
- 16
- 12
- 20

Результаты обследования

ПЦР на геморрагические лихорадки

Выделена РНК Marburgvirus

ИФА на определение антител (IgM, IgG) к геморрагическим лихорадкам

|=====

| *Показатель* | *Результат*

| Anti Lassa virus IgM | отрицательно

| Anti Lassa virus IgG | отрицательно

| Anti Haantan virus IgM | отрицательно

| Anti Haantan virus IgG | отрицательно

| Anti Marburgvirus IgM | положительно

| Anti Marburgvirus IgG | отрицательно

| Anti Flavivirus febricis IgM | отрицательно

| Anti Flavivirus febricis IgG | положительно

|=====

Реакция Видаля

Реакция отрицательная

Бактериологическое исследование крови

Роста нет

ИФА для определения специфических антител к *Rickettsia prowazekii*

Anti *Rickettsia prowazekii* IgM - отрицательно

Anti *Rickettsia prowazekii* IgG- отрицательно

На основании клинико-анамнестических данных и результатов лабораторных методов обследования можно думать о диагнозе

- 24
- 16
- 12
- 20

Диагноз

Геморрагическая лихорадка Марбург

Сыпной тиф, типичное течение

Желтая лихорадка

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом

В общеклиническом анализе крови у больного с подозрением на лихорадку Марбург выявляется в первую очередь

- лейкоцитоз, лимфопения
- выраженный лейкоцитоз, нейтрофиллез
- абсолютный лимфоцитоз, атипичные мононуклеары
- лейкопения, тромбоцитопения

Дифференциальную диагностику геморрагической лихорадки Марбург следует проводить с

- эрлихиозом
- лептоспирозом
- лихорадкой Зика
- Ку-лихорадкой

Для лихорадки Марбург диагностическое значение имеет сочетание

- интоксикационного, геморрагического и катарального синдромов
- лихорадочных пароксизмов, гепатоспленомегалии и гемолитической анемии
- лимфаденопатии, гепатоспленомегалии и развитие артритов
- интоксикационного, геморрагического и менингеального синдромов

Осложнением лихорадки Марбург является

- острый панкреатит
- сепсис
- миокардит
- гнойный менингит

Причиной летальности при лихорадке Марбург является

- разрыв селезенки
- острая печеночная энцефалопатия
- инфекционно-токсический шок
- гипогликемическая кома

Ведущей терапией лечения пациентов с геморрагической лихорадкой Марбург является

- иммуномодулирующая
- противовирусная
- патогенетическая
- антибактериальная

Для экстренной профилактики развития лихорадки Марбург применяют

- длительный непрерывный курс рибавирин
- специфический иммуноглобулин
- антибактериальные препараты широкого спектра действия
- вакцинацию

Инкубационный период при лихорадке Марбург составляет

- 3-16 суток

- 12-48 часов
- 14-21 день
- 1,5-3 месяца

Предположительно, резервуаром возбудителя геморрагической лихорадки Марбург являются

- летучие мыши
- комары рода *Aedes*
- мышевидные грызуны
- дикие кабаны

Механизмом передачи при лихорадке Марбург является

- летучие мыши
- комары рода *Aedes*
- мышевидные грызуны
- дикие кабаны

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной А. 47 лет, доставлен бригадой скорой помощи в приемник инфекционного отделения.

Жалобы

На общую слабость, повышение температуры до 38°C, озноб, сыпь на теле, головную боль, рвоту, боли в мышцах.

Анамнез заболевания

- * Работает юристом в международной компании
- * Проживает вместе с женой в отдельной квартире
- * Перенесенные заболевания: острые респираторные вирусные инфекции 2 раза в год.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Вредные привычки: курит, алкоголь по праздникам
- * Туберкулез, ВИЧ-инфекцию, хронические вирусные гепатиты отрицает
- * Эпидемиологический анамнез: 2 недели находился в туристической поездке в Индии, из которой приехал 10 дней назад; находясь в поездке, отмечал укусы насекомых

Анамнез жизни

* Заболел остро 5 дней назад, когда повысилась температура тела до 39°C, появился озноб, боли в мышцах спины и ногах, сильная головная боль. Самостоятельно принимал жаропонижающие, но состояние не улучшилось сохранялась высокая температура до 39°C, присоединилась тошнота, однократная рвота. На 4-й день болезни появились высыпания на животе, груди, затем на шее.

* Перед началом заболевания отмечал появление в области правого предплечья пятна, которое вскоре превратилось в язвочку и покрылось корочкой

Объективный статус

* Состояние средней тяжести. Больной в сознании, ориентирован в пространстве и во времени

* температура тела 39,0°C.

* Склеры инъецированы, кожные покровы обычной окраски, сыпь пятнисто - папулезная на сгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, ладонях и стопах, шее. В области правого предплечья - пятно размером до 6,5 мм покрытое темной корочкой.

* Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧД-18 в минуту

* Тоны сердца громкие, ритмичные, АД-.100/70 мм рт. ст. Пульс -96 ударов в минуту

* Язык обложен белым налетом, сухой. Живот при пальпации мягкий, без болезненный о всех отделах. Печень пальпируется на 1,0 см ниже края реберной дуги

* Менингеальные симптомы отрицательные

* Физиологические отправления в норме

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- летучие мыши
- комары рода *Aedes*
- мышевидные грызуны
- дикие кабаны

Результаты обследования

РНИФ на клещевые риккетсиозы

ИФА IgM *Rickettsia conori* _ положительные 1:164

ПЦР на клещевые риккетсиозы

При ПЦР-диагностике обнаружена ДНК *Rickettsia conori* _

Реакция Видаля

Реакция отрицательная

Бактериологическое исследование крови

Роста нет

ИФА для определения специфических антител к *Rickettsia prowazekii*

Anti *Rickettsia prowazekii* IgM - отрицательно

Anti *Rickettsia prowazekii* IgG- отрицательно

На основании результатов клинико-лабораторных методов обследования можно выставить диагноз

- летучие мыши
- комары рода *Aedes*
- мышевидные грызуны
- дикие кабаны

Диагноз

Марсельская лихорадка

Пятнистая лихорадка скалистых гор

Сыпной тиф, типичное течение

Геморрагическая лихорадка Ласса

Первичный аффект при Марсельской лихорадке представляет собой

- очаг воспаления кожи с покрытым темной корочкой участком некроза в центре
- очаг эритемы с четкими границами, неровными краями и буллами с серозно-геморрагическим содержимым
- папулу медно-красного цвета, трансформирующуюся в везикулу с серозно-геморрагическим экссудатом
- участок эритемы с ровными и четкими границами, имеющий центробежный рост с просветлением в центре

Первичный аффект при Марсельской лихорадке выявляется за + _____ + до возникновения симптомов заболевания

- 1-3 суток
- 5-7 суток
- 3-5 часов
- 12-18 часов

Возможным осложнением Марсельской лихорадки является

- пневмония
- некроз мягких тканей
- гнойный менингит
- синдром Рейтера

Дифференциальную диагностику Марсельской лихорадки следует проводить с

- аденовирусной инфекцией, острыми кишечными инфекциями
- бруцеллезом, геморрагическими лихорадками
- ветряной оспой, лихорадкой Западного Нила
- сыпным тифом, брюшным тифом

Для лечения больного Марсельской лихорадкой применяется

- тетрациклин
- цефтриаксон

- пенициллин
- ванкомицин

Больные подлежат выписке на + _____ + после нормализации температуры

- 8-12
- 5-е
- 13-17
- 3-е

Профилактика Марсельской лихорадки заключается в проведении

- обсервации
- дезинсекции
- дезинфекции
- дератизации

К основным источникам возбудителя Марсельской лихорадки относятся

- клещи
- блохи
- собаки
- человек

Передача инфекции при Марсельской лихорадке происходит + _____ + путем

- алиментарным
- трансмиссивным
- контактно-бытовым
- воздушно-капельным

Инкубационный период при Марсельской лихорадке составляет

- алиментарным
- трансмиссивным
- контактно-бытовым
- воздушно-капельным

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка П., 16 лет, поступила в инфекционную больницу.

Жалобы

На повышение температуры тела до 37,5°C, схваткообразные боли в животе, слабость, кашицеобразный стул 3-4 раза, с примесью слизи.

Анамнез заболевания

Заболела около 2-х недель назад, когда повысилась температура тела до 37,5°C, появились боли в животе, а затем жидкий стул до 4-х раз в сутки со слизью и примесью крови. Обратилась в поликлинику, где был поставлен диагноз: острая дизентерия, назначен фуразолидон в течении 5 дней. Состояние улучшилось, стул нормализовался. Через неделю вновь возобновился неустойчивый стул со слизью и примесью крови.

Анамнез жизни

* Школьница.

* Проживает в отдельной квартире с родителями и двумя младшими сестрами 5 и 8 лет

* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: ветряная оспа, аппендэктомия в 8 лет.

* Хронических заболеваний нет.

* Аллергологический анамнез не отягощен.

Эпидемиологический анамнез

За 2 недели до заболевания отдыхала с родителями в Египте, ела фрукты, овощи, пила напитки со льдом.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 54 кг, рост 168 см. Температура тела 37,3°C. ЧДД 16/мин, ЧСС 88/мин, АД 108/65 мм рт. ст. Кожные покровы бледные, нормальной влажности. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Язык влажный, обложен белым налётом. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное, проводится по всем полям. Живот мягкий, болезненный в подвздошных областях (больше справа). Слепая и сигмовидная кишки уплотнены, болезненные при пальпации. Печень не увеличена. Стул накануне 2 раза за сутки, кашицеобразный со слизью. Самостоятельное мочеиспускание не нарушено.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- алиментарным
- трансмиссивным
- контактно-бытовым
- воздушно-капельным

Результаты лабораторных методов обследования

Микроскопическое исследование фекалий

Обнаружено: *E. histolytica forma magna* и цисты *E. histolytica* до 10 в п/зр

Исследование фекалий методом полимеразной цепной реакции

Выявлен генетический материал *E. histolytica*

РПГА с сальмонеллезными антигенами

РПГА с сальмонеллезными антигенами – результат отрицательный

Микроскопия крови в тонком мазке и толстой капле

При микроскопическом исследовании толстой капли и тонкого мазка плазмодии не выявлены

Бактериологическое исследование кала на условно-патогенные бактерии (УПФ)

Рост УПФ не обнаружен

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- алиментарным
- трансмиссивным
- контактно-бытовым
- воздушно-капельным

Результаты инструментального метода обследования

Ректороманоскопия с биопсией

Ректороманоскопия: В ампуле прямой кишки слизистая обычной окраски, блестящая с нормальным сосудистым рисунком. Выше 10 см местами слизистая умеренно гиперемирована, отечна, со смазанным сосудистым рисунком, на которой имеются небольшие эрозии, на 16 см имеется язва округлой формы до 7 мм в диаметре, дно которой покрыто желтоватым налетом, края язвы гиперемированы и отечны. Складки слизистой сглажены. Контактной кровоточивости нет. В просвете кишечника стекловидная слизь розоватого цвета в умеренном количестве.

Биопсия.

В биоптате – тканевые формы *Ent. histolytica*

Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией

Катаральный гастродуоденит

Рентгенография органов брюшной полости с контрастированием

При рентгенографии органов брюшной полости свободного газа и чаш Клойбера не выявляется

УЗИ органов малого таза

Заключение: патологические образования в области малого таза не определяются. Свободная жидкость не определяется

Учитывая клинико-лабораторные и инструментальные данные, можно думать о диагнозе

- алиментарным
- трансмиссивным
- контактно-бытовым
- воздушно-капельным

Результаты обследования

Острый кишечный амебиаз

Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, гастроэнтероколитический вариант

Острый балантидиаз, типичное течение

Неспецифический язвенный колит

Стул при кишечном амебиазе характеризуется по типу

- «рисового отвара»
- «малинового желе»
- «болотной тины»
- «ректального плевка»

Типичная язва при кишечной форме амебиаза характеризуется

- неровными подрытыми краями с некротическими массами на дне
- возвышениями по периферии в виде «потрескавшейся кожи» с зернистым, бородавчатым дном
- ровными краями с излишне разрастающимся железистым эпителием
- продольным расположением в виде «булыжной мостовой» с неказеозными гранулемами

Возможным осложнением данного заболевания является

- дивертикулез сигмовидной кишки
- перфорация язв кишечника
- варикозное расширение вен пищевода
- тромбоз мезентериальных сосудов

Для лечения кишечного амебиаза используются препараты группы

- диаминопиримидинов
- 5-нитроимидазолов
- 8-аминохинолинов
- сульфаниламидов

Для противопаразитарного лечения больных инвазивным кишечным амебиазом применяют + _____ + в сутки

- фуразидин по 3 мг/кг
- примахин по 24 мг
- примахин по 15 мг
- метронидазол по 30 мг/кг

Длительность противопаразитарного лечения метронидазолом составляет

- 14-21 день

- 8-10 дней
- 1,5 месяца
- 8 недель

К просветным амебоцидам относят

- орнидазол
- дилоксанида фувоат
- дегидроэметина дигидрохлорид
- тинидазол

Длительность диспансерного наблюдения у данной пациентки (16 лет) составляет + _____ + месяцев

- 8
- 6
- 5
- 12

Длительность острого течения амебиаза составляет до

- 8
- 6
- 5
- 12

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная А., 36 лет, доставлена в инфекционную больницу.

Жалобы

На повышение температуры тела до $39,2^{\circ}\text{C}$, выраженную слабость, головокружение, тошноту, рвоту до 3 раз, боли по всему животу, водянистый стул зеленоватого цвета до 15 раз за сутки без патологических примесей.

Анамнез заболевания

Заболела накануне ночью. Почувствовала выраженную слабость, озноб, одновременно с указанными симптомами появились тошнота, рвота съеденной пищей, боль по всему животу, чуть позже присоединился жидкий водянистый стул зеленого цвета. За ночь стул до 15 раз, рвота до 3 раз. Отмечала кратковременную потерю сознания (упала в туалете).

Эпидемиологический анамнез

Заболевание связывает с употреблением в пищу просроченной сметаны и яичницы «глазуньи», яичницу ела одна, дома все здоровы.

Анамнез жизни

- * Работает продавцом в продуктовом магазине.
- * Хронических заболеваний нет.

- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние ближе к тяжелому. Вес 67 кг, рост 165 см. Температура 39,6°C. Тоны сердца приглушены, аритмичные. Пульс 110 уд/мин, слабого наполнения. АД – 90/60 мм рт. ст., ЧД – 24 в минуту. Кожные покровы бледные, сухие, тургор понижен, отмечается акроцианоз. Язык сухой, обложен белым налётом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной и правой подвздошной областях, при пальпации усиленно урчит. Сигма не спазмирована. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Менингеальных симптомов нет. Стул при поступлении обильный, зелёного цвета, зловонный, с примесью слизи. Отмечает уменьшение объема мочи.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования, учитывая 2-й день болезни пациентки, относят

- 8
- 6
- 5
- 12

Результаты лабораторных методов обследования

Бактериологическое исследование кала

Обнаружена *Salmonella enteritidis*

Исследование кала методом полимеразной цепной реакции

|=====

^| Параметр | Результат

| DNA *salmonella* spp. | положительно

| DNA *shigella* spp. | отрицательно

| DNA *campylobacter* spp. | отрицательно

| DNA *adenovirus* | отрицательно

| RNA *rotavirus* | отрицательно

| RNA *astrovirus* | отрицательно

| RNA *norovirus* | отрицательно

|=====

Биологический метод (биопроба на белых мышях)

Накопление *Salmonella* в кишечном содержимом белых мышей

Бактериоскопия нативного препарата из кала

При окраске по Граму выявлены грамположительные бактерии

Бактериологическое исследование крови

Роста нет

Учитывая клинико-лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- 8

- 6
- 5
- 12

Диагноз

Сальмонеллез, гастроэнтеритический вариант

Ротавирусная инфекция, гастроэнтерит

Острый шигеллез, гастроэнтероколитический вариант

Энтеропатогенный эшерихиоз, гастроэнтерит

Испражнения при сальмонеллезе имеют вид

- «рисового отвара»
- «малинового желе»
- «ректального плевка»
- «болотной тины»

Дифференциальную диагностику заболевания у данной пациентки следует проводить с

- висцеральной формой токсокароза
- острой цитомегаловирусной инфекцией
- остросептической формой бруцеллеза
- гастроэнтеритическим вариантом шигеллеза

Характерным клиническим вариантом гастроинтестинальной формы сальмонеллеза является

- септический
- энтероколитический
- гемоколитический
- гастроэнтероколитический

С учетом клинической картины заболевания и анамнеза жизни больная должна проходить лечение в условиях

- «дневного стационара» терапевтического отделения
- поликлиники (на дому)
- отделения реанимации и интенсивной терапии
- инфекционного отделения

Длительность пребывания в стационаре при гастроинтестинальной форме сальмонеллеза составляет

- до 21 дня
- 1 месяц
- 6 недель
- до 14 дней

Препаратом выбора с доказанным действием для лечения данного заболевания является

- ванкомицин
- осельтамивир
- метронидазол
- ципрофлоксацин

Длительность курса этиотропной терапии при тяжелой форме сальмонеллеза составляет + _____ + дней

- 14 -20
- 5-6
- 10-14
- 8-10

Парентеральную регидратацию при сальмонеллезе осуществляют препаратами

- трисоль
- цитроглюкосолан
- реополиглюкин
- регидрон

Длительность диспансерного наблюдения у данной пациентки составляет + _____ + месяца(-ев)

- 9
- 6
- 3
- 1,5

Инкубационный период при сальмонеллезе составляет до

- 9
- 6
- 3
- 1,5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 40 лет поступил в клинику инфекционных болезней.

Жалобы

На лихорадку до 40°C , головную боль, усиливающуюся при ярком свете, светобоязнь, рвоту, нарушение глотания, поперхивание, гнусавость голоса. Также больной отмечает мышечную слабость и нарушение произвольных движений в правой руке и ноге.

Анамнез заболевания

Заболел остро 2 дня назад, когда появились лихорадка (40°C), головная боль, светобоязнь и повторная рвота. На следующий день появились дисфагия и дисфония, правосторонняя гемиплегия.

Анамнез жизни

- * Оператор механизированной сельскохозяйственной техники.
- * Проживает в пригороде, в собственном доме, неподалеку от леса. Содержит трех коз, периодически употребляя не кипяченое козье молоко в пищу. Во время пребывания в лесу или на работе клещей с себя не снимал.
- * Прививался согласно национальному календарю в детстве и юности. Из перенесенных инфекций: ветряная оспа в раннем детском возрасте, пневмония 3 года назад.
- * Аллергические реакции на лекарственные препараты и продукты питания отрицает.

Объективный статус

- * Состояние тяжелое. Температура тела 39.8°C .
- * Кожные покровы загорелые, чистые, высыпаний и геморрагий нет.
- * В сознании, несколько заторможен. Менингеальные знаки положительные (симптом Кернига (прямой, перекрестный), симптом Брудзинского (верхний, средний, нижний), ригидность мышц затылка). Зрачки расширены, на свет реагируют синхронно. Конвергенция нарушена. Дисфония, дисфагия, правосторонняя гемиплегия. Незначительное пошатывание в позе Ромберга.
- * Артериальное давление 140/90, пульс 126 в минуту.
- * Печень и селезенка не увеличены. Стула не было 2 дня. Мочеиспускание не нарушено.

В приемном покое, при осмотре у пациента случился кратковременный судорожный приступ

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 9
- 6
- 3
- 1,5

Результаты обследования

Исследование ликвора

|====

| *Наименование* | *Нормы* | *Результат*
| Цитоз в 1 мкл | 0-1 | 500 (из них 75% лимфоциты, 25% нейтрофилы)
| Общий белок | 0,15-0,45 г/л | 1,6 г/л
| Глюкоза | 2,78-3,89 ммоль/л | 3,25 ммоль/л
|====

Иммуноферментный анализ крови на определение антител к антигенам вирусных инфекций

ИФА с антигеном _Tick-borne encephalitis Virus_ IgM 1: 310. Результат положительный

ПЦР ликвора

Во взятом материале обнаружена РНК _Tick-borne encephalitis Virus_

Реакция нейтрализации на ботулотоксин

Результат отрицательный

Микроскопия тонкого мазка и толстой капли

Плазмодии не обнаружены

Бактериологический посев крови на стерильность

Роста нет

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 9
- 6
- 3
- 1,5

Результаты обследования

Электроэнцефалограмма

Заключение: наблюдаются признаки поражения стволовых и срединных механизмов мозга в виде высокоамплитудных всплесков медленных билатерально-синхронных волн. Отмечаются изменения, соответствующие энцефалиту

Магнитно-резонансная томография головного мозга

{nbsp}

Заключение: множественные очаги глиоза в белом веществе головного мозга размером 4-6 мм. Изменения на МРТ соответствуют поражению головного мозга при энцефалите

ЭКГ в 12 отведениях

Ритм синусовый, ЧСС 120, ЭОС без отклонений. Вариант-норма.

Рентгенография легких

Органы грудной клетки без патологии

УЗИ органов сосудов шеи

УЗИ признаки стенозирующего атеросклероза БЦА со стенозом устья ЛВСА до 15-20% по d. Не прямолинейность хода межпозвоночных артерий между поперечными отростками шейных позвонков может быть связана с остеохондрозом

Учитывая данные анамнеза, данные физикального обследования, а также результаты лабораторных и инструментальных исследований больному можно поставить диагноз

- 9
- 6
- 3
- 1,5

Диагноз

Клещевой энцефалит, менингоэнцефалитическая форма

Сибирский клещевой риккетсиоз, период разгара

Пищевой ботулизм, период разгара

Клещевой энцефалит, менингеальная форма

К очаговым формам клещевого энцефалита относят

+ _____ + форму

- менингеальную
- полиомиелитическую
- полирадикулоневритическую
- лихорадочную

Дифференциальную диагностику клещевого энцефалита целесообразно проводить с

- бруцеллезом
- ку-лихорадкой
- лайм-боррелиозом
- ботулизмом

Основным компонентом этиотропной терапии при клещевом энцефалите является

- специфический иммуноглобулин человека
- тканевая культуральная вакцина
- сыворотка лошадиная очищенная концентрированная
- антибактериальный препарат широкого спектра действия

В схеме этиотропного лечения рекомендуется сочетание

- интерферона альфа-2b человеческого рекомбинантного с рифампицином
- иммуноглобулина лошадиного с тенофовиром
- интерферона альфа-2b человеческого рекомбинантного с рибавирином

- иммуноглобулина лошадиного с рибавирином

Для купирования развивающегося отека головного мозга используется

- бензобарбитал
- дексаметазон
- аprotинин
- рибонуклеаза

Диуретики при клещевом энцефалите применяются для

- снижения внутричерепной гипертензии
- уменьшения периферических отеков
- купирования артериальной гипертензии
- профилактики отека легких

Для купирования судорожного синдрома применяются

- карбамазепин, вальпроевая кислота
- цитиколин, глутаминовая кислота
- алпрозолам, аминоксалициловая кислота
- кветиапин, флупентиксол

При присасывании вирусиферных клещей не болевшим ранее людям рекомендовано вводить иммуноглобулин против клещевого энцефалита в первые + _____ + после присасывания

- 6 суток
- 5 суток
- 4 часа
- 96 часов

Инкубационный период при пищевом пути заражения клещевым энцефалитом составляет

- 6 суток
- 5 суток
- 4 часа
- 96 часов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 22-х лет направлен на консультацию к врачу инфекционисту.

Жалобы

На утомляемость, субфебрильную температуру, сонливость, слабость,

умеренную головную боль, ломоту в суставах, появление на внутренней поверхности правого бедра участка покраснения.

Анамнез заболевания

Отмечает ухудшение самочувствия в течение последних трех дней, когда отметил незначительное повышение температуры тела. Тогда же отметил слабость, головную боль, общее недомогание. Сегодня заметил покраснение на внутренней поверхности бедра. Обратился в поликлинику – направлен на консультацию к инфекционисту.

Анамнез жизни

* Студент заочного отделения. Подрабатывает менеджером в сотовой компании.

Профессиональных вредностей не имеет

* Перенесенные заболевания: ветряная оспа, краснуха, аппендэктомия (в 15 лет), хронический гастрит (на учете у гастроэнтеролога не состоит)

* Аллергический анамнез не отягощён

* Из анамнеза выяснено, что последний месяц отдыхал в Ленинградской области, часто ходил в лес. Факт укусов насекомых отрицает.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное.

* Пульс 72 удара в минуту, АД 110/70 мм рт. ст., тоны сердца приглушены.

* Дыхание жестковатое, ЧДД- 18 уд/мин.

* Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

* На внутренней поверхности правого бедра имеется ограниченный участок гиперемии в виде кольца, более яркий по периферии, бледный в центре, диаметром около 8 см, в центре которого находится небольшая сухая кровянистая корочка. Правой паховый лимфатический узел увеличен.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- 6 суток
- 5 суток
- 4 часа
- 96 часов

Результаты обследования

ИФА для определения антител IgM, IgG к возбудителю клещевого боррелиоза

ИФА с антигеном *Borrelia burgdorferi sensu lato* IgM - положительно

Бактериологическое исследование биоптата кожи на *Bacillus anthracis*

Результат отрицательный

ИФА для определения антител IgM, IgG к вирусу клещевого энцефалита

IgM, IgG к вирусу клещевого энцефалита не определяются

РПГА с тулярийным эритроцитарным антигеном

Антитела к возбудителю туляремии не обнаружены

Исходя из клинико-анамнестических и лабораторных данных, предполагаемым диагнозом является

- 6 суток
- 5 суток
- 4 часа
- 96 часов

Диагноз

Клещевой боррелиоз, ранняя локализованная форма

Клещевой энцефалит, лихорадочная форма

Туляремия, ульцерогландулярная форма

Сибирская язва, кожная локализованная форма

Основным проявлением ранней локализованной стадии иксодовых клещевых боррелиозов является

- склеродермия
- мигрирующая эритема
- карбункул
- доброкачественная лимфоцитома

Максимальный уровень антител IgM к *Borrelia burgdorferi* достигает к

- 2-3 месяцу
- 3-6 неделе
- 10-14 дню
- 5-7 дню

На ранних стадиях заболевания (локализованная форма) основным препаратом является + _____ + в сутки

- метронидазол по 0,5 г/2р
- рибавирин по 400 мг/3р
- доксицилин по 0,1 г/2 р
- ципрофлоксацин по 500 мг/2р

Длительность приема доксицилина при локализованной форме составляет

- 5-7 дней
- 10-14 дней
- 6-8 недель
- 3-4 недели

При положительных результатах исследования снятых переносчиков эффективна профилактика

- меропенемом, сульфадиазином, блеомицином
- доксициклином, бициллином-3, амоксициллином
- офлоксацином, клиндамицином, рокситромицином
- хлорамфениколом, азитромицином, стрептомицином

Инкубационный период клещевого боррелиоза составляет от

- 12 до 48 часов
- 5 до 30 дней
- 14 до 28 дней
- 3-х недель до 3-х месяцев

Чаще всего микст-инфекцией с клещевым боррелиозом является

- клещевой энцефалит
- лихорадка цуцугамуши
- листериоз
- клещевой риккетсиоз

Основным механизмом передачи боррелиозов является

- трансмиссивный
- фекально-оральный
- контактный
- воздушно-пылевой

Диспансерное наблюдение рекомендовано в течение

- 6 месяцев
- 1 года
- 3-5 лет
- 2-3 лет

Основная часть заболеваемости клещевыми боррелиозами регистрируется в период с + _____ + по

- 6 месяцев
- 1 года
- 3-5 лет
- 2-3 лет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

21.08.2021г. в приемное отделение инфекционной больницы доставлен больной Х., 38 лет.

Жалобы

На слабость, головную боль, усиливающуюся при движении, повышение температуры тела, боль в животе и пояснице, тошноту, снижение остроты зрения.

Анамнез заболевания

Заболел остро 4 дня назад, когда появились лихорадка до 38°C , небольшая головная боль, мышечные боли, тошнота, снизился аппетит, покраснели глаза. Связал свое состояние с пищевым отравлением (промыл желудок,пил много жидкости, принял 10 таблеток активированного угля). На 2-й день температура достигла $39,0^{\circ}\text{C}$, знобило, присоединились боль в животе и поясничной области, беспокоила тошнота, дважды была рвота, отметил ухудшение зрения («мелькание мушек, туман перед глазами»). Накануне ночью не спал из-за сильных болей в пояснице, принимал вынужденное положение в постели, мало мочился, но пил много из-за жажды (до 3-х литров). Утром возникло носовое кровотечение. Бригадой «Скорой помощи» доставлен в инфекционный стационар

Анамнез жизни

- * Работает менеджером в торговой компании
- * Проживает в отдельной квартире с женой и малолетним сыном. В семье все здоровы.
- * Перенесенные заболевания: ОРЗ, тонзиллит, ветряная оспа (в детстве), аппендэктомия (10 лет назад)
- * Аллергические реакции на лекарственные препараты и продукты питания отрицает
- * Не курит. Прием алкоголя умеренно («по праздникам»).
- * Из анамнеза выяснено, что 2 недели назад (на 3 дня) выезжал в сельскую местность с коллегами по работе на празднования дня рождения (проживали в частном дачном доме). На дачном участке был контакт с животными (кошки), со слов больного, в земле много нор грызунов (мыши, кроты). Питались мясными продуктами, приготовленными на углях, свежими и консервированными овощами, домашнего приготовления, покупали молочную продукцию у местного фермера, пили много алкоголя. В течение отдыха постоянно были укусы насекомых (комары, слепни) снял с себя клеща, купался в реке. По приезду домой питался домашней пищей, ежедневно заходит в кафе у дома (покупает пиццу, пирожки с начинкой).

Объективный статус

- * Температура тела $37,2^{\circ}\text{C}$.
- * Кожные покровы чистые, сухие, сыпи нет. Лицо, шея гиперемированы, инъекция сосудов склер, кровоизлияние в склереу правого глаза. Губы сухие, потрескавшиеся. На слизистой оболочке мягкого неба точечные кровоизлияния. Лимфоузлы не увеличены.
- * Язык суховат, обложен грязно-белым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируется. Стула не было 2 дня.
- * Поколачивание по поясничной области справа и слева болезненно. За сутки выделил около 300 мл мочи, со слов больного мутной, красноватой.

* Артериальное давление 100/60, пульс 78 в минуту. В легких дыхание жесткое, хрипов нет.

* В сознании, адекватен. Очаговой и менингеальной симптоматики нет
Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 6 месяцев
- 1 года
- 3-5 лет
- 2-3 лет

Результаты обследования

Реакция непрямой иммунофлуоресценции (РНИФ) с антигеном Hantaan virus

РНИФ на антитела к антигену _Hantaan virus_ – обнаружены в титре 1:280

ИФА с антигеном Hantaan virus

ИФА на антитела к антигену _Hantaan virus_ – обнаружены антитела в титре 1:320

Иммунолюминесцентный метод мазков-отпечатков слизистой оболочки носоглотки на выявление цитоплазматические включения Influenza virus

Реакция отрицательная

Реакция нейтрализации и биологическая проба на мышцах для выявления ботулотоксина

Реакция отрицательная

Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на обнаружение anti-Brucella species

Реакция отрицательная

Иммуноферментный анализ (ИФА) крови на определение anti-Tick-borne encephalitis Virus

Результат отрицательный

К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу обследования относят

- 6 месяцев
- 1 года
- 3-5 лет
- 2-3 лет

Результаты обследования

УЗИ почек

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости: Почки расположены типично. Правая почка - размеры 146×65 мм, левая почка – размеры 138×65 мм. Контур ровный, паренхима толщиной до 25-28мм, дифференциация на слои сохранена, рисунок смазан, эхогенность коркового вещества повышенная с гипоэхогенными округлыми пирамидами. ЧЛС не расширена, конкременты не

определяются. Мочеточники не расширены.

Заключение: Увеличение и диффузные изменения в паренхиме почек с утолщением паренхимы и линейных размеров почек.

Офтальмоскопия

Веки, конъюнктивы, склеры: конъюнктивальное кровоизлияние правого глаза. Роговица – прозрачная. Хрусталики – прозрачные. Дно глаза гиперемировано, артерии и вены расширены. Застойный диск зрительного нерва.

КТ легких

Органы грудной клетки без патологии

Биопсия печени

Патологических изменений в биоптате печени не выявлено

Учитывая клинико-anamnestические данные, а также результаты лабораторных и инструментальных исследований, можно думать о диагнозе

- 6 месяцев
- 1 года
- 3-5 лет
- 2-3 лет

Диагноз

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, олигурический период

Острый двусторонний пиелонефрит, фаза активного воспаления, неосложненный

Клещевой энцефалит, лихорадочная форма

Грипп, осложненное течение: острый двусторонний гломерулонефрит

Важными показателями для оценки тяжести заболевания при ГЛПС являются

- коэффициент де Ритиса и непрямой билирубин
- гипергаммаглобулинемия и anti-LKM
- щелочная фосфатаза и гамма-глутамилтрансфераза
- мочевины и креатинин

В общем анализе крови при ГЛПС в олигурическом периоде (период разгара) характерно наличие

- лейкоцитоза, абсолютного лимфоцитоза, атипичных мононуклеаров
- лейкопении, палочкоядерного сдвига влево, анэозинофилии
- лейкоцитоза, нейтрофиллеза, увеличение СОЭ
- лейкопении, лимфоцитоза, снижение СОЭ

Для тяжелого течения ГЛПС характерно снижение диуреза менее + _____ + мл/сут

- 150
- 600
- 500
- 300

К специфическим осложнениям ГЛПС относят

- гнойный менингоэнцефалит
- острую печеночную энцефалопатию
- острый пиелонефрит
- кровоизлияние в гипофиз

В качестве этиотропного препарата при ГЛПС используется + _____ + по + _____ + мг/сут

- ламивудин; 300
- рибавирин; 1000
- азидотимидин; 200
- осельтамивир; 150

В олигурическом периоде ГЛПС для проведения форсированного диуреза применяют

- гидрохлортиазид
- маннитол
- фуросемид
- спиронолактон

Общее количество жидкости, вводимой парентерально в олигурическом периоде, не должно превышать объем выводимой более чем на + _____ + мл

- 500-700
- 100-250
- 200-400
- 750-1000

К клиническим показаниям к экстракорпоральной детоксикации (гемодиализа) при ГЛПС относят

- спонтанный разрыв почки
- инфекционно-токсический шок
- отек легких
- геморрагический инсульт

Инкубационный период при ГЛПС составляет + _____ + дней

- спонтанный разрыв почки
- инфекционно-токсический шок
- отек легких
- геморрагический инсульт

Условие ситуационной задачи

Ситуация

21.09.2021 приемное отделение инфекционной больницы доставлен больной М., 34-х лет.

Жалобы

На выраженную слабость, тошноту, рвоту желудочным содержимым каждые 30 минут, снижение диуреза до 250- 300 мл в сутки, сильные ноющие боли в поясничной области, жажду.

Анамнез заболевания

Заболел остро 8 дней назад, когда повысилась температура тела до 38,2°C, появились общее недомогание, слабость. Самостоятельно принимал римантадин, парацетамол, пил много жидкости. На 4-й день болезни самочувствие ухудшилось: появилась тошнота, повторная рвота. Температура тела периодически повышалась до 38,5 – 39,0°C, выросла слабость. Продолжал принимать самостоятельно анальгетики, жаропонижающие. На 6-й день болезни обратился в поликлинику, где проведена рентгенография органов грудной клетки: патологии не выявлено. Выставлен диагноз ОРЗ, рекомендовано лечение. На следующий день самочувствие ухудшилось, появилась рвота каждые 30 минут, выросла слабость, снижение АД до 90/60 мм рт. ст., появились боли в поясничной области, снижение диуреза.

Бригадой «Скорой помощи» доставлен в инфекционный стационар

Анамнез жизни

* Житель сельской местности. Работает механизатором. Проживает в частном доме. Имеет контакт с животными (кошка, 2 собаки). Дома и в поле отмечал наличие мышевидных грызунов. Не исключен контакт с их выделениями

* Перенесенные заболевания: ОРЗ, тонзиллит, ветряная оспа (в детстве), аппендэктомия (10 лет назад)

* Аллергические реакции на лекарственные препараты и продукты питания отрицает

* Прививочный анамнез не помнит. Прививался последний раз в техникуме. От гриппа прививки не делал.

* Курит по пол пачки в день. Прием алкоголя умеренно («по праздникам»).

Объективный статус

* Сознание сохранено, заторможен.

* Температура тела 36,4°C. Кожа обычной окраски, гиперемия лица, легкий акроцианоз пальцев кистей рук и стоп, склеры глаз инъекцированы, кровоизлияния в склеры глаз, слизистые губ сухие.

* Дыхание ослабленное в нижних отделах, хрипы единичные сухие по всем полям, одышка в покое до 24-28 в минуту. Тоны сердца приглушены, аритмия, АД 140/90 мм рт. ст., ЧСС – 124 в минуту.

* Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Перистальтика ясная, газы отходят, воду пьет активно. Периодически позывы на рвоту, икота.

* Периферических отеков нет. Диурез снижен до 300 мл. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.

В приемном отделении был произведен забор крови и ЭКГ. Отмечается проявления геморрагического синдрома в виде массивных кровоизлияний, экхимозов в местах инъекций, гематомы правильной, округлой формы на коже грудной клетки на месте проведения ЭКГ исследования (грудные отведения).

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- спонтанный разрыв почки
- инфекционно-токсический шок
- отек легких
- геморрагический инсульт

Результаты обследования

ИФА с антигеном Hantaan virus

ИФА: антитела к _Hantaan virus_ Ig M - 1:400, Ig G - 1: 200

ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

|=====

| *Параметр* | *Результат*

| РНК Influenza virus A/H1N1 | Не обнаружено

| РНК Influenza virus B | Не обнаружено

| РНК hRSv - Respiratory Syncytial virus | Не обнаружено

| РНК hCov - Coronavirus | Не обнаружено

| РНК SARS-CoV-2 | Не обнаружено

| РНК hPiv - Parainfluenza virus 1, 2, 3, 4 типов | Не обнаружено

|=====

Бактериологический посев крови на стерильность

Роста нет

Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на обнаружение anti-Brucella species

Реакция отрицательная

Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на обнаружение anti-Francisella tularensis

Результат отрицательный

Обследованиями, необходимыми для оценки степени тяжести заболевания являются

- спонтанный разрыв почки

- инфекционно-токсический шок
- отек легких
- геморрагический инсульт

Результаты обследования

Биохимический анализ крови

Наименование	*Нормы*	*Результат*
Альбумин, г/л	33-50	28
АлАТ, ед/л	До 44	25
АсАТ, ед/л	10-40	58
Глюкоза, ммоль/л	3,5-6,5	8,3
K ⁺⁺ ммоль/л	3,5-5,5	4,88
Na ⁺⁺ ммоль/л	135-150	138
Креатинин, ммоль/л	50-115	22,2
Мочевина, ммоль/л	2,39-6,39	22,2

Клинический анализ крови

Показатель	*Результат*	*Нормы*
Эритроциты (RBC), *10 ¹² /л	4,3	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	107	м. 130-160 ж. 120-140
Тромбоциты (PLT), *10 ⁹ /л	20	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 ⁹ /л	46,3	4-9
Нейтрофилы палочкоядерные, %	8	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	71	47-72
Лимфоциты, %	19	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	12	м. 2-10 ж. 2-15

Общий анализ мочи

Наименование	*Нормы*	*Результат*
Цвет	От светло-желтого, до янтарно-желтого.	Темная
Мутность	Прозрачная	Мутная
Плотность	1008-1026	1038
рН	5,5-7,0	6,0
Белок	отсутствует	3,2 г/л
Эритроциты	0-5	До 30 в поле зрения
Лейкоциты	0-2	1-2
Эпителий		
Почечный		

Коагулограмма

|====

| АЧТВ

(25-35сек) | ПТИ

(80-100%) | Фибриноген

(2.5-4.5 г/л)

| 68,6 | 60 | 1,9

|====

Исследование спинномозговой жидкости

Давление: 180 мм водного столба

Цвет: бесцветный, прозрачный

Цитоз: 8 клеток (лимфоциты)

Белок: 0,22 г/л

Реакция Панди +

Фибриновая пленка – нет.

Глюкоза: 3,9 ммоль/л.

Наличие бактерий – отсутствуют

Клинический анализ кала

|====

| *Показатель* | *Результат*

| Консистенция | твердая

| Форма | оформленная

| Цвет | коричневый

| рН | нейтральная

| Реакция на скрытую кровь | положительно

| Реакция Вишнякува-Трибуле на белок | отрицательная

| Реакция на стеркобилин | положительная

| Реакция на билирубин | отрицательная

| Мышечные волокна | присутствуют

| Слизь | отсутствует

| Кровь | единичные эритроциты

| Остатки непереваренной пищи | немного

| Непереваренная соединительная ткань | отсутствует

| Нейтральный жир, жирные кислоты | положительно

| Соли жирных кислот | небольшое количество

| Растительная клетчатка | много

| Крахмал | отсутствует

| Эпителий | 0,02

| Лейкоциты | единичные в препарате

|====

Учитывая клинико-anamnestические данные, а также результаты лабораторных исследований, можно думать о диагнозе

- спонтанный разрыв почки
- инфекционно-токсический шок
- отек легких
- геморрагический инсульт

Диагноз

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, олигурический период, тяжелое течение

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, начальный (лихорадочный) период, тяжелое течение

Туляремия, первично-септическая форма, средней степени тяжести

Грипп, осложненное течение: острый двусторонний гломерулонефрит, тяжелое течение

К критериям тяжести ГЛПС относят наличие

- уремии
- гемолитической анемии
- бульбарной симптоматики
- гипоальбуминемии

В общем анализе мочи при ГЛПС в олигурическую стадию характерно выявление

- клеток Дунаевского
- макрофагов
- эозинофилов
- клеток Штернгеймера–Мальбина

Для тяжелого течения ГЛПС характерно снижение диуреза менее + _____ + мл/сут

- 500
- 150
- 300
- 600

Специфическим осложнением ГЛПС является

- надрыв капсулы почки
- гнойный менингоэнцефалит
- острый пиелонефрит
- острая печеночная энцефалопатия

В качестве этиотропного препарата при ГЛПС используется

- фавипиравир
- ремдесивир
- рибавирин

- умифиновир

Для стимуляции диуреза в олигурическом периоде ГЛПС применяют

- фуросемид
- маннитол
- спиронолактон
- гидрохлортиазид

Общее количество жидкости, вводимой парентерально в олигурическом периоде, не должно превышать объем выводимой более чем на + _____ + мл

- 750-1000
- 500-700
- 200-400
- 100-250

К противопоказаниям к экстракорпоральной детоксикации (гемодиализа) при ГЛПС относят

- анурию более 5 дней
- массивные кровотечения
- токсическую энцефалопатию с судорожным синдромом
- отек легких на фоне олигоанурии

Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами, переболевшими тяжелой формой ГЛПС, осуществляется в течение + _____ + месяцев

- анурию более 5 дней
- массивные кровотечения
- токсическую энцефалопатию с судорожным синдромом
- отек легких на фоне олигоанурии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 40 лет поступил в клинику инфекционных болезней 16 августа.

Жалобы

На повышение температуры тела, головную боль, слабость, боль в животе и пояснице, сухость во рту, жажду.

Анамнез заболевания

Заболел остро 5 дней назад, когда появились лихорадка до 39°C , головная боль, был небольшой озноб. На 2-й день присоединились боль в животе и поясничной области, беспокоила тошнота, дважды была рвота, пропал аппетит, отметил ухудшение зрения («мушки перед глазами»). Лечился самостоятельно:

пил много жидкости, принимал жаропонижающие и обезболивающие препараты (с незначительным кратковременным эффектом). С 3-4 дня (точно сказать не может) уменьшилось количество мочи, несмотря на употребления большого количества жидкости (моча мутная, темноватая). Со слов больного сегодня утром температура тела впервые снизилась до 37,5°C, однако самочувствие ухудшилось, было носовое кровотечение. На частном транспорте пациент доставлен в больницу.

Анамнез жизни

- * Работает в частной компании по строительству деревянных домов
- * В течение последних 1,5 месяцев возводит бревенчатый дом в садовом товариществе. Проживает вместе с бригадой строителей в бытовке. Воду для питья и приготовления пищи использует бутилированную. Питается вместе с рабочими из бригады самостоятельно приготовленной пищей. Покупает молочные продукты у сельских жителей. На участке строительства имеются две кошки, собака, со слов больного, в земле много нор грызунов (мыши, кроты). За последнюю неделю в бригаде один рабочий болел ОРЗ. В течение всего летнего сезона постоянно были укусы насекомых (комары, слепни, клещи), неоднократно купался в озерах.
- * Перенесенные заболевания: ОРЗ, пневмония 2 года назад, перелом правой лучевой кости (3 года назад)
- * Аллергические реакции на лекарственные препараты и продукты питания отрицает
- * Курит по полпачки в день. Прием алкоголя отрицает.

Объективный статус

- * Температура тела 37.5^o^C.
- * Кожные покровы загорелые, сыпи нет. Отмечается гиперемия лица, шеи, инъекция сосудов склер и конъюнктив. На слизистой оболочке мягкого неба точечные кровоизлияния. Лимфоузлы не увеличены.
- * Язык суховат, обложен серым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации в эпигастральной области. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.
- * Поколачивание по поясничной области справа и слева болезненно.
- * Артериальное давление 100/60, пульс 68 в минуту. В легких дыхание жесткое, хрипов нет.
- * В сознании, адекватен. Очаговой и менингеальной симптоматики нет

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- анурию более 5 дней
- массивные кровотечения
- токсическую энцефалопатию с судорожным синдромом
- отек легких на фоне олигоанурии

Результаты обследования

Реакция непрямой иммунофлуоресценции (РНИФ) с антигеном Hantaan virus

РНИФ на антитела к антигену _Hantaan virus_ – обнаружены в титре 1:356

ИФА с антигеном Hantaan virus

ИФА на антитела к антигену Hantaan virus – обнаружены антитела в титре 1:460

Реакция иммунофлуоресценции (РИФ) на выявление антигена Hantaan virus в мазках-отпечатках

Реакция отрицательная

Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на обнаружение антител к Rickettsia prowazeki

Реакция отрицательная

Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на обнаружение anti-Brucella species

Реакция отрицательная

К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу обследования относят

- анурию более 5 дней
- массивные кровотечения
- токсическую энцефалопатию с судорожным синдромом
- отек легких на фоне олигоанурии

Результаты обследования

УЗИ почек

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости: Почки расположены типично. Правая почка - размеры 146×65 мм, левая почка – размеры 138×65 мм. Контур ровный, паренхима толщиной до 25-28мм, дифференциация на слои сохранена, рисунок смазан, эхогенность коркового вещества повышенная с гипоэхогенными округлыми пирамидами. ЧЛС не расширена, конкременты не определяются. Мочеточники не расширены.

Заключение: Увеличение и диффузные изменения в паренхиме почек с утолщением паренхимы и линейных размеров почек.

Офтальмоскопия

Веки, конъюнктивы, склеры: субконъюнктивальное кровоизлияние левого глаза. Роговица – прозрачная. Хрусталики – прозрачные. Дно глаза гиперемировано, артерии и вены расширены. Застойный диск зрительного нерва.

КТ легких

Органы грудной клетки без патологии

Биопсия печени

Патологических изменений в биоптате печени не выявлено

Учитывая данные анамнеза, данные физикального обследования, а также результаты лабораторных и инструментальных исследований больному можно поставить диагноз

- анурию более 5 дней
- массивные кровотечения

- токсическую энцефалопатию с судорожным синдромом
- отек легких на фоне олигоанурии

Диагноз

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, олигурический период

Острый двусторонний пиелонефрит, фаза активного воспаления, неосложненный

Менингококковая инфекция, генерализованная форма, менингококкемия

Грипп, осложненное течение: острый двусторонний гломерулонефрит

В общем анализе мочи при ГЛПС в олигурическую стадию характерно выявление

- клеток Дунаевского
- макрофагов
- клеток Штернгеймера–Мальбина
- эозинофилов

Для олигурического периода (период разгара) ГЛПС в клиническом анализе крови характерно наличие

- лейкопении, палочкоядерного сдвига влево, анэозинофилии
- лейкоцитоза, палочкоядерного сдвига влево, увеличение СОЭ
- лейкопении, лимфоцитоза, снижение СОЭ
- лейкоцитоза, абсолютного лимфоцитоза, атипичных мононуклеаров

Для среднетяжелого течения ГЛПС характерно повышение уровня креатинина до + _____ + мкмоль/л

- 180
- 130
- 350
- 300

Дифференциальную диагностику ГЛПС в олигурическом периоде целесообразно проводить с

- клещевым энцефалитом
- лептоспирозом
- гриппом
- брюшным тифом

Для этиотропного лечения ГЛПС целесообразно использовать

- азидотимидин
- ламивудин
- рибавирин
- осельтамивир

В олигурическом периоде ГЛПС для проведения форсированного диуреза применяют

- спиронолактон
- фуросемид
- гидрохлортиазид
- маннитол

Общее количество жидкости, вводимой парентерально в олигурическом периоде, не должно превышать объем выводимой более чем на + _____ + мл

- 750-1000
- 100-250
- 200-400
- 500-700

Профилактической мерой в отношении ГЛПС является

- введение специфического иммуноглобулина
- дезинсекция
- дератизация
- химиопрофилактика рибавирином

Инкубационный период при ГЛПС составляет + _____ + дней

- введение специфического иммуноглобулина
- дезинсекция
- дератизация
- химиопрофилактика рибавирином

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В приемное отделение инфекционной больницы доставлен больной М., 48 лет.

Жалобы

На выраженную слабость, сильную головную боль, повышение температуры тела, отсутствие аппетита.

Анамнез заболевания

Заболел неделю назад, когда почувствовал познабливание, слабость, общее недомогание, пропал аппетит, температура тела повысилась до 37,6°C, дважды

был послабленный стул. Много пил жидкости, принимал жаропонижающие. В последующие дни температура тела повышалась до 39,0^oС, появился сухой кашель. Симптомы связал с простудой, начал принимать «Ингавирин», «Бромгексин», за медицинской помощью не обращался. Температура тела держалась постоянной на высоких цифрах, усилилась головная боль, слабость стала выраженной, появилась бессонница. Родственники вызвали бригаду скорой помощи, поскольку пациент был заторможен, стал «заговариваться»

Анамнез жизни

- * Работает менеджером в компании геологоразведки.
- * Проживает в отдельно благоустроенной квартире с семьей (жена, сын 20 лет).
- * Перенесенные заболевания: ОРЗ, аппендэктомия, вирусный гепатит А (в детстве)
- * Аллергические реакции на лекарственные препараты и продукты питания отрицает
- * Курит. Употребление алкоголя, со слов, умеренное.
- * Из анамнеза выяснено, за последние полгода неоднократно по профессиональной деятельности выезжал в Анголу, Нигерию, Намибию, ЦАР. За 5 дней до настоящего заболевания вернулся из очередной командировки. Контакт с инфекционными больными отрицает. Прививался от желтой лихорадки, химиопрофилактику малярии проводил мефлохином.
- * Питается дома, посещает рестораны и кафе. Со слов жены, дома все здоровы.

Объективный статус

- * Температура тела 39,8^oС.
- * В сознании, но заторможен, апатичен, на вопросы отвечает односложно с задержкой.
- * Очаговой и менингеальной симптоматики нет.
- * Лицо умеренно гиперемировано. Кожные покровы сухие, незначительная желтушность кожи ладоней и стоп. Сыпи нет.
- * Периферические лимфоузлы (заднешейные, затылочные) увеличены до размера горошин, безболезненны при пальпации.
- * АД – 110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 88 уд. в мин.
- * В легких дыхание жесткое, единичные сухие хрипы.
- * Язык утолщен, густо обложен сероватым налетом, по краям чистый.
- * Живот вздут, чувствителен в правой подвздошной области. При перкуссии этой области - притупление перкуторного звука. Пальпируются увеличенные печень и селезенка.
- * Стул кашицеобразный, без патологических примесей, 2 раза в сутки, зеленоватого цвета

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- введение специфического иммуноглобулина
- дезинсекция
- дератизация
- химиопрофилактика рибавирином

Результаты лабораторных методов обследования

Посев крови на желчный бульон

Выделена *S. typhi*

РПГА с H-, O- и Vi-антигенами

РПГА с O-антигеном 1:340

Реакция Райта

Результат отрицательный

ИФА крови на выявление антигенов арбовирусов

Результат отрицательный

Иммунолюминесцентный метод выявления антигена возбудителя в мазках-отпечатках слизистой носоглотки

Результат отрицательный

РСК с антигенами *Rickettsia prowazekii*

Результат отрицательный

Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- введение специфического иммуноглобулина
- дезинсекция
- дератизация
- химиопрофилактика рибавирином

Диагноз

Брюшной тиф, типичное течение, период разгара

Желтая лихорадка неуточненная, молниеносная форма

Сыпной тиф, типичное течение, период разгара

Подострый бруцеллез, висцеральная форма

Экзантема при брюшном тифе в большинстве случаев возникает на + ____ + день

- 8-10
- 16-21
- 6-7
- 12-14

Экзантема при брюшном тифе представлена

- обильной пятнисто-папулезной сыпью с геморрагическим компонентом
- единичными розеолами с феноменом подсыпания
- полиморфными высыпаниями от папул до пустулезных элементов
- яркой геморрагической сыпью с элементами некроза

К специфическим осложнениям брюшного тифа относят

- кишечное кровотечение и прободение кишки
- синдром Гийена-Барре и Боннварта
- острую печеночную энцефалопатию и ДВС-синдром
- разрывы мозговых сосудов и гнойный менингоэнцефалит

Типичными изменениями в гемограмме при брюшном тифе являются

- лейкопения, лимфопения, агранулоцитоз
- лейкопения, относительный лимфоцитоз, анэозинофилия
- лейкоцитоз, нейтрофиллез, эозинофилия
- лейкоцитоз, абсолютный лимфоцитоз, атипичные мононуклеары

Дифференциальную диагностику брюшного тифа целесообразно проводить с

- инфекционным мононуклеозом и парагриппом
- геморрагической лихорадкой с почечным синдромом и амебиазом
- малярией и сепсисом
- шигеллезом и энтеровирусной инфекцией

Антибиотикотерапию при брюшном тифе проводят

- курсом 12-14 дней
- до исчезновения клинических симптомов
- до 10-го дня нормальной температуры
- курсом 5-7 дней

Препаратами выбора при лечении брюшного тифа являются

- сульфасалазин, тетрациклин
- триметоприм, гидроксихлорохин
- ципрофлоксацин, цефтриаксон
- ампициллин, хлорамфеникол

Постельный режим больному с брюшным тифом необходимо соблюдать до +__+ дня нормальной температуры

- 2-3
- 10-12
- 6-7
- 4-5

Диспансерное наблюдение за переболевшими тифопаратифозным заболеванием включает

- биохимическое исследование крови (контроль уровня трансаминаз) и УЗИ органов гепатобилиарной системы
- 3-х кратное исследование бактериологического посева крови
- исследование копро-, уринокультуры и термометрию
- контроль за титрами специфических IgG по результатам РПГА

Все переболевшие брюшным тифом лица (кроме работников пищевых предприятий и лиц, приравненных к ним) состоят на учете органов санитарно-эпидемиологического надзора на протяжении

- биохимическое исследование крови (контроль уровня трансаминаз) и УЗИ органов гепатобилиарной системы
- 3-х кратное исследование бактериологического посева крови
- исследование копро-, уринокультуры и термометрию
- контроль за титрами специфических IgG по результатам РПГА

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В приемное отделение инфекционной больницы доставлен больной Х., 28 лет.

Жалобы

На слабость, головную боль, повышение температуры тела, тошноту, боль в животе, жидкий стул до 5 раз в сутки.

Анамнез заболевания

Заболел остро 5 дней назад, когда почувствовал озноб, общее недомогание, боли в животе, отсутствие аппетита, в течение дня была рвота, трижды был послабляющий каловый стул. Принимал имбирь и перечную мяту. В последующие дни температура тела повышалась до 38,8^oC, появились боли в суставах, першение в ротоглотке. Связал это с простудой, полоскал горло отваром ромашки и календулы. На 4-й день боли в животе усилились, стали носить постоянный ноющий характер, особенно в низу живота. Бригадой «Скорой помощи» доставлен в инфекционный стационар

Анамнез жизни

- * Работает менеджером в торговой компании
- * Проживает в съемной квартире. Не женат, детей нет.
- * Перенесенные заболевания: ОРЗ, тонзиллит, ветряная оспа (в детстве), аппендэктомия (10 лет назад)
- * Аллергические реакции на лекарственные препараты и продукты питания отрицает
- * Не курит. Прием алкоголя категорически отрицает. Является веганом.
- * Из анамнеза выяснено, за последние полгода пределы домашнего региона не покидал. Контакт с инфекционными больными отрицает. Животных в доме нет. Питается исключительно растительной пищей, без термической обработки (приверженец сыроедения). Со слов больного ведет здоровый образ жизни,

увлекается йогой. Овощи и фрукты покупает у знакомых фермеров и в сетевых магазинах

Объективный статус

* Температура тела 37.8^oC.

* Пациент пониженного питания. Легкая гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер. Губы сухие, яркие. Язык густо обложен белым налетом, гиперемия дужек и язычка.

* Суставы внешне не изменены, движение в коленных и голеностопных суставах ограничены из-за болей, что более выражено в утренние часы.

* Живот активно участвует в акте дыхания, симметричен, болезненный при глубокой пальпации в правой подвздошной области, где определяется притупление перкуторного звука. Аппендикулярной симптоматики и симптомов раздражения брюшины не выявлено. Стул разжижен, каловый с примесями слизи. Печень и селезенка не пальпируются.

* Диурез в норме. Поколачивание по поясничной области безболезненно.

* Артериальное давление 110/60, пульс 98 в минуту.

* В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

* В сознании, адекватен. Очаговой и менингеальной симптоматики нет

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- биохимическое исследование крови (контроль уровня трансаминаз) и УЗИ органов гепатобилиарной системы
- 3-х кратное исследование бактериологического посева крови
- исследование копро-, уринокультуры и термометрию
- контроль за титрами специфических IgG по результатам РПГА

Результаты лабораторных методов обследования

ПЦР кала

```
|=====  
| Параметр | Результат  
| DNA _salmonella spp._ | отрицательно  
| DNA _shigella spp._ | отрицательно  
| DNA _campylobacter spp._ | отрицательно  
| DNA _yersinia spp._ | положительно  
| DNA _adenovirus_ | отрицательно  
| RNA _rotavirus_ | отрицательно  
| RNA _astrovirus_ | отрицательно  
| RNA _norovirus_ | отрицательно  
|=====  

```

Реакция коаггутинации копрофильтрата на выявление антигенов *Y. pseudotuberculosis, enterocolitica*

Обнаружены антигены *_Yersinia enterocolitica_*

Иммунолюминесцентный метод мазков-отпечатков слизистой оболочки носоглотки на выявление цитоплазматических включений Influenza virus

Реакция отрицательная

Иммуноферментный анализ крови (ИФА) с антигеном Hantaan virus

Реакция отрицательная

Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на обнаружение anti-Brucella species

Реакция отрицательная

Бактериологический посев крови

Роста нет

Учитывая клинико-anamнестические данные, а также результаты лабораторных исследований, можно думать о диагнозе

- биохимическое исследование крови (контроль уровня трансаминаз) и УЗИ органов гепатобилиарной системы
- 3-х кратное исследование бактериологического посева крови
- исследование копро-, уринокультуры и термометрию
- контроль за титрами специфических IgG по результатам РПГА

Диагноз

Иерсиниоз, гастроинтестинальная форма, гастроэнтероколит

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, олигурический период

Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, гастроэнтероколитический вариант

Бруцеллез, остросептическая форма (острый бруцеллез)

Клиническая картина гастроинтестинальной формы иерсиниоза может сопровождаться развитием + _____ + синдрома

- экзантематозного
- нефротического
- абдоминального
- менингеального

Частым симптомом гастроинтестинальной формы иерсиниоза является

- конъюнктивит
- отечность стоп и кистей
- миокардит
- обильная геморрагическая сыпь

Для гастроинтестинальной формы иерсиниозов наиболее характерно + _____ + течение

- хроническое
- подострое
- затяжное
- острое

Дифференциальную диагностику гастроинтестинальной формы иерсиниоза у этого больного целесообразно проводить с

- гастроэнтероколитическим вариантом шигеллеза
- острым вирусным гепатитом
- суставной формой ревматизма (ревмополиартритом)
- острым аппендицитом

В качестве этиотропного препарата данному больному целесообразно назначить + _____ + раза в сутки

- гастроэнтероколитическим вариантом шигеллеза
- острым вирусным гепатитом
- суставной формой ревматизма (ревмополиартритом)
- острым аппендицитом

Дополнительная информация

Через 2,5 месяца после перенесенной инфекции пациент предъявляет жалобы на болевые ощущение в нижней части спины преимущественно в первой половине дня, уменьшающиеся в вечернее время. Боль обычно фиксируется в области крестца и распространяется на правую ягодичную область. Отмечается болезненное разгибание правого бедра при одновременной фиксации таза в положении лежа на животе.

Учитывая клинико-anamнестические данные целесообразно заподозрить у больного развитие

- ревматоидного артрита
- правостороннего сакроилеита
- синдрома Рейтера
- фиброзной остеодистрофии правого бедра

Вторично-очаговые формы иерсиниоза обусловлены развитием

- вирус-бактериальных ассоциаций
- иммунопатологических реакций
- гнойно-септических очагов
- фибринозно-склеротических изменений в органах мишенях

В лечении данного больного с вторично-очаговой формой иерсиниоза целесообразно использовать

- специфическую детоксикацию

- комбинированную антибактериальную терапию
- нестероидные противовоспалительные средства
- глюкокортикостероиды коротким курсом

Инкубационный период при иерсиниозе длится до

- 2-х недель
- 1,5 месяцев
- 15 часов
- 6 суток

Профилактика иерсиниоза включает

- 2-х недель
- 1,5 месяцев
- 15 часов
- 6 суток

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В инфекционную больницу доставлен пациент 42-х лет на 7-й день болезни 28.06.

Жалобы

На повышение температуры тела, головную боль, сухость во рту.

Анамнез заболевания

* Заболел остро 22.06, когда утром появился озноб, температура тела повысилась до 39,0°C, беспокоили общее недомогание, головная боль, боли в поясничной области и в суставах; далее через некоторое время было ощущение сильного жара, в последующем отмечалась потливость, при этом температура снижалась до 37,5°C.

* Подобные приступы возобновлялись ежедневно по утрам вплоть до 26.06. Принимал жаропонижающие средства.

* 27.06 самочувствие было удовлетворительным. Беспокоила только слабость, температура тела не повышалась.

* 28.06 вновь с ознобом повысилась температура тела, беспокоила выраженная слабость, головная боль, появились «неприятные» ощущения в правом и левом подреберье, сухость во рту. Вызвал бригаду «Скорой помощи»

Анамнез жизни

* Менеджер в аутсорсинговой компании

* Аллергоанамнез: не отягощен.

* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания.

* Вредные привычки: отрицает

* Разведен. Проживает в отдельной квартире

* Эпиданамнез: неделю назад вернулся из отпуска (отдыхал в Гоа, Индия). От

брюшного тифа, гепатита А, желтой лихорадки не прививался, личную химиопрофилактику не проводил. Укусы насекомых не замечал.

Объективный статус

* Температура тела 37,3°C.

* Нормостенического телосложения. Кожные покровы обычной окраски, влажные на ощупь. Сыпи, геморрагий, расчесов нет.

* Слизистая ротоглотки обычной физиологической окраски, энантемы нет.

* Периферические лимфоузлы не увеличены.

* Язык сухой, обложен белым налетом.

* Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах.

* Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см; селезенка пальпируется не отчетливо, перкуторно увеличена.

* АД – 120/80 мм рт. ст., ЧСС – 86 уд. в мин., удовлетворительного наполнения.

Тоны сердца ясные, ритмичные.

* В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Хрипов нет.

* Диурез адекватен. Моча светло-желтая. Симптом поколачивания – отрицательный с обеих сторон.

* Стул однократный, оформленный, без патологических примесей.

* В сознании, адекватен. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 2-х недель
- 1,5 месяцев
- 15 часов
- 6 суток

Результаты обследования

Микроскопическое исследование тонкого мазка крови

При микроскопии тонкого мазка обнаружены Plasmodium vivax

Микроскопическое исследование «толстая капля» крови

10 паразитов на 100 лейкоцитов. L- $3,9 \cdot 10^9$ /л

Реакция непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ) на определение антител к Hantaan virus

Реакция отрицательная

Иммуноферментный анализ (ИФА) на определение Anti-WNV IgM

(полуколичественное определение антител класса IgM к West Nile virus)

|=====

| Параметр | Результат | Референсные значения | Единицы измерения
| Anti-WNV IgM (полуколичественное определение антител класса IgM к West Nile virus) | 0,2 | < 0,8 – не обнаружено;

≥ 0,8 < 1,1 – сомнительно;

≥ 1,1 – обнаружено. | ИП (индекс позитивности)

|=====

Иммуноферментный анализ (ИФА) на определение Anti-Dengue virus IgM
Anti-Dengue virus IgM - отрицательно

Учитывая клинико-anamнестические и лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- 2-х недель
- 1,5 месяцев
- 15 часов
- 6 суток

Диагноз

Малярия, вызванная Plasmodium vivax, неосложненная

Желтая лихорадка, неуточненная

Геморрагическая лихорадка Денге, типичная форма

Лихорадка Западного Нила, гриппоподобная форма

Для малярии vivax характерно развитие + _____ + анемии

- фолиево-дефицитной
- постгеморрагической
- гемолитической
- гипопластической

Для лихорадочных приступов при малярии vivax характерно

- строгое чередование их через 72 часа
- отсутствие строгой цикличности
- отсутствие инициальной лихорадки
- повторение их через 48 часов

При малярии vivax поражаются

- зрелые эритроциты
- метарубрициты («поздние» эритробласты)
- эритроциты различной степени зрелости
- ретикулоциты («юные» эритроциты)

Препаратом первого выбора для лечения малярии, вызванной Plasmodium vivax, является

- тетрациклин
- хинин
- хлорохин
- прогуанил

Для предупреждение отдалённых рецидивов при малярии (радикальное излечение), вызванной *Plasmodium vivax*, применяют + _____ + препараты

- гаметоцидные
- гемошизонтоцидные
- гипнозоитоцидные
- гистошизонтоцидные

Для предупреждение отдалённых рецидивов при малярии, вызванной *Plasmodium vivax*, применяют + _____ + мг/кг в сутки

- хинин 10
- хлорохин 10
- примахин 0,25
- артесунат 4

Минимальный инкубационный период при малярии *vivax* (при заражении тахиспорозитами) составляет

- 10-21 день
- 2-6 суток
- 6-8 недель
- 45-56 дней

_ *P. vivax* _ может существовать в организме человека без лечения

- до 3-х лет
- 2 месяца
- до 6 месяцев
- пожизненно

Химиопрофилактику малярии, вызванной *P. vivax*, проводят

- тетрациклином
- хлорохином
- атовахоном
- хинином

Диспансерное наблюдение за больными, перенесших малярию, вызванную *P. vivax*, осуществляется в течение

- тетрациклином
- хлорохином
- атовахоном
- хинином

Условие ситуационной задачи

Ситуация

17.08. пациент М, 43-х лет доставлен в инфекционную больницу.

Жалобы

На периодические ознобы, повышение температуры тела, слабость.

Анамнез заболевания

* Заболел остро 11.08, когда вечером (около 17.00) появился умеренный озноб, головная боль, ломота во всем теле, поднялась температура тела до 39,5°C.

Ночью температура тела упала до 36,2°C, обильно пропотел.

* На следующий день самочувствие нормализовалась, температура оставалась нормальной, сохранялась лишь незначительная слабость.

* В последующие дни приступы повторялись через сутки еще дважды, причем в одно и то же время.

Анамнез жизни

* Инженер

* Аллергоанамнез: не отягощен.

* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания, малярия ovale - 2 года назад (лечился далагиллом в течение 3-х дней)

* Вредные привычки: отрицает

* Женат, 2-е детей. Проживает в отдельной квартире

* Эпиданамнез: за пределы домашнего региона за последние полгода не выезжал. В семье все здоровы. Питается дома, в кафе, заказывает фермерские продукты (домашний творог, сыр, молоко).

Объективный статус

* Температура тела 39,2°C.

* Нормостенического телосложения. Кожные покровы бледные, сухие, геморрагий нет. Герпетические высыпания на губах.

* Слизистая ротоглотки обычной физиологической окраски, энантемы нет.

* Периферические лимфоузлы не увеличены.

* Язык сухой, обложен белым налетом.

* Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах.

* Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, плотно-эластичная, чувствительна при пальпации; селезенка пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги, плотная, безболезненна.

* АД – 100/60 мм рт. ст., ЧСС – 96 уд. в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные.

* В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Хрипов нет.

* Диурез адекватен. Моча светло-желтая. Симптом поколачивания – отрицательный с обеих сторон.

* Стул однократный, оформленный, без патологических примесей.

* В сознании, адекватен. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

В общем анализе крови: Нb-100 г/л, Л- 3,5 {asterisk} 10⁹/л, э-1%, п-12%, с-38%, лимф-36%, м-13%, СОЭ-28 мм/ч

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- тетрациклином
- хлорохином
- атовахоном
- хинином

Результаты обследования

Микроскопическое исследование тонкого мазка крови

При микроскопии тонкого мазка обнаружены *Plasmodium ovale*

Микроскопическое исследование «толстая капля» крови

400 плазмодиев в 1 мкл крови

Реакция микроагглютинации (РМА) на обнаружение anti- *Leptospira interrogans*

Реакция отрицательная

Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на обнаружение anti-*Brucella species*

Реакция отрицательная

Бактериологический посев крови на стерильность

Роста нет

Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- тетрациклином
- хлорохином
- атовахоном
- хинином

Диагноз

Малярия, вызванная *Plasmodium ovale*, поздний рецидив

Подострый бруцеллез, висцеральная форма

Малярия, вызванная *Plasmodium ovale*, ранний рецидив

Лептоспироз, безжелтушная форма, типичное течение

Помимо *Pl. ovale* поздние экзоэритроцитарные рецидивы возможны при малярии, вызванной

- *Plasmodium malariae*
- *Plasmodium falciparum*
- *Plasmodium knowlesi*
- *Plasmodium vivax*

Пирогенный эффект при малярии, вызванной *Plasmodium ovale*, обусловлен

- развитием деструкции сосудистых стенок
- персистенцией возбудителя в макрофагах
- развитием гранулематозного процесса в печени
- гемолизом

Pl. ovale инфицирует преимущественно

- поздние эритробласты (метарубрициты)
- эритроциты различной степени зрелости
- зрелые эритроциты
- молодые эритроциты (ретикулоциты)

Развитию позднего рецидива у данного больного способствовало отсутствие применения 2 года назад при лечении малярии + _____ + препаратов

- гистошизонтоцидных
- гемошизонтоцидных
- гипнозоитоцидных
- гаметоцидных

К препаратам выбора для лечения малярии, вызванной Plasmodium ovale, относят

- тетрациклин
- пириметамин+сульфадоксин
- артемизинин+люмефантрин
- хлорохин

Применение хлорохина у данного больного можно будет считать эффективным, если на 3-е сутки лечения уровень паразитемии у него составляет не более + _____ + плазмодий в 1 мкл при исходном уровне 400 плазмодиев

- 50
- 100
- 200
- 10

При малярии, вызванной Plasmodium ovale, после курса хлорохина, целесообразно применить + _____ + мг/кг в сутки

- хлорохин 10
- артезулат 4
- примахин 0,25
- хинин 10

Минимальный инкубационный период при малярии ovale (при заражении тахиспорозитами) составляет

- 48-76 дней
- 11-16 дней
- 3-7 суток
- 6-8 недель

Для химиопрофилактики малярии, вызванной *P. ovale*, используют

- хлорохин
- примахин
- артемизин
- хинин

За больными, перенесших малярию, вызванную *P. ovale*, диспансерное наблюдение осуществляется в течение

- хлорохин
- примахин
- артемизин
- хинин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В инфекционную больницу доставлен пациент 39-ти лет на 7-й день болезни 11.08.

Жалобы

На ознобы, повышение температуры тела до 40°C, выраженную потливость, сильную головную боль, боли в мышцах, тошноту.

Анамнез заболевания

* Заболел остро 05.08, когда около полудня появился озноб, температура тела повысилась до 39,0°C, отмечалась потливость. Принимал жаропонижающие средства.

* В последующие два дня самочувствие было удовлетворительным, за медицинской помощью не обращался.

* 08.08. около 13.00 вновь почувствовал озноб, подъем температуры до 39,8°C, слабость. Вечером обильно пропотел. Последующие два дня температура тела была нормальной.

* 11.08 – вновь поднялась температура с ознобом, беспокоили сильная головная и мышечная боли, тошнота.

Анамнез жизни

* Инженер геолого-разведывательной компании.

* Аллергоанамнез: неотягощен.

* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания, пневмония (3 года назад)

* Вредные привычки: курит по полпачки в день

* Женат, детей нет. Проживает в отдельной квартире

* Эпиданамнез: неделю назад вернулся из служебной командировки из Гвинейской Республики (Западная Африка), где находился в течение 3-х месяцев. Личную химиопрофилактику не проводил. От брюшного тифа, гепатита А, желтой лихорадки не прививался.

Объективный статус

* Температура тела 39,6°C.

* Повышенного питания. Кожные покровы гиперемированы, влажные на ощупь. Сыпи, геморрагий нет.

* Слизистая ротоглотки обычной физиологической окраски, энантемы нет.

* Периферические лимфоузлы не увеличены.

* Язык сухой, обложен белым налетом.

* Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах.

* Печень и селезенка не пальпируются.

* АД – 130/90 мм рт. ст., ЧСС – 100 уд. в мин., удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ясные, ритмичные.

* В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы. Хрипов нет.

* Диурез адекватен. Стул однократный, оформленный, без патологических примесей.

* Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- хлорохин
- примахин
- артемизин
- хинин

Результаты обследования

Микроскопическое исследование тонкого мазка крови

При микроскопии тонкого мазка обнаружены Plasmodium malariae

Микроскопическое исследование «толстая капля» крови

Уровень паразитемии 780 в 1 мкл крови

Реакция непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ) на определение антител к Hantaan virus

Реакция отрицательная

Иммуноферментный анализ (ИФА) на определение Anti-WNV IgM

(полуколичественное определение антител класса IgM к West Nile virus)

|=====

| Параметр | Результат | Референсные значения | Единицы измерения
| Anti-WNV IgM (полуколичественное определение антител класса IgM к West Nile virus) | 0,4 | < 0,8 – не обнаружено;

≥ 0,8 < 1,1 – сомнительно;

≥ 1,1 – обнаружено. | ИП (индекс позитивности)

|=====

Иммуноферментный анализ (ИФА) на определение Anti-Dengue virus IgM
Anti-Dengue virus IgM - отрицательно

Учитывая клинико-anamнестические и лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- хлорохин
- примахин
- артемизин
- хинин

Диагноз

Малярия, вызванная Plasmodium Malariae

Желтая лихорадка, неуточненная

Геморрагическая лихорадка Денге, типичная форма

Лихорадка Западного Нила, гриппоподобная форма

Для малярии malariae характерно

- отсутствие инициальной лихорадки
- частое развитие гипогликемического состояния
- наличие короткого и слабо выраженного периода озноба
- раннее появление анемии

Для лихорадочных приступов при малярии malariae характерно

- наличие инициальной лихорадки
- отсутствие строгой цикличности
- повторение их через 48 часов
- строгое чередование их через 72 часа

При малярии malariae поражаются

- зрелые эритроциты
- эритроциты различной степени зрелости
- ретикулоциты («юные» эритроциты)
- метарубрициты («поздние» эритробласты)

Характерным осложнением малярии malariae является

- малярийный алгид
- нефротический синдром
- гемоглобинурийная лихорадка
- малярийная кома

Для лечения малярии malariae применяют + _____ + препараты

- гемошизонтоцидные
- гипнозоитоцидные
- гаметоцидные
- гистошизонтоцидные

Для лечения данного больного целесообразно назначить

- хинин
- хлорохин
- примахин
- прогуанил

Инкубационный период при малярии malariae составляет от

- 8-ми до 16 дней
- 11-ти дней до 2-х лет
- 3-х до 6-ти недель
- 10-ти дней до 14 месяцев

Pi. malariae может существовать в организме человека без лечения

- до 1,5 лет
- пожизненно
- 3 года
- 2 месяца

Химиопрофилактику малярии malariae проводят

- хинином
- доксициклином
- хлорохином
- атовахоном

Диспансерное наблюдение за больными, перенесших малярию malariae осуществляется в течение

- хинином
- доксициклином
- хлорохином
- атовахоном

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент С., 17-ти лет доставлен в инфекционный стационар.

Жалобы

На повышение температуры тела, слабость, головную боль, насморк, сыпь по всему телу.

Анамнез заболевания

- * Заболел 4 дня назад, когда появился насморк, заметил небольшую болезненность и увеличение затылочных и шейных лимфоузлов.
- * Через день повысилась температура тела: сначала до 37,5°C, затем до 38,0°C. Беспокоили слабость, умеренная головная боль. Принимал парацетамол с хорошим эффектом.
- * На 4-й день болезни появилась сыпь на лице. Была вызвана бригада «Скорой помощи»

Анамнез жизни

- * Учащийся колледжа
- * Проживает в отдельной квартире с родителями и старшей замужней сестрой, находящейся на 20-й недели беременности.
- * Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: ветряная оспа, простудные заболевания, кишечные инфекции, вирусный гепатит А (в 7 лет), atopический дерматит.
- * Вредные привычки: отрицает.
- * Прививочный анамнез: со слов матери, имеет мед. отвод от вакцинации, по причине частых аллергических реакций, включая на аминокислоты. От сезонного гриппа также не прививался

Объективный статус

- * Температура тела 37,7°C.
- * Слизистая ротоглотки умеренно гиперемирована, небные миндалины не увеличены, налетов нет
- * На коже лица, туловища, верхних и нижних конечностей обильная мелкопятнистая сыпь на неизменном фоне, зуда нет.
- * Периферические лимфоузлы (заднешейные, затылочные) увеличены до 1 см в диаметре, умеренно болезненные. Остальные лимфоузлы не пальпируются
- * АД – 110/70 мм рт. ст., ЧСС – 86 уд. в мин.
- * В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет.
- * Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.
- * Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- хинином
- доксициклином
- хлорохином
- атовахоном

Результаты обследования

Полимеразная цепная реакция к возбудителям кори, краснухи, паротита

Полимеразная цепная реакция к возбудителям:

|=====

| *Параметр* | *Результат*

| RNA Measles virus | Не обнаружено

| RNA Rubella virus | Обнаружено

| RNA Mumps virus | Не обнаружено

|=====

Иммунолюминесцентный метод мазков-отпечатков

Результат отрицательный

Реакция гетероагглютинации Хофф-Бауэра

Результат отрицательный

Полимеразная цепная реакция к возбудителям ОРВИ

|=====

| *Параметр* | *Результат*

| RNA Influenza virus A | Не обнаружено

| RNA Influenza virus B | Не обнаружено

| DNA Parainfluenza virus 1 | Не обнаружено

| DNA Parainfluenza virus 2 | Не обнаружено

| DNA Parainfluenza virus 3 | Не обнаружено

| DNA Parainfluenza virus 4 | Не обнаружено

| RNA NL-63, 229E | Не обнаружено

| RNA HKU-1, OC 43 | Не обнаружено

| DNA hBov | Не обнаружено

| DNA Adv | Не обнаружено

| RNA hRSv | Не обнаружено

| RNA hRv | Не обнаружено

|=====

Учитывая клиничко-анамнестические и лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- хинином
- доксициклином
- хлорохином
- атовахоном

Диагноз

Краснуха, типичное течение, период высыпаний

Инфекционный мононуклеоз, типичное течение

Грипп, типичное течение, неосложненный, токсико-аллергическая реакция на парацетамол

Аденовирусная инфекция, типичное течение

Характерный вариант экзантемы при краснухе проявляется

+ _____ + сыпью

- мелкоточечной, на гиперемизированном фоне кожи, с последующим шелушением
- везикулезной, обильной, сопровождающейся сильным зудом
- мелкопятнистой, бледно-розовой, обильной, без склонности к слиянию
- мелкоточечной, петехиальной, располагающейся линейно

Наиболее характерным при краснухе является увеличение

+ _____ + лимфоузлов

- подмышечных
- затылочных
- надключичных
- паховых

Дифференциальную диагностику краснухи следует проводить с

- менингококковой инфекцией, розей
- лихорадкой денге, сыпным тифом
- иктерическим боррелиозом, сепсисом
- корью, энтеровирусной экзантемой

Атипичная форма краснухи характеризуется отсутствием

- менингококковой инфекцией, розей
- лихорадкой денге, сыпным тифом
- иктерическим боррелиозом, сепсисом
- корью, энтеровирусной экзантемой

Дополнительная информация

На второй день после высыпаний у больного появились жалобы на боли в области суставов кистей и стоп.

Объективно: лучезапястные, таранно-пяточные и межфаланговые суставы увеличены в объеме, контуры сглажены, кожа над ними гиперемизирована, отмечается ограничение движения в них из-за болей.

Учитывая данные осмотра, нельзя исключить развитие у пациента

- острого синовита
- ювенильного артрита
- острого полиартрита
- остеохондропатии

Лечебная тактика при краснушном полиартрите включает назначение

- противовирусных препаратов
- глюкокортикостероидов коротким курсом
- нестероидных противовоспалительных средств
- антибактериальных препаратов широкого спектра действия

Изоляция больного краснухой осуществляется в течение + _____ + суток с момента высыпания

- 7
- 5
- 3
- 14

Инкубационный период при краснухе продолжается от

- 2 до 5 суток
- 3 до 6 недель
- 12 до 48 часов
- 10 до 25 дней

Определение Anti-Rubella virus IgM у беременной сестры пациента необходимо провести не позднее + _____ + дня после контакта с источником инфекции

- 15
- 12
- 5
- 21

Классическая триада пороков развития при синдроме врожденной краснухи включает

- 15
- 12
- 5
- 21

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Л., 37-ти лет доставлена в инфекционный стационар.

Жалобы

На сыпь по всему телу, слабость, першение в ротоглотке, повышение температуры тела.

Анамнез заболевания

* Заболела 3 дня назад, когда появилось першение в ротоглотке, заметила

небольшую болезненность и увеличение затылочных и шейных лимфоузлов. Использовала антисептики в виде спрея, таблетки «Фарингосепт».

* Через день повысилась температура тела: сначала до 37,6°C, затем до 38,4°C. Беспокоили слабость, умеренная головная боль. Принимала жаропонижающие (Парацетамол).

* К вечеру появилась сыпь на лице. Была вызвана бригада «Скорой помощи»

Анамнез жизни

* Домохозяйка

* Проживает в общежитии с мужем и двумя несовершеннолетними дочерьми, посещающие детские дошкольные учреждения.

* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания, кишечные инфекции, пневмония (5 лет назад)

* Вредные привычки: отрицает.

* Прививочный анамнез: не известен. Когда прививалась последний раз - не помнит. От сезонного гриппа и COVID-19 не прививалась.

Объективный статус

* Температура тела 38,4°C.

* Слизистая ротоглотки умеренно гиперемирована, небные миндалины не увеличены, налетов нет

* На коже лица, туловища, верхних и нижних конечностей на неизменном фоне мелкопятнистая сыпь, более обильная на спине и разгибательных поверхностях конечностей. Визуализируются единичные петехии, зуда нет.

* Периферические лимфоузлы (подчелюстные, заднешейные, затылочные) увеличены до 1 см в диаметре, умеренно болезненные. Остальные лимфоузлы не пальпируются

* АД – 100/70 мм рт. ст, ЧСС – 92 уд. в мин.

* Кашля нет. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет.

* Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

* Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- 15
- 12
- 5
- 21

Результаты обследования

Полимеразная цепная реакция к возбудителям кори, краснухи, паротита
Полимеразная цепная реакция к возбудителям:

|=====

| *Параметр* | *Результат*

| RNA Measles virus | Не обнаружено

| RNA Rubella virus | Обнаружено

| RNA Mumps virus | Не обнаружено

|=====

Иммуноферментный анализ крови на определение антител к вирусу SARS-CoV-2

Результат отрицательный

Реакция гетероагглютинации Хофф-Бауэра

Результат отрицательный

Полимеразная цепная реакция к возбудителям ОРВИ

|=====

| *Параметр* | *Результат*

| RNA Influenza virus A | Не обнаружено

| RNA Influenza virus B | Не обнаружено

| DNA Parainfluenza virus 1 | Не обнаружено

| DNA Parainfluenza virus 2 | Не обнаружено

| DNA Parainfluenza virus 3 | Не обнаружено

| DNA Parainfluenza virus 4 | Не обнаружено

| RNA NL-63, 229E | Не обнаружено

| RNA HKU-1, OC 43 | Не обнаружено

| DNA hBov | Не обнаружено

| DNA Adv | Не обнаружено

| RNA hRSv | Не обнаружено

| RNA hRv | Не обнаружено

|=====

Учитывая клиничко-анамнестические и лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- 15
- 12
- 5
- 21

Диагноз

Краснуха, типичное течение, период высыпаний

Инфекционный мононуклеоз, типичное течение

Грипп, типичное течение, неосложненный, токсико-аллергическая реакция на парацетамол

Корь, типичное течение, период высыпаний

Специфические антитела, относящиеся к классу IgM в высоких титрах при краснухе, выявляются после + _____ + дня болезни

- 7-10
- 3-5
- 21-28

- 14-18

Экзантема при краснухе характеризуется как

- полиморфная, макуло-папуло-везикулезная, сопровождающаяся сильным зудом
- розеолезно-петехиальная на гиперемизированном фоне кожи
- мелкопятнистая, без последующей пигментации и шелушения кожи
- геморрагическая, звездчатая с некротическим компонентом

Дифференциальную диагностику краснухи проводят с

- менингококковой инфекцией (менингококкемией)
- кожным вариантом Лайм-боррелиоза
- геморрагической формой лихорадки Денге
- генерализованной формой псевдотуберкулеза

При атипичной форме краснухи отсутствует

- менингококковой инфекцией (менингококкемией)
- кожным вариантом Лайм-боррелиоза
- геморрагической формой лихорадки Денге
- генерализованной формой псевдотуберкулеза

Дополнительная информация

На третий день после высыпаний у больной появились жалобы на усиление интоксикации, выраженную слабость, головокружение, ухудшение зрения.

Отмечает неустойчивую походку, была однократная рвота.

К концу дня развился приступ генерализованных судорог, уровень сознания-сопор, сомнительная ригидность затылочных мышц. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Гемодинамика стабильна.

Произведена люмбальная пункция.

Ликвор: прозрачный, давление повышено, цитоз 12 клеток (97% лимфоциты), глк- 2,5 ммоль/л, белок 0,6 г/л

Учитывая клинико-лабораторные данные, нельзя исключить развитие у пациентки

- кистозно-слипчивого арахноидита
- энцефалита
- окклюзии а. carotis interna
- гнойного менингита

Краснушный энцефалит может сочетаться с

- острым панкреатитом
- тромбоцитопенической пурпурой
- синдромом Боннварта

- инфекционно-токсическим шоком

Причиной летального исхода при тромбоцитопенической пурпуре может стать

- острый инфаркт миокарда
- отек и набухание головного мозга
- дисфункция передней доли гипофиза
- кровоизлияние в мозг

Лечебная тактика при краснушном энцефалите включает назначение

- глюкокортикостероидов
- нестероидных противовоспалительных средств
- антибактериальных препаратов широкого спектра действия
- противовирусных препаратов

Изоляция больного краснухой осуществляется в течение + _____ + суток с момента высыпания

- 10
- 5
- 7
- 14

Инкубационный период при краснухе продолжается от

- 10
- 5
- 7
- 14

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент К, 19-ти лет направлен на консультацию к инфекционисту.

Жалобы

На общую слабость, головную боль, повышение температуры тела до 38,2С, боль в горле при глотании.

Анамнез заболевания

* Заболел около 2-х недель назад с повышения температуры тела до 37,2С, общего недомогания, неприятных ощущений в горле при глотании.

Самостоятельно полоскал горло антисептиками – без выраженного эффекта.

* Обратился в поликлинику к участковому терапевту. При осмотре врач обратил внимание на увеличение лимфатических узлов, гиперемию задней стенки глотки. Назначено лабораторное обследование. В последующие дни лихорадка

и плохое самочувствие сохранялись. С результатами лабораторного обследования направлен на консультацию к инфекционисту

Анамнез жизни

- * Студент 1-го курса очного отделения ВУЗа.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год, Операции, переливания крови отрицает.
- * Вредные привычки: курит вейп (электронные сигареты). Со слов алкоголь употребляет умеренно (пиво).
- * Анамнез жизни: не женат, детей нет. Проживает в студенческом общежитии
- * Эпиданамнез: питается в студенческой столовой и самостоятельно приготовленной пищей; не всегда есть возможность вымыть руки. За последние 6 месяцев за пределы домашнего региона не выезжал. Посещение стоматолога, уролога за последние полгода отрицает. Со слов, в окружении все здоровы. Имел незащищенные барьерными контрацептивами половые отношения.
- * Прививочный анамнез: привит по возрасту. От гриппа прививался в институте.

Объективный статус

- * Температура тела 37,8°C.
- * Пациент гипостенического телосложения. Кожные покровы обычной окраски, умеренной влажности, сыпи, геморрагий нет.
- * Дыхание через нос свободное. Ринореи нет. Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, язычка) слегка гиперемирована. Миндалины увеличены до I степени, со скудным, легко отделяемым белесоватым содержимым в лакунах.
- * Пальпируются увеличенные до 1 см в диаметре, плотноэластической консистенции, подвижные, безболезненные лимфатические узлы шейной группы, а также подмышечные лимфоузлы.
- * В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин.
- * АД-110/70 мм.рт.ст, ЧСС –72 уд. в мин.
- * Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не увеличена. Стул однократный, послабленный, обычного цвета.
- * Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез не изменен. Моча светлая.
- * В сознании, адекватен. Ориентирован в месте и времени. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.
- * В предоставленных результатах лабораторных исследований:
- * Общий анализ крови:

|=====

Наименование	Нормы	Результат
--------------	-------	-----------

Гемоглобин м		
--------------	--	--

ж 130 - 160 г/л		
-------------------	--	--

120-140 г/л 131		
-------------------	--	--

Эритроциты м		
--------------	--	--

ж 4,0-6,0 x 10 ¹² /л		
-----------------------------------	--	--

3,9-4,7 x10 ¹² /л 4,2		
------------------------------------	--	--

Тромбоциты 180-360 x 10 ⁹ /л 220		
---	--	--

| Лейкоциты | 4,0-9,0 x 10⁹/л | 8,3
| Палочкоядерные | 1-6% | 5
| Сегментоядерные | 42-72% | 54
| Эозинофилы | 0,5-5% | 1
| Базофилы | 0-1% | 0
| Лимфоциты | 19-37% | 32
| Моноциты | 3-11% | 8
| СОЭ м
ж | 1 – 10 мм/ч
2 – 15 мм/ч | 15
|====

* Реакция Хоффа-Бауэра - отрицательная

Для постановки диагноза необходимым лабораторным методом обследования больного является

- 10
- 5
- 7
- 14

Результаты лабораторного метода обследования

Иммуноферментный анализ крови (ИФА) на антитела к ВИЧ и иммунный блоттинг

ИФА на антитела к ВИЧ – положительный

Иммунный блоттинг

|====
| ИБ ВИЧ Маркеры | Результат
| gp 160 | Отрицательный
| gp 120 | Отрицательный
| gp 41 | Отрицательный
| p 55 | Отрицательный
| p 40 | Отрицательный
| p 24 | Положительный
| p 17 | Отрицательный
| p 68 | Отрицательный
| p 52 | Отрицательный
| p 34 | Отрицательный
|====

Иммуноферментный анализ крови (ИФА) на антитела к Francisella tularensis

Результат отрицательный

Иммуноферментный анализ крови (ИФА) на антитела к Brucella spp

Результат отрицательный

Реакция иммунофлюоресценции мазков-отпечатков из носа

Реакция отрицательная

Для дальнейшего обследования пациента с целью верификации диагноза показано определение

- 10
- 5
- 7
- 14

Результаты обследования

Определение РНК/ДНК ВИЧ

РНК ВИЧ - положительно

Вирусная нагрузка: 214147 коп/мл

Определение РНК SARS-CoV-2

РНК SARS-CoV-2 - отрицательно

Определение ДНК Francisella tularensis subsp

ДНК Francisella tularensis subsp.- отрицательно

Определение ДНК ВЭБ (EBV)

ДНК ВЭБ (EBV) - отрицательно

Учитывая данные клинико-лабораторного обследования больного, можно предположить диагноз

- 10
- 5
- 7
- 14

Диагноз

ВИЧ-инфекция, стадия ПБ

ВИЧ-инфекция, стадия Ш

Инфекционный мононуклеоз, типичное течение

Туляремия, ангинозногlandулярная форма, типичное течение

Поражение иммунной системы при ВИЧ-инфекции проявляется

- снижением количества CD4+ лимфоцитов
- высоким уровнем В-лимфоцитов
- повышением количества CD4+ лимфоцитов
- низким уровнем ЦИК (циркулирующих иммунных комплексов)

Результат иммуноблота расценивают положительным при определении антител к

- p 24 и gp 160

- двум из трех гликопротеинов - gp 120, gp 41, gp 160
- двум из трех протеинов - p 24, p 55, p17
- одному из трех гликопротеинов - gp 120, gp 41, gp 160

Основным клиническим проявлением острой стадии ВИЧ-инфекции является

- кахексия
- интоксикация
- персистирующая генерализованная лимфаденопатия
- очаговая симптоматика

Частым клиническим проявлением острого ретровирусного (мононуклеозоподобного) синдрома является

- частое болезненное мочеиспускание
- эритематозно-макулёзная сыпь
- желтуха
- поражение околосуставных тканей

Одним из показаний к быстрому началу антиретровирусной терапии является

- наличие панцитопении
- увеличение количества ЦИК
- наличие вирусной нагрузки РНК ВИЧ < 10 000 копий в 1 мл
- снижение CD4 {plus} ≤ 350 клеток в 1 мкл

При лечении ВИЧ инфекции назначают

- блокаторы M2-каналов
- ингибиторы фузии
- ингибиторы нейраминидазы
- блокаторы NS5A

Для оценки эффективности антиретровирусной терапии определяют

- уровень CD8 {plus} лимфоцитов
- вирусную нагрузку РНК ВИЧ
- количество циркулирующих иммунных комплексов
- количество иммуноглобулинов

При попадании крови или других биологических жидкостей инфицированного ВИЧ на кожу, это место необходимо обработать

- 70% раствором этанола
- 0,05% раствором анолита
- 1% раствором хлорамина

- 6% раствором перекиси водорода

Продолжительность инкубационного периода при ВИЧ инфекции обычно составляет от

- 70% раствором этанола
- 0,05% раствором анолита
- 1% раствором хлорамина
- 6% раствором перекиси водорода

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 23 лет направлен на госпитализацию в инфекционный стационар.

Жалобы

На повышение температуры тела до 38,6С, боль в горле при глотании, общую слабость, головную боль, высыпания на коже.

Анамнез заболевания

- * Заболел остро три дня назад с повышения температуры тела до 38.5°C в ночные часы, появления однократного жидкого стула. Принял лоперамид и парацетамол, утром пошел на работу, со слов пациента весь день беспокоила слабость.
- * В тот же день отметил появление першения в горле и боли при глотании, боли в суставах, лихорадка сохранялась. По совету коллеги на третий день болезни принял большую дозу витамина С, на следующий день у пациента в области груди и спины появилась сыпь.
- * Госпитализирован бригадой СМП по направлению терапевта поликлиники.

Анамнез жизни

- * Менеджер по продажам в торговом зале.
- * Анамнез жизни: не женат, детей нет. Проживает в съёмном жилье.
- * Эпиданамнез: питается в столовой для сотрудников в торговом центре и дома. Работает в торговом зале в перчатках и маске. За границу за последние полгода не выезжал. Со слов, в окружении все здоровы. Из анамнеза известно, что пациент 2 месяца назад имел незащищенный половой контакт с девушкой с сайта знакомств.
- * Аллергоанамнез: неотягощен.
- * Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год, ветряной оспой болел в детстве. Посещение стоматолога, уролога за последние полгода отрицает. Операции, переливания крови отрицает. От кори, краснухи, COVID-19 вакцинирован.
- * Вредные привычки: курит вейп (электронные сигареты). Со слов алкоголь употребляет умеренно (пиво).

Объективный статус

- * Температура тела 37,8°C
- * Склеры не инъецированы. Кожные покровы бледно-розовые. На коже лица,

туловища и конечностей разрозненные элементы пятнистой сыпи диаметром до 2 см, не зудящей.

* Дыхание через нос свободное. Ринореи нет. Задняя стенка глотки гиперемирована, на слизистой щек единичные язвы овальной формы до 3 мм в диаметре, миндалины увеличены до 1 степени, налетов нет.

* Шейные, затылочные, подчелюстные, подмышечные лимфоузлы увеличены в размере до 0,5-1 см, эластичные, подвижные, безболезненные.

* В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин.

* АД-110/70 мм.рт.ст, ЧСС –74 уд. в мин.

* Живот симметричный, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, нижний край селезенки пальпируется у края реберной дуги. Стула не было.

* Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез не изменен. Моча светлая.

* В сознании, адекватен. Ориентирован в месте и времени. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Общий анализ крови при поступлении

|=====

| Наименование | Нормы | Результат

| Гемоглобин м

ж | 130 - 160 г/л

120-140 г/л | 131

| Эритроциты м

ж | $4,0-6,0 \times 10^{12}/л$

$3,9-4,7 \times 10^{12}/л$ | 4,2

| Тромбоциты | $180-360 \times 10^9/л$ | 220

| Лейкоциты | $4,0-9,0 \times 10^9/л$ | 8,3

| Палочкоядерные | 1-6% | 5

| Сегментоядерные | 42-72% | 52

| Эозинофилы | 0,5-5% | 1

| Базофилы | 0-1% | 0

| Лимфоциты | 19-37% | 34

| Моноциты | 3-11% | 8

| СОЭ м

ж | 1 – 10 мм/ч

2 – 15 мм/ч | 15

|=====

Круг дифференциально-диагностического поиска у данного больного включает

- грипп, респираторно-синцитиальную инфекцию
- лептоспироз, геморрагическую лихорадку с почечным синдромом
- листериоз (железистую форму), бруцеллез
- инфекционный мононуклеоз, ВИЧ-инфекцию

Для постановки диагноза необходимыми лабораторными методами обследования больного являются

- грипп, респираторно-синцитиальную инфекцию
- лептоспироз, геморрагическую лихорадку с почечным синдромом
- листериоз (железистую форму), бруцеллез
- инфекционный мононуклеоз, ВИЧ-инфекцию

Результаты лабораторных методов обследования

Иммуноферментный анализ крови (ИФА) на антитела к ВИЧ и иммунный блоттинг

ИФА на антитела к ВИЧ – положительный +

Иммунный блоттинг

|=====

| ИБ ВИЧ Маркеры | Результат

| gp 160 | Отрицательный

| gp 120 | Отрицательный

| gp 41 | Отрицательный

| p 55 | Отрицательный

| p 40 | Отрицательный

| p 24 | Отрицательный

| p 17 | Отрицательный

| p 68 | Отрицательный

| p 52 | Отрицательный

| p 34 | Отрицательный

|=====

Иммуноферментный анализ крови (ИФА) на антитела к EBV-инфекции

ИФА на антитела к EBV-инфекции

|=====

| Показатели | Результат

| Anti-VCA IgM | Отрицательный

| Anti- EBV EA IgG | Отрицательный

| Anti -VCA IgG | Положительно

|=====

Иммуноферментный анализ крови (ИФА) на антитела к *Listeria monocytogenes*

Результат отрицательный

Иммуноферментный анализ крови (ИФА) на антитела к *Brucella spp*

Результат отрицательный

Реакция иммунофлюоресценции мазков-отпечатков из носа

Реакция отрицательная

Иммуноферментный анализ крови (ИФА) на антитела к *Leptospira interrogans*

Реакция отрицательная

Для дальнейшего обследования пациента с целью верификации диагноза показано проведение ПЦР для определения

- грипп, респираторно-синцитиальную инфекцию

- лептоспироз, геморрагическую лихорадку с почечным синдромом
- листериоз (железистую форму), бруцеллез
- инфекционный мононуклеоз, ВИЧ-инфекцию

Результаты обследования

РНК ВИЧ

РНК ВИЧ - положительно

Вирусная нагрузка: 484153 коп/мл

РНК Influenza virus

РНК Influenza virus - отрицательно

ДНК Brucella spp

ДНК Brucella spp - отрицательно

ДНК ВЭБ (EBV)

ДНК ВЭБ (EBV) - отрицательно

Учитывая данные клинико-лабораторного обследования больного, можно предположить диагноз

- грипп, респираторно-синцитиальную инфекцию
- лептоспироз, геморрагическую лихорадку с почечным синдромом
- листериоз (железистую форму), бруцеллез
- инфекционный мононуклеоз, ВИЧ-инфекцию

Диагноз

ВИЧ-инфекция, стадия ПБ

ВИЧ-инфекция, стадия IVA

Хроническая Эпштейн-Барр вирусная инфекция (EBV), реактивация

Листериоз, железистая форма

При ВИЧ-инфекции поражение иммунной системы проявляется

- повышением количества CD4{plus} лимфоцитов
- увеличением количества ЦИК
- высоким уровнем В-лимфоцитов
- низким уровнем ЦИК

Положительным результат иммуноблота расценивают при обнаружении антител к

- двум из трех гликопротеинов - gp 120, gp 41, gp 160
- p 24 и gp 120
- одному из трех гликопротеинов - gp 120, gp 41, gp 160
- двум из трех протеинов - p 24, p 55, p17

Согласно действующей в России классификации ВИЧ-инфекции стадия и фаза заболевания устанавливаются только на основании

- количества CD4⁺
- уровня вирусной нагрузки (ВН)
- клинических проявлений
- иммуно-регуляторного индекса (CD4⁺/CD8⁺)

Основным клиническим проявлением острой ВИЧ является

- стойкая ночная потливость
- лимфаденопатия
- желтушный синдром
- дизурические явления

При лечении ВИЧ инфекции применяют

- ингибиторы протеазы
- блокаторы M2-каналов
- блокаторы NS5A
- ингибиторы нейраминидазы

АРТ считается эффективной, если через 1 месяц применения вирусная нагрузка снизилась

- в 10 раз
- на 50% от исходной
- в 5 раз
- на 2/3 от исходной

При попадании крови и других биологических жидкостей на слизистую оболочку глаз необходимо

- обильно промыть их водой (не тереть)
- закапать интерферон альфа-2b рекомбинантный в конъюнктивальный мешок
- ввести идоксуридин конъюнктивально
- обработать их 3 % раствором перекиси водорода

К естественным путям передачи ВИЧ-инфекции относят

- обильно промыть их водой (не тереть)
- закапать интерферон альфа-2b рекомбинантный в конъюнктивальный мешок
- ввести идоксуридин конъюнктивально
- обработать их 3 % раствором перекиси водорода

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 34 -х лет направлен на госпитализацию в инфекционный стационар.

Жалобы

на повышение температуры, общую слабость и недомогания, головную боль, болезненные высыпания на коже, зуд и жжение в области сыпи.

Анамнез заболевания

* Болен в течение 2-х недель, когда появились слабость, недомогание, умеренная головная боль, першение в горле при глотании. Температура тела повысилась до 37,7°C. Лечился самостоятельно. Принимал аспирин, фарингосепт, поливитаминоминеральный комплекс, полоскал горло растворами антисептиков - без эффекта.

* В последующие дни состояние оставалось прежним. Беспокоили недомогание, отсутствие аппетита, боли в горле, на слизистой во рту появились «язвочки», болезненные; несколько раз был послабленный стул.

* Со слов пациента, в конце первой недели заболевания отметил появление на коже туловища, верхних конечностей не обильной сыпи в виде ярких красных пятен, кожного зуда не было. Высыпания исчезли на 3-й день после приема 2-х таблеток супрастина.

* Все это время за медицинской помощью не обращался, принимал симптоматические средства.

* В последние дни слабость, головные боли усилились, температура тела повысилась до 38,9°C, появились жгучие боли в области спины справа, там же заметил появление других высыпаний. Обратился за медицинской помощью, госпитализирован в инфекционный стационар по «03».

Анамнез жизни

* Специалист в IT-компании

* Анамнез жизни: не женат, детей нет. Проживает в съёмном жилье.

* Эпиданамнез: питается в кафе, дома, заказывает готовую еду через доставку. Работает в очном и удаленном режиме. За границу за последние полгода не выезжал. Со слов, в окружении все здоровы. Из анамнеза известно, что пациент пользуется интимными услугами женщин с сайта знакомств.

* Аллергоанамнез: не отягощен.

* Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год, в детстве перенес ветряную оспу, пневмонию, перелом лучевой кости в типичном месте (3 года назад). Посещение стоматолога, уролога за последние полгода отрицает. Операции, переливания крови отрицает. От кори, краснухи, COVID-19 вакцинирован. Подобное заболевание переносит впервые.

* Вредные привычки: курит, со слов алкоголь употребляет умеренно.

Объективный статус

* Температура тела 38,2°C

* Склеры не инъецированы. Кожные покровы бледно-розовые, горячие, сухие на ощупь.

* На коже спины справа - сгруппированные везикулы («гроздь винограда») с

мутным содержимым, фиксируется отек подлежащих тканей. Размер их не превышает нескольких миллиметров. Сыпь имеет сегментарный, односторонний характер, сопровождается умеренно выраженным болевым синдромом, боль приступообразная, усиливающаяся в ночные часы, сенсорными нарушениями в зоне высыпаний в виде расстройства чувствительности.

* Дыхание через нос свободное. Ринореи нет. Задняя стенка глотки гиперемирована, на слизистой щек единичные язвы овальной формы до 3 мм в диаметре, миндалины увеличены до 1 степени, налетов нет.

* Шейные, затылочные, подчелюстные, подмышечные лимфоузлы увеличены в размере до 0,5-1 см, эластичные, подвижные, безболезненные.

* В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 20 в мин.

* АД-100/70 мм рт. ст, ЧСС –88 уд. в мин.

* Живот симметричный, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, нижний край селезенки пальпируется у края реберной дуги. Стула в последние сутки не было.

* Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез не изменен. Моча светлая.

* В сознании, адекватен. Ориентирован в месте и времени. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Общий анализ крови при поступлении:

|=====

| Наименование | Нормы | Результат

| Гемоглобин | м 130 - 160 г/л

ж 120-140 г/л | 126

| Эритроциты | м $4,0-6,0 \times 10^{12}/л$

ж $3,9-4,7 \times 10^{12}/л$ | 4,2

| Тромбоциты | $180-360 \times 10^9/л$ | 280

| Лейкоциты | $4,0-9,0 \times 10^9/л$ | 6,2

| Палочкоядерные | 1-6% | 3

| Сегментоядерные | 42-72% | 52

| Эозинофилы | 0,5-5% | 1

| Базофилы | 0-1% | 0

| Лимфоциты | 19-37% | 36

| Моноциты | 3-11% | 8

| СОЭ | м 1 – 10 мм/ч

ж 2 – 15 мм/ч | 12

|=====

Круг дифференциально-диагностического поиска у данного больного включает

- аденовирусную инфекцию, лептоспироз (железистую форму), токсикодермию
- эритематозно-буллезную форму рожи, грипп, респираторно-синцитиальную инфекцию
- иерсиниоз, псевдотуберкулез, эризепилоид
- опоясывающий лишай, инфекционный мононуклеоз, ВИЧ-инфекцию

Для постановки диагноза необходимыми лабораторными методами обследования больного являются

- аденовирусную инфекцию, лептоспироз (железистую форму), токсикодермию
- эритематозно-буллезную форму рожи, грипп, респираторно-синцитиальную инфекцию
- иерсиниоз, псевдотуберкулез, эризепилоид
- опоясывающий лишай, инфекционный мононуклеоз, ВИЧ-инфекцию

Результаты лабораторных методов обследования

Иммуноферментный анализ крови (ИФА) на антитела к ВИЧ и иммунный блоттинг

ИФА на антитела к ВИЧ – положительный +

Иммунный блоттинг

|=====

| ИБ ВИЧ Маркеры | Результат

| gp 160 | Отрицательный

| gp 120 | Отрицательный

| gp 41 | Отрицательный

| p 55 | Отрицательный

| p 40 | Отрицательный

| p 24 | Положительный

| p 17 | Отрицательный

| p 68 | Отрицательный

| p 52 | Отрицательный

| p 34 | Отрицательный

|=====

Иммуноферментный анализ крови (ИФА) на антитела к EBV- и VZV-инфекции

ИФА на антитела к EBV и VZV-инфекции

|=====

| Показатели | Результат

| Anti-VCA IgM | Отрицательный

| Anti- EBV EA IgG | Отрицательный

| Anti -VCA IgG | Положительно

| Anti- VZV IgM | Положительно

| Anti -VZV IgG | Положительно

|=====

Иммуноферментный анализ крови (ИФА) на антитела к *Listeria monocytogenes*

Результат отрицательный

Реакция коаггутинации на выявление бактериальных форм ГСА в отделяемом из буллезных элементов

Результат отрицательный

Реакция иммунофлюоресценции мазков-отпечатков из носа

Реакция отрицательная

Реакция коаггутинации на обнаружение антигенов *Y. pseudotuberculosis* и *Y. enterocolitica*

Реакция отрицательная

Для дальнейшего обследования пациента с целью верификации диагноза показано проведение ПЦР для определения

- аденовирусную инфекцию, лептоспироз (железистую форму), токсикодермию
- эритематозно-буллезную форму рожи, грипп, респираторно-синцитиальную инфекцию
- иерсиниоз, псевдотуберкулез, эризепилоид
- опоясывающий лишай, инфекционный мононуклеоз, ВИЧ-инфекцию

Результаты обследования

РНК ВИЧ в крови

РНК ВИЧ - положительно

Вирусная нагрузка: 893657 коп/мл

ДНК VZV в крови

ДНК VZV - положительно

РНК Influenza virus в мазках из ротоглотки

РНК Influenza virus - отрицательно

ДНК Streptococcus spp. в отделяемом из пузырей

ДНК Streptococcus spp.- отрицательно

ДНК ВЭБ (EBV) в крови

ДНК ВЭБ (EBV) - отрицательно

Учитывая данные клинико-лабораторного обследования больного, можно предположить диагноз

- аденовирусную инфекцию, лептоспироз (железистую форму), токсикодермию
- эритематозно-буллезную форму рожи, грипп, респираторно-синцитиальную инфекцию
- иерсиниоз, псевдотуберкулез, эризепилоид
- опоясывающий лишай, инфекционный мононуклеоз, ВИЧ-инфекцию

Диагноз

ВИЧ-инфекция, стадия IIВ

ВИЧ-инфекция, стадия IVA

Хроническая Эпштейн-Барр вирусная инфекция (EBV), реактивация

Эритематозно-буллезная рожа грудной клетки, первичная

Опорным клинико-диагностическим критерием опоясывающего лишая в стадии высыпаний считают наличие

- красных, четко очерченных элементов сыпи в форме отечных бляшек, покрытых везикулами, близко расположенными друг к другу
- разрозненных мелких пузырьков, экссудативных папул, пустул на фоне яркой гиперемии и отека с образованием мокнущих эрозий с прозрачным экссудатом
- сгруппированных везикул с прозрачным серозным содержимым, располагающихся на гиперемированном и отечном основании
- очага эритемы с четкими границами, неровными краями с множественными буллезными элементами с серозным содержимым

В стадии острой ВИЧ-инфекции часто отмечается

- кратковременное повышение количества CD4+ лимфоцитов
- транзиторное снижение CD4+-лимфоцитов
- резкое падение иммунорегуляторного индекса
- низкая вирусная нагрузка

Положительным результатом иммуноблота расценивают при обнаружении антител к

- двум из трех гликопротеинов - gp 120, gp 41, gp 160
- двум из трех протеинов - p 24, p 55, p17
- p 24 и gp 120
- одному из трех гликопротеинов - gp 120, gp 41, gp 160

Одним из показаний к быстрому началу антиретровирусной терапии является

- наличие ВН > 100 000 копий/мл
- увеличение количества ЦИК
- снижение CD4 {plus} ≤600 клеток в 1 мкл
- наличие длительной панцитопении

При лечении ВИЧ инфекции применяют

- блокаторы NS5A
- ингибиторы нейраминидазы
- антагонисты CCR5-рецепторов
- ингибиторы эндонуклеазы (CEN)

АРТ считается эффективной, если вирусная нагрузка через 3 месяца после начала терапии определяется ниже + ____ + копий/мл

- 400
- 50
- 1000
- 500

Лечение опоясывающего лишая у больного с ВИЧ-инфекцией включает назначение

- балаксавира
- валацикловира
- ганцикловира
- доксорубицина

Длительность лечения опоясывающего лишая у больного с ВИЧ-инфекцией должна составлять не менее

- балаксавира
- валацикловира
- ганцикловира
- доксорубицина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В инфекционную больницу доставлена пациентка 54-х лет на 9-й день болезни.

Жалобы

На сильную головную боль, общее недомогание, слабость.

Анамнез заболевания

* С 03.02 стала беспокоить головная боль в височной области, принимала папазол, без эффекта, АД не измеряла.

* С 04.02 отметила озноб, повышение температуры тела до 39,0°C в ночные часы. Тошноты, рвоты не было. Температура повышалась в течение 5 дней в вечернее и ночное время, купировалась приемом аспирина и цитрамона.

* 09.02. обратилась в частный медицинский центр за консультацией, было выявлено повышение АД до 140/90 мм рт.ст, назначен капотен.

* 11.02 усилилась головная боль, выросла слабость. Была вызвана бригада СМП, пациентка доставлена в инфекционный стационар.

* Дополнительно, из анамнеза выяснено, что 31.01 (за 3 дня до появления основных жалоб) в течение 2-3 дней был жидкий стул до 2-х раз в сутки.

Анамнез жизни

* Работает охранником вахтовым методом.

* Проживает в полуподвальном помещении (в здании, где работает). Со слов помещения чистое с централизованным отоплением и канализацией. Наличие

грызунов отрицает.

* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания, артериальная гипертензия II ст., 3 месяца назад перенесла бактериальное пищевое отравление.

* Вредные привычки: курит, прием алкоголя умеренное.

* Аллергологический анамнез не отягощен.

* Постоянно употребляет в пищу колбасы и сыры в вакуумных упаковках. Часто употребляет просроченные продукты, за сроком годности продуктов питания не следит. До заболевания ела «старый» мягкий сыр, доела просроченный йогурт.

* Сведений о профилактических прививок нет.

Объективный статус

* Температура тела 38,2°C.

* Кожные покровы обычной окраски, чистые, сыпи нет. Цианоз отсутствует, тургор сохранен.

* Лимфатические узлы не увеличены.

* Слизистая ротоглотки розовая. Нёбные миндалины не увеличены, слабо гиперемированы, налётов нет.

* АД – 140/90 мм рт. ст, ЧСС – 100 уд. в мин. Тоны сердца ясные, шумов нет

* В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет.

Кашель отсутствует. ЧДД -20 в минуту. SaO₂≈98%

* Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, окрашен.

* Мочеиспускание не нарушено, цвет мочи желтый.

* Контактна, ориентирована полностью. На вопросы отвечает по существу.

* Ригидность затылочных мышц (4 пальца), отрицательные симптомы Брудзинского, Кернига.

* Рефлексы Гордона, Оппенгеймера, Бабинского – отрицательные.

* Судорог нет.

Необходимыми для установления этиологии заболевания лабораторными методами обследования больной являются

- балаксавира
- валацикловира
- ганцикловира
- доксорубицина

Результаты лабораторных методов обследования

Бактериологический посев ликвора на питательные среды

Бакпосев ликвора на питательные среды: +

Выделена *Listeria monocytogenes*

Полимеразная цепная реакция (ПЦР) ликвора

|=====

| Наименование | Результат

| DNA *Toxoplasma gondii* | Не обнаружено

| DNA *Streptococcus pneumoniae* | Не обнаружено

| DNA Haemophilus influenzae | Не обнаружено

| DNA Listeria monocytogenes | Обнаружено

| DNA Borrelia s. l. | Не обнаружено

|=====

Реакция непрямо́й иммунофлуоресценции с боррелиозными диагностикумами

Реакция отрицательная

Бактериологический посев крови

Роста нет

Реакция агглютинации (реакция Райта)

Реакция отрицательная

Полимеразная цепная реакция (ПЦР) кала

|=====

| Параметр | результат

| DNA salmonella spp. | отрицательно

| DNA shigella spp. | отрицательно

| DNA campylobacter spp. | отрицательно

| DNA adenovirus | отрицательно

| RNA rotavirus | отрицательно

| RNA astrovirus | отрицательно

| RNA norovirus | отрицательно

|=====

Учитывая клинико-anamнестические и лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- балаксавира
- валацикловира
- ганцикловира
- доксорубицина

Диагноз

Листерийный менингит

Иксодовой клещевой боррелиоз, ранняя диссеминированная форма, неврологический вариант

Токсоплазмозный менигоэнцефалит

Бруцеллез, остросептическая форма

При всех формах листериоза в общем анализе крови отмечается

- умеренная лейкопения, относительный лимфоцитоз
- значительная лейкопения, тромбоцитопения
- выраженный лейкоцитоз со сдвигом влево

- лейкоцитоз с абсолютным лимфоцитозом

Ликвор при листериозном менингите характеризуется плеоцитозом

- нейтрофильным и повышенным содержанием белка
- лимфоцитарным и нормальным уровнем лактата
- лимфоцитарным и повышенной концентрацией глюкозы
- нейтрофильным и сниженным содержанием лактата

К церебральным осложнениям при листериозном менингите относят

- несахарный диабет
- отек и набухание головного мозга
- кортикальную слепоту
- дисфункцию передней доли гипофиза

Для листериозного менингита в отличии от других бактериальных менингитов характерно

- длительное волнообразное течение
- abortивное (легкое) течение
- отсутствие симптомов гиперестезии
- отсутствие плеоцитоза

При генерализованной форме листериоза показано назначение препаратов из группы

- монобактамов
- оксазолидинонов
- линкозаминнов
- аминогликозидов

Для лечения этой пациентки целесообразно назначить

- линкомицин
- хлорамфеникол
- нетилмицин
- линезолид

Длительность антибактериального лечения при листериозном менингите тяжелого течения составляет до + _____ + нормальной температуры

- 2-3 недель
- 4-х недель
- 10-го дня
- 2-3 дней

Склонность листериоза к затяжному, хроническому течению объясняется формированием

- L-форм
- гранулем
- гиперчувствительности замедленного типа
- иммунопатологических реакций

Основным путем заражения листериозом является

- пищевой
- воздушно-капельный
- контактно-бытовой
- водный

Продолжительность инкубационного периода при листериозе составляет до

- пищевой
- воздушно-капельный
- контактно-бытовой
- водный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В инфекционную больницу доставлен пациент 16-ти лет.

Жалобы

На повышение температуры тела, головную боль, боли в горле при глотании, кожные высыпания.

Анамнез заболевания

* Со слов матери, заболел вчера вечером остро с озноба, повышения температуры тела до 39,2°C, головной боли, тошноты. Сразу стали беспокоить боли в горле.

* Лечился самостоятельно: полоскал горло антисептиками, орошал слизистую ротоглотки «Тантум-верде», принимал жаропонижающие (парацетамол) без существенного эффекта.

* Утром следующего дня заметил появление сыпи – в начале в области шеи и верхней части грудной клетки с последующим быстрым распространением на туловище и конечности. Принял таблетку «Кларитин», без эффекта.

Анамнез жизни

* Учащийся колледжа, 1 курс очное отделение

* Проживает в отдельной квартире с родителями и младшим братом (7 лет, учащийся в 1-го класса)

* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания, ветряная оспа, пневмония (6 лет)

* Вредные привычки: отрицает

- * Аллергологический анамнез не отягощен
- * Питается дома и в столовой колледжа. Контактует с большим количеством сверстников, среди которых часто встречаются респираторные заболевания
- * Привит по возрасту. От гриппа прививался в начале учебного года в колледже

Объективный статус

- * Температура тела 38,9°C.
- * Лицо гиперемировано, бледный носогубный треугольник. На коже туловища отмечается наличие обильной мелкопятнистой сыпи на общем гиперемированном фоне, со сгущением элементов сыпи в местах естественных складок. Выявляется белый дермографизм.
- * Периферические лимфоузлы (переднешейные) увеличены до размера горошин, плотноэластической консистенции, безболезненные при пальпации.
- * Слизистая ротоглотки ярко гиперемирована в области дужек, мягкого неба, язычка, задней стенки глотки, твердое небо светло-розовое. Отмечаются элементы геморрагической энантем в области мягкого неба и малого язычка. Миндалины рыхлые, гипертрофированы до 1-2 степени, налетов нет. Язык обложен серовато-белым налетом.
- * АД – 110/70 мм рт. ст., ЧСС – 100 уд. в мин.
- * В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.
- * Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, окрашен.
- * Мочеиспускание не нарушено, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.
- * Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Необходимыми для установления этиологии заболевания лабораторными методами обследования больного являются

- пищевой
- воздушно-капельный
- контактно-бытовой
- водный

Результаты лабораторных методов обследования

Бактериологическое исследование мазка на флору из ротоглотки

Бактериологическое исследование мазка из ротоглотки на флору: выделен *Streptococcus pyogenes*

Коаггутинация на определение Ag ГСА

Выявлены Ag *Streptococcus pyogenes*

Иммунолюминесцентный метод мазков-отпечатков

Реакция отрицательная

РНГА с псевдотуберкулезным диагностикумом в парных сыворотках

Реакция отрицательная

Реакция гетероагглютинации Хоффа-Бауэра

Реакция отрицательная

Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- пищевой
- воздушно-капельный
- контактно-бытовой
- водный

Диагноз

Скарлатина, типичная форма

Инфекционный мононуклеоз, типичное течение

Грипп, типичное течение, средней степени тяжести. Токсикодермия

Псевдотуберкулез, генерализованная форма, смешанный (скарлатиноподобный) вариант

При скарлатине в общем анализе крови отмечается

- выраженный лейкоцитоз со сдвигом влево
- умеренная лейкопения, относительный лимфоцитоз
- значительная лейкопения, тромбоцитопения
- лейкоцитоз с абсолютным лимфоцитозом

К характерным изменениям в ротоглотке при скарлатине относят

- пятна Филатова-Коплика, «зернистость» задней стенки глотки
- «пылающий зев», бледное твердое нёбо
- творожистые белые наложения в области миндалин, щек
- умеренную гиперемию зева, отек и гиперемию устья околоушного протока

Симптом Филатова при скарлатине это

- бледные точечные элементы на слизистой щек, окруженные зоной гиперемии
- отек и гиперемия устья околоушного протока с гнойным отделяемым
- бледный, не покрытый сыпью, носогубный треугольник
- сыпь, концентрирующая в местах естественных складок

К поздним осложнениям скарлатины, обусловленным формированием иммунопатологии, относят

- миокардит, гломерулонефрит, синовит
- отит, синусит, паратонзиллярный абсцесс
- тромбофлебит, тромбоз, тромбоз, тромбоцитопеническую пурпуру
- мастоидит, увеит, лабиринтит

Препаратом выбора при лечении скарлатины является

- доксициклин
- бензилпенициллин
- линкомицин
- триметоприм/сульфаметоксазол

Патогенетическая терапия скарлатины включает назначение

- специфической детоксикации
- иммуномодуляторов
- глюкокортикостероидов
- антигистаминных средств

Выписку больного скарлатиной из стационара осуществляют после клинического выздоровления, но не ранее чем через + ___ + дней после начала заболевания

- 5
- 12
- 7
- 10

Путем передачи инфекции при скарлатине является

- воздушно-капельный
- парентеральный
- контаминативный
- инокулятивный

Длительность диспансерного наблюдения за переболевшим скарлатиной составляет + ___ + дней

- 30
- 14
- 60
- 10

Брат госпитализированного пациента (учащийся 1-го класса) не допускается в детское учреждение в течение + ___ + дней с момента последнего общения с больным

- 30
- 14
- 60
- 10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В инфекционную больницу доставлена пациентка 15-ти лет.

Жалобы

На повышение температуры тела, слабость, общую интоксикацию, сыпь на теле, боли в горле при глотании.

Анамнез заболевания

* Больна второй день, когда накануне остро с ознобом, повысилась температуры тела до 39,6°C, беспокоила головная боль, была однократная рвота. Через 2 часа стали беспокоить боли в горле.

* Со слов матери, дочь принимала жаропонижающие, полоскала горло раствором фурацилина, хлоргексидина. Температура снижалась до субфебрильных цифр, однако через некоторое время вновь повышалась до фебрильных значений.

* Утром заметили появление сыпи на коже лица, туловища, верхних и нижних конечностей. Сохранились плохое самочувствие, интоксикация, головная боль и боль в горле.

* По «03» доставлена в стационар

Анамнез жизни

* Учащаяся 8 класса общеобразовательной школы

* Проживает в отдельной квартире с родителями и младшей сестрой (8 лет, учащейся в 2-го класса)

* Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: ОРЗ, ветряная оспа, аппендэктомия (9 лет)

* Аллергологический анамнез не отягощен

* Питается дома и в школьной столовой. Контактует с большим количеством сверстников, среди которых часто встречаются респираторные заболевания

* Привита по возрасту. От гриппа не прививалась (отказ родителей)

Объективный статус

* Температура тела 38,6°C.

* Лицо гиперемировано, носогубный треугольник бледный, на губе herpes labialis. На коже туловища отмечается наличие обильной мелкопятнистой сыпи на общем гиперемированном фоне, со сгущением элементов сыпи в местах естественных складок. Положительный симптом «ладони».

* Периферические лимфоузлы (переднешейные) увеличены до размера горошин, плотноэластической консистенции, безболезненные при пальпации.

* Слизистая ротоглотки ярко гиперемирована в области дужек, мягкого неба, язычка, задней стенки глотки, твердое небо бледное. Миндалины рыхлые, гипертрофированы до 1-2 степени, с островчатыми белыми налетами, легко снимающимися шпателем. Язык обложен серовато-белым налетом.

* АД – 110/70 мм рт. ст., ЧСС – 100 уд. в мин.

* В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

* Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, окрашен.

* Мочевыделение не нарушено, симптом поколачивания отрицательный с

обеих сторон.

* Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Необходимыми для установления этиологии заболевания лабораторными методами обследования больного являются

- 30
- 14
- 60
- 10

Результаты лабораторных методов обследования

Бактериологическое исследование мазка на ВЛ и флору из ротоглотки

Бактериологическое исследование мазка из ротоглотки на флору: +

Бак. посев на *Corynebacterium diphtheriae* – роста нет. +

Выделен *Streptococcus pyogenes*

Коаггутинация на определение Ag ГСА

Выявлены Ag *Streptococcus pyogenes*

ИФА на обнаружение антител к EBV-инфекции

|=====

| Показатели | Результат

| Anti-VCA IgM | Отрицательный

| Anti- EBV EA IgG | Отрицательный

| Anti -VCA IgG | Отрицательный

|=====

РНГА с псевдотуберкулезным диагностикумом в парных сыворотках

Реакция отрицательная

Реакция гетерогемагглютинации Хоффа-Бауэра

Реакция отрицательная

Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- 30
- 14
- 60
- 10

Диагноз

Скарлатина, типичная форма

Инфекционный мононуклеоз, типичное течение

Дифтерия ротоглотки, локализованная (островчатая) форма.

Токсикодермия

Псевдотуберкулез, генерализованная форма, смешанный (скарлатиноподобный) вариант

Общий анализ крови при скарлатине характеризуется наличием

- лейкопении, относительного лимфоцитоза, нормальной СОЭ
- лейкопении, анэозинофилии, тромбоцитопении
- лейкоцитоза, абсолютного лимфоцитоза, атипичных мононуклеаров
- лейкоцитоза, сдвига лейкоцитарной формулы влево, ускоренной СОЭ

К клиническим критериям скарлатины относят

- аденоидит, симптом «бычьей шеи»
- конъюнктивит, пятна Филатова-Коплика
- симптом Мурсу, субмаксиллит
- «пылающий зев», симптом Пастиа

При скарлатине в разгар болезни язык приобретает вид

- «малинового»
- «географического»
- «мелового»
- «лакированного»

К инфекционно-аллергическим осложнениям скарлатины относят

- полирадикулоневрит, острый нефрозонефрит
- острую сердечно-сосудистую недостаточность, тромбоэмболию
- отит, гнойный паротит
- диффузный гломерулонефрит, миокардит

При лечении скарлатины препаратом выбора является

- ванкомицин
- бензилпенициллин
- доксициклин
- триметоприм/ сульфаметоксазол

Патогенетическая терапия скарлатины включает назначение

- иммуномодуляторов и кардиотоников
- антигистаминных средств и витаминов
- глюкокортикостероидов и петлевых диуретиков
- специфической детоксикации и гемостатиков

Пациентку перенесшую скарлатину, после ее клинического выздоровления можно выписать не ранее чем через + ___ + дней после начала заболевания

- 14
- 12
- 10
- 9

Длительность инкубационного периода при скарлатине составляет от

- 2-х недель до 1,5 месяцев
- 1 до 10 дней
- 2-х часов до 3-х суток
- 7 до 21-го дней

Длительность диспансерного наблюдения за переболевшим скарлатиной составляет + ___ + дней

- 10
- 30
- 14
- 60

Сестра госпитализированной пациентки (учащаяся 2-го класса) не допускается в школу в течение +__+ дней с момента последнего общения с больной

- 10
- 30
- 14
- 60

Условие ситуационной задачи

Ситуация

23.08. врач – инфекционист вызван на консультацию в приемный покой многопрофильной больницы к пациентке М, 63-х лет.

Жалобы

На повышение температуры тела до 38,0°C, головную боль, раздражительность, утомляемость, боль и припухлость в левом паху.

Анамнез заболевания

* Больна 7-е сутки. Заболела остро с озноба, быстрого подъема температуры до 39,0°C, которая сопровождалась сильной головной болью, слабостью, недомоганием. В последующие дни температура держалась в пределах 37,5 - 38,0°C, но сохранялось плохое самочувствие. На 4 день болезни появились боль и припухлость в левом паху.

* Самостоятельно принимала жаропонижающие препараты (парацетамол), местно на припухлость в паху прикладывала мазь Вишневского.

* В последующие дни температура тела не превышала 38,0°C, однако росли

слабость, общее недомогание, исчез аппетит, припухлость в паху увеличилась в размере.

* В связи с сохранением температуры и отсутствия эффекта от самолечения обратилась за медицинской помощью.

Анамнез жизни

* Пенсионерка, не работает

* Проживает в отдельной квартире, с мужем.

* Вредные привычки: отрицает

* Аллергоанамнез: неотягощен

* Перенесенные заболевания: ОРВИ, артериальная гипертензия I степени, ожирение II степени, артрит левого коленного сустава.

* Эпиданамнез: заболела, находясь на даче в Подмосковье, где проживает ежегодно с мая по октябрь вместе с мужем, отмечала укусы насекомых, в том числе слепней. Покупает продукты питания в местном (сельском) магазине. Молочные продукты – из близлежащего фермерского хозяйства. Контакт с животными отрицает, однако на участке водятся мыши-полевки и кроты.

* Прививочный анамнез: дату последней прививки сказать не может. От гриппа и новой COVID-инфекции не прививалась

Объективный статус

* Температура тела 37,8°C

* Кожные покровы обычной окраски, отмечается некоторая гиперемия и одутловатость лица, инъеция сосудов склер.

* На передней поверхности средней трети левой голени определяется язвенный дефект размером 1 x 1 см с приподнятыми краями, покрытый корочкой.

* Слева, по внутренней поверхности левого бедра пальпируется увеличенный до 5 см слабо болезненный, плотно-эластической консистенции лимфоузел, кожа над ним не изменена. Лимфоузлы других групп не увеличены.

* Слизистая ротоглотки нормальной окраски.

* В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин.

* АД-130/80 мм рт. ст, ЧСС – 88 уд. в мин.

* Печень и селезенка не увеличены.

* Стул оформленный.

* Мочеиспускание не нарушено.

* В сознании, адекватна. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является

- 10
- 30
- 14
- 60

Результаты лабораторного метода обследования

РПГА на полуколичественное определение антител к *Francisella tularensis*

|=====

| Параметр | Референсные значения | Результат
| Anti-Francisella tularensis | $\geq 1:100$ – условно - диагностический титр у
невакцинированных лиц | 1:210

|=====

Титры антител к Francisella tularensis в РПГА:

**Реакция агглютинации (РА) на качественное определение антител к
Brucella species**

Обнаружение антител к Brucella species в РА:

|=====

| Параметр | Референсные значения | Результат
| Anti-Brucella species | Не обнаружено | Не обнаружено

|=====

Реакция гетерогемагглютинации Хофф-Бауэра

Реакция отрицательная

**Микроскопия биоптата лимфоузла с применением серебра (по Warthing–
Starry)**

Bartonella henselae не обнаружены

**Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные, можно
поставить диагноз**

- 10
- 30
- 14
- 60

Диагноз

Туляремия, ульцерогландулярная форма

Доброкачественный лимфоретикулез (фелиноз), типичная форма

Бациллярный ангиоматоз, кожная форма

Бруцеллез, остро-септическая форма

**Для туляремии характерным типом воспаления в лимфатических узлах
является**

- серозно-геморрагический
- гранулематозный
- геморрагический
- фибринозный

**При ульцерогландулярной форме туляремии первичный аффект
представлен**

- безболезненной зоной инфильтрации и гиперемии с коричневым струпом, без отделяемого
- безболезненной язвой с приподнятыми краями со скудным, серозно-гнойным отделяемым
- папулой с центральным, точечным некрозом и фокусным васкулитом
- болезненной язвой с подрытыми краями, покрытой черным струпом с выраженной зоной гиперемией вокруг

После заживления язвы при туляремии остается

- западение кожи без поверхностной рубцовой атрофии
- депигментированный атрофический рубец
- длительная пигментация и шелушение
- гладкая эпителиальная ткань без последующего рубцевания

Для бубона при ulceroglandularной форме туляремии в периоде его формирования характерно наличие

- ограниченной подвижности с умеренной болезненностью
- резкой болезненности, приводящей к вынужденному положению конечности
- длительного сохраняющегося лимфангита от первичного аффекта
- периаденита с изменением цвета кожи над лимфоузлом

Дифференциальную диагностику ulceroglandularной формы туляремии следует проводить с

- лайм-боррелиозом (мигрирующей эритемой), сыпным тифом
- рожей, дифтерией ротоглотки
- чумой, сибирской язвой
- витилиго, пеллагрой

В качестве основной этиотропной терапии при туляремии назначают

- аминогликозиды
- карбапенемы
- макролиды
- пенициллины

Длительность курса антибактериальной терапии при туляремии составляет + _____ + дней

- 14-21
- 5-7
- 21-28
- 10-14

За мужем пациентки устанавливают медицинское наблюдение в течение +__+ дней (дня)

- 21
- 14
- 7
- 10

Для ulcerогландулярной формы туляремии характерен +_____+ механизм заражения

- гемоконтактный
- аэрозольный
- трансмиссивный
- фекально-оральный

Для вакцинации против туляремии используется вакцина

- гемоконтактный
- аэрозольный
- трансмиссивный
- фекально-оральный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач – инфекционист вызван на консультацию в терапевтическое отделение поликлиники к пациентке С, 54-х лет.

Жалобы

На длительно сохраняющуюся температуру тела до 38,0°C, головную боль, раздражительность, утомляемость, появление припухлости в левой подчелюстной области.

Анамнез заболевания

* Больна 7-е сутки. Заболела остро с озноба, повышения температуры тела до 39,2°C, появились головная боль, слабость, общее недомогание. Через день появились боли в горле при глотании, преимущественно с левой стороны.

* Лечилась самостоятельно: принимала парацетамол, полоскала горло растворами антисептиков.

* На следующий день заметила появление налетов на миндалинах, вызвала участкового терапевта. Диагностирована лакунарная ангина. Назначен амоксиклав 500 мг*3 раза в сутки, антисептики.

* В последующие дни температура держалась в пределах 37,6 - 38,0°C, но сохранялось плохое самочувствие, слабость. В дальнейшем отметила увеличение подчелюстного лимфоузла слева, который в последствии стал значительно увеличиваться в размере. Прикладывала спиртовые компрессы (без эффекта).

* Повторно обратилась в поликлинику, направлена на консультацию к инфекционисту

Анамнез жизни

* Бухгалтер, за мужем, 2 детей (совершеннолетние, проживают отдельно)

* Вредные привычки: курит, алкоголь умеренно.

* Аллергоанамнез: неотягощен

* Перенесенные заболевания: пневмонии, простудные заболевания, хронический гастрит (диагноз поставлен несколько лет назад, у гастроэнтеролога не наблюдается)

* Эпиданамнез: проживает в частном доме, с мужем. Содержит сельскохозяйственных животных (козы, кролики, куры). Используют в пищу их мясо, сырое молоко. Домашние животные: собака и две кошки. На участке водятся мыши-полевки и кроты.

* Прививочный анамнез: дату последней прививки сказать не может. От гриппа, новой COVID-инфекции, бруцеллеза не прививалась

Объективный статус

* Температура тела 37,6°C

* При осмотре отмечается гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер, асимметрия шеи за счет значительного увеличения лимфоузлов в левой подчелюстной области.

* Рот открывается свободно. Глотание слюны умеренно болезненное. Слизистая ротоглотки умеренно гиперемирована, влажная. Отмечается увеличение левой миндалины до II степени, которая застойно гиперемирована, на ее поверхности участок некроза 0,5 см, покрытый серовато-беловатым островчатым налетом, с трудом снимающейся шпателем. Налет не выходит за пределы миндалины. При осмотре слизистых щек отечности и гиперемии вокруг устья выводного протока нет.

* Слева, под нижней челюстью пальпируется конгломерат, размером с куриное яйцо, малобезболезненный при пальпации, четко отграниченный от подлежащих тканей, кожа над ним не изменена, также пальпируются безболезненные переднешейные лимфоузлы, размером с горошину. Лимфоузлы других групп не увеличены.

* В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин.

* АД-130/80 мм рт. ст, ЧСС – 82 уд. в мин.

* Печень и селезенка не увеличены.

* Живот мягкий, безболезненный. Стул оформленный.

* Мочеиспускание не нарушено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

* В сознании, адекватна. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования являются

- гемоконтактный
- аэрозольный
- трансмиссивный
- фекально-оральный

Результаты лабораторных методов обследования

РПГА на полуколичественное определение антител к *Francisella tularensis*

|=====

| Параметр | Референсные значения | Результат

| Anti-*Francisella tularensis* | $\geq 1:100$ – условно - диагностический титр у невакцинированных лиц | 1:380

|=====

Титры антител к *Francisella tularensis* в РПГА:

Бактериологическое исследование мазка из ротоглотки на флору и BL

Бактериологическое исследование мазка из ротоглотки на флору- роста нет +

Бактериологическое исследование мазка из ротоглотки BL- токсигенные штаммы *C.diphtheriae* не обнаружены

Реакция агглютинации (РА) на качественное определение антител к *Brucella species*

Обнаружение антител к *Brucella species* в РА

|=====

| Параметр | Референсные значения | Результат

| Anti-*Brucella species* | Не обнаружено | Не обнаружено

|=====

Реакция гетерогемагглютинации Хофф-Бауэра

Реакция отрицательная

Микроскопия биоптата лимфоузла с применением серебра (по Warthing–Starry)

Bartonella henselae не обнаружены

Иммуноферментный анализ крови на обнаружение Anti-Mumps virus

|=====

^| Параметр | Единицы | Результат | Референсные значения

| Anti-Mumps virus IgM | МЕ/мл | Не обнаружено | Не обнаружено

| Anti-Mumps virus IgG | МЕ/мл | Не обнаружено | Не обнаружено

|=====

Учитывая клинико-anamнестические и лабораторные данные, можно поставить диагноз

- гемоконтактный
- аэрозольный
- трансмиссивный
- фекально-оральный

Диагноз

Туляремия, ангинозноглангулярная форма

Инфекционный мононуклеоз, типичная форма

Дифтерия ротоглотки, локализованная форма, островчатый вариант

Ангина Симановского – Плаута - Венсана (фузоспирохетозная язвенно-пленчатая ангина)

В общем анализе крови в периоде разгара ангинозногландулярной формы туляремии обнаруживают

- лейкоцитоз, атипичные мононуклеары
- лейкопению, тромбоцитопению
- лейкопению, лимфоцитоз
- лейкоцитоз, выраженный нейтрофиллез

В месте входных ворот при ангинозногландулярной форме туляремии развивается

- специфический лимфаденит
- некротическая ангина
- кожная язва
- грануломатозный ринит

При ангинозногландулярной форме туляремии изменение в ротоглотке характеризуется

- бледностью и отеком одной миндалины, некротическими образованиями под грязно-желтыми пастообразными наслоениями
- сухостью и гиперемией слизистой оболочки носо- ротоглотки, без эксудативных реакций со множественными геморрагиями
- гиперемией с синюшным оттенком и отеком одной миндалины, серовато-белым островчатым или пленчатым налетом
- гиперемией и отеком миндалин и мягкого неба, налетами «плюс ткань»

Для бубона при ангинозногландулярной форме туляремии в периоде его формирования характерно наличие

- тестовой консистенции, напряженной, горячей на ощупь кожи над ним
- воспаления окружающей узел клетчатки, спаянности с ней
- резкой болезненности, приводящей к вынужденному положению конечности, геморрагического пропитывания кожи
- слабовыраженной болезненности, обычной окраски кожи

Дифференциальную диагностику ангинозногландулярной формы туляремии следует проводить с

- туберкулезом, малярией
- чумой, сибирской язвой (кожная форма)
- дифтерией, стрептококковой ангиной
- лайм-боррелиозом (мигрирующей эритемой), сыпным тифом

В качестве основной этиотропной терапии при туляремии назначают

- карбапенемы
- пенициллины
- тетрациклины
- макролиды

Длительность курса антибактериальной терапии при туляремии составляет + _____ + дней

- 10-14
- 5-7
- 14-21
- 21-28

Медицинское наблюдение за мужем пациентки устанавливают в течение + ____ + дней (дня)

- 12
- 15
- 21
- 9

Для ангинозногlandулярной формы туляремии характерен + _____ + механизм заражения

- аэрозольный
- гемоконтактный
- трансмиссивный
- фекально-оральный

Для специфической профилактики туляремии используется

- аэрозольный
- гемоконтактный
- трансмиссивный
- фекально-оральный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

21.08 пациентка Т, 19-ти лет, доставлена в инфекционный стационар на 16-й день болезни.

Жалобы

На длительную лихорадку, общее недомогание, слабость, появление припухлости в области шеи.

Анамнез заболевания

- * Больна больше 2-х недель, когда остро с озноба повысилась температура тела до 38,6°C, появились общее недомогание, головная боль, слабость. На 3-й день появились боли в горле при глотании, преимущественно с левой стороны.
- * Лечилась самостоятельно: принимала парацетамол, полоскала горло раствором фурациллина, орошала ротоглотку «тантум-верде». Температура тела держалась в пределах 37,4-37,8°C, продолжала беспокоить общая слабость, боли в горле были незначительными, только с левой стороны.
- * Обратилась в фельдшерский пункт по месту жительства. Диагностирована лакунарная ангина. Назначен амоксиклав 500 мг*3 раза в сутки, антисептики. Прошла полный курс антибиотикотерапии (7 дней). Боли в горле исчезли, однако стала беспокоить припухлость в левой подчелюстной области, которая стала нарастать. Сохранялся субфебрилитет.
- * По «03» госпитализирована в инфекционный стационар

Анамнез жизни

- * Студентка ВУЗа, проживает во время учебы в общежитии.
- * Вредные привычки: отрицает
- * Аллергоанамнез: не отягощен
- * Перенесенные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания
- * Эпиданамнез: в настоящий момент (в течение 2-х месяцев) проживает в сельской местности у бабушки, в частном деревенском доме, без централизованного водоснабжения. Воду для бытовых нужд получают из скважины, иногда из колодца. Помогает ухаживать за кроликами. Неоднократно купалась в местной реке. Были укусы насекомых, в том числе и клещей. Питается овощами, ягодами с огорода, молочные продукты покупает у местных жителей, употребляет в пищу мясо домашних кроликов.
- * Прививочный анамнез: Привита по возрасту.

Объективный статус

- * Температура тела 37,4°C
- * Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, выявляется асимметрия шеи за счет значительного увеличения лимфоузла в левой подчелюстной области.
- * Рот открывается свободно. Глотание безболезненное. Слизистая ротоглотки нормальной окраски, влажная. Миндалины с обеих сторон гипертрофированы, без признаков острого воспаления, рубцовые изменения на левой миндалине. При осмотре слизистых щек отека и гиперемии вокруг устья выводного протока нет.
- * Слева, под нижней челюстью пальпируется конгломерат, размером с грецкий орех, малоблезненный при пальпации, четко отграниченный от подлежащих тканей, кожа над ним несколько гиперемирована, не горячая. Лимфоузлы других групп не увеличены.
- * В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин.
- * АД-120/70 мм рт. ст, ЧСС – 76 уд. в мин.
- * Печень и селезенка не увеличены.
- * Живот мягкий, безболезненный. Стул оформленный.
- * Мочеиспускание не нарушено. Симптом поколачивания отрицательный с

обеих сторон.

* В сознании, адекватна. Очаговой и менингеальной симптоматики нет. В приемном покое сделано УЗИ поднижнечелюстной области. Заключение: множественные неомогенные очаги сниженной эхогенности с усилением перфузии, характерные для лимфаденита.

Рентгенография ОГК: патологических изменений вне выявлено

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является

- аэрозольный
- гемоконтактный
- трансмиссивный
- фекально-оральный

Результаты лабораторного метода обследования

РПГА на полуколичественное определение антител к *Francisella tularensis*

|=====

^| Параметр | Референсные значения | Результат

| Anti-*Francisella tularensis* | $\geq 1:100$ – условно - диагностический титр у невакцинированных лиц | 1:1260

|=====

Титры антител к *Francisella tularensis* в РПГА:

Реакция агглютинации (РА) на качественное определение антител к *Brucella species*

Обнаружение антител к *Brucella species* в РА

|=====

| Параметр | Референсные значения | Результат

| Anti-*Brucella species* | Не обнаружено | Не обнаружено

|=====

Реакция гетероагглютинации Хофф-Бауэра

Реакция отрицательная

Диаскин-тест

Результат отрицательный

ИФА на определение антител к *Coxiella burnetii*

|=====

| Параметр | Единицы | Результат | Референсные значения

| Anti- *Coxiella burnetii* IgM | МЕ/мл | Не обнаружено | Не обнаружено

| Anti- *Coxiella burnetii* IgG | МЕ/мл | Не обнаружено | Не обнаружено

|=====

Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные, можно поставить диагноз

- аэрозольный
- гемоконтактный

- трансмиссивный
- фекально-оральный

Диагноз

Туляремия, ангинозногlandулярная форма

Инфекционный мононуклеоз, типичная форма

Ку-лихорадка, острая форма

Бруцеллез, остросептическая форма

Для периода разгара ангинозногlandулярной формы туляремии в общем анализе крови характерен

- лимфоцитоз
- агранулоцитоз
- лейкоцитоз
- гипернейтрофилез

Первичный аффект при ангинозногlandулярной форме туляремии характеризуется наличием

- специфического лимфаденита
- некротической ангины
- язвенного изменения кожи
- грануломатозного ринита

Тонзиллит при ангинозногlandулярной форме характеризуется

- двусторонним поражением с блестящими серо-белыми «перламутровыми» налетами «плюс ткань», выходящими за пределы миндалин
- односторонним поражением с серовато-белым островчатым или пленчатым трудноснимаемым налетом
- двусторонним поражением с белыми островчатыми налетами, легко отделяемыми шпателем
- односторонним поражением с зеленоватыми пастообразными наслоениями с гнилостным запахом

Бубон при ангинозногlandулярной форме туляремии в периоде его формирования характеризуется

- резкой болезненностью, малоподвижностью с нечеткими контурами
- тестообразной консистенцией и умеренной болезненностью
- малобезболезненностью при пальпации с обычной окраской кожи над ним

- спаянностью с окружающими тканями и геморрагическим пропитыванием кожи над ним

Ангинозногландулярную форму туляремии следует дифференцировать от

- стрептобациллеза
- инфекционного мононуклеоза
- доброкачественного лимфоретикулёза
- бруцеллеза

В качестве основной этиотропной терапии при туляремии назначают
+ _____ + в сутки

- доксициклин 0,2 г
- азитромицин 0,5 г
- бензилпенициллин 6 млн ЕД
- меропенем 1,5 г

Длительность курса антибактериальной терапии при туляремии составляет + _____ + дней

- 21-28
- 10-14
- 5-7
- 14-21

На третий день госпитализации кожа над лимфоузлом приобрела багрово-синюшный оттенок, появилась её спаянность с узлом, отмечается флюктуация, сохраняется умеренная болезненность бубона. Учитывая изменения в области бубона необходимо назначить

- электрофорез с лидазой
- иссечение узла с капсулой
- согревающие повязки с димексидом 1:4
- местную гипотермию с хлорэтилом

Для ангинозногландулярной формы туляремии характерен
+ _____ + путь заражения

- воздушно-пылевой
- контаминационный
- инокуляционный
- алиментарный

Инкубационный период при туляремии длится до

- воздушно-пылевой
- контаминационный

- инокуляционный
- алиментарный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

13.09. врач – инфекционист вызван на консультацию в хирургическое отделение многопрофильной больницы к пациентке М, 18-ти лет.

Жалобы

На повышение температуры тела, нагноение шейного лимфоузла.

Анамнез заболевания

- * В настоящий момент больна 20-е сутки.
- * Заболела остро, когда поднялась температура тела до 39,5°C, появились слабость и общее недомогание, снизился аппетит.
- * С этого времени заметила увеличение и умеренную болезненность заднешейных лимфатических узлов слева. Обратилась к врачу поликлиники, где ей был поставлен диагноз «инфекционный мононуклеоз». По назначению врача больная принимала амоксициллин + клавулановую кислоту в дозе 500 мг {plus} 125 мг 3 раза в сутки в течение 5 дней, жаропонижающие препараты без эффекта.
- * В последующие дни сохранялась высокая лихорадка с ознобом и потливостью, усилилась слабость, беспокоило чувство ломоты в мышцах и костях.
- * На 12-й день болезни в области заднешейных лимфатических узлов слева появилось покраснение с усилением их болезненности и еще большим увеличением в размерах (до размеров куриного яйца).
- * В последующие 3 дня в области заднешейных лимфатических узлов слева появились признаки флюктуации. С диагнозом: «абсцедирующий лимфаденит заднешейной области слева» была госпитализирована в хирургическое отделение многопрофильной больницы для проведения экстренной операции. Для уточнения диагноза и выбора тактики лечения на консультацию вызван инфекционист

Анамнез жизни

- * Не работает, временно проживает в Москве
- * Вредные привычки: отрицает
- * Аллергоанамнез: не отягощен
- * Все лето провела в Тверской области у родителей в поселке городского типа. В квартире, где проживают родители больной, есть мыши и живут 2 кошки, которые их ловят. Внешних признаков заболевания у кошек не выявлено. При контакте во время игры одна из кошек оцарапала пациентку в области шеи. Установлено, что приблизительно за месяц до настоящего заболевания у матери пациентки были подобные симптомы болезни в виде фебрильной лихорадки и правостороннего шейного лимфаденита, которые купировались самостоятельно, без применения антибактериальных препаратов

- * Контакты с другими больными людьми и животными, укусы грызунов и насекомых пациентка отрицает; некипяченую воду не употребляет
- * Перенесенные заболевания: ОРВИ, детские инфекции
- * Прививочный анамнез: привита по возрасту в соответствии с Национальным календарем прививок

Объективный статус

- * Температура тела 37,8°C
- * Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски
- * Гиперемии слизистой оболочки ротоглотки нет. Миндалины не увеличены, налетов нет.
- * При вскрытии лимфоузла эвакуировано 10,0 мл густого сливкообразного гноя и некротических тканей в виде детрита бурого цвета, без запаха.
- * В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин.
- * АД-110/70 мм рт. ст, ЧСС – 72 уд. в мин.
- * Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Печень и селезенка не увеличены.
- * Стул регулярный оформленный.
- * Мочеиспускание не нарушено.
- * В сознании, адекватна. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Данные обследования в хирургическом отделении:

- * Антитела к ВИЧ, а-HBs, а-HCV не обнаружены
- * RW – отрицательно
- * ОАК: Hb – 129 г/л, лейкоциты – $9,4 \times 10^9$ /л, п/я нейтрофилы – 14%, с/ядерные нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 12%, моноциты – 5%, тромбоциты – 221×10^{12} /л, СОЭ – 52 мм/ч
- * Биохимический анализ крови: общий белок – 79,5 г/л, мочевины – 3,7 ммоль/л, креатинин – 83 мкмоль/л, общий билирубин – 5,1 мкмоль/л, холестерин – 3,5 ммоль/л, АЛТ – 15 МЕ/л, АСТ – 26 МЕ/л
- * Реакция Хофф-Бауэра - отрицательно

Необходимым для этиологической диагностики заболевания лабораторным методом исследования является

- воздушно-пылевой
- контаминационный
- инокуляционный
- алиментарный

Результаты лабораторных методов обследования

РПГА на полуколичественное определение антител к *Francisella tularensis*

|=====

^| Параметр | Референсные значения | Результат

| Anti-Francisella tularensis | $\geq 1:100$ – условно - диагностический титр у невакцинированных лиц | 1:20000

|=====

Титры антител к *Francisella tularensis* в РПГА:

РНИФ на обнаружение антител к Bartonella henselae

|=====

^| Параметр | Референсные значения | Результат

| Anti- Bartonella henselae | диагностический титр 1:40 | Не обнаружено

|=====

РА на качественное определение антител к Brucella species

Обнаружение антител к Brucella species в РА:

|=====

| Параметр | Результат

| Anti-Brucella species | Не обнаружено

|=====

ИФА на определение антител к EBV-инфекции

|=====

^| Параметр | Результат

| Anti-VCA IgM | Отрицательный

| Anti- EBV EA IgG | Отрицательный

| Anti -VCA IgG | Отрицательный

|=====

ИФА на определение антител к Bacillus anthracis

|=====

| Параметр | Единицы | Результат

| Anti- Bacillus anthracis IgM | МЕ/мл | Не обнаружено

|=====

ИФА на определение антител к Coxiella burnetii

|=====

| Параметр | Единицы | Результат

| Anti- Coxiella burnetii IgM | МЕ/мл | Не обнаружено

| Anti- Coxiella burnetii IgG | МЕ/мл | Не обнаружено

|=====

Учитывая клинико-anamнестические и лабораторные данные, можно поставить диагноз

- воздушно-пылевой
- контаминационный
- инокуляционный
- алиментарный

Диагноз

Туляремия, glandулярная форма

Доброкачественный лимфоретикулез (фелиноз), типичная форма

Сибирская язва, кожная форма

Бруцеллез, остро-септическая форма

Воспаление в лимфатических узлах при туляремии носит _____ характер

- геморрагический
- серозно-геморрагический
- гранулематозный
- фибринозный

Длительность течения острой формы туляремии составляет до

- 6 недель
- 6 месяцев
- 1 года
- 3 месяцев

Для бубона при glandularной форме туляремии в периоде его формирования характерно наличие

- тестообразной консистенции с резкой напряженностью кожи
- резкой болезненности и спаянности с окружающими тканями
- слабой болезненности и ограничение подвижности
- периаденита и геморрагического пропитывания кожи

Дифференциальную диагностику glandularной формы туляремии целесообразно проводить с

- малярией
- паротитом
- кожной формой сибирской язвы
- дифтерией

В качестве основной этиотропной терапии при туляремии назначают

- линкомицин
- гентамицин
- ампициллин
- азитромицин

Курс антибактериальной терапии при туляремии длится до +____+ (в днях) нормальной температуры

- 14-17
- 10
- 3
- 5-7

В качестве патогенетической терапии целесообразно применять

- специфическую детоксикацию
- иммуномодуляторы
- противовоспалительные препараты
- дегидратационную терапию

Рецидивы glandулярной туляремии связаны с

- активизацией вторичной флоры
- реинфицированием
- развитием иммунопатологических реакций
- длительной персистенцией возбудителя

Для рецидивов glandулярной туляремии характерно (-на)

- появление множественных вторичных бубонов в других группах лимфатических узлов и частым их нагноением
- частая генерализация инфекции и развитие тяжелых осложнений
- отсутствие лихорадки и редкое абсцедирование нового бубона
- длительная фебрильная лихорадка и отсутствие формирования лимфаденита

Для glandулярной формы туляремии характерен + _____ + механизм заражения

- появление множественных вторичных бубонов в других группах лимфатических узлов и частым их нагноением
- частая генерализация инфекции и развитие тяжелых осложнений
- отсутствие лихорадки и редкое абсцедирование нового бубона
- длительная фебрильная лихорадка и отсутствие формирования лимфаденита

Условие ситуационной задачи

Ситуация

28 июля врач – инфекционист вызван на консультацию в приемный покой многопрофильной больницы к пациенту М, 33-х лет.

Жалобы

На повышение температуры тела до 39,0°C, головную боль, слабость, утомляемость, потливость, боль и припухлость в правом паху.

Анамнез заболевания

* Болен 6-е сутки. Заболел остро с озноба, подъема температуры до 39,8°C, появились потливость, слабость, головная боль, исчез аппетит. На следующий день присоединился непродуктивный кашель. Температура тела продолжала держаться на высоких цифрах (38,5 - 39,5°C), сохранялось плохое самочувствие.

- * Самостоятельно принимал жаропонижающие препараты (парацетамол)
- * На 4-5 день болезни заметил припухлость в правом паху, незначительные болевые ощущения возникали только при прикосновении.
- * В связи с сохранением высокой температуры вызвал бригаду «Скорой помощи».

Анамнез жизни

- * Менеджер по персоналу (HR-менеджер)
- * Проживает в отдельной квартире, в свободных отношениях.
- * Вредные привычки: отрицает
- * Аллергоанамнез: не отягощен
- * Перенесенные заболевания: аппендэктомия (в детстве), ОРВИ, коронавирусная инфекция (COVID-19).
- * Эпиданамнез: со слов больного, является сторонником ЗОЖ: покупает только фермерские продукты (масло, сыр, творог), часто практикует сыроедение (термически не обработанные овощи), делает пробежки в ближайшей лесопарковой полосе и занимается йогой на природе.
- * Прививочный анамнез: дату последней прививки сказать не может. От гриппа не прививался

Объективный статус

- * Температура тела 38,9°C
- * Отмечается гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер. Кожные покровы чистые: сыпи, геморрагий нет.
- * На медиальной поверхности средней трети правой лодыжки определяется язвенный дефект размером 5x7 мм с приподнятыми краями, покрытый желтоватой корочкой
- * По внутренней поверхности правого бедра пальпируется увеличенный лимфатический узел 35x25 мм, слабо болезненный, плотноэластической консистенции, кожа над ним не изменена. Лимфоузлы других групп не увеличены.
- * Слизистая ротоглотки нормальной окраски.
- * В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 20 в мин.
- * АД-110/70 мм рт. ст, ЧСС – 90 уд. в мин.
- * Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Стула не было сутки.
- * Мочевыделение не нарушено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон
- * В сознании, адекватен. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является

- появление множественных вторичных бубонов в других группах лимфатических узлов и частым их нагноением
- частая генерализация инфекции и развитие тяжелых осложнений
- отсутствие лихорадки и редкое абсцедирование нового бубона
- длительная фебрильная лихорадка и отсутствие формирования лимфаденита

Результаты лабораторного метода обследования

РПГА на полуколичественное определение антител к *Francisella tularensis*

|=====

^| Параметр | Референсные значения | Результат
| Anti-*Francisella tularensis* | $\geq 1:100$ – условно - диагностический титр у
невакцинированных лиц | 1:180

|=====

Титры антител к *Francisella tularensis* в РПГА:

Реакция агглютинации (РА) на качественное определение антител к *Brucella species*

Обнаружение антител к *Brucella species* в РА:

|=====

^| Параметр | Референсные значения | Результат
| Anti-*Brucella species* | Не обнаружено | Не обнаружено

|=====

РПГА на выявление антител к *Yersinia pseudotuberculosis*

|=====

| Параметр | Референсные значения | Результат
| Anti- *Y. pseudotuberculosis* | 1:100 | отрицательно

|=====

Титры антител к *Yersinia pseudotuberculosis*:

РПГА на выявление антител к клещевым риккетсиозам

|=====

^| Параметр | Результат
| Anti- *R. sibirica* | отрицательно
| Anti- *D. sonori* | отрицательно
| Anti- *R. akari* | отрицательно

|=====

Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные, можно поставить диагноз

- появление множественных вторичных бубонов в других группах лимфатических узлов и частым их нагноением
- частая генерализация инфекции и развитие тяжелых осложнений
- отсутствие лихорадки и редкое абсцедирование нового бубона
- длительная фебрильная лихорадка и отсутствие формирования лимфаденита

Диагноз

Туляремия, ульцерогландулярная форма

Астраханская риккетсиозная лихорадка, типичная форма

Марсельская лихорадка, типичная форма

Бруцеллез, остро-септическая форма

В начальном периоде туляремии в общем анализе крови обнаруживают

- гиперлейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево
- умеренный лейкоцитоз, увеличение СОЭ
- лейкопению, абсолютный лимфоцитоз
- лейкопению, анэозинофилию

При ulceroglandularной форме туляремии первичный аффект представлен

- папулой, трансформирующейся в глубоко проникающий в кожу пузырек, при сморщивании и подсыхании которого образуется черный струп
- пустулой, преобразующейся в безболезненную язву с приподнятыми краями со скудным, серозно-гнойным отделяемым
- болезненной язвой с подрытыми краями, покрытой черным струпом с выраженной зоной гиперемией вокруг
- плотным инфильтратом с некротической корочкой темно-коричневого цвета и красным ободком гиперемии по периферии

Первичный аффект при туляремии оставляет после себя

- длительную буроватую пигментацию и крупнопластинчатое шелушение
- депигментированную рубцовую атрофию
- гладкую эпителиальную ткань без последующего рубцевания
- западение кожи без формирования атрофического рубца

Регионарный бубон при ulceroglandularной форме туляремии в периоде его формирования характеризуется

- длительно сохраняющимся лимфангитом от первичного аффекта
- резкой болезненностью, приводящей к вынужденному положению конечности
- умеренной болезненностью без явлений лимфангита
- выраженным периаденитом с изменением цвета кожи над лимфоузлом

Дифференциальную диагностику ulceroglandularной формы туляремии целесообразно проводить с

- рожей
- витилиго
- лайм-боррелиозом (мигрирующей эритемой)
- содоку

В качестве основной этиотропной терапии при туляремии назначают

- пенициллины и аллинамины
- аминогликозиды и тетрациклины
- карбапенемы и флюоропиримидины
- макролиды и линкозамины

Курс антибактериальной терапии при туляремии проводят до + ___ + (в днях) нормальной температуры

- пенициллины и аллинамины
- аминогликозиды и тетрациклины
- карбапенемы и флюоропиримидины
- макролиды и линкозамины

Дополнительная информация

Через одну неделю от начала лечения паховый л/у увеличился в размерах до 60 х 80 мм, появилась спаянность узла с кожей, отмечается флюктуация.

Лихорадки нет.

Учитывая изменения в клинической картине, пациенту рекомендуется проведение

- иссечения лимфоузла с капсулой
- курса согревающих компрессов с димексидом 1:4
- курса прогревания соллюксом
- местной гипотермии с хлорэтилом

Для ульцерогландулярной формы туляремии характерным механизмом заражения является

- трансмиссивный
- аэрозольный
- гемоконтактный
- фекально-оральный

Специфическая профилактика туляремии заключается в

- трансмиссивный
- аэрозольный
- гемоконтактный
- фекально-оральный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В приемный покой многопрофильной больницы на консультацию вызван врач-инфекционист к больной П, 32-х лет.

Жалобы

На лихорадку, головную боль и ломоту в теле, «воспаление» глаза, изменение контуров шеи, слабость.

Анамнез заболевания

- * Больна больше недели. Заболела остро, когда с ознобом повысилась температура тела до 39,6°C, беспокоила сильная головная боль, головокружение, появились потливость, слабость, мышечные боли, исчез аппетит.
- * На следующий день отметила зуд и жжение в правом глазу. Температура тела продолжала держаться на высоких цифрах (поднимаясь до 39,5°C), сохранялось плохое самочувствие.
- * Самостоятельно принимала жаропонижающие препараты (парацетамол), промывала глаз «спитым» чаем.
- * В дальнейшем отекло правое веко, глаз сильно покраснел, отмечалось сильное слезотечение. Стала закапывать «офтальмоферон», без эффекта.
- * К концу первой недели заметила припухлость с правой стороны шеи, были незначительные болевые ощущения при прикосновении. Температура тела все дни продолжала оставаться повышенной, выросла слабость, общее недомогание.
- * В связи с сохранением высокой температуры и не эффективностью домашнего лечения вызвала бригаду «Скорой помощи».

Анамнез жизни

- * Домохозяйка
- * Проживает в частном доме, вместе с мужем и 3-мя детьми дошкольного и школьного возраста (3,6,9 лет).
- * Вредные привычки: отрицает
- * Аллергоанамнез: аллергический ринит на цветение березы
- * Перенесенные заболевания: ОРВИ, пневмония (в 14-летнем возрасте), пищевые отравления.
- * Эпиданамнез: со слов больной имеет частный дом с приусадебным участком, разводит кроликов, коз (козье молоко использует для приготовления домашнего сыра). Дети в настоящее время находятся дома (летние каникулы), у среднего ребенка за два дня до заболевания также поднималась температура до 37,8°C, был сильный насморк, беспокоил влажный кашель. В настоящий момент уже здоров.
- * Прививочный анамнез не известен

Объективный статус

- * Температура тела 38,6°C
- * Отмечается гиперемия и одутловатость лица.
- * При осмотре: правая глазная щель сужена, склеры инъецированы, веки правого глаза и переходная складка конъюнктивы отечны. Слизистая оболочка нижнего века правого глаза гиперемирована, отмечается наличие желтовато-беловатых узелков 2-3 мм. Отделяемое из глаза слизисто-гнойное. Зрение не

нарушено (видит хорошо).

* Конфигурация шеи изменена за счет увеличения переднего и поднижнечелюстного л/у справа. Кожа над лимфатическими узлами обычной температуры, узлы подвижны, не спаяны с кожей, мало болезненные. Флюктуации нет.

* Лимфатические узлы других групп не увеличены

* Слизистая ротоглотки нормальной окраски. Миндалины не увеличены, налетов нет.

* В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 22 в мин.

* АД-100/60 мм рт. ст, ЧСС – 88 уд. в мин.

* Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Стула не было сутки.

* Мочеиспускание не нарушено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон

* В сознании, адекватна. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является

- трансмиссивный
- аэрозольный
- гемоконтактный
- фекально-оральный

Результаты лабораторного метода обследования

РПГА на полуколичественное определение антител к *Francisella tularensis*

|=====

^| Параметр | Референсные значения | Результат

| Anti-*Francisella tularensis* | $\geq 1:100$ – условно - диагностический титр у невакцинированных лиц | 1:1250

|=====

Титры антител к *Francisella tularensis* в РПГА:

Реакция агглютинации (РА) на качественное определение антител к *Brucella species*

|=====

^| Параметр | Результат

| Anti-*Brucella species* | отрицательно

|=====

ИФА на определение антител к *Adenoviridae*

Антител к аденовирусам не обнаружено

ИФА на антитела к EBV и VZV-инфекции

ИФА на антитела к EBV и VZV-инфекции

|=====

^| Показатели | Результат
| Anti-VCA IgM | Отрицательно
| Anti -VCA IgG | Отрицательно
| Anti- EBNA IgG | Положительно
| Anti- VZV IgM | Отрицательно
| Anti -VZV IgG | Отрицательно
|====

Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные, можно поставить диагноз

- трансмиссивный
- аэрозольный
- гемоконтактный
- фекально-оральный

Диагноз

Туляремия, окулогландулярная форма

Инфекционный мононуклеоз, типичная форма

Герпетический конъюнктивит, типичная форма

Аденовирусная инфекция (фаринго-конъюнктивальная лихорадка)

В периоде разгара заболевания при туляремии в общем анализе крови обнаруживают

- лейкопению, тенденцию к лимфоцитозу
- лейкопению, анэозинофилию
- гиперлейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево
- лейкоцитоз, атипичные мононуклеары

Офтальмологическая симптоматика при окулогландулярной форме туляремии характеризуется развитием

- одностороннего эрозивно-язвенного конъюнктивита со слизисто-гнойным отделяемым
- двусторонних очаговых краевых инфильтратов в роговице
- двустороннего тарзального конъюнктивита с нитеобразным вязким отделяемым
- одностороннего воспаления с образованием псевдомембран и гиперплазией сосочков

При окулогландулярной форме туляремии фолликулярная реакция конъюнктивы представлена

- крупными, расположенными правильными рядами, в виде «петушиного гребня» красновато-розовыми узелками
- желтовато-белыми узелками с язвенными элементами
- мелкими, хаотично расположенными фолликулами в нижнем своде
- крупными, напряженными фолликулами с точечными геморрагиями

Для регионарного бубона при окулогландулярной форме туляремии в периоде его формирования характерна

- воспалительная реакция надлежащих тканей, лимфангоит
- резкая болезненность, расплывчатых контуров
- гиперемия кожных покровов над бубоном, флюктуация
- незначительная болезненность, подвижность

В качестве основной этиотропной терапии при туляремии назначают

- бензилпенициллин натриевую соль и тербинафин
- меропенем и кларитромицин
- стрептомицин и доксициклин
- эритромицин и линкомицин

Курс антибактериальной терапии при туляремии проводят до +___+ (в днях) нормальной температуры

- 5-7
- 3
- 14-17
- 21

Патогенетическая терапия окулогландулярной формы туляремии включает назначение

- 20-30% раствора сульфацила натрия
- 3% мази ацикловира
- интерферона альфа-2b рекомбинантного / дифенгидрамина
- 0,5% мази тиамин бромид

При туляремии инкубационный период длится до

- 1,5 месяцев
- 3-х недель
- 4-х месяцев
- 14 дней

Для окулогландулярной формы туляремии характерным механизмом заражения является

- гемоконтактный

- аэрозольный
- фекально-оральный
- трансмиссивный

Неспецифическая профилактика туляремии заключается в

- гемоконтактный
- аэрозольный
- фекально-оральный
- трансмиссивный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент М, 35-ти лет направлен на консультацию к инфекционисту участковым терапевтом.

Жалобы

На длительное повышение температуры тела, боли в суставах и пояснице.

Анамнез заболевания

* Болен около 2-х недель, когда повысилась температура тела до 37,8°C, появились боли в крупных суставах. Через несколько дней появилась отечность правого коленного сустава. Лечился самостоятельно: принимал НПВС, местно наносил мазь «Хондроксид» и «Найс», без видимого эффекта. На протяжении всего времени общее самочувствие больного оставалось удовлетворительным, несмотря на периодически высокую температуру, продолжал работать, однако беспокоили плохой сон, снижение аппетита.

* Учитывая длительность лихорадки, обратился в поликлинику к участковому терапевту, направлен на консультацию к инфекционисту.

Анамнез жизни

* IT-специалист. Работает дистанционно.

* Проживает в отдельной квартире, в свободных отношениях.

* Вредные привычки: отрицает

* Эпиданамнез: за последние 2 месяца из домашнего региона не выезжал, контакт с инфекционными больными отрицает; со слов больного, питается полуфабрикатами, покупает молочные продукты (масло, сыр, творог, козье молоко, брынзу) у частных продавцов на рынке.

* Прививочный анамнез: дату последней прививки сказать не может. Является «антипрививочником».

* Перенесенные заболевания: пневмония (в детстве), ОРВИ

* Дополнительно из анамнеза выяснено, что около года назад лечился в стационаре по поводу лихорадки неясной этиологии (была длительная высокая температура, ознобы, потливость), принимал тетрациклин, выписан с улучшением. Приблизительно через 2-3 месяца вновь отметил подобный эпизод повышения температуры с ознобами и потами (но температура была не такая

высокая, продолжительность ее была меньше), тогда впервые появились боли в суставах, особенно в правом коленном. Амбулаторно принимал бутадион.

Объективный статус

* Температура тела 37,5°C

* Кожные покровы чистые: сыпи, геморрагий нет.

* Слизистая ротоглотки нормальной окраски. Миндалины не увеличены.

* Периферические лимфоузлы (шейные, подмышечные) увеличены до размеров фасоли, безболезненные при пальпации.

* Подвижность в коленных и тазобедренных суставах ограничена из-за болей, правый коленный сустав увеличен в объеме, деформирован, кожа над ним не изменена. В пояснично-крестцовой области определяются подкожные болезненные уплотнения округлой формы, размеров до лесного ореха.

* В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 20 в мин.

* АД-110/70 мм рт. ст., ЧСС – 90 уд. в мин.

* Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает на 1,5 см из-под края реберной дуги, эластичной консистенции, безболезненная при пальпации. Селезенка перкуторно увеличена. Стула не было сутки.

* Мочеиспускание не нарушено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон

* В сознании, адекватен, но при общении с мед. персоналом раздражителен. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является

- гемоконтактный
- аэрозольный
- фекально-оральный
- трансмиссивный

Результаты лабораторного метода обследования

ИФА на качественное определение антител к *Brucella species*

Обнаружение антител к *Brucella species* в ИФА:

|=====

^| Параметр | Результат

| Anti-*Brucella abortus* IgM

Anti-*Brucella abortus* IgG | Не обнаружено

Не обнаружено

| Anti-*Brucella melitensis* IgM

Anti-*Brucella melitensis* IgG | Обнаружено

Обнаружено

| Anti-*Brucella suis* IgM

Anti-*Brucella suis* IgG | Не обнаружено

Не обнаружено

|=====

РПГА на полуколичественное определение антител к *Francisella tularensis*

Титры антител к *Francisella tularensis* в РПГА:

|=====

^| Параметр | Референсные значения | Результат
| Anti-Francisella tularensis | $\geq 1:100$ – условно - диагностический титр у
невакцинированных лиц | отрицательно

|=====

РПГА на выявление антител к *Yersinia pseudotuberculosis*

|=====

^| Параметр | Референсные значения | Результат
| Anti-*Y. pseudotuberculosis* | 1:100 | отрицательно

|=====

Титры антител к *Yersinia pseudotuberculosis*:

Реакция микроагглютинации (РМА) на обнаружение антител к *Leptospira interrogans*

|=====

^| Наименование | Единицы | Результат
| Anti - *L. interrogans* spp. IgM | МЕ/мл | Отрицательно
| Anti - *L. interrogans* spp. IgG | МЕ/мл | Отрицательно

|=====

Обнаружение антител к *Leptospira interrogans* в РМА:

Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные, можно поставить диагноз

- гемоконтактный
- аэрозольный
- фекально-оральный
- трансмиссивный

Диагноз

Бруцеллез, хроническая форма

Лептоспироз, безжелтушная форма

Бруцеллез, первично-латентная форма

Псевдотуберкулез, вторично-очаговая форма (синдром Рейтера)

Формирование хронической формы бруцеллеза связано с

- {nbsp}L-форменной трансформацией возбудителя
- развитием гиперчувствительности немедленного типа
- изменением структуры Osp-антигенов
- действием цитотоксинов возбудителя

Для хронического бруцеллеза наиболее типично поражение

- мезентеральных лимфатических узлов
- опорно-двигательного аппарата
- кожных покровов и слизистых
- центральной нервной системы

Для хронического бруцеллеза характерно развитие

- фиброза
- узловой эритемы
- нефрозонефрита
- терминального илеита

Симптомокомплекс, характерный для хронического бруцеллеза, включает

- артропатию, экзантему, диарейную симптоматику
- трахеобронхит, миокардит, интоксикационный синдром
- лихорадку, гепатолиенальный синдром, положительный симптом Падалки
- интоксикацию, лимфаденопатию, гепатолиенальный синдром

Дифференциальную диагностику хронической формы бруцеллеза у данного больного целесообразно проводить с

- ку-лихорадкой
- ревматоидным артритом
- туляремией (генерализованной формой)
- лимфогрануломатозом

Принцип антимикробной терапии при бруцеллезе включает в себя

- последовательное назначение двухкурсовой антибиотикотерапии
- проведение курса противорецидивной терапии бициллином-5
- комбинированную антибактериальную терапию
- выбор препаратов с учетом способности их проникновения через ГЭБ

Курс антибактериальной терапии при бруцеллезе проводят до

- 3-го дня нормальной температуры
- 10-го дня апирексии
- 2-3-х недель
- 1,5 месяцев

Патогенетическая терапия у данного больного должна включать

- заместительную иммунотерапию, антикоагулянты
- регидратационную терапию, энтеросорбенты
- гемостатическую терапию, специфическую детоксикацию

- антигистаминные препараты, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС)

Заражение человека бруцеллёзом возможно _____ путем

- половым
- гемоконтактным
- алиментарным
- трансмиссивным

Специфическая профилактика бруцеллеза заключается в

- половым
- гемоконтактным
- алиментарным
- трансмиссивным

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент М, 43-х лет поступил в инфекционный стационар.

Жалобы

На повышение температуры тела, боли в суставах, общую слабость.

Анамнез заболевания

* Болен около 10-ти дней, когда с ознобом повысилась температура тела до 38,4°C, беспокоила небольшая слабость. Принимал парацетамол (с хорошим эффектом: температура снижалась с потоотделением). Однако в последующие дни температура продолжала держаться в пределах 38,5-39,5°C, повторялись ознобы и потливость. За медицинской помощью не обращался, поскольку чувствовал себя удовлетворительно, мог продолжать работать.

* Через неделю от начала болезни стали беспокоить боли в правом тазобедренном и коленном суставах. Лечился самостоятельно: принимал НПВС, без видимого эффекта. Работоспособность снизилась, усилилась слабость, ухудшился сон.

* Направлен на госпитализацию с диагнозом «Лихорадка неясного генеза»

Анамнез жизни

* Фермер, занимается разведением коз, баранов, кроликов.

* Проживает в частном доме, в сельской местности.

* Вредные привычки: отрицает.

* Эпиданамнез: за последние 2 месяца из домашнего региона не выезжал, контакт с инфекционными больными отрицает. На территории фермерского хозяйства водятся многочисленные мыши-полевки, кроты.

* Прививочный анамнез: дату последней прививки сказать не может.

* Перенесенные заболевания: пневмония (в детстве), ОРВИ, перелом ребер (2 года назад).

Объективный статус

* Температура тела 39,0°C

* Кожные покровы загорелые: сыпи, геморрагий нет, следы ушибов на предплечьях, плечах и боковых поверхностях бедер (уверяет, что связано с работой: перенос скота, строительных материалов).

* Слизистая ротоглотки нормальной окраски. Миндалины не увеличены.

* Периферические лимфоузлы (шейные, подмышечные, паховые) увеличены до размеров фасоли, безболезненные при пальпации, кожа над ними не изменена.

* Подвижность в коленных и тазобедренных суставах ограничена из-за болей, кожа над ними не изменена.

* В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин.

* АД-130/80 мм рт. ст., ЧСС – 84 уд. в мин.

* Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает на 1,0 см из-под края реберной дуги, эластичной консистенции, безболезненная при пальпации. Селезенка перкуторно увеличена, не пальпируется. Стул оформленный.

* Мочеиспускание не нарушено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон

* В сознании, адекватен. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является

- половым
- гемоконтактным
- алиментарным
- трансмиссивным

Результаты лабораторного метода обследования

ИФА на качественное определение антител к *Brucella species*

Обнаружение антител к *Brucella species* в ИФА:

|=====

^| Параметр | Результат

| Anti-*Brucella abortus* IgM

Anti-*Brucella abortus* IgG | Не обнаружено

Не обнаружено

| Anti-*Brucella melitensis* IgM

Anti-*Brucella melitensis* IgG | Обнаружено

Не обнаружено

| Anti-*Brucella suis* IgM

Anti-*Brucella suis* IgG | Не обнаружено

Не обнаружено

|=====

РПГА на полуколичественное определение антител к *Francisella tularensis*

Титры антител к *Francisella tularensis* в РПГА:

|=====

^| Параметр | Референсные значения | Результат

| Anti-Francisella tularensis | $\geq 1:100$ – условно - диагностический титр у невакцинированных лиц | отрицательно

|=====

Микроскопическое исследование «толстой капли» и тонкого мазка

Плазмодии малярии не обнаружены

Реакция микроагглютинации (РМА) на обнаружение антител к *Leptospira interrogans*

|=====

| Наименование | Единицы | Результат

| Anti - *L. interrogans* spp. IgM | МЕ/мл | Отрицательно

| Anti - *L. interrogans* spp. IgG | МЕ/мл | Отрицательно

|=====

Обнаружение антител к *Leptospira interrogans* в РМА:

Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные, можно поставить диагноз

- половым
- гемоконтактным
- алиментарным
- трансмиссивным

Диагноз

Бруцеллез, остросептическая форма

Лептоспироз, безжелтушная форма

Бруцеллез, вторично-латентная форма

Малярия неуточненная

Лихорадочная реакция при остром бруцеллёзе характеризуется

- интермиттирующим типом с правильным чередование периодов лихорадки и апирексии через день
- сильнейшей интоксикацией с первых часов заболевания с явлениями токсической энцефалопатии
- длительным волнообразным течением с отсутствием симптомов общей интоксикации
- кратковременным (не более 10 дней) подъемом температуры с признаками умеренной интоксикации

К клиническим признакам острого бруцеллеза относят

- эпидидимиты, орхиты
- ознобы, потливость

- фиброзиты, целлюлиты
- артриты, миозиты

Анализ периферической крови у больных с острым бруцеллезом характеризуется наличием

- лейкоцитоза, атипичных мононуклеаров
- гиперлейкоцитоза, ускоренного значения СОЭ
- лейкопении, нормального значения СОЭ
- лейкопении, тромбоцитопении

Симптомокомплекс, характерный для острого бруцеллеза, включает

- миокардит, сухой трахеобронхит, интоксикационный синдром
- интоксикацию с признаками токсической энцефалопатии, гепатолиенальный синдром, положительный симптом Штернберга
- полимикрولимфаденопатию, гепатолиенальный синдром, удовлетворительное состояние больного
- периартриты, скарлатиноподобную экзантему, диарейную симптоматику

Дифференциальную диагностику острой формы бруцеллеза целесообразно проводить с

- саркоидозом
- системной красной волчанкой
- малярией
- ревматоидным артритом

Этиотропная терапия при остром бруцеллезе включает в себя назначение

- препаратов с учетом способности их проникновения через гематоэнцефалический барьер (ГЭБ)
- последовательной двухкурсовой схемы антимикробных препаратов и вакцинотерапии
- обязательного курса противорецидивной терапии бициллином-5
- комбинированных схем антибактериальных препаратов

В рекомендуемых схемах для лечения бруцеллеза используют

- ламивудин и тенофовир
- ампициллин и эртапенем
- доксициллин и стрептомицин
- феноксиметилпенициллин и цефазолин

Курс антибактериальной терапии при бруцеллезе проводят до

- 2-3-х недель
- 10-го дня апирекции

- 6 недель
- 3-го дня нормальной температуры

Заражение человека бруцеллёзом возможно + _____ + путем

- ПОЛОВЫМ
- ТРАНСМИССИВНЫМ
- КОНТАКТНЫМ
- ГЕМОКОНТАКТНЫМ

Для специфической профилактики бруцеллеза используется вакцина

- ПОЛОВЫМ
- ТРАНСМИССИВНЫМ
- КОНТАКТНЫМ
- ГЕМОКОНТАКТНЫМ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент М, 17-ти лет направлен на консультацию к врачу-инфекционисту.

Жалобы

На недомогание, общую слабость, повышение температуры тела, приступообразный кашель.

Анамнез заболевания

- * Болен в течение 5-ти дней, в течение всего времени отмечает повышение температуры тела до 37,4°C в утренние часы, симптомов интоксикации (головной боли, миалгий, артралгий) не отмечал, продолжал ходить на учебу.
- * На 3-4 день болезни отметил появление мелкоточечной сыпи с небольшим зудом, присоединился сухой кашель, который иногда приобретал приступообразный «астматический» характер.
- * Нарастала общая слабость, снизился аппетит. Обратился за медицинской помощью в поликлинику колледжа, направлен к инфекционисту.

Анамнез жизни

- * Студент колледжа
- * Проживает с родителями в отдельной квартире.
- * Вредные привычки: отрицает.
- * Эпиданамнез: неделю назад вернулся из сельской местности, где проживал в течение последних 3-х недель в частном деревенском доме, купался в озере, рыбачил, питался продуктами с огорода. Молочные продукты, яйца, семья покупала у местных деревенских жителей. Контакт с инфекционными больными отрицает.
- * Прививочный анамнез: привит по возрасту в соответствии с Национальным календарем прививок
- * Перенесенные заболевания: ОРВИ (2-3 раза в год), аппендэктомия (в 6 лет), пневмония (в 14 лет)

Объективный статус

- * Состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37,3°C.
- * Кожные покровы загорелые, визуализируются элементы уртикарной сыпи по типу острой крапивницы.
- * Слизистая ротоглотки не гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет. Признаки ринита отсутствуют.
- * Периферические лимфоузлы не пальпируются.
- * Кашель сухой, мокроты нет. Дыхание через нос свободное. ЧДД – 20 в мин. Выслушиваются сухие хрипы с обеих сторон.
- * АД-110/60 мм рт. ст., ЧСС – 72 уд. в мин.
- * Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Селезенка не увеличена.
- * Стул оформленный, без патологических примесей.
- * Мочевыделение не нарушено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.
- * В сознании, адекватен. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования является

- половым
- трансмиссивным
- контактным
- гемоконтактным

Результаты инструментального метода обследования

Рентгенография органов грудной клетки

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции: + В легких с обеих сторон видны различных размеров, малой интенсивности, «облаковидные» участки уплотнения неправильной формы, с нечеткими контурами, характерные для эозинофильных инфильтратов

Сцинтиграфия печени

Заключение: определяется увеличение и нечеткость границ печени, диффузно-равномерное распределения РФП во всех отделах печени.

Фиброгастродуоденоскопия

Заключение: патологических изменений не выявлено

Многосрезовая спиральная компьютерная томография органов брюшной полости (МСКТ)

Заключение: увеличение и умеренные диффузные изменения в паренхиме печени. Других объемных, очаговых изменений органов брюшной полости не выявлено.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования являются

- половым
- трансмиссивным
- контактным

- ГЕМОКОНТАКТНЫМ

Результаты лабораторных методов обследования

Иммуноферментный анализ (ИФА) на обнаружение антител к гельминтам

|=====

^| Параметр | Результат

| Echinococcus granulosus IgG | Не обнаружено

| Taenia solium IgG | Не обнаружено

| Ascaris lumbricoides IgG | Обнаружено

|=====

Микроскопическое исследование мокроты на личинки аскарид

При микроскопическом исследовании мокроты обнаружены личинки аскарид

Иммуноферментный анализ крови (ИФА) на обнаружение антител к

Brucella species

|=====

^| Параметр | Результат

| Anti-Brucella abortus IgM

Anti-Brucella abortus IgG | Не обнаружено

Не обнаружено

| Anti-Brucella melitensis IgM

Anti-Brucella melitensis IgG | Не обнаружено

Не обнаружено

| Anti-Brucella suis IgM

Anti-Brucella suis IgG | Не обнаружено

Не обнаружено

|=====

Обнаружение антител к Brucella species в ИФА:

Реакция микроагглютинации (РМА) лептоспир

|=====

^| *Наименование* | *Единицы* | *Результат *

| L. interrogans spp Anti IgM | МЕ/мл | отрицательно

| L. interrogans spp Anti IgG | МЕ/мл | отрицательно

|=====

Бактериологический посев кала на патогенные энтеробактерии

Патогенные энтеробактерии не обнаружены

Определение антител к Coronavirus (SARS-CoV-2)

|=====

| Параметр | Референсные значения | Результат

| Coronavirus (SARS-CoV-2)IgM | (<2) | 00,15

| Coronavirus (SARS-CoV-2)IgG | (<10) | 01,28

|=====

Учитывая клинико-anamнестические, лабораторные и инструментальные данные, можно поставить диагноз

- половым
- трансмиссивным
- контактным
- гемоконтактным

Диагноз

Аскаридоз, ранняя (миграционная) стадия

Коронавирусная инфекция (COVID-19), легкое течение

Бруцеллез, первично-латентная форма

Лептоспироз, безжелтушная форма

Для аскаридоза в общем анализе крови характерно наличие

- нейтропении
- эозинофилии
- абсолютного лимфоцитоза
- агранулоцитоза

При распознавании ранней (миграционной) стадии аскаридоза необходимо ориентироваться на

- симптомы гемоколита, кахексию, анемию
- кашель с мокротой, лихорадку, эозинофилию
- увеличение печени, полиаденопатию, гиперпротеинемию
- отечный синдром, уртикарные высыпания на коже, бруксизм

Для аскаридоза характерен синдром

- Рейтера
- Леффлера
- Лайелла
- Шегрена

Дифференциальную диагностику аскаридоза в миграционной стадии следует проводить с

- токсакарозом
- трихоцефалезом
- амебиазом
- энтеробиозом

Препаратом выбора для лечения аскаридоза является

+ _____ мг + ____ + раза в сутки

- метронидазол по 500; 3
- этофамид по 600; 2
- мебендазол по 100; 2
- диллоксанида фуроат по 500; 3

Длительность приема мебендазола при аскаридозе составляет

- 7 дней
- 3 дня
- 2 дня
- 10 дней

Первый контроль эффективности лечения аскаридоза проводят через +__+ дней после дегельминтизации

- 14
- 10
- 5
- 7

Диспансерное наблюдение за переболевшими осуществляют в течение

- 2-3 месяцев
- 3-х недель
- 6-9 месяцев
- 2-х недель

К источнику заражения при аскаридозе относят

- 2-3 месяцев
- 3-х недель
- 6-9 месяцев
- 2-х недель

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка М, 57-ти лет направлена на консультацию к врачу-инфекционисту.

Жалобы

На общую слабость, ощущение горечи во рту, чаще по утрам, подташнивание, нерезкие боли в правом подреберье, правой подвздошной области, вздутие в правой половине живота.

Анамнез заболевания

- * Считает себя больной около года, когда постепенно развивалась общая слабость, появилась тяжесть и боли в правой половине живота. Периодически возникает чувство горечи во рту.
- * Аппетит снижен из-за тошноты, чаще тошнота проявляется при употреблении молочных продуктов. Стул неустойчивый, 1 раз в 2 дня, без патологических примесей. В течение года похудела на 7 кг.
- * Температура тела в последнее время не повышалась
- * Обратилась к гастроэнтерологу. Назначено обследование, по результатам которого направлена к инфекционисту

Анамнез жизни

- * В настоящее время не работает
- * Вредные привычки: отрицает.
- * Проживает с мужем и внуком 4-х лет в частном доме в дачном поселке. Бытовые условия: вода из скважины, канализация по типу септика. Есть приусадебное хозяйство. Выращивают овощи, ягоды. В доме кошка и собака (со слов давно не привитые). Готовит дома сама. Продукты покупают в местном магазине. Молочные продукты, яйца, иногда покупают у местных фермеров. Контакт с инфекционными больными отрицает.
- * Прививочный анамнез не известен. От гриппа и новой коронавирусной инфекции не прививалась
- * Перенесенные заболевания: ОРВИ (дважды за последний год), артериальная гипертензия (принимает энап), артрит правого коленного сустава (более 10 лет).

Объективный статус

- * Состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,7°C.
- * Пониженного питания, кожа бледная, сыпи, геморрагий нет.
- * Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Живот при пальпации мягкий, выраженная болезненность в правой подвздошной области, умеренная болезненность в подреберьях. Печень и селезенка не увеличены.
- * Слизистая ротоглотки не гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет. Признаки ринита отсутствуют.
- * Периферические лимфоузлы не пальпируются.
- * Дыхание через нос свободное. ЧДД – 20 в мин. Хрипов нет
- * АД-130/90 мм рт. ст., ЧСС – 72 уд. в мин.
- * Стул кашицеобразный, без патологических примесей.
- * Мочеиспускание не нарушено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.
- * В сознании, адекватна. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.
- * Из представленных исследований:
 - * ИФА ВИЧ - отрицательно
 - * НВs Ag, a-НВcor IgM, a-НСV(total), a-НАV IgM- отрицательно
 - * RW-отрицательно
- * ОАК: Нb — 105 г/л (норма 120-150 г/л); эритроциты- $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты — $6,7 \times 10^9$ /л (норма $4,0-9,0 \times 10^9$ /л); эозин. — 18 % (норма 1-5%), пал. — 1% (норма 1-6); сегм. — 40% (норма 47-72); лимф. — 38 % (норма 19-37), мон. — 3% (норма 2-10); СОЭ — 15 мм/час (норма 2-15)

* Б/х крови: общий белок — 76,2 г/л (норма 63-87 г/л); билирубин: общий — 17,0 мкмоль/л (норма-8,49-20,58 мкмоль/л); прямой: 3,2 мкмоль/л (норма-2,2-5,1 мкмоль/л), АлАт — 32,0 Ед/л (норма до 38 Ед/л); АсАт — 36,3 Ед/л (норма до 42 Ед/л; глюкоза — 5,7 ммоль/л (норма -3,3-5,5 ммоль/л).

* УЗИ органов брюшной полости. Заключение: эхо-признаки хронического холецистита, хронического панкреатита.

* ЭГДС: рефлюкс-эзофагит. Очаговая гастропатия. Катаральная дуоденопатия. Рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является

- 2-3 месяцев
- 3-х недель
- 6-9 месяцев
- 2-х недель

Результаты лабораторного метода обследования

Микроскопическое исследование кала на яйца гельминтов

Найдены яйца *Ascaris lumbricoides*

Иммуноферментный анализ крови (ИФА) на обнаружение антител к *Brucella species*

|=====

^| Параметр | Результат

| Anti-*Brucella abortus* IgM

Anti-*Brucella abortus* IgG | Не обнаружено

Не обнаружено

| Anti-*Brucella melitensis* IgM

Anti-*Brucella melitensis* IgG | Не обнаружено

Не обнаружено

| Anti-*Brucella suis* IgM

Anti-*Brucella suis* IgG | Не обнаружено

Не обнаружено

|=====

Обнаружение антител к *Brucella species* в ИФА:

Реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) с псевдотуберкулезными и иерсиниозными диагностикумами

Реакция отрицательная

Полимеразная цепная реакция (ПЦР) фекалий на обнаружение *Listeria monocytogenes*

ДНК *Listeria monocytogenes* в кале не обнаружено

Учитывая клинико-anamnestические, лабораторные и инструментальные данные, можно поставить диагноз

- 2-3 месяцев
- 3-х недель

- 6-9 месяцев
- 2-х недель

Диагноз

Аскаридоз, поздняя (кишечная) стадия

Аскаридоз, ранняя (миграционная) стадия

Бруцеллез, первично-латентная форма

Листерия, гастроинтестинальная форма

В общем анализе крови при аскаридозе обнаруживается

- абсолютный лимфоцитоз и атипичные мононуклеары
- анемия и эозинофилия
- лейкоцитоз и палочкоядерный сдвиг влево
- лейкопения и анэозинофилия

При распознавании поздней (кишечной) стадии аскаридоза необходимо ориентироваться на

- отечный синдром, уртикарные высыпания на коже, бруксизм, анемию
- тошноту, схваткообразные боли в животе, неустойчивый стул, эозинофилию
- кашель с мокротой, лихорадку, «летучие» инфильтраты в легких, эозинофилию
- гепатолиенальный синдром, полиаденопатию, задержку стула, гипопропротеинемию

Клинические проявления в поздней стадии аскаридоза связаны с

- сенсibilизацией организма продуктами метаболизма, линьки и распада погибших личинок
- механическим воздействием гельминтов
- активизацией иммунологической активности с развитием аутоиммунных процессов
- формированием гранулем в паренхиматозных органах

Дифференциальную диагностику аскаридоза в кишечной стадии следует проводить с

- хроническим бруцеллезом, лептоспирозом
- острым бронхитом, пневмонией
- токсокарозом, трихинеллезом
- хроническим панкреатитом, холециститом

К осложнениям кишечной стадии аскаридоза относят

- гнойный менингоэнцефалит
- непроходимость кишечника
- обезвоживание III-IV стадии
- инфекционно-токсический шок

Препаратом выбора для лечения аскаридоза является

- метронидазол
- этозамид
- диллоксанида фууроат
- мебендазол

Длительность приема мебендазола при аскаридозе составляет

- 3 дня
- 7 дней
- 2 дня
- 14 дней

Контроль эффективности лечения аскаридоза проводят трехкратно с интервалом + ____ + дней

- 2-5
- 12-14
- 7-10
- 5-7

За переболевшими аскаридозом, диспансерное наблюдение осуществляется в течение

- 2-х недель
- 2-3 месяцев
- 6-9 месяцев
- 3-х недель

Фактором передачи при аскаридозе является

- 2-х недель
- 2-3 месяцев
- 6-9 месяцев
- 3-х недель

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Т., 33-х лет, госпитализирован в инфекционную больницу 5 декабря с входным диагнозом «Лихорадка неясной этиологии».

Жалобы

На длительное повышение температуры тела, общую слабость, апатию, снижение аппетита, плохой сон, периодически чувство дискомфорта в мышцах бёдер, сыпь на теле.

Анамнез заболевания

* Считает себя больным с 21 ноября, когда температура тела повысилась до 38,6°C, возникли разбитость, слабость, пульсирующая головная боль, преимущественно в затылочной и параорбитальных областях. Пациент также отметил необычное ощущение, что «лицо горит», окружающие заметили умеренные отёки век, развитие конъюнктивита.

* Обратился за медицинской помощью амбулаторно. Был поставлен предварительный диагноз «ОРВИ», назначены антибактериальные препараты (Супракс), жаропонижающие (Ибупрофен). В первые дни температура тела максимально поднималась до 39,6°C. Жаропонижающие приносили небольшое облегчение, однако существенного улучшения самочувствия не было. На 4 – 5-й день от начала заболевания появились ощущения жжения, тяжести и напряжения в мышцах бёдер и голеней. Неприятные ощущения в мышцах ног снимала небольшая физическая нагрузка (ходьба). Был кратковременный эпизод потемнения мочи в утренние часы. Диспепсических расстройств не возникало.

* Все последующее время (после курса антибиотика), сохранялась субфебрильная температура, что послужило поводом для настоящей госпитализации

Анамнез жизни

* Работает в сфере торговли

* Проживает в отдельной квартире с женой и сыном (2-х лет), все здоровы

* Вредные привычки: отрицает.

* При тщательном сборе анамнеза выяснилось, что, 23 октября, находясь в служебной командировке в Красноярском крае, выезжал с коллегами «на природу»: готовили шашлыки из баранины, ели бастурму домашнего приготовления из медвежатины. Мясо медведя ветеринарно-санитарной экспертизе не подвергалось.

* Перенесенные заболевания: ОРВИ (2-3 раза в год), пневмония (3года назад)

Объективный статус

* Температура тела 37,2° - 37,4°C.

* Кожные покровы обычной окраски. Отмечаются незначительные отёки в периорбитальных областях, пастозность лица. На коже конечностей необильная пятнисто-папулёзная сыпь.

* Слизистая ротоглотки не гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет.

* Периферические лимфоузлы не пальпируются.

* Дыхание через нос свободное. В легких хрипов нет. ЧДД – 18 в мин.

* Тоны сердца приглушены, ЧСС 58 ударов в минуту. АД 110/65 мм рт. ст.

* Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

* Стул оформленный, без патологических примесей.

* Мочеиспускание не нарушено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

* В сознании, адекватен. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

* В общем анализе крови: лейкоциты $12.0 \times 10^9/\text{л}$ (норма $4.0-9.0 \times 10^9/\text{л}$), эозинофилы 24 % (норма 1-5%), гемоглобин 145 г/л (норма у мужчин 130-160 г/л), тромбоциты $280 \times 10^9/\text{л}$ (норма $150-400 \times 10^9/\text{л}$)

* Б/х крови: общий белок — 72,2 г/л (норма 63-87 г/л); билирубин: общий — 19,0 мкмоль/л (норма 8,49-20,58 мкмоль/л); прямой: 3,2 мкмоль/л (норма - 2,2-5,1 мкмоль/л), АлАт — 33,0 Ед/л (норма до 38 Ед/л); АсАт — 38,3 Ед/л (норма до 42 Ед/л); мочевины — 4,6 ммоль/л (норма 2,5-8,3 ммоль/л), креатинин — 105 мкмоль/л (норма 62-114 мкмоль/л); глюкоза — 4,9 ммоль/л (норма - 3,3-5,5 ммоль/л), СРБ 80.5 мг/л (норма 0,00-5,00 мг/л).

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования являются

- 2-х недель
- 2-3 месяцев
- 6-9 месяцев
- 3-х недель

Результаты лабораторных методов обследования

Реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) на обнаружение антител к *Trichinella spiralis*

|====
| Наименование | Реф. значения | Результат
| *Trichinella spiralis* | 1:160 | 1:320

Реакция иммуноферментного анализа (ИФА) с антигеном *Trichinella spiralis*

|====
| Наименование | Реф. значения | Результат
| *Trichinella spiralis* | 1:200 | 1:410

Иммуноферментный анализ (ИФА) на обнаружение антител к *Brucella species*

|====
^| Параметр | Результат
| Anti-*Brucella abortus* IgM
| Anti-*Brucella abortus* IgG | Не обнаружено
| Не обнаружено

| Anti-Brucella melitensis IgM
Anti-Brucella melitensis IgG | Не обнаружено

Не обнаружено

| Anti-Brucella suis IgM

Anti-Brucella suis IgG | Не обнаружено

Не обнаружено

|====

Полимеразная цепная реакция (ПЦР) крови на обнаружение ДНК *L. interrogans*

ДНК *L. interrogans* не выделено

Бактериологический посев кала на патогенные энтеробактерии

Патогенные энтеробактерии не обнаружены

Реакция непрямой иммунофлуоресценции (РНИФ) с Hantaan virus

Реакция отрицательная

Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные, можно поставить диагноз

- 2-х недель
- 2-3 месяцев
- 6-9 месяцев
- 3-х недель

Диагноз

Трихинеллез

Острый висцеральный токсокароз

Острый бруцеллез (остросептическая форма)

Лептоспироз, безжелтушная форма

Опорным клиническим синдромом трихинеллёза является

- отёчный
- геморрагический
- суставной
- желтушный

Развитие *Trichinella spiralis* происходит в

- паренхиматозных органах
- поперечно-полосатой мускулатуре
- гладкой мускулатуре кишечника
- лимфатическом аппарате кишечника (пейеровых бляшках и солитарных фолликулах)

Одной из главных причин летального исхода при трихинеллезе является

- острая почечная недостаточность
- обтурационная асфиксия
- миокардит
- непроходимость кишечника

При неосложненном течении трихинеллеза на рентгенограмме органов грудной клетки (ОГК) выявляются

- множественные образования правильной округлой формы с наличием плотных кальцинатов
- единичные гомогенные округлые тени, меняющие свою форму при дыхании
- центрально расположенные зоны уплотнения легочной ткани высокой интенсивности по типу консолидации и симптомов «булыжной мостовой»
- участки уплотнения неправильной формы, с нечеткими контурами, малой интенсивности по типу «летучих» инфильтратов

Дифференциальную диагностику трихинеллеза при выраженном мышечном синдроме целесообразно проводить в первую очередь с

- бруцеллезом
- лептоспирозом
- стронгилоидозом
- токсокарозом

Препаратом выбора для лечения трихинеллеза является

- ивермектин
- албендазол
- никлозамид
- этофамид

Противопаразитарные препараты при трихинеллезе назначают в течение

- 10-ти дней
- 2-х недель
- 3-х недель
- 3-х дней

Превентивное противопаразитарное лечение лиц, употреблявших в пищу инвазированные продукты проводят в течение + ___ + дней

- 10
- 14
- 2-3
- 5-7

Этиотропная терапия наиболее эффективна если она проводится в

- периоде инкапсуляции личинок
- мышечной стадии
- мигрирующей фазе
- инкубационном периоде

Источником заражения при трихинеллёзе являются

- периоде инкапсуляции личинок
- мышечной стадии
- мигрирующей фазе
- инкубационном периоде

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной В., 45 лет, направлен на консультацию к инфекционисту.

Жалобы

На сухость во рту, снижение аппетита, слабость, тяжесть в эпигастрии, правом подреберье, тянущие боли в мышцах ног.

Анамнез заболевания

* Болен 3-е сутки. Утром появились слабость, сухость во рту, умеренная диффузная головная боль, слезотечение, припухлость век, кровоизлияние в конъюнктиву и склеру глаз, небольшой сухой кашель, температура тела повышалась до 37,5 °С

* Лечился самостоятельно: пил много жидкости, принимал жаропонижающие (с эффектом), промывал глаза «спитым» чаем. Температура тела продолжала держаться в пределах 37,5-37,9°С, выросла слабость, пропал аппетит, появилась отечность лица

* Обратился за медицинской помощью амбулаторно

* Направлен на консультацию к инфекционисту

Анамнез жизни

* Работает на заводе

* Проживает в отдельной квартире с женой и совершеннолетним сыном

* Вредные привычки: курит, алкоголь употребляет умеренно

* Контакт с инфекционными больными отрицает. На работе были случаи ОРЗ.

Питается дома и в заводской столовой. Контакт с дикими и домашними животными отрицает. При тщательном сборе анамнеза выяснилось, что за 2 недели до заболевания употреблял в пищу свинину, купленную на рынке и засоленной в домашних условиях (жена и сын также употребляли этот продукт, в настоящий момент здоровы)

* Перенесенные заболевания: ОРВИ (1 раз в год), пневмония (5 лет назад), перелом правой лучезапястной кости (2 года назад)

Объективный статус

* Температура тела 37,3°С.

* Общее состояние относительно удовлетворительное.

- * Кожные покровы и склеры гиперемированы, сыпи нет. Отмечаются выраженные отёки в периорбитальных областях, отечность лица
 - * Движения глазных яблок в полном объёме, зрачки одинаковые.
 - * Слизистая ротоглотки не гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет.
 - * Язык сухой, обложен белым налётом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный; печень, селезёнка не увеличены. Стул оформленный, без патологических примесей.
 - * В легких дыхание везикулярное с жестким оттенком, ЧДД – 29 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 100 в мин., АД – 100/60 мм. рт. ст.
 - * Периферические лимфоузлы не пальпируются.
 - * Мочеиспускание не нарушено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.
 - * В сознании, адекватен. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.
- Лабораторными методами обследования данного больного являются**

- периоде инкапсуляции личинок
- мышечной стадии
- мигрирующей фазе
- инкубационном периоде

Результаты лабораторных методов обследования

Общий анализ крови

=====			
^ Показатель	Норма	Единицы	Результат
Гемоглобин	120-140	г/л	132
Эритроциты	3.9-4.7	10 ¹² /л	4.34
Тромбоциты	180-320	10 ⁹ /л	310
Лейкоциты	4.0-9.0	10 ⁹ /л	11,6
палочкоядерные			
нейтрофилы	1-6	%	7
сегментоядерные			
нейтрофилы	47-72	%	49
эозинофилы	0.5-5	%	37
лимфоциты	19-37	%	5
моноциты	3-11	%	2
базофилы	0-1	%	0
СОЭ	2-15	мм\ч	7
=====			

Биохимический анализ крови

=====		
^ Наименование	Нормы	Результат
Общий белок	64 - 83	г/л 78

| Альбумин | 32 - 50 г/л | 41
| Аланинаминотрансфераза (АлАТ) | до 40 Ед/л | 37
| Аспаргатаминотрансфераза (АсАТ) | до 40 Ед/л | 63
| Щелочная фосфатаза | до 150 Ед/л | 90
| Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ) | 9-50 Ед/л | 50
| Билирубин общий | 3,0 – 17,1 мкмоль/л | 5,7
| Билирубин прямой | 0,0 – 3,4 мкмоль/л | 3,7
| Глюкоза | 3,88 – 5,83 мкмоль/л | 4,9
| Мочевина | 2,5 – 8,5 мкмоль/л | 4,6
| Креатинин | 53 - 115 мкмоль/л | 92
| Амилаза | 28-100 Ед/л | 76

|=====

Копрологическое исследование

|=====

^| Наименование исследования | Результат
| Консистенция | Твердая, оформленная
| Цвет | коричневый
| Слизь | нет
| Кровь | нет
| Мышечные волокна | единичные, гладкомышечные
| Нейтральные жиры | {plus}
| Жирные кислоты | {plus}
| Растительная клетчатка переваренная | {plus}
| Растительная клетчатка непереваренная | {plus}
| Крахмал | {plus}
| Лейкоциты | 0-1 в п/зр
| Эритроциты | отрицательно
| Реакция на скрытую кровь | отрицательно
| Йодофильная флора | отсутствует

|=====

Анализ крови на онкомаркеры

|=====

^| Показатель | Результат | Норма
| Раково эмбриональный антиген, нг/мл | 1,5 | < 3
| СА 19-9, Ед/мл | 19,1 | < 37
| Антиген плоскоклеточной карциномы (SCCA), нг/мл | 1,1 | < 2,5
| СА 72-4, Ед/мл | 2,3 | < 4
| Нейронспецифическая енолаза (NSE) нг/мл | 5,4 | < 12,5
| CYFRA 21-1 нг/мл | 1,7 | < 3,3

|=====

Анализ мочи по Нечипоренко

|=====

^| Показатель | Нормы | Результат

| Лейкоциты (LEU), в 1 мл | ж. 0-4000
м. 0-2000 | 1500
| Эритроциты (BLD), в 1 мл | 0-1000 | 300
| Цилиндры: гиалиновые, Ед/мл | 0-20 | 5
| Цилиндры: зернистые, Ед/мл | 0-20 | 5
| Цилиндры: восковидные, Ед/мл | 0-20 | 0
| Цилиндры: другие, Ед/мл | 0-20 | 0

|=====

Исследование крови для обнаружения антистрептолизина О (АСЛО)

|=====

^| Показатель | Норма | Единицы | Результат
| АСЛО | 0.0 | ме/мл | 0.0

|=====

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования являются

- периоде инкапсуляции личинок
- мышечной стадии
- мигрирующей фазе
- инкубационном периоде

Результаты лабораторных методов обследования

Реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) на обнаружение антител к *Trichinella spiralis*

|=====

^| Наименование | Реф. значения | Результат
| *Trichinella spiralis* | 1:160 | 1:580

|=====

Реакция иммуноферментного анализа (ИФА) с антигеном *Trichinella spiralis*

|=====

| Наименование | Реф. значения | Результат
| *Trichinella spiralis* | 1:200 | 1:670

|=====

Иммуноферментный анализ (ИФА) на обнаружение антител к *Brucella species*

|=====

^| Параметр | Результат
| Anti-*Brucella abortus* IgM
Anti-*Brucella abortus* IgG | Не обнаружено
Не обнаружено
| Anti-*Brucella melitensis* IgM

Anti-Brucella melitensis IgG | Не обнаружено

Не обнаружено

| Anti-Brucella suis IgM

Anti-Brucella suis IgG | Не обнаружено

Не обнаружено

|=====

Обнаружение антител к Brucella species в ИФА:

Полимеразная цепная реакция (ПЦР) крови на обнаружение ДНК

Leptospira interrogans

ДНК L. interrogans не выделено

Иммунофлуоресцентный метод на обнаружение антигенов аденовирусов

Антигены аденовирусов не найдены

Реакция непрямой иммунофлуоресценции (РНИФ) с Hantaan virus

Реакция отрицательная

Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные, можно поставить диагноз

- периоде инкапсуляции личинок
- мышечной стадии
- мигрирующей фазе
- инкубационном периоде

Диагноз

Трихинеллез

Острый висцеральный токсокароз

Аденовирусная инфекция неуточненная

Лептоспироз, безжелтушная форма

При отсутствии данных об источнике заражения и невозможности проведения серологических исследований на трихинеллез можно прибегнуть к

- биопсии мышц
- ретроградной холангиопанкреатографии (РХПГ) с декомпрессией желчных путей
- диагностической бронхоскопии
- цистоскопии с эндобиопсией

В периферической крови при трихинеллезе в разгаре заболевания наблюдается

- повышение уровня мочевины и креатинина
- гипопропротеинемия, повышение аспартатаминотрансферазы (АСТ)

- гипербилирубинемия, повышение щелочной фосфатазы (ЩФ)
- снижение протромбинового индекса, удлинение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ)

Опорным клиническим синдромом трихинеллёза в разгаре заболевания является

- диарейный
- геморрагический
- мышечный
- желтушный

Одной из причин летального исхода при трихинеллезе является

- отек легких
- острая почечная недостаточность
- кровоизлияние в надпочечники
- механическая непроходимость кишечника

Препаратом выбора для лечения трихинеллёза является

- мебендазол
- никлозамид
- этофамид
- ивермектин

Длительность противопаразитарного лечения трихинеллёза составляет

- 14 дней
- 3 дня
- 21 день
- 10 дней

Превентивное противопаразитарное лечение жены и сына, употреблявших в пищу инвазированный продукт проводят в течение + ___ + дней

- 10
- 5-7
- 2-3
- 14

Противопаразитарная терапия трихинеллеза наиболее эффективна если она проводится в

- мигрирующей фазе
- периоде инкапсуляции личинок
- инкубационном периоде
- мышечной стадии

Инкубационный период при трихинеллёзе длится до

- мигрирующей фазе
- периоде инкапсуляции личинок
- инкубационном периоде
- мышечной стадии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-инфекционист вызван в приемное отделение многопрофильной больницы к пациентке В., 39 лет.

Жалобы

На общую слабость, повышение температуры тела, отсутствие аппетита, тянущие боли в мышцах рук и ног, суставах, отек лица.

Анамнез заболевания

* Заболела неделю назад, когда появились боли в мышцах рук и ног, особенно в сгибателях конечностей, боли в крупных суставах, познабливание, слабость, кашель, пропал аппетит.

* К вечеру температура тела поднялась до 37,7°C, на следующий день – до 38°C.

Появилась тошнота, дважды была рвота, беспокоили выраженные боли в животе, жидкий стул (4 раза в сутки), без патологических примесей.

* Боли в мышцах усиливались и на 3-й день болезни в связи с ухудшением состояния был вызван участковый врач, который диагностировал ОРВИ, острую кишечную инфекцию неустановленной этиологии и рекомендовал симптоматическое лечение амбулаторно: обильное питье, смектит, жаропонижающие при необходимости, НПВС.

* Однако, несмотря на проводимую терапию, состояние больной продолжало ухудшаться: на фоне сохраняющейся лихорадки, сильных болей в мышцах, появились отеки в параорбитальной области, а затем и всего лица.

* С подозрением на реактивный полиартрит больная направлена на госпитализацию

Анамнез жизни

* Менеджер по продажам

* Проживает в отдельной квартире с мужем и 5-ти летним ребенком

* Вредные привычки: отрицает

* Контакт с инфекционными больными отрицает. Питается дома и в близлежащем кафе. Контакт с дикими и домашними животными отрицает. При тщательном сборе анамнеза выяснилось, заболела спустя 9 дней после употребления

* свиной грудинки, купленной на рынке и самостоятельно засоленной (муж также употребляли этот продукт, в настоящий момент здоров)

* Перенесенные заболевания: ОРВИ, пневмония, вирусный гепатит А (в детстве)

Объективный статус

- * Температура тела 39,0°C.
- * Больная повышенного питания. Кожные покровы чистые, сухие.
- * Слизистая ротоглотки не гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет.
- * Выраженный отёк лица, отмечена отечность подкожной клетчатки в области крупных суставов.
- * Тоны сердца глухие, шумы не выслушиваются. Пульс 110 ударов в минуту, слабого наполнения, артериальное давление 130/80 мм рт. ст.
- * Дыхание везикулярное, единичные сухие и влажные хрипы в нижних долях легких.
- * Язык сухой, обложен белым налётом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный; печень, селезёнка не увеличены. Стул оформленный, без патологических примесей.
- * Периферические лимфоузлы не пальпируются.
- * Мочевыделение не нарушено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.
- * В сознании, адекватна. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Лабораторными методами обследования данной больной являются

- мигрирующей фазе
- периоде инкапсуляции личинок
- инкубационном периоде
- мышечной стадии

Результаты лабораторных методов обследования

Общий анализ крови

=====			
^ Показатель	Норма	Единицы	Результат
Гемоглобин	120-140	г/л	122
Эритроциты	3.9-4.7	10 ¹² /л	4.24
Тромбоциты	180-320	10 ⁹ /л	290
Лейкоциты	4.0-9.0	10 ⁹ /л	16,6
палочкоядерные			
нейтрофилы	1-6	%	4
сегментоядерные			
нейтрофилы	47-72	%	59
эозинофилы	0.5-5	%	29
лимфоциты	19-37	%	5
моноциты	3-11	%	3
базофилы	0-1	%	0
СОЭ	2-15	мм\ч	7
=====			

Биохимический анализ крови

|=====

^ Наименование	Нормы	Результат
Общий белок	64 - 83 г/л	68
Альбумин	32 - 50 г/л	34
Аланинаминотрансфераза (АлАТ)	до 40 Ед/л	43
Аспартатаминотрансфераза (АсАТ)	до 40 Ед/л	77
Щелочная фосфатаза	до 150 Ед/л	110
Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)	9-50 Ед/л	49
Билирубин общий	3,0 – 17,1 мкмоль/л	12,6
Билирубин прямой	0,0 – 3,4 мкмоль/л	4,8
Глюкоза	3,88 – 5,83 мкмоль/л	5,3
Мочевина	2,5 – 8,5 мкмоль/л	5,6
Креатинин	53 - 115 мкмоль/л	98
Амилаза	28-100 Ед/л	72

|=====

Копрологическое исследование

|=====

^ Наименование исследования	Результат
Консистенция	Твердая, оформленная
Цвет	коричневый
Слизь	нет
Кровь	нет
Мышечные волокна	единичные, гладкомышечные
Нейтральные жиры	{plus}
Жирные кислоты	{plus}
Растительная клетчатка переваренная	{plus}
Растительная клетчатка непереваренная	{plus}
Крахмал	{plus}
Лейкоциты	0-1 в п/зр
Эритроциты	отрицательно
Реакция на скрытую кровь	отрицательно
Йодофильная флора	отсутствует

|=====

Определение диастазы мочи

Диастаза (амилаза) мочи – 60 ед/л (норма 10—124 ед/л)

Анализ мочи по Нечипоренко

|=====

^ Показатель	Нормы	Результат
Лейкоциты (LEU), в 1 мл	ж. 0-4000 м. 0-2000	1900
Эритроциты (BLD), в 1 мл	0-1000	500
Цилиндры: гиалиновые, Ед/мл	0-20	12
Цилиндры: зернистые, Ед/мл	0-20	15
Цилиндры: восковидные, Ед/мл	0-20	5

| Цилиндры: другие, Ед/мл | 0-20 | 5

|=====

Исследование крови для обнаружения антистрептолизина О (АСЛО)

|=====

^| Показатель | Норма | Единицы | Результат

| АСЛО | 0.0 | ме/мл | 0.0

|=====

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования являются

- мигрирующей фазе
- периоде инкапсуляции личинок
- инкубационном периоде
- мышечной стадии

Результаты лабораторных методов обследования

Реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) на обнаружение антител к *Trichinella spiralis*

|=====

| Наименование | Реф. значения | Результат

| *Trichinella spiralis* | 1:160 | 1:435

|=====

Реакция иммуноферментного анализа (ИФА) с антигеном *Trichinella spiralis*

|=====

| Наименование | Реф. значения | Результат

| *Trichinella spiralis* | 1:200 | 1:582

|=====

Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на полуколичественное определение антител к *Francisella tularensis*

Титры антител к *Francisella tularensis* в РПГА:

|=====

^| Параметр | Реф. значения | Результат

| Anti-*Francisella tularensis* | $\geq 1:100$ – условно - диагностический титр у невакцинированных лиц | Не обнаружено

|=====

Полимеразная цепная реакция (ПЦР) крови на обнаружение ДНК *Leptospira interrogans*

ДНК *L. interrogans* не выделено

Иммунофлюоресцентный метод на обнаружение антигенов аденовирусов

Антигены аденовирусов не найдены

Реакция гетерогемагглютинации Хоффа-Бауэра

Реакция отрицательная

Учитывая клинико-anamнестические и лабораторные данные, можно поставить диагноз

- мигрирующей фазе
- периоде инкапсуляции личинок
- инкубационном периоде
- мышечной стадии

Диагноз

Трихинеллез

Туляремия, окулогландулярная форма

Инфекционный мононуклеоз

Лептоспироз, безжелтушная форма

Поражение глаз при трихинеллезе характеризуется

- наличием язвенных дефектов на слизистой оболочке нижнего века с развитием дакриоцистита
- кровоизлияниями в сетчатку с развитием эозинофильных абсцессов цилиарного тела
- наличием периорбитального отека с развитием конъюнктивита
- снижением остроты зрения с возможным развитием экзофтальма

Изменения в периферической крови при трихинеллезе в разгаре заболевания характеризуются

- снижением протромбинового индекса, удлинением активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ)
- гипербилирубинемией, повышением гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ)
- повышением уровня мочевины и креатинина
- гипоальбуминемией, повышением креатинфосфокиназы (КФК)

При тяжелом течении трихинеллеза, при исследовании периферической крови, прогностически неблагоприятным признаком является

- снижение уровня калия
- наличие абсолютного лимфоцитоза
- появление токсической зернистости нейтрофилов
- отсутствие эозинофилии

Противопаразитарная терапия трихинеллеза включает назначение

+ _____ + мг + _____ + раза в сутки

- празиквантела по 250; 3

- албендазола по 400; 2
- дилоксанида фууроата по 500; 3
- этофамида по 600; 2

Длительность лечения трихинеллёза составляет

- празиквантела по 250; 3
- албендазола по 400; 2
- дилоксанида фууроата по 500; 3
- этофамида по 600; 2

Дополнительная информация

На 14-й день болезни состояние ухудшилось: температура тела 39,0°C, усилилась одышка, слабость, отметила выраженное сердцебиение. Объективно – акроцианоз, незначительное увеличение границ сердца влево, тоны сердца глухие, систолический шум на верхушке, тахикардия до 110-120 в минуту, аритмия, АД 100/70 мм рт. ст. +

На ЭКГ – синусовая тахикардия, отрицательный зубец Т. +

В ОАК: лейкоциты - $20,9 \times 10^9$ /л, эозинофилы- 4%

Учитывая данные осмотра и инструментального обследования, у пациентки можно заподозрить развитие

- дилатационной кардиомиопатии
- эндокардита
- миокардита
- острого инфаркта миокарда

Учитывая развитие осложнения, целесообразно назначить

- карнитина хлорид
- дигоксин
- преднизолон
- метронидазол

Профилактическое противопаразитарное лечение мужа, употреблявшего в пищу инвазированный продукт проводят

- метронидазолом
- альбендазолом
- празиквантелом
- дилоксанидом фууроатом

Длительность инкубационного периода при трихинеллёзе может длиться до

- метронидазолом
- альбендазолом
- празиквантелом

- дилоксанидом фуроатом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Л, 18-ти лет направлена на консультацию к врачу-инфекционисту.

Жалобы

На общую слабость, неприятные ощущения в околопупочной области, зуд в области заднего прохода.

Анамнез заболевания

Больна больше недели, когда на фоне хорошего самочувствия по утрам стала ощущать __вздутие и урчание в животе, болезненные ощущения в области пупка (непродолжительные и неинтенсивные). Температура тела не повышалась. По ночам стал беспокоить зуд в области заднего прохода, нарушился сон.

Анамнез жизни

- * Студентка 1-го курса очного отделения ВУЗа
- * Проживает с родителями и младшим братом в отдельной квартире.
- * Вредные привычки: отрицает.
- * Эпиданамнез: в течение последних 1,5 месяцев проживала на даче, купалась в речке, загорала на песке, играла с маленькими детьми. Имеет привычку грызть ногти, контакт с инфекционными больными отрицает. Питалась продуктами с огорода. Молоко, творог, яйца покупала «с рук» у фермеров.
- * Прививочный анамнез: привита по возрасту в соответствии с Национальным календарем прививок
- * Перенесенные заболевания: ОРВИ (2-3 раза в год)

Объективный статус

- * Состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,5°C.
- * Кожные покровы обычной окраски, влажности, сыпи, геморрагий нет.
- * Слизистая ротоглотки не гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет.
- * Периферические лимфоузлы не пальпируются.
- * Дыхание через нос свободное. В легких хрипов нет. ЧДД – 18 в мин.
- * АД-110/60 мм рт. ст, ЧСС – 72 уд. в мин.
- * Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.
- * Стул частый до 4-х раз в сутки, оформленный, без патологических примесей.
- * Мочеиспускание не нарушено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.
- * Менструальный цикл регулярный, патологических выделений нет.
- * В сознании, адекватна. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является

- метронидазолом

- альбендазолом
- празиквантелом
- диллоксанидом фууроатом

Результаты лабораторного метода обследования

Микроскопия соскоба, полученного с перианальных складок

=====	
^ Наименование	Результат
Strongyloides stercoralis	отрицательно
Trichocephalus trichiurus	отрицательно
Ascaris lumbricoides	отрицательно
Enterobius vermicularis	положительно
=====	

Иммуноферментный анализ (ИФА) на обнаружение антител к Brucella species

=====	
^ Параметр	Результат
Anti-Brucella abortus IgM	Не обнаружено
Anti-Brucella abortus IgG	Не обнаружено
Anti-Brucella melitensis IgM	Не обнаружено
Anti-Brucella melitensis IgG	Не обнаружено
Anti-Brucella suis IgM	Не обнаружено
Anti-Brucella suis IgG	Не обнаружено
=====	

Обнаружение антител к Brucella species в ИФА:

Иммуноферментный анализ (ИФА) на обнаружение антител к цестодам

=====	
Параметр	Результат
Эхинококкоз IgG	Не обнаружено
Цистицеркоз IgG	Не обнаружено
=====	

Бактериологический посев кала на патогенные энтеробактерии

Патогенные энтеробактерии не обнаружены

Учитывая клинико-anamнестические и лабораторные данные, можно поставить диагноз

- метронидазолом
- альбендазолом
- празиквантелом
- диллоксанидом фууроатом

Диагноз

Энтеробиоз

Аскаридоз

Бруцеллез, первично-латентная форма

Острая кишечная инфекция, неуточненная

Типичными симптомами энтеробиоза являются

- ночной зуд в области заднего прохода, повышенная утомляемость
- повышение температуры тела, диарейная симптоматика
- дискомфорт в правом подреберье, увеличение печени
- упорный сухой кашель, умеренные боли в области грудной клетки

В случае массивной инвазии при энтеробиозе возникают

- метеоризм, диарея с примесью слизи в стуле
- увеличение печени, полиаденопатия
- отечный синдром, макуло-папулезные высыпания на коже с геморрагическим компонентом
- высокая лихорадка, кашель с примесью крови в мокроте

Осложнением энтеробиоза является

- механическая желтуха
- непроходимость кишечника
- В₁₂-дефицитная анемия
- дерматит

При энтеробиозе возможно развитие

- серозного менингита
- реактивного панкреатита
- флегмонозного холангита
- катарального аппендицита

Дифференциальную диагностику энтеробиоза следует проводить с

- кожным амебиазом
- кишечной непроходимостью
- острым шигеллезом
- наружным геморроем

Препаратом выбора для лечения энтеробиоза является

- этофамид
- диллоксанида фууроат
- метронидазол
- албендазол

Принципом противопаразитарного лечения при энтеробиозе является повторный прием препарата через

- 4 недели
- 3 дня
- 2 недели
- 7 дней

Необходимость повторного лечения выбранным антигельминтным препаратом связана с

- возможностью ре- и суперинвазий
- риском развития осложнений
- длительной и интенсивной инвазией
- подавлением иммунологической реактивности хозяина

Контроль за эффективностью лечения энтеробиоза проводят через + _____ + после полного завершения курса лечения

- 3 недели и 1,5 месяца
- 15 дней
- 7 и 28 дней
- 3 дня

Источником заражения при энтеробиозе являются

- 3 недели и 1,5 месяца
- 15 дней
- 7 и 28 дней
- 3 дня

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент М, 20-ти лет поступил в инфекционный стационар.

Жалобы

На недомогание, общую слабость, повышение температуры тела, боли в горле при глотании.

Анамнез заболевания

* Болен в течение 10-ти дней. Заболел остро с повышением температуры тела до 38,4°C, умеренной головной боли, слабости, заложенности носа. Принимал

жаропонижающие с эффектом, однако температура тела вновь повышалась до 39,0°C

* На 3-4 день болезни отметил появление незначительных болей в горле.

Консультирован терапевтом. Назначено полоскание и орошение ротоглотки антисептиками, сосудосуживающие препараты в нос, жаропонижающие при температуре выше 38,0°C.

* В последующие дни температура достигала в отдельные часы до 40,0°C, беспокоила слабость, снижение аппетита. Появились неприятные ощущения в шее при движении, боли в горле усилились. Заложенность носа сохранялась, голос стал с «гнусавым оттенком».

* Повторно консультирован врачом, направлен на госпитализацию

Анамнез жизни

* Студент колледжа

* Проживает в общежитии.

* Вредные привычки: отрицает.

* Эпиданамнез: контактирует с большим количеством сверстников, среди которых были больные с признаками ОРЗ. Питается в студенческой столовой, посещает рестораны быстрого питания.

* Прививочный анамнез: привит по возрасту в соответствии с Национальным календарем прививок. От сезонного гриппа и новой коронавирусной инфекции не прививался.

* Перенесенные заболевания: ОРВИ (2-3 раза в год), пневмония (в 15 лет), БПО (1 год назад)

Объективный статус

* Состояние средней тяжести. Температура тела 39,3°C.

* Кожные покровы обычной окраски, чистые; сыпи, геморрагий нет.

Пастозность верхней половины лица.

* Слизистая ротоглотки гиперемирована, миндалины увеличены до III степени (смыкаются) с обильными желтовато-белыми налетами. Наложения рыхлые, легко снимаются шпателем. На слизистой оболочке твердого и мягкого неба – петехии.

* Пальпируются увеличенные подчелюстные, передне-шейные, затылочные, надключичные лимфоузлы, плотноэластичной консистенции, не спаянные между собой.

* Дыхание через нос затруднено, признаки ринита отсутствуют. Кашля нет. ЧДД – 20 в мин. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются.

* АД-110/60 мм рт.ст., ЧСС – 92 уд. в мин.

* Живот мягкий, чувствителен при пальпации в правом и левом подреберьях.

Печень у края реберной дуги. Селезенка увеличена.

* Стул оформленный, окрашен, без патологических примесей.

* Мочеиспускание не нарушено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Моча светлая.

* В сознании, адекватен. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

План обследования данного больного включает

- 3 недели и 1,5 месяца
- 15 дней

- 7 и 28 дней
- 3 дня

Результаты обследования

Общий анализ крови

=====

Наименование	Нормы	Результат
Гемоглобин	130,0 - 160,0	134,0
Гематокрит	35,0 - 47,0	37,3
Лейкоциты	4,00 - 9,00	12,80
Эритроциты	4,00 - 5,70	4,2
Тромбоциты	150,0 - 320,0	140,0
Нейтрофилы п/ядерные	1-6	4
Нейтрофилы с/ядерные	47-72	35
Лимфоциты	19,0 - 37,0	48
Моноциты	2,0 - 10,0	13
Эозинофилы	0,0 - 5,0	0
Базофилы	0,0 - 1,0	0,0
СОЭ	2 - 20	18

=====

Биохимический анализ крови

=====

Наименование	Нормы	Результат
Общий белок	64 - 83 г/л	76
Альбумин	32 - 50 г/л	38
Аланинаминотрансфераза (АлАТ)	до 40 Ед/л	240
Аспаратаминотрансфераза (АсАТ)	до 40 Ед/л	140
Щелочная фосфатаза	до 150 Ед/л	190
Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)	9-50 Ед/л	144
Билирубин общий	3,0 – 17,1 мкмоль/л	16
Билирубин прямой	0,0 – 3,4 мкмоль/л	3,7
Глюкоза	3,88 – 5,83 ммоль/л	4,2
Мочевина	2,5 – 8,5 ммоль/л	5,7
Креатинин	53 - 115 мкмоль/л	96
Амилаза	28-100 Ед/л	76

=====

Определение диастазы мочи

Диастаза (амилаза) мочи – 60 ед/л (норма 10—124 ед/л)

Анализ мочи по Нечипоренко

=====

Показатель	Нормы	Результат
Лейкоциты (LEU), в 1 мл	ж. 0-4000 м. 0-2000	1900

| Эритроциты (BLD), в 1 мл | 0-1000 | 500
| Цилиндры: гиалиновые, Ед/мл | 0-20 | 12
| Цилиндры: зернистые, Ед/мл | 0-20 | 15
| Цилиндры: восковидные, Ед/мл | 0-20 | 5
| Цилиндры: другие, Ед/мл | 0-20 | 5

|=====

Определение прокальцитонина

|=====

| Показатель | Референсное значение | Результат
| Прокальцитонин | <0,07 нг/мл | 0,05

|=====

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования являются

- 3 недели и 1,5 месяца
- 15 дней
- 7 и 28 дней
- 3 дня

Результаты лабораторных методов обследования

Иммуноферментный анализ крови (ИФА) на антитела к Epstein-Barr virus, Cytomegalovirus, HHV-6

|=====

| Наименование | Результат
| Epstein-Barr virus VCA IgM | положительно
| Epstein-Barr virus EA IgG | положительно
| Epstein-Barr virus EBNA IgG | отрицательно
| Cytomegalovirus IgM | отрицательно
| Cytomegalovirus IgG | положительно
| HHV-6, IgM | отрицательно
| HHV-6, IgG | отрицательно

|=====

Реакция гетерогемагглютинации Гоффа – Бауэра

Реакция положительная

Реакция пассивной геагглютинации (РПГА) на полуколичественное определение антител к *Francisella tularensis*

|=====

| Параметр | Референсные значения | Результат
| Anti-Francisella tularensis | $\geq 1:100$ – условно - диагностический титр у невакцинированных лиц | отрицательно

|=====

Полимеразная цепная реакция (ПЦР) отделяемого с миндалин на *Listeria monocytogenes*

DNA *Listeria monocytogenes* не обнаружено

Определение антител к *Coronavirus (SARS-CoV-2)*

|=====

| Параметр | Референсные значения | Результат

| Coronavirus (SARS-CoV-2)IgM | (<2) | 00,15

| Coronavirus (SARS-CoV-2)IgG | (<10) | 01,28

|=====

Учитывая клинико-anamнестические, лабораторные и инструментальные данные, можно поставить диагноз

- 3 недели и 1,5 месяца
- 15 дней
- 7 и 28 дней
- 3 дня

Диагноз

Инфекционный мононуклеоз, типичная форма

Острая цитомегаловирусная инфекция, цитомегаловирусный мононуклеоз

Туляремия, ангинозноглангулярная форма

Листериоз, железистая форма

Для инфекционного мононуклеоза в общем анализе крови характерно наличие

- токсигенной зернистости нейтрофилов
- лимфобластов
- атипичных мононуклеаров
- эссенциальной тромбоцитопении

Лихорадочная реакция при инфекционном мононуклеозе характеризуется

- интермиттирующим типом с правильным чередование периодов лихорадки и апиреksии через день
- длительным волнообразным течением со слабой выраженностью интоксикационного синдрома
- сильнейшей интоксикацией с первых часов заболевания с явлениями токсической энцефалопатии
- кратковременным (не более 7-8 дней) подъемом температуры с признаками умеренной интоксикации

При диагностики инфекционного мононуклеоза следует ориентироваться на

- лихорадку, лимфаденопатию, гепатоспленомегалию
- кашель с мокротой, лихорадку, уртикарные высыпания на коже
- микрополилимфаденопатию, гепатомегалию, артропатию
- фарингит, конъюнктивит, полилимфаденопатию

К неврологическим осложнениям инфекционного мононуклеоза относят синдром

- Гайе-Вернике
- Гийена-Барре
- Норман-Робертса
- Миллера-Фишера

Всех больных с диагнозом ИМ и при подозрении на него необходимо обследовать на

- опоясывающий лишай
- токсоплазмоз
- {nbsp}HHV-7
- ВИЧ-инфекцию

Принципом лечения неосложненного инфекционного мононуклеоза является + _____ + терапия

- противовирусная
- иммунокорректирующая
- антибактериальная
- симптоматическая

При выраженных некротических изменениях на миндалинах при инфекционном мононуклеозе назначают

- ампициллин
- азитромицин
- канамицин
- пенициллин

После стихания инфекционного процесса вирус Эпштейн-Барр можно обнаружить в

- Т-лимфоцитах
- дендритных клетках
- спинальных нервных ганглиях
- В-лимфоцитах

Инкубационный период инфекционного мононуклеоза составляет до +__+ дней

- Т-лимфоцитах
- дендритных клетках
- спинальных нервных ганглиях
- В-лимфоцитах

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Г, 19-ти лет поступил в инфекционный стационар.

Жалобы

На повышение температуры тела, общую слабость, недомогание, боли в горле при глотании, тошноту.

Анамнез заболевания

* Заболел остро, 12 дней назад, когда повысилась температура тела до 38,8°C, появились головная боль, слабость, заложенность носа. Лечился самостоятельно от «ОРЗ»: принимал жаропонижающие с хорошим эффектом, закапывал в нос сосудосуживающие препараты.

* На 3-4 день болезни отметил появление болей в горле, появились неприятные ощущения в шее при повороте головы. Заложенность носа сохранялась, голос стал с «гнусавым оттенком». Обратился к участковому терапевту, назначено полоскание и орошение ротоглотки антисептиками, НПВС.

* В последующие дни температура продолжала держаться на высоких значениях, однако хорошо «сбивалась» парацетамолом. В последние 2 дня значительно снизился аппетит, появились тошнота, изжога, тяжесть в правом подреберье, потемнела моча.

* Повторно консультирован врачом, направлен на госпитализацию

Анамнез жизни

* Студент дневного отделения ВУЗа, 2 курс

* Проживает в общежитии.

* Вредные привычки: отрицает.

* Эпиданамнез: контактирует с большим количеством сверстников, среди которых были больные с признаками ОРЗ. Питается в студенческой столовой, посещает рестораны быстрого питания.

* Прививочный анамнез: привит по возрасту в соответствии с Национальным календарем прививок. От сезонного гриппа и новой коронавирусной инфекции не прививался.

* Перенесенные заболевания: ОРВИ, кишечная инфекция (1 год назад), перелом правой лучезапястной кости

Объективный статус

* Состояние средней тяжести. Температура тела 38,2°C.

* Кожные покровы обычной окраски, чистые; сыпи, геморрагий нет.

Пастозность верхней половины лица. Краевая субиктеричность склер.

* Слизистая ротоглотки гиперемирована, миндалины увеличены до III степени с обильными, рыхлыми налетами, легко снимающимися шпателем. На слизистой оболочке твердого и мягкого неба – петехии.

* Контуры шеи изменены. Пальпируются увеличенные подчелюстные, латеральные шейные, затылочные, надключичные лимфоузлы, паховые, плотноэластичной консистенции, не спаянные между собой.

*

* Дыхание через нос затруднено, ринореи нет. ЧДД – 20 в мин. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, кашля нет.

* АД-120/70 мм рт.ст., ЧСС – 90 уд. в мин.

* Живот мягкий, чувствительный при пальпации в правом и левом подреберьях. Печень выступает на 1,5 см от края реберной дуги. Пальпируется полюс селезенки.

* Стул оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей.

* Мочеиспускание не нарушено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Моча темная.

* В сознании, адекватен. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

План обследования данного больного включает

- Т-лимфоцитах
- дендритных клетках
- спинальных нервных ганглиях
- В-лимфоцитах

Результаты обследования

Общий анализ крови

=====		
Наименование	Нормы	Результат
Гемоглобин	130,0 - 160,0	148,0
Гематокрит	35,0 - 47,0	38,3
Лейкоциты	4,00 - 9,00	14,90
Эритроциты	4,00 - 5,70	4,9
Тромбоциты	150,0 - 320,0	139,0
Нейтрофилы п/ядерные	1-6	3
Нейтрофилы с/ядерные	47-72	34
Лимфоциты	19,0 - 37,0	50
Моноциты	2,0 - 10,0	13
Эозинофилы	0,0 - 5,0	0
Базофилы	0,0 - 1,0	0,0
СОЭ	2 - 20	16

|=====

Биохимический анализ крови

|=====

Наименование	Нормы	Результат
--------------	-------	-----------

| Общий белок | 64 - 83 г/л | 76
| Альбумин | 32 - 50 г/л | 38
| Аланинаминотрансфераза (АлАТ) | до 40 Ед/л | 470
| Аспартатаминотрансфераза (АсАТ) | до 40 Ед/л | 340
| Щелочная фосфатаза | до 150 Ед/л | 223
| Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ) | 9-50 Ед/л | 164
| Билирубин общий | 3,0 – 17,1 мкмоль/л | 32
| Билирубин прямой | 0,0 – 3,4 мкмоль/л | 16
| Глюкоза | 3,88 – 5,83 ммоль/л | 4,2
| Мочевина | 2,5 – 8,5 ммоль/л | 6,2
| Креатинин | 53 - 115 мкмоль/л | 104
| Амилаза | 28-100 Ед/л | 82

|=====

Определение диастазы мочи

Диастаза (амилаза) мочи – 55 ед/л (норма 10—124 ед/л)

Анализ мочи по Нечипоренко

|=====

| Показатель | Нормы | Результат
| Лейкоциты (LEU), в 1 мл | ж. 0-4000
м. 0-2000 | 1700
| Эритроциты (BLD), в 1 мл | 0-1000 | 400
| Цилиндры: гиалиновые, Ед/мл | 0-20 | 10
| Цилиндры: зернистые, Ед/мл | 0-20 | 12
| Цилиндры: восковидные, Ед/мл | 0-20 | 5
| Цилиндры: другие, Ед/мл | 0-20 | 5

|=====

Определение церулоплазмينا сыворотки крови

Церулоплазмин сыворотки крови - 0,3 г/л (норма 0,15 до 0,60 г/л)

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования являются

- Т-лимфоцитах
- дендритных клетках
- спинальных нервных ганглиях
- В-лимфоцитах

Результаты лабораторных методов обследования

Иммуноферментный анализ крови (ИФА) на антитела к Epstein-Barr virus, Cytomegalovirus, HHV-6

|=====

| Наименование | Результат
| Epstein-Barr virus VCA IgM | положительно
| Epstein-Barr virus EA IgG | положительно
| Epstein-Barr virus EBNA IgG | отрицательно

| Cytomegalovirus IgM | отрицательно

| Cytomegalovirus IgG | отрицательно

| HHV-6, IgM | отрицательно

| HHV-6, IgG | положительно

|====

Реакция гетерогемагглютинации Гоффа – Бауэра

Реакция положительная

Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на полуколичественное определение антител к *Francisella tularensis*

|====

| Параметр | Референсные значения | Результат

| Anti-*Francisella tularensis* | $\geq 1:100$ – условно - диагностический титр у невакцинированных лиц | отрицательно

|====

Полимеразная цепная реакция (ПЦР) отделяемого с миндалин на *Listeria monocytogenes*

DNA *Listeria monocytogenes* не обнаружено

ДНК-диагностика уридинфосфатглюкуронилтрансферазы

Выявлен генотип: UGT1A1 (ТА)₆/(ТА)₆ (норма)

Учитывая клинико-anamnestические, лабораторные и инструментальные данные, можно поставить диагноз

- Т-лимфоцитах
- дендритных клетках
- спинальных нервных ганглиях
- В-лимфоцитах

Диагноз

Инфекционный мононуклеоз, вызванный EBV, типичная форма

Инфекционный мононуклеоз, вызванный HHV-6, типичная форма

Туляремия, ангинозногlandулярная форма

Листериоз, железистая форма

Для инфекционного мононуклеоза в общем анализе крови характерно наличие

- полихроматофильных нормоцитов
- лимфобластов
- лимфоцитов с широкой базофильной цитоплазмой
- сегментоядерных нейтрофилов с токсигенной зернистостью

Лимфоузлы при инфекционном мононуклеозе характеризуются

- спаянностью с окружающими тканями и геморрагическим пропитыванием кожи над ними
- резкой болезненностью, малоподвижностью с нечеткими контурами
- чувствительностью при пальпации с возможным отеком клетчатки вокруг них
- тестообразной консистенцией с умеренной болезненностью при пальпации

Для гепатита при инфекционном мононуклеозе характерно

- частое развитие холестатического синдрома с выраженным цитолизом
- частое развитие геморрагического синдрома, снижение протромбинового индекса
- затяжное, волнообразное течение с аутоиммунными реакциями
- наличие кратковременной желтухи, умеренный цитолиз

Неврологическим осложнением инфекционного мононуклеоза является

- паралич Дежерин-Клюмпке
- доброкачественный синдром крампи-фасцикуляции
- паралич Белла
- псевдобульбарный синдром

Дифференциальную диагностику инфекционного мононуклеоза целесообразно проводить с

- малярией
- аденовирусной инфекцией
- энтеровирусной инфекцией
- лептоспирозом

При неосложненном течение инфекционного мононуклеоза назначают + _____ + терапию

- иммунокорректирующую
- противовирусную
- антибактериальную
- дезинтоксикационную

В случае возникновения некротических изменений на миндалинах назначают препараты из групп

- фениколов
- пенициллинов
- макролидов
- аминогликозидов

После стихания инфекционного процесса ВЭБ длительно может сохраняться в

- эпителии носоглотки
- дендритных клетках
- спинальных нервных ганглиях
- Т-лимфоцитах

Длительность щадящей диеты (стол №5) после перенесенного гепатита, вызванного ВЭБ целесообразно соблюдать в течение +__+ месяцев

- эпителии носоглотки
- дендритных клетках
- спинальных нервных ганглиях
- Т-лимфоцитах

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Ш, 22-х лет направлена на консультацию к инфекционисту.

Жалобы

На длительное повышение температуры тела, общую слабость, недомогание, увеличение лимфоузлов.

Анамнез заболевания

* Заболела остро, около полутора недель назад, когда повысилась температура тела до 39,1°C, появились головная боль, слабость, заложенность носа. Сразу обратилась за медицинской помощью, чтобы исключить новую коронавирусную инфекцию (COVID-19). Результаты ПЦР на SARS-CoV-2 – отрицательные. Самостоятельно сделала КТ ОГК – патологии со стороны легких не обнаружено. В течение последующих 5 дней принимала арбидол, парацетамол, сосудосуживающие препараты в нос. Однако, несмотря на лечение, температура тела продолжала держаться в пределах 38,4-39,2°C, общая слабость сохранялась. Отметила появление одутловатости лица, появление «мешков» под глазами, по ночам стал беспокоить храп.

* На 5-й день болезни температура тела снизилась до субфебрильных цифр, появилось першение в ротоглотке, неприятные ощущения в области шеи при повороте головы. Сохранялась мышечная слабость.

* Все последующие дни пациентка находилась дома. Субфебрильную температуру лекарственными препаратами не снижала. Принимала поливитаминные комплексы, несколько раз меняла сосудосуживающие препараты в нос (из-за их неэффективности).

* Накануне, вновь поднялась температура тела до 38,0°C, повторно обратилась к врачу. Направлена на консультацию к инфекционисту.

Анамнез жизни

* Студентка дневного отделения ВУЗа, 4 курс

* Проживает в отдельной квартире, с родителями.

- * Вредные привычки: отрицает. Выяснено, что часто посещает кальянные.
- * Эпиданамнез: контактирует с большим количеством сверстников, среди которых были больные с признаками ОРЗ. Питается в кафе и дома, посещает рестораны быстрого питания. За пределы домашнего региона не выезжала. Контакт с животными отрицает.
- * Перенесенные заболевания: ОРВИ, пневмония (3 года назад)

Объективный статус

- * Состояние средней тяжести. Температура тела 38,3°C.
- * Кожные покровы бледные, чистые; сыпи, геморрагий нет. Обращает внимание пастозность лица.
- * Контуры шеи изменены. Пальпируются увеличенные подчелюстные, задне-, среднешейные, надключичные, подмышечные, паховые лимфоузлы, плотно-эластичной консистенции, не спаянные между собой и подкожной клетчаткой, чувствительны при пальпации, кожа над ними не изменена.
- * Слизистая ротоглотки гиперемирована, не отечна, миндалины увеличены до I степени с единичными островчатыми, легко отделяемыми шпателем белыми налетами. На слизистой оболочке твердого и мягкого неба – петехии. Зернистость задней стенки глотки.
- * Голос с гнусавым оттенком. Дыхание через нос затруднено, ринореи нет. ЧДД – 20 в мин. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, кашля нет.
- * АД-120/80 мм рт.ст, ЧСС – 96 уд. в мин.
- * Живот мягкий, участвует в дыхании, болезненный при пальпации в левом подреберье. Печень у края реберной дуги. Селезенка увеличена, чувствительная при пальпации.
- * Стул оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей.
- * Мочеиспускание не нарушено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Моча светлая.
- * В сознании, адекватна. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Необходимым инструментальным методом обследования для больной является

- эпителии носоглотки
- дендритных клетках
- спинальных нервных ганглиях
- Т-лимфоцитах

Результаты инструментального метода обследования

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости

- *Печень.* Расположение типичное. Контуры ровные, четкие. Размеры не увеличены: правая доля (КВР) - 137 мм, левая доля (ПЗР) - 59 мм. Структура паренхимы однородная. Печеночные вены не расширены. Воротная вена (N 10-12 мм) не расширена. Нижняя полая вена (N до 20 мм) – 15 мм. +
- *Желчный пузырь.* Расположение типичное. Небольшой перегиб ближе к шейке. Размеры 47x21 мм. Стенки не утолщены до 0,3 мм. Холедох не расширен 4 мм. +
- *Поджелудочная железа.* Размеры: головка 16 мм (норма до 30 мм); тело - 13

мм (норма до 20мм); хвост - 14 мм (норма до 25 мм). Контурные четкие, ровные. Эхогенность умеренно повышена. Структура паренхимы гетерогенная. +
Селезенка. Расположение типичное. Размеры 160x86 мм. Контурные ровные, четкие. Структура однородная. Эхогенность не изменена. +
Заключение: ЭХО- признаки диффузных изменений в структуре поджелудочной железы. Спленомегалия.

МРТ органов грудной клетки

В легочных полях участки повышенной плотности не определяются. Пневматизация легочной ткани не изменена. Бронхи проходимы. Корни не расширены, структурны. Контурные диафрагмы и реберно-диафрагмальные синусы без особенностей. Определяются умеренно увеличенные подключичные и подмышечные лимфатические узлы. Сердечная тень обычной конфигурации. Камеры сердца в размерах не увеличены. Мягкие ткани без особенностей.

Биопсия лимфатических узлов

Заключение: пролиферация лимфоидных элементов, картина неспецифического лимфаденита

Гастродуоденоскопия

Заключение: признаков поражения желудка и 12-ти перстной кишки не обнаружено

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования являются

- эпителии носоглотки
- дендритных клетках
- спинальных нервных ганглиях
- Т-лимфоцитах

Результаты лабораторных методов обследования

Иммуноферментный анализ крови (ИФА) на антитела к Epstein-Barr virus, Cytomegalovirus, HHV-6

|=====
| Наименование | Результат
| Epstein-Barr virus VCA IgM | положительно
| Epstein-Barr virus EA IgG | положительно
| Epstein-Barr virus EBNA IgG | отрицательно
| Cytomegalovirus IgM | отрицательно
| Cytomegalovirus IgG | отрицательно
| HHV-6, IgM | отрицательно
| HHV-6, IgG | отрицательно
|=====
|

Реакция гетерогемагглютинации Гоффа – Бауэра

Реакция положительная

Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на полуколичественное определение антител к Francisella tularensis

|=====

| Параметр | Референсные значения | Результат
| Anti-Francisella tularensis | $\geq 1:100$ – условно - диагностический титр у
невакцинированных лиц | отрицательно

|=====

Иммуноферментный анализ (ИФА) крови на обнаружение Anti-Mumps virus

|=====

| Параметр | Единицы | Результат | Референсные значения
| Anti-Mumps virus IgM | МЕ/мл | Не обнаружено | Не обнаружено
| Anti-Mumps virus IgG | МЕ/мл | Не обнаружено | Не обнаружено

|=====

Реакция непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ) на обнаружение антител к Bartonella henselae

|=====

| Параметр | Референсные значения | Результат
| Anti- Bartonella henselae | диагностический титр 1:40 | 1:10

|=====

Учитывая клинико-anamнестические, лабораторные и инструментальные данные, можно поставить диагноз

- эпителии носоглотки
- дендритных клетках
- спинальных нервных ганглиях
- Т-лимфоцитах

Диагноз

Инфекционный мононуклеоз, типичная форма

Доброкачественный лимфоретикулез (фелиноз), типичная форма

Туляремия, ангинозноглангулярная форма

Эпидемический паротит, субмаксиллит, неосложненный

Общий анализ крови при инфекционном мононуклеозе характеризуется наличием

- лейкоцитоза, нейтрофилеза, токсигенной зернистости нейтрофилов
- лейкоцитоза, лимфоцитоза, атипичных мононуклеаров 10%
- нормоцитоза, моноцитопении, лимфобластов
- лейкопении, лимфоцитоза, атипичных мононуклеаров 5%

В инкубационном периоде инфекционного мононуклеоза в крови можно определить антитела к + _____ + антигену

- капсидному
- мембранному
- ядерному
- раннему

В остром периоде инфекционного мононуклеоза характерно развитие

- аденоидита
- ринита
- лабиринтита
- сиалоаденита

Летальный исход при инфекционном мононуклеозе обусловлен возникновением

- разрыва селезенки
- острой печеночной недостаточности
- паралича Белла
- инфекционно-токсического шока

Дифференциальную диагностику инфекционного мононуклеоза целесообразно проводить с

- лимфогранулематозом
- лептоспирозом
- энтеровирусной инфекцией
- гранулоцитарным анаплазмозом

Принципы лечения неосложненного инфекционного мононуклеоза включают назначение

- антибактериальных препаратов широкого спектра действия
- местной терапии оральными антисептиками
- физиотерапии области увеличенных лимфоузлов
- этиотропной терапии противовирусными препаратами

При инфекционном мононуклеозе противопоказано назначение

- ципрофлоксацина
- ампициллина
- азитромицина
- цефтриаксона

Длительность инкубационного периода при инфекционном мононуклеозе составляет до + __ + дней

- 14
- 50
- 24
- 180

В периоде реконвалесценции всех больных с диагнозом инфекционный мононуклеоз необходимо обследовать на ВИЧ-инфекцию через

- 14
- 50
- 24
- 180

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На консультацию к инфекционисту направлен пациент С., 47 лет.

Жалобы

На незначительную слабость, покраснение в области правого плеча, правой половины грудной клетки.

Анамнез заболевания

* Считает себя больным с 21 июня, когда отметил покраснение в правой подмышечной области, поскольку общее состояние не изменилось, за медицинской помощью не обращался.

* Спустя 2 дня покраснение распространилось на область плеча. Чувствовал небольшую слабость, умеренную головную боль, температура тела повысилась до 37,2°C. Самостоятельно нанес мазь «Целестодерм-В»

* В последующие дни покраснение распространилось на правую сторону грудной клетки, обратился за медицинской помощью, направлен на консультацию к инфекционисту.

Анамнез жизни

* Работает в сфере торговли

* Проживает в отдельной квартире с женой и двумя детьми, все здоровы

* Вредные привычки: отрицает.

* Из анамнеза: в летние месяцы регулярно выезжает на дачный участок, обрабатывает огород, были незначительные порезы в области кистей рук (обрезал деревья, разбирали старый сарай). С животными не контактирует, хотя наличие мышей на дачном участке не отрицает. Часто фиксировал укусы насекомых (комары, мошки, слепни, клещи), иногда пользуется репеллентами.

* Перенесенные заболевания: пневмония (3 года назад), новая коронавирусная инфекция (год назад), аппендэктомия (в детстве, год указать не может)

Объективный статус

* Температура тела 37,1°C.

* Кожные покровы вне очага чистые, загорелые, визуализируются следы укусов насекомых.

- * В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.
- * Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 68 уд. в мин. АД 110/70 мм рт. ст.
- * Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.
- * Мочеиспускание достаточное, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон
- * Status localis: в верхней трети плеча, подмышечной области, на правой боковой поверхности грудной клетки определяется участок гиперемии с четкими границами, округлой формы. Краевая часть эритемы несколько возвышается над непораженной кожей, красного цвета. Очаг при пальпации безболезненный, температурная реакция в очаге не выражена (одинакова в очаге и вне его). Пальпируются мелкие подмышечные лимфоузлы справа, безболезненные, не спаянные с окружающей тканью.
- * В сознании, адекватен. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является

- 14
- 50
- 24
- 180

Результаты лабораторного метода обследования

Иммуноферментный анализ (ИФА) на определение антител к боррелиям

|=====

^| Наименование | Единицы | Результат

| Anti-Borrelia burgdorferi sensu lato IgM | МЕ/мл | отрицательно

| Anti-Borrelia garinii IgM | МЕ/мл | отрицательно

| Anti-Borrelia afzelii IgM | МЕ/мл | положительно

| Anti-Borrelia miyamotoi IgM | МЕ/мл | отрицательно

|=====

Полимеразная цепная реакция (ПЦР) крови на обнаружение ДНК Rickettsia conorii

Реакция отрицательная

Иммуноферментный анализ (ИФА) на определение специфических антител к вирусу Varicella-Zoster

|=====

^| Параметр | Референсные значения | Результат

| Anti VZV IgM

Anti VZV IgG | ≤0.8 - не обнаружено;

>0.8 и <1.0 - серая зона;

≥1.0 и выше - обнаружено | 0,1

0,8

|=====

Исследование крови для обнаружения антистрептолизина О (АСЛО)

|=====

| Показатель | Норма | Единицы | Результат

| АСЛО | 0.0 | Ме/мл | 10

|=====

Реакция непрямо́й иммунофлуоресценции (РНИФ) с Hantaan virus

Реакция отрицательная

Учитывая клинико-anamнестические и лабораторные данные, можно поставить диагноз

- 14
- 50
- 24
- 180

Диагноз

Лайм-боррелиоз, ранняя локализованная стадия

Астраханская риккетсиозная лихорадка, типичное течение

Опоясывающий лишай (herpes zoster), период высыпаний, типичное течение

Эритематозная рожа правой верхней конечности, грудной клетки, распространенная

Для исключения ложноположительных реакций в ИФА, в качестве подтверждающего теста используют

- бактериологический анализ с использованием среды BSK2
- иммуноблоттинг
- реакцию непрямо́й иммунофлуоресценции (РНИФ)
- световую микроскопию

Для локализованной формы иксодовых клещевых боррелиозов наиболее характерно поражение

- нервной системы
- кожи
- сердечно-сосудистой системы
- суставов

Основным кожным проявлением ранней локализованной стадии иксодовых клещевых боррелиозов является

- хронический атрофический акродерматит

- локализованные склеродермоподобные изменения
- доброкачественная лимфоцитомма
- мигрирующая эритема

Для мигрирующей эритемы при иксодовых клещевых боррелиозах характерно наличие

- гиперемии с нечёткими границами на фоне резко выраженного отёка мягких тканей
- чётких границ, неровных контуров с гипертермией в очаге
- кольцевидной, округлой формы с центробежным ростом
- множественных зудящих папул с перламутровым мелкочешуйчатым шелушением по периферии

В общем анализе крови при иксодовых клещевых боррелиозах характерно наличие

- лейкоцитоза, повышение СОЭ
- гиперлейкоцитоза, токсической зернистости нейтрофилов
- лейкопении, лимфоцитоза
- агранулоцитоза, тромбоцитопении

Основным принципом лечения больных клещевым иксодовым боррелиозом является + _____ + терапия

- специфическая антитоксическая
- противовирусная
- антибактериальная
- десенсибилизирующая

Препаратом выбора для лечения локализованной формы иксодового клещевого боррелиоза является

- гентамицин
- линкомицин
- ципрофлоксацин
- доксициклин

Длительность лечения локализованной формы иксодовых боррелиозов составляет

- 10 дней
- 3 недели
- 6 недель
- 5-7 дней

Диспансерное наблюдение в условиях поликлиники после перенесенного Лайм-боррелиоза осуществляется в течение

- 2-х лет
- 6 месяцев
- 3-х лет
- 2-х месяцев

Инкубационный период при иксодовых клещевых боррелиозах длится до +__+ дней

- 2-х лет
- 6 месяцев
- 3-х лет
- 2-х месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов инфекциониста на консультацию к пациенту С. 51 лет, в неврологическое отделение многопрофильного стационара 12 октября.

Жалобы

На выраженные боли в грудном и поясничном отделе позвоночника, опоясывающего характера, усиливающиеся в ночное время суток, общую слабость, утомляемость, снижение аппетита, нарушение сна, снижение массы тела на 2 кг в течение 1 недели.

Анамнез заболевания

* Заболел 2 недели назад, когда вечером без объективной причины появились, выраженные ноющие нестерпимые боли в грудном и поясничном отделе позвоночника. Принял кетопрофен и фастум-гель местно, однако, болевой синдром не купировался.

* К утру интенсивность болевого синдрома стихла, появилась общая слабость, разбитость. На следующий вечер ситуация повторилась. Утром следующего дня обратился к участковому терапевту. На основании клиники и данных рентгенограммы (из заключения: умеренные дегенеративно-дистрофические изменения в грудном и поясничном отделе позвоночника в виде остеохондроза) установлен диагноз: Распространенный остеохондроз, стадия обострения, выраженный болевой синдром. Назначено: НПВС, миорелаксанты, витаминотерапия. Состояние на фоне лечения не улучшалось. Консультирован невропатологом и с учетом выраженности болевого синдрома госпитализирован в неврологическое отделение городской больницы.

* На фоне проводимого лечения (к базисной терапии добавлены наркотические анальгетики и глюкокортикостероиды) состояние пациента не улучшалось, на консультацию приглашен инфекционист.

Анамнез жизни

- * Экономист, работает в офисном помещении и онлайн.
- * Проживает в отдельной квартире с женой и двумя детьми, все здоровы
- * Вредные привычки: отрицает.

* Из анамнеза: при целенаправленном расспросе выяснено, что все лето провел на дачном участке в Ленинградской области (жил в частном доме). Работал с землей, употреблял выращенные овощи, ягоды. Прямых контактов с животными не было, наличие грызунов на участке не отрицает. Купался в речке, рыбачил. В июле этого года отмечал укус клеща в пупочной области, самостоятельно его снял, место присасывания клеща обработал йодом. После чего около 3-х недель, вокруг места укуса сохранялось покраснение с постепенным нарастанием его по величине от 5 до 15 см в диаметре, с красноватым ободком и точкой внутри. Считая покраснение аллергической реакцией на укус клеща, пациент за медицинской помощью не обращался. Общее самочувствие не изменилось, пятно беспокойства и дискомфорта не причиняло и через 1,5 месяца исчезло самостоятельно

Объективный статус

* Температура тела 36,8°C. Выражение лица страдальческое, выглядит уставшим, измученным. Серые круги под глазами. Положение больного активное.

* Кожные покровы бледные, влажные. Сыпи, геморрагий, следов расчёсов нет.

* Слизистая ротоглотки бледно-розового цвета, миндалина не увеличены, энантемы нет.

* Периферические лимфатические узлы не увеличены.

* Дыхание через нос не затруднено. ЧДД- 18 в минуту. При аускультации выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет.

* Пульс ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения, одинаковый, ЧСС 80 ударов в минуту. АД- 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, шумов нет.

* Язык влажный, с беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный, Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется.

* Мочеиспускание достаточное. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный.

* Неврологический статус: умеренная болезненность при пальпации паравертебральных точек в грудном отделе позвоночника. Активные и пассивные движения совершает в полном объёме. В позе Ромберга устойчив. Реакция зрачков на свет содружественная. Функция слухового аппарата не изменена. В сознании, адекватен. Менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, Кернига, Брудзинского) отсутствуют.

Из представленных обследований (заключения):

* ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС 75 в минуту

* УЗИ органов брюшной полости: внутренние органы без патологии

* Рентгенограмма грудного отдела позвоночника: умеренные дегенеративно-дистрофические изменения грудного отдела позвоночника в виде остеохондроза

* КТ позвоночника: признаки остеохондроза

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является

- 2-х лет
- 6 месяцев
- 3-х лет

- 2-х месяцев

Результаты лабораторного метода обследования

Иммуноферментный анализ (ИФА) на качественное определение антител к трансмиссивным инфекциям

|=====

^| Наименование | Единицы | Результат

| Tick-borne encephalitis Virus IgM | МЕ/мл | отрицательно

| Tick-borne encephalitis Virus IgG | МЕ/мл | отрицательно

| Ehrlichia muris IgM | МЕ/мл | отрицательно

| Ehrlichia muris IgG | МЕ/мл | отрицательно

| Anti-Borrelia miyamotoi IgM | МЕ/мл | отрицательно

| Anti-Borrelia miyamotoi IgG | МЕ/мл | отрицательно

| Anti-Borrelia afzelii IgM | МЕ/мл | отрицательно

| Anti-Borrelia afzelii IgG | МЕ/мл | отрицательно

| Anti-Borrelia burgdorferi sensu lato IgM | МЕ/мл | отрицательно

| Anti-Borrelia burgdorferi sensu lato IgG | МЕ/мл | отрицательно

| Anti-Borrelia garinii IgM | МЕ/мл | положительно

| Anti-Borrelia garinii IgG | МЕ/мл | положительно

|=====

Полимеразная цепная реакция (ПЦР) крови на обнаружение ДНК возбудителей риккетсиозных лихорадок

|=====

| Наименование | Результат

| DNA Rickettsia typhi | отрицательно

| DNA Rickettsia conori | отрицательно

| DNA Rickettsia conori, subsp.caspiensis | отрицательно

| DNA Rickettsia sibirica | отрицательно

| DNA Rickettsia rickettsii | отрицательно

|=====

Иммуноферментный анализ (ИФА) на определение специфических антител к вирусу Varicella-Zoster

|=====

| Параметр | Референсные значения | Результат

| Anti VZV IgM

Anti VZV IgG | ≤ 0.8 - не обнаружено;

>0.8 и <1.0 - серая зона;

≥ 1.0 и выше - обнаружено | 0,1

0,5

|=====

Иммуноферментный анализ крови (ИФА) на качественное определение антител к Epstein-Barr virus, Cytomegalovirus, HHV-6

|====

| Наименование | Результат
| Epstein-Barr virus VCA IgM | отрицательно
| Epstein-Barr virus EA IgG | отрицательно
| Epstein-Barr virus EBNA IgG | положительно
| Cytomegalovirus IgM | отрицательно
| Cytomegalovirus IgG | положительно
| HHV-6, IgM | отрицательно
| HHV-6, IgG | отрицательно

|====

Иммуноферментный анализ крови (ИФА) на качественное определение антител к *Brucella species*

|====

| Параметр | Результат
| Anti-Brucella abortus IgM
Anti-Brucella abortus IgG | Не обнаружено
Не обнаружено
| Anti-Brucella melitensis IgM
Anti-Brucella melitensis IgG | Не обнаружено
Не обнаружено
| Anti-Brucella suis IgM
Anti-Brucella suis IgG | Не обнаружено
Не обнаружено

|====

Учитывая клинико-anamнестические и лабораторные данные, можно поставить диагноз

- 2-х лет
- 6 месяцев
- 3-х лет
- 2-х месяцев

Диагноз

Лайм-боррелиоз, ранняя диссеминированная стадия (нейроборрелиоз)

Североазиатский клещевой риккетсиоз, типичное течение

Полирадикулопатия цитомегаловирусной этиологии

Бруцеллез, вторично-хроническая метастатическая форма (нейробруцеллез)

Для подтверждения диагноза Лайм-боррелиоз при исключении ложноположительных реакций в ИФА применяют

- темнопольную бактериоскопию
- бактериологический анализ с использованием среды BSK2
- {nbsp}Western-блот
- реакцию непрямой иммунофлуоресценции (РНИФ)

Ранняя диссеминированная стадия иксодовых клещевых боррелиозов чаще всего сопровождается поражением + _____ + систем

- легких, эндокринной и репродуктивной
- суставов, лимфатической и гепатобилиарной
- кожи, нервной и сердечно-сосудистой
- глаз, костно-мышечной и мочевыделительной

Одним из вариантов нейроборрелиоза является синдром

- Баннварта
- Туретта
- Гайе-Вернике
- Горнера

Вариантом поражения кожи при диссеминированной форме иксодового клещевого боррелиоза является

- пальмарная эритема
- Синдром Готрона
- Синдром Лайелла
- вторичная эритема

Для периферической картины крови при иксодовых клещевых боррелиозах характерен

- тромбоцитопения
- лейкоцитоз
- агранулоцитоз
- лейкопения

Концентрация IgG при иксодовых клещевых боррелиозах возрастает через + _____ + после начала болезни

- 1,5-3 месяца
- 4-6 месяцев
- 7-10 дней
- 2-3 недели

Основным принципом лечения больных нейроборрелиозом является + _____ + терапия

- специфическая антитоксическая
- противовоспалительная
- десенсибилизирующая
- антибактериальная

Препаратом выбора для лечения диссеминированной формы иксодового клещевого боррелиоза является

- цефтриаксон
- линкомицин
- пefлоксацин
- ампициллин

Антибактериальные препараты при диссеминированной форме иксодовых боррелиозов назначаются в течение

- 8 недель
- 3 недель
- 5-7 дней
- 14 дней

Минимальный инкубационный период при иксодовых клещевых боррелиозах составляет +__+ дней

- 8 недель
- 3 недель
- 5-7 дней
- 14 дней

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В приемный покой инфекционной больницы доставлена пациентка С, 26-ти лет.

Жалобы

На головную боль, многократную рвоту, повышение температуры тела до 39,2°C.

Анамнез заболевания

* Больна 3-е сутки. Заболела остро с повышения температуры до 38,1°C, беспокоили слабость, общее недомогание, отсутствовал аппетит. Принимала жаропонижающие препараты, с кратковременным эффектом

* В конце 2-х суток появилась выраженная головная боль, несколько раз была рвота, не приносящая облегчения, температура выросла до 39,2°C. Принимала активированный уголь, болеутоляющие и жаропонижающие препараты, без эффекта. За медицинской помощью не обращалась, поскольку вместе с ней находился лихорадящий ребенок, за которым пациента пыталась ухаживать

* Утром, на 3-й день болезни самочувствие не улучшилось, увидела появление сыпи на руках. Вызвала бригаду скорой помощи

Анамнез жизни

* Домохозяйка

* Аллергоанамнез: не отягощен

* Перенесенные заболевания: ОРВИ, пневмония в детстве

* Проживает в отдельной квартире с мужем и 3-х летней дочерью. Муж здоров, дочь заболела одновременно вместе с матерью (повышение температуры тела, насморк, кашель)

* Из эпиданамнеза: за 2 дня до заболевания прилетели из Турции, отдыхали в отеле, купались в море и в бассейне; в отеле, со слов пациентки, отмечались случаи заболевания у детей.

Объективный статус

* Температура тела - 39,4°C

* Кожные покровы горячие, сухие, загорелые. На ладонной поверхности кистей и подошвенной поверхности стоп имеются единичные элементы папулезной сыпи

* Слизистая оболочка мягкого неба, небных дужек, миндалин, язычка гиперемирована. Миндалины не увеличены, налетов нет. На языке 2 небольшие афты

* Пальпируются увеличенные лимфоузлы шейной группы, безболезненные.

* Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 100 в минуту

* Дыхание везикулярное. ЧДД 23 в минуту, хрипы не выслушиваются

* Живот умеренно вздут, безболезненный, печень у края реберной дуги, плотно-эластической консистенции, селезенка не увеличена.

* Диурез снижен. Моча светлая. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

* В сознании, на вопросы отвечает правильно, ориентирована. Отмечается ригидность затылочных мышц. Симптомы Кернига, Брудзинского отрицательные

Лабораторными методами обследования данной пациентки являются

- 8 недель
- 3 недель
- 5-7 дней
- 14 дней

Результаты лабораторных методов обследования

Полимеразная цепная реакция (ПЦР) крови на обнаружение энтеровирусов

|=====

| Показатель | Результат

| RNA Echovirus | отрицательно

| RNA Coxsackievirus A | положительно

| RNA Coxsackievirus B | отрицательно

| RNA Poliovirus | отрицательно

|=====

Полимеразная цепная реакция (ПЦР) ликвора на обнаружение возбудителей заболевания

|=====

| Показатель | Результат

| DNA *Listeria monocytogenes* | отрицательно

| RNA Coxsackievirus A | положительно

| RNA Coxsackievirus B | отрицательно

| DNA *Neisseria meningitidis* | отрицательно

| DNA *Streptococcus pneumoniae* | отрицательно

| DNA *Haemophilus influenzae* | отрицательно

| DNA Herpes simplex virus 1, 2 type | отрицательно

| DNA Cytomegalovirus/Epstein-Barr virus | отрицательно

|=====

Иммуноферментный анализ (ИФА) на определение антител *Y. pseudotuberculosis, enterocolitica*

|=====

| Показатель | Результат

| {nbsp} *Y. pseudotuberculosis*, IgG | отрицательно

| {nbsp} *Y. enterocolitica*, IgG | отрицательно

|=====

Полимеразная цепная реакция (ПЦР) крови на обнаружение возбудителей риккетсиозов

|=====

| Наименование | Результат

| DNA *Rickettsia typhi* | отрицательно

| DNA *Rickettsia conori* | отрицательно

| DNA *Rickettsia conori*, subsp. *caspiensis* | отрицательно

| DNA *Rickettsia sibirica* | отрицательно

| DNA *Rickettsia rickettsii* | отрицательно

| DNA *Coxiella burnetii* | отрицательно

|=====

Иммуноферментный анализ (ИФА) на определение специфических антител к вирусу *Varicella-Zoster*

|=====

| Параметр | Референсные значения | Результат

| Anti VZV IgM

Anti VZV IgG | ≤ 0.8 - не обнаружено;

> 0.8 и < 1.0 - серая зона;

≥ 1.0 и выше - обнаружено | 0,1

1,8

|=====

Учитывая жалобы, данные объективного и лабораторного обследования больной можно поставить диагноз

- 8 недель
- 3 недель
- 5-7 дней
- 14 дней

Диагноз

Энтеровирусная инфекция: менингит, энтеровирусная экзантема

Менингококковая инфекция, генерализованная форма, смешанный вариант: менингококкемия + менингит

Ветряная оспа, осложненное течение: менингит

Псевдотуберкулез, генерализованная форма, смешанный вариант (менингит + скарлатиноподобная форма)

Изменения в ликворе при энтеровирусном менингите в разгар заболевания характеризуются

- нейтрофильным плеоцитозом, появлением при отстаивании фибриновой пленки
- лимфоцитарным плеоцитозом, значительным увеличением уровней белка и лактата
- нейтрофильным плеоцитозом, сниженным уровнем глюкозы
- лимфоцитарным плеоцитозом, повышенным уровнем глюкозы

Клиническая картина энтеровирусного менингита связана прежде всего с

- развитием асептического воспаления в органах и тканях
- формированием гранулем Попова-Давыдовского в сосудах головного мозга
- нарушением нервно-мышечной передачи ацетилхолина
- гиперпродукцией ликвора

Основной симптомокомплекс менингита при энтеровирусной инфекции включает

- интоксикацию, диссоциацию менингеальных симптомов, гиперстезии
- дизартрию, дисфонию, клонико-тонические судороги
- отсутствие интоксикации, вертебро-базилярные симптомы, гиперстезии
- выраженную интоксикацию, обезвоживание, судороги

Для энтеровирусной экзантемы (симптом _HFМК, Hand-Fuss-Mundkrankheit_) характерно наличие

- геморрагической «звездчатой» сыпи с центральными некротическими элементами
- везикулезной сыпи, диаметром 2-3 мм, окруженной воспалительным венчиком
- обильной крупной макуло-папулезной сыпи с этапностью высыпания
- скудной единичной розеолезной сыпи, с феноменом подсыпания

Общий анализ крови при энтеровирусной инфекции характеризуется

- гиперлейкоцитозом, сдвигом влево с появлением токсической зернистости нейтрофилов
- лейкоцитозом, абсолютным лимфоцитозом с появлением атипичных мононуклеаров
- нейтрофилезом, отсутствием сдвига влево с последующим лимфоцитозом
- лейкопенией, нейтропенией с последующим развитием тромбоцитопении

Больной с энтеровирусным менингитом показано назначение

- иммуномодулирующих средств
- противовирусных препаратов
- дегидратационной терапии
- антибиотиков с учетом проникновения их через гематоэнцефалический барьер

При тяжелом течении энтеровирусного менингита, больным показано назначение

- цефтриаксона
- дексаметазона
- рибавирина
- лейкоцитарного интерферона

Больных с энтеровирусной инфекцией изолируют сроком на +__+ дней

- 14
- 9
- 20
- 5

Максимальный инкубационный период при энтеровирусной инфекции составляет +__+ суток

- 20
- 14
- 10

- 7

Главным путем передачи при энтеровирусной инфекции является

- 20
- 14
- 10
- 7

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов инфекциониста на консультацию к пациенту М., 19 лет.

Жалобы

На повышение температуры до 39,2°C, слабость, вялость, боль в горле, высыпания на теле.

Анамнез заболевания

Пациент болен 2-е сутки. Заболел остро с повышения температуры до 39,1°C, слабости, вялости, появления болей в горле при глотании. Самостоятельно принял парацетамол, фарингосепт. К концу первых суток появилась сыпь на лице, ладонях, стопах. Обратился в студенческую поликлинику.

Эпидемиологический анамнез

- * Живет в общежитии, в комнате вместе с ним проживает еще 2 человека.
- * Питается в студенческой столовой и самостоятельно приготовленной пищей
- * Сосед по комнате 8 дней назад болел «гриппом» (его беспокоили боли при глотании и высокая температура, которая через 3 дня снизилась до нормальных значений) к врачу не обращался
- * В общежитии есть тараканы и, со слов больного, водятся крысы

Анамнез жизни

- * Студент колледжа
- * Аллергоанамнез: не отягощен
- * Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ, ангины в детстве
- * Вакцинирован в соответствии с Национальным календарем по возрасту

Объективный статус

- * Температура тела - 39,1°C
- * Склеры не инъектированы. Кожные покровы горячие, сухие, обычной окраски. На коже кистей, ладоней, подошв – везикулы, диаметром 1-3 мм, окруженные венчиком гиперемии. Везикулезные высыпания отмечаются также на коже носогубного треугольника
- * Слизистая оболочка мягкого неба, небных дужек, миндалин, язычка гиперемирована. Миндалины не увеличены, налетов нет. На внутренней поверхности щек и небных дужек везикулезные высыпания, небольшие эрозии с серо-белым налетом.
- * Пальпируются увеличенные лимфоузлы шейной группы, безболезненные.
- * Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные. ЧСС 100 в минуту

* Дыхание проводится во все отделы, везикулярное. ЧДД 23 в минуту, хрипы не выслушиваются

* Живот умеренно вздут, безболезненный, печень у края реберной дуги, плотно-эластической консистенции, селезенка не увеличена. Стул кашицеобразный без патологических примесей 3 раза в сутки

* Очаговых и менингеальных симптомов нет

Для этиологического подтверждения диагноза, лабораторным методом обследования является

- 20
- 14
- 10
- 7

Результаты лабораторного метода обследования

Полимеразная цепная реакция (ПЦР) крови на обнаружение энтеровирусов

|=====

Показатель	Результат
RNA Echovirus	отрицательно
RNA Coxsackievirus A	положительно
RNA Coxsackievirus B	отрицательно
RNA Poliovirus	отрицательно

|=====

Полимеразная цепная реакция (ПЦР) крови на обнаружение герпесвирусов

|=====

Показатель	Результат
Herpes simplex virus-1	отрицательно
Herpes simplex virus-2	отрицательно
Varicella-zoster virus	отрицательно
Epstein-Barr virus	отрицательно
Human cytomegalovirus	отрицательно
Human herpesvirus 6A, 6B	отрицательно
Human herpesvirus 7	отрицательно

|=====

Реакция латекс-агглютинации на обнаружение *Neisseria meningitidis*

Реакция отрицательная

Полимеразная цепная реакция (ПЦР) крови на обнаружение возбудителей риккетсиозов

|=====

Показатель	Результат
DNA Rickettsia typhi	отрицательно
DNA Rickettsia conori	отрицательно
DNA Rickettsia conori, subsp.caspiensis	отрицательно

| DNA Rickettsia sibirica | отрицательно
| DNA Rickettsia rickettsii | отрицательно
| DNA Coxiella burnetii | отрицательно
|====

Учитывая жалобы, данные объективного и лабораторного обследования больному можно поставить диагноз

- 20
- 14
- 10
- 7

Диагноз

Энтеровирусная инфекция: энтеровирусная экзантема, герпангина

Менингококковая инфекция, генерализованная форма, менингококкемия

Ку-лихорадка, острая форма, типичное течение. Афтозный стоматит

Эндемический крысиный сыпной тиф, стадия высыпаний, типичное течение

Поражение ротоглотки при энтеровирусной инфекции в первые сутки заболевания характеризуется появлением

- одиночной папулы с плотным склеротическим инфильтратом в основании, локализующейся на губах, языке
- до 20-30 мелких, сгруппированных папул на миндалинах и мягком небе
- 2-3-х четко ограниченных язв (афт), покрытых некротическим налетом желтоватого оттенка преимущественно на внутренней стороне губ
- белого точечного творожистого налета на слизистой оболочке щек, языка

Герпангину дифференцируют с

- афтозным стоматитом
- первичной сифиломой
- кандидозом ротоглотки
- ангиной Симановского-Плаута -Венсана

Энтеровирусная экзантема протекает с появлением

- скудной единичной розеолезной сыпи, преимущественно на коже живота и груди
- обильной крупной макуло-папулезной сыпи на гиперемизированном фоне на лице с последующим поэтапным распространением на туловище и конечности

- везикулезной сыпи, диаметром 2-3 мм, окруженной воспалительным венчиком с поражением кистей, стоп, полости рта
- геморрагических элементов сыпи с некротизированными участками на дистальных отделах конечностей

Дифференциальную диагностику энтеровирусной экзантемы следует проводить с

- аденовирусной инфекцией
- ветряной оспой
- опоясывающим герпесом
- краснухой

По классификации энтеровирусных болезней, к типичным формам относят

- гнойный менингит
- эпидемическую полинейропатию
- токсический нефроз
- эпидемическую миалгию

Больным с энтеровирусной инфекцией показано назначение

- дезинтоксикации
- противовирусных препаратов
- иммуномодулирующих средств
- антибиотиков широкого спектра действия

Изоляцию больных с энтеровирусной инфекцией производят сроком на +__+ дней

- 10
- 14
- 5
- 7

После перенесенной энтеровирусной инфекции вырабатывается +_____+ иммунитет

- антитоксический напряженный
- нестерильный кратковременный
- стойкий типоспецифический
- нестойкий видоспецифический

Минимальный инкубационный период при энтеровирусной инфекции составляет +__+ суток

- 18
- 5

- 14
- 2

Для энтеровирусной инфекции основным механизмом передачи является

- 18
- 5
- 14
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной С., 67 лет, доставлен в инфекционный стационар.

Жалобы

На слабость, лихорадку головную боль, кашель, носовое кровотечение.

Анамнез заболевания

* Болен 2-е сутки, днем появилась головная боль, с ознобом повысилась температура тела до 39,5°C, беспокоили мышечные боли и боль в глазных яблоках, усиливающаяся при движении, слабость.

* К утру следующего дня состояние ухудшилось: появились сухой «царапающий» кашель, не обильное носовое кровотечение, резко усилилась головная боль. Температура тела повысилась до 40,2°C, появилась тошнота, была однократная рвота.

* Вызвана бригада «Скорой помощи»

Анамнез жизни

* Мастер гальванического цеха на заводе научного приборостроения

* Аллергоанамнез: не отягощен

* Перенесенные заболевания: страдает сахарным диабетом (более 10 лет, принимает метформин), часто болеет респираторными заболеваниями

* Вредные привычки отрицает

* Эпиданамнез: проживает в отдельной благоустроенной квартире, контакты с животными отрицает; на предприятии, где работает пациент, имели место случаи заболевания ОРЗ. Привит от новой коронавирусной инфекции «Спутником V». От сезонного гриппа в этом году не прививался

Объективный статус

* Пациент повышенного питания, вялый, адинамичный

* Гиперемия кожи лица, цианоз губ, выраженная инъекция сосудов склер. Сыпи на коже нет.

* В зеве – гиперемия дужек, мягкого неба, язычка, задней стенки глотки с множественными петехиями. Миндалины не увеличены, налетов нет

* Периферические лимфоузлы не увеличены

* В легких жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы, ЧДД 24 в минуту

* Сердечные тоны ритмичные, приглушены. Пульс 120 ударов в минуту, ритмичный. АД-100/60 мм рт. ст.

* Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный

* Диурез снижен, моча светлая. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон

* В сознании, адекватен. Отмечается ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского отрицательные

Методами лабораторной диагностики заболевания у данного больного, учитывая 2-й день болезни являются

- 18
- 5
- 14
- 2

Результаты лабораторных методов обследования

Полимеразная цепная реакция (ПЦР) мазков из носоглотки (ОРВИ-скрин)

|=====
| Наименование | Результат
| DNA Respiratory syncytial virus | отрицательно
| RNA Influenza virus A | положительно
| RNA Influenza virus B | отрицательно
| DNA Parainfluenza 1,2 | отрицательно
| DNA Parainfluenza 3,4 | отрицательно
| RNA Rhinovirus | отрицательно
| DNA Adenovirus | отрицательно
| RNA Coronavirus NL63, E229 | отрицательно
| RNA Coronavirus HKU-1, OC43 | отрицательно

|=====
|

Анализ спинно-мозговой жидкости (ликвора)

Давление: 280 мм водного столба +

Цвет: прозрачный, бесцветный +

Цитоз: 2-4 (моноциты) +

Белок: 0,1 г/л +

Фибриновая пленка – нет. +

Глюкоза: 4,3 ммоль/л. +

Наличие бактерий – отрицательно +

***Заключение*:** повышенное давление. Патологических изменений ликвора не наблюдается.

Полимеразная цепная реакция (ПЦР) ликвора

|=====
| Наименование | Результат
| DNA Toxoplasma gondii | Не обнаружено
| DNA Streptococcus pneumoniae | Не обнаружено
| DNA Haemophilus influenzae | Не обнаружено

| DNA *Listeria monocytogenes* | Не обнаружено
| DNA *Borrelia s. l.* | Не обнаружено
| DNA *Neisseria meningitidis* | Не обнаружено
| DNA Epstein-Barr virus | Не обнаружено
| DNA Cytomegalovirus | Не обнаружено
| DNA Human herpesvirus 6 | Не обнаружено
| DNA Parvovirus B 19-FL | Не обнаружено
| DNA Herpes simplex virus 1,2 | Не обнаружено
|====

Реакция гетерогемагглютинации Хофф-Бауэра

Реакция отрицательная

Бактериологический посев крови на желчный бульон

Роста нет

Иммуноферментный анализ (ИФА) с антигеном Hantaan virus

Реакция отрицательная

Учитывая жалобы, данные объективного и лабораторного обследования больному можно поставить диагноз

- 18
- 5
- 14
- 2

Диагноз

Грипп А, типичное течение

Менингококковая инфекция, локализованная форма, назофарингит

Инфекционный мононуклеоз, типичное течение

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, начальный период

В качестве инструментального исследования для оценки гипоксемии данному больному целесообразно провести

- плетизмографию
- тредмил-тест
- пульсооксиметрию
- пикфлоуметрию

Типичными синдромами при гриппе являются

- катаральный, лимфопролиферативный, экзантематозный
- интоксикационный, диарейный, гепатолиенальный
- интоксикационный, катаральный, геморрагический
- катаральный, гепатолиенальный, менингеальный

С тяжестью течения и распространенностью воспалительной инфильтрации при гриппозной пневмонии коррелирует уровень

- лактатдегидрогеназы
- тропонина
- {nbsp}NT-proBNP
- {nbsp}С-реактивного белка

При неосложненном течении гриппа характерны

- лейкопения, нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом, анемия
- лейкоцитоз, абсолютный лимфоцитоз, атипичные мононуклеары
- лейкопения, нейтропения, относительный лимфоцитоз
- лейкоцитоз, палочкоядерный нейтрофилез, ускоренное СОЭ

Наиболее грозным осложнением гриппа является

- гиповолемический шок
- геморрагический отек легкого
- печеночно-почечная недостаточность
- токсический нефрозонефрит

Для этиотропной терапии данного заболевания целесообразно использовать

- ингибиторы нейраминидазы
- нестероидные противовоспалительные препараты
- ингибиторы обратной транскриптазы
- противовирусные препараты адамантанового ряда

К этиотропным противогриппозным препаратам с прямым противовирусным действием относят

- эргоферон, интерферон альфа 2b
- осельтамивир, балоксавир
- тилорон, кагоцел
- римантадин, ламивудин

Длительность приема балоксавира составляет +__+ (в днях)

- 1
- 10
- 5
- 3

Для экстренной химиопрофилактики гриппа рекомендовано использовать

- рибавирин

- осельтамивир
- азитромицин
- римантадин

Химиопрофилактика препаратами из группы ингибиторов нейраминидазы должна быть назначена не позднее +__+ часов с момента первого контакта с больным гриппом

- рибавирин
- осельтамивир
- азитромицин
- римантадин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной В., 19 лет, обратился в студенческую поликлинику.

Жалобы

На вялость, слабость, ломоту во всем теле, сильную головную боль, боль при движении глазных яблок, лихорадку до 39,2⁰С.

Анамнез заболевания

Заболел остро накануне, когда повысилась температура до 39,2⁰С, появился озноб, беспокоили головная боль, боль при движении глазных яблок, слабость, ломота во всем теле. Сегодня появились «заложенность» носа, сухой кашель, саднение и «жжение» за грудиной.

Анамнез жизни

- * Травм и операций не было
- * Аллергоанамнез: не отягощен
- * Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины
- * Хронических заболеваний нет
- * Вредные привычки отрицает

Эпидемиологический анамнез

- * Студент, проживает в общежитии
- * в группе за последние 6 дней заболело 7 человек с подобными проявлениями болезни

Объективный статус

- * Состояние средней тяжести, вялый
- * Кожные покровы гиперемированы, отмечается инъекция сосудов склер
- * В зеве – гиперемия слизистой нёба, зернистость задней стенки глотки.

Миндалины не увеличены, налетов нет

- * Периферические лимфоузлы не увеличены
- * В легких жесткое дыхание, хрипов нет, ЧДД 24 в минуту
- * Сердечные тоны ритмичные, приглушены. Пульс 110 ударов в минуту, ритмичный. АД-100/60 мм рт. ст.
- * Язык слегка обложен белым налетом, влажный, живот мягкий,

безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный

* Мочеиспускание в норме, моча светлая. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон

* Менингеальных и очаговых симптомов со стороны нервной системы нет

Методом лабораторной диагностики заболевания у данного больного является

- рибавирин
- осельтамивир
- азитромицин
- римантадин

Результаты лабораторного метода обследования

ПЦР-диагностика мазков из носоглотки

|=====

| Наименование | Результат

| DNA Respiratory syncytial virus | отрицательно

| RNA Influenza virus A | положительно

| RNA Influenza virus B | отрицательно

| DNA Parainfluenza 1,2 | отрицательно

| DNA Parainfluenza 3,4 | отрицательно

| RNA Rhinovirus | отрицательно

| DNA Adenovirus | отрицательно

| RNA Coronavirus NL63, E229 | отрицательно

| RNA Coronavirus HKU-1, OC43 | отрицательно

|=====

Реакция непрямой гемадсорбции культуры клеток

Реакция отрицательная

Реакция микроагглютинации (РМА) лептоспир

|=====

| Наименование | Единицы | Результат

| {nbsp}L. interrogans icterohaemorrhagiae Anti IgM | МЕ/мл | отрицательно

| {nbsp}L. interrogans icterohaemorrhagiae Anti IgG | МЕ/мл | отрицательно

|=====

Реакция ко-агглютинации на обнаружение антигенов стрептококка

Реакция отрицательная

Учитывая жалобы, данные объективного и лабораторного обследования больному можно поставить диагноз

- рибавирин
- осельтамивир
- азитромицин
- римантадин

Диагноз

Грипп А, типичное течение

Парагрипп

Аденовирусная инфекция

Лептоспироз, безжелтушная форма, начальный период

Для оценки гипоксемии данному больному целесообразно провести

- тредмил-тест
- магниторезонансную томографию (МРТ) легких
- пульсооксиметрию
- пикфлоуметрию

Одним из наиболее частых осложнений гриппа является

- пиелонефрит
- пневмония
- гломерулонефрит
- миокардит

Причиной смерти при тяжелой форме гриппа является

- острая печеночная энцефалопатия
- острая сосудистая недостаточность
- паралич дыхательной мускулатуры
- асфиксия

Тактика ведения данного больного включает

- госпитализацию в соматический стационар
- госпитализацию в инфекционный стационар
- ведение пациента в дневном стационаре
- ведение пациента в амбулаторных условиях

Препаратами выбора для этиотропной терапии данного заболевания являются

- селективные ингибиторы нейраминидазы
- нестероидные противовоспалительные препараты
- ингибиторы обратной транскриптазы
- противовирусные препараты адамантанового ряда

Осельтамивир для данного пациента следует назначить по +__+ мг 2 раза в сутки

- 150
- 300
- 75
- 250

Длительность приема осельтамивира составляет +__+ дней

- 5
- 10
- 7
- 14

Сезонную иммунопрофилактику гриппа рекомендуется закончить не позднее чем за +_____+ до начала эпидемического сезона

- 5-7 дней
- 2-3 недели
- 1,5-2 месяца
- 7-10 дней

Плановая специфическая профилактика гриппа проводится детям с +__+ месяцев

- 3
- 9
- 12
- 6

Максимальный инкубационный период при гриппе достигает

- 3
- 9
- 12
- 6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной, 32-х лет обратился в приемное отделение многопрофильной больницы на 4-й день после начала заболевания.

Жалобы

На повышение температуры тела до 37,3°C – 37,5°C, сильную головную боль, выраженные боли в пояснице, задержку мочеиспускания, тошноту, частую рвоту

Анамнез заболевания

Заболел 12 декабря, заболевание началось остро среди полного здоровья.

Повысилась температура до $40,4^{\circ}\text{C}$ (в дальнейшем, сохранялась на уровне $39,0 - 40,0^{\circ}\text{C}$ в течение 3-х дней), начала беспокоить сильная головная боль, появилась слабость. Больной был вынужден соблюдать постельный режим. На второй день присоединилась тошнота и частая рвота (неукротимая), выросла слабость, сохранялась высокая температура.

С 3-го дня появилась сильная боль в пояснице, отметил уменьшение количества мочи.

На 4-й день болезни температура снизилась до субфебрильных значений, но сохранялось недомогание, плохой аппетит, повторная рвота, было носовое кровотечение.

Анамнез жизни

Работает трактористом в агрофирме.

Проживает в сельской местности в частном доме с сыном, женой. Выяснено, что населенный пункт, где живет больной, расположено недалеко от леса. В доме неоднократно видел мышей. Контакт с лихорадящими больными отрицает.

Водоснабжение из скважины. Канализация типа «септик». Имеет собственный приусадебный участок, на котором выращивает овощную продукцию, зелень.

Молочные продукты покупает у соседей, частных фермеров.

Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: корь, простудные заболевания, ангина в возрасте 23 лет.

Вредные привычки: курит, со слов алкоголь по выходным.

Прививочный анамнез: не известен.

Объективный статус

Температура тела $37,2^{\circ}\text{C}$.

Кожные покровы лица, шеи гиперемированы. Сыпи нет.

Отмечается инъекция сосудов склер, кровоизлияние в склереу правого глаза.

Периферические лимфоузлы не увеличены.

Слизистая ротоглотки гиперемирована. Миндалины не увеличены, налетов нет.

Отека в зеве, подкожной клетчатки шеи нет.

Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД – 130/70 мм рт. ст., ЧСС – 86 уд. в мин.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Язык обложен белым налетом, влажный. Губы сухие. Живот при пальпации болезненный слева и справа от пупка. Печень пальпируется на 1 см ниже реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стула не было 2 дня.

При поколачивании по поясничной области отмечается резкая болезненность с обеих сторон. Диурез снижен.

Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Для специфического лабораторного подтверждения диагноза необходимо проведение

- 3
- 9
- 12
- 6

Результаты обследования

Реакция непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ) для определения титра специфических антител к Hantavirus

Обнаружены IgM к Хантавирусу 1:400

Реакция микроагглютинации (РМА) для определения титра специфических антител к Leptospira spp

Реакция отрицательная

Полимеразная цепная реакция (ПЦР) отделяемого из ротоглотки на обнаружение DNA Adenoviridae

Реакция отрицательная

Реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) с антигенами Yersinia pseudotuberculosis

Реакция отрицательная

Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- 3
- 9
- 12
- 6

Диагноз

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, олигоурический период

Лептоспироз, безжелтушная форма

Псевдотуберкулез, генерализованная форма, смешанный вариант (гепатит+пиелонефрит)

Аденовирусная инфекция, типичная форма

В биохимическом анализе крови в периоде олигоурии для заболевания характерно

- повышение уровня общего билирубина (прямой фракции), гамма-глутамилтрансферазы
- снижение уровня калия, остаточного азота
- снижение уровней общего белка, альбуминов
- повышение концентрации мочевины, креатинина

В разгар заболевания в общем анализе крови при ГЛПС характерными изменениями являются

- лейкопения, относительный лимфоцитоз, нормальное значение СОЭ
- лейкоцитоз, нормальный уровень тромбоцитов, снижение СОЭ

- лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, значительное увеличение СОЭ
- нормоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы вправо, значительное снижение СОЭ

Одним из критериев тяжелого течения заболевания является повышение уровня креатинина начиная с + ____ + мкмоль/л

- 300
- 350
- 250
- 200

Развитие гипонатриемии, гипокалиемии возможно в + _____ + периоде

- начальном
- олигоурическом
- реконвалесцентном
- полиурическом

Специфическим осложнением ГЛПС является

- хроническая почечная недостаточность
- кровоизлияние в гипофиз
- гнойный менингоэнцефалит
- сепсис

С целью этиотропной терапии ГЛПС возможно использование

- фавипиравира
- рибавирина
- ацикловира
- ламивудина

Длительность противовирусной терапии при ГЛПС составляет

- 5 дней
- до 3-го дня полиурического периода
- до 10-го дня нормальной температуры
- 14 дней

Использование фуросемида при ГЛПС противопоказано при

- снижении АД ниже 90/60 мм рт. ст
- анурии
- полиурии
- уровне креатинина более 200 мкмоль/л

Лабораторным показанием для экстракорпоральной детоксикации (гемодиализа) при ГЛПС является уровень калия в крови начиная с + _____ + ммоль/л

- 5,6
- 9,5
- 7,0
- 6,0

Максимальный инкубационный период при ГЛПС длиться до + _____ + дней

- 5,6
- 9,5
- 7,0
- 6,0

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов участкового врача-терапевта на дом к пациенту М., 42-х лет, на 3-й день болезни.

Жалобы

На боли по всему животу, частый жидкий стул с примесями слизи и крови, тошноту, общую слабость, жажду, умеренную головную боль, повышение температуры тела до 38,0-38,3°C.

Анамнез заболевания

Заболел остро три дня назад, когда появились небольшой озноб, головная боль, повышение температуры тела до 39,0°C. Одновременно с этим появились схваткообразные боли по всему животу, тошнота, повторная рвота более 5 раз, приносящая кратковременное облегчение.

Появился частый жидкий стул (более 10 раз), обильный с незначительной примесью слизи и крови.

Самостоятельно принимал смекту, лоперамид – без положительного эффекта.

В последующие дни присоединилась и выросла слабость.

Появились головокружение и жажда, кратковременные судороги кистей рук.

Анамнез жизни

Частный предприниматель.

Проживает в отдельной благоустроенной квартире один.

Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: частые простудные заболевания в детском возрасте.

Хронические заболевания: хронический бронхит вне обострения.

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Вредные привычки: курит, употребление алкоголя отрицает.

Эпидемиологический анамнез

Был в служебной командировке, в день начала заболевания возвращался домой

поездом, питался в местных кафе, покупал еду «с рук» на железнодорожных станциях.

Объективный статус

Состояние средней тяжести, температура тела 38,6°C. Сознание ясное.

Больной вял, адинамичен. Телосложение правильное. Питание удовлетворительное.

Кожные покровы чистые, бледные, сухие.

Тургор кожи несколько снижен, легкий цианоз губ. Менингеальных знаков нет.

Судороги мышц кистей кратковременные.

Периферические лимфоузлы не увеличены.

Слизистая полости рта розовая. Миндалины не увеличены, налётов нет.

Грудная клетка правильной формы, звук лёгочный, дыхание с жестким оттенком, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 92 уд/мин, АД – 100/60 мм рт. ст.

Язык сухой, обложен белым налётом. Живот умеренно вздут, при пальпации боли по всему животу, особенно по ходу толстой кишки. Пальпируется спазмированная, уплотненная и резко болезненная сигмовидная кишка.

Печень при пальпации не увеличена.

Селезёнка не пальпируется.

Синдромы раздражения брюшины отрицательные.

Стул обильный, жидкий, водянистый, с примесями слизи и крови.

Диурез снижен. Периферических отёков нет.

К необходимым лабораторным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относят

- 5,6
- 9,5
- 7,0
- 6,0

Результаты обследования

Бактериологический посев кала на патогенные энтеробактерии

Выделена *Shigella flexneri*

ПЦР-диагностику кала

Выделена ДНК *Shigella flexneri*

Исследование кислотно-щелочного состояния крови

Снижение уровня Na до 134,6; Ca до 1,10; BE – 3.

Показатели pH, pO₂, pCO₂, Cl, K в пределах нормальных значений.

Реакцию непрямой гемагглютинации (РНГА) с иерсиниозными диагностикумами

Отрицательный результат.

Реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) с шигеллезными диагностикумами

Отрицательный результат.

Анализ кала на яйца гельминтов

Яйца гельминтов не обнаружены.

В данной клинической ситуации основным диагнозом у данного пациента является

- 5,6
- 9,5
- 7,0
- 6,0

Диагноз

Острый шигеллез, гастроэнтероколитический вариант

Острый шигеллез, гастроэнтеритический вариант

Сальмонеллез, гастроэнтероколитический вариант

Иерсиниоз, абдоминальная форма, мезаденит

У данного пациента определяется + _____ + степень обезвоживания

- I
- IV
- III
- II

В данной клинической ситуации дифференциальную диагностику шигеллеза следует проводить с

- холерой, бруцеллезом, норовирусным гастроэнтеритом, астровирусным энтероколитом
- энтеровирусной инфекцией, паратифом А, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом
- ботулизмом, паратифом В, амебиазом
- неспецифическим язвенным колитом, кампилобактериозом, энтероинвазивными эшерихиозами

Тактика ведения данного пациента включает

- лечение в амбулаторных условиях
- лечение в дневном стационаре
- госпитализацию в мельцеровский бокс
- госпитализацию в инфекционный стационар

Средством для пероральной регидратации при обезвоживании в данной клинической ситуации является

- глюкозо-электролитная смесь
- физиологический раствор

- полиионный раствор
- глюкозо-поляризирующая смесь

Средством для парентеральной регидратации при обезвоживании в данной клинической ситуации является

- цитраглюкосолан
- трисоль
- водемкор
- реополиглюкин

Препарат выбора для лечения шигеллеза относится к группе

- линкозамидов
- фторхинолонов
- пенициллинов
- карбапенемов

Этиотропное лечение шигеллеза у данного пациента целесообразно начинать с

- ципрофлоксацина
- рифампицина
- левомицетина
- азитромицина

Основным критерием выписки из стационара пациента после перенесенного шигеллеза, лабораторно подтвержденного, является

- проведение контрольной ректороманоскопии
- снижение уровня специфических антител
- повышение уровня специфических антител
- однократный отрицательный бактериологический посев кала

Правилом выписки реконвалесцента, относящегося к декретированной группе после шигеллеза, лабораторно подтвержденного, является

- двукратный отрицательный бактериологический посев кала
- отрицательный бактериологический посев желчи
- отрицательный бактериологический посев крови
- однократный отрицательный бактериологический посев кала

Диспансерное наблюдение за переболевшим шигеллезом с бактериологически подтвержденным диагнозом устанавливается в течение

- 3 дней
- 2-3 недель
- 4-6 недель

- 7 дней