

## ТЕМА ЗАНЯТИЯ: «ИЕРСИНИОЗЫ»

Иерсиниозы (иерсиниоз и псевдотуберкулез) — инфекционные зооантропонозные заболевания, вызываемые микроорганизмами рода иерсиний; характеризуются полиморфизмом клинических проявлений, склонностью к волнообразному течению с обострениями и рецидивами. Заболеваемость иерсиниозами в России и за рубежом ежегодно возрастает. Урбанизация и связанная с ней централизация заготовок и хранения пищевых продуктов повышают возможность инфицирования их иерсиниями. Склонность к затяжному и рецидивирующему течению с формированием артритов обуславливает высокую значимость иерсиниозов для практического врача, поскольку ранняя диагностика этих заболеваний и своевременная и правильная специфическая терапия являются в настоящий момент основным средством профилактики поражений при них опорно-двигательного аппарата.

**Цель занятия:** научиться раннему распознаванию иерсиниозов, что необходимо для проведения своевременной и рациональной терапии. Усвоить тактику врача общей практики в отношении больных различными формами иерсиниозов, обследования и лечения больных в амбулаторных условиях, реабилитации реконвалесцентов, а также познакомиться с принципами ведения больного в стационаре,

### ВРАЧЕБНЫЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ, ОСВАИВАЕМЫЕ СТУДЕНТАМИ ПО ТЕМЕ

Студент должен уметь:

- проводя осмотр больного, выявить основные признаки иерсиниозов;
- целенаправленно собрать и оценить эпидемиологический анамнез;
- выявить наличие осложнений;
- оценить результаты лабораторных исследований;
- провести дифференциальный диагноз в раннем периоде заболевания с пищевыми токсикоинфекциями, дизентерией, вирусными гепатитами, инфекционным мононуклеозом, скарлатиной, менингококцемией и, в более поздние сроки болезни, с брюшным тифом, ревматизмом, трихинеллезом, системной красной волчанкой;
- назначить лечение в домашних условиях;
- составить план реабилитационных мероприятий реконвалесцентам иерсиниозов в условиях поликлиники;
- провести противоэпидемические мероприятия в очаге иерсиниоза.

Источники информации

Е. П. Шувалова и соавт. Инфекционные болезни. — М., 1990.

В. И. Покровский, К. М. Лобан (ред.). Руководство по инфекционным болезням. — М., 1986.

Г. П. Сомов, В. И. Покровский, Н. Н. Беседнова. Псевдотуберкулез. — М., 1990.

### ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Возбудители иерсиниозов.
2. Источники инфекции, пути передачи возбудителей.
3. Патогенез иерсиниоза.
4. Опорные клинические признаки иерсиниозов.
5. Клиническая классификация иерсиниозов.
6. Методы лабораторной диагностики.
7. Заболевания, с которыми приходится дифференцировать различные формы иерсиниозов в условиях наблюдения больных в поликлинике.

8. Осложнения иерсиниозов.
9. Принципы терапии.
10. Показания для госпитализации. Каких больных можно лечить в домашних условиях?
11. Суть реабилитационных мероприятий.

#### Вводная задача

Участковый врач вызван к больному А. 35 лет 13 апреля, повторно. У больного температура 40°C, слабость, озноб, головная боль. Заболевание началось 9 апреля с повышения температуры до 39°C, озноба, головной боли. На следующий день присоединились боли в мышцах ног, боль в горле при глотании, заложенность носа, слабость, снизился аппетит. В этот день при осмотре отмечена гиперемия слизистой задней стенки глотки. Поставлен диагноз «ОРЗ», назначена симптоматическая терапия. Состояние больного продолжало ухудшаться. Сохранялась лихорадка 39—40°C, ознобы, слабость, усилилась головная боль. 15 апреля присоединились боли в животе ноющего характера, жидкий стул до 4—5 раз в сутки без патологических примесей, урчание в животе, появилось чувство жжения ладоней и стоп, сыпь на теле и конечностях. При осмотре на 7-й день болезни — состояние средней тяжести. Лицо гиперемировано, склер инъецированы, гиперемия конъюнктив. Ладони, стопы гиперемированы. На туловище, в области верхних и нижних конечностей обильная пятнисто-папулезная сыпь с единичными гемorragиями. Слизистая глотки яркая. В легких хрипов нет. Пульс 100 уд/мин., ритмичный, язык обложен. Живот мягкий, слегка болезненный в правой половине, симптомов раздражения брюшины нет, печень увеличена на 2 см. Стул жидкий 1—2 раза в день с небольшой примесью слизи. Моча темнее обычной. Менингеальных явлений нет. Больной работает в теплице.

О каком заболевании можно думать? "Мысль об иерсиниозе должна возникнуть на основании множественного поражения органов и систем: экзантемы, симптомы «капюшона», «перчаток», «носков», поражения желудочно-кишечного тракта, катаральные проявления со стороны верхних дыхательных путей, боли в горле, гиперемия слизистой глотки, интоксикация — лихорадка, головная боль, миалгия, слабость. Имеется настораживающий эпидемиологический анамнез — работа в теплице, употребление в пищу тепличных огурцов.

Последовательно собранный анамнез заболевания, эпидемиологический анамнез, осмотр больного позволяют выявить симптомы, характерные для иерсиниоза. В этом Вам поможет алгоритм постановки диагноза и схема ориентировочной основы действий врача.

#### АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ИЕРСИНИОЗА

Острое начало, симптомы интоксикации (озноб, головная боль, лихорадка, слабость, ломота в теле)

Есть

Исследование продолжается

Диспепсические явления (тошнота, рвота, боли в животе,, особенно в правой подвздошной области, учащенный жидкий стул)

Есть

Исследование продолжается

Сыпь мелкоточечная, пятнисто-папулезная, геморрагическая, узловатая эритема

Есть

Исследование продолжается

Гиперемия, жжение,- отечность- кистей и стоп, гиперемия лица, склерит конъюнктивит, фарингит, «малиновый» язык,, шелушение кожи

Есть

Исследование продолжается

Полиаденопатия, гепатолиенальный синдром

Есть  
Исследование продолжается  
Артралгия, артриты, миалгии

Есть  
Исследование продолжается  
В анамнезе контакт с грызунами, работа на овощной базе, в теплице, употребление в пищу салатов из свежих овощей

Есть  
Ставится клинический диагноз: «иерсиниоз»  
Положительные результаты бактериологического обследования и серологические данные (РА, РИГА)  
Диагноз: «иерсиниоз» подтверждается.

## КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ

### Задание 1.

Больная Е. 55 лет, рабочая завода, заболела остро. Появился озноб, температура 38,5°C, ломота во всем теле. На 2-й день температура 39°C, озноб, сильные боли в «нишах» нрп, отметила темную окраску мочи. С 3-го дня болезни присоединились головная боль, тошнота, ухудшился сон, пропал аппетит, температура держалась 39,8° С. Вызванный врач поставил диагноз «грипп», назначил анальгин, стльфадиметоксин, эритромицин. К вечеру больная отметила появление схваткообразных болей в околопупочной области, зуд и отечность кистей рук. При попытке встать с постели было обморочное состояние. Вызвана «скорая помощь». Врач обнаружил мелкоточечную сыпь в нижних отделах живота и расценил ее как аллергическую и назначил глюконат кальция и димедрол. Участковый терапевт при повторном осмотре на 6-й день болезни отметил желтушную окраску кожи и склер, обильную пятнисто-папулезную, местами сливную, зудящую сыпь на руках, животе, ягодицах, гиперемии кистей и стоп по типу «перчаток» и «носок», гиперемии слизистой глотки. Отклонений со стороны органов дыхания не было, тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 100 уд/мин, АД 100/80 мм рт. ст. Язык влажный, яркий. Печень выступает на 2 см из-под реберного края, симптом поколачивания по пояснице слабо положительный. Менингеальных явлений нет. Есть заболевшие сотрудники.

1. Предположения о диагнозе, их обоснование.
2. Оцените тактику ведения больной на догоспитальном этапе. Нужна ли госпитализация?
3. Проведите дифференциальный диагноз.

### Задание 2

Больная С, студентка, обратилась в поликлинику 20 июня. Жалобы на тошноту, повторную рвоту, жидкий 6—8 раз, слабость. Эпиданамнез — питается в студенческой столовой. Врачом поставлен диагноз пищевой токсикоинфекции. От предложения госпитализировать отказалась в связи с экзаменационной сессией. Пила регидрон. Осмотрена повторно на дому 24 июня в связи с ухудшением состояния, повышением температуры тела до 39°C, появлением боли в животе, хотя жидкий стул прекратился. Объективно: состояние средней тяжести, кожа чистая, пальпируются мелкие шейные лимфоузлы. В легких и сердце без патологии. Язык обложен. Живот слегка вздут, мягкий, болезненный в половине при пальпации. Напряжение мышц живота справа от пупка, слабоположительные симптомы раздражения брюшины. Жалуется на боли в мышцах и боль в области челюстно-лицевого сустава при открывании рта. 1. О каком диагнозе следовало думать?

2. Какова должна быть тактика лечащего врача поликлиники?
3. Дифференцируйте с пищевой токсикоинфекцией, дизентерией.

### Задание 3

Больная Я. 41 года, служащая, обратилась 12.02 в амбулаторию к ревматологу с жалобами на боли в крупных с ставах рук и ног, более сильные в левом лучезапястном суставе, слабость, потливость, повышенную утомляемость, неприятные ощущения в сердце. Больна в течение 2 месяцев. В декабре впервые почувствовала себя плохо: внезапно появился озноб, ломота в теле, температура 39,6°C, небольшие боли в горле при глотании, сильные схваткообразные боли внизу живота, жидкий водянистый стул со слизью до 15 р. в сутки, ложные позывы. К врачу не обращалась, принимала имодиум, и в течение недели, все указанные симптом прошли, оставалась лишь слабость и потливость.

Тогда же заболел и сын больной, клиническая картина у него была аналогичной, но он быстро выздоровел. В течение последующего времени отмечает слабость и повышенную утомляемость, субфебрильную температуру, на фоне которых периодически бывают боли в горле, кашицеобразный стул, небольшая боль в животе. С конца января присоединились боли в крупных и мелких суставах конечностей. Ничем не лечилась, боли в суставах стали постоянными, появилась припухлость левого лучезапястного сустава, неприятны ощущения в области сердца, что и заставило обратиться к врачу. При осмотре: левый лучезапястный сустав отечен, движения в нем резко болезненны, кожа над суставом не изменена. Слизистая глотки умеренно гиперемирована, миндалины гипертрофированы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке, границы сердца расширены, влево. Пульс — 104. уд/мин, АД 100/70 мм рт. ст. Пальпируются умеренно увеличенные передне- и заднешейные лимфоузлы. Живот мягкий, небольшая болезненность в правой половине живота. Печень увеличена. Ревматолог усомнился в наличии ревматизма,

1. Каков предварительный диагноз? Дифференцируйте.
2. Как подтвердить диагноз лабораторно?
3. План лечения.

### Задание 4

В санчасть обратился солдат В. с жалобами на головную боль, познабливание, боль в горле при глотании, слабость, повышение температуры до 39° С. Болен второй день. При осмотре больного: состояние средней тяжести, лицо гиперемировано, склерит, конъюнктивит, обильная мелкоточечная сыпь на гиперемированном фоне, более обильная в области кистей и стоп. Увеличены подчелюстные и заднешейные лимфоузлы. Слизистая глотки ярко гиперемирована, миндалины гипертрофированы. В легких без патологии. Тоны сердца приглушены, ритмичные; пульс 108 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Язык обложен, кончик чистый, ярко-красный. Печень, селезенка не увеличены, небольшая боль в животе больше справа, стул жидкий 1—2 раза в день. Менингеальных явлений нет. Из эпиданамнеза: в части есть больные, которые госпитализированы с подозрением на скарлатину.

1. Согласны ли Вы с диагнозом «скарлатина»? Каков ваш диагноз?
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какова должна быть тактика врача?

### Задание 5

На прием к врачу обратилась больная Я. 41 года (см. задание 3) после выписки из инфекционной больницы, где ей был поставлен диагноз «иерсиниоз, вторично-очаговая форма» (артрит, миокардит). Составьте план реабилитационных мероприятий.

### Задание 6

Больной Т. 19 лет, солдат, доставлен в медсанчасть в связи с очень плохим самочувствием. На вопросы врача отвечал замедленно, был озноб, температура 40,0°C. Накануне был здоров. При осмотре отмечен цианоз, обильная геморрагическая звездчатая сыпь на коже лица и туловища, кровоизлияния под конъюнктивы. Элементы сыпи появлялись во время осмотра. Пульс 120—130 уд/мин, АД 80/60 мм рт.ст, ЧД 30 в мин, не мочился. В части вспышка иерсиниоза, есть больные гриппом; несколько человек госпитализированы. Врач медсанчасти решает направить больного в инфекционную больницу с диагнозом «грипп?», «иерсиниоз?».

1. Согласны ли Вы с диагнозом врача медсанчасти? Поставьте диагноз.
2. Какова тактика ведения больного?
3. Продифференцируйте с гриппом, иерсиниозом.

#### Задание 7

Больной С. 28 лет, работник мясокомбината, обратился в поликлинику 10.07 с жалобами на озноб, сильную головную боль, боли в икроножных мышцах. Заболел 3 дня назад остро с появления потрясающего озноба, головной боли, болей в пояснице, мышечных болей. Сегодня отметил темный цвет мочи и желтушность склер, температура сохранялась 38,5—39°C. Врач при осмотре отметил умеренную желтуху слизистых и кожи, инъекцию сосудов склер. Лицо несколько одутловато, в области конъюнктив обширные кровоизлияния. При пальпации икроножных мышц и спины отмечает умеренную боль. Суставы не изменены. Пульс 100 уд/мин, АД 100/70 мм рт. ст. Печень пальпируется на 1,5—2 см из-под края реберной дуги. Кал окрашен, моча темная.

Положительный симптом поколачивания по пояснице. Легкий менингеальный синдром. Врачом заподозрен иерсиниоз.

1. Согласны ли Вы с таким диагнозом? Ваши предположения.

#### Задание 8

Участковый врач вызван к больному 25 лет 1.10 в связи с жалобами на высокую температуру, слабость, боль в мышцах. Болен 6 дней, заболевание связывает с охлаждением, т. к. был на охоте в течение 10 дней, ночевал в палатке. Питался мясом убитого кабана, пил воду из ручья. В начале болезни был кратковременный жидкий стул.

Во время осмотра больной с трудом встал с постели из-за сильных болей в мышцах, температура 39,0°C. Лицо гиперемировано, одутловато, отек век, склерит. На коже пятнисто-папулезная сыпь, отдельные уртикарии. Лимфоузлы не увеличены. Мышцы болезненны, уплотнены, особенно плечевые. Пульс 104 уд/мин, АД 120/70 мм рт. ст. В легких хрипов нет. Язык обложен, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень у края ребер. Менингеальных явлений нет. Заподозрен иерсиниоз, больной направлен на госпитализацию.

1. Согласны ли Вы с этим диагнозом? Проведите дифференциальную диагностику.

#### Задание 9

Больная А. 29 лет заболела 8 дней назад, когда появился озноб, слабость, повышение температуры тела до 38—39° С. Со второго дня болезни отметила боль в горле, гнойные наложения в лакунах миндалин. В анамнезе — частые ангины.

Лечилась полосканием, анальгином. С 7-го дня болезни появились резкие боли в крупных суставах рук, ног, особенно сильные при движении, и болезненные яркие сыпи на правой голени с тенденцией к слиянию.

Кожа в местах засыпания горячая на ощупь. Принимала самостоятельно аспирин, супрастин, эритромицин-без эффекта. Госпитализирована на 15-й день болезни с направительным диагнозом «грипп, рожа правой голени».

При осмотре: бледна, цианоз губ, температура 38,6°C, румянец щек в виде «бабочки». Задняя стенка глотки гиперемирована, зерниста, миндалины рыхлые, гипертрофированы. Коленные, голеностопные, лучезапястные суставы умеренно отечны, болезненны. Кожа

на голенях гиперемированы, горячая, отечная, элементы узловатой эритемы. Легкие - без видимой патологии. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, пульс 104 уд/мин, АД 110/80 мм рт. ст. Печень мягкая, выступает из-под реберного края на 1 см. Стул, мочеиспускание не нарушены. За неделю до заболевания ездила к родителям в деревню.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?

#### Задание 10

Больная 52 лет доставлена в инфекционное отделение с диагнозом «иерсиниоз». Жалуется на слабость, повышение температуры, обильную сыпь, боль в позвоночнике. Заболела остро 2 дня тому назад, появился отек лица, век, зуд кожи, обильная сыпь на туловище, конечностях. К врачу не обращалась, т. к. спешила закончить ремонт квартиры. Страдает остеохондрозом, по поводу болей в спине пила анальгин. Объективно: состояние средней тяжести, температура 38°C. Лицо и веки отечны. Сыпь обильная, пятнисто-папулезная - уртикарная, местами сливная. Пульс ритмичный, 98 уд/мин, тоны сердца приглушены, АД 120/80 мм рт. ст., язык обложен, живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный. Менингеальных явлений нет.

1. Согласны ли Вы с диагнозом «иерсиниоз»? Проведите дифференциальную диагностику.
2. Какова тактика ведения больной?

#### ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Возбудителями иерсиниозов являются иерсиния энтероколитика (иерсиниоз) и иерсиния псевдотуберкулезис (псевдотуберкулез). По различиям в О-антигене выделяют серологические варианты (34 у иерсиний энтероколитика, 6-у псевдотуберкулезного микроба).

Важным для эпидемиологии заболевания свойством возбудителя является его способность размножаться при низких температурах (4—8°C), благодаря чему микробы длительно сохраняют активность и размножаются в почве, воде, на пищевых продуктах (в том числе и в холодильниках).

2. Источником инфекции для человека являются дикие и домашние животные, грызуны, птицы, возможно и человек. Животные особенно интенсивно заражают почву, воду, пищевые продукты. Инфицирование овощей особенно интенсивно происходит в овощехранилищах, где возникают подходящие для этого условия: обилие грызунов, низкая температура, высокая влажность, наличие продуктов гниения, являющихся хорошей питательной средой. Групповые заболевания связаны обычно с употреблением в пищу овощных салатов.

Возможны также водный, молочный и контактно-бытовой пути передачи инфекции.

3. Внедрение возбудителя начинается со слизистой ротоглотки, что определяет развитие катаральных явлений, регионарного шейного лимфаденита. Затем возбудитель поражает желудочно-кишечный тракт, вызывая гастроэнтерит, энтерит и энтероколит. Характерно поражение дистального отдела тонкой кишки, где развивается терминальный илеит, часто-аппендицит. Занос иерсиний по лимфатическим сосудам в брыжеечные лимфоузлы приводит к мезентериальному лимфадениту. Если инфекционный процесс заканчивается развитием мезаденита, возникает клиника гастроинтестинальной формы иерсиниоза.

При проникновении микробов в кровь, бактериемии происходит фиксация их в различных органах (генерализованная форма). Развитие инфекционных очагов в тканях органов определяет формирование вторично-очаговой формы заболевания.

Сходство антигенов иерсиний и соединительной ткани может приводить к развитию системных {аутоиммунных} заболеваний как исхода иерсиниозной инфекции.

4. Опорным клиническим признаком иерсиниозов является сочетание интоксикации, свойственной всем формам заболевания, и множественного поражения органов (катаральные явления, боль в горле, шейный лимфаденит, диспепсические явления — рвота, боли в животе, жидкий стул, аппендикулярные симптомы, разнообразная, экзантема-симптомы «капюшона», «носков»; увеличение печени, артралгический синдром, желтуха, дизурические явления, менингеальный синдром), склонность к волнообразному течению с обострениями и рецидивами.

5. Современная классификация иерсиниозов.

Форма иерсиниозов	Клинический вариант	Тяжесть	Тяжесть
Гастроинтестинальная	Гастроэнтерит Терминальный илеит Острый аппендицит	Легкая	Острое циклическое
Генерализованная	Гепатит Менингит Пиелонефрит Пневмония Сепсис Смешанный	Средней тяжести	Затяжное Хроническое Рецидивирующее
Вторично-очаговая	Артрит Миокардит Узловатая эритема Синдром Рейтера Тиреоидит Энтероколит	Тяжелая	

6. Основным методом лабораторного подтверждения иерсиниоза является серологический: РА и РНГА с типоспецифическими иерсиниозными диагностикумами в парных сыворотках. Диагностические титры: РА — 1:80, РНГА — 1:200, рост титра в процессе болезни. Серологические реакции нередко остаются отрицательными у больных с явной клиникой иерсиниоза.

7. Дифференциальный диагноз при иерсиниозе приходится проводить со многими инфекционными и неинфекционными заболеваниями. Гастроинтестинальная форма дифференцируется с ПТИ и острой дизентерией. Различают их по наличию при иерсиниозе помимо диспептических явлений разнообразных симптомов поражения других органов

1). Терминальный илеит и аппендицит при иерсиниозах по симптоматике «острого живота» неотличимы от аппендицита другой этиологии. Таких больных должны наблюдать в хирургических отделениях и оперировать при наличии показаний.

Имеет значение для диагностики иерсиниозной инфекции сочетание признаков острого аппендицита с обилием клинических проявлений со стороны других органов, свойственных этому заболеванию.

При генерализованной форме, где интоксикация, множественность клинических проявлений и высыпания выражены особенно ярко, приходится исключать сыпной и брюшной тиф, лептоспироз, менингококцемию, сепсис, трихинеллез, лекарственную болезнь, вирусные гепатиты.

Артриты при иерсиниозе следует разграничить с ревматическими

Дифференциальный диагноз с системными заболеваниями соединительной ткани, учитывая возможную пусковую роль иерсиниозной инфекции в возникновении аутоиммунных процессов, следует проводить с участием ревматолога.

8. Наиболее типичными осложнениями иерсиниозов являются перфоративный аппендицит, перитонит.

9. При генерализованной форме иерсиниозов показана антибактериальная терапия. Применяют левомицетин (по 0,5 4 раза в день), тетрациклин (по 0,3 4 раза в день), доксициклин (по 0,1 1 раз в день) в течение 10 дней. Больным с генерализованными формами с тяжелым течением предпочтительнее парентеральное введение гентамицина 80 мг по 3 раза в сутки, стрептомицина по 0,5 2 раза в сутки в течение 10—14 дней.

Проводится также дезинтоксикационная, десенсибилизирующая терапия, при гастроинтестинальной форме с обезвоживанием регидратация (оральная или внутривенная).

При гастроинтестинальной форме вопрос, об аппендэктомии решает хирург, а после операции проводится курс антибиотикотерапии.

При артритах, миокардитах, узловатой эритеме применяют нестероидные противовоспалительные средства (индометацин, хлотазол, бутадиион, вольтарен и т.д.) в сочетании с десенсибилизирующими препаратами.

10. Госпитализация осуществляется по клиническим показаниям: обязательной, она является для больных генерализованной формой с тяжелым, затяжным, рецидивирующим течением, а также при аппендиците и мезадените. При неосложненном, нетяжелом течении допускается лечение дома. При этом должна быть обеспечена этиотропная, патогенетическая терапия, лабораторное обследование, консультации необходимых специалистов.

11. Все больные, перенесшие иерсиниоз в любой клинической форме, должны наблюдаться амбулаторно терапевтом в течение одного года с целью своевременного выявления рецидива, предупреждения: хронизации инфекции, вероятной трансформации иерсиниоза в системное заболевание соединительной ткани. Рекомендуется соблюдение диеты (химически и механически щадящая пища), ограничение физических нагрузок не менее 2 месяцев. В течение года больным противопоказано длительное пребывание под прямыми

солнечными лучами, отдых на юге. При наличии болей в суставах проводят курсы физиотерапии (радоновые ванны, лектрофорез с гидрокортизоном).

## ОТВЕТЫ К КОНТРОЛЬНЫМ ЗАДАНИЯМ

К заданию 1

1. Наиболее вероятный диагноз — «иерсиниоз». Основанием для него могут служить острое начало заболевания, лихорадка, интоксикация, полиморфизм клинических проявлений: гиперемия слизистой ротоглотки, диспептические явления, боль в животе, обильная сыпь, симптомы «перчаток», носков», «капюшона», темная окраска мочи, желтуха, увеличение печени, гипотония, тахикардия, положительный симптом поколачивания.

2. Эпиданамнез не изучен. Не выявлено, что в коллективе, где работает больная, было много заболевших, у некоторых была сыпь. Больная об этом информирована, но считала, что у нее грипп, и врачу ничего не сообщила, а врач подробностями не интересовался. Больной была необходима госпитализация.

3. Ведение больной врачом поликлиники неудовлетворительное. Явная недооценка тяжести и динамики клинических явлений. Также невнимательным оказался и врач «скорой помощи».

4. Пользуясь дифференциально-диагностическими таблицами 2, 3, исключите грипп, вирусный гепатит, лептоспироз.

#### К заданию 2

1. Иерсиниоз, гастроинтестинальная форма, острый аппендицит. На основании острого начала, жидкого стула, тошноты, рвоты, последующего появления интоксикации, схваткообразной, а затем постоянной боли в правой половине живота, ухудшения состояния после прекращения жидкого стула, боли в правой подвздошной области при пальпации, симптомов раздражения брюшины, появления боли в области височно-нижнечелюстного сустава.
2. Срочная консультация хирурга, наблюдение в условиях хирургического отделения, консультация инфекциониста, решение вопроса об аппендэктомии с последующим курсом лечения антибиотиками.
3. Дифференциальный диагноз с ПТИ.

#### К заданию 3

1. Данных за ревматизм нет. У больной иерсиниоз, вторично-очаговая форма (артрит, миокардит). На основании острого начала болезни, выраженной интоксикации, сочетания катаральных явлений и признаков энтерита, одновременного заболевания двух членов семьи, длительного, волнообразного течения, полиаденопатии, поражения сустава, жалоб на боль в сердце, тахикардии, гипотонии. Дифференциальный диагноз с ревматизмом.
2. РПГА с иерсиниозными антигенами. ЭКГ, ревмопробы, титр АСЛО. Исследование флоры кишечника на дисбактериоз.
3. Госпитализация. Антибиотики в течение 10—12 дней (левомецетин, тетрациклин, доксициклин); противовоспалительные средства, десенсибилизирующие препараты, физиотерапевтические процедуры на суставы. Контроль ЭКГ.

#### К заданию 4

1. Диагноз: «псевдотуберкулез», смешанный вариант. На основании острого начала, повышения температуры, гиперемии лица, конъюнктивита, склерита, обильной мелкоочечной сыпи, симптомов «перчаток» и «носов», гиперемии слизистой, «малинового» языка, болей в животе, жидкого стула, болезненности в правой подвздошной области при пальпации, а также эпиданамнеза — вспышки заболевания в части.
2. Против диагноза «скарлатина» — обилие клинических проявлений, в том числе диспептические явления, боль в животе. Дифференциальный диагноз.
3. Госпитализация в инфекционный стационар.

#### К заданию 5

Реабилитацию проводит участковый врач, консультируя при необходимости больную и инфекционистом КИЗа и ревматологом. В данном случае следует предусмотреть продолжительное лечение артрита противовоспалительными не-стероидными препаратами и физиотерапевтическими процедурами.

По мере исчезновения клинических признаков миокардита и нормализации ЭКГ постепенно расширять режим. Выписка на работу сопровождается рекомендацией трудоустройства (ограничение физической нагрузки в первые 2 месяца).

#### К заданию 6

1. Данных за иерсиниоз нет. Против такого предположения говорят острейшее начало с ознобом, высокой температурой, цианозом, геморрагической звездчатой сыпью, кровоизлияния, под конъюнктиву, тахикардия, гипотония, одышка, олигурия, подозрение на инфекционно-токсический шок. У больного менингококковая инфекция, менингококцемия.
2. Наличие признаков инфекционно-токсического шока обязывает госпитализировать больного срочно на машине «скорой помощи» с врачебной бригадой в отделение интенсивной терапии. Уже в дороге должна быть начата противошоковая терапия.
3. Дифференциальный диагноз иерсиниоза с гриппом и менингококцемией — табл. 4.

К заданию 7

1. Лептоспироз, желтушная форма. В пользу этого диагноза острое начало, головная боль, сильная боль в пояснице икроножных мышцах, одутловатость лица, кровоизлияния под конъюнктиву, увеличение печени, желтуха, положительный симптом поколачивания по пояснице, менингеальный синдром, эпиданамнез. Дифференциальный диагноз иерсиниоза и лептоспироза — табл. 3.

К заданию 8

1. Участковый врач мог заподозрить иерсиниоз, так как смеются некоторые признаки, свойственные этому заболеванию. Однако более вероятен диагноз трихинеллеза, в пользу которого эпиданамнез: употребление в пищу мяса дикого кабана, а также сильная боль в мышцах, их уплотнение, отек лица и век. Дифференциальный диагноз — табл. 3.

К заданию 9

1. Ревматизм, активная фаза, ревмокардит, Н-1. В пользу этого диагноза острое начало, выраженная ангина с наличием гнойных наложений в лакунах миндалин, ангины в анамнезе, появление полиартрита, узловатой эритемы, а также тахикардия, систолический шум на верхушке сердца, следует продолжить дальнейшее наблюдение. Дифференциальный диагноз с иерсиниозом — табл. 5.

2. Серологические исследования на иерсиниоз и ревматизм, ревмопробы, ЭКГ.

К заданию 10 .

1. Можно думать, что у больной токсико-аллергическая реакция, токсикодермия (воздействие химического и медикаментозного факторов). В пользу этого диагноза — отечность лица и век (отек Квинке), пятнисто-папулезная уртикарная сыпь, сильный зуд кожи при отсутствии патологии со стороны внутренних органов.

2. Госпитализация в стационар, десенсибилизирующие, дезинтоксикационные средства, наблюдение аллерголога.