

## Практическое занятие по теме: «Трансмиссивные инфекции».

### Теоретическая часть.

#### СЫПНОЙ ТИФ

##### Этиология

*Rickettsia prowazekii* - грамотрицательный микроорганизм. В организме человека паразитирует в цитоплазме эндотелиальных и мезотелиальных клеток. Имеет гемолизин, эндотоксин, соматический термостабильный и видоспецифический термолабильный антигены.

##### Эпидемиология

- Источники - больные первичным сыпным тифом (последние 1-2 дня инкубации, весь лихорадочный период, 1-2 дня апирексии). Больной болезнью Брилля-Цинссера (период риккетсемии).
- Переносчики - вошь платяная, головная, лобковая (редко).
- Пути - контаминационный, аэрозольный (лабораторное заражение), попадание риккетсий на конъюнктивы.
- Сезонность - зимне-весенняя. Влияние социальных факторов (войны, стихийные бедствия).

##### Фазы патогенеза

1. Заражение.
2. Сосудистая.
3. Риккетсемия и токсемия.
4. Деструкция сосудов с развитием энцефалита.
5. Иммунобиологическое и клиническое выздоровление.

##### Клиника сыпного тифа

- Острое начало, лихорадка (фебрильная), головная боль (упорная, диффузная, постоянная), бессонница, галлюцинации (чаще зрительные, угрожающие), эйфория, логорея, гиперестезия органов чувств.
- Гиперемия лица, шеи, верхней трети грудной клетки.
- Инъекция сосудов склер и конъюнктив (выраженная).
- Положительные симптомы Розенберга-Винокурова, Киари-Авцына, Брауэра, Юргенса, Мерчисона, Румпель-Леде-Кончаловского.
- Сыпь - петехиальная, розеолезно-петехиальная, на 4-5-й день болезни, обильная: туловище, боковые поверхности грудной клетки, живот, сгибательные поверхности верхних конечностей. Нет на лице, ладонях, стопах.
- Увеличение печени и селезенки, гипотония, олигурия.
- Симптом Говорова-Годелье, тремор языка, головы. Симптомы орального автоматизма.

##### Лабораторная диагностика

##### *Неспецифическая*

- Гемограмма - умеренный лейкоцитоз, тромбоцитопения, сдвиг формулы влево, ускорение СОЭ.

- Моча - токсическая альбуминурия.

- Ликвор - лимфоцитарный плеоцитоз (несколько десятков клеток в 1 мкл), незначительное повышение белка.

#### *Специфическая*

- РСК - положительные результаты со 2-й недели, диагностический титр 1:160 и выше.

- РНГА с цистеином (унитиолом). Класспринадлежность антител- первичный сыпной тиф - IgM, болезнь Брилля- Цинссера – IgG.

- НРИФ.

#### Лечение

- Постельный режим (лихорадочный период и 7-8 дней апирекции).

- Диета №13.

- Доксициклин.

- Тетрациклин.

- Рондомицин (метациклин).

- Сигмамицин (в тяжелых случаях).

- Курс этиотропной терапии весь лихорадочный период и 2 дня апирекции.

- Глюкозо-солевые и коллоидные растворы в/венно капельно - 5% раствор глюкозы, раствор Рингера, гемодез, реополиглюкин.

- Кортикостероиды (в тяжелых случаях) - преднизолон в/венно.

- Сердечно-сосудистые средства - коргликон, строфантин, кордиамин.

- Седативные средства - бромиды, малые и большие транквилизаторы.

- Укрепление сосудистых стенок - аскорбиновая кислота.

- Анальгезирующие средства.

- ДВС-синдром (гиперкоагуляционная фаза) - гепарин капельно; фенилин, синкумар.

- НПВС - ортофен, бутадиион, индометацин, бруфен.

- Поливитаминные препараты.

#### Осложнения сыпного тифа

(при своевременном лечении встречаются редко)

#### *Связанные с поражением ЦНС*

- Парезы, параличи, полирадикулоневриты.

#### *С присоединением вторичной инфекции*

- Пневмонии, паротиты, отиты.

### *Смешанные*

- Гангрены пальцев, ушных раковин, пролежни, хондриты.

### *Связанные с особенностями поражения сосудов*

- Коллапс, тромбозы, тромбоэмболии, тромбофлебиты.

### Выписка

- Клиническое выздоровление.
- Не ранее 12-го дня нормальной температуры тела.

## **ИКСОДОВЫЕ КЛЕЩЕВЫЕ БОРРЕЛИОЗЫ**

### Этиология

- *Borrelia burgdorferi sensu stricto*, *Borrelia garinii*, *Borrelia afzelii*.

### Эпидемиология

- Резервуар в природе, переносчик - клещ таежный – *Ixodes persulcatus* и клещ лесной – *Ixodes ricinus*.

- Механизм заражения – трансмиссивный.
- Восприимчивость - всеобщая, высокая.
- Иммуитет - нестойкий, нестерильный.
- Распространение - лесные ландшафты умеренной климатической зоны.

### Патогенез

1. Заражение со слюной клеща. Эритема в месте входных ворот (у 55-80% больных).
2. Регионарный лимфаденит (у 1/3 больных).
3. Диссеминация боррелий по кровеносным и лимфатическим сосудам.
4. Поражение кожи, нервной системы, миокарда, мышц, суставов, печени.
5. Возможна длительная персистенция возбудителя в организме с формированием хронических форм.

### Клиническая классификация

Периоды заболевания	Стадии	Формы	Доминирующая органная патология
Ранний	1. Локализованная	1. Манифестная: эритемная (с мигрирующей эритемой)	Поражение кожи, Поражение сердечно-сосудистой системы
Поздний	11. Диссеминированная	Эритемная, безэритемная	Поражение нервной системы
	111. Персистирующая (хроническая)		Поражение печени Поражение опорно-двигательного аппарата Смешанные поражения
Резидуальный		2. Латентная (субклиническая)	

#### Клиника I стадии (локализованная)

- Икубация 1-30 дней (в среднем 11 дней).
- Мигрирующая эритема в месте присасывания клеща с четкими границами, гомогенная или кольцевидная, диаметром более 5 см.
- Увеличение регионарных лимфатических узлов.
- Инфекционно-токсический синдром не выражен или слабо выражен.

#### Клиника II стадии (диссеминированная)

- Мигрирующая эритема в месте присасывания клеща (у 55-80% больных).
- Инфекционно-токсический синдром - повышение температуры, умеренная головная боль, слабость, миалгии, артралгии.
- Поражение нервной системы - энцефалиты, менингоэнцефалиты, энцефаломиелиты, невропатии, особенно лицевого нерва, редко - серозные менингиты.
- Поражение сердечно-сосудистой системы - миокардит, чаще с легким и латентным течением.

- Поражение кожи - вторичные элементы эритемы, доброкачественная лимфоцитоза.
- Поражение опорно-двигательного аппарата - артралгии, миалгии.
- Поражение печени - острый безжелтушный гепатит с легким течением.

#### Варианты течения безэритемной формы

- Гриппоподобный.
- Артромиалгический.
- Лимфаденит.
- Сердечно-сосудистый.
- Неврологический.
- Гепатит.
- Смешанный.

#### Клиника III стадии (персистирующая, хроническая)

- Поражение нервной системы - энцефалит, энцефалополиневрит, энцефалополирадикулоневропатия и различные невропатии.
- Поражение опорно-двигательного аппарата - рецидивирующий артрит.
- Поражение сердечно-сосудистой системы - коронарная недостаточность, артериальная гипертензия.

#### Лабораторная диагностика

- НРИФ в динамике (4-кратное нарастание титра антител).
- ИФА.
- НМИФ (непрямая микромодификация иммуноферментной реакции на стекле).
- Иммуноблоттинг.
- ПЦР.

#### Лечение I стадии с мигрирующей эритемой

- Доксициклин (вибрамицин) 10-14 дней.
- Тетрациклин 10-14 дней.
- Сумамед (азитромицин).
- Цефураксим (зиннат, зинацеф) 10 дней.
- Амоксициллин 10-14 дней.
- Пенициллин в/мышечно, 10-14 дней.
- Ампициллин внутрь, 10-14 дней.

#### Лечение II стадии (с развитием вторичных элементов эритемы, неврита лицевого нерва, АВ блокады I степени)

- Доксициклин (вибрамицин) 14-30 дней.

Лечение II стадии (с выраженными неврологическими и кардиальными проявлениями) и III стадии

- Цефтриаксон (лонгацеф, офрамакс) 14-21 день.
- Цефатоксим (клафоран) в/венно, 14-21 день.
- Пенициллин G (натриевая соль) в/венно, 14 дней.

Выписка

- Клиническое выздоровление.

Диспансеризация

- Реконвалесценты находятся под наблюдением инфекциониста 1 год (КИЗ). При необходимости – консультации кардиолога, невропатолога, дерматолога.
- Обследование – 1 раз в квартал (НРИФ) и 1 раз в полугодие ЭКГ.

Профилактика

- Исследование клеща, снятого с человека после присасывания, на наличие боррелий методом темнопольной микроскопии.
- При присасывании инфицированного боррелиями клеща - экстренная антибиотикопрофилактика: доксициклин 0,1 г 2 раза в день в течение 3 дней или по 0,1 г 2 раза в день в течение 5 дней (позднее обращение - через 2 суток после присасывания клеща или иммунная недостаточность); сумамед 0,5 г 1 раз в день в течение 3 дней (при наличии в одном клеще вируса клещевого энцефалита и боррелий или при непереносимости препаратов тетрациклиновой группы).

## **КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ**

Этиология

РНК- содержащий вирус рода Flavivirus, семейства Togaviridae, группы Arboviruses. Различают восточные и западные антигенные варианты вируса.

Эпидемиология

- Основной резервуар вируса - таежный клещ (*Ixodes persulcatus*), лесной клещ (*Ixodes ricinus*).
- Прокормители (дополнительный резервуар) – грызуны, дикие млекопитающие, птицы.
- Пути передачи - трансмиссивный (присасывание клеща и нимф), раздавливание клеща, алиментарный - сырое козье, реже коровье молоко, а также продукты, приготовленные из сырого молока.
- Поражаемость - работники леспромхозов, геологоразведочных партий, строители дорог, нефте- и газопроводов, дачники.
- Сезонность - весенне-летняя.
- Иммуитет – прочный.

Фазы патогенеза

1. Заражение.

2. Адаптация и репродукция вируса в коже, подкожной клетчатке, регионарных лимфатических узлах (трансмиссивный путь заражения), ткани ЖКТ и лимфатических узлах (алиментарное заражение). Кратковременная первичная вирусемия.

3. Повторная вирусемия.

4. Невральная.

5. Иммунобиологическое и клиническое выздоровление или прогрессивное течение.

#### Основные клинические формы

- Лихорадочная.
- Менингеальная.
- Менингоэнцефалитическая.
- Полиомиелитическая.
- Полирадикулоневритическая.

#### Клиника менингеальной формы

- Острое начало, лихорадка, головная боль.
- Рвота (мозговая).
- Светобоязнь, боль в глазных яблоках.
- Гиперемия лица, шеи, верхней трети грудной клетки.
- Положительные менингеальные симптомы.

#### Лабораторная диагностика *Неспецифическая*

- Гемограмма - умеренный лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, ускорение СОЭ.
- Ликвор (менингеальная форма) - плеоцитоз (сотни - 1-2 тыс), лимфоцитарный (тяжелое течение - смешанный); белок - незначительно повышен; сахар, хлориды – малоизмененные.

#### *Специфическая*

- Серологическая – ИФМ - определение специфических IgM в крови, ликворе. РТГА, РСК - нарастание в динамике титра антител в 4 раза.
- Вирусологическая - материал (кровь, сыворотка, плазма, СМЖ, мозговая ткань умерших). Заражение белых мышей 1-3-дневного возраста; перевиваемая культура клеток СПЭВ.

#### Лечение лихорадочной формы

- Постельный режим.
- Диета №13.
- Противоэнцефалитный иммуноглобулин (титр 1:80) по 3 мл в/мышечно. Курс 3 дня.
- Йодантипирин (при отсутствии иммуноглобулина).

- Дезинтоксикационная терапия - перорально глюкосолан, цитроглюкосолан, в более тяжелых случаях - в/венно, капельно глюкозо-солевые и коллоидные растворы.
- Укрепление сосудистых стенок - вит. С, рутин.
- Десенсибилизирующие препараты- диазолин, тавегил, хисмонал.
- Симптоматическая терапия.

#### Лечение менингеальной формы

- Строгий постельный режим.
- Диета №13.
- Противознцефалитный иммуноглобулин (титр антител 1:160 и выше) от 3 до 12 мл 3 дня в/мышечно.
- Иммунная плазма (титр антител 1:80) в/венно, капельно.
- Противознцефалитный иммуноглобулин для в/венного введения. Курс- 1-2 введения через 1-2 дня.
- Индукторы интерферона: ларифан в/мышечно, амиксин внутрь.
- Рибонуклеаза в/мышечно, курс 5-7 дней.
- Дезинтоксикационная терапия - глюкозо-солевые и коллоидные растворы в соотношении 3:1 в/венно, капельно.
- Дегидратационная терапия - осмодиуретики, салуретики.
- Кортикостероидная терапия в тяжелых случаях - преднизолон внутрь или в/венно.
- Деагреганты – трентал. Курс 7 дней.
- Укрепление сосудистых стенок - вит. С, рутин.
- Оксигенотерапия.
- Ноотропы - ноотропил, пирацетам в/венно капельно.

#### Лечение очаговой формы

- Отделение реанимации (бульбарные расстройства), неврологические стационары.
- Строгий постельный режим (лечебно-охранительный).
- Диета №13, по показаниям зондовое или парентеральное питание.
- Иммунная плазма (титр антител 1:80) в/венно, капельно.
- Противознцефалитный иммуноглобулин (титр 1:160, 1:320) от 3 до 12 мл в/мышечно, курс 3 дня.
- Индукторы интерферона - ларифан, амиксин, камедон.
- Рибонуклеаза в/мышечно, курс 5-7 дней.
- Кортикостероиды – преднизолон внутрь, при бульбарных расстройствах в/венно.

- Дезинтоксикационная терапия - глюкозо-солевые и коллоидные растворы в соотношении 3:1 в/венно, капельно.
- Дегидратационная терапия - осмодиуретики, салуретики.
- Дезагреганты - трентал в/венно, капельно. Курс 7 дней.
- Противосудорожные средства - седуксен, ГОМК.
- Оксигенотерапия.
- Десенсибилизирующие средства - тавегил, супрастин, фенкарол.
- Ноотропы - ноотропил, пирацетам в/венно капельно.
- Поливитаминные препараты.
- Прозерин 0,05% п/кожно, 12-14 дней.
- Дибазол 12-14 дней .

#### Выписка

- Реконвалесценты выписываются из стационара по мере клинического выздоровления на 14-21-й день нормальной температуры тела.

#### Диспансеризация

- Наблюдение невропатологом и инфекционистом.
- Срок наблюдения - от 1 года до 3 лет независимо от клинической формы.
- Рациональное трудоустройство, исключение перегрузок, ночных смен, командировок, сверхурочных работ.

#### Специфическая профилактика

##### *Пассивная*

- Противоязвенный иммуноглобулин в/мышечно однократно (0,05-0,1 мл/кг массы тела).

##### *Активная*

#### 1. Инактивированная культуральная сорбированная вакцина (Россия).

- Вакцинация - 3 инъекции по 1 мл. Первые 2 инъекции с интервалом 14-30 дней, третья - через 3 мес после второй.
- Ревакцинация по 1 мл однократно в течение 3 лет, отдаленные однократные ревакцинации через каждые 4 года.

#### 2. FSME immun-inject (Иммуно, Австрия).

#### 3. Энцепур (Кайрон Беринг, Германия).

- Вакцинация – 3 инъекции в сроки 0,1-3 и 9-12 мес.
- Ревакцинация через 3 года.

#### Неспецифическая профилактика

- Борьба с клещами (акарициды).

- Обеспечение угрожаемых коллективов специальными костюмами и репелентами.
- Санитарно-просветительная работа.

## МАЛЯРИЯ

### Этиология

Тип Protozoa, семейство Plasmodiidae, род Plasmodium. У животных более 100 видов, у человека 4 - P. vivax, P. ovale, P. malariae, P. falciparum.

Половой цикл (спорогония) - в организме комара, бесполой цикл (шизогония) - в организме человека.

### Эпидемиология

- Источники - больной человек, паразитоноситель.
- Переносчики - самки комаров рода Anopheles (в естественных условиях).
- Пути передачи - трансмиссивный (укус самки комара Anopheles), при гемо-трансфузиях, через необработанные шприцы. Врожденная малярия (трансплацентарно или конгенитально).
- Восприимчивость – всеобщая.
- Степень пораженности населенных пунктов: гипозэндемия – селезеночный индекс у детей 2-9 лет до 10%, мезозэндемия – индекс 11-50%, гиперэндемия – индекс более 50%; голозэндемия – паразитарный индекс более 75% (у детей до 1 года).
- Иммунитет – нестерильный.

### Фазы патогенеза

1. Фаза заражения (через комаров - спорозоитная инфекция или через кровь, внутриутробно, конгенитально - шизонтная инфекция).
2. Тканевая шизогония (инкубационный период).
3. Эритроцитарная шизогония (конец инкубации и весь период лихорадки).
4. Фаза повышенной иммунологической реактивности и нестойкой компенсации (короткий межприступный латент - от 2 недель до 2-3 месяцев; ранние рецидивы).
5. Фаза высокой иммунологической реактивности и полной компенсации (выздоровление, паразитоносительство).
6. Только при трехдневной и овале-малярии - при наличии брадиспорозитов – возобновление тканевой, затем эритроцитарной шизогонии (поздние рецидивы).
7. Стойкие функционально-морфологические поражения внутренних органов- печени, селезенки, костного мозга (мета-малярийные заболевания).

### Классификация

#### По этиологии

- M. tertiana - трехдневная (P. vivax).
- M. ovale - овале (P. ovale).
- M. quartana - четырехдневная (P. malariae).

- *M. tropica* - тропическая (*P. falciparum*).

#### *По течению и органопатологии*

- Первичная атака: врожденная малярия, первичная малярия, реинфекция, прививная малярия.
- Ранние рецидивы.
- Межприступный (латентный) период (короткий, длинный).
- Поздние рецидивы.
- Паразитоносительство.

#### *По тяжести*

- Легкая.
- Средней тяжести.
- Тяжелая.
- Очень тяжелая.

#### Симптомы, свойственные малярии

- Лихорадка, желтуха, увеличение печени, селезенки, анемия.

#### Основные клинические особенности *m.tertiana* и *m.ovale*

- Продромальный период (2-5 дней).
- Лихорадочные пароксизмы (озноб, повышение температуры до 40 °С и более, проливной пот) повторяются через 48 часов и длятся от 3 до 6 часов. При *m. tertiana* – утром и днем, *m. ovale* – вечером.
- Резко выраженная триада «озноб-жар-пот».
- Анемия развивается к концу 2 недели болезни.
- Возможны поздние рецидивы (через месяцы и годы, в среднем 6-8 месяцев после первичной атаки).

#### Особенности *m. quartana*

- Начало острое, продром отсутствует.
- Четкая периодичность пароксизмов лихорадки – через 72 часа.
- Длительная клиническая активность (без лечения – несколько месяцев).
- Селезенка увеличивается медленно – конец 2-й недели болезни.
- Поражение почек в виде нефротического синдрома – чаще у детей.
- Длительная персистенция возбудителя в крови – 7-50 лет.

#### Особенности тропической малярии

- Начало острое. Лихорадка неправильная, иногда постоянная. Резкая интоксикация. Потрясающие ознобы и проливные поты не характерны.

- Диспептические расстройства – рвота, жидкий стул.

- Эритроцитарная шизогония протекает в капиллярах внутренних органов. Паразитемия исключительно высокая.

- Нарушается микроциркуляция – в капиллярах, особенно мозга, формируются сладжи – комплексы склеенных нитями фибрина эритроцитов, развивается аноксия тканей и ДВС-синдром.

- В периферической крови обнаруживаются только стадии кольцевидного трофозоида и гамонты («полулуния»).

#### Злокачественная форма тропической малярии

- Возникает в нелеченных случаях у приезжающих в очаг (туристы), местных жителей – беременных, детей, при иммунодефиците.

- Протекает с развитием тяжелых осложнений – малярийная кома, ИТШ, острая почечная и/или печеночная недостаточность, отек легких, тяжелая анемия, острый внутрисосудистый гемолиз.

- В периферической крови - все стадии развития паразита: юные и зрелые трофозоиты, шизонты, морулы.

- Стадии малярийной комы – сомноленция, сопор, кома.

- Основная причина летальных исходов от малярии.

#### Гемоглобинурийная лихорадка

- Результат массивного внутрисосудистого гемолиза при злокачественной форме тропической малярии или генетически обусловленная энзимопатия – недостаток Г-6-ФДГ в эритроцитах.

#### Диагностика

##### *Эпидемиологические показания для обследования на малярию*

- Лица, проживающие или прибывшие из эндемичных районов, при любом повышении температуры тела, – в течение 3 лет после выезда из эндемичного района.

- Лица, перенесшие малярию, – в течение 3 лет при повышении температуры тела.

- Реципиенты крови – в течение 3 месяцев при повышении температуры тела.

##### *Клинические показания*

- Температуриящие с неустановленным диагнозом – не позднее 5-го дня лихорадки, в эндемичных районах - в первые 2 дня.

- Периодические подъёмы температуры у лиц с любым диагнозом, если проводимое лечение не дает эффекта.

- Лица с увеличенной печенью, селезенкой, желтушностью склер, кожи, анемией неясной этиологии.

## *Лабораторная диагностика*

- Толстая капля крови – не фиксируется, просматривается не менее 5 минут.
- Тонкий мазок крови.

## Лечение

*Трехдневная малярия, овале, четырехдневная малярия – гематошизотропные препараты*

- Делагил.
- Хинин гидрохлорид 7 дней.

*Тропическая малярия*

- Фансидар (сульфадоксин 500 мг + пириметамин 25 мг).
- Метакельфин (сульфален 500 мг + пириметамин 25 мг).
- Бактрим-480 5 дней.

## *Все формы малярии*

- Мефлохин 2дня.
- Халфан 1 день.
- Артесунат 5 дней.
- Артемизин 5 дней.
- Артемизин (артесунат) в комбинации с мефлохином 3 дня.

Противорезицидивное лечение при трехдневной и овале- малярии проводится после окончания лечения гистиошизотропными препаратами – примахин 15 мг основания 1 раз в день, 14 дней.

Воздействие на гамонты – при тропической малярии примахин 15 мг основания 1 раз в день, 3 дня.

## *Церебральная малярия (малярийная кома)*

- Хинина дигидрохлорид 50% раствор в ампулах по 1 мл вводится в/венно очень медленно, капельно в 5% глюкозе из расчета 10 мг/кг (не более 2 г в сут.) 2-3 раза в день, в сочетании с фансидаром, метакельфином или бисептолом.
- Дезинтоксикация – кристаллоиды и коллоиды в/венно капельно.
- Посиндромная терапия.

## Выписка

- Клиническое выздоровление.
- Отрицательные результаты исследования препаратов крови на малярию перед выпиской из стационара.

### План занятия:

**Ответы, списанные с интернета будут учитываться как ошибка! Для ответов на задания используется только материал лекций, учебника и материал теоретической части практического занятия.**

1. Распишите состав противопедикулезной укладки.
2. Составьте и запишите эпиданамнез по заболеванию малярия, клещевой энцефалит.
3. Составьте и запишите мероприятия неспецифической профилактики клещевого энцефалита.
4. Вы фельдшер ФАПа. Поступил вызов от женщины на второй день заболевания с жалобами на головную боль, лихорадку до 39°C, ломоту в мышцах, общую слабость.

Из анамнеза выяснено, что заболела остро, когда появился озноб, тянущие боли в мышцах. Температура тела повысилась до 37,7°C. Вечером того же дня состояние ухудшилось – появились головные боли, лихорадка до 40,0°C.

Из эпидемиологического анамнеза: была в лесу, сняла с себя 5 клещей, экстренная специфическая профилактика не проводилась, клещи не исследовались.

При осмотре: состояние ближе к тяжелому. Сознание ясное. Кожные покровы горячие, гиперемированные, температура тела 39,4°C. ЧСС=88/мин., АД=140/100 мм рт.ст.

Очаговой неврологической симптоматики, менингеальных знаков нет.

1. Ваш предполагаемый диагноз
  2. Ваша тактика при ведении данного пациента.
  3. Выпишите рецепт на доксициклин.
5. Больной Д., учащийся из Мали, обратился в медпункт с жалобами на слабость, озноб, повышение температуры тела до 40°C, боли в животе и учащенный до 5 раз, кашицеобразный стул. Болен 3-й день. В первые 2 дня были ознобы, высокая лихорадка, однократная рвота. С диагнозом: Острая дизентерия направлен в инфекционную больницу.
- При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 40°C, чувство жара, слабость. Кожа повышенной влажности, склерит. Тоны сердца приглушены, пульс 120/мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, резко болезненный в верхних отделах, больше слева. Сигмовидная кишка не пальпируется. Стул кашицеобразный, с небольшим количеством слизи. Печень увеличена на 3 см из-под края реберной дуги, селезенка перкуторно увеличена. Менингеальных знаков нет.
- Из эпидемиологического анамнеза: вернулся из Мали 3 недели назад, куда ездил на каникулы впервые за 3 года обучения.
- 1 Ваш диагноз и его обоснование.
  - 2 Назначьте обследование, подтверждающее диагноз.
  - 3 Дальнейшая тактика ведения пациента
6. Распишите тактику медицинского работника при подозрении у пациента педикулеза. Какие признаки помогут заподозрить это заболевание?