**Задача № 1**

Больной П., 55 лет, доставлен на 4-й день заболевания с жалобами на выраженную слабость, повышение температуры до 38.5°С, тошноту, рвоту до 8 раз в сутки, схваткообразные боли в животе, жидкий водянистый стул зеленого цвета до 15 раз, судороги икроножных мышц. Заболел остро, с повышения температуры тела до 38,8°С с ознобом, одновременно появились тошнота, рвота, схваткообразные боли в животе, жидкий водянистый стул, вначале 7-8 раз, а в последующие дни до 10-15 раз. Все дни сохранялась фебрильная температура, слабость, головная боль, далее появились судороги кистей рук, икроножных мышц. К врачу не обращался, ничем не лечился. Из эпиданамнеза выяснено, что заболевание началось через 6 ч после употребления сырых яйц, купленных на рынке. Масса тела до заболевания – 85 кг. У пациента в анамнезе гипертоническая болезнь, ИБС, стенокардия.

При поступлении состояние больного тяжелое. Тургор кожи снижен. Акроцианоз. Слизистая полости рта, язык сухой. Голос осиплый. Олигоурия. Тоны сердца ритмичные, глухие 130/мин., АД-80/40 мм.рт.ст., ЧДД-28/мин. Живот мягкий, не вздут, отмечается болезненность по ходу толстого кишечника больше внизу живота справа.

В периферической крови: Ег-5,4\*10'2/л, Hg-167 г/л, L-5,8\*109/л, п-11%, с-74%, лимф.-14%, м-1%, СОЭ-23 мм/ч, гематокрит 55%.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальная диагностика.
3. План обследования для подтверждения диагноза.
4. План лечения.

**Эталон ответа к задаче № 1**

**1.Предварительный диагноз.** Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, гастроэнтеритический вариант, тяжелое течение. Осложнение: Обезвоженность 3-4 степени (гиповолемический шок).

- Диагноз выставлен на основании данных анамнеза: острое начало с проявлений интоксикационного синдрома и присоединением симтомов гастроэнтерита.

-Данных эпид. анамнеза: развитие первых клинических проявлений через 6 часов после употребления сырых яйц; мех-м передачи – фек-оральный, путь передачи – алиментарный.

-Клинической картины и данных объективного осмотра: синдром интоксикации - выраженная слабость, повышение температуры, головная боль, озноб. Синдром поражения желудочно-кишечного тракта по гастроэнтеритическому типу: тошноты, многократной рвоты, жидкий водянистый стул зеленого цвета до 15 раз, болезненность по ходу толстого кишечника больше внизу живота справа, с развитием гиповолемического шока 3 ст. (потеря жидкости 10% от массы тела, согласно классификации В.И. Покровского): сниженный тургор кожи, акроцианоз, развитие судорог, осиплости голоса, олигоурии, нестабильной гемодинамики, изменений со стороны картины крови (гематокрит 55%).

**2. Дифференциальный диагноз:** Пищевая токсикоинфекция (отличается - острое начало заболевания, обычнос тошноты и многократной рвоты, приносящей облегчение, затем – жидкий обильный стул ярко-желтый или оранжевый, боли в животе отсутствуют или локализуются в области эпигастрия, интоксикационный синдром выраженный, но короткий – не более 1 суток). Острая дизентерия, гастроэнтероколитический вариант. Ротавирусная инфекция. Норовирусная диарея. Холера. Острый панкретит.

**3.План обследования больного:**

Бактериологический анализ испражнений на патогенную (шигеллы,сальмонеллы) и условно-патогенную (йерсинии, кампилобактерии, протей и др.)

Экспресс-диагностика: ПЦР – как арбитражный метод при отриц. результате бактер. анализа.

Серологическое исследование парных сывороток крови в РНГА с шигеллёзным, сальмонеллёзным диагностикумами. В качестве серологических реакций используют: РА – исследование парных сывороток (диагностический титр – превышающий 1:200); РНГА, РЛА, ИФА – экспресс-диагностика сальмонеллеза.

Кал на простейшие и яйца гельминтов (для дифференциальной диагностики).

Копрограмма

Общий анализ крови с лейкоформулой

Общий анализ мочи

Биохимические методы исследования: мочевина, амилаза, K, Na+, Ca2+, общий белок.

Учет введенной и выделенной жидкости.

**4.План лечения**.

Диета (стол №4, позднее №13);

Режим (полупостельный, постельный);

Регидрационная терапия полиионными солевыми растворами: инфузионными растворами (хлосоль, ацесоль, трисоль) и пероральными, которые приготавливают из стандартных орально-регидратационных смесей (ОРС) и глюкозо-солевыми растворами - «Регидрон», «ORS».

Регидратация проводится в 2 этапа: Первичная регидратация, целью которой является восстановление имеющихся потерь воды и электролитов на протяжении 6 часов (так как у пациента имеется сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы первый этам увеличивается по длительности). Объем вводимой жидкости, с учетом степени обезвоженности (согласно классификации В.И. Покровского): 3-4 степень – потери 10% от 85 кг составляют 8500 мл. Оральная регидратация составит 0,5 -1,0 л в час (дробно по 100 мл каждые 10 мин), итого 3500 мл. Остальные 5000 мл вводим внутривенно (раствор Трисоль). В течение первого часа вводится 40% (2000 мл со скоростью 25-30 мл/мин), далее 3000 мл за 5 часов (со скоростью10 мл/мин), температура растворов 37-40 градусов. Второй этап – регидратации – коррекция продолжающихся потерь - - добавляется объем жидкости, потерянный в течение этих 6 часов (Например, за эти 6 часов пациент потерял со стулом 1500 мл, со рвотой 500 мл, значит на следующие 6 часов назначаем регидратацию в объеме 2000 мл и так далее).

Этиотропная терапия ( с учетом гиповолемии отступает на второй план): ципрофлоксацин по 500 мг 2 раза в сут, в течение 3 дней, перорально.

Патогенетичекая терапия:

Спазмолитики: Дротаверин (но-шпа) по 0,04 г 3 раза в день 2-3 дня.

Сорбенты: Смекта или неосмектин по одному порошку 3 раза вдень 5-7 дней, энтеродез по 5 г 3 раза в день; Полифепан или полисорб по 1 столовой ложке 3-4 раза в день 5-7 дней;

Эубиотики: бактисубтил или бактистатин по 1 капсуле 3-6 раз в день за 1 час до еды; линекс по 2 капсулы 3 раза в день 10-14 дней;

В период реконвалесценции: бифидумбактерин по 5 доз 3 раза в день 1-2 месяца.

Ферментотерапия: панкреатин (мезим, креон, панзинорм 10000 Ед) по 1 таб 3 раза в день во время еды 2 недели.

**Задача № 2**

Больной А., 15 лет, считает себя здоровым, жалоб не предъявляет. Госпитализирован после клинико-лабораторного обследования (АлАТ - 300 ед/л, билирубин общий 80 ммоль/л,) в школе в связи со случаем заболевания «желтухой» одноклассника.

При тщательном опросе выяснено, что до обследования в течение 7-8 дней мальчик чувствовал себя плохо, были слабость, пониженный аппетит, небольшая боль в правом подреберье, однократная рвота. Температуру тела не измерял. Темной мочи и изменения окраски кала не отмечает.

При осмотре состояние больного удовлетворительное, иктеричности кожи и склер нет. Пульс - 72/мин., ритмичный. Печень выступает на 1,5 см ниже из-под края реберной дуги, селезенка - у края реберной дуги. Моча и кал нормальной окраски.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальная диагностика.
3. План обследования для подтверждения диагноза.
4. План лечения.

**Эталон ответа к задаче № 2**

1.Острый вирусный гепатит А, безжелтушная форма, легкая степень тяжести.

- Диагноз выставлен на основании данных анамнеза: острого начала с проявлеий астеновегетативного и диспепсического синдромов в течение недели, без ухудшения самочувствия далее. Иктеричности склер и кожи нет. Моча и кал нормальной окраски.

-Данных эпид. анамнеза: источником инфекции, возможно, явился одноклассник в школе, ранее госпитализированный с «желтухой», мех-м передачи – фек-оральный, пути передачи – конт-бытовой, алиментарный.

- Клинической картины и данных объективного осмотра и лабораторных методов исследования: умеренно выраженные синдромы вирусного гепатита - астено-вегетативный, диспепсический; скрытый синдром холестаза (иктеричность склер и кожи отсутствует, общий билирубин увеличен в 4 раза); умеренный синдром цитолиза (АлАт повышен в 10 раз); синдром мезенхимального поражения (гепатоспленомегалия).

**2. Дифференциальный диагноз:** ОВГ Е, С. ОВГ В - длительность течения инфекции (менее 6 мес.), данных эпидемиологического анамнеза в течение инкубационного периода (последних 6 месяцев до появления симптомов заболевания) - наличие парентеральных манипуляций медицинского и немедицинского характера, сопровождающихся нарушением целостности кожного покрова и слизистых оболочек, включая внутривенное введение психоактивных препаратов, переливание крови или её компонентов; случайные половые контакты или частую смену половых партнеров; клинической картины (постепенное начало болезни; наличие преджелтушного периода продолжительностью от 1 до 4-5 недель, сопровождающегося астеновегетативным синдромом, слабостью, повышенной утомляемостью, снижением работоспособности, диспептическим синдромом – снижением аппетита, тошнотой, иногда рвотой, чувством тяжести в правом подреберье, артралгиями, экзантемой типа крапивницы; ухудшением самочувствия на фоне появившейся желтухи; лабораторных данных: обнаружение маркеров острой ВГВ-инфекции (HBsAg, HbeAg. анти-НВс IgM) в сыворотке крови. Лептоспироз. Надпеченочные желтухи (гемолитические анемии). Механические желтухи (ЖКБ), функциональные гипербилирубинемии (синдром Жильбера).

**3. План обследования больного**

Кровь - ИФА (IgM к HAV, HBsAg, HbeAg, анти-НВс IgM, антитела к HCV).

Общий анализ крови

Общий анализ мочи(уробилин)

Биохимический анализ крови (Общий билирубин, прямой билирубин, АЛТ, АСТ, ГГТ, щелочная фосфатаза, тимоловая проба)

Коагулограмма (МНО, ПТИ)

Протеинограмма (белок, альбумин)

УЗИ гепато-билиарной системы (печень, желчный пузырь, селезенка, поджелудочная железа)

**4.План лечения.**

Постельный, полупостельный режим (в остром периоде)

Стол № 5 (или № 5а)

Обильный приём жидкости (V=2-2,5 л)

Ограничение приёма лекарств

урсодезоксихолевая кислота 10 мг/кг/сут – до 1 мес

**Задача 3**

Пациентка 55 лет, считает себя больной с утра 20.04. почувствовала недомогание, головную боль, озноб, слабость, ломоту в суставах. Температура тела 39°С, за мед. помощью не обращалась, приняла парацетамол. Одновременно почувствовала жжение, зуд, болезненность левой голени, боль в области паховых лимфоузлов при движении. В последующие 3 дня нарастал отек, гиперемия. На коже левой голени появилось яркое пятно гиперемии, кожа уплотнилась, появились пузыри наполненные прозрачным содержимым. Температура тела 39°С, озноб. Пациентка обратилась за скорой медицинской помощью, была направлена на стационарное лечение.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.

2. Дифференциальная диагностика.

3. План обследования для подтверждения диагноза.

4. План лечения

**Эталон ответа к задаче № 3**

**1. Предварительный диагноз.** Первичная рожа левой голени эритематозно-буллезная форма средней степени тяжести.

- Диагноз выставлен на основании данных анамнеза: острого начала с повышения температуры до 39°С, озноба, недомогания, ломоты, болей в области паховых лимфатических узлов, зуда, жжения, болезненности в левой голени, присоединением и распространением отека, гиперемии, пузырей с прозрачным содержимым;

- эпидемиологического анамнеза - предрасполагающие факторы – возраст 55 лет, женский пол, нет указаний в анамнезе на перенесенную рожу.

-Клинической картины и данных объективного осмотра: выраженный синдром интоксикации (недомогание, головная боль, озноб, слабость, ломота в суставах, температура 39°С), синдром локальных изменений (в области левой голени гиперемия, на фоне которой пузыри наполненные серозным содержимым, плотный отек); регионарный лимфаденит (паховые лимфатические узлы слева увеличены и болезненны при пальпации);

**2. Дифференциальный диагноз.** Кожная форма сибирской язвы, иксодовый клещевой боррелиоз, эризипелоид, флегмона, абсцесс, тромбофлебит.

Общие признаки рожи и *кожной формы сибирской язвы* – сочетание симптомов интоксикации с наличием инфекционно-воспалительных изменений на коже, регионарный лимфаденит. Отличия при кожной форме сибирской язвы: эпидемиологический анамнез – контакт с животными, их мясом, шкурой. Заболевание начинается с появления папулы или безболезненного отека. В течение суток в области отека – появление пятна, папул, пузырей, вскрывающихся с образованием струпа, язв, вокруг которых образуются дочерние везикулы с эксцентричным ростом очага. В центре очага в последующем образуется плотный черный струп с гиперемией и отеком по периферии. Субъективные ощущения – зуд и жжение. При пальпации очаг безболезненный. «Студневидный» рыхлый отек, его дрожание (симптом Стефанского). Преимущественная локализация – лицо, шея, верхние конечности. Интоксикация нарастает постепенно. Выделение чистой культуры при бактериологическом исследовании, ДНК *Bac. Аnthracis* методом ПЦР, специфических антител методом ИФА, положительная аллергологическая проба с антраксином.

**3. План обследования.**

*Специфическая диагностика*

- методом ИФА определение антигенов (А-полисахарида, белково-рибосомных антигенов, антигенов L-форм) и антител (антител к А-полисахариду, антител к О-стрептолизину, антител к ДНК-азе).

- Бактериологическая диагностика не применяется.

*Неспецифическая диагностика*

- общий анализ крови,

- общий анализ мочи,

- определение глюкозы крови,

- коагулограмма.

1. **План лечения.**

*Этиотропная терапия:*

- Бензилпенициллина натриевая соль по 1 млн. ЕД 6 раз в сутки в/м в течение 10 дней.

*Патогенетическая терапия:*

дезинтоксикационная терапия – обильное питье до 2-2,5 литров;

антигистаминные препараты – супрастин по 25 мг 2 раза в день в течение 5 дней;

антиагреганты – трентал 200 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней;

витамины – аскорутин по 1 таблетке 3 раза в день в течение 10 дней;

физиотерапия – УФО в субэритемных дозах №5 в сочетании с УВЧ №5.

Местная терапия: открытым методом в 2 этапа:

1 этап – примочки с дезинфицирующими растворами: 15% раствор димефосфона 4-5 раз в день до подсыхания булл;

2 этап – эмульсии и мази: 10% метилурациловая мазь тонким слоем один раз в день до отторжения корочек.