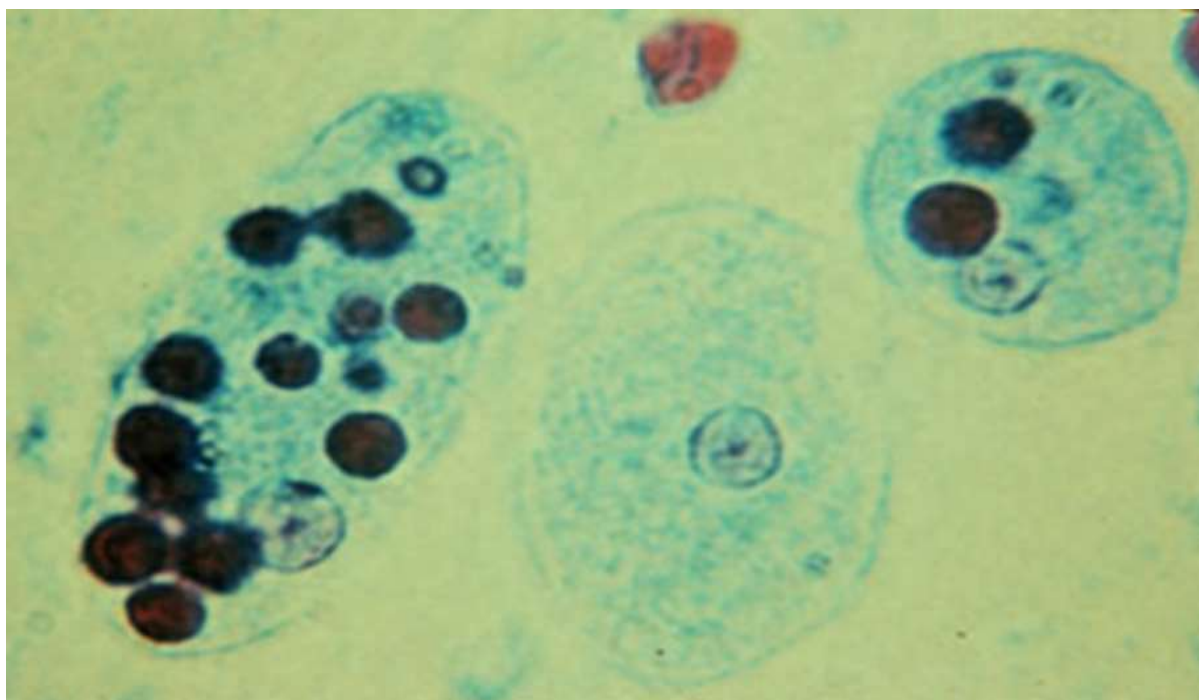


Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Амурская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения России

**А.В. ГАВРИЛОВ, Н.А. МАРУНИЧ**

## АМЁБНАЯ ДИЗЕНТЕРИЯ

Учебное пособие



Благовещенск 2016 г.

УДК 616.36. – 002 – 08

### **Рецензенты:**

К.Б. Романцова - профессор кафедры педиатрии, д.м.н.

В.И. Павленко - профессор кафедры факультетской терапии, д.м.н.

### **Коллектив авторов – составителей:**

Н. А. Марунич – к.м.н., доцент, заведующая кафедрой инфекционных болезней с эпидемиологией и дерматовенерологией, ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

А. В. Гаврилов – ассистент кафедры инфекционных болезней с эпидемиологией и дерматовенерологией, ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Учебное пособие «Амебная дизентерия»

Благовещенск: 2016 год.

В данном учебном пособии представлены современные данные об особенностях этиологии, эпидемиологии, клинической картины такого инфекционного заболевания, как амебная дизентерия, освещены вопросы ранней и дифференциальной диагностики, а также современные принципы терапии и профилактики этого заболевания.

Учебное пособие предназначено для студентов, обучающихся по основным профессиональным образовательным программам высшего образования - программам специалитета по специальностям: Лечебное дело, Педиатрия.

## **Содержание.**

1. Введение.	5
2. Блок дополнительной информации.	5
3. Тестовые задания.	11
4. Эталоны ответов на тестовые задания	20
5. Ситуационные задачи.	21
6. Рекомендуемая литература.	24

## Введение.

Изучение темы «Амёбная дизентерия» диктуется совместным распространением заболевания, как среди взрослых, так и среди детей, высоким уровнем заболеваемости на протяжении последних десятилетий. Трудности диагностики, дифференциальной диагностики, имеющий характер вспышки в коллективах, все это обуславливается эпидемиологическую значимость данного заболевания. Заболевание имеет склонность к рецидивирующему течению.

## Блок дополнительной информации.

Амёбиаз — антропонозная инвазия с фекально-оральным механизмом передачи, которая характеризуется хроническим рецидивирующим колитом с внекишечными проявлениями. Наиболее часто термин "амёбиаз" применяют к амёбной дизентерии, вызываемой простейшим паразитом *Entamoeba histolytica*. К прочим амёбиазам относят амёбный энцефалит, вызываемый амёбами *Naegleria fowleri*, *Acanthamoeba* spp и *B. mandrillaris*, а также амёбный кератит, возбудителем которого являются представители рода *Acanthamoeba*.

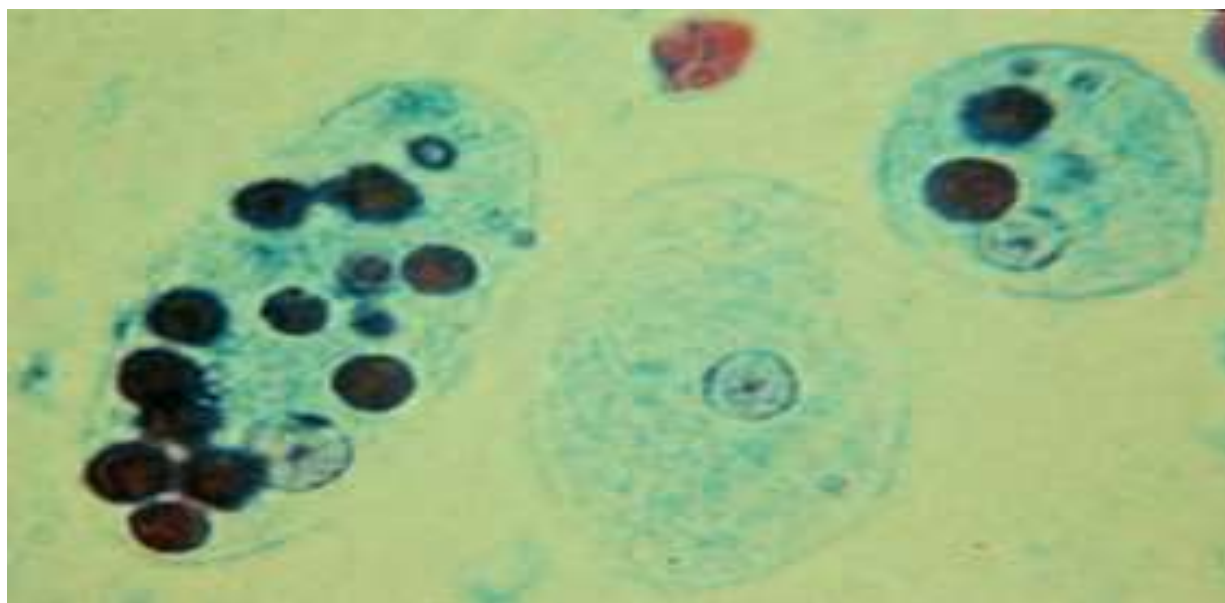


Рис. 1. Дизентерийная амёба (лат. *Entamoeba histolytica*)

По данным ВОЗ около 10 % людей на Земле больны амёбиазом. В мире амёбная дизентерия является второй по важности причиной смертности от паразитарных заболеваний. Попадая в кровеносные сосуды через стенку

Рис. 1. <http://www.gastroscan.ru/handbook/289/4708>

кишечника, мигрирует в печень, где образуется амёбный абсцесс, который с трудом диагностируется рентгенографией и томографией в связи с тем, что данный абсцесс не содержит изменяющих преломление волны структур.

### **Эпидемиология.**

Болезнь распространена в странах с жарким климатом, наиболее распространено в условиях антисанитарии с высоким риском фекального загрязнения. Эндемичными странами являются Мексика и Индия, однако крупные вспышки регистрируются и в благополучных странах, например крупная вспышка в Чикаго во время Всемирной выставки 1933 года, в настоящее время случаев заболевания в развивающихся странах регистрируется у туристов и мигрантов из эндемичных регионов. Иногда амёбиаз встречается и в средней полосе, преимущественно в летнее время.

Источником заражения является только человек, больной амёбиазом или носитель амёб. Заражение происходит фекально-оральным путем при употреблении инфицированных цистами воды и свежих овощей и зелени. Заболевание передается при прямом контакте (например, при анальных сексуальных практиках). Цисты могут дополнительно распространяться тараканами и мухами. В теплой влажной среде цисты паразитов способны выживать до 2-4 недель.

### **Этиология.**

Возбудитель — дизентерийная амёба (лат. *Entamoeba histolytica*) — относится к простейшим, может существовать в трёх формах (тканевой, просветной и цисты). Тканевая форма (на фотографии) обнаруживается только у больных амёбиазом, другие — и у носителей. Жизненный цикл *Entamoeba histolytica* состоит из двух стадий:

- Вегетивной (трофозоит)
- покоя (цисты)

Вегетивная стадия включает в себя четыре формы амёб: тканевую, большую вегетивную (*E. histolytica*, forma magna), просветную (*E. histolytica*, forma

minuta) и предцистную. Размеры амебы 20-25 мкм, движение ее происходит с помощью эктоплазматических псевдоподий. Большая вегетативная псевдоформа достигает 60-80 мкм, в ней постоянно находятся фагоцитированные эритроциты (эритрофаг). Предцисты обнаруживаются в кале в период реконвалесценции и при цистоносительстве. Цисты имеют округлую форму, размеры 9-14 мкм, двухконтурную оболочку; хорошо определяются ядра - от 1 до 4. Цисты с четырьмя ядрами называются зрелыми. Они обнаруживаются в острой стадии кишечного амёбиоза и в стадии реконвалесценции. При попадании цист в тонкую кишку человека происходит разрушение их оболочек. Из цисты выходит четырехъядерная материнская форма амебы, из которой после деления образуется 8 одноядерных амёб. При благоприятных условиях они размножаются и превращаются в вегетативные формы, которые обитают в проксимальных отделах толстой кишки. Цисты амебы устойчивы во внешней среде. В воде выживают несколько месяцев. Быстро погибают при высушивании и замораживании. Цисты устойчивы к дезсредствам, включающим хлорсодержащие препараты.

### **Патогенез.**

Заражение наступает при попадании цист в верхний отдел толстого кишечника (слепая и восходящая ободочная кишка). При хорошей сопротивляемости организма цисты и просветные формы могут долго находиться в кишечнике, не вызывая заболевания. При неблагоприятных условиях (жаркий климат, плохое безбелковое питание, дисбактериоз) цисты превращаются в просветные формы и, с помощью собственных цитолизиннов и протеолитических ферментов) внедряются в ткань кишки (тканевая форма), что сопровождается воспалением и формированием язв (кишечная форма), и иногда даже провоцируют некроз тканей. Иногда амёбы из кишечника по кровеносным сосудам проникают в другие органы (прежде всего печень), формируя там вторичные очаги — абсцессы (внекишечный амёбиоз).

- Кишечный амёбиоз.

При кишечном амебиазе патологический процесс развивается в нисходящем направлении, последовательно локализуясь в слепой, восходящей, ободочной, сигмовидной и прямой кишках. В типичных случаях слизистая гиперемирована, отечна, на ней образуются мелкие узелки с желтой точкой на вершине, эрозии. В узелках содержится детрит и вегетативные формы гистолитической амебы. В результате коагуляционного или сухого некроза узелки разрушаются и образуются язвы от нескольких миллиметров до 2-2,5см в диаметре. В глубоких язвах, достигающих подслизистого слоя, дно покрыто гноем. В толще язв при биопсии обнаруживают амебы с заглоченными эритроцитами. Углубление язв может вызвать кровотечение и перфорацию кишки. При хроническом амебиазе образуются кисты, полипы и амебомы (образования, состоящие из грануляционной ткани, фибробластов и эозинофильных лейкоцитов).

- Внекишечный амебиаз

Внекишечный амебиаз возникает при гематогенной диссеминации амеб. По воротной вене они попадают в печень, где развиваются разной степени поражения от проявляющегося белковой и жировой дистрофией гепатита до абсцесса печени, локализующегося чаще всего под куполом диафрагмы. При отсутствии лечения абсцесс печени (содержимое его напоминает шоколадного цвета гной) прорывается в плевральную полость и легкие, реже в средостение, перикард, брюшную полость. Амебы могут метастазировать в мозг, кожу и другие органы.

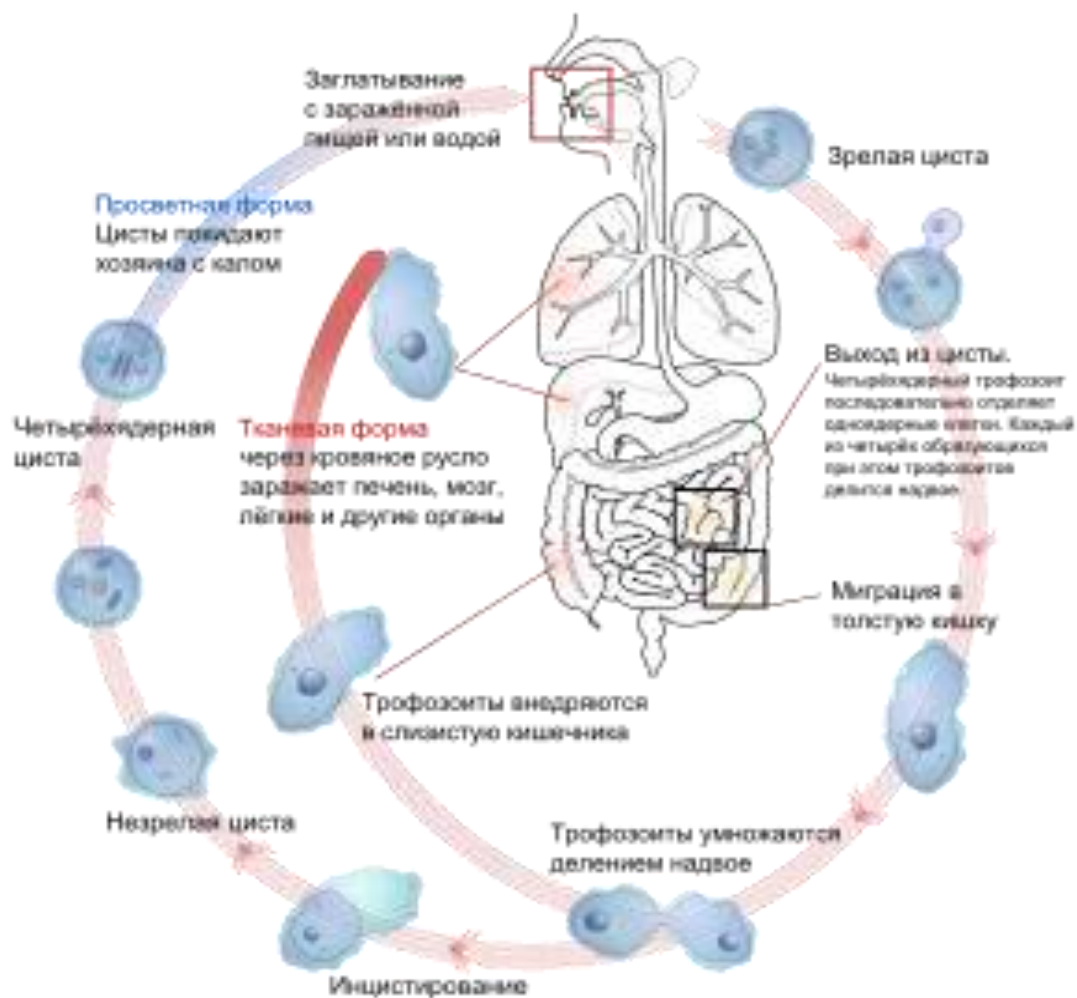


Рис. 2. Жизненный цикл в теле человека

### Клиническая картина.

Через 7-10 дней (иногда позднее) после заражения появляются первые неспецифические симптомы колита: слабость, боли в нижних отделах живота, невысокая температура. В 10% случаев встречаются формы фульминантной (молниеносной) дизентерии, характеризующиеся профузной диареей с примесью крови и слизи. Лихорадка развивается примерно у трети больных. При этом может наблюдаться гепатомегалия (увеличение печени) и даже амёбный абсцесс печени. Воспалительные реакции при амёбиазе, как правило, мало выражены, с лейкоцитозом до 12000/мл. Продолжительная дизентерия может вести к дегидратации (обезвоживанию), истощению и слабости.

Рис. 2. <https://ru.wikipedia.org/wiki/Амёбиаз>



Печень - наиболее частая мишень для инвазивного внекишечного амёбиаза, однако в ряде случаев паразиты проникают в легкие (обычно поражается правое легкое), перикард, кожу (редко) и головной мозг с развитием типичной симптоматики энцефалита. При вовлечении печени функции органа обычно не страдают, и кроме повышенной щелочной фосфатазы при амёбном абсцессе печени других отклонений в анализе крови обычно не наблюдается. Иногда абсцесс печени развивается и при отсутствии паразитов в кишечнике.

Если не проводится лечение, то после непродолжительной ремиссии признаки болезни появляются вновь — амёбиаз принимает хроническое течение (рецидивирующее или непрерывное). Постепенно развивается анемия, истощение. Могут развиваться осложнения: перфорация стенки кишки, кровотечение, перитонит, сужение кишечника.

У ослабленных больных с признаками иммунодефицита возможно очень тяжелое течение с распространением инфекции по всему организму. Наиболее восприимчивы к инфекции дети младшего возраста, пожилые, беременные женщины и больные, получающие кортикостероиды.

### **Диагностика.**

Диагноз амёбиаза ставится на основании выявления в кале тканевой формы амёбы. Обнаружение цист и просветных форм позволяет заподозрить заболевание или носительство, но не достаточно для подтверждения диагноза. Наличие в составе непатогенной кишечной флоры нескольких видов амёб (*Entamoeba coli*, *Endolimax nana*, *Iodamoeba butschlii*) осложняет микроскопическую диагностику. Ошибочный диагноз возможен и при обнаружении идентичной по внешнему виду амёбы *Entamoeba dispar*, которая встречается в 10 раз чаще, но не приводит к болезни и не требует лечения. [5] Для дифференциальной диагностики применяют метод ПЦР. Применяют также серологические тесты, реже — колоноскопию. Для обнаружения внекишечного амёбиаза используется серодиагностика, УЗИ, радионуклидные исследования, рентгенодиагностика, компьютерная томография и магнитно-резонансная томография (МРТ).

Дифференциальную диагностику проводят с другими острыми и хроническими желудочно-кишечными заболеваниями (шигеллёз, сальмонеллёз, неспецифический язвенный колит).

### **Лечение и профилактика.**

Для лечения кишечного амёбиаза и внекишечных форм в настоящее время применяют преимущественно метронидазол или тинидазол[6][7]. При бессимптомном носительстве для эрадикации паразитов назначают йодохинол и паромомицин. Исторически самым первым противоамёбным препаратом был алкалоид южноамериканского растения ипеакауаны эметин, а позднее его производное — дегидроэметин. В настоящее время из-за токсичности и недостаточной эффективности их применяют редко, главным образом при непереносимости метронидазола или при затяжных, резистентных к лечению формах. Альтернативная схема предполагает использование препаратов тетрациклинового ряда, часто в сочетании с метронидазолом или эметином.

При внекишечных формах (абсцесс печени, легких, амёбиаз кожи) наряду с метронидазолом используют также хиниофон (ятрен), дийодохин, мексаформ, интестопан и другие препараты, иногда в сочетании с хирургическим лечением. Прогноз обычно благоприятный. Все больные амёбиазом госпитализируются. Изоляция и лечение проводятся до полного клинического выздоровления. Здоровые носители цист и просветных форм не допускаются к работе в системе общественного питания. В очаге заболевания проводят дезинфекцию. Общие профилактические мероприятия проводят как при других желудочно-кишечных инфекциях.

Диспансерное наблюдение за переболевшими проводится в течение 12 мес. Медицинское наблюдение и лабораторное обследование проводят раз в квартал, а также при появлении дисфункций кишечника. Инвазированные дизентерийной амёбой работники пищевых и приравненных к ним учреждений находятся на диспансерном учете до полной санации от возбудителя амёбиаза.

## **Тестовые задания.**

### **Выберите правильный ответ**

1. ДЛЯ КИШЕЧНОГО АМЕБИАЗА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННО, КРОМЕ:

- 1) возбудитель относится к типу простейших
- 2) возбудитель существует в вегетативной форме не образуя цист
- 3) обитает обычно в верхнем отделе толстого кишечника, при определенных условиях превращаясь в тканевые формы
- 4) механизм заражения — фекально-оральный
- 5) возбудитель может быть гематофагом

2. ФАКТОРАМИ ПЕРЕДАЧИ АМЕБИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ :

- 1) воды
- 2) мух
- 3) комаров
- 4) пищевых продуктов
- 5) предметов обихода

3. ОБЫЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ АМЕБ:

- 1) прямая кишка
- 2) слепая и сигмовидная кишка
- 3) поперечно-ободочная кишка
- 4) восходящая кишка
- 5) желчные пути

4. ПРИ АМЕБИАЗЕ В КИШЕЧНИКЕ ВОЗНИКАЕТ:

- 1) диффузное воспаление подслизистого слоя
- 2) тотальный некроз слизистой
- 3) изъязвление слизистой оболочки толстой кишки
- 4) полипозные разрастания на слизистой
- 5) изменений слизистой не возникает

5. ОСНОВНОЕ ЗВЕНО ПАТОГЕНЕЗА:

- 1) внедрение и размножение амёб в стенке кишечника
- 2) цитоллиз эпителия и образование язв
- 3) воспалительные изменения стенки кишки с отеком и избыточной клеточной реакцией
- 4) формирование амёбных язв в кишечнике, гематогенная диссеминация
- 5) все ответы правильные

6. ДЛЯ ОСТРОГО ПЕРИОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ АМЕБИАЗОМ ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) нормальная и субфебрильная температура
- 2) частота дефекации до 10-20 раз
- 3) в испражнениях большое количество стекловидной слизи, примесь крови, возможен стул в виде «малинового желе»
- 4) боль в животе, тенезмы
- 5) все перечисленное

7. ПРИ АМЕБНОМ ПРОЦЕССЕ ПЕЧЕНИ ВОЗМОЖНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- 1) прорыва абсцесса в брюшную полость
- 2) острой печеночной недостаточности
- 3) прорыва абсцесса в плевральную полость
- 4) прорыва абсцесса через кожу
- 5) метастазирования в головной мозг

8. ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ КИШЕЧНОГО АМЕБИАЗА МОГУТ БЫТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, КРОМЕ:

- 1) перфорации язв, перитонита
- 2) кишечного кровотечения
- 3) тромбоза мезентериальных сосудов
- 4) отслойки слизистой толстой кишки
- 5) выпадения прямой кишки

9. ДЛЯ КИШЕЧНОГО АМЕБИАЗА ПРИМЕНЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- 1) метронидазола
- 2) энтамизола
- 3) фазижина
- 4) эметина
- 5) хинина

10. В ЛАБОРАТОРИИ ИСЛЕДОВАЛИ ФЕКАЛИИ БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ВОСПАЛЕНИЕМ ТОЛСТОЙ КИШКИ. ВЫЯВЛЕНЫ ОКРУГЛЫЕ ЦИСТЫ РАЗМЕРОМ ДО 18 МКМ С 8 И 16 ЯДРАМИ. КОМУ ОНИ ПРИНАДЛЕЖАТ?

- 1) дизентерийная амеба
- 2) балантидия
- 3) лямблия
- 4) кишечная амеба
- 5) все перечисленное

11. У БОЛЬНОГО С ЯЗВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КИШЕЧНИКА В ЖИДКИХ ФЕКАЛИЯХ СО СЛИЗЬЮ ОБНАРУЖЕНА КРОВЬ. КАКУЮ БОЛЕЗНЬ ВЕРОЯТНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ?

- 1) лейшманиоз
- 2) токсоплазмоз
- 3) амебиаз
- 4) трихомоноз
- 5) лямблиоз

12. ВО ВРЕМЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ У ОДНОГО ИЗ РАБОТНИКОВ СТОЛОВОЙ В ФЕКАЛИЯХ ВЫЯВЛЕНЫ ЦИСТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ 4 ЯДРА ОДИНАКОВОГО РАЗМЕРА. ДЛЯ КАКОГО ВОЗБУДИТЕЛЯ ХАРАКТЕРНЫ ЭТИ ЦИСТЫ?

- 1) амебы кишечной

- 2) балантидия
- 3) дизентерийной амебы
- 4) трихомонады вагинальной
- 5) токсоплазмоз

13. ДИАГНОЗ АМЕБИАЗА СТАВИТСЯ В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ В ЭКСКРЕМЕНТАХ:

- 1) четырехядерных цист
- 2) одноядерных цист
- 3) мелких просветных форм
- 4) восьмиядерных цист
- 5) больших тканевых форм

14. В БОЛЬНИЦУ ОБРАТИЛСЯ БОЛЬНОЙ С ЖАЛОБАМИ НА ОБЩУЮ СЛАБОСТЬ, БОЛЬ В КИШЕЧНИКЕ, РАСТРОЙСТВО ПИЩЕВАРЕНИЯ. ВО ВРЕМЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ФЕКАЛИЙ БЫЛИ ОБНАРУЖЕНЫ ЦИСТЫ С 4 ЯДРАМИ. ДЛЯ КАКОГО ВОЗБУДИТЕЛЯ ХАРАКТЕРНЫ ТАКИЕ ЦИСТЫ?

- 1) балантидия
- 2) амеба кишечная
- 3) амеба ротовая
- 4) амеба дизентерийная
- 5) лямблиоз

15. ВО ВРЕМЯ МИКРОСКОПИИ МАЗКА ФЕКАЛИЙ ЧЕЛОВЕКА ВЫЯВЛЕНЫ ВОСЬМИЯДЕРНЫЕ ЦИСТЫ. КОМУ ОНИ ПРИНАДЛЕЖАТ?

- 1) балантидия
- 2) амеба кишечная
- 3) лямблия
- 4) трихомонада кишечная
- 5) токсоплазмоз

16. ГЛАВНЫМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ ЗОННЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) водный

- 2) контактно-бытовой
- 3) пищевой
- 4) воздушно-капельный
- 5) трансмиссивный

17. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ ОТЛИЧАЕТСЯ ДИЗЕНТЕРИЯ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ШИГЕЛЛАМИ:

- 1) Григорьева-Шига
- 2) Ньюкастла
- 3) Зоне
- 4) Бойд-Новгородской
- 5) Ларжа-Сакса

18. ЛЕЧЕНИЕ ЛЕГКОЙ ФОРМЫ ДИЗЕНТЕРИИ ПРОВОДИТСЯ

- 1) тетрациклином
- 2) левомицетином
- 3) канамицином
- 4) фуразолидоном
- 5) преднизолоном

19. ТИПИЧНЫМИ СИМПТОМАМИ КОЛИТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ДИЗЕНТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) опоясывающая боль в животе, рвота, жидкий стул 1 - 2 раза в сутки
- 2) метеоризм, запоры, распирающие боли в животе
- 3) боли по всему животу, урчание, обильный жидкий стул до 5 - 6 раз в сутки
- 4) схваткообразные боли в животе, частый жидкий скудный стул со слизью и кровью
- 5) боли внизу живота с иррадиацией в поясницу, учащенный стул с примесью свежей крови

20. ОСНОВНЫМ ВАРИАНТОМ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) гастрический
- 2) колитический
- 3) энтеритический
- 4) астеновегетативный
- 5) гастроэнтерический

21. ОСНОВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ДИЗЕНТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) антибиотики
- 2) сульфаниламиды
- 3) нитрофураны
- 4) биологические препараты
- 5) бактериофаги

22. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТА ПРИ ТИПИЧНОЙ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ НАИБОЛЬШАЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- 1) в эпигастрии
- 2) в правом подреберье
- 3) в правой подвздошной области
- 4) в левой подвздошной области
- 5) вокруг пупка

23. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) бактериологический
- 2) вирусологический ,
- 3) серологический
- 4) копрологический
- 5) гематологический

24. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ АНАЛИЗА КРОВИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) лейкоцитоз, нейтрофиллез, левый сдвиг



- 2) лейкоцитоз, нейтрофиллез, правый сдвиг
- 3) лейкоцитоз, лимфоцитоз
- 4) лейкопения, нейтрофиллез
- 5) лейкоцитоз, левый сдвиг, лимфоцитоз

25. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ДИЗЕНТЕРИИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) степень выраженности интоксикации и политического синдрома
- 2) выраженность колитического синдрома
- 3) наличие осложнений
- 4) наличие интоксикации и крови в стуле
- 5) выраженность болевого синдрома

26. ПРИ КОЛИТИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ БОЛЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:

- 1) в эпигастрии
- 2) в правом подреберье
- 3) в правой подвздошной области
- 4) в левой подвздошной области
- 5) в околопупочной области

27. ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ:

- 1) восприимчивость населения низкая
- 2) бывают только спорадические случаи
- 3) сезонность отсутствует
- 4) чаще болеют дети
- 5) фактор передачи - почва

28. ДИЗЕНТЕРИИ СВОЙСТВЕННО ОТСУТСТВИЕ:

- 1) внедрения шигелл в энтероциты
- 2) продукции эндотоксинов
- 3) инвазии шигелл в слизистую толстой кишки
- 4) дисбактериоза

5) бактериемии

29. ПРИЗНАКОМ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДИЗЕНТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) боль в правой подвздошной области
- 2) стул типа "малинового желе"
- 3) притупление перкуторного звука в левой подвздошной области
- 4) пальпаторная крепитация в правой подвздошной области
- 5) напряжение мышц живота в левой подвздошной области

30. ДИЗЕНТЕРИЯ ЗОННЕ НЕРЕДКО НАПОМИНАЕТ КЛИНИКУ:

- 1) неспецифического язвенного колита
- 2) амебиаза
- 3) трихоцефалеза
- 4) пищевой токсикоинфекции
- 5) кишечной непроходимости

31. ДИЗЕНТЕРИЮ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С:

- 1) ботулизмом печени
- 2) язвенной болезнью желудка
- 3) тромбозом мезентериальных сосудов
- 4) циррозом
- 5) гриппом

32. ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИЗЕНТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) сепсис
- 2) вторичный паротит
- 3) запор
- 4) дисбактериоз
- 5) пиелит

33. ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОВРЕМЕННОЙ ДИЗЕНТЕРИИ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДОЛЖЕН БЫТЬ:

- 1) эритромицин
- 2) левомицегин

- 3) гентамицин
- 4) тетрациклин
- 5) пенициллин

34. У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОГО БОЛЬНОГО ДИЗЕНТЕРИЕЙ ПРИ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ КАЛА В ДВУХ ПРОБАХ ОБНАРУЖЕНЫ ШИГЕЛЛЫ ЗОНЕ, А В ТРЕТЬЕМ - ФЛЕКСНЕРА, ЧТО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:

- 1) ошибке лаборатории
- 2) эволюции возбудителя
- 3) внутрибольничной инфекции
- 4) неправильной обработке горшков
- 5) неправильной обработке туалетов

35. СРОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПЕРЕБОЛЕВШИМ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИЕЙ РАБОТНИКОМ СТОЛОВОЙ СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 1 год
- 2) 2 года
- 3) 1 месяц
- 4) 3 месяца
- 5) 6 месяцев

36. СРОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РАБОТНИКОМ ДЕКРЕТИРОВАННОЙ ГРУППЫ, ВЫПИСАННЫМ ИЗ СТАЦИОНАРА С ДИАГНОЗОМ 'ХРОНИЧЕСКАЯ ДИЗЕНТЕРИЯ' СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 6 месяцев
- 2) 1 год
- 3) 3 месяца
- 4) 1 месяц
- 5) 2 месяца

### **Эталоны ответов на тестовые задания**

1. - 3	19. - 4
2. - 3	20. - 2
3. - 2	21. - 1
4. - 3	22. - 4
5. - 4	23. - 1
6. - 5	24. - 1
7. - 2	25. - 1
8. - 3	26. - 4
9. - 5	27. - 4
10. - 4	28. - 4
11. - 3	29. - 3
12. - 3	30. - 4
13. - 5	31. - 3
14. - 4	32. - 4
15. - 2	33. - 3
16. - 3	34. - 3
17. - 1	35. - 3
18. - 4	36. - 1

## **Ситуационные задачи.**

### **Задача № 1.**

Больной З. 26 лет, мастер холодильных установок молокозавода, жалуется на высокую  $T - 38,2^{\circ}C$ , озноб, слабость, схваткообразные боли в низу живота, жидкий стул со слизью и кровью до 15 раз в сутки. Объективно: кожные покровы и слизистые бледно – розового цвета, тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 92 в мин., удовлетворительных свойств. Над легкими везикулярное дыхание, язык суховат, обложен белым налетом, живот мягкий, болезненный по ходу толстого кишечника. В левой подвздошной области пальпируется болезненное образование в виде цилиндра. Стул в виде ректального плевка.

Вы участковый врач.

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите тактику в отношении этого больного.
3. Какими лабораторными исследованиями необходимо подтвердить диагноз?
4. Составьте план лечения пациента.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

### **Задача № 2.**

На прием в поликлинику обратилась больная, 33 лет, инженер строительной фирмы, с жалобами на повышение температуры до  $37,2^{\circ}C$ , слабость, головную боль, схваткообразные боли в низу живота, жидкий стул. Заболел остро вчера вечером, за ночь стул был трижды, кашицеобразный, со слизью, с утра 2 раза. Свое заболевание ни с чем связать не может, проживает в двухкомнатной квартире с мужем, он здоров. При осмотре кожные покровы обычной окраски, пульс 82 в мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, болезненность при пальпации в левой подвздошной области.

Вы участковый врач.

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите тактику в отношении этой больной.
3. Составьте план лечебных мероприятий.

4. Какими лабораторными исследованиями необходимо подтвердить диагноз?

### **Задача № 3.**

Больная Ш. 23 лет, рабочая типографии. Заболела через 8 часов после употребления сырого фляжного молока. Появилась тошнота, многократная рвота, боли вокруг пупка, частый водянистый стул. На 3-ий день болезни состояние тяжелое. Выражены общая интоксикация, T – 38,7\* C, слабость, вялость, головокружение. Кожные покровы бледные, язык обложен белым налетом, сухой. Над легкими дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, пульс 108 в мин, АД 90/60 мм.рт.ст. Живот вздут, болезнен в подвздошной области слева, определяется спазмированная и резко болезненная сигмовидная кишка, урчание по ходу кишечника. Стул скудный, слизистый.

Вы участковый врач.

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите тактику в отношении этой больной.
3. Составьте план лечебных мероприятий.
4. Какими лабораторными исследованиями необходимо подтвердить диагноз?

### **Задача № 4.**

Больной Е. 47 лет, обратился к участковому терапевту на второй день болезни с жалобами на слабость, боли в животе, неустойчивый стул сохраняющий каловый характер, периодически со слизью. 5 лет назад болел острой дизентерией, в последующем ежегодно отмечались подобные явления. При осмотре: состояние удовлетворительное, T – 36,5\* C. Со стороны сердца и легких изменений нет. Язык обложен белым налетом, влажный; живот болезнен по ходу толстого кишечника, сигмовидная кишка утолщена, болезненна. Стул кашицеобразный, каловый, с примесью слизи.

Вы участковый врач.

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите тактику в отношении этого больного.

### **Задача № 5.**

Больная В. 42 лет. воспитательница детского сада, болеет второй день.

Заболевание началось с болей в животе и многократной рвоты, одновременно участился стул. Вначале он был водянистым, затем стал скудным, слизистым. Обно: Состояние тяжелое, Т – 40,5\* С. бледность кожных покровов, тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС - 112 в мин., АД – 80/40 мм рт ст. Язык обложен коричневым налетом, суховат. Живот мягкий болезненный в обеих подвздошных областях, сигмовидная кишка спазмирована, болезненна при пальпации. Стул – слизь с прожилками крови.

Вы врач, приехавший на вызов.

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите тактику в отношении этой больной.
3. Составьте план лечебных мероприятий.
4. Какими лабораторными исследованиями необходимо подтвердить диагноз?

## **Рекомендуемая литература.**

### *Основная:*

1. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник / Покровский В. И., Пак С. Г., Брико Н. И., Данилкин Б. К. - 3-е изд., испр. и доп. - 2013. - 1008 с.: ил.
2. Детские инфекции. Справочник практического врача: Мазанкова Л.Н. – Медицинская литература от издательства: МЕДпресс-информ, 2016. – 304 с.: ил.
3. Эпидемиология инфекционных болезней: учебное пособие / Н.Д. Ющук [и др.]. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 496
4. Инфекционные болезни: учебник / Аликеева Г.К. и др.; Под ред. Н.Д. Ющука, Венгерова Ю.Я. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа - 2013. – 704 с.: ил.
5. Бактериальные болезни: учебное пособие / под ред. Н.Д. Ющука. – М.: ГЭОТАР-Медиа - 2014. – 976 с.

### *Дополнительная:*

1. Коротяев А.С. Медицинская микробиология иммунология и вирусология. - СПб., 2009г
2. Дерматовенерология: учебник. Чеботарев В.В., Тамразова О.Б., Чеботарева Н.В. и др. 2013. - 584 с.
3. Казанцев А.П., Матковский В.С. Справочник по инфекционным болезням-М: «Медицина», 2010
4. Власов В.В. Эпидемиология.- М., 2009