**ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России**

**Кафедра эпидемиологии и инфекционных болезней**

**Ситуационные задачи для контроля самостоятельной работы обучающихся в ординатуре по специальности 310835«Инфекционные болезни» дисциплине «Микология»**

**Авторы: д.м.н. А. С. Паньков, к.м.н.**

 **О.В. Нуриахметова**

**Ситуационные задачи**

**Клиническая задача № 1.**

К гастроэнтерологу обратился больной Ф., 20 лет с жалобами на частый жидкий стул в течение полугода, слабость, потерю веса. Из анамнеза заболевания удалось установить, что 5—6 месяцев назад у больного были признаки панкреатита: тошнота, боль в животе, жидкий стул до 5 раз, рвота, повышение температуры тела. Эти явления исчезли через 2—3 дня, но в последующем вновь стал появляться жидкий стул, который становился все более частым. Иногда диарея продолжалась до 10 дней с частотой стула до 15 раз. Принимал различные препараты с временным эффектом. Стал ощущать слабость. К врачу обратился впервые. Из анамнеза жизни: до 18 лет был здоров. В последние 2 года перенес пневмонию, лихорадил, находили неоднократно кандидоз полости рта. Объективно: истощен, бледен, «заеды» в углах рта, афтозный стоматит. В легких дыхание везикулярное, сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс 78 уд/мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, слегка болезненный по ходу толстого кишечника, при пальпации урчание. Стул осмотрен — водянистый, желтого цвета, без примесей. С диагнозом «дисбактериоз кишечника» направлен на госпитализацию в гастроэнтерологическое отделение.

ЗАДАНИЕ.

1. Согласны ли Вы с этим диагнозом? Выскажите свои предположения и обоснуйте их.

2.Какую информацию необходимо получить при сборе эпидемиологического анамнеза?

3. План обследования.

4. Прогноз. Тактика ведения.

**Клиническая задача № 2.**

Больная Ц., 40 лет, медсестра, поступила в стационар с жалобами на слабость, сухой кашель, одышку, повышение температуры до 38ºС, жидкий стул, снижение аппетита, наложения в полости рта. Заболела 2 недели назад, когда повысилась температура до 38,7ºС, появился сухой редкий кашель. Врач поликлиники диагностировал грипп, бронхит и назначил оксациллин. На фоне лечения состояние больной продолжало постепенно ухудшаться, температура сохранялась на уровне 38ºС, кашель стал частым, появилась одышка, в полости рта налеты. На 12 день болезни больной сделана рентгенография грудной клетки, где выявлена очаговая пневмония и больная направлена в стационар. Из анамнеза – последние полгода периодически отмечала жидкий стул, потеряла 15 кг веса. При осмотре состояние тяжелое. Температура - 39ºС. Кожные покровы бледные. Цианоз губ. Кахексия. Выраженная слабость, вялость. Положение в постели вынужденное, сидячее. В зеве и на слизистой щек множественные наложения белесоватого цвета, переходящие за пределы миндалин, хорошо снимаются. Пальпируется подмышечный лимфоузел справа, безболезненный. В легких дыхание ослаблено, немногочисленные сухие хрипы. ЧД – 38 в минуту. АД 100/60 мм.рт.ст. Пульс – 100 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул осмотрен – жидкий, с небольшим содержанием слизи. Со стороны мочевыделительной системы и ЦНС патологии не выявлено.

ЗАДАНИЕ.

1.Укладывается ли картина болезни в указанный диагноз?

2.Предположите диагноз и обоснуйте его.

3.Каких данных не хватает для уточнения диагноза.

4.План обследования и лечения.

5.Для каких инфекционных заболеваний характерно развитие пневмонии.

**Клиническая задача № 3.**

Больной Ф., 27 лет, бомж, доставлен в больницу 08.09 с вокзала с диагнозом: «пищевая токсикоинфекция? холера?». Из эпиданамнеза известно, что пациент ночует на вокзалах, имеет случайные половые связи. В последнее время (около 3 мес) ухудшилось самочувствие, появилась резкая слабость, частый жидкий, временами обильный стул бело-желтого цвета, со зловонным запахом. Беспокоил кашель, очень сильно похудел. При осмотре: состояние тяжелое, температура 38,0ºС. Истощен, кожа сухая, в углах рта заеды, в полости рта налеты белесовато-желтого цвета, хорошо снимаются шпателем. В легких единичные сухие хрипы. Пульс 96 уд/мин., АД 80/60 мм.рт.ст. Язык обложен, лейкоплакия. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Вокруг ануса остроконечные кондиломы. Стул 5-6 раз в сутки, обильный, водянистый. В сознании, менингеальных явлений нет.

При микроскопическом исследовании испражнений обнаружены ооцисты криптоспоридий. При посеве кала холерный вибрион не выделен.

ЗАДАНИЕ.

1.Обоснуйте диагноз. Назовите оппортунистическую инфекцию, выявленную у больного.

2.Дифференциальный диагноз с холерой.

3.План лечения больного.

**Клиническая задача №4.**

Больной А., 12 лет, школьник. Поступил в инфекционное отделение с жалобами на наличие высыпаний на коже, единичные высыпания вокруг рта, подьем температуры. Болен 2 недели, месяц назад переболел ангиной, принимал в течение 2-ух недель антибактериальные препараты (пенициллины, макролиды). Заметил появление сыпи в виде пузырьков, пузырьков на сводах стоп, пузырьки вокруг рта, которые по совету родителей смазывал зеленкой, соком чистотела, наступило ухудшение, появились пузырьки на кистях. Обратился к дерматологу, был направлен на стационар­ное лечение.

При осмотре на коже межпальцевых складок стоп - гиперемия, мацерация, поверхностные трещины. На сводах обеих стоп кожа гиперемирована, имеется масса многокамерных пузырей с плотной покрышкой и мутным содержимым. Некоторые пузыри вскрылись с образованием мокнущих эрозий с серозным отделяемым. На боковых поверхностях пальцев кистей и ладонях - множество пузырьков с прозрачным содержимым. Ногтевые пластинки кистей и стоп не поражены. В зеве –гиперемия и небольшой налет на слизистой Субъективно: жжение и болез­ненность в полости рта, боль при жевании пищи.

При микроскопировании соскобов с покрышек пузырей обна­ружены нити мицелия. С кистей грибы не обнаружены.

ЗАДАНИЕ.

1. Ваш диагноз?

2. Дифференциальный диагноз?

3. Назначьте лечение больному.

**Клиническая задача 5.**

К дерматологу направлен ребенок 6 лет с жалобами на появление очага обломанных волос на голове. Впервые мать заметила очаг около недели назад. Самостоятельно лечила ребенка настойкой чеснока без эффекта.

При осмотре на волосистой части головы определяется очаг обломанных волос на уровне 6 мм, округлой формы, с четкими границами, кожа в очаге шелушится. Под люминесцентной лампой - зеленое свечение.

ЗАДАНИЕ.

1. Предположительный диагноз?

2. Какие необходимы исследования для его уточнения?

3. Тактика врача?

**Клиническая задача 6.**

На прием к врачу обратился мужчина 40 лет, с жалобами на наличие пятен поражения кожи стоп. Болен 1 месяц. Отмечает зуд. Из сопутствующих заболеваний отмечает вегетоневроз, повышенную потливость стоп.
ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже стоп эритема, пузырьки, легкое мокнутие.

ЗАДАНИЕ.

1. Ваш диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Методы лечения.
5. Рекомендации профилактического характера.

**Клиническая задача 7.**

Больная З. 60 лет, поступила в РКВД с жалобами на поражение всех ногтей стоп, наличие трещин и утолщение кожи подошв.

Больна в течение 20 лет. Несколько раз безуспешно лечилась гризеофульвином. Страдает гипертонической болезнью послед­ние 7лет.

На коже подошв выраженный гиперкератоз, шелушение, которое переходит на подошвенную поверхность пальцев, цвет ко­жи красновато-синюшный. Все ногтевые пластинки пальцев стоп поражены тотально – они желтого цвета, с выраженным подногтевым гиперкератозом, крошатся со свободного края. На остальных участках кожи высыпаний нет. При микроскопии грибы обна­ружены с ногтей иподошв. При посеве рост Т. rubrum.

ЗАДАНИЕ.

1. Ваш диагноз?

2. Лечение?

3. Профилактика?

**Клиническая задача 8.**

Больной К, 56 лет. Поступил в РКВД с жалобами на поражение ногтей и гладкой кожи. Болен 3 года, лечился противогрибковыми мазями без особого эффекта.

Общее состояние удовлетворительное, при обследовании со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

При осмотре на гладкой коже в области плечевого пояса, живота, ягодиц, бедер имеются очаги розового цвета с четкими границами, фолликулярными папулами по периферии очагов и шелуше­нием в очагах, размеры очагов с ладонь. Ногтевые пластинки всех пальцев стоп утолщены, с подногтевым гиперкератозом, в межпальцевых складках стоп и на подошвах отрубевидное ше­лушение.

При микроскопии с подошв, межпальцевых складок стоп, ногтей и очагов гладкой кожи обнаружены нити мицелия. В посеве рост гриба Tr. rubrum.

ЗАДАНИЕ.

1. Ваш диагноз?

2. Лечение?

3. Меры профилактики?

**Клиническая задача 9.**

Больной М., 13 лет обратился с жалобами на болезненность и жжение в области языка, слизистой оболочки рта, не связанные с приёмом пищи. Жалобы появились после лечения ангины антибиотиками.

Объективно: на спинке языка имеются плотно сидящие пленки белого цвета, при отделении которых обнаруживаются эрозированные поверхности. Микроскопически обнаружен псевдомицелий, при посеве – рост дрожжеподобных грибов Candida.

ЗАДАНИЕ.

1. Ваш диагноз?

2. Лечение?

3. Меры профилактики?

***Коментарии к задачам***

**Комментарии к задаче № 1.**

1. Нет. В данном случае дисбактериоз кишечника возможен, но является вторичным. Вероятнее всего, у больного имеется ВИЧ-инфекция в стадии вторичных заболеваний, о чем свидетельствует длительная диарея, повторные эпизоды лихорадки, наличие афтозного стоматита, кандидоза, «заед», потери веса, повторная пневмония.
2. Необходим детальный половой анамнез, данные о парентеральных вмешательствах.
3. Обследование на ВИЧ – ИФА и при положительном результате исследование крови методои иммунного блоте. Бактериологические, вирусологические и др. исследования для выявления оппортунистических инфекций.
4. Прогноз неблагоприятный. Патогенетическая терапия, лечение оппортунистических инфекций. При наличии показаний комбинированная ретровирусная терапия.

### Комментарии к задаче № 2.

1. Нет, т.к. для очаговой пневмонии на 12 день болезни на фоне лечения не характерно прогрессирующее ухудшение состояния, слабость, сохранение температуры, одышки. В диагноз пневмонии не укладывается увеличение лимфоузла, кахексия, длительная диарея, кандидоз полости рта
2. ВИЧ–инфекция, стадия III В (СПИД). В пользу этого заболевания свидетельствует прогрессирующая потеря веса – 15 кг за полгода, рецидивирующая диарея, увеличение лимфоузла, вялотекущая очаговая пневмония.
3. Необходимо уточнить эпидемиологические данные (половой, наркологический анамнез, возможность профессионального инфицирования).
4. Для подтверждения диагноза необходимо проведение специфических исследований (ИФА, иммунный блот, ПЦР), а также бактериологическое исследование мокроты для уточнения этиологии пневмонии, кровь на иммунный статус, мокроту на ВК. Учитывая наиболее вероятную пневмоцистную этиологию пневмонии, больной следует назначить бисептол в течение 3-4 недель.
5. Развитие пневмонии характерно для легионеллеза, орнитоза, Ку-лихорадки, микоплазмоза.

**Комментарии к задаче № 3.**

1. Снижение веса, диарея, поражение слизистых оболочек и кожи могут быть обусловлены образом жизни больного. Однако эти же симптомы могут свидетельствовать об иммунодефиците специфического характера и обязывают обследовать больного на ВИЧ-инфекцию (ИФА, иммунный блоттинг). Длительность заболевания, диарея, отсутствие боли в животе, повышение температуры тела, резкая потеря веса, вплоть до истощения, обнаружение в кале ооцист криптоспоридий позволяют поставить диагноз криптоспоридиоза. Полиорганность поражения может быть обусловлена микстом оппортунистических инфекций – криптоспоридиоза, туберкулеза, пневмоцистоза, ЦМВИ и др.
2. Криптоспоридиоз кишечника сходен с холерой водянистой диареей, отсутствием боли в животе, потерей веса. Однако, длительность течения болезни, лихорадка, обнаружение ооцист криптоспоридий и отрицательный посев кала позволяют отвергнуть диагноз холеры. Потеря массы тела при криптоспоридиозе обусловлена мальабсорбцией, а при холере – обезвоживанием.
3. При подтверждении ВИЧ-инфекции следует назначить антиретровирусную терапию. Для лечения криптоспоридиоза – метронидазол.

**Комментарии к задаче № 4.**

1. У больного А. – Системный кандидоз. Причина-длительный прием антибактериальной терапии .

2. При такой клинике кандидоз следует дифференцировать с дисгидротической экземой, при которой воспалительные явления распространяются на боковые поверхности и тыл стоп, грибы с очагов не обнаруживаются.

3. Лечение больного системным кандидозом проводится по основным принципам лечения экземы. Применяются антигистаминные препараты (тавегил, супрастин, диазолин, димедрол), десен­сибилизирующие ( глюконат кальция ), мочегонные. Наружно: примочки с 0,25% раствором серебра или 2%раствором танина, смазывание эрозий 2% водным раствором мети­ленового синего, для эпителизации эрозий применяется цин­ковая или норсульфазоловаяпаста. Больному рекомендуется диета с исключением эк­зотических фруктов, острой, соленой, сладкой пищи. При применении антибиотиков, не дожидаясь развития кандидоза, следует назначать флуконазол по 150 мг 1 раз в неделю.

**Комментарии к задаче № 5.**

1. Микроспория волосистой части головы.

2. Бактериоскопическое исследование волос на грибы.

3. Госпитализация ребенка в отделение гриб­ковых инфекций с последующим назначением гризеофульвина внутрь из расчета 22 мг на кг веса больного и применением проти­вогрибковых мазей местно.

**Комментарии к задаче № 6.**

1.Микоз стоп, дисгидротическая форма.

2. Микроскопия и посев кожи на дерматофиты.

3. Дифференцировать с экземой.

4. Вначале снять острое воспаление (примочки, антигистамииные препараты внутрь), затем - местные антимикотики (экзодерил, ламизил).

5. Обработка обуви (кандид – порошок, спрей микостоп).

**Комментарии к задаче №7.**

1. У больной микоз стоп, гиперкератотическая форма, микоз ногтей стоп, обусловленный Т. rubrum .

2. В связи с безуспешностью лечения гризеофульвином, наличием гипертонической болезни больную следует лечить тербинафином по 250 мг 1 раз всутки в течение 3 месяцев, комбинировать с наружным лечением ногтей и кожи стоп. Для удаления ногтей накладываются отслойки из 10% ЙБСД пластыря на 48 часов, после содово-мыльной ванночки пораженные ногти удаляется, проводится чистка ногтевого ложа, затем до отрастания здоровых ногтей про­водится лечение ложа с использованием противогрибковых и кератолитических наружных лекарственных средств. Возможно применение крема в наборе для ногтей МИКОСПОР, лака для ногтей БАТРАФЕН. Роговой слой на подошвах отслаива­ется с помощью 40% бензойно-салицилового коллодия - на­носить 2 раза в день 6 дней, затем применяются фунгицидные мази.

3. Профилактика: дезинфекция обуви и чулок во время лечения, диспансерное наблюдение в течение года с явкой 1 раз в квартал после изле­чения, осмотр и лечение членов семьи. Соблюдение правил лич­ной гигиены, ношение индивидуальной обуви, пользование инди­видуальными ножницами, пилками, кусачками, посещение бани в закрытых резиновых тапочках.

**Комментарии к задаче № 8.**

1. У больного К. микоз стоп, сквамозная форма, микоз ногтей всех пальцев стоп, микоз гладкой кожи, обусловленный Т. rubrum.

2. Лечение: тербинафин 250 мг в сутки в течение 3 месяцев, витамины А, Е, препараты, улучшающие микроциркуляцию (трентал, никотиновая кислота), отслойки на ногти, удаление ногтей, лечение ногте­вого ложа до отрастания здоровых ногтей. На гладкую кожу - фунгицдные мази: 20% серная, ламизил, клотримазол, залаин и др. Обследовать больного (иммунограмму) для выявления причины диссеминации грибкового поражения.

3. Профилактика: обработка одежды, обуви, носков несколько раз в процессе лечения, диспансерное наблюдение дерматолога по месту жительства, соблюдение мер личной профилактики членами семьи больного.

**Комментарии к задаче № 9.**

1. Кандидоз слизистой оболочки полости рта.

2. Для лечения кандидоза слизистых возможно применение антисептиков с противогрибковым действием в форме смазываний или полосканий:10-15 % раствор буры в глицерине,0,12% раствор хлоргексидина биглюконата, 0,1% раствор гекситидина («гексорал», выпускается также в форме аэрозоля). Полоскания проводятся 10-15 мл раствора в течение 30-60 сек после приема пищи 2 раза в день. Антисептики нельзя проглатывать.

При хроническом кандидозе слизистых назначают системные антимикотики в течение 2-3 недель: флуконазол взрослым по 50-100 мг в сутки ежедневно, детям из расчета 3-5 мг на кг массы тела, взрослым - итраконазол по100-200 мг в сутки, кетоконазол по 200 мгв сутки ежедневно.

3. При применении антибиотиков, не дожидаясь развития кандидоза, следует назначать флуконазол по 150 мг 1 раз в неделю.