

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Уважаемые читатели!

Предлагаем тестовые вопросы для самоконтроля. Ответы будут опубликованы в следующем номере журнала «Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение».

Медицинская паразитология. Общие вопросы

На каждый вопрос возможен один или несколько правильных ответов.

1. При каком виде возбудителя малярии возможны отдаленные рецидивы, обусловленные сохранением в печени гипнозиотов (неактивных тканевых шизонтов), что требует проведения противорецидивного лечения:

- а) *P. vivax*;
- б) *P. malariae*;
- в) *P. falciparum*.

2. Длительный субфебрилитет, генерализованная лимфаденопатия, поражение сердца могут быть симптомами:

- а) гастроинтестинальной формы сальмонеллеза;
- б) лептоспироза;
- в) токсоплазмоза.

3. Какой основной клинический симптом наблюдается при тениаринхозе:

- а) болевой синдром;
- б) диспептические расстройства;
- в) активное выделение члеников паразита вне акта дефекации;
- г) выделение члеников паразита при дефекации.

4. Ранние симптомы трихинеллеза:

- а) отек век и одутловатость лица;
- б) стоматит;
- в) лихорадка;

- г) миалгии;
- д) эозинофилия;
- е) артриты.

5. Какой основной клинический симптом наблюдается при анизакидозе:

- а) симптомы объемного поражения желудочно-кишечного тракта;
- б) желудочно-кишечные расстройства;
- в) общие аллергические проявления;
- г) синдром острого живота, клинические проявления прободения язвы.

6. Наиболее грозным осложнением гидатидозного эхинококкоза у человека является:

- а) нагноение кисты;
- б) кальцификация кисты;
- в) разрыв кисты;
- г) сдавление крупных сосудов и желчевыводящих путей.

7. К основным осложнениям при аскаридозе относятся:

- а) кишечная непроходимость;
- б) массивное кишечное кровотечение;
- в) абсцесс в легких;
- г) перфорация кишечника.

Клиническая паразитология.

Клинические задачи

На каждый вопрос возможен один или несколько правильных ответов.

Задача 1

Авиаконструктор, 46 лет, житель Московской области, находился в служебной командировке в Нигерии с 30 сентября по 11 октября 2002 г. Предварительный инструктаж в поликлинике об особенностях пребывания в тропиках не получал, химиопрофилактику малярии не проводил. Заболел после возвращения, 22 октября 2002 г.; симптомы: приступы озноба и жара до 39 °С, головная боль, слабость, боль в суставах. К участковому врачу обратился 24 октября, рассказал о пребывании в Африке; поставлен диагноз «ОРВИ, желтая лихорадка?», назначены жаропонижающие средства.

В дальнейшем состояние больного ухудшилось, и он погиб от тропической малярии.

Что должен был сделать участковый врач в данном случае:

- а) назначить антибиотики в дополнение к назначенным жаропонижающим препаратам;
- б) назначить исследование крови на малярию;
- в) госпитализировать больного;
- г) посоветовать больному больше пить, чтобы снизить интоксикацию.

Задача 2

Больной Д., 1977 г. рождения, проживает в Сергиево-Посадском районе Московской области.

Поступил в районную больницу с лихорадкой, гепатоспленомегалией, анемией. Диагноз установлен не был и больного перевели в больницу г. Москвы.

При поступлении в больницу г. Москвы состояние больного средней тяжести.

Из анамнеза: больной летом 3 мес работал на о. Крит, где вечерами катался на велосипеде и осматривал окрестности. При осмотре: температура 39 °С, адинамичный, бледность кожных покровов, дыхание учащенное. Продольный размер селезенки 32 см, при пальпации – однородной плотной консистенции. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги. В клиническом анализе крови определяются признаки анемии, лейкопении, тромбоцитопении. Назначен курс антибиотикотерапии.

Состояние больного не улучшилось. Назначена терапия кортикостероидами, на фоне которой наступило резкое ухудшение. Был выставлен диагноз «лейкоз». Удалена селезенка. Послеоперационный период гладкий. Через 3 нед вновь появилась лихорадка. Больной переведен в инфекционную больницу.

Диагнозы ВИЧ-инфекции, малярии и брюшного тифа были отвергнуты. Лабораторное исследование на маркеры гепатитов отрицательные.

Какую патологию паразитарной природы можно заподозрить у этого больного:

- а) амебиаз;
- б) висцеральный лейшманиоз;
- в) дифиллоботриоз.

Задача 3

Больной М., 39 лет, обратился к врачу с жалобами на боль в мышцах и нарастающую мышечную слабость. Эти симптомы усиливались в течение нескольких недель. Примерно 1,5 мес назад больной чувствовал себя хорошо и принял участие в охоте на медведя. Охотничьими трофеями стали медведь и барсук. На месте охоты был приготовлен шашлык из добытых животных. Вскоре после возвращения с охоты мужчина отметил у себя отеки и диарею, болезненность при движении глазами.

При лабораторном исследовании у больного были обнаружены высокая эозинофилия и лейкоцитоз.

Какое паразитарное заболевание можно подозревать у этого больного:

- а) лямблиоз;
- б) аскаридоз;
- в) тениоз;
- г) трихинеллез.

Задача 4

Больной Е., 19 лет, обратился с жалобами на выраженный кожный зуд, усиливающийся в вечернее время при контакте с горячей водой.

За 1 мес до появления зуда мужчина выезжал в Нью-Йорк (США), проживал в отеле. Перед отелем видел демонстрацию с транспарантами, предупреждающими о наличии каких-то насекомых в отеле. Дома живет один. Самостоятельно принимал антигистаминные препараты с невыраженным временным эффектом.

При осмотре общее состояние пациента удовлетворительное. На коже предплечий, задних поверхностях запястий, животе, передней поверхности бедер единичные папулы, следы расчесов. По органам изменений не выявлено.

В клиническом и биохимическом анализе крови изменений не обнаружено.

Какую патологию можно заподозрить у этого больного:

- а) аллергическое заболевание;
- б) реакцию на укусы насекомых;
- в) чесотку;
- г) *larva migrans* – поражение личиночными стадиями анкилостом собак.

Задача 5

Больная В., 51 год, с 20 по 31 августа 2008 г. отдыхала с детьми: дочерьми 26 и 16 лет, сыном 12 лет и внуком 5 лет – в Бодруме (Турция).

За 2 дня до отъезда из Турции в Россию семья вечером впервые ужинала не в здании отеля, а в парковой зоне, при этом столик стоял недалеко от кустов, где была высокая трава, а также участки влажной земли. Известно, что всю территорию отеля обильно поливали для выращивания насаждений: травы на газонах, цветов и т.д.

В этот же день через 3–4 ч все члены семьи отметили чувство жжения, легкую болезненность и мелкие папулезные высыпания, расцененные больными как укусы насекомых на различных участках тела. Наибольшее число «укусов» было у больной В., у которой сыпь локализовалась преимущественно на ягодицах, задней поверхности верхней трети бедер и в левой подмышечной впадине; единичные «укусы» располагались на животе, голени, в паховой области и в области лобка. У остальных членов семьи – единичные «укусы» на нижних конечностях и нижней половине живота.

На следующий день на месте папул стали образовываться вялые пузыри округлой и овальной формы и везикулы на внешне не измененной коже и на участках с гиперемией. Часть кожных поражений была линейной формы, что не характерно для укусов насекомых. В месте образования пузырей больные отмечали чувство жжения и боль. Зуда не было. У больной В. число участков поражения было около 40, у остальных членов семьи – от 1 до 4.

В этот же день все члены семьи отметили проявления общей интоксикации: недомогание, озноб, незначительную боль в животе, преимущественно в эпигастриальной области, однократно – полуоформленный стул. Указанные явления были более выражены у больной В. и продолжались около 2 нед. У остальных членов семьи явления интоксикации самостоятельно купировались в течение 1 дня.

При обращении к врачу в Турции пострадавшие получили ответ, что это реакция на укусы каких-то насекомых.

После возвращения в Москву было отмечено дальнейшее развитие кожных поражений у всех пострадавших. В 1-й и 2-й дни после возвращения пузыри начали самостоятельно вскрываться. На их месте образовывались эрозии с красным дном размерами от 5 до 20 мм, которые в течение 2–3 дней заживали с образованием плотной корки. После отторжения корок на этом месте оставались участки депигментации. Степень депигментации была более выражена

в области бедер и ягодиц, где располагались наиболее крупные пузыри по сравнению с другими участками тела.

При обращении к дерматологам в Москве больным был поставлен диагноз «аллергический дерматит на укусы неизвестных насекомых», рекомендованы антигистаминные препараты.

Какую патологию можно подозревать у этих больных:

- а) реакция на укусы кровососущих насекомых;
- б) контактный дерматит, вызванных жуками-нарывниками;
- в) контактный дерматит, вызванный ядовитыми растениями;
- г) пищевая аллергия.

Задача 6

В госпиталь в Центральной Италии 29 августа обратились 2 человека с жалобами на лихорадку, боли в животе и общую разбитость. Оба заболели остро 10 дней назад.

Клинический анализ крови выявил выраженный лейкоцитоз ($17,4$ и $18,8 \times 10^9/\text{л}$), эозинофилию (48 и 56% соответственно), повышенный уровень аланинаминотрансферазы (АЛТ) (125 и 205 ед/л).

Из анамнеза: оба заболевших присутствовали 4 августа на званом обеде, где употребляли в пищу судака, замаринованного в сыром виде в винном соусе. Рыба была выловлена в местном озере.

Какое заболевание паразитарной природы можно подозревать у этих больных:

- а) амелиаз;
- б) дифиллоботриоз;
- в) описторхоз;
- г) малярию.

Задача 7

Два сомалийца, более 20 лет проживающих в Англии без выезда в тропики, обратились к врачу с жалобами на тошноту, боли в желудке, гепатомегалию у одного и лихорадку у другого.

При осмотре печень у обоих пациентов плотная, слегка болезненная. Другие органы без особенностей.

При обследовании у обоих больных выявлена эозинофилия (10 и 17% соответственно), у одного больного – субиктеричность склер. Ультразвуковое исследование (УЗИ) печени показало наличие участков пониженной плотности у одного больного и гетерогенные поражения паренхимы у другого.

Оба пациента жуют сухие листовые смеси (хат), приготовляемые из листьев водных растений и поставляемые в Англию из Северной Африки.

Какой гельминтоз можно заподозрить у этих больных:

- а) аскаридоз;
- б) дифиллоботриоз;

- в) описторхоз;
- г) фасциолез.

Задача 8

Больная А., 14 лет, жительница Московской области, состоит на учете у дерматолога по заболеванию псориаз. В апреле обратилась к дерматологу с жалобами на болезненную опухоль на плече правой руки. Назначены тепловые процедуры, мазь. В мае пациентка вновь обратилась к дерматологу с жалобами на образование двух болезненных опухолей на предплечье, а опухоль на плече спала. Диагноз: неясная аллергия. Назначены тепловые процедуры. В июне девушка обратилась к дерматологу с жалобами на боль в руке, опухоль на предплечье спала, а 16 сентября – с жалобами на припухлость ладони у основания I пальца правой кисти. Общее состояние удовлетворительное. Анализ крови без патологии.

Больная направлена на консультацию к хирургу с диагнозом «атерома в области основания I пальца правой кисти, дирофиляриоз?»

Какие исследования необходимо провести, чтобы подтвердить предполагаемый диагноз:

- а) серологическое исследование;
- б) анализ кала на яйца гельминтов и цисты простейших;
- в) исследование содержимого, полученного при пункции образования, с последующим микроскопическим исследованием пунктата;
- г) микроскопическое исследование толстой капли крови.

Задача 9

Больная Н., 2 года и 4 мес, проживает с родителями в Москве, 27 ноября поступила по скорой помощи в детскую клиническую больницу.

При поступлении: девочка пониженного питания. Выявлена лихорадка без катаральных явлений, плотные увеличенные печень и селезенка. В крови явления анемии, сниженное число нейтрофилов, увеличенное число лимфоцитов и ретикулоцитов.

Из анамнеза: в ноябре в семье азербайджанцев, меньше месяца назад приехавших из Грузии в Москву в поисках работы, заболела маленькая дочь. Только на 5-й день болезни, после приступа судорог на фоне высокой температуры, родители вызвали скорую помощь и ребенок был госпитализирован.

Диагноз при поступлении: пневмония, рахит, анемия, гепатолиенальный синдром.

Температура до 36–39 °С, подъемы ежедневно, иногда 2 раза в сутки.

Лихорадка продолжалась все 3 нед пребывания в стационаре, несмотря на интенсивную антибиотикотерапию. Нарастали анемия и тромбоцитопения. В биохимическом анализе крови – повышенное содержание глобулинов.

В связи с этим больной была перелита эритроцитарная масса. После этого уровень гемоглобина несколько увеличился.

Диагнозы брюшного тифа, паратифов, малярии, сальмонеллеза, иерсиниоза, хламидиоза и мононуклеоза были отвергнуты.

Через 1 мес пребывания в стационаре на фоне большого числа не подтвердившихся диагнозов было решено проверить больную на висцеральный лейшманиоз.

Какие исследования необходимо провести, чтобы подтвердить или опровергнуть предполагаемый диагноз «висцеральный лейшманиоз»:

- а) серологическое исследование;
- б) анализ кала на яйца гельминтов и цисты простейших;
- в) пункцию костного мозга, печени или селезенки с последующим микроскопическим исследованием пунктата;
- г) микроскопическое исследование толстой капли крови.

Задача 10

Больной Д., 51 год, без хронических заболеваний, находился в Танзании со 2 июня по 20 октября 2009 г. 9 ноября 2009 г. больной был госпитализирован бригадой скорой помощи в инфекционную клиническую больницу № 1 г. Москвы с диагнозом «лихорадка неясной этиологии».

При поступлении состояние больного средней тяжести за счет лихорадки и умеренных симптомов интоксикации (слабость, головокружение). Температура тела при поступлении 38 °С. Менингеальных знаков нет. Кожа бледная, чистая. Зев умеренно гиперемирован. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот умеренно вздут, мягкий, безболезненный. Печень на 1 см выступает из-под реберной дуги. Стул оформленный, с примесями зеленого цвета.

В периферической крови от 10 ноября: лейкоцитоз $10,3 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы – 6%, СОЭ – 10 мм/ч. Биохимический состав крови без существенных изменений, с незначительным повышением уровня АЛТ – до 50 МЕ/л. При УЗИ – гепатомегалия, умеренные изменения в поджелудочной железе, утолщение стенок мочевого пузыря. На рентгенограмме грудной клетки очаговых изменений не выявлено.

Из анамнеза: после возвращения в Москву отметил острое повышение температуры тела до 40 °С. Лихорадка сохранялась в течение 5 сут, сопровождалась ознобами. В это же время появились боли в животе без четкой локализации, 3 эпизода жидкого стула, однократная рвота. Антибактериальную терапию до госпитализации не получал.

Учитывая острое начало заболевания, диспептические симптомы, увеличение печени, а также соответствующий эпидемиологический анамнез при поступлении в клинику, предположены малярия, острая кишечная

инфекция или, возможно, тифо-паратифозное заболевание.

В крови малярийные паразиты не обнаружены. Гемокультура, копрокультура и посев мочи на сальмонеллы были отрицательными.

Назначена терапия ципрофлоксацином 1000 мг/сут.

В первые 3 сут температура тела снизилась до субфебрильных значений, исчезли боли в животе. Сохранился кашицеобразный стул с примесями зеленого цвета.

При последующих исследованиях в периферическом составе крови отмечался существенный рост числа эозинофилов и СОЭ при сохраняющемся лейкоцитозе. Результаты общих анализов крови: от 14 ноября – лейкоциты $11,3 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы – 12%, СОЭ – 32 мм/ч; от 19 ноября – лейкоциты $11,4 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы – 27%, СОЭ – 64 мм/ч; от 25 ноября – лейкоциты $13,9 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы – 60%, СОЭ – 60 мм/ч.

При дополнительном сборе анамнеза удалось выяснить, что в Танзании больной неоднократно купался в различных водоемах с пресной водой, в том числе в озере Виктория. Как сообщил больной, во время путешествия по Танзании он «не пропускал ни одной речки или озера, чтобы в них не искупаться». Установлен предварительный диагноз «острый шистосомоз» (болезнь Катаяма).

Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза «шистосомоз»:

- а) микроскопическое исследование мазка крови;
- б) исследование кала на яйца шистосом;
- в) исследование мочи на наличие гематурии и яйца шистосом;
- г) рентгенографию грудной клетки.

Задача 11

Больной доставил в лабораторию членики цепня, рассказав, что они выделяются почти ежедневно, активно выползая через анальное отверстие вне актов дефекации.

Какой гельминтоз можно предположить:

- а) описторхоз;
- б) трихинеллез;
- в) тениаринхоз;
- г) дифиллоботриоз.

Задача 12

В августе в Женевский госпиталь обратились 2 человека с жалобами на тошноту, боль в животе и озноб.

Один из больных увидел в своих экскрементах образования, похожие на лапшу.

Из анамнеза выяснилось, что оба больных были гостями на свадьбе в июне того же года, где ели филе сырого маринованного окуня. Употребление сырой говядины, свинины и сырой рыбы в предшествующие 5 лет оба больных отрицали.

Какой гельминтоз можно подозревать у этих больных:

- а) тениаринхоз или тениоз;
- б) дифиллоботриоз;
- в) описторхоз;
- г) анизакидоз.

Задача 13

Больной 3., 37 лет, обратился с жалобами на вздутие живота, урчание, временами кашицеобразный или жидкий стул, повышенный аппетит. За 1 нед до обращения в отделение отмечал отхождение с фекалиями плоского образования длиной до 30 см и шириной до 7–8 мм, похожего на лапшу.

Мужчина живет в Москве; любитель плохо прожаренных бифштексов (с кровью). Часто посещает суши-бары; рыбак, выезжал на Волгу (Астрахань), употреблял в пищу рыбу вяленую и холодного копчения, щучью икру. Сало и шашлыки из свинины употребляет крайне редко. Животных не содержит. Контакта с землей нет.

При осмотре общее состояние пациента удовлетворительное. Кожа сухая, обычной окраски. Периферические лимфатические железы не увеличены. Конъюнктивы гиперемированы. Язык обложен белым налетом, влажный. Сердце и легкие – без особенностей. Живот вздут, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются.

Анализ крови клинический в норме. Анализ крови биохимический (почечно-печеночный комплекс) в норме. УЗИ органов брюшной полости отклонений не выявило.

Какие данные анамнеза свидетельствуют о наличии у данного больного цестодоза:

- а) отхождение с фекалиями плоского образования длиной до 30 см и шириной до 7–8 мм, похожего на лапшу;
- б) частое употребление недостаточно прожаренной говядины;
- в) употребление в пищу термически необработанной речной рыбы и щучьей икры;
- г) все перечисленные данные анамнеза.