

# Кейсы | Высшее образование | Инфекционные болезни

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Инфекционные болезни | Записей: 2

## Инфекционные болезни - кейс 1

Образование: Высшее образование | Специализация: Инфекционные болезни

### 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### 1.1. Ситуация

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

#### 1.2. 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.

#### 1.3. 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.

#### 1.4. 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/в наркотики.
- Парентеральный анамнез: в/в наркотики в течение 7 лет, беспорядочные половые связи.

#### 1.5. 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.

### 1. План обследования

## 1. Вопрос

Для постановки диагноза необходимо исследовать

1. посев крови на стерильность на высоте лихорадки
2. ИФА на определение маркеров ВЭБ-инфекции
3. определение сывороточного железа

### 4. ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов

### 5. биохимический анализ крови

### 6. определение протромбинового индекса

**Правильные ответы: ИФА для определения маркеров вирусных гепатитов; биохимический анализ крови; определение протромбинового индекса**

Специфическим методом ранней диагностики всех форм острых вирусных гепатитов является обнаружение с помощью ИФА маркеров вирусных гепатитов (антигенов и антител с учетом классов иммуноглобулинов) в сыворотке крови.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический вирусный гепатит В, 2024 г.

(1)

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический вирусный гепатит D (ХВГD) у взрослых, 2024 г.

(1)

Для диагностики поражения печени в биохимическом анализе крови определяется наличие и выраженность цитолитического синдрома, мезенхимального воспаления и холестаза.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический вирусный гепатит В, 2024 г.

(1)

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический вирусный гепатит D (ХВГD) у взрослых, 2024 г.

(1)

Недостаточность белково-синтетической функции печени проявляется в количественном снижении факторов свертывания крови, истощения прокоагулянтного звена гемостаза. Практическое значение в оценке степени тяжести течения гепатита имеет факт снижения протромбинового индекса, что клинически проявляется развитием геморрагического синдрома.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический вирусный гепатит В, 2024 г.

(1)

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический вирусный гепатит D (ХВГD) у взрослых, 2024 г.

(1)

## 2. Вопрос

Для постановки диагноза необходимым инструментальным методом обследования является

### 1. УЗИ органов брюшной полости

2. холесцинтиграфия (HIDA-сцинтиграфия)
3. обзорная рентгенография органов брюшной полости
4. ультрасонография

**Правильный ответ: УЗИ органов брюшной полости**

Рекомендуется всем пациентам с острым вирусным гепатитом В выполнение ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства для диагностики увеличения и изменения структуры печени, увеличения селезенки, исключения сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический вирусный гепатит В, 2024 г.

(1)

Рекомендуется пациентам с ХВГД ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) для оценки стадии заболевания

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический вирусный гепатит D (ХВГД) у взрослых, 2024 г.

(1)

## 2. Диагноз

### 3. Вопрос

На основании клинико-анамнестических, лабораторных и инструментальных исследований можно думать о диагнозе

1. Хроническая ЭБВИ, реактивация, гепатит, тяжелое течение

**2. Хронический вирусный гепатит В (HBeAg-положительный) с дельта-агентом, тяжелое течение**

3. Острый вирусный гепатит В с дельта-агентом (коинфекция), желтушная форма, тяжелое течение

4. Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, тяжелое течение

**Правильный ответ: Хронический вирусный гепатит В (HBeAg-положительный) с дельта-агентом, тяжелое течение**

Учитывая данные анамнеза заболевания: клиническое и ферментативное обострение хронического гепатита В, наличие маркеров хронического гепатита В и дельта-агента, данные эпид-анамнеза (хронический вирусный гепатит В, выявление дельта-агента 2 года назад), можно думать о диагнозе хронический вирусный гепатит В (HBeAg-положительный) с дельта-агентом.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический вирусный гепатит В, 2024 г.

(1)

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический вирусный гепатит D (ХВГД) у взрослых, 2024 г.

(1)

Инфекционные болезни. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 848 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-6519-6.

(1)

## 4. Вопрос

К проявлениям печеночной недостаточности при хроническом вирусном гепатите дельта относят развитие

**1. отечно-асцитического синдрома**

2. гепатоспленомегалии

3. холестатического синдрома

4. бульбарной симптоматики

### Правильный ответ: отечно-асцитического синдрома

Рекомендуется у всех пациентов с подозрением на ХВГD выявление желтушного окрашивания кожи и слизистых оболочек, определение размеров (увеличение или уменьшение) и консистенции печени и селезенки при пальпации, признаков печеночной недостаточности (энцефалопатии, асцита, периферических отеков, гидроторакса, геморрагического синдрома) – для оценки тяжести заболевания и осложнений

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический вирусный гепатит D (ХВГD) у взрослых, 2024 г.

(1)

## 5. Вопрос

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

1. токсический мегаколон
2. сепсис

### 3. печеночная недостаточность

4. гнойный менингоэнцефалит

### Правильный ответ: печеночная недостаточность

Пациенты часто не доживают до развития гепатоцеллюлярной карциномы и погибают от осложнений цирроза печени, преимущественно от печеночной недостаточности.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический вирусный гепатит D (ХВГD) у взрослых, 2024 г.

(1)

## 6. Вопрос

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

1. выздоровление
2. гепатоцеллюлярная карцинома
3. хронический, активно прогрессирующий вирусный гепатит с формированием цирроза

### 4. быстрое развитие цирроза

### Правильный ответ: быстрое развитие цирроза

ХВГD — наиболее тяжёлая форма хронического вирусного гепатита, угрожающая жизни пациентов, характеризуется преимущественно быстро прогрессирующим течением со значительно более быстрым развитием цирроза печени

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический вирусный гепатит D (ХВГD) у взрослых, 2024 г.

(1)

## 3. Лечение

## 7. Вопрос

Для этиотропного лечения хронического вирусного гепатита дельта ХВГD показано назначение

1. тенофовира
2. энтекавира

3. фавипиравира

#### 4. булевиртида

**Правильный ответ: булевиртида**

Монотерапия: Булевиртид 2 мг 1 раз в день п/к в течение 48 недель, далее при необходимости продолжение лечения под контролем показателей вирусологического и биохимического ответа на лечение до достижения целей лечения гепатита D.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический вирусный гепатит D (ХВГД) у взрослых, 2024 г.

(1)

### 8. Вопрос

Длительность приема булевиртида при монотерапии должна составлять не менее \_\_\_\_\_ недель

1. 36

2. 144

3. 48

4. 12

**Правильный ответ: 48**

Монотерапия: Булевиртид 2 мг 1 раз в день п/к в течение 48 недель, далее при необходимости продолжение лечения под контролем показателей вирусологического и биохимического ответа на лечение до достижения целей лечения гепатита D.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический вирусный гепатит D (ХВГД) у взрослых, 2024 г.

(1)

### 9. Вопрос

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

1. интерфероном бета-1b

2. тенофовиром алафенамида

3. пэгинтерфероном альфа-2a

4. тилороном

**Правильный ответ: пэгинтерфероном альфа-2a**

Булевиртид 2 мг 1 раз в день п/к в течение 48 недель + #Пэгинтерферон альфа-2a (40 кДа) 180 мкг 1 раз в неделю п/к в течение 48 недель, далее при необходимости продолжение лечения под контролем показателей вирусологического, биохимического и серологического ответа на лечение до достижения целей лечения гепатита D.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический вирусный гепатит D (ХВГД) у взрослых, 2024 г.

(1)

### 4. Вариатив

### 10. Вопрос

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

1. Anti HDV IgG
2. Anti HDV IgM

### 3. РНК HDV

4. ДНК HBV

#### Правильный ответ: РНК HDV

Рекомендуется пациентам с ХВГD с положительным результатом Определения РНК вируса гепатита D (\_Hepatitis D virus\_) в крови методом ПЦР, качественного исследования, которым планируется проведение этиотропного (противовирусного) лечения Определения РНК вируса гепатита D (\_Hepatitis D virus\_) в крови методом ПЦР, количественное исследование (при наличии) для последующего контроля эффективности лечения

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический вирусный гепатит D (ХВГD) у взрослых, 2024 г.

(1)

## 11. Вопрос

В целях профилактики инфицирования вирусом гепатита D назначают

1. иммуноглобулин против гепатита В
2. рибавирин
3. интерферон альфа-2а

### 4. вакцинацию против гепатита В

#### Правильный ответ: вакцинацию против гепатита В

Рекомендуется всем лицам вакцина для профилактики вирусного гепатита В в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям для предупреждения развития инфекции ВГD.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический вирусный гепатит D (ХВГD) у взрослых, 2024 г.

(1)

## 12. Вопрос

Пациентам с ХВГD после завершения этиотропного (противовирусного) лечения показано динамическое наблюдение с частотой обследования

1. 1 раз в год
2. каждые 3 месяца

### 3. 2 раза в год

4. 1 раз в месяц

#### Правильный ответ: 2 раза в год

Рекомендуется пациентам с ХВГD после завершения этиотропного (противовирусного) лечения динамическое наблюдение врача-инфекциониста, врача общей практики (семейного врача), врача-терапевта, врача-гастроэнтеролога с частотой обследования 2 раза в год (или чаще при наличии показаний)

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический вирусный гепатит D (ХВГD) у взрослых, 2024 г.

(1)

# Инфекционные болезни - кейс 2

Образование: Высшее образование | Специализация: Инфекционные болезни

## 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

### 1.1. Ситуация

21.08 пациентка Т, 19-ти лет, доставлена в инфекционный стационар на 16-й день болезни.

### 1.2. Жалобы

На длительную лихорадку, общее недомогание, слабость, появление припухлости в области шеи.

### 1.3. Анамнез заболевания

- \* Болея 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. Сохранился субфебрилитет.
- \* По «ОЗ» госпитализирована в инфекционный стационар

### 1.4. Анамнез жизни

- \* Студентка ВУЗа, проживает во время учебы в общежитии.
- \* Вредные привычки: отрицает
- \* Аллергоанамнез: неотягощен
- \* 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.

### 1.5. 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, малоболезненный при пальпации, четко отграниченный от подлежащих тканей, кожа над ним несколько гиперемирована, не горячая. Лимфоузлы других групп не увеличены.



Объективный статус

- \* 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 негетерогенные очаги сниженной эхогенности с усилением перфузии, характерные для лимфаденита.

Рентгенография ОГК: патологических изменений не выявлено

## 1. План обследования

### 1. Вопрос

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является

1. реакция агглютинации (РА) на качественное определение антител к *Brucella species*
2. реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на полуколичественное определение антител к *Francisella tularensis*
3. иммуноферментный анализ (ИФА) на определение антител к *Coxiella burnetii*
4. реакция гетерогемагглютинации Хофф-Бауэра
5. диаскин-тест

**Правильный ответ: реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на полуколичественное определение антител к *Francisella tularensis***



Основные серологические методы - РА и РПГА с диагностическим титром 1:100 и выше (стандарт диагностики). Диагностическая ценность РПГА выше, так как антитела в титре 1:100 обнаруживают рано, уже к концу 1-й недели

Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.В. Венгерова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с. - (Серия "Национальные руководства"). - ISBN 978-5-9704-4412-2.

20.11. Туляремия. Диагностика

(1)

### 3. Результаты лабораторного метода обследования

#### 3.1. РПГА на полуколичественное определение антител к *Francisella tularensis*

Параметр	Референсные значения	Результат
Anti-Francisella tularensis	$\geq 1:100$ – условно - диагностический	$\geq 1:100$ у невакцинированных лиц

Титры антител к *Francisella tularensis* в РПГА:

#### 3.2. 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

## 2. Диагноз

### 2. Вопрос

Учитывая клинико-анамнестические и лабораторные данные, можно поставить диагноз

1. Бруцеллез, остросептическая форма
2. Ку-лихорадка, острая форма

### 3. Туляремия, ангинозногландулярная форма

4. Инфекционный мононуклеоз, типичная форма

**Правильный ответ: Туляремия, ангинозногландулярная форма**

Учитывая острое начало с интоксикационного синдрома (озноб, лихорадка, недомогание, слабость), наличие тонзиллита (анамнестически одностороннего с развитием рубцовых изменений), формирование регионального бубона (слабо болезненный, плотно-эластической консистенции, продолжающего увеличиваться в размере после стихания воспаления в ротоглотке), данные эпидемиологического анамнеза (проживание в сельской местности, контакт с сельскохозяйственными животными, употребление продуктов животноводства), данные лабораторного исследования (обнаружение диагностических титров антител к туляремии), можно думать о диагнозе: туляремия, ангинозногландулярная форма

Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.В. Венгерова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с. - (Серия "Национальные руководства"). - ISBN 978-5-9704-4412-2.

20.11. Туляремия. Клиническая картина.

(1)

## 5. Диагноз

## 5.1. Туляремия, ангинозноглангулярная форма

### 3. План обследования

#### 3. Вопрос

Для периода разгара ангинозноглангулярной формы туляремии в общем анализе крови характерен

1. гипернейтрофилез

**2. лимфоцитоз**

3. агранулоцитоз

4. лейкоцитоз

**Правильный ответ: лимфоцитоз**

Периоду разгара болезни свойственна лейкопения с лимфо или моноцитозом.

Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.В. Венгерова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с. - (Серия "Национальные руководства"). - ISBN 978-5-9704-4412-2.

20.11. Туляремия. Диагностика

(1)

#### 4. Вопрос

Первичный аффект при ангинозноглангулярной форме туляремии характеризуется наличием

1. грануломатозного ринита

**2. некротической ангины**

3. специфического лимфаденита

4. язвенного изменения кожи

**Правильный ответ: некротической ангины**

В месте входных ворот инфекции происходит размножение возбудителя с развитием некротически-воспалительной реакции и первичного аффекта (кожная язва, проходящая стадии папулы, везикулы и пустулы; на миндалинах - некротическая ангина, в легких - очаговая некротическая пневмония, на конъюнктиве - конъюнктивит)

Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.В. Венгерова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с. - (Серия "Национальные руководства"). - ISBN 978-5-9704-4412-2.

20.11. Туляремия. Патогенез

(1)

#### 5. Вопрос

Тонзиллит при ангинозноглангулярной форме характеризуется

1. двусторонним поражением с белыми островчатыми налетами, легко отделяемыми шпателем

2. двусторонним поражением с блестящими серо-белыми «перламутровыми» налетами «плюс ткань», выходящими за пределы миндалин

3. односторонним поражением с зеленоватыми пастообразными наслоениями с гнилостным запахом

**4. односторонним поражением с серовато-белым островчатым или пленчатым трудноснимаемым налетом**

**Правильный ответ: односторонним поражением с серовато-белым островчатым или пленчатым трудноснимаемым налетом**

Специфический тонзиллит характеризуется гиперемией с синюшным оттенком и отечностью миндалин, серовато-белым островчатым или пленчатым налетом. Налеты снимаются с трудом и напоминают дифтерийные, но они не распространяются за пределы миндалин.

Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.В. Венгерова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с. - (Серия "Национальные руководства"). - ISBN 978-5-9704-4412-2.

20.11. Туляремия. Клиническая картина.

(1)

## 6. Вопрос

Бубон при ангинозногландулярной форме туляремии в периоде его формирования характеризуется

1. малоболезненностью при пальпации с обычной окраской кожи над ним
2. спаянностью с окружающими тканями и геморрагическим пропитыванием кожи над ним
3. резкой болезненностью, малоподвижностью с нечеткими контурами
4. тестообразной консистенцией и умеренной болезненностью

**Правильный ответ: малоболезненностью при пальпации с обычной окраской кожи над ним**

Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.В. Венгерова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с. - (Серия "Национальные руководства"). - ISBN 978-5-9704-4412-2.

20.11. Туляремия. Клиническая картина.

Одновременно с развитием тонзиллита наблюдают шейный (чаще поднижнечелюстной) лимфаденит со всеми признаками туляремийного бубона (размеры - от грецкого ореха до куриного яйца). Иногда бубон формируется позднее тонзиллита. +  
Размеры бубона могут варьировать от величины лесного ореха до 10 см. Окраска кожи над бубоном сначала не изменена; подвижность ограничена, болезненность выражена слабо.

(1)

(2)

## 7. Вопрос

Ангинозногландулярную форму туляремии следует дифференцировать от

1. бруцеллеза
2. инфекционного мононуклеоза
3. доброкачественного лимфоретикулёза
4. стрептобациллеза

**Правильный ответ: инфекционного мононуклеоза**

При проведении дифференциальной диагностики необходимо исключить чуму, сибирскую язву, неспецифический лимфаденит, туберкулез, сепсис, малярию, бруцеллез, паротит, доброкачественный лимфоретикулёз, ИМ

Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.В. Венгерова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с. - (Серия "Национальные руководства"). - ISBN 978-5-9704-4412-2.

20.11. Туляремия. Дифференциальная диагностика

(1)

## 4. Лечение

### 8. Вопрос

В качестве основной этиотропной терапии при туляремии назначают + \_\_\_\_\_ + в сутки

1. бензилпенициллин 6 млн ЕД

**2. доксициклин 0,2 г**

3. меропенем 1,5 г

4. азитромицин 0,5 г

**Правильный ответ: доксициклин 0,2 г**

Основные этиотропные препараты - аминогликозиды и тетрациклины (стандарт лечения). +  
Возможен прием внутрь доксициклина в суточной дозе 0,2 г

Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.В. Венгерова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с. - (Серия "Национальные руководства"). - ISBN 978-5-9704-4412-2.

20.11. Туляремия. Лечение

(1)

(2)

### 9. Вопрос

Длительность курса антибактериальной терапии при туляремии составляет + \_\_\_\_\_ + дней

1. 14-21

**2. 10-14**

3. 5-7

4. 21-28

**Правильный ответ: 10-14**

Длительность курса антибиотикотерапии составляет 10-14 дней (до 5-7-го дня нормальной температуры).

Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.В. Венгерова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с. - (Серия "Национальные руководства"). - ISBN 978-5-9704-4412-2.

20.11. Туляремия. Лечение

(1)

### 10. Вопрос

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

**1. иссечение узла с капсулой**

2. согревающие повязки с димексидом 1:4

3. местную гипотермию с хлорэтилом

#### 4. электрофорез с лидазой

##### Правильный ответ: иссечение узла с капсулой

Реже отмечают нагноение (с конца второй - начала третьей недели). При этом кожа над ЛУ краснеет, узел спаивается с кожей и становится более болезненным, появляется флюктуация. В дальнейшем образуется свищ, через который выделяется густой сливкообразный гной. В этом случае заживление или рассасывание бубона происходит очень медленно, волнообразно, часто с рубцеванием и склерозированием ЛУ. В связи с этим при нагноении и четкой флюктуации рекомендуется иссекать узел, это ускоряет заживление. +

При нагноении бубона, возникновении флюктуации необходимо хирургическое вмешательство: иссечение нагноившегося узла с капсулой.

Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.В. Венгерова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с. - (Серия "Национальные руководства"). - ISBN 978-5-9704-4412-2.

20.11. Туляремия. Клиническая картина

(1)

(2)

## 5. Вариатив

### 11. Вопрос

Для ангинозногlandулярной формы туляремии характерен + \_\_\_\_\_ + путь заражения

1. воздушно-пылевой
2. контаминационный
3. инокуляционный

#### 4. алиментарный

##### Правильный ответ: алиментарный

Ангинозно-бубонная (ангинозногlandулярная) форма возникает при заражении алиментарным путем (продуктами или водой, в частности при употреблении недостаточно термически обработанного мяса, чаще зайчатины)

Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.В. Венгерова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с. - (Серия "Национальные руководства"). - ISBN 978-5-9704-4412-2.

20.11. Туляремия. Клиническая картина

(1)

### 12. Вопрос

Инкубационный период при туляремии длится до

1. 6-ти месяцев
2. 3-х недель
3. 4-х месяцев
4. 5-ти дней

##### Правильный ответ: 3-х недель

Инкубационный период составляет от нескольких часов до 3 нед (в среднем 3-7 дней)

Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.В. Венгерова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с. - (Серия "Национальные руководства"). -

ISBN 978-5-9704-4412-2.

20.11. Туляремия. Клиническая картина

(1)