



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Педиатрический факультет

ПЕДИАТРИЯ

Сборник ситуационных задач с эталонами ответов
для государственной итоговой аттестации выпускников
по специальности 31.05.02 Педиатрия

В 2 частях

Часть 2

Под редакцией А. В. Моргуна, Н. В. Матыскиной

Красноярск
2020

УДК 616-053.2(07)

ББК 57.3

П24

Составители: Я. А. Богвилене, А. В. Гордиец, Н. Ю. Гришкевич, В. А. Дударев, Н. А. Ильенкова, О. С. Коноплева, И. А. Кутищева, Д. А. Майсеенко, Г. П. Мартынова, Н. В. Матыскина, А. В. Моргун, Е. Г. Нейман, Л. В. Степанова, Э. В. Портнягина, Н. Л. Прокопцева, С. О. Фалалеева, Л. Л. Чикунов, Е. П. Шитьковская

Редакторы: д-р мед. наук, доц. А. В. Моргун;
канд. мед. наук, доц. Н. В. Матыскина

Рецензенты: д-р мед. наук, проф. Л. С. Эверт;
д-р мед. наук, проф. Ю. Ф. Лобанов

Педиатрия : сборник ситуационных задач с эталонами ответов
П24 для государственной итоговой аттестации выпускников по специальности 31.05.02 Педиатрия : в 2 ч. / сост. Я. А. Богвилене, А.В. Моргун, Н.В.Матыскина [и др.] ; под ред. А. В. Моргуна, Н. В. Матыскиной. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2020. – Ч. 2. – 199 с.

Сборник задач для государственной итоговой аттестации выпускников по специальности 31.05.02 Педиатрия. Сборник включает задачи, отражающие особенность клинических проявлений, методов диагностики различных нозологий, а также способствует усвоению особенностей терапии приведенных заболеваний у детей.

Сборник составлен в соответствии с ФГОС ВО (Приказ №853 от 17 августа 2015 г.) типовой программой для студентов высших учебных заведений и учебным планом по специальности 31.05.02 Педиатрия.

Утверждено ЦКМС КрасГМУ (протокол № 3 от «17» ноября 2020 г.)

УДК 616-053.2(07)
ББК 57.3

СОДЕРЖАНИЕ

Раздел №4 «Поликлиническая и неотложная педиатрия»	4
Раздел №5 «Инфекционные болезни у детей»	73
Раздел №6 «Детская хирургия»	166
Раздел №7 «Акушерство и гинекология»	192
Перечень реализуемых компетенций	199

Раздел №4 «Поликлиническая и неотложная педиатрия»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

На приёме у врача-педиатра участкового мама с мальчиком 10 лет с жалобами на гнойные выделения из обеих половин носа и в носоглотку; высокую температуру тела 38,0°C; влажный кашель в дневное время с усилением ночью; затруднённое носовое дыхание; боли в области щеки справа.

Из анамнеза известно, что ребёнок болен 10 дней, когда появился насморк. Мама лечила ребёнка самостоятельно, закапывала сосудосуживающие капли в нос в течение 7 дней. Ухудшение самочувствия ребёнка произошло накануне: появились настоящие жалобы. Ранее была аллергическая реакция в виде сыпи на коже на приём препаратов пенициллинового ряда.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела ребёнка на момент осмотра 37,5°C, высмаркивает гнойное содержимое из обеих половин носа. Носовое дыхание резко затруднено. Пальпация и перкуссия в месте проекции верхнечелюстных пазух умеренно болезненна. При фарингоскопии по задней стенке глотки стекает гнойное отделяемое.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте выбор.
5. Перечислите заболевания, с которыми надо дифференцировать данную патологию у детей.

Эталон ответа к задаче №1

1. Острый двухсторонний гнойный синусит.
2. Диагноз «острый двухсторонний гнойный синусит» установлен на основании жалоб больного на гнойные выделения из обеих половин носа и в носоглотку; высокую температуру тела 38,0°C; влажный кашель в дневное время с усилением ночью; затруднённое носовое дыхание; боли в области щеки справа; анамнестических данных (ребёнок болен 10 дней), объективных данных (наличие гнойного содержимого из обеих половин носа при высмаркивании, резкое затруднение носового дыхания, наличие при фарингоскопии по задней стенке глотки гнойного отделяемого, болезненность при пальпации и перкуссии в области проекции верхнечелюстных пазух).

3. Пациенту рекомендовано: консультация врача-оториноларинголога для уточнения диагноза и согласования терапии; общий анализ крови для уточнения характера воспаления; УЗИ околоносовых пазух для визуализации состояния околоносовых пазух; по показаниям рентгенография околоносовых пазух или компьютерная томография околоносовых пазух для визуализации состояния околоносовых пазух, их стенок и структур полости носа.

4. Антибиотики: макролиды. Выбор препарата из этой группы основан на информации о чувствительности основных возбудителей острого гнойного синусита и отсутствии перекрёстной аллергии препаратов группы макролидов и группы пенициллинов, на которые имеется аллергия у ребёнка. Солевые растворы (стандартизированные) в полость носа в качестве элиминационной терапии. Мукорегуляторы для улучшения дренажной функции. Топические деконгестанты в качестве разгрузочной терапии.

5. Острый ринит, аллергический ринит, инородное тело полости носа, аденоидит.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

На приёме у врача-педиатра участкового мама с мальчиком 4 лет с жалобами на боль в правом ухе.

Из анамнеза известно, что ребёнок болен 2 день, когда после переохлаждения появилась резкая боль в правом ухе, температура тела повысилась до 38,0°C. Мама закапывала ребёнку в ухо капли Отипакс, давала Найз. Год назад был эпизод острого среднего отита (без гноетечения). Наблюдается отоларингологом по поводу гипертрофии аденоидов III степени с трёх лет.

При осмотре: температура тела 37,4°C, носовое дыхание затруднено, ребёнок дышит через рот, гнусавый оттенок голоса, пальпация козелка справа болезненная, пальпация и перкуссия заушной области безболезненная. Из правого слухового прохода - гнойное отделяемое.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты какой группы Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте выбор.
5. Какова Ваша дальнейшая тактика ведения пациента после выздоровления? Обоснуйте Ваш выбор.

Эталон ответа к задаче №2

1. Острый гнойный средний отит справа. Гипертрофия аденоидов 3 ст.
2. Диагноз «острый гнойный средний отит справа» установлен на основании жалоб больного на боль в правом ухе, выделения из правого уха гнойного характера, данных анамнеза (ребёнок болен 2 день. После переохлаждения появилась резкая боль в правом ухе, температура тела повысилась до 38,0 °С, утром появилось гноетечение из правого уха. Год назад был эпизод острого среднего отита (без гноетечения)); объективных данных (температура тела 37,4 °С, пальпация козелка справа болезненная, пальпация и перкуссия заушной области безболезненная, гноетечение из правого уха). Диагноз «гипертрофия аденоидов 3 ст.» установлена на основании объективных данных (носовое дыхание затруднено, ребёнок дышит через рот, определяется гнусавость голоса, анамнестических данных (диагноз «гипертрофия аденоидов 3 ст.» установлен врачом-оториноларингологом в 3 года).

3. Консультация врача-оториноларинголога для уточнения диагноза и согласования терапии; 2. Общий анализ крови; 3. Бак. посев отделяемого из уха на микрофлору и чувствительность к антибиотикам для определения возбудителя и определения чувствительности к антибиотикам, что необходимо для выбора рациональной антибактериальной терапии;

4. Антибактериальная терапия: аминопенициллины, пенициллины с ингибитором бета-лактамаз, цефалоспорины, макролиды. Выбор препаратов основан на эмпирических знаниях основных возбудителей острого гнойного среднего отита и их чувствительности к антибиотикам. 2. Местно: антибактериальные препараты ушные капли. Выбор препарата основан на эмпирических знаниях основных возбудителей острого гнойного среднего отита и их чувствительности к антибиотикам и возможности назначения этого лекарственного средства при перфорации барабанной перепонки у детей без возрастных ограничений. 3. Нестероидные противовоспалительные препараты применяются для снятия болевого синдрома и при гипертермии.

5. Врачу-педиатру следует наблюдать пациента совместно с врачом-оториноларингологом, необходимо проводить отомикроскопию в динамике (контроль

рубцевания перфорации барабанной перепонки), через месяц направить ребёнка на плановую аденотомию для восстановления носового дыхания.

ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ОПК-8, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

На приёме у врача-педиатра участкового мама с девочкой 10 лет с жалобами на повышение температуры тела 38,0–39,0°C, боль в горле слева, усиливающуюся при глотании, боль отдаёт в левое ухо, усиление образования слюны.

Больна 7 день, мама лечила ребёнка полосканием горла ромашкой, при повышении температуры тела давала Парацетамол. Накануне вечером состояние девочки ухудшилось. Температура тела повысилась до 38,5°C, усилилась боль в горле слева. В течение трёх лет у ребёнка были частые ангины, 3–4 раза в год.

Объективно: температура тела ребёнка 38,0°C, кожные покровы бледные, пальпируются увеличенные болезненные подчелюстные лимфатические узлы слева, у девочки тризм жевательной мускулатуры, при фарингоскопии определяется гиперемия глотки, асимметрия глотки за счёт выбухания передней нёбной дужки и мягкого нёба слева, гиперемия и увеличение левой нёбной миндалины.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите тактику лечения пациента. Препарат какой группы Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте выбор.
5. Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз в данной ситуации.

Эталон ответа к задаче №3

1. Паратонзиллярный абсцесс слева (передне-верхний). Подчелюстной лимфаденит слева. Хронический тонзиллит.

2. Диагноз «паратонзиллярный абсцесс слева (передне-верхний)» установлен на основании жалоб больной: повышение температуры тела 38,0–39,0 °C, боль в горле слева, усиливающуюся при глотании, боль отдаёт в левое ухо, усиление образования слюны; анамнеза: больна 7 день; объективных данных: тризм жевательной мускулатуры, при фарингоскопии определяется гиперемия глотки, асимметрия глотки за счёт выбухания передней нёбной дужки и мягкого нёба слева, гиперемия и увеличение левой нёбной миндалины. Диагноз «подчелюстной лимфаденит» слева установлен на основании объективных данных (пальпируются увеличенные болезненные подчелюстные лимфатические узлы слева). Диагноз «хронический тонзиллит» установлен на основании анамнестических данных: в течение трёх лет у ребёнка были частые ангины, 3-4 раза в год.

3. Консультация врача-оториноларинголога для подтверждения диагноза и определения тактики лечения пациента. Мазок из глотки на микрофлору и чувствительность к антибиотикам необходим для проведения дифференциальной диагностики и выбора курса адекватной антибактериальной терапии. Общий анализ крови для определения характера воспаления. Общий анализ мочи для исключения осложнений со стороны мочевыделительной системы.

4. Необходима срочная госпитализация в оториноларингологическое детское отделение для проведения хирургического пособия (вскрытие паратонзиллярного абсцесса); Назначение антибиотиков – препараты выбора: аминопенициллины, пенициллины с ингибитором бета-лактамаз, цефалоспорины, макролиды. Выбор препаратов основан на эмпирических знаниях основных возбудителей воспалительных

заболеваний глотки и их чувствительности к антибиотикам. Топические антибактериальные препараты: антисептические растворы для полоскания (Бензидамин, Фуразидин калия, Кетопрофен лизина, Нитрофурал). Выбор препарата основан на эмпирических знаниях основных возбудителей воспалительных заболеваний глотки и их чувствительности к антибактериальным препаратам. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС) применяются для снятия болевого синдрома и при гипертермии. Через 1 месяц после купирования острого воспалительного процесса в глотке показана плановая тонзиллэктомия.

5. Паратонзиллит, заглоточный абсцесс, ангина, дифтерия глотки.

ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ОПК-8, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

На приёме у врача-педиатра участкового мама с ребёнком 3 лет с жалобами на боль в горле, слюнотечение, нарушение глотания и затруднённое дыхание.

Из анамнеза известно, что ребёнок заболел внезапно, на фоне полного здоровья, появилась лихорадка и боли в горле. Температура тела фебрильная (до 40°C). Через 2 часа присоединилось затруднение дыхания.

Объективно: состояние ребёнка средней тяжести, температура тела 38,8°C. Ребёнок капризен и возбуждён. Кожные покровы бледные, отмечается акроцианоз. Отмечается слюнотечение, ребёнок отказывается от еды и питья. Голос приглушённый (как будто больной разговаривает «с положенным в рот горячим картофелем»). Лёгкое покашливание. Болезненная пальпация остова гортани. Дыхание затруднено, инспираторная одышка, частота дыхания - 40 в минуту, определяется втяжением над- и подключичных ямок, межрёберных промежутков, частота сердечных сокращений – 140 ударов в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. При фарингоскопии: умеренная гиперемия задней стенки глотки, виден ярко гиперемированный увеличенный в размерах, инфильтрированный надгортанник.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите наиболее вероятную этиологию данного заболевания.
4. Определите тактику лечения пациента. Препарат какой группы Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте выбор.
5. У ребёнка при бактериологическом анализе мазка из глотки определили гемофильную палочку типа – Б (*Haemophilus influenzae* тип b (Hib)). Ребёнок не привит от гемофильной инфекции. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Эталон ответа к задаче №4

1. Эпиглоттит. Стеноз гортани (стадия субкомпенсации).
2. Диагноз «эпиглоттит» установлен на основании жалоб: боль в горле, слюнотечение, нарушение глотания и затруднённое дыхание; анамнестических данных: внезапное начало заболевания, температура тела фебрильная до 40 °C, через 2 часа присоединилось затруднение дыхания; объективных данных: состояние ребёнка средней тяжести, температура тела 38,8 °C, кожные покровы бледные, отмечается акроцианоз, отмечается слюнотечение, голос приглушённый, лёгкий кашель, болезненная пальпация остова гортани, дыхание затруднено, инспираторная одышка; при фарингоскопии: умеренная гиперемия задней стенки глотки, виден ярко гиперемированный увеличенный в размерах, инфильтрированный надгортанник. Диагноз «стеноз гортани» (стадия субкомпенсации) установлен на основании жалоб: на затруднённое дыхание; объективных данных: кожные покровы бледные, отмечается акроцианоз, дыхание затруднено, инспираторная одышка, частота дыхания 40 в 1 минуту, определяется втяжением над- и

подключичных ямок, межрёберных промежутков, частота сердечных сокращений – 140 в 1 минуту, АД 100/60 мм рт. ст.

3. Наиболее частым возбудителем эпиглоттита является гемофильная палочка типа – Б (*Haemophilus influenzae* тип b (Hib)). Реже причиной болезни бывают бета-гемолитические стрептококки групп А, В и С (*Streptococcus pyogenes*), пневмококки (*Streptococcus pneumoniae*), клебсиеллы (*Klebsiella pneumoniae*), псевдомоны, золотистый стафилококк (*Staphylococcus aureus*), *Haemophilus parainfluenzae*, *Neisseria meningitidis*, *Mycobacterium*, а также вирусы простого герпеса (1 типа) и парагриппа. У пациентов с иммунодефицитными состояниями различного генеза заболевание вызывается чаще всего грибами вида кандиды (*Candida albicans*).

4. Госпитализация больного в стационар. Медикаментозное лечение следует начинать только после восстановления проходимости дыхательных путей, а также в отсутствие признаков затруднения дыхания или при их слабой выраженности (стеноз гортани 1-2 стадии). Антибиотики до идентификации инфекционного агента назначаются эмпирически. При выборе противомикробного препарата следует учитывать весь спектр возможных микроорганизмов. Однако предпочтение следует отдавать антимикробным средствам, наиболее эффективным против гемофильной палочки типа b. Препаратами выбора для терапии эпиглоттита считаются цефалоспорины, бетта-лактамы, макролиды.

5. Необходима вакцинация против гемофильной инфекции. Прививка от гемофильной инфекции в настоящее время считается надёжным и безопасным средством профилактики заболевания. Вакцинации от гемофильной инфекции подлежат дети от 3 месяцев до 5 лет, дети старше 5 лет в вакцинации не нуждаются, т.к. обладают достаточно стойким иммунитетом. В России прививка проводится вакцинами: Акт-Хиб (Франция), Хиберикс (Англия).

ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ОПК-8, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5

На приёме у врача-педиатра участкового мальчик 11 лет жалуется на повышение температуры тела 39,0°C, боль в горле слева, усиливающуюся при глотании, боль отдаёт в левое ухо. Заболел вчера вечером. Температура тела повысилась до 38,5°C, появилась боль в горле слева.

Объективно: температура тела ребёнка 38,0°C, кожные покровы бледные, пальпируются увеличенные, болезненные подчелюстные лимфатические узлы слева. Гиперемия, увеличение левой нёбной миндалины, из лакун миндалины выделяется гной.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите тактику лечения пациента. Препарат какой группы Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте выбор.
5. Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз в данной ситуации.

Эталон ответа к задаче №5

1. Лакунарная ангина слева. Подчелюстной лимфаденит слева.
2. Диагноз «лакунарная ангина слева» установлен на основании жалоб больной: повышение температуры тела 38,0° С, боль в горле слева, усиливающуюся при глотании; анамнеза: больна сутки; объективных данных: при фарингоскопии определяется гиперемия глотки, гиперемия и увеличение левой нёбной миндалины, в лакунах миндалины гной. Диагноз «подчелюстной лимфаденит слева» установлен на основании

объективных данных: пальпируются увеличенные болезненные подчелюстные лимфатические узлы слева.

3. Мазок из глотки на микрофлору и чувствительность к антибиотикам необходим для проведения дифференциальной диагностики и выбора курса адекватной антибактериальной терапии. Общий анализ крови для определения характера воспаления. Общий анализ мочи для исключения осложнений со стороны мочевыделительной системы.

4. Назначение антибиотиков – препараты выбора: аминопенициллины, пенициллины с ингибитором бета-лактамаз, цефалоспорины, макролиды. Выбор препаратов основан на эмпирических знаниях основных возбудителей воспалительных заболеваний глотки и их чувствительности к антибиотикам. Топические антибактериальные препараты: антисептические растворы для полоскания (Бензидамин, Фуразидин калия, Кетопрофен лизина, Нитрофурал). Выбор препарата основан на эмпирических знаниях основных возбудителей воспалительных заболеваний глотки и их чувствительности к антибактериальным препаратам. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС) применяются для снятия болевого синдрома и при гипертермии.

5. Катаральная ангина, фолликулярная ангина, язвенно-некротическая ангина, дифтерия глотки, ангина при инфекционном мононуклеозе, ангины при заболеваниях крови.

ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ОПК-8, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6

На приёме у врача-педиатра участкового мама с девочкой 6 лет с жалобами на боль в правом ухе, гноетечение из правого уха.

Из анамнеза известно, что заболела 2 дня назад, когда после купания в реке появилась заложенность и боль в правом ухе, затем гноетечение из него.

При осмотре: состояние ребёнка удовлетворительное, температура тела 37,6°C, кожа наружного слухового прохода справа гиперемирована, инфильтрирована, наружный слуховой проход справа сужен, есть гнойные выделения из правого уха, пальпация козелка резко болезненна. Слизистая нёбных дужек, миндалин умеренно гиперемирована. Носовое дыхание затруднено, из носа умеренное слизистое отделяемое. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты какой группы Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте выбор.
5. Перечислите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальный диагноз в данной ситуации.

Эталон ответа к задаче №6

1. Острая респираторная инфекция. Правосторонний острый гнойный отит.
2. Острая респираторная инфекция диагностирована на основании умеренно выраженного синдрома интоксикации, катарального синдрома и явлений ринита. Диагноз «правосторонний острый гнойный отит» установлен на основании жалоб: боль в правом ухе, гноетечение из правого уха; анамнестических данных: заболела 2 дня назад, когда после купания в реке появилась заложенность правого уха, боль в правом ухе, затем гноетечение из него; объективных данных: кожа наружного слухового прохода справа

гиперемирована, инфильтрирована, наружный слуховой проход справа сужен, есть гнойные выделения из правого уха, пальпация козелка резко болезненна.

3. Консультация врача-оториноларинголога для уточнения диагноза и согласования терапии; 2. Общий анализ крови для уточнения характера воспаления; 3. Бактериологический посев отделяемого из уха на микрофлору и антибиотикограмму для определения возбудителя гнойного воспаления и определения его чувствительности к антибиотикам, что необходимо для выбора рациональной антибактериальной терапии.

4. Антибиотики: аминопенициллины, пенициллины с ингибитором бета- лактамаз, цефалоспорины, макролиды. Выбор препаратов основан на эмпирических знаниях основных возбудителей острого гнойного среднего отита и их чувствительности к антибиотикам. 2. Топические антибактериальные препараты: ушные капли с рифамицином, выбор препарата основан на эмпирических знаниях основных возбудителей острого гнойного отита и их чувствительности к антибиотикам и возможности назначения этого лекарственного средства у детей без возрастных ограничений. Комбинированные ушные капли (Феназон, Дексаметазон, Лидокаин), выбор основан на наличии противовоспалительного, антибактериального и местного обезболивающего действия препарата, отсутствие возрастных ограничений. 3. Нестероидные противовоспалительные препараты применяются для снятия болевого синдрома. 4. Деконгестанты в нос для снятия отёка слизистой носоглотки.

5. Фурункул наружного уха, карбункул наружного уха, мастоидит.

ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ОПК-8, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7

На приёме у врача-педиатра участкового мама с мальчиком 3 лет с жалобами на повышение температуры тела 38,0°C, боль в горле, усиливающуюся при глотании, слюнотечение.

Заболел 3 дня назад, когда появилась умеренная боль в глотке, температура тела повысилась до 37,5°C, мама лечила мальчика самостоятельно полосканием глотки ромашкой. Состояние ухудшилось.

Объективно: состояние ребёнка средней тяжести, температура тела ребенка 38,0°C, кожные покровы бледные, пальпируются увеличенные болезненные подчелюстные лимфатические узлы с обеих сторон. Дыхание свободное, ребёнок говорит невнятно, (ощущение «каши во рту»). При фарингоскопии определяется яркая гиперемия, инфильтрация, выбухание задней стенки глотки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите тактику лечения пациента. Препарат какой группы Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте выбор.
5. Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз в данной ситуации.

Эталон ответа к задаче №7

1. Заглоточный абсцесс.
2. Диагноз «заглоточный абсцесс» установлен на основании жалоб больного: повышение температуры тела 38,0° С, боль в горле, усиливающуюся при глотании, слюнотечение; анамнеза: болен 3 дня; объективных данных: ребёнок говорит невнятно, ощущение «каши во рту», при фарингоскопии определяется яркая гиперемия, инфильтрация, выбухание задней стенки глотки.

3. Консультация врача-оториноларинголога для подтверждения диагноза и определения тактики лечения пациента. Мазок из глотки на микрофлору и чувствительность к антибиотикам необходимо для проведения дифференциальной диагностики и выбора курса адекватной антибактериальной терапии. Общий анализ крови для определения характера воспаления. Общий анализ мочи для исключения осложнений со стороны мочевыделительной системы.

4. Госпитализация ребёнка в детское оториноларингологическое отделение. Хирургическое лечение – вскрытие заглоточного абсцесса. Назначение антибиотиков – препараты выбора: аминопенициллины, пенициллины с ингибитором бета-лактамаз, цефалоспорины, макролиды. Выбор препаратов основан на эмпирических знаниях основных возбудителей воспалительных заболеваний глотки и их чувствительности к антибиотикам. Топические антибактериальные препараты: бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмония хлорида моногидрат спрей в глотку. Выбор препарата основан на эмпирических знаниях основных возбудителей воспаления в глотке и их чувствительности к антибактериальным препаратам и возможности назначения этого лекарственного средства с 3 лет. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС) применяются для снятия болевого синдрома и при гипертермии.

5. Ангина, дифтерия глотки, паратонзиллярный абсцесс, паратонзиллит, эпиглоттит.

ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ОПК-8, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8

На приёме у врача-педиатра участкового мама с мальчиком 8 лет с жалобами на повышение температуры тела 38,0°C, боль в горле, усиливающуюся при глотании, насморк, затруднение носового дыхания.

Заболел утром. Температура тела повысилась до 38,0°C, появилась боль в горле, выделения из носа, затруднённое носовое дыхание.

Объективно: температура тела ребёнка 39,0°C, кожные покровы бледные, пальпируются безболезненные подчелюстные лимфатические узлы обычных размеров с обеих сторон. Дыхание через нос затруднено, ребёнок высмаркивает прозрачную слизь. При фарингоскопии определяется яркая гиперемия задней стенки глотки, гипертрофия лимфоидной ткани, боковых валиков, небные миндалины II степени, в лакунах нет патологического отделяемого.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте выбор.
5. Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз в данной ситуации.

Эталон ответа к задаче №8

1. Острый ринит. Острый катаральный фарингит.
2. Диагноз «острый ринит» установлен на основании жалоб больного (повышение температуры тела 38,0 °C, затруднённое носовое дыхание, выделения из носа слизистого характера), анамнеза заболевания (заболел остро). Диагноз «острый катаральный фарингит» установлен на основании жалоб больного (повышение температуры тела 38,0 °C, боль в горле усиливающуюся при глотании), анамнеза (острое начало), объективных данных (при фарингоскопии определяется яркая гиперемия задней стенки глотки,

гипертрофия лимфоидной ткани, боковых валиков, нёбные миндалины 2 степени, в лакунах нет патологического отделяемого).

3. Мазок из глотки на микрофлору и чувствительность к антибиотикам необходим для проведения дифференциальной диагностики и выбора курса адекватной антибактериальной терапии. Общий анализ крови для определения характера воспаления.

4. Противовирусные препараты, так как клиника заболевания вероятно имеет вирусную этиологию. Топическая элиминационная терапия стандартизированными солевыми растворами для носа и глотки. Топические назальные деконгестанты для восстановления носового дыхания. Топические антибактериальные препараты: антисептические растворы для полоскания (Бензидамин, Фуразидин калия, Кетопрофен лизина, Нитрофурал). Выбор препарата основан на эмпирических знаниях основных возбудителей воспалительных заболеваний глотки и их чувствительности к антибактериальным препаратам. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС) применяются для снятия болевого синдрома и при гипертермии.

5. Ангины, синусит.

ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ОПК-8, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9

На приёме у врача-педиатра участкового мама с девочкой 10 лет с жалобами на общую слабость, боль в горле, повышение температуры тела до 38,7°C, головную боль в течение 2 дней. На второй день присоединилась стреляющая боль в правом ухе.

При осмотре: температура тела 37,3°C, кожа бледная, ЧД – 20 в минуту, ЧСС – 80 ударов в минуту. Подчелюстные и переднешейные лимфатические узлы увеличены до 1,5 см с обеих сторон, болезненные при пальпации. При надавливании на правый козелок – резкая болезненность. Отделяемого из уха нет. Слизистая оболочка нёбных дужек, задней стенки глотки гиперемирована. Нёбные миндалины II степени, спаяны с нёбными дужками, в лакунах миндалин наложения желтоватого цвета, гиперемия и утолщение передних нёбных дужек. Кожные покровы бледные, чистые. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание не нарушены. Очаговой, менингеальной симптоматики не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Перечислите возможные осложнения.
5. Назовите методы верификации этиологического фактора.

Эталон ответа к задаче №9

1. Острый тонзиллит. Острый правосторонний отит.
2. Диагноз «острый тонзиллит» установлен на основании острого начала заболевания с появления боли в горле, выраженного интоксикационного синдрома, объективных данных (фебрильная лихорадка, гиперемия зева, увеличение нёбных миндалин до 2 ст. с наложениями в лакунах, увеличение регионарных лимфоузлов с обеих сторон. Острый правосторонний отит на основании стреляющей боли в ухе на фоне воспалительного процесса в ротоглотке, болезненность при надавливании на козелок справа.

3. 1. Общий анализ крови. 2. Бак. посев из ротоглотки на флору и чувствительность к антибиотикам. 3. Мазок содержимого лакун на коринебактерии дифтерии. 4. Консультация врача-оториноларинголога для проведения постановки диагноза и согласования терапии. 5. В периоде реконвалесценции - повторить общий анализ крови; общий анализ мочи; ЭКГ.

4. 1. Местные: паратонзиллярный, заглоточный абсцессы, синуситы, мастоидит, отит. 2. Инфекционно-аллергические (через 2-3 недели) - постстрептококковый гломерулонефрит, острая ревматическая лихорадка, неревматический кардит, артрит и др.
5. 1. Выделение возбудителя бактериологическим методом (мазок из зева). 2. Экспресс-анализ - стрептотест. 3. Нарастание титра антител к антигенам стрептококка (АСЛО, антиДНКазы, антигиалуронидазы).

ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ОПК-8, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10

На приёме у врача-педиатра участкового мальчик 13 лет с жалобами на резкую, интенсивную боль в горле, першение, чувство инородного тела в области глотки, осиплость голоса, утром голоса не было, лающий, сухой кашель, не приносящий облегчения.

Из анамнеза известно, что мальчик заболел 2 дня назад, ребёнок учится по классу вокала в музыкальной школе.

Объективно: температура тела 37,7°C, голос осипший, дыхание свободное, ЧД – 18 в минуту, ЧСС – 82 ударов в минуту. Яркая гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки, гипертрофия лимфоидной ткани на ней. Нёбные миндалины I степени, розового цвета, в лакунах нет патологического содержимого. Кожные покровы чистые. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите тактику лечения.
5. Какова Ваша дальнейшая тактика наблюдения пациента? Обоснуйте Ваш выбор.

Эталон ответа к задаче №10

1. Острый фарингит. Острый ларингит.
2. Диагноз «острый фарингит» установлен на основании жалоб пациента на резкую, интенсивную боль в горле, першение, чувство инородного тела в области глотки, анамнеза (острое начало заболевания), объективных данных (яркая гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки, гипертрофия лимфоидной ткани на ней). Диагноз «острый ларингит» установлен на основании жалоб больного на осиплость голоса, переходящую в афонию, лающий, сухой кашель, не приносящий облегчения, анамнеза (острое начало), объективных данных (температура тела 37,7 °C, голос осипший, дыхание свободное, ЧД 18 в 1 минуту).
3. 1. Консультация врача-оториноларинголога (проведение ЛОР-осмотра, включающего непрямую ларингоскопию) для установки диагноза и согласования лечения.
2. Общий анализ крови для уточнения характера воспаления.
3. Мазок из глотки на микрофлору и её чувствительность к антибиотикам.
4. 1. Голосовой покой для уменьшения нагрузки на больной орган (гортань). 2. Орошение ротоглотки антисептическими растворами. 3. Обильное дробное тёплое питьё.
4. Механически, химически, термически щадящая диета. 5. Антибактериальная терапия при появлении признаков бактериальной инфекции. 6. Жаропонижающие препараты при повышении температуры выше 38,5 °C.
5. Учитывая занятия ребёнка вокалом в музыкальной школе и подростковый возраст (13 лет) с возможной мутацией голоса, пациенту необходимо наблюдение у врача-оториноларинголога-фониатра.

ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ОПК-8, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11

На приёме у врача-педиатра участкового мама с девочкой 9 лет с жалобами на сильные боли в горле, которые усиливаются при глотании, повышение температуры тела до 37,3°C, заложенность носа, выделения из носа слизистого характера.

Из анамнеза известно, что больна 2 дня. Не лечилась.

При осмотре: температура тела 37,3°C, ЧД – 24 в минуту, ЧСС – 82 ударов в минуту, переднешейные, подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 1,5 см, при пальпации безболезненные. Носовое дыхание затруднено, отделяемое из носа светлое слизистое. Яркая гиперемия нёбных миндалин с обеих сторон, нёбные миндалины отёчные, увеличены в размере до III степени, в лакунах нет патологического содержимого. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения данного пациента.
5. Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз в данной ситуации.

Эталон ответа к задаче №11

1. Двухсторонняя катаральная ангина. Острый ринит.
2. Диагноз «двухсторонняя катаральная ангина» установлен на основании жалоб больной на боли в горле, которые усиливаются при глотании, повышение температуры тела до 37,3 °С, объективных данных (температура тела 37,3 °С, яркая гиперемия нёбных миндалин с обеих сторон, нёбные миндалины отёчные, увеличены в размере до 3 степени, в лакунах нет патологического содержимого). Диагноз «острый ринит» установлен на основании жалоб больной: повышение температуры тела до 37,3 °С, заложенность носа, выделения из носа слизистого характера, анамнеза (больна 2 дня); объективных данных: температура тела 37,3 °С, носовое дыхание затруднено, отделяемое из носа светлое слизистое.
3. 1. Общий анализ крови для уточнения характера воспаления. Мазок из глотки на микрофлору и её чувствительность к антибиотикам для выявления возбудителя, проведения дифференциальной диагностики (вирусная, бактериальная). 3. Экспресс-диагностика: метод флюоресцирующих антител для лабораторного подтверждения вирусной этиологии заболевания.
4. 1. Обильное тёплое, дробное питьё. 2. Механически, химически, термически щадящая диета. 3. Орошение зева растворами антисептиков. 4. Топические назальные деконгестанты для уменьшения отёка в полости носа и улучшения носового дыхания.
5. Лакунарная ангина, фолликулярная ангина, острый фарингит, дифтерия глотки, инфекционный мононуклеоз.

ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ОПК-8, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12

На приёме у врача-педиатра участкового мама с 6-месячным мальчиком предъявляет жалобы на свистящий звонкий шум («петушинный крик»), который возникает во время вдоха при плаче ребёнка, в покое дыхание свободное, тихое, голос звонкий.

Из анамнеза известно, что ребёнок родился в срок, вес 3300 г, рост 56 см. Беременность и роды у матери 26 лет протекали без осложнений. Мальчик нормально развивается и набирает вес. Настоящие жалобы появились с рождения, неделю назад на фоне подъёма температуры до 37,5°C, со слов мамы, у ребёнка резались зубы, на высоте плача было затруднение вдоха с синюшным окрашиванием кожных покровов и западением мягких тканей в межрёберных промежутках грудной клетки при вдохе.

Объективно: состояние ребёнка удовлетворительное, температура тела 36,6°C, кожа розовая, дыхание свободное, в покое бесшумное, ЧД – 32 в минуту, пульс – 110 в минуту, голос звонкий. В момент плача появилось шумное дыхание на вдохе. При фарингоскопии: задняя стенка глотки розового цвета, нёбные миндалины I степени, в лакунах патологическое содержимое отсутствует. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Выберите тактику лечения ребёнка при такой патологии.
5. Назовите наиболее вероятные развития данной врожденной патологии.

Эталон ответа к задаче №12

1. Врожденный стридор. Ларингоспазм.
2. Диагноз «врожденный стридор» установлен на основании жалоб на свистящий звонкий шум («петушинный крик»), который возникает во время вдоха при плаче ребёнка, в покое дыхание свободное, тихое, голос звонкий; анамнеза (настоящие жалобы появились с рождения); объективных данных (состояние ребёнка удовлетворительное, температура тела 36,6 °C, кожа розовая, дыхание свободное, в покое бесшумное, ЧД 40 в 1 минуту, ЧСС 120 в 1 минуту, голос звонкий, в момент плача появилось шумное дыхание на вдохе). Диагноз «ларингоспазм» установлен на основании анамнеза: неделю назад на фоне подъёма температуры до 37,5 °C, со слов мамы, у ребёнка резались зубы, на высоте плача было затруднение вдоха с синюшным окрашиванием кожных покровов и западением мягких тканей в межрёберных промежутках грудной клетки при вдохе.

3. 1. Консультация врача-оториноларинголога для установки диагноза и выбора тактики лечения. 2. Ларингоскопия с помощью ларингоскопа с целью обнаружения патологии гортани. 3. Трахеобронхоскопия с целью обнаружения патологии трахеи и крупных бронхов.

4. Выбор метода лечения врождённого стридора зависит от причины, которая вызвала заболевание. При ларингомалиции (чрезмерная мягкость хрящей гортани) в большинстве случаев явления врождённого стридора уменьшаются к 6 месяцу жизни ребёнка, а исчезают полностью к 3 годам. Рекомендуются периодическое наблюдение у врача-оториноларинголога, специального лечения не проводится. В тяжёлых случаях и при наличии подскладкового сужения гортани, гемангиомы, папилломатоза приходится прибегать к оперативному лечению с использованием лазера.

5. Наиболее частая причина - ларингомалиция, которая часто встречается у недоношенных детей, у детей с гипотрофией, рахитом. Врождённый стридор возможен при врождённом параличе голосовых складок, подскладковом стенозе и врождённой рубцовой мембране гортани. А также: кисты гортани, подскладковая гемангиома, папилломатоз гортани, трахеомалиция. Врождённый стеноз трахеи. Сосудистое кольцо – аномальное расположение больших сосудов, которые могут вызывать сдавление трахеи.

ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ОПК-8, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13

На приёме у врача-педиатра участкового мальчик 14 лет с жалобами на затруднённое носовое дыхание через левую половину носа, выделения гнойного характера из левой половины носа и через носоглотку, головную боль в вечернее время, температуру тела 37,3–37,6°C.

Из анамнеза известно, что ребёнок страдает хроническим левосторонним гнойным верхнечелюстным синуситом, за последние 5 лет было 8 обострений, во время лечения выполняли пункции левой верхнечелюстной пазухи. 2 месяца назад ребёнок принимал цефалоспорины в течение недели. Оториноларингологом был поставлен диагноз искривление перегородки носа влево, дана рекомендация планового хирургического лечения – риносептопластики, от которой пациент и родители воздержались. Настоящие жалобы появились 2 дня назад.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, температура тела 37,3°C. ЧД – 20 в минуту, ЧСС – 78 ударов в минуту. Носовое дыхание затруднено через левую половину носа, с трудом мальчик высмаркивает гнойное отделяемое из левой половины носа. Пальпация передней стенки левой верхнечелюстной пазухи умеренно болезненная. При фарингоскопии: задняя стенка глотки розовая, по ней стекает гной, нёбные миндалины I степени, в лакунах патологический секрет отсутствует.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения.
5. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Эталон ответа к задаче №13

1. Обострение левостороннего хронического гнойного верхнечелюстного синусита. Искривление перегородки носа.

2. Диагноз установлен на основании жалоб больного на затруднённое носовое дыхание через левую половину носа, выделения гнойного характера из левой половины носа и через носоглотку, головную боль в вечернее время, температуру тела 37,3–37,6 °C, анамнеза заболевания (ребёнок страдает хроническим левосторонним гнойным верхнечелюстным синуситом последние 5 лет было 8 обострений, во время лечения выполняли пункции левой верхнечелюстной пазухи, усиление симптомов появилось 2 дня назад), объективных данных (температура тела 37,3 °C, носовое дыхание затруднено через левую половину носа, с трудом мальчик высмаркивает гнойное отделяемое из левой половины носа. Пальпация передней стенки левой верхнечелюстной пазухи умеренно болезненная, по задней стенке глотки стекает гной). Диагноз «искривление перегородки носа» установлен на основании жалоб пациента на затруднённое носовое дыхание через левую половину носа и анамнестических данных (диагноз установлен врачом-оториноларингологом).

3. Консультация врача-оториноларинголога для установки диагноза и определения тактики лечения больного. Рентгенография или компьютерная томография околоносовых пазух для визуализации состояния околоносовых пазух и полости носа. Общий анализ крови для определения характера воспаления. Мазок из левой половины носа на бактериологическое исследование и чувствительность к антибиотикам для назначения рациональной антибактериальной терапии.

4. 1. Антибиотики: макролиды. Выбор препарата из этой группы основан на информации об основных возбудителях хронического гнойного синусита и сведениях о приёме антибиотиков цефалоспоринового ряда 2 месяца назад. 2. Солевые растворы (стандартизированные) в полость носа в качестве элиминационной терапии. 3. Мукорегуляторы для улучшения дренажной функции. 4. Топические деконгестанты в

качестве разгрузочной терапии. 5. Топические назальные глюкокортикостероиды (Мометазона фуорат) в качестве противовоспалительной и противоотечной терапии.

5. 1. Наблюдение совместно с врачом-оториноларингологом. 2. Плановая риносептумпластика для восстановления носового дыхания и нормализации дренажной функции полости носа.

ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ОПК-8, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14

Родители с ребёнком 7 лет обратились к врачу-педиатру участковому по поводу покраснения и припухлости крыла носа.

Болеет 2 дня. Причины заболевания не знают. Мальчик часто руками травмирует слизистую носа.

Состояние пациента средней степени тяжести. Температура 37,5°C. Правое крыло носа гиперемировано, отечно. Глазное яблоко подвижно. В правой подчелюстной области пальпируется несколько болезненный, смещаемый лимфатический узел. Пальпация носа болезненна. При поднятии кончика носа на внутренней поверхности правого крыла видна конусовидная инфильтрация и гиперемия. При дотрагивании пуговчатым зондом отмечается резкая болезненность.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать поставленный Вами диагноз?
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Составьте план обследования пациента.
5. Составьте план лечения пациента.

Эталон ответа к задаче №14

1. Фурункул крыла носа в стадии инфильтрации.
2. Рожистое воспаление, абсцесс перегородки носа, карбункул.
3. Диагноз «фурункул крыла носа» установлен на основании: - данных анамнеза (ребёнок часто руками травмирует слизистую носа), - жалоб (покраснение и припухлости крыла носа), - данных объективного обследования (правое крыло носа гиперемировано, отечно, на внутренней поверхности правого крыла видна конусовидная инфильтрация и гиперемия, резкая болезненность при дотрагивании пуговчатым зондом). Стадия процесса установлена на основании данных осмотра (на внутренней поверхности правого крыла видна конусовидная инфильтрация и гиперемия).
4. ОАК, ОАМ, консультация врача-оториноларинголога, глюкоза крови, мазок из носа на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.
5. 1. Мазевая повязка на область фурункула с антибактериальной мазью. 2. При абсцедировании – вскрытие и дренирование. 3. Антибактериальная терапия. 4. Динамическое наблюдение.

ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ОПК-8, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15

На приёме у врача-педиатра участкового мама с ребёнком в возрасте 6 лет с жалобами на боль в правом ухе, понижение слуха, насморк, повышение температуры до 37,7°C и общее недомогание.

Ребёнок заболел 3 дня назад после переохлаждения.

Объективно: гиперемия слизистой оболочки полости носа, слизистое отделяемое в общих носовых ходах, визуально слуховые проходы чистые, без патологических изменений. Осмотрен оториноларингологом: уши: AD – гиперемия барабанной перепонки в верхних отделах, сглаженность контуров молоточка, отсутствие светового рефлекса, отделяемого в слуховом проходе нет, AS – норма. ШР AD – 3 м, AS – 6 м.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание уха?
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Составьте план лечения пациента.
5. Составьте план реабилитации пациента.

Эталон ответа к задаче №15

1. Острый ринит. Острый средний отит справа, катаральная стадия.
2. Острый наружный отит, фурункул слухового прохода, экссудативный средний отит.
3. Диагноз «острый ринит» установлен на основании: - анамнеза (болеет 3 сутки, заболел после переохлаждения), жалоб (насморк), - осмотра (гиперемия слизистой оболочки полости носа, слизистое отделяемое в общих носовых ходах). Диагноз острого среднего отита установлен на основании: - жалоб (боль в ухе, снижение слуха), - данных осмотра (AD - гиперемия барабанной перепонки в верхних отделах, сглаженность контуров молоточка, отсутствие светового рефлекса, отделяемого в слуховом проходе нет). Катаральная стадия установлена на основании данных осмотра (AD - гиперемия барабанной перепонки в верхних отделах, сглаженность контуров молоточка, отсутствие светового рефлекса, отделяемого в слуховом проходе нет).
4. 1. Сосудосуживающие препараты в нос. 2. Интраназальные антисептики/антибиотики. 3. Местная обезболивающая терапия (Опакс, Отинум). 4. Жаропонижающие препараты (по показаниям).
5. 1. Вакцинация от пневмококковой и гемофильной инфекции, как основных возбудителей острых средних отитов у детей. 2. Закаливающие процедуры для профилактики острых респираторных инфекций.

ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ОПК-8, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16

На амбулаторном приёме девочка В. 6 месяцев. Жалобы родителей на приступ судорог, сопровождающийся остановкой дыхания и цианозом.

Из анамнеза известно, что семья месяц назад переехала из Мурманской области. Беременность протекала гладко, на учёт в женской консультации мама встала при сроке беременности 30 недель. Роды в 34 недели. Витамин Д ребёнку стали давать 2 недели назад (по 5 капель), по рекомендации врача мама с ребёнком гуляют на свежем воздухе около 2 часов. На искусственном вскармливании с рождения, получает адаптированную молочную смесь, из продуктов прикорма – безмолочные манная и рисовая каши. Накануне вечером после купания девочка была беспокойна, внезапно ребёнок посинел, произошла остановка дыхания, потеря сознания, появились судороги, продолжавшиеся около 3 минут.

При осмотре врачом-педиатром участковым девочка в сознании, активно сопротивляется, кричит. Температура тела 36,6°C, кожа и видимые слизистые бледные, чистые. Выраженная влажность головки. Большой родничок 2,5×3,5 см, не выбухает, края податливые, выраженные лобные бугры. Увеличение передне-заднего размера грудной клетки, выражена гаррисонова борозда. Мышечный тонус снижен. Кисти рук и стопы

холодные, влажные. Симптомы Хвостека, Труссо - положительные. ЧД – 36 в минуту. Над легкими аускультативно дыхание пуэрильное. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС – 110 в минуту. Живот мягкий, увеличен в размере, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень на 2,0 см ниже реберного края. Селезёнка не пальпируется. Менингеальных, общемозговых и очаговых симптомов не выявляется. Стул и мочеиспускание не нарушены. При осмотре внезапно наступила остановка дыхания, появился диффузный цианоз, потеря сознания. Затем возникли судороги тонического характера с распространением их сверху вниз: лицевой мускулатуры, затем рук и ног. Тонические судороги сменились клоническими, дыхание стало храпящим. Через 2 минуты судороги спонтанно прекратились, ребёнок пришел в сознание и уснул.

В общем анализе крови: Нв - 119 г/л, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л, Ц. п. - 0,91, лейкоциты - $7,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 22%, эозинофилы - 4%, лимфоциты - 63%, моноциты - 8%, СОЭ - 15 мм/час. В общем анализе мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1010, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь - немного. В биохимическом анализе крови: общий белок - 64 г/л, мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,5 ммоль/л, калий - 4,1 ммоль/л, натрий - 136 ммоль/л, кальций ионизированный - 0,6 ммоль/л, кальций общий - 1,7 ммоль/л, фосфор - 0,6 ммоль/л, ЩФ – 620 Ед/л, АлТ - 25 Ед/л, АсТ - 29 Ед/л, серомукоид - 0,180.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие неотложные мероприятия необходимо провести этому ребёнку при судорогах?
4. Ваши рекомендации по вскармливанию этого ребёнка.
5. План диспансерного наблюдения на участке.

Эталон ответа к задаче №16

1. Явная спазмофилия. Эклампсия. Рахит, период разгара, острое течение, средней (II) тяжести.

2. Диагноз «спазмофилия (эклампсия)» выставлен на основании жалоб родителей на приступ судорог, сопровождающийся остановкой дыхания и цианозом, данных анамнеза (последние 2 недели ребёнок стал получать 2000 МЕ витамина Д, активно гулять на свежем воздухе (фактор инсоляции), получает неполноценное вскармливание), данных объективного осмотра (клинические признаки активного рахита, судороги тонического характера с распространением их сверху вниз, сменяющиеся клоническими судорогами, спонтанное прекращение судорожного синдрома через несколько минут, положительные симптомы Хвостека, Труссо), лабораторных данных (снижение ионизированного кальция). Диагноз «рахит» выставлен на основании данных анамнеза (беременность матери и первые 5 месяцев жизни ребёнка протекали в условиях сниженной инсоляции (проживание в Северном регионе), профилактика рахита во время беременности не проводилась (мама ребёнка поздно встала на диспансерный учёт), профилактически витамин Д ребёнок не получал, ранний перевод на искусственное вскармливание, позднее введение прикорма, использование крупяного прикорма), данных объективного осмотра (размягчение краёв родничка, выраженные лобные бугры, «килевидная» грудная клетка, гаррисонова борозда, мышечная гипотония, гипергидроз), данных лабораторного исследования (гипокальциемия, гипофосфатемия, повышение щёлочной фосфатазы).

3. На фоне судорожного синдрома: в/м Седуксен 0,5% р-р – 0,1 мл/кг; ингаляции увлажнённого кислорода. После окончания приступа судорог: в/в Кальция глюконат 10% – 1-1,5 мл/кг, развести в 50 мл 0,9% раствора Натрия хлорида или 5% раствора Глюкозы; Магния сульфат 25% – 0,4 мл/кг; госпитализация.

4. Включить в меню: кисломолочные продукты (творог 50 г, кефир 150 г); продукты, имеющие щелочные валентности (овощные пюре); желток. Уменьшить в рационе объем злаковых продуктов и исключить манную крупу.

5. Длительность диспансерного наблюдения – 3 года. Учитывая развитие спазмофилии у ребенка с рахитом – в периоде разгара осмотр врача-педиатра участкового – 1 раз в 2 недели, в периоде реконвалесценции врача- педиатра участкового – 1 раз в месяц, остальные специалисты – в декретированные сроки. Общий анализ крови и мочи – ежеквартально, биохимия крови (кальций, фосфор, ЩФ) – 2 раза в год.

ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ОПК-8, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №17

На амбулаторном приеме девочка 7 месяцев. Жалобы мамы на снижение аппетита, вялость, частый жидкий стул.

Из анамнеза: ребенок от I беременности на фоне анемии, физиологических срочных родов, родилась с массой тела 3200 г, ростом - 51 см. На искусственном вскармливании с 2 мес. Первый прикорм введен в 4 месяца – овсяная каша. В настоящее время: прием пищи 5 раз в сутки, ежедневно получает молочную адаптированную смесь, овощное пюре, каши, творог. Приблизительно месяц назад появился жидкий стул до 5-6 раз в сутки, обильный со слизью, без повышения температуры. По назначению врача в течение 2 недель получала со сменой антибактериальные препараты (энтерофурил, ампициллин), смекту, бифидумбактерин без эффекта.

Объективно: состояние средней тяжести. Девочка вялая, капризная. Масса тела – 7300 г, рост – 69 см. Кожные покровы бледные, чистые, сухие, трещины в углах рта. Конечности худые. Подкожно-жировая клетчатка на животе – 1,0 см, тургор умеренно снижен. В легких – дыхание пуэрильное. ЧД - 32 ударов в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, короткий, «дующего» тембра, систолический шум на верхушке, ослабевающий в вертикальном положении. Язык «географический», у корня обложен налетом. Живот увеличен в объеме, мягкий, при пальпации отмечается урчание. Печень на 2 см ниже края ребра, селезенка не пальпируется. Стул до 6 раз в сутки, светло-желтого цвета, обильный, жидкий, пенистый со слизью. Мочеиспускание не нарушено. В общем анализе крови: Нв - 92 г/л, эритроциты – $3,7 \times 10^{12}/л$, Ц. п. - 0,75, лейкоциты – $6,4 \times 10^9 /л$, палочкоядерные- 4%, сегментоядерные - 30%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 58%, моноциты - 6%, СОЭ - 15 мм/час. В общем анализе мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1012, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, слизь - немного. В биохимическом анализе крови: общий белок - 62 г/л, холестерин - 3,5 ммоль/л, АлТ - 21 Ед/л, АсТ - 19 Ед/л, сывороточное железо – 6,3 ммоль/л, ферритин – 15 мкг/л. Серологическое исследование на тканевую транслугтаминазу: Анти IgA – 38 AU/мл; Анти IgG – 10 AU/мл.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какое лечение необходимо назначить?
5. Какова продолжительность и схема диспансерного наблюдения на участке

Эталон ответа к задаче №17

1. Основной: Целиакия, типичная форма, активный период. Осложнения: Белково-энергетическая недостаточность I степени. Железодефицитная анемия I степени.

2. Диагноз «целиакия» выставлен на основании жалоб на снижение аппетита, частый жидкий стул, данных анамнеза (появление диареи в 6 месяцев через 2 месяца после введения злаковых продуктов в питание, диарейный синдром без температуры,

неэффективность антимикробной терапии), данных клинического осмотра (живот увеличен в объёме, при пальпации отмечается урчание, стул до 6 раз в сутки, обильный, жидкий, пенистый, со слизью, снижение тургора тканей), данных лабораторного исследования (обнаружение в крови антител к тканевой транслугтаминазе). Диагноз «железодефицитная анемия» выставлен на основании жалоб (снижение аппетита, вялость), данных анамнеза (ребёнок от беременности на фоне анемии, на искусственном вскармливании с 2 мес.), данных объективного осмотра (вялая, капризная, наличие сидеропенического синдрома: кожа бледная, сухая, трещины в углах рта, язык «географический», функциональный систолический шум), лабораторных данных (снижение гемоглобина, цветового показателя, снижение сывороточного железа и ферритина). Диагноз «белково-энергетическая недостаточность» выставлен на основании дефицита массы тела 12%.

3. Для подтверждения целиакии до назначения лечебной диеты ребёнку необходимо дополнительно провести: определение общего уровня IgA; определение уровня IgA и IgG к глиадину; определение антител к эндомизию и ретикулину; генетическое типирование при невозможности генетического типирования; эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС); морфологическое исследование биоптатов из луковицы и нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки. Вспомогательные методы: копрограмма; УЗИ внутренних органов.

4. Лечение целиакии и белково-энергетической недостаточности: увеличить число кормлений до 6 раз в сутки, скорректировав разовый объём пищи; исключить из питания продукты, содержащие глютен (рожь, пшеницу, ячмень, овёс); использовать только аглютеновые каши (рис, гречка, кукуруза); назначить микрокапсулированные ферментные препараты на 2-3 недели; с целью коррекции дисбиоза кишечника назначить препараты бифидо- и лактобактерий. Лечение железодефицитной анемии: ввести в питание ребёнка мясное пюре; назначить препараты железа из расчёта 5-8 мг/кг (элементарного железа) в сутки в 3 приёма; после нормализации Нв – уменьшить дозу препарата железа на 50% и продолжить приём до нормализации уровня ферритина.

5. Продолжительность наблюдения по целиакии – пожизненно. Кратность наблюдения врача-гастроэнтеролога: в течение первых двух лет - 2 раза в год, с 3 года наблюдения при условии установления стойкой ремиссии и регулярных достаточных весоростовых прибавок – 1 раз в год. Обследование в ходе диспансерного наблюдения: опрос, осмотр, измерение роста и массы. Дополнительные методы исследования: копрограмма; клиническое исследование крови; биохимическое исследование крови (общий белок, печёночные пробы, глюкоза, кальций, фосфор, железо, холестерин, триглицериды); УЗИ органов пищеварения и щитовидной железы, у девочек старше 12 лет - УЗИ органов малого таза, денситометрия поясничного отдела позвоночника; серологическое (IgG, IgA, анти-ТТГ, AGA) - 1 раз в год; через год и при ухудшении - ЭФГДС с биопсией.

ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ОПК-8, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18

На дому осмотрен мальчик М. 11 лет с жалобами на боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях.

Из анамнеза известно, что 1,5 месяца назад мальчик перенес лакунарную ангину, по поводу чего получал в/м пенициллин. Через 2 недели после выздоровления ребёнок впервые заметил на коже нижних конечностей мелкоточечную сыпь, мама давала антигистаминные препараты – без эффекта, через неделю появились боли и припухлость в левом коленном и левом голеностопном суставах. У мальчика аллергия на мёд, цитрусовые, клубнику. Папа ребёнка страдает бронхиальной астмой.

При осмотре состояние ребёнка средней тяжести. Сознание ясное, контактный. Двигательная активность ограничена в связи с болями в суставах. На коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, симметричная, местами сливная красновато-синюшная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи. Левый коленный и левый голеностопный суставы отёчны, болезненны при пальпации и движении, горячие на ощупь, над ними геморрагическая сливная сыпь. Дыхание аускультативно везикулярное. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД – 110/70 мм рт. ст. Зев розовой окраски, миндалины гипертрофированы, розовые, чистые. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень, селезёнка не пальпируются. Стул, со слов, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Мочится хорошо, моча светлая.

Общий анализ крови: Нв -128 г/л, эритроциты - $3,9 \times 10^{12}$ /л, Ц. п. - 0,98, тромбоциты - 495×10^9 /л, лейкоциты - $12,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 62%, эозинофилы - 2%, лимфоциты -22%, моноциты - 6%, СОЭ - 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, альбумины – 48%, мочевины - 3,8 ммоль/л, креатинин - 69 мкмоль/л, билирубин общий – 18,6 мкмоль/л, АсТ-29 Ед/л, АлТ-32 Ед/л, фибриноген – 5 г/л. Общий анализ мочи: цвет - соломенно-жёлтый, относительная плотность - 1012, белок отсутствует, эпителий - 0-1 в п/з, лейкоциты -2-1 в п/з, эритроциты -5-8 в п/з, цилиндры отсутствуют. Проба Нечипоренко: лейкоциты – 1000 в 1 мл; эритроциты – 2500 в 1 мл, цилиндры – нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какое лечение необходимо ребёнку, включая режим и диету?
5. Укажите продолжительность и кратность диспансерного наблюдения больного на участке.

Эталон ответа к задаче №18

1. Геморрагический васкулит, активная фаза, смешанная форма с поражением почек (кожный, суставной, почечный синдромы), среднетяжёлая степень тяжести, острое течение.

2. Диагноз «геморрагический васкулит» выставлен на основании жалоб больного на боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление сыпи на нижних конечностях, данных анамнеза (за 2 недели перенёс лакунарную ангину, начало заболевания с появления сыпи на нижних конечностях, появление суставного синдрома на фоне кожного геморрагического, отягощённый аллергологический анамнез и генеалогический анамнез по аллергическим заболеваниям), данных объективного осмотра (на коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, симметричная, местами сливная геморрагическая сыпь, выступающая над поверхностью кожи, картина артрита левого коленного и голеностопного суставов), данных лабораторных исследований (наличие неспецифических признаков воспаления - тромбоцитоз, умеренный нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, ускорение СОЭ, диспротеинемия, гиперфибриногенемия). Поражение почек без нарушения функции диагностируется на основании лабораторных данных (микрогематурия, нормальные показатели азотовыделительной функции почек).

3. Дополнительные исследования: иммунограмма (определение ЦИК, система комплемента, Ig); определение С-реактивного белка; определение титра антител к стрептококку АСЛ-О; определение антигена фактора Виллебранда; коагулограмма (время свёртывания крови, тромбиновое и парциальное тромбопластиновое время); проба Зимницкого; определение клубочковой фильтрации (КФ); УЗИ брюшной полости и

забрюшинного пространства; мазок из зева и носа на β -гемолитический стрептококк; кал на яйца глист и цисты лямблий.

4. Госпитализация. Постельный режим на 2-3 недели. Гипоаллергенная диета. Антиагреганты (Дипиридамо́л). Антикоагулянты (Гепарин под контролем коагулограммы).

5. Диспансеризация в течение 5 лет: врач-педиатр, врач-ревматолог – первый год – 1 раз в квартал, далее – 2 раза в год, врач-нефролог – первое полугодие – ежемесячно, второе полугодие – ежеквартально, далее – 2 раза в год, ЛОР-врач и стоматолог – 2 раза в год (санация хронических очагов инфекции).

ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ОПК-8, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19

На приеме девочка 12 лет с жалобами на боли в животе, в области эпигастрия, вокруг пупка, возникающие натощак, через 2 часа после приёма пищи, ночные, изжогу, отрыжку воздухом.

Из анамнеза. Ребёнок от второй беременности, протекавшей гладко, без осложнений, вторых срочных самостоятельных родов. Масса при рождении 3200 г, рост 55 см. Развивалась физиологично, гармонично. Привита в соответствии с календарём профилактических прививок. Учится в школе с интенсивным изучением иностранных языков, посещает кружок танцев, шахматы. У бабушки по материнской линии - гипертоническая болезнь, у дедушки по отцовской линии - хронический холецистит, у отца - язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки. Первые симптомы заболевания появились 5 месяцев назад, постепенно участились, приняли интенсивный характер. Амбулаторно получала лечение алмагель, мезим форте с непродолжительным положительным эффектом.

При осмотре: рост 140 см, масса 40 кг. Кожные покровы чистые, выражена потливость ладоней и стоп, красный живой, стойкий, разлитой дермаграфизм. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Дыхание над лёгкими везикулярное. Хрипов нет. ЧДД - 20 в 1 минуту. Тоны сердца средней звучности, ясные, дыхательная аритмия. ЧСС - 62-80 в 1 минуту. АД - 95/60 мм рт. ст. Язык обложен неплотным налётом белого цвета. Живот не вздут, мягкий, болезненный в области эпигастрия, проекции пилорoduоденальной зоны. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, край закруглен. Симптомы холепатии (Мерфи, Ортнера, Кера) положительные. Стул 1 раз в день, оформленный. По другим органам – без патологии.

Общий анализ крови - эритроциты - $4,61 \times 10^{12}/л$, Нв - 125 г/л, Нт - 37,6, лейкоциты - $7,3 \times 10^9 /л$, эозинофилы - 3%, п/я - 2%, с/я - 48%, лимфоциты - 40%, моноциты - 7%, СОЭ - 7мм/ч. Биохимический анализ крови – АлТ - 19 Ед/л, АсТ - 19 Ед/л, об. белок - 70 г/л, α -амилаза - 29 е/л, об. билирубин - 14,2 мкмоль/л, пр. билирубин - 1,4 мкмоль/л, ЩФ - 460 ед. (норма 380 ед.). Общий анализ мочи - кол-во - 40,0 мл, цвет - св. желтый, прозрачность полная, уд. вес - 1007, белок - нет, эп. клетки 1-0-1 в п/зр., лейкоциты 1-2 в п/зр., эр. - 0, соли - оксалаты, слизь - отр., бактерии - отр. ФЭГДС: слизистая пищевода розовая. Слизистая желудка во всех отделах и слизистая луковицы гиперемирована, гипертрофирована, в просвете желудка умеренное количество мутной желчи. Слизистая двенадцатиперстной кишки гиперемирована, гипертрофирована, на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки язвенный дефект 0,6×0,5см, покрытый грязно-серым фибриновым налётом, окруженный венчиком гиперемии, Нр (+++). УЗИ: печень - контур ровный, чёткий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная, сосуды не расширены. Желчный пузырь - 60×20мм (норма 53×22мм), деформирован перегибом в средней трети тела, стенки не уплотнены, содержимое неоднородное. Поджелудочная железа - контур ровный, четкий, размеры – головка – 18 мм (норма), тело

- 15 мм (норма), хвост - 19 мм (норма), эхоструктура паренхимы однородная, селезёнка - контур ровный, чёткий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какое лечение необходимо назначить?
5. Какова продолжительность и схема диспансерного наблюдения на участке?

Эталон ответа к задаче №19

1. Основной диагноз: «язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки», впервые выявленная, неосложнённая, фаза обострения. Сопутствующий диагноз «хронический гастродуоденит»: гипертрофический гастрит, гипертрофический дуоденит, Нр-позитивный, дуодено-гастральный рефлюкс. Дисфункция билиарного тракта.

2. Диагноз «язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки», впервые выявленная, неосложнённая, фаза обострения выставлен на основании жалоб на голодные, ночные боли в животе, изжогу, отрыжку, данных анамнеза (наследственный анамнез отягощён по материнской и отцовской линии, указанные жалобы беспокоят в течение 5 месяцев, амбулаторно не обследовалась, получала симптоматическое лечение без положительного эффекта), объективного осмотра (выражена потливость конечностей, красный разлитой стойкий дермографизм, язык обложен, болезненность при пальпации в области проекции пилорoduodenальной зоны), результатов эндоскопического исследования (язвенный дефект слизистой диаметром 0,6-0,5 см, покрытый бело-серым налётом фибрина, окружённый венчиком гиперемии). Диагноз «хронический гастродуоденит»: гипертрофический гастрит, гипертрофический дуоденит, Нр-позитивный, дуодено-гастральный рефлюкс выставлен на основании жалоб на боли в животе, диспепсические расстройства (изжогу, отрыжку), данных объективного осмотра (болезненность при пальпации живота в области эпигастрия и проекции пилорoduodenальной зоны); результатов ФЭГДС (гиперемия и гипертрофия слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки). Диагноз «дисфункция билиарного тракта» выставлен на основании результатов объективного осмотра (печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см, край закруглён, положительные симптомы холепатии), результатов параклинического исследования (в общем анализе крови без признаков воспаления; в биохимическом анализе крови повышение активности щёлочной фосфатазы; отсутствие признаков цитолиза).

3. Для подтверждения патологии гастродуоденальной зоны: анализ крови на группу и резус фактор; биохимический анализ крови (общий белок, протеинограмма, сывороточное железо); анализ кала на скрытую кровь; копрограмма; дыхательный тест на Нр; гистоморфологическое исследование биоптатов слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки; рентгенологическое исследование желудка с барием; интрагастральная рН-метрия; внутрипищеводная рН-метрия. Для дообследования по поводу патологии билиарного тракта: биохимический анализ крови (протеинограмма, холестерин); кал на яйца глист и цисты лямблий. В связи с аритмией: ЭКГ.

4. Диетотерапия – стол 1а-1б-1 (по 2 недели); эрадикационная терапия (ингибитор протонной помпы + Амоксицилин + Джозамицин) - 10 дней; гастропротекторы - Висмута трикалия дицитрат (Де-нол); прокинетики - Тримебутин (Тримедат), Домперидон (Мотилиум).

5. Диспансерное наблюдение до перевода во взрослую сеть. Кратность осмотров: врач-педиатр – 1 раз в 3 месяца; врач-гастроэнтеролог – 1 раз в 3 месяца; врач-невролог – по показаниям. Оценка эффективности эрадикационной терапии – через 6 нед. после окончания курса антихеликобактерной терапии неинвазивными методами. ЭГДС – 2 раза в год. рН-метрия – 1 раз в год. УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы – 1

раз в 6 мес. для исключения сопутствующей патологии. Клинический анализ крови, анализ кала на скрытую кровь – по показаниям. Перечень противорецидивных и реабилитационных мероприятий: Диета – стол № 1 - 3 нед., далее №15. Противорецидивная и симптоматическая терапия – не реже 2-3 раз в год в течение 1-1,5мес (антациды, ИПП, Н2 – блокаторы гистаминовых рецепторов (при невозможности приёма ИПП), коррекция биоценоза). При наличии хеликобактериоза – повторные курсы эрадикации Нр в течение 10-14 дней с заменой препаратов. Курс минеральных вод, фитотерапия – 2 раза в год по 3-4 нед. Физиотерапия – 2 раза в год. ЛФК – Группа по физкультуре – специальная. Профилактические прививки – по эпидемиологическим показаниям.

ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ОПК-8, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20

На приеме мальчик 13 лет с жалобами на повышение температуры тела, боли в животе, тошноту, однократную рвоту.

Из анамнеза. Ребёнок от I беременности, протекавшей на фоне токсикоза в I триместре, нефропатии беременных, срочных физиологических родов. Масса при рождении 3200 г, рост 52 см. Развивался соответственно возрасту. Привит по календарю. Посещает спортивную секцию футбола. Болен 3-й день. Накануне заболевания тренировался в холодную погоду на улице. Заболевание началось остро, с повышения температуры, на второй день присоединились боли в животе, тошнота. Лечились самостоятельно - жаропонижающие препараты, без эффекта

Объективно. Состояние средней тяжести. Температура тела 38,4°C. Кожные покровы чистые с мраморным рисунком, горячие на ощупь, на щеках яркий румянец, выражены «тени» под глазами. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Периферические лимфатические узлы (подчелюстные, подмышечные, паховые) 0,7см, единичные, плотно-эластической консистенции, кожа над ними не изменена. Зев розовый. Язык у корня обложен неплотным налетом белого цвета. Над легкими перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно - везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД - 28 в 1 минуту. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца средней звучности, ритм сохранен, на верхушке - короткий систолический шум дующего тембра. ЧСС - 92 в 1 минуту. Живот умеренно вздут. Отмечается умеренно выраженная болезненность в области левого подреберья. Печень не пальпируется. Пузырные симптомы (Мэрфи, Кера, Ортнера) слабо положительные, остальные отрицательные. Область почек на глаз не изменена. Симптом поколачивания положительный слева. Стул за сутки 1 раз, оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание 7 раз в сутки, безболезненное, средними порциями. Очаговой неврологической симптоматики нет.

Общий анализ крови - эритроциты - $4,7 \times 10^{12}/л$, Нв - 137 г/л, цв. пок. - 0,87, лейкоциты - $15,8 \times 10^9 /л$, э - 0, палочкоядерные- 13%, сегментоядерные - 66%, моноциты - 6, лимфоциты - 15%, СОЭ - 27мм/ч. Биохимический анализ крови: об. белок - 80 г/л, билирубин общий - 18,5 мкмоль/л, прямой - 2,7 мкмоль/л, АлТ - 22 Ед/л, АсТ - 29 Ед/л, щелочная фосфатаза - 150 ед/л. Общий анализ мочи: кол-во - 80,0 мл, цвет - желтый, уд. вес. - 1,028, белок - 0,09 г/л, сахар - отр., лейкоциты - сплошь в п/зр, эритроциты - 0-1 в п/зр., соли мочевой кислоты – ед., бактерии - большое количество, слизь - ++. УЗИ внутренних органов: печень не выступает из-под края рёберной дуги, эхоструктура паренхимы однородная, сосудистый рисунок сохранён, желчный пузырь – 72x14мм (норма 52x13мм), деформирован, стенки тонкие, содержимое неоднородное; поджелудочная железа - размеры – головка 10 мм x 10 мм x 13 мм (норма), контур ровный, четкий, эхоструктура паренхимы однородная; селезёнка - без видимой патологии; почки - расположение типичное, подвижность сохранена, контуры ровные, чёткие, левая

125х50мм (норма 95х37мм), паренхима не истончена – 20 мм, правая 98х36мм (норма 94х38мм), паренхима не истончена - 22 мм, эхоструктура паренхимы однородная, слева лоханка расширена. Мочеточники не визуализируются. Мочевой пузырь - симметрия сохранена, стенка не утолщена, содержимое без осадка.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз
3. Составьте план дополнительного обследования больного.
4. Какое лечение необходимо назначить больному?
5. Какова продолжительность и схема диспансерного наблюдения на участке?

Эталон ответа к задаче №20

1. Основной диагноз «пиелонефрит, активная фаза, острое течение». Сопутствующий: «дисфункция билиарного тракта».

2. Диагноз «пиелонефрит, активная фаза, острое течение» выставлен на основании жалоб (повышение температуры тела, боли в животе, тошноту, однократную рвоту); данных анамнеза (заболевание началось остро, после переохлаждения); данных объективного осмотра (выражены симптомы интоксикации - температура тела 38,4 °С, мраморный рисунок кожи, выражены «тени» под глазами; живот при пальпации болезненный в левом подреберье, симптом поколачивания положительный слева); данных параклинического обследования (в общем анализе крови - лейкоцитоз, нейтрофилёз, палочкоядерный сдвиг, ускоренное СОЭ; результатов УЗИ внутренних органов - увеличение размеров левой почки, расширение и слоистость лоханки слева, подозрение на удвоение левой почки). Диагноз «дисфункция билиарного тракта» выставлен на основании данных объективного осмотра (положительные пузырьные симптомы), результатов параклинического исследования (на УЗИ внутренних органов деформация, увеличение размеров, тонкие стенки, неоднородное содержимое желчного пузыря).

3. Для подтверждения и уточнения диагноза «пиелонефрит, активная фаза, острое течение» ребёнку необходимо дополнительно провести: биохимический анализ крови (протеинограмма, креатинин, мочевины, электролиты); определение скорости клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции (проба Реберга); анализ мочи по Нечипоренко; анализ мочи по Зимницкому; анализ мочи на суточный белок; посев мочи на стерильность, степень бактериурии, антибиотикочувствительность. После стихания процесса: экскреторная урография; микционная цистоуретрография. Для подтверждения диагноза «дисфункция билиарного тракта» ребёнку необходимо дополнительно провести: копрограмма; УЗИ поджелудочной железы, желчного пузыря с определением его функции.

4. Лечение пиелонефрита: госпитализация (выраженный интоксикационный синдром, сопутствующая патология); постельный режим; стол № 5, обильное питьё; антибиотикотерапия длительностью 10-14 дней препараты выбора - защищённые пенициллины (Амоксициллин+Клавулоновая кислота – 60-90 мг/кг/сут.) внутрь, при непереносимости – цефалоспорины II-III поколения; пробиотики (по показаниям). После стихания процесса (с 11 дня терапии): уросептики (Фурагин, Фурамаг), 4 недели витамин В6, Магне В6. Для лечения дисфункции билиарного тракта: желчегонные препараты (препараты урсохолодксовой кислоты).

5. Продолжительность диспансерного наблюдения за ребёнком, перенёвшим острый пиелонефрит - 5 лет. кратность наблюдения врача-педиатра - 1 раз в месяц в течение первых 6 месяцев, далее 1 раз в 3 месяца в течение 6 месяцев, далее 1 раз в 6 месяцев. врача-нефролога - 1 раз в 12 месяцев, и по показаниям; врача-стоматолога и ЛОР-врача - 2 раза в год; анализы мочи - 1 раз в 10 дней 3 месяца, далее 1 раз в месяц в течение года, затем 1 раз в 3 месяца и при интеркуррентных заболеваниях; посевы на флору - при появлении лейкоцитурии более 10 в поле зрения и/или немотивированном подъёме

температуры без катаральных явлений; анализы по Нечипоренко - перед каждым осмотром врача-педиатра; биохимический анализ крови (креатинин, мочеви́на) - 1 раз в 6 мес.; проба по Зимницкому, определение клиренса эндогенного креатинина - 1 раз в год; УЗИ почек и мочевого пузыря - 1 раз в год.

ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ОПК-8, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №21

К врачу-педиатру участковому обратилась девочка 14 лет с жалобами на периодически возникающие боли в области сердца колющего характера в состоянии покоя до 2-3 минут, купируются самостоятельно или после приема корвалола, чувство нехватки воздуха, утомляемость, которая требует почти ежедневного дневного сна после занятий в школе. При дополнительном расспросе выяснились наличие плохой переносимости автотранспорта, душных помещений, головокружений при быстром вставании из горизонтального положения. Головные боли редко, преимущественно к вечеру, купируются после приема анальгетиков (нурофен) или самостоятельно после отдыха. Синкопе отрицает.

Анамнез заболевания: данные жалобы появились впервые около года назад после развода родителей. В это время ухудшилась успеваемость и начались конфликты с одноклассниками. Кардиалгии за последний месяц участились до 2-3 раз в неделю. Из анамнеза жизни: девочка росла и развивалась без особенностей. На диспансерном учёте не состояла. Мать ребенка страдает нейроциркуляторной дистонией, у бабушки по линии матери - гипертоническая болезнь.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура нормальная. Девочка астенического телосложения. Кожа физиологической окраски, на лице угревая сыпь. Красный стойкий дермографизм. Отмечается гипергидроз подмышечных впадин, кистей рук и стоп. Конечности холодные. Катаральных явлений нет. В лёгких дыхание везикулярное, ЧДД 18 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. При аускультации в положении лёжа тоны сердца звучные, умеренная дыхательная аритмия, ЧСС 60 в минуту. В положении стоя тоны ритмичные, ЧСС 92 в минуту, сердечные шумы не выслушиваются. Пульс на лучевых артериях удовлетворительного наполнения, симметричный на обеих руках. Периферическая пульсация на нижних конечностях сохранена. АД 90/50 мм рт.ст. на обеих руках. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Периферических отёков нет. Нарушений стула, дизурических расстройств со слов пациентки не отмечается.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Определите дальнейшую тактику врача-педиатра участкового.
4. Дайте рекомендации по лечению пациентки.
5. Какова дальнейшая тактика ведения пациентки?

Эталон ответа к задаче №21

1. Синдром вегетативной дисфункции по ваготоническому типу, перманентное течение, средней степени тяжести. Кардиалгии.
2. Диагноз «синдром вегетативной дисфункции по ваготоническому типу, перманентное течение, средней степени тяжести» установлен на основании жалоб пациентки (кардиалгии, чувство нехватки воздуха, утомляемость, плохую переносимость автотранспорта, душных помещений, головокружения при быстром вставании из горизонтального положения), данных клинического осмотра (наличие красного стойкого дермографизма, гипергидроза, гипотермии дистальных отделов конечностей, дыхательной

аритмии, артериальной гипотензии), анамнестических данных (связь появления указанных жалоб с неблагоприятной семейной ситуацией, стрессом, испытываемым в школе, возраст дебюта – пубертат, учащение указанных жалоб за последний месяц, отягощённый наследственный анамнез по НЦД и ГБ).

3. Госпитализация не показана, так как нет клинических признаков острой недостаточности кровообращения и других жизнеугрожающих состояний. Обследование пациентки в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара для уточнения диагноза.

4. Немедикаментозные методы лечения: нормализация образа жизни, режима дня; контрастный душ; регулярные физические нагрузки, в школе занятия физкультурой в подготовительной группе или в основной группе без участия в соревнованиях. Медикаментозная терапия (курсовое лечение): растительные психостимуляторы; ноотропы со стимулирующим эффектом; при кардиалгиях: седативные средства.

5. Дальнейшая тактика ведения пациентки: постановка на диспансерный учёт врачом-педиатром участковым; наблюдение 1 раз в 6 мес. с учётом переходных сезонов (весна, осень); контроль ЭКГ, КИГ 1 раз в год, ЭхоКГ – по показаниям; курсы медикаментозной терапии 2 раза в год, немедикаментозные методы лечения; консультация психолога; консультации специалистов по показаниям (детский врач-кардиолог, врач-невролог, врач-эндокринолог, врач-гастроэнтеролог и др.).

ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ОПК-8, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №22

Ребенок 2,5 лет заболел остро утром с подъёма температуры до 39,9°C, нарушения общего состояния. Пожаловался на выраженную боль в горле. Мать дала ребёнку нурофен и провела ингаляцию беродуалом, однако температура тела в течение последующих двух часов снизилась лишь на 0,5 °C, состояние ребёнка ухудшилось. Появилась одышка с затруднением вдоха, усилилась боль в горле, ребёнок с трудом пил воду, предпочитал сидеть, лёжа одышка усиливалась. Мать обратилась в скорую помощь. До приезда врача мать еще раз дала нурофен. При осмотре врачом состояние ребёнка тяжёлое, температура тела 39,8°C. Ребёнок на руках у матери, дышит тяжело, затруднен вдох, из угла рта вытекает слюна, рот открыт. Бледен. Плачет тихо, голос сдавленный, кашель редкий, сухой, болезненный. Кожный покров чистый, при попытке осмотра зева выраженное беспокойство и усиление одышки. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. При попытке уложить ребёнка для осмотра живота одышка усилилась. ЧД 40 в минуту, ЧСС 130 в минуту. При проведении пульсоксиметрии SaO₂ – 93%. Из анамнеза жизни известно, что премоорбидный фон не отягощён. Привит ребенок по возрасту. Болеет редко. Семья благополучная. Есть старший ребенок 5 лет, в настоящее время здоров, ходит в детский коллектив.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз, какое из них самое основное?
3. Определите показания для госпитализации и обоснуйте их.
4. Какова тактика врача скорой помощи?
5. Является ли целесообразным назначение метамизола натрия у ребенка?

Эталон ответа к задаче №22

1. Эпиглоттит. ДН II. Диагноз поставлен на основании типичных симптомов: острое начало, высокая температура тела и нарушения общего состояния, характерны боль в горле, слюнотечение, открытый рот, быстрое развитие стридора, отсутствие эффекта от ингаляционной терапии.

2. Эпиглоттит необходимо дифференцировать с: вирусным крупом; бактериальным трахеитом; инородным телом гортани; абсцессом глотки; увулитом; ангионевротическим отёком; дифтерийным (истинный) крупом (развивается медленнее, на фоне интоксикации); некоторыми хроническими болезнями гортани (врождённый стридор, подскладочная гемангиома/неоплазия, парезы) затруднение вдоха усиливается во время ОРВИ, создавая иллюзию острого стеноза. Наиболее часто эпиглоттит приходится дифференцировать с крупом.

3. Больной эпиглоттитом госпитализируется в экстренном порядке, ему оказывается помощь в палате интенсивной терапии или отделении реанимации и интенсивной терапии, так как имеется опасность асфиксии.

4. Необходимо вызвать реанимационную бригаду. Ввести жаропонижающие препараты. Ввести антибактериальный препарат внутривенно. Осмотр ротоглотки ребёнка с подозрением на эпиглоттит проводится в полной готовности к интубации или коникотомии в связи с высокой вероятностью развития рефлекторного спазма мышц гортани и, как следствие, асфиксии. Необходимо проведение мониторинга пульсоксиметрии для контроля над сатурацией. Запрещается ингалировать, осуществлять седацию, провоцировать беспокойство.

5. Выбор антипиретика основан на его безопасности и переносимости, поэтому, по международным стандартам, предпочтение отдают двум базовым препаратам – Парацетамолу и Ибупрофену. Учитывая тяжесть состояния ребёнка и отсутствие эффекта от Ибупрофена, показано парентеральное введение жаропонижающих средств: введение внутривенно медленно раствора Парацетамола из расчёта разовой инфузии для детей от 1 года и старше по 15 мг/кг. При отсутствии раствора Парацетамола возможно внутримышечное введение 50% раствора Метамизола натрия из расчёта 0,1 мл на год жизни и 2% раствора Папаверина .

ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ОПК-8, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23

Мальчик 4 месяцев. Заболел 3 дня назад с подъёма температуры тела до 37,2 °С, заложенности носа, покашливания. В течение последующих двух дней отмечалась субфебрильная температура, кашель стал нарастать, сегодня появилась затруднение дыхания, со слов матери, ребенок «задыхается», отказывается пить. Мать обратилась к врачу-педиатру участковому.

Из анамнеза жизни известно, что ребёнок родился доношенным, с массой тела 3400 г, длина тела 52 см, период новорождённости протекал без особенностей, выписан под наблюдение участкового педиатра на 3 сутки после рождения. В возрасте ребенка 2 месяцев у матери пропало молоко (мать курила во время беременности и сейчас курит). Ребёнок находится на искусственном вскармливании. До настоящего времени не болел. Прививается по возрасту. Семья 5 человек, есть ещё двое детей в возрасте 8-ми и 4-х лет, старший ребёнок переносит лёгкую форму острого назофарингита.

При осмотре состояние ребенка тяжёлое за счет симптомов дыхательной недостаточности. SaO₂ 92%. Ребёнок беспокоен, часто кашляет, кашель влажный. Отмечается одышка экспираторного типа, тахипноэ 68 в минуту, мелкопузырчатые хрипы и крепитация в лёгких с обеих сторон, выслушиваются редкие сухие свистящие хрипы. Визуально отмечается незначительное вздутие грудной клетки, перкуторно определяется коробочный оттенок звука. В акте дыхания принимают участие вспомогательные мышцы, отмечается втяжение межреберий на вдохе, раздувание крыльев носа. Живот мягкий и безболезненный при пальпации, печень выступает на 1,5 см из- под края рёберной дуги, селезёнка не увеличена. Стул до 4 раз в день без патологических примесей. Мочится редко.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назовите факторы риска развития заболевания и тяжелого течения болезни у данного ребёнка.
3. Определите и обоснуйте тактику врача-педиатра участкового в данном случае.
4. С какими заболеваниями проводят дифференциальный диагноз?
5. Назовите основные направления терапии данного заболевания.

Эталон ответа к задаче №23

1. Острый бронхолит. Дыхательная недостаточность II степени. Диагноз поставлен на основании типичной клиники: субфебрильная температура тела, нарастание кашля, появление симптомов дыхательной недостаточности, экспираторной одышки, тахипноэ до 68 в минуту, мелкопузырчатые хрипы и крепитация над всей поверхностью лёгких, сухие свистящие хрипы, вздутие грудной клетки, коробочный оттенок при перкуссии, участие в акте дыхания вспомогательных мышц, втяжение межреберий на вдохе, раздувание крыльев носа, SaO_2 92%. Характерным для бронхолита является развитие дегидратации с метаболическим ацидозом, обусловленные повышенной потребностью в жидкости за счёт лихорадки и тахипноэ, снижения объёма потребляемой жидкости из-за отказа ребёнка пить вследствие дыхательной недостаточности (ребёнок отказывается пить, снижен диурез).

2. Факторы риска развития заболевания: наличие старших детей в семье, возраст до 6 месяцев, большая семья (≥ 4 человек), грудное вскармливание ≤ 2 месяцев. Факторы риска развития тяжёлого течения бронхолита: мужской пол, курение матери во время беременности, пассивное курение, продолжающееся до настоящего времени.

3. Ребёнку показана экстренная госпитализация в ОРИТ ввиду тяжести состояния и развития тяжёлой ДН II (уровень SaO_2 92%).

4. Обструктивный бронхит; бронхиальная астма; пневмония; врождённые пороки развития бронхолёгочной системы; аспирация инородного тела; аспирационная пневмония; врождённые пороки сердца с одышкой, правожелудочковой сердечной недостаточностью.

5. Нормализация функции внешнего дыхания. При дыхательной недостаточности от II степени и выше проводится оксигенация и гидратация. Туалет носа с отсасыванием слизи. Кислород увлажнённый рекомендуется при $\text{SaO}_2 \leq 92-94\%$. Получение эффекта от ингаляционных бронхолитиков через 20 минут (рост SaO_2 , уменьшение частоты дыхательных движений на 10-15 в 1 минуту, снижение интенсивности свистящих хрипов, уменьшение втяжений межреберий) облегчение дыхания, оправдывает продолжение ингаляционной терапии. Рекомендуется гипертонический (3%) раствор Натрия хлорида в виде ингаляций через небулайзер.

ПК-5, ПК-6, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ОПК-8, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24

Мать девочки 4 лет обратилась к врачу-педиатру участковому.

Из анамнеза заболевания известно, что ребенок заболел 2 дня назад, когда вечером поднялась температура тела до $38,9^\circ\text{C}$, отмечалась незначительная заложенность носа. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи (СМП). Врач СМП диагностировал ОРИ. Дан нурофен, ребенок оставлен дома с рекомендацией обратиться к участковому педиатру. Сегодня состояние ребёнка ухудшилось, появились жалобы на снижение аппетита, слабость, головную боль, мышечные боли, сухой навязчивый кашель, повторный подъём температуры до $38,8^\circ\text{C}$.

Из анамнеза жизни известно, что ребёнок от первой нормально протекавшей беременности. Роды срочные, физиологические. Развитие соответственно возрасту. С 3,5

лет посещает детский сад, стала часто болеть ОРИ, дважды перенесла острый простой бронхит. Последний эпизод ОРИ два месяца назад, по поводу чего получала флемоксин солютаб. Вакцинация в соответствии с возрастом. Против пневмококковой инфекции не привита.

При осмотре врачом-педиатром участковым состояние ребёнка средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Зев рыхлый, чистый, нёбные миндалины гипертрофированы до II степени, налётов нет. При перкуссии справа в нижних отделах грудной клетки отмечается укорочение перкуторного звука, при аускультации - ослабленное везикулярное дыхание, крепитирующие хрипы. ЧД 28 в минуту. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, ЧСС 112 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул был вчера оформленный. Диурез не снижен.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Показана ли ребенку госпитализация? Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите и обоснуйте группу препаратов, используемых для этиотропной терапии данного заболевания. Какова доза и длительность назначения данного препарата?
5. Через день получены результаты дополнительного обследования: рентгенографии органов грудной клетки в прямой проекции, описано наличие очагов инфильтрации справа в S6. В клиническом анализе крови: гемоглобин 138 г/л, эритроциты 4,4 Т/л, тромбоциты 223 г/л, лейкоциты 16,6 Г/л, палочкоядерные нейтрофилы 7%, сегментоядерные нейтрофилы 70%, лимфоциты 17%, моноциты - 6%, эозинофилы - 0%. СОЭ 20 мм/ч. Дайте интерпретацию результатам дополнительного обследования. Поставьте окончательный диагноз. Обоснуйте необходимость повторного обследования.

Эталон ответа к задаче №24

1. Внебольничная пневмония, правосторонняя, средней степени тяжести ДН0.
2. Диагноз «внебольничная пневмония» поставлен на основании жалоб на повышение температуры тела до фебрильных цифр, снижение аппетита, слабость, головную и мышечную боль, сухой кашель; анамнеза заболевания (заболела остро, фебрильная температура сохраняется в течение 3 дней); анамнеза жизни (ребёнок с момента начала посещения ДОУ часто болеет ОРИ), против пневмококковой инфекции не привита; на основании физикальных данных (бледность кожного покрова, повышенная температура тела, ЧД:ЧСС = 1:4, асимметричность объективных данных: справа в нижних отделах отмечается укорочение перкуторного звука, при аускультации ослабленное везикулярное дыхание, крепитирующие хрипы).
3. Госпитализация не показана, так как нет клинических (признаки осложнений), социальных (благополучная семья) и эпидемиологических (ребёнок живет в семье) показаний. Для окончательной постановки диагноза необходимо рентгенологическое исследование органов грудной клетки. Клинический анализ крови.
4. Препаратом выбора для этиотропной терапии являются антибиотики из группы: защищенные пенициллины (Амоксициллина Клавуланат), цефалоспорины 1-2 поколения, так как внебольничная пневмония у ребёнка 4 лет, как правило, обусловлена пневмококком и ребёнок два месяца назад уже получал антибиотик – Флемоксин солютаб (Амоксициллин). Тяжесть состояния не требует парантерального введения антибиотика, поэтому можно назначить формы выпуска для перорального приёма (суспензия, диспергируемые таблетки). Так как у ребёнка нет факторов риска резистентности пневмококка к пенициллину, то необходимо выбрать дозу 40-50 мг/кг/сут (по Амоксициллину) внутрь в три приёма. Препарат отменяется после трёх дней нормальной температуры тела, но не ранее 7 дней от начала приёма.

5. Результаты рентгенологического обследования соответствуют клиническим данным, характерным для правосторонней внебольничной пневмонии средней степени тяжести (инфильтрация в S6 правого лёгкого), в клиническом анализе крови лейкоцитоз с преобладанием гранулоцитов, умеренно ускоренная СОЭ). Диагноз окончательный «внебольничная пневмония правосторонняя, средней степени тяжести (S6 сегмент)». При нормализации температуры тела, улучшении самочувствия, купирования дыхательных расстройств и завершения курса антибактериальной терапии повторного рентгенологического обследования и исследования показателей периферической крови не требуется. После перенесённой острой пневмонии 4-летний ребёнок должен наблюдаться врачом-педиатром в течение первых 12 мес. 1 раз в 3 месяца, лабораторные анализы, осмотр ЛОР-врачом и стоматологом - 1 раз в 6 месяцев. Затем в течение еще 4 лет активный осмотр 1 раз в 6 месяцев и по показаниям. Общеоздоровительные мероприятия. Плановая вакцинация против пневмококковой инфекции через месяц после перенесённого заболевания. Неспецифическая профилактика респираторных инфекций.

ПК-5, ПК-6, ПК-9, ПК-10, ОПК-8, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25

На амбулаторном приёме мальчик 1 год 6 месяцев, рожденный от первой беременности, протекавшей с гестозом I половины. Роды срочные, без осложнений. Масса при рождении 3 500 г, длина тела 52 см. Закричал сразу, к груди приложен в родильном зале, привит по календарю. Семья полная. Индекс отягощённости наследственного анамнеза - 0,6. Мальчик с 6 месяцев жизни находится на искусственном вскармливании по причине гипогалактии матери. На первом году жизни однократно перенес ОРВИ, в 8 месяцев О. пневмонию. На момент осмотра соматический статус без патологии. Масса - 10500 г (4), длина – 80 см (4). Сон спокойный. Аппетит хороший. Зубов 14 (8 верхних и 6 нижних).

Психометрия: С – из предметов разной формы по предлагаемому образцу и слову подбирает предметы такой же формы; О. – движения более координированы – перешагивает через препятствие приставным шагом; И. – умеет воспроизводить часто наблюдаемые в жизни действия (причесывает, умывает); Р. а. – в момент заинтересованности называет предметы; Р. п. – находит по слову среди нескольких сходных предметов по цвету, размеру и пр.; Н – самостоятельно ест густую пищу ложкой, просится на горшок.

Вопросы:

1. Оцените критерии здоровья.
2. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
3. Дайте рекомендации законному представителю ребенка по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям с указанием номера и их характеристик.
4. Проведите профилактику пограничных состояний и специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок.
5. В какой следующий возрастной период должен быть осмотрен данный ребёнок, и какие обследования и консультации в возрасте 1 год 6 месяцев должен получить ребенок в рамках приказа МЗ РФ № 514н?

Эталон ответа к задаче №25

1. 1. критерий не отягощён. 2. критерий не отягощён, так как масса и рост находятся в 4 коридоре (в норме масса от 3 до 6 коридора, а рост от 3 до 7 коридора). 3. критерий не отягощён НПР 1 группа 3 степень. 4. критерий не отягощён, так как на первом году жизни ребёнок переболел дважды простудным заболеванием. 5. критерий не отягощён, так как нет указаний на наличие отклонений в функционировании органов и

систем. 6. критерий не отягощён, так как в задаче нет указаний на наличие у ребёнка врождённых пороков развития и наличия хронического заболевания.

2. Диагноз «здоров». Группа здоровья: I.

3. Режим для данного возраста (от 1 года 6 месяцев до 2 лет) № 6 включает: - кормление - 5 раз через 3,5-4,5 часа по 20-30 минут; - бодрствование по 5-5,5 часа; - сон ночной 10-11 часов; - сон дневной 1 период по 2,5-3 часа. Питание сут. V 1200 мл, раз. V 240 мл на 5 разовое кормление. Используется 3 основных кормления (завтрак - 8.00, обед - 13.00, ужин - 18.00) и два дополнительных (второй завтрак или полдник, или смесь 3 уровня на ночь). Завтрак: каша молочная 150, фрукты 30, хлеб 5 гр., сливочное масло 5 гр., фруктовый чай 90 мл. Обед: салат овощной с зеленью и растительным маслом 50,0, суп-пюре овощной 120,0, мясное суфле 50,0, картофельное пюре 80,0, компот 120 мл. Ужин: овощное рагу с рисом 150, куриная отварная котлета 70,0, хлеб чёрный 5,0, 62 компот 120 мл. Полдник: запеканка творожная 130, фрукты 80,0, фруктовый чай 120,0 мл. Перед сном кефир 150,0 мл. Вв – воспитательные воздействия – на 1 год 9 месяцев жизни и заключаются в стимулировании следующих линий НПР: О – движения по доске без помощи взрослого; И – ребёнок должен уметь строить из подручных материалов (кубики, леги и пр.) здания; Ра – в момент игры ребёнок должен комментировать, что он делает и обыгрывать какие-то жизненные ситуации; Рп – ребёнок должен комментировать, что делает герой на картинке; Н – формировать навыки опрятности, самостоятельно одеваться. Фв – физические воздействия – гимнастический комплекс № 7 назначается с периода 18 месяцев жизни до 2 лет и направлен на воспитание правильной ходьбы, воспитание чувства равновесия, координации движений, профилактика плоскостопия, воспитание правильной осанки.

4. ППС – профилактика пограничных состояний – в возрасте 1 года 9 месяцев включают: соблюдение гигиенических мероприятий, прогулки на свежем воздухе, солнечные и воздушные ванны. В период исключая летние месяцы назначаем Vit D3 в дозе 500 МЕ 1 раз в сутки. Проводим закаливающие мероприятия в период эпидемического подъёма заболеваемости. ПП - в возрасте 1 года 6 мес. в рамках национального календаря профилактических прививок участковым врачом-педиатром обязательна должна быть проведена первая ревакцинация (RV1) от полиомиелита, коклюша, дифтерии, столбняка с предварительным взятием информированного добровольного согласия. RV1- ОПВ+ RV1 АКДС разрешена, так как ребёнок здоров и медицинских противопоказаний нет.

5. Следующий профилактический осмотр будет в возрасте 2х лет. В данный срок запланированы консультации детского стоматолога и детского психиатра.

ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26

В детскую поликлинику обратилась мать 1,5-годовалого ребёнка. Примерно час назад во время плача у него появился затруднённый вдох, далее прекратилось дыхание, ребёнок «посинел», наступила потеря сознания. Через несколько секунд появился шумный вдох, напоминающий «петушиный крик», дыхание восстановилось.

Из анамнеза известно, что ребёнок родился недоношенным, с месяца – на искусственном вскармливании, получал в основном коровье молоко. Начал сидеть с 8 месяцев, ходить с 1 года 4 месяцев, зубы прорезались в 12 месяцев.

При осмотре у ребёнка выражены теменные и лобные бугры, отмечается О-образное искривление нижних конечностей. Грудная клетка сдавлена с боков, развернута нижняя апертура грудной клетки, выражена гаррисонова борозда. Перкуторно над лёгкими лёгочный звук, дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Живот увеличен в размере, безболезненный при пальпации. При осмотре аналогичный приступ повторился.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Вы - участковый педиатр. Ваш алгоритм действий.
3. Какие симптомы характерны для скрытой формы данного состояния?
4. Дальнейшая тактика ведения ребёнка.
5. Каков прогноз заболевания?

Эталон ответа к задаче №26

1. Спазмофилия, явная форма - Ларингоспазм. Рахит II, подострое течение, период разгара.

У ребёнка выражены проявления рахита: теменные и лобные бугры, О-образное искривление нижних конечностей, деформация грудной клетки. Подострое течение рахита, так как преобладают процессы избыточного отложения остеоидной ткани.

Весной на фоне образования небольших количеств витамина Д под влиянием солнечных лучей отложение кальция в кости повышается, а всасывание его в кишечнике невелико. Уровень ионизированного кальция понижается и при изменении рН в сторону алкалоза при рахите в весеннее время могут возникнуть тонические и тонико-клонические судороги или другие проявления повышенной нервно-рефлекторной возбудимости.

2. Обеспечить ребёнку доступ свежего воздуха, расстегнуть стесняющую одежду;

- снять ларингоспазм ребёнку рефлекторно: лицо и тело ребёнка обрызгать холодной водой; при отсутствии эффекта нажать шпателем на корень языка до появления рвотного рефлекса, попробовать ватной турундой раздражать носовые ходы до появления чихания;

- Диазепам не показан для купирования ларингоспазма, так как состояние связано с гипокальциемией;

- ввести внутривенно струйно раствор Глюконата Кальция 10% 1,0-2,0 мл, разведённый в 2 раза 20% раствором Декстрозы, под контролем пульса;

- госпитализировать.

3. Для скрытой формы спазмофилии характерны:

- симптом Хвостека – при поколачивании перед ухом в области распространения ветвей лицевого нерва появляются молниеносные сокращения лицевой мускулатуры в области рта, носа, нижнего, иногда верхнего века;

- симптом Труссо – при сдавливании плеча эластическим жгутом возникает судорожное сведение пальцев руки в виде руки акушера;

- симптом Маслова – при лёгком уколе кожи отмечается остановка дыхания на высоте вдоха (у здорового ребёнка такое раздражение вызывает учащение и углубление дыхательных движений).

4. Максимально ограничить или выполнять очень осторожно все неприятные процедуры для ребёнка.

Максимально ограничить содержание коровьего молока в рационе ребёнка из-за большого количества фосфатов и увеличить количество овощного прикорма.

После купирования ларингоспазма назначают препараты кальция и фосфора внутрь в суточной дозе (400-500 мг).

Терапию препаратами кальция необходимо продолжать до полного исчезновения симптомов скрытой спазмофилии.

Через 3-5 дней лечения препаратами кальция – витамин Д (Эргокальциферол водный) в дозе 2000-4000 МЕ/сут.

5. Благоприятный.

Очень редко тяжёлый приступ ларингоспазма, если не оказана неотложная помощь, заканчивается летально.

Сильно затянувшееся эклампсическое состояние может отрицательно отразиться на ЦНС – может быть задержка психического развития.

ОК-1, ОК-7, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-10, ПК-16, ПК-22

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №27

Мальчику 1 год. Ребенок на профилактическом осмотре. Жалоб нет.

Анамнез жизни: мальчик от I-ой беременности с гестозом II половины, дважды ОРВИ в I-й и II-й половине (лечение домашними средствами), роды и период новорожденности без особенностей. У матери хронический тонзиллит, у отца хронический ринит, у деда ребенка (по линии отца) – бронхиальная астма, в генеалогическом древе 7 человек. Маме 30 лет, домохозяйка, папе 35 лет, частный предприниматель. Живут в 3-комнатной квартире, с матерью мужа, доход достаточный, муж курит. Мальчик 3 раза перенес ОРВИ (1 раз с явлениями обструкции), лечился амбулаторно, три раза в течение года появлялись элементы не обильной сыпи на лице и туловище, которые 2 раза мать связывала с употреблением ею шоколада. В настоящее время на грудном вскармливании, прикорм введен по возрасту. Прививки против гепатита по схеме 0-1-6, БЦЖ-М в роддоме, АКДС + полиомиелит 3-хкратно, последняя прививка в 10,5 месяцев, имеет 2 вакцинации против пневмококковой инфекции.

Осмотр: мальчик спокойный, хорошо вступает в контакт, начал ходить самостоятельно, разнообразно действует с игрушками, подражая действиям взрослых, выполняет отдельные поручения, произносит 5 облегченных слов, понимает запрет, самостоятельно пьет из чашки. Длина – 75 см, масса тела 11800 г, окружность груди – 51 см. При осмотре выявлены единичные пятна и шероховатости щек и ягодичной области, единичные папулезные элементы на ногах, «географический» язык. Питание – повышенное, отмечается некоторая пастозность. Видимые слизистые чистые. Перкуторный звук легочный с коробочным оттенком. Дыхание пуэрильное. ЧДД – 30 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 122 в минуту. Живот мягкий, печень +1 см из-под реберной дуги. Ребенок направлен на прививку против кори, краснухи и паротита.

Анализ крови: RBC – 4,6x10¹²/л, HGB – 118 г/л, MCV – 81 фл., MCH – 29 пг., MCHC – 32 г/дл, RDW – 10%. WBC – 10,8x10⁹/л, IMM – 2%, GRA – 34%, LYM – 50%, MON – 10%, EO – 4%, СОЭ – 8 мм/час.

Анализ мочи: соломенно-желтый цвет, PH – слабо кислая, лейкоциты 2-3 в п/зр.

Копрология – кал желтый, кашицей, непереваренная клетчатка 3-4 в поле зрения.

Вопросы:

1. Дайте заключение по комплексной оценке состояния здоровья ребенка.
2. Обоснуйте диагноз. Какая запись оформляется в форме 112/у?
3. Рекомендации участкового врача-педиатра участкового.
4. Составьте план наблюдения этого ребенка.
5. Тактика врача-педиатра участкового в отношении вакцинации этого ребенка в 1 год.

Эталон ответа к задаче №27

1. Заключение: социальный анамнез низкой отягощенности, генеалогический и биологический анамнез умеренной отягощенности. Физическое развитие среднее, дисгармоничное за счет избытка массы тела 1 степени. Нервно-психическое развитие I группа 3 подгруппа. Резистентность хорошая. Диагноз «атопический дерматит, младенческая форма, легкой степени тяжести, период неполной ремиссии». Паратрофия с избытком массы тела 1 степени (12%). Риск по хроническим расстройствам питания, анемии, рахиту. Группа II А.

2. Атопический дерматит на основании анамнеза заболевания (три раза в течение года сыпь, связь с приемом шоколада матерью), клиники (для младенческой формы характерна сыпь и шелушение на лице и ягодичной области, сыпь на конечностях), период неполной ремиссии на основании отсутствия жалоб и наличия единичных элементов.

Паратрофия на основании дисгармоничности физического развития и объективных признаков дистрофии.

Запись в форме 112 – диспансерный эпикриз с рекомендациями и планом наблюдения на год.

3. Рекомендации: а) режим 5; б) кормить 5 раз через 4 часа, оставить грудное кормление утром и вечером. Наблюдать и исключать индивидуальные аллергены в меню матери и ребёнка; в) регулярное закаливание ребёнка; г) регулярно комплекс физических упражнений и массажа по возрасту (№5), д) купание с частотой не реже чем раз в 2 дня, увлажняющие средства на кожу 3-5 раз в день, е) прогулки ежедневные.

4. План наблюдения на год:

а) ежеквартально осмотр врача-педиатра участкового, анализы крови, мочи, кал на яйца гельминтов;

б) при обострении кожного процесса – консультация врача-аллерголога - общий и специфические IgE к белку и желтку куриного яйца, коровьего молока;

в) профилактика рахита витамином Д3 в осенне-зимне-весенний период до 3 лет;

г) профилактика ОРВИ.

5. Если в анамнезе нет указаний на аллергическую реакцию немедленного типа на белок куриного яйца и аминогликозиды. Ребёнок относится к группе риска на поствакцинальные осложнения, в период вакцинации - гипоаллергенная диета, профилактика ОРВИ, антигистаминные препараты, контроль реакции первые 30 минут.

Реакция Манту в 1 г., через 72 часа вакцинировать от краснухи, кори, эпидемического паротита.

ОК-1, ОК-8, ОПК-6, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-15, ПК-16, ПК-22

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №28

Мальчику 3 месяца. На профилактическом приёме мать жалуется, что ребёнок беспокойный, чутко и непродолжительно спит, в связи с чем чаще прикладывается к груди (примерно через 1-2 часа), дают воду через соску.

Анамнез жизни: ребёнок от V-ой беременности, протекавшей с токсикозом II половины, артериальной дистонии, анемии; на 20 неделе лечилась Джозамицином от хламидиоза и острого риносинусита. В анамнезе 2 родов, дети здоровы, аборт и выкидыш на ранних сроках. Роды в срок 38 недель путем кесарева сечения (рубец на матке). Масса тела 3200 г, длина – 50 см, оценка по Апгар 7-8 баллов. Болел в возрасте 2-х недель острым ринитом лёгкой степени, был катаральный омфалит. В 1 месяц ребёнок осмотрен невропатологом и педиатром, отклонений не найдено. В последние 2 месяца жили по другому адресу, на приём не являлись. Профилактику рахита проводили водным раствором витамина Д в дозе 500 МЕ регулярно. Прививки от гепатита В – отказ в роддоме, БЦЖ поставлен в поликлинике в 1 мес.

Осмотр: в кабинете мальчик беспокойный, плачет, хорошо удерживает голову, переворачивается со спины на живот, стоит, не подгибая ног, со слов матери контактирует иногда улыбкой и комплексом оживления, не смеётся, гулит, игрушки ещё не хватает. Физиологические рефлексы вызываются, шаговый с перекрестом, опора на цыпочки, сухожильные оживлены. Незначительный симптом Грефе и спонтанный р. Бабинского с обеих сторон. Большой родничок 3 см на 2,5 см, несколько напряжен, пульсирует. Незначительная мраморность кожи. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно на туловище и конечностях, складка на уровне пупка 1,2 см. Тургор несколько снижен. Дыхание пуэрильное. ЧДД – 42 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 128 в минуту. Живот мягкий, небольшое вздутие кишечника. Печень +1,5 см ниже края рёберной дуги. Мочится часто, маленькими объёмами. Стул 1 раз в 1-2 дня, кашицеобразный. Длина 59 см, масса тела 5050 г, за 2 месяца прибавил 800 г.

Вопросы:

1. Дайте заключение по комплексной оценке состояния здоровья.
2. Обоснуйте диагноз.

3. Какие рекомендации должен сделать врач-педиатр участковый?
4. Подлежит ли ребенок плановой вакцинации? Распишите календарь прививок этому ребенку до 2-х лет.
5. Составьте диету на 1 месяц при снижении лактации на 25%.

Эталон ответа к задаче №28

1. Физическое развитие - пониженное, гармоничное. НПП II.2 (II - дети с задержкой в развитии на 1 эпикризный срок, 2 - с нетипичным негармоничным развитием). Резистентность хорошая. Диагноз «последствия перинатального поражения ЦНС, гипертензионный синдром. Вторичная гипогалактия». Группа риска по анемии, рахиту, дистрофиям. Группа здоровья – IIБ.

2. ПП ЦНС на основании анамнеза (гестоз второй половины беременности, приём антибиотика, кесарево сечение, лёгкая асфиксия при рождении); жалоб на возбудимость, плохой сон; объективных данных (признаки гипертонуса сгибателей на руках и ногах, отстаёт в движениях рук, опережает в общих движениях, особенности рефлексов, глазные симптомы, спонтанный рефлекс Бабинского, признаки вегетативной дистонии на коже и в кишечнике).

Гипогалактия в связи с недостаточной прибавкой в весе, жалобами, частыми прикладываниями к груди, редким стулом и мочеиспусканием.

3. а) осмотр врача-невропатолога;
- б) анализ крови, анализ мочи, осмотр врача-ортопеда;
- в) в течение 2 дней взвешивание до и после кормления (дать весы на дом);
- г) при подтверждении гипогалактии стимуляция лактации и назначение докорма гипоаллергенной смесью в необходимом количестве через систему SNS;
- д) охранительный режим, лечение положением, прогулки, купание в тёплой воде ежедневно, сухая иммерсия, комплекс массажа № 1, через неделю № 2;
- е) патронаж медсестры через 1 неделю, осмотр врача-педиатра через 2 недели;
- ж) закаливание щадящее. Профилактика анемии, рахита (рецепты).

4. Первый приём врача-невролога состоялся в 1 месяц, на оценку остроты процесса отводится месяц, при отсутствии прогрессирования неврологической симптоматики вакцинация не противопоказана. V 1-2-3 ВГВ по схеме 0-1-6 мес.; V 1-2 ПКВ - 2 - 4,5 мес., RV1 ПКВ - 15 мес., в год реакция Манту, вакцинация от кори, паротита, краснухи, ревакцинация от пневмококковой инфекции в 15 мес., АКДС и ОПВ в 18 мес., ОПВ в 20 мес.

5. Расчёт питания: $115 \text{ ккал/кг} \times 580 \text{ кг} = 830 \text{ ккал}$ = 830 мл суточный объём. 6-7 разовое кормление по 140-120 мл, докорм гипоаллергенной смесью № 1 через систему SNS при снижении лактации на 25% в суточном объёме 210 мл, то есть по 30-35 мл после каждого кормления грудью.

ОК-1, ОК-8, ОПК-6, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-15, ПК-16, ПК-22

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29

Девочка 11 лет обратилась с жалобами на ноющие боли в эпигастрии, усиливающиеся утром натощак, отрыжку воздухом.

Анамнез заболевания: жалобы на боли в животе беспокоят в течение 1 года. Мать девочки страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, у отца – гастрит. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией.

Осмотр: состояние средне тяжёлое. Рост – 148 см, масса – 34 кг. Кожа бледно-розовая, чистая. Дыхание в лёгких везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные. При поверхностной и глубокой пальпации живота небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, синдром Менделя

положителен, болезненность в точке Мейо-Робсона. Печень не увеличена. Стул и диурез не нарушены.

В условиях поликлиники были выполнены следующие исследования:

В анализе крови: RBC – 4,5х10¹²/л, Hgb – 128 г/л, MCV – 90 fl, MCH – 30 pg, MCHC – 35 г/л, WBC – 6,9х10⁹/л, RDW – 12,5%, NEU – 51%, EOZ – 3%, LYM – 36%, MON – 7%, BAZ – 3, PLT – 250х10⁹/л, СОЭ – 5 мм/ч.

В общем анализе мочи: светло-жёлтая, прозрачная, уд. вес – 1015, реакция кислая, белок (–), сахар (–), лейкоциты – 2-3 п/зр, ацетон (–), слизь ед.

Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 38 Ед/л, ЩФ – 140 Ед/л (норма 70-140), амилаза – 100 Ед/л, тимоловая проба – 3 Ед, билирубин общий – 18 мкмоль/л.

ФЭГДС: слизистая пищевода гиперемирована, кардия смыкается не полностью. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы 12-перстной кишки очагово гиперемирована, отёчная. Тест на *H. pylori* отрицательный.

УЗИ органов брюшной полости: контуры печени ровные, паренхима гомогенная, эхогенность не усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Жёлчный пузырь грушевидной формы 65х38 мм (норма 50х30) с перегибом в области дна. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 22 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижены.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Оцените изменения при УЗИ и их информативность для постановки диагноза?
3. Оцените лабораторные показатели этой пациентки.
4. Опишите принципы лечения данного больного в поликлинических условиях.
5. Принципы реабилитации ребёнка в амбулаторных условиях.

Эталон ответа к задаче №29

1. Основной диагноз: «хронический антральный гастрит, период обострения». Недостаточность кардии, гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (I A). Перегиб желчного пузыря в области тела, дисфункция сфинктера Одди по билиарному и панкреатическому типам. Основной диагноз поставлен с учётом данных семейного анамнеза (язвенная болезнь 12-перстной кишки у матери, хронический гастрит у отца, что может указывать на возможную персистенцию хеликобактерной инфекции в семье), жалоб ребёнка на боли в животе, имеющих характерный для гастрита болевой синдром, локализацию болей – пилородуоденальная область, наличие небольшого мышечного дефанса и (+) симптома Менделя, что свидетельствует о глубоком локальном поражении слизистой оболочки. Хронический антральный гастрит – на основании наличия болевого синдрома, данных ФЭГДС. Учитывая наличие на ФЭГДС множественных разнокалиберных выбуханий требуется исключение хеликобактерной инфекции. Недостаточность кардии и гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (I A) – по данным ФЭГДС. Перегиб желчного пузыря в области тела по данным УЗИ.

2. Перегиб в области дна и увеличение размеров желчного пузыря, что указывает на снижение его сократительной способности наряду с увеличением размеров и изменением эхоструктуры головки и хвоста поджелудочной железы. Метод УЗИ эффективен для проведения дифференциальной диагностики и уточнения диагноза.

3. В общем анализе крови и мочи – отклонений нет, в биохимии крови – верхние границы нормы щёлочной фосфатазы и билирубина.

4. В условиях поликлиники режим охранительный, стол с учётом принципов химического, термического и механического щажения. Показаны антацидные препараты и прокинетики.

5. Реабилитация в амбулаторно-поликлинических условиях: Врач-оториноларинголог и врач-стоматолог проводят по показаниям санацию очагов хронической инфекции 2 раза в год. Противорецидивная терапия проводится также 2 раза в год: антациды, витаминотерапия, физиолечение, специальная А группа физкультуры, далее подготовительная группа физкультуры. Рекомендовано санаторно-курортное лечение.

ОК-1, ОК-8, ОПК-6, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-14

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №30

Мать с мальчиком 6 месяцев обратилась к врача-педиатра участкового в муниципальную городскую поликлинику на плановый диспансерный осмотр.

Известно, что ребенок родился в срок, физическое и нервно-психическое развитие соответствуют возрасту, находится на грудном вскармливании, в качестве прикорма получает кабачковое пюре.

Ранее ребёнок был привит в соответствии с национальным календарем.

После проведения комплексного обследования установлено, что ребёнок здоров, группа здоровья I.

Вопросы:

1. Какие специалисты детской поликлиники должны осмотреть мальчика, и какие лабораторные и/или инструментальные исследования следует провести этому ребёнку?
2. Проводится ли вакцинопрофилактика в данном возрасте и в каком объёме?
3. Укажите варианты должноствующей массы тела мальчика в 6 месяцев.
4. Определите объём суточного кормления, режим кормления и объём разового кормления ребёнка в 6 месяцев.
5. Составьте меню на 1 день и обоснуйте назначение продуктов прикорма.

Эталон ответа к задаче №30

1. Ребёнка в 6 месяцев в поликлинике осматривает только врач-педиатр участковый. Лабораторные и инструментальные исследования не показаны.
При необходимости, определяемой врачом-педиатром участковым, возможен консультативный осмотр врачом-неврологом и врачом-хирургом.
2. В 6 месяцев необходимо продолжить вакцинацию ребёнка.
При отсутствии противопоказаний проводится третья вакцинация АКДС, третья вакцинация против гепатита В, третья вакцинация против полиомиелита и третья вакцинация против гемофильной инфекции группам риска.
3. Долженствующая масса ребёнка в 6 месяцев - 8200-8400 гр.
4. 1) Объём суточного кормления – 1000 мл.
2) Режим кормления – 5 раз через 4 часа с 8 часовым ночным перерывом.
3) Объём разового кормления – 200 мл.
5. Меню на один день:

6:00	грудное молоко	200 мл.
10:00	10 % молочная рисовая каша	150 мл.
	яблочное пюре	50 мл.
	грудное молоко	до насыщения
14:00	кабачковое пюре	120 мл
	пюре из кролика	30 гр.
	желток	0,25 желтка
	грушевый сок	50 мл
	грудное молоко	до насыщения
18:00	грудное молоко	200 мл
22:00	грудное молоко	200 мл

Прикорм - немолочная пища более густой консистенции, чем грудное молоко, с постепенно усложняющимся составом, которая дополняет рацион ребёнка, обогащая его энергией, нутриентами, минеральными веществами, клетчаткой, витаминами и микроэлементами.

Введение прикорма связано с необходимостью:

- обеспечить возросшие потребности ребёнка в энергии, основных пищевых веществах, минералах, клетчатке при сохранении прежних объёмов питания;
- адаптировать ребёнка к разнообразной по составу пище путём развития путей метаболизма, ферментативного обеспечения новых пищевых ингредиентов, создания новых вкусовых ощущений.

ОК-1, ОК-8, ОПК-6, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-15, ПК-16, ПК-22

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №31

Ребёнок в возрасте 1 месяца осмотрен врачом-педиатром участковым на педиатрическом участке.

Фактическая масса ребёнка 4000 г.

Масса при рождении 3400 гр., длина 52 см.

Ребёнок здоров, находится на естественном вскармливании.

Вопросы:

1. Рассчитайте долженствующую массу (Мд) для данного ребёнка на момент осмотра и в 2 месяца. Сделайте заключение.
2. Определите необходимый суточный объём молока калорийным методом и назовите другие методы расчёта суточного количества молока.
3. Укажите режимы кормления здорового ребёнка от рождения до года.
4. Укажите последовательность введения продуктов прикорма, виды продуктов и время назначения продуктов прикорма.
5. Дайте рекомендации по профилактике и лечению вторичной гипогалактии.

Эталон ответа к задаче №31

1. Мд в 1 мес. = $3400 + 600 = 4000$ гр. (прибавка за первый месяц - 600 гр.);

Мд в 2 мес. = $3400 + 600 + 800 = 4800$ гр. (прибавка за второй месяц, в среднем, - 800 гр.).

Таким образом, на момент осмотра ребёнка в возрасте 1 месяца фактическая масса тела соответствует долженствующей.

Ожидаемая масса тела ребёнка при следующем профилактическом осмотре врачом-педиатром участковым в 2 месяца должна составлять, в среднем, - 4800 гр., с учётом прибавки в массу – в среднем, 800 гр.

2. Суточный объём пищи рассчитывается, исходя из потребности ребёнка в энергии и содержания калорий в продуктах питания.

Метод удобен для расчёта объёма питания в первые 6 месяцев жизни, когда ребёнок получает грудное молоко.

Потребность в энергии (ккал) в 1 месяц - 115 ккал на 1 кг массы тела.

В сутки ребёнок должен получить $115 \text{ ккал} \times 4 \text{ кг} = 460 \text{ ккал}$.

Зная, что 1 литр получаемого грудного молока в среднем содержит 750 ккал, можно рассчитать, сколько ребёнок должен получить питания в сутки.

Составляем пропорцию:

1000 мл – 750 ккал

x мл – 460 ккал

$x = 1000 \times 460 / 750 = 613 \text{ мл}$.

Таким образом, необходимое количество молока в сутки для ребёнка 1 месяца с учётом потребности в калориях, составляет 613 мл.

Дополнительными методами определения суточного объёма пищи являются белковый и объёмный методы.

3. До 1 месяца режим кормления ребёнка - по требованию. С 1 месяца до 5 месяцев рекомендуется кормление 6 раз через 3,5 часа с 6 часовым ночным перерывом. С 5 месяцев до 12 месяцев - 5 раз через 4 часа с 8 часовым ночным перерывом.

4. С 5 мес. – овощное пюре в 14.00 (начинаем с кабачкового, капуста брокколи, цветная капуста). С 5,5 мес. – фруктовое пюре в 10.00.

С 6 месяцев: 1). 10% молочная каша (начинаем с безглютеновых – рисовой, гречневой, кукурузной) в 10.00. (с 9 мес. – глютенсодержащие каши – пшеничная, овсяная). 2). Фруктовые соки в 14.00, начинаем с монокомпонентных осветлённых. 3). Мясное пюре в 14.00 (мясо кролика, говядина, телятина, нежирная свинина).

С 6,5 мес. – детский творожок в 18.00.

С 7 мес. – желток в 14.00.

С 8 месяцев: 1) Кисломолочный продукт в 18.00. 2) Детское печенье в 18.00. 3) Рыбное пюре в 14.00 (вместо мясного пюре) различные сорта морской рыбы – треску, камбалу, хек, лосось, минтай; из жирных сортов допускается использование лосося и форели.

С 10 месяцев вместо мясного пюре можно рекомендовать паровые котлеты.

5. Для профилактики гипогалактии необходимо выполнять следующие правила кормления:

- кормить малыша в тихом, спокойном, удобном месте. Внешние раздражители - телевизор, яркий свет, посторонние рядом, - всё это отвлекает от общения с ребёнком;

- прикладывать малыша в периоды недостатка молока к груди ещё чаще, чем раньше;

- не ограничивать время пребывания малыша у груди;

- ребёнок не должен сосать ничего, кроме груди - ни бутылку, ни пустышку;

- не допаивать ребёнка водой и чаями;

- очень важно, чтобы ребёнок правильно захватывал грудь. Он должен захватывать не только сосок, но и весь околососковый кружок;

- непосредственно перед кормлением пить горячий свежесваренный зелёный чай с молоком, любой гипоаллергенный сок, кисломолочные напитки.

Эффективным является применение специализированных белково-витаминных продуктов для кормящих женщин.

После кормления, грудь обмыть водой с температурой 44-45 °С, разминать её круговыми движениями от центра к периферии и сверху вниз.

Эта процедура должна проводиться не менее 4 раз в день по 10 минут.

ОК-1, ОК-8, ОПК-6, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-15, ПК-16, ПК-22

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №32

На профилактическом приеме врача-педиатра участкового мать с девочкой 5 месяцев.

Жалоб нет. Ребёнок от III беременности, протекавшей с анемией, гестозом I половины, ОРВИ в III триместре. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей (мальчик 1,5 года и девочка 4 года).

Девочка родилась в срок с массой тела 3050 г, длиной – 52 см. Период новорожденности без особенностей. На естественном вскармливании до 1 месяца, далее кормление цельным коровьим молоком. Прикорм не введён. Физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрасту, масса тела 7000 грамм.

В возрасте 2,5 месяцев перенесла ОРВИ.

При осмотре: ребёнок удовлетворительного питания. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые бледно-розовые, чистые. Лимфатические узлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В лёгких при сравнительной перкуссии лёгочный звук на симметричных участках грудной клетки. При аускультации пуэрильное дыхание, ЧД 38 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 110 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края рёберной дуги, край ровный, безболезненный. Селезёнка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета.

Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ мочи: pH – слабо кислая; белок – 0,033‰; лейкоциты – 1–3 в поле зрения.

В анализе периферической крови: Hb – 95 г/л, эритроциты – $3,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $8,5 \times 10^9$ /л; палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 32%, базофилы – 1%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 58%, моноциты – 4%, СОЭ – 6 мм/час, гипохромия++, анизоцитоз+, пойкилоцитоз+.

Содержание гемоглобина в эритроцитах – 22 пг (норма 24-3 пг).

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз? Определите группы риска.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести педиатру для уточнения диагноза? Вычислите цветовой показатель (ЦП) и оцените его значение.
3. Нуждается ли ребенок в коррекции питания? Выявите недостатки при организации вскармливания ребёнка, обоснуйте назначение молочной смеси, продуктов прикорма.
4. Назначьте лечение, обоснуйте выбор препарата, выпишите рецепт, проведите контроль эффективности и безопасности.
5. Какие профилактические прививки должен иметь этот ребёнок?

Эталон ответа к задаче №32

1. Железодефицитная анемия, лёгкой степени тяжести.

Группа риска по повышенной заболеваемости острыми респираторными инфекциями, по патологии ЦНС, по рахиту, хроническим расстройствам питания, социальный риск.

2. Необходимо провести биохимическое исследование крови с определением сывороточного железа, ОЖСС, ферритина сыворотки.

Цветовой показатель определяет насыщенность эритроцитов гемоглобином. Вычисляется по формуле:

$$\text{ЦП} = \frac{\text{Hb} \times 3}{\text{количество эритроцитов}}$$

Норма ЦП – 0,85 -1,05

3. Недостатком организации вскармливания является кормление цельным коровьим молоком.

Необходимо назначение адаптированной молочной смеси, обогащённой железом и другими минералами.

Необходимо назначить первый прикорм в виде овощного пюре, а в дальнейшем на 2 недели раньше стандартной схемы назначается мясное пюре.

4. Необходимо назначить препарат железа в жидкой форме per os.

Предпочтительным является назначение препарата в виде органического гидроксид-полимальтозного комплекса, а не препаратов в виде неорганических солей железа, так как последние легко диссоциируют в тонком кишечнике с образованием свободных радикалов.

Rp: Sol. Ferrii (III) hydroxide polimaltozatis 0,05/ml - 30 ml

D.t.d. № 1.

S: По 7 капель на приём внутрь 2 раза в день между кормлениями.

Курс лечения - 14 дней, затем проводится контроль эффективности терапии по наличию прироста гемоглобина, ретикулоцитарного криза, уменьшению гипохромии, пойкилоцитоза, анизоцитоза в общем анализе крови.

При положительном эффекте лечение продолжается, но с корректировкой суточной дозы по фактической массе тела под контролем общего анализа крови каждые 2 недели.

При достижении уровня гемоглобина 110 г/л дозу препарата уменьшают до половинной.

Дальнейший курс терапии - 3 месяца.

5. V1,2 гепатит В; БЦЖ-М, V1,2 пневмококковая инфекция, V1,2 АКДС+ИПВ

ОК-1, ОК-8, ОПК-6, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-15, ПК-16, ПК-22

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №33

Вызов врача-педиатра участкового на дом к ребёнку 4 лет.

Известно, что 2 недели назад мальчик перенёс острую респираторную инфекцию, проводилась симптоматическая терапия. Состояние ребёнка через 3 дня улучшилось, и мать больше за помощью не обращалась. Накануне самочувствие резко ухудшилось: повысилась температура тела до 39°C, появился сухой, навязчивый кашель, головная боль, боли в мышцах, отсутствие аппетита.

Из анамнеза известно, что ребёнок от нормально протекавшей беременности и срочных родов. В грудном возрасте и раннем детстве ребёнок рос и развивался соответственно возрасту. В течение 6 последних месяцев посещает детский сад, за это время 5 раз перенёс острую респираторную инфекцию, дважды осложнённую бронхитом. В лечении 3 раза применялись антибиотики, последнее назначение амоксициллина 1,5 месяца назад.

При осмотре: состояние ребёнка средней тяжести. Температура тела 39,0°C. Кожный покров чистый, бледный с сероватым оттенком, отмечается умеренный периоральный цианоз. Задняя стенка глотки гиперемирована, нёбные миндалины гипертрофированы до II степени, гиперемированы. Пальпируются лимфатические узлы подчелюстной и шейной группы IV-V размера, не спаянные друг с другом и с окружающими тканями, безболезненные. Носовое дыхание свободно. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании.

В лёгких при сравнительной перкуссии определяется укорочение перкуторного звука справа, ниже угла лопатки. При аускультации дыхание справа в подлопаточной области резко ослаблено, выслушиваются крепитирующие хрипы. ЧД – 36 в минуту.

Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные. ЧСС – 120 уд/мин.

Живот мягкий, безболезненный. Печень – у края рёберной дуги, край эластичный, безболезненный. Селезёнка не пальпируется. Стула не было. Мочеиспускания безболезненны.

От госпитализации родители ребёнка отказались.

Вопросы:

1. Определите вероятный диагноз. Проведите его клиническое обоснование.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести в поликлинике, чтобы подтвердить Ваш диагноз? Какие изменения в результатах исследований следует ожидать?
3. Организуйте лечение ребёнка в стационаре на дому. Назовите документацию стационара на дому.
4. Назначьте комплекс лечебных мероприятий.
5. Назначьте антибактериальный препарат, обоснуйте свое решение.

Эталон ответа к задаче №33

1. Внебольничная правосторонняя пневмония, средней степени тяжести, ДН I? Предполагаемый диагноз выставлен на основании характерных клинических данных:

- жалоб на повышение температуры тела до 39° С, появление сухого, навязчивого кашля, головной боли, боли в мышцах, отсутствие аппетита;

- данных анамнеза: за последние 6 месяцев посещения детского сада часто болеет острыми респираторными инфекциями (1 раз в месяц), из них дважды бронхит. В лечении применялись антибиотики;

- данных общего осмотра: фебрильная лихорадка, сероватый колорит кожного покрова с умеренным периоральным цианозом, втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании, тахипноэ с ЧД – 36 в минуту.

- физикальных данных: укорочение перкуторного звука справа, ниже угла лопатки, выслушивание при аускультации резко ослабленного дыхания справа в подлопаточной области и крепитирующих хрипов.

2. Необходимо провести рентгенологическое исследование органов грудной полости в прямой и боковой проекции, а также лабораторное исследование - общий анализ крови.

Следует ожидать наличие участков затемнения в проекции поражённых участков правого лёгкого на рентгенограмме органов грудной полости.

В общем анализе крови следует ожидать ускорение СОЭ, наличие лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, возможно снижение уровня гемоглобина.

3. Необходимо зафиксировать данные ребёнка в журнале приёма больных и отказов в госпитализации (форма 001-у) детской поликлиники; заполнить медицинскую карту стационарного больного (форма 003-у); лист врачебных назначений.

Медицинская сестра педиатрического участка получает медикаменты у главной медицинской сестры согласно листу врачебных назначений и выдает их под расписку родителям ребёнка, выполняет назначения врача-педиатра.

Врач-педиатр ежедневно проводит осмотр пациента на дому до выздоровления. Затем оформляется статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066-у) и листок учёта движения больных и коечного фонда стационара (форма 007-у).

4. 1) Постельный режим на период фебрильной лихорадки и выраженной интоксикации. Далее домашний режим по возрастной схеме до выздоровления.

2) Питьевой режим – обильное тёплое питьё.

3) Диета возрастная.

4) Жаропонижающий препарат при повышении температуры тела выше 38,5° С.

Возможно назначение Парацетамола в форме таблеток или суппозитория. В качестве альтернативного жаропонижающего средства возможно назначение Ибупрофена.

5. Этиотропное антибактериальное лечение: учитывая характеристики возбудителя внебольничной неосложненной пневмонии, следует назначить препарат из группы β лактамов Амоксициллин, также необходимо учесть данные анамнеза ребёнка – использование ранее в лечении ОРИ антибиотиков, и назначить защищённую форму Амоксициллина.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №34

Девочке 4,5 месяцев с неотягощённым анамнезом проведена вторая вакцинация против коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита и пневмококковой инфекции отдельными шприцами в разные участки тела.

Вакцина АКДС введена внутримышечно в среднюю треть правого бедра. Предыдущую вакцинацию в возрасте трёх месяцев перенесла хорошо. На 2-й день после вакцинации мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38,7°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнения в месте введения вакцины АКДС (в средней трети правого бедра). Расценивая указанные симптомы, как осложнение после прививки, она обратилась с жалобой в администрацию поликлиники.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела 38,0°C. Кожный покров розовый, горячий, сухой. Видимые слизистые розовые, чистые. Носовое дыхание свободное. В лёгких при сравнительной перкуссии лёгочный звук, одинаковый на симметричных участках. Аускультативно дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет. ЧДД 48 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 132 в минуту. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 1 см от края реберной дуги, край ровный, безболезненный. Селезёнка не пальпируется. Стул кашицеобразный до 4 раз в день. Мочеиспускание безболезненное, не учащено.

Локально: в месте введения вакцины в средней трети правого бедра – инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отёк мягких тканей диаметром 3 см.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, проведите его обоснование.
2. Какие лечебные мероприятия следует назначить?
3. Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС.
4. Выдержаны ли сроки введения вакцины АКДС, полиомиелита и пневмококковой инфекции?
5. Следует ли в данном случае подать экстренное извещение в региональный центр Роспотребнадзора? В каком случае подается экстренное извещение в региональный центр Роспотребнадзора?

Эталон ответа к задаче №34

1. Диагноз «реакция на прививку АКДС: гипертермический синдром, инфильтрат средней трети правого бедра».

Поствакцинальная реакция отражает нормальное течение вакцинального процесса, не угрожает жизни и здоровью, не оставляет последствий.

Возникает в течение первых двух суток после вакцинации.

Может быть местной и общей.

Проявления общей реакции на вакцину: температура тела до 39° С; местная реакция: гиперемия диаметром до 8 см, инфильтрат диаметром до 5 см.

2. 1) Ибупрофен 8-10 мг/кг в виде ректальной свечи в случае повышения температуры тела выше 38,5 °С. Возможно назначение Парацетамола в дозе 15 мг/кг в виде ректальной свечи в случае повторного повышения температуры тела выше 38,5 °С. Максимальная суточная доза Парацетамола не должна превышать 60 мг/кг массы тела.

2) Наблюдение участковой медицинской сестрой в течение 2 суток.

3. Поствакцинальное осложнение – это симптомокомплекс, развивающийся в результате нарушения техники вакцинации, введения некачественной вакцины или индивидуальных особенностей организма ребёнка.

Требуют лечебных мероприятий и расследования причин.

Местные осложнения – гиперемия более 8 см в диаметре, инфильтрат более 5 см в диаметре, абсцесс, флегмона.

Общие – общие чрезмерные реакции – температура более 39,5 °С; неврологические осложнения – пронзительный мозговой крик в течение нескольких часов, афебрильные судороги; энцефалит; аллергические осложнения – крапивница, отёк Квинке, анафилактический шок.

4. Сроки вакцинации против коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита и пневмококковой инфекции соблюдены.

3 месяца - первая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка; первая вакцинация против полиомиелита; первая вакцинация против гемофильной инфекции (группы риска).

4,5 месяца - вторая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка; вторая вакцинация против полиомиелита; вторая вакцинация против пневмококковой инфекции; вторая вакцинация против гемофильной инфекции (группы риска).

5. В данной ситуации подача экстренного извещения не требуется.

Экстренное извещение в региональный центр Роспотребнадзора подаётся в случае возникновения осложнения при проведении любой вакцинации.

ОК-1, ОК-8, ОПК-6, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-15, ПК-16, ПК-22

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №35

Мать с ребенком 10 месяцев пришла на осмотр врачом-педиатром участковым. В последние 4 дня мать отмечает беспокойство ребёнка, особенно в ночное время, повышенное газообразование, вздутие живота, слизь в кале. Отмечается задержка стула в течение 3 дней.

Из анамнеза известно, что ребёнок от II срочных родов, рос и развивался соответственно возрасту. Уже получает все необходимые продукты прикорма и молочную смесь, поскольку у матери с 5 месяцев нет грудного молока. До пятого месяца стул был 4-5 раз в сутки, кашицеобразный без патологических примесей. С момента введения в рацион молочной смеси стул 1 раз в 2-3 дня, оформленный, салатного цвета, периодически со слизью. В 7 месяцев ребенок перенёс острую кишечную инфекцию, со слов матери, «в лёгкой форме», к врачу с жалобами не обращались, лечение не получали.

При осмотре на приёме общее состояние удовлетворительное, ребёнок активен. Физическое и нервно-психическое развитие соответствуют возрасту. Кожа и видимые слизистые чистые, бледно-розового цвета. ЧСС 118 ударов в минуту, ЧД 27 в минуту. Живот умеренно вздут, при пальпации урчит. Край печени выступает из-под рёберной дуги на 2,5 см, без болезненной реакции на пальпацию, эластичный. Пальпируется край селезёнки. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте необходимость в дополнительных лабораторных и инструментальных методах исследования ребёнка.

2. Необходимо ли провести коррекцию питания ребёнка с учётом жалоб? Определите объём суточного кормления, режим кормления и объём разового кормления ребёнка в 10 месяцев.

3. Составьте меню на 1 день.

4. Приведите эмпирические формулы для первичной оценки значений длины и массы тела здорового ребёнка первого года жизни.

5. Укажите ведущие линии нервно-психического развития ребёнка в 10 мес.

Эталон ответа к задаче №35

1. Предположительный диагноз «функциональные нарушения кишечника. Вторичная лактазная недостаточность».

Необходимо проведение общего анализа крови, общего анализа мочи, копрологическое исследование, кал на яйца гельминтов, кал на дисбактериоз, УЗИ абдоминальное, определение лактозы в кале.

Рекомендуется консультация гастроэнтеролога.

2. Учитывая жалобы мамы, при нормальных значениях массы тела ребёнка в соответствии с возрастом 10 месяцев, объём суточного кормления следует сохранить, ввести в рацион адаптированную молочную смесь, обогащённую бифидо- и лактобактериями, назначить безмолочные каши. Для стимуляции моторики кишечника и улучшения отхождения газов и стула следует временно отказаться от соков и пюре из яблок, банана и винограда, картофельного пюре, употребление которых усиливает метеоризм.

1. Объём суточного кормления – 1000 мл.

2. Режим кормления – 5 раз через 4 часа с 8 часовым ночным перерывом.

3. Объём разового кормления – 200 мл.

3. 6.00 – молочная смесь адаптированная формула 2 – 200 мл;

10.00 – 10 % безмолочная каша 150 мл;

сливовое пюре 50 мл молочная смесь адаптированная формула 2 – 50 мл;

14.00 – кабачковое пюре 120 мл;

паровая котлета 30 гр;

желток 1/2 шт.;

персиковый сок 50 мл;

молочная смесь адаптированная формула 2 – 50 мл;

18.00 – смесь кисломолочная 165 мл;

детское печенье 5 гр.;

детский творожок 30 гр.;

молочная смесь адаптированная формула 2 – 35 мл;

22.00 – молочная смесь адаптированная формула 2 – 200 мл.

4. Рост детей первых 6 мес. (см): Рост при рождении + 3n, где n – число месяцев жизни.

Рост детей 7-12 мес. жизни (см): $64 + n$, где n – число месяцев жизни (граница допустимых колебаний ± 4 см)

Масса тела детей первого года жизни:

8200 (8400) – масса тела ребёнка 6 мес.; на каждый недостающий месяц вычесть 800 г, на каждый последующий месяц прибавить 400 г, то есть для первых 6 мес.: масса тела при рождении + 800n,

для детей 7-12 мес.: $5800 \text{ г} (6000 \text{ г}) + 400n$, где n – возраст в месяцах.

Граница допустимых колебаний в 3-6 мес. – 1000 г, в 7-12 мес. – 1500 г.

5. До – влезает и входит на невысокую поверхность и затем спускается оттуда.

Др – открывает, закрывает, вынимает, вкладывает.

Ра – подражает взрослым, повторяя за ними слоги, которых ещё не было в его лепете.

Рп – знает название частей тела, даёт предмет по просьбе.

Н – закрепляются умения 9 месяца: пьёт из чашки с поддержкой, спокойно относится к высаживанию на горшок.

ОК-1, ОК-8, ОПК-6, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-15, ПК-16, ПК-22

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №36

Мать с девочкой 11 месяцев пришла на профилактический приём к врачу-педиатру участковому. Жалобы на плохой аппетит. Ребёнок от III беременности, протекавшей с анемией, гестозом I. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей. Девочка родилась в срок, с массой тела 3050 г, длиной – 52 см. Период новорождённости

без особенностей. На грудном вскармливании до 3 месяцев, далее адаптированная молочная смесь и кефир. Прикормы начали вводить с 7 месяцев. В настоящее время получает каши, преимущественно манную, тёртое яблоко, кефир, цельное молоко.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые оболочки бледные, чистые. Подкожная жировая клетчатка развита хорошо. Лимфоузлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета. Мочеиспускание не нарушено.

В анализе периферической крови: Hb – 95 г/л; эритроциты – $3,7 \times 10^{12}$ /л; цветовой показатель – 0,85; лейкоциты – $6,5 \times 10^9$ /л; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 32%; базофилы – 1%; эозинофилы – 3%; лимфоциты – 58%; моноциты – 4%; СОЭ – 6 мм/час; гипохромия ++, анизоцитоз +, пойкилоцитоз +. Содержание гемоглобина в эритроцитах – MCH – 22 пг (норма 24-33 пг).

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Какие продукты необходимо включить в рацион ребенка?
5. Укажите расчёт дозы назначенных препаратов и длительность курса лечения.

Эталон ответа к задаче №36

1. Железодефицитная анемия лёгкой степени тяжести.
2. Диагноз «железодефицитная анемия лёгкой степени тяжести» поставлен на основании данных анамнеза (беременность на фоне анемии, гестоза), раннего искусственного вскармливания, использования неадаптированных молочных продуктов, отсутствия в рационе ребёнка мясных продуктов, овощей, яичного желтка, творога; данных объективного осмотра (бледность кожных покровов и слизистых оболочек), лабораторных данных (снижения уровня гемоглобина и эритроцитов, MCH, гипохромии, анизоцитоза, пойкилоцитоза). 1 степень тяжести обусловлена снижением гемоглобина до 95 г/л.

3. Определение:

- концентрации сывороточного железа – СЖ;
- общей железосвязывающей способности сыворотки – ОЖСС;
- коэффициента насыщения трансферрина железом – НТЖ;
- концентрации сывороточного ферритина – СФ.

4. Мясо, рыбу, творог, овощи, промышленно приготовленные каши, обогащённые железом.

5. 5 мг/кг в течение не менее 3 мес.

ОК-1, ОК-8, ОПК-6, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9, ПК-14, ПК-15

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №37

Профилактический осмотр в детской поликлинике ребенка в 1 месяц. Мать кормит ребёнка грудью, жалуется, что в последние дни ребёнок стал беспокойным, часто плачет, плохо спит, во время кормления бросает сосать, кричит. Стул водянистый, с кислым запахом, пенистый. Во время кормления у ребенка урчит в животе. Ребёнок не температурит. Контакт с инфекционными больными мать исключает.

При объективном обследовании живот вздут, при пальпации урчит, ребёнок реагирует на осмотр негативно. Обращает внимание покраснение перианальной области.

Перинатальный анамнез: ребенок недоношенный, 37 недель; оценка по шкале Апгар 6/8 баллов.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Какие простые методы исследования на начальном этапе позволят подтвердить предварительный диагноз? Опишите ожидаемые результаты.
4. Сформулируйте рекомендации по лечению.
5. Какие рекомендации необходимо дать маме по ее питанию?

Эталон ответа к задаче №37

1. Первичная транзиторная лактазная недостаточность.
2. Диагноз установлен по следующим основаниям:

Ребёнок относится к группе риска по развитию транзиторной лактазной недостаточности: недоношенность, интранатальная асфиксия.

Дебют заболевания в 1 месяц (период накопления лактозы в грудном молоке).

Приступы кишечной колики и метеоризма, связанные с кормлением. Разжиженный пенистый стул с кислым запахом. Перианальный дерматит (раздражающее действие органических кислот стула).

3. Копрограмма: кислая реакция кала ($<5,5$).

Анализ углеводов кала (проба Бенедикта): накопление углеводов в кале ($>0,25\%$).

4. Сохранение и продолжение грудного кормления.

Заместительная терапия препаратами лактазы.

Энтеросорбенты на первые 3-4 дня.

Антифлатуленты (препараты семитикона).

Местное лечение перианального дерматита.

5. Индивидуальный подбор дозы путём постепенного увеличения с 1 до 2-5 капсул на каждое кормление под контролем клиники и копрограммы.

Используется при каждом кормлении.

Применяется перед кормлением в форме ферментированного сцеженного грудного молока в количестве 10-15 мл, ферментация сцеженного молока происходит в течение 10 минут.

ОК-1, ОК-8, ОПК-6, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-8, ПК-9, ПК-15, ПК-16

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №38

Первичный вызов врача-педиатра участкового к мальчику 12 лет. Ребенок болен 3 сутки. Жалобы на кашель, слабость, снижение аппетита, головную боль.

Из анамнеза известно, что накануне болезни попал под дождь и замёрз. Температура тела $38,0-38,5^{\circ}\text{C}$ в течение двух дней, лечились самостоятельно. Сегодня температура тела поднималась до $39,0^{\circ}\text{C}$, вызвали врача.

При объективном обследовании ребёнок вялый, температура тела $38,7^{\circ}\text{C}$, частота дыхания 28 в минуту, частота сердечных сокращений 105 в минуту. Кожные покровы розовые, горячие. Зев не ярко гиперемирован. При перкуссии грудной клетки отмечается укорочение перкуторного звука под углом лопатки справа, при аускультации – ослабление дыхания там же, выдох свободный, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю рёберной дуги. Стул и диурез без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Определите и аргументируйте условия оказания медицинской помощи данному ребёнку (амбулаторно, в дневном стационаре, стационаре круглосуточного пребывания).
4. Как подтвердить предварительный диагноз? Опишите ожидаемые результаты.

5. Сформулируйте рекомендации по этиотропной терапии заболевания у данного ребёнка при подтверждении диагноза.

Эталон ответа к задаче №38

1. Внебольничная острая очаговая пневмония нижней доли справа, средней тяжести, неосложненная, ДН 0 степени.

2. Диагноз установлен по следующим основаниям:

Началу заболевания предшествовал случай общего переохлаждения организма. Острое начало. Температура тела 38,0 °С и выше в течение 3 дней. Кашель. Локальные симптомы со стороны лёгких: укорочение перкуторного звука, ослабление дыхания под углом правой лопатки.

Признаки дыхательной недостаточности отсутствуют: частота дыхания 28 в минуту (соответствует возрасту с учётом лихорадки), соотношение частоты сердечных сокращений к частоте дыхания составляет 3,75, нет цианоза, нет проявления затруднённого дыхания (раздувание крыльев носа, участие вспомогательной мускулатуры в дыхании, западение уступчивых мест грудной клетки).

Нетяжёлая пневмония: нет проявлений тяжёлой интоксикации (нарушения сознания, отказ от пищи и питья), нет дыхательной недостаточности, нет клинических проявлений осложнений.

Лекарственный анамнез: непереносимости лекарственных препаратов нет, антибиотиками в последний год не лечился.

3. Организация медицинской помощи в амбулаторных условиях. Показаний для госпитализации по клиническим (возраст ребёнка старше 6 месяцев, нетяжёлая, неосложнённая пневмония, нет признаков дыхательной недостаточности, нет тяжёлой сопутствующей патологии), эпидемиологическим и социальным показаниям нет.

4. Рентгенологическое обследование: инфильтративные изменения в лёгких.

В клиническом анализе крови: признаки активной бактериальной инфекции (нейтрофильный лейкоцитоз с ядерным сдвигом влево $>15 \times 10^9$ клеток/л, ускоренная СОЭ).

В биохимическом анализе крови: СРБ >60 мг/л, ПКТ >2 нг/л.

5. Амоксициллин внутрь (отдавать предпочтение диспергируемой лекарственной форме), 40-60 мг/кг/сутки в 3 приёма независимо от приёма пищи (каждые 8 часов), курс 5-7 дней (отменить через 2-3 дня стойкой нормализации температуры тела).

ОК-1, ОК-8, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №39

Ребёнок 1 год 3 месяца. Мама вызвала врача-педиатра участкового в связи с жалобами на повышение температуры до 38,5°С (сохраняющейся в течение 3-х дней), сильный мучительный сухой кашель, нарушение самочувствия.

При осмотре: состояние ребёнка средней тяжести, самочувствие нарушено (капризный, не интересуется окружающим, нет интереса к игрушкам, постоянно на руках у матери), слизистое отделяемое из носа, умеренная гиперемия зева, по задней стенке глотки стекает слизь. Втяжение межрёберных промежутков на вдохе. Перкуторно над лёгкими в симметричных участках звук с коробочным оттенком. Границы относительной сердечной тупости несколько сужены. При аускультации дыхание жёсткое, сухие свистящие и крупно-пузырчатые влажные хрипы, удлинённый выдох. Число дыханий 48-52 в 1 минуту. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, ЧСС 128 ударов в 1 минуту. Живот доступен пальпации, печень + 2 см из-под реберного края, мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. О поражении какой системы идёт речь?

2. Для какого синдрома характерны имеющиеся симптомы?

3. Каков ведущий патогенетический механизм в развитии бронхиальной обструкции у детей раннего возраста?
4. Какое дыхание выслушивается над лёгкими у здорового ребёнка данного возраста?
5. Назовите особенности строения органов дыхания, обуславливающие наличие пуэрильного дыхания у детей.

Эталон ответа к задаче №39

1. Поражение дыхательной системы воспалительной природы: катаральные явления, кашель, расстройство дыхания (экспираторная одышка), изменение перкуторных данных, наличие хрипов.
2. Синдром бронхиальной обструкции – одышка экспираторная (удлинённый, затруднённый выдох, втяжение межреберий на вдохе) коробочный оттенок звука при перкуссии, сухие свистящие и крупно-пузырчатые влажные хрипы.
3. В формировании синдрома бронхиальной обструкции у детей раннего возраста ведущими механизмами являются отёк слизистой и гиперсекреция.
4. Дыхание пуэрильное – дыхательный шум более громкий и продолжительный в течение обеих фаз дыхания.
5. Короткое расстояние от голосовой щели до места аускультации из-за малых размеров грудной клетки, что приводит частичному выслушиванию шумов гортани.
Узкий просвет бронхов.
Большая эластичность и малая толщина стенки грудной клетки, увеличивающие её вибрацию.
Значительное развитие интерстициальной ткани, уменьшающей воздушность ткани лёгких.

ОК-1, ОК-8, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №40

Мать с ребенком в возрасте 1 месяца приехала из сельской местности в областной центр к родственникам, которые вызвали врача-педиатра участкового, поскольку уверены, что ребёнок болен.

Анамнез жизни: ребёнок от 1-ой беременности, протекавшей с токсикозом в I триместре; на 24-26 неделе гестации отмечалось повышение температуры без катаральных явлений, не лечилась.

Роды на 38-й неделе гестации: 1-й период – 8 час, 2-й – 25 мин, безводный промежуток – 9 час, околоплодные воды светлые. Масса тела при рождении 3350 г, длина 51 см. Выписан из родильного отделения центральной районной больницы на 7-й день жизни. Находится на грудном вскармливании, сосёт вяло, почти всё время спит. Матери 17 лет, считает себя здоровой; брак не зарегистрирован, ребёнка воспитывает одна.

При осмотре: состояние ребёнка тяжёлое. Вялый, на осмотр реагирует слабым криком. Масса тела 3550 г; при контрольном кормлении высосал около 70 мл молока. Кожа бледно-розовая, сухая, чистая. Ребёнок пониженного питания, подкожно-жировой слой истончён на груди и животе. Голова гидроцефальной формы. Окружность головы 40 см, грудной клетки 34 см, сагиттальный шов открыт на 1 см, венечный шов – на 0,2 см. Большой родничок 4×4 см, выполнен; малый родничок 0,5×0,5 см. В лёгких дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет, ЧД 36 /мин. Тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС 130 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2,5 см выступает из-под рёберной дуги. Селезёнка на 1 см ниже рёберной дуги. Выражен симптом Грефе, горизонтальный нистагм. Мышечная гипотония.

Вопросы:

1. Каков предполагаемый диагноз? Группы риска и группа здоровья ребёнка.

2. Какие скрининговые исследования должны были быть проведены ребёнку в родильном доме, результаты которых следует уточнить?
3. Определить степень недостаточности питания у ребёнка.
4. Определите суточный объём питания ребёнка, объём докорма и предпочтения в смесях при назначении докорма.
5. Составьте план профилактических мероприятий на 1 год жизни ребёнка.

Эталон ответа к задаче №40

1. Перинатальное постгипоксическое поражение ЦНС. Гидроцефалия.

Сопутствующие заболевания: Белково-энергетическая недостаточность (гипотрофия) 1 ст.

Риск частых респираторных заболеваний в периоде социальной адаптации. Риск развития анемии и рахита. Группа социального риска.

Группа здоровья III.

2. В первые дни жизни ребёнка в обязательном порядке проводится анализ крови из пятки, это исследование называется «скрининг новорождённого» - проводят исследования на наличие как минимум пяти тяжёлых наследственных заболеваний: фенилкетонурия, врождённый гипотиреоз, галактоземия, адреногенитальный синдром, муковисцидоз (кистозный фиброз).

3. У ребёнка белково-энергетическая недостаточность (гипотрофия) 1 ст.

В зависимости от степени дефицита массы тела различают три степени гипотрофии:

- при гипотрофии I степени дефицит массы тела составляет от 10 до 20%;
- при гипотрофии II степени дефицит массы тела составляет уже от 20 до 30%;
- если дефицит массы тела превышает 30%, то это уже гипотрофия III степени.

У пациента имеет место гипотрофия 1 степени (дефицит массы около 11%).

4. Необходимо проведение контрольного взвешивания ребёнка с последующей коррекцией питания.

Суточный объём питания рассчитывается на должную массу тела, которую ребёнок должен иметь по возрасту - 3950,0 г, то есть $\frac{1}{5}$ от 3 950,0 - 790,0 (800,0) в сутки;

Число кормлений 7 (через 3 часа), на одно кормление - 115,0 мл.

При наличии у мамы 70,0 мл грудного молока на кормление, докорм проводится в объёме 45,0 мл на одно кормление.

Для докорма используются адаптированные смеси (формула 1) или смеси для маловесных и недоношенных детей.

Расчёты основных пищевых веществ рациона больного проводятся исходя из возрастных физиологических норм на 1 кг его массы тела.

5. Витамин Д3 ежедневно по 1000 МЕ.

Препараты железа III с 3 месячного возраста из расчёта 2 мг/кг массы тела в сутки.

«Д» учёт у врача-невролога.

Реабилитация и восстановительное лечение.

ОК-1, ОК-8, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №41

Ребёнок 3 месяцев заболел остро, температура поднялась до 39°C, появился кашель и шумное дыхание.

Данные анамнеза: за неделю до заболевания ребёнка у отца был насморк, кашель и субфебрильная температура.

Ребёнок от 1-й беременности, родился доношенным. Во время беременности мама дважды болела ОРВИ, бронхитом, получила курс антибактериальной терапии. Папа страдает поллинозом, курит. Период новорождённости протекал без особенностей. На естественном вскармливании до 2 мес. Переведён на искусственное вскармливание

адаптированной смесью 1-й линии из-за гипогалактии у мамы. С переходом на искусственное вскармливание – проявления дерматита в виде гиперимии, мокнутия на щеках, сухости и шелушения кожи на груди, ягодицах. Темпы физического и психомоторного развития нормальные.

Данные объективного осмотра: при осмотре состояние тяжёлое. Температура 37,5°C. Экспираторная одышка, частый кашель. Снижена активность, сосёт вяло, с перерывами. Пена в углах рта, слизь в ротовой полости и оральная крепитация. Отмечается раздувание крыльев носа при дыхании, вздутие грудной клетки. Цианоз носогубного треугольника. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Перкуторный звук над лёгкими с коробочным оттенком. При аускультации дыхание с удлинённым выдохом, выслушиваются мелкопузырчатые влажные и сухие, свистящие хрипы над всеми отделами грудной клетки. Частота дыхательных движений 66 в минуту. Частота сердечных сокращений 150 в минуту, тоны сердца приглушены. По остальным органам без отклонений.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Предполагаемая этиология заболевания.
3. Тактика врача-педиатра участкового.
4. Показания для госпитализации.
5. Предполагаемый прогноз заболевания для данного ребенка.

Эталон ответа к задаче №41

1. Диагноз «острый бронхиолит».
- осложнение: ДН 2 степени.

Сопутствующие заболевания: атопический дерматит, младенческая форма, период обострения.

2. Бронхиолиты у детей раннего возраста, чаще всего, связаны с вирусной РС-инфекцией (респираторно-синцитиальной), у небольшого числа детей - с вирусами гриппа, парагриппа, аденовирусной, рино-вирусной инфекцией, либо с микоплазменной инфекцией.

3. Оказание неотложной помощи: санация верхних дыхательных путей (удаление слизи, оксигенация – доступ свежего воздуха); ингаляция бронхорасширяющего средства, лучше через небулайзер – Ипратропия бромид+ Фенотерол до 10 капель в 1-2 мл физраствора, затем госпитализация в стационар.

4. Критериями госпитализации детей с бронхиолитом являются:

- апноэ,
- признаки дыхательной недостаточности 2-3 степени,
- возраст до 6 месяцев,
- пониженное питание,
- дегидратация, затруднения в кормлении, сонливость,
- потребность в постоянной санации верхних дыхательных путей в клинических условиях,
- отягощённый преморбидный фон,
- социальные показания.

5. Прогноз у детей с бронхиолитом: после перенесённого острого бронхиолита прогноз, как правило, благоприятный, респираторные симптомы сохраняются до трёх недель.

Повторные эпизоды синдрома бронхиальной обструкции.

Формирование гиперреактивности слизистой бронхиального дерева, что при наличии атопии у ребёнка (или отягощённой наследственности по атопии) – может привести к развитию бронхиальной астмы.

Редко возможно развитие постинфекционного облитерирующего бронхиолита (ведёт к развитию фиброза лёгких, инвалидизации).

ОК-1, ОК-8, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №42

Девочка 13 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на плохой аппетит, повышенную утомляемость, ломкость волос и ногтей, сердцебиение. Данные симптомы появились около года назад.

Ребёнок из социально неблагополучной семьи, рос и развивался соответственно возрасту. Острыми респираторными инфекциями болела часто, в течение последних 2-х лет заболеваемость участилась до 6-7 раз в год. В школе учится хорошо, однако в течение последнего года успеваемость снизилась. Питание нерегулярное. Девочка стала раздражительной, апатичной. Менструации нерегулярные с 12 лет, 5-7 дней, обильные.

В контакт с врачом вступает неохотно. Интеллект сохранен. Питание удовлетворительное. Масса тела 33 кг. Формула полового развития $Ma3P2Ax2Me3$, 11,3 балла. Кожа бледная, сухая, чистая. Волосы сухие, тонкие, ломкие. Ногти тусклые, поперечная исчерченность, слоистость. Слизистые чистые, бледные. Подчелюстные и шейные лимфоузлы II – III степени. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, мягкий систолический шум на верхушке. ЧСС – 100 ударов в минуту, АД – 90/55 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка у края рёберной дуги. Стул оформленный, ежедневно.

В анализе мочи: pH – слабо кислая, белок 0,066 г/л, лейкоциты – 4-5 в п/зр.

В анализе периферической крови: гемоглобин – 80 г/л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,7, лейкоциты – $7,6 \times 10^9$ /л, базофилы – 0%, эозинофилы – 5%, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 59%, лимфоциты – 28%, моноциты – 4%, СОЭ – 6 мм/час, гипохромия +++ , анизоцитоз ++ , пойкилоцитоз ++ . МСН – 19,5 пг (содержание гемоглобина в эритроците в норме – 24-33 пг).

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. Что способствовало развитию данного заболевания?
3. Обоснуйте предполагаемый диагноз.
4. Назначьте необходимое лечение и обоснуйте его.
5. Оцените эффективность проводимой терапии.

Эталон ответа к задаче №42

1. Предположительный диагноз «анемия железодефицитная, средней степени тяжести».

2. Развитию заболевания способствовали: алиментарный фактор (низкий социальный статус семьи, нерегулярное питание); частые респираторные инфекции; нарушения менструального цикла в виде нерегулярных, длительных и обильных месячных.

3. Диагноз выставлен на основании типичной клинической картины (жалобы на плохой аппетит, повышенную утомляемость, ломкость волос и ногтей, сердцебиение; анамнестические данные: с 12 лет нерегулярные, обильные, продолжительные месячные, несбалансированное питание, снижение иммунологической резистентности, успеваемости в школе, эмоциональные расстройства в виде раздражительности и апатичности; объективные данные: бледность и сухость кожи, тусклость и ломкость волос, исчерченность, слоистость ногтей – эпителиальный синдром, тахикардия, мягкий систолический шум как проявление тканевого дефицита железа) и картины периферической крови (гипохромная анемия, выраженный пойкилоцитоз, анизоцитоз).

Степень тяжести анемии на основании выраженности снижения гемоглобина – 80 г/л.

4. 1) Полноценное питание, соответствующее возрастным потребностям с обязательным включением в рацион мяса красных сортов, обогащение рациона свежими овощами и фруктами, соками.

2) Назначение препаратов железа (солевые препараты в дозе 120 мг/сутки или препараты гидроксид полимальтозного комплекса в дозе 5 мг/кг/сутки) до нормализации уровня гемоглобина (120 г/л), затем в половинной дозе еще 2 – 3 месяца для создания депо железа.

5. Девочке следует назначить препарат железа III перорально в суточной терапевтической дозе 5-6 мг/ кг массы тела.

Продолжительность терапии 4-5 месяцев. Через 4 недели после начала лечения повторный общий анализ крови с ретикулоцитами.

ОК-1, ОК-8, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-16

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №43

Девочке 4,5 месяцев с неотягощённым биологическим анамнезом сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС + полиомиелит инактивированной вакциной+пневмококковая (конъюгированная). Предыдущие прививки АКДС + полиомиелит (в 3 месяца) перенесла хорошо.

На 2 день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнения в месте введения вакцины. Расценивая указанные симптомы как осложнение после прививки, она обвинила врача и медсестру в «непрофессионализме».

При осмотре температура тела 37,8°C. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины – инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отёк мягких тканей диаметром 2 см.

Вопросы:

1. Дайте заключение по данному случаю.
2. Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС.
3. Подлежит ли ребёнок медицинскому отводу от дальнейших прививок против дифтерии, коклюша, столбняка?
4. Каковы абсолютные противопоказания для вакцинации ребёнка против дифтерии, коклюша, столбняка.
5. Тактика врача-педиатра участкового.

Эталон ответа к задаче №43

1. Обычная (допустимая) общая и местная поствакцинальная реакция на АКДС. Вакцина против полиомиелита и пневмококковой инфекции не вызывает подобных реакций.

2. Осложнения на вакцину АКДС: местные реакции (отёк и гиперемия мягких тканей), аллергические сыпи, аллергические отёки (отёк Квинке), астматический синдром, синдром крупа, геморрагический синдром, токсико-аллергическое состояние, коллаптоидное состояние, анафилактический шок.

3. Ребёнок не подлежит медицинскому отводу от дальнейших прививок. Дальнейшая вакцинация проводится согласно национальному календарю прививок: третья вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка в 6 месяцев, I ревакцинация в 18 месяцев вакциной АКДС. Из-за реактогенности вакцины АКДС можно рекомендовать использование для прививок ребёнку ацеллюлярной вакцины (с бесклеточным коклюшным компонентом).

4. Сильная реакция или осложнение на предыдущее введение вакцины. Прогрессирующие заболевания ЦНС.

Афебрильные судороги в анамнезе.

5. Врач-педиатр участковый должен:

- информировать родителей о возможных допустимых реакциях у ребёнка на вакцинацию АКДС;
- информировать родителей о разнице между нормальной поствакцинальной реакцией и поствакцинальным осложнением;
- документировать в амбулаторной карте ребёнка (форма 112/у) добровольное согласие родителей на профилактические прививки в порядке, установленном законодательством РФ (форма 019н – добровольное согласие).

ОК-1, ОК-8, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-8, ПК-15, ПК-16, ПК-20

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №44

Ребёнку 6 лет. Мать девочки рассказала, что последние два месяца у ребенка отмечается снижение аппетита, она стала раздражительной, сон беспокойный, часто жалуется на зуд в области ануса. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, бледные, питание несколько снижено. Со стороны внутренних органов без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Назовите возбудителя, дайте его характеристику.
3. Назовите основные принципы лечения этого ребенка.
4. Какими исследованиями Вы можете подтвердить диагноз?
5. Назовите основные профилактические меры по предупреждению энтеробиоза у детей.

Эталон ответа к задаче №44

1. Энтеробиоз. В пользу данного диагноза говорят жалобы – снижение аппетита, раздражительность ребёнка, беспокойный сон, зуд в области ануса.

2. Острицы – класс нематод (круглые черви), самка 9-12 мм и самец, 3-5 мм, живут в нижнем отделе тонкого и в толстом кишечнике. Самка после оплодотворения откладывает яйца на перианальных складках, что сопровождается зудом, созревание яиц происходит на воздухе в течение 6-8 часов. Заражение происходит контактно-бытовым путём, возможно повторное самозаражение (ребёнок берет руки в рот).

3. Гигиенический уход: ежедневно менять нательное и постельное белье с последующим кипячением и проглаживанием горячим утюгом; подмывать ребёнка утром и вечером; мыть руки перед едой и после посещения туалета; коротко стричь ногти; в комнате проводить влажную уборку ежедневно, проветривать.

Лечить противоглистными препаратами – Мебендазол (Вермокс), Албендазол (Немозол), Пирантел.

4. Анализ кала на яйца глист, соскоб на яйца остриц с перианальных складок.

5. Привитие детям навыков гигиены с раннего возраста. Следует коротко остригать ребенку ногти; приучать мыть руки после туалета, перед едой, после прогулки; утром и вечером подмывать ребёнка; ежедневно менять нательное бельё; запрещать сосать пальцы и грызть ногти.

Профилактическому обследованию на энтеробиоз подлежат дети, посещающие дошкольные общеобразовательные учреждения (ДОУ); младшие школьники; пациенты детских стационаров; дети, посещающие плавательные бассейны и другие категории.

ОК-1, ОК-8, ОПК-6, ОПК-9, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-9, ПК-15

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №45

Мать с мальчиком 8 лет пришла на плановый диспансерный прием к врачу-педиатру участковому с целью оформления инвалидности по поводу бронхиальной астмы. (Дедушка ребенка по материнской линии страдает бронхиальной астмой.) Ребёнок болен с 6 месяцев, когда впервые был поставлен диагноз обструктивный бронхит. В последующем данное заболевание повторялось с периодичностью в 2-4 месяца. С 2-летнего возраста наблюдались типичные приступы удушья. Один раз перенёс астматический статус. Неоднократно госпитализировался по ургентным показаниям. В последние 2 года приступы участились (по несколько раз в неделю), последние 3 месяца беспокоят практически ежедневные ночные приступы. Ребёнок обучается на дому. Последний приступ – 2 недели назад. Исследования функции внешнего дыхания проводились месяц назад – стабильное нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу, объем форсированной ЖЕЛ за 1 сек. – 60-70%, тест на обратимость бронхиальной обструкции с сальбутамолом всегда положителен. Выявлена сенсibilизация к домашней пыли, шерсти животных, березе, некоторым видам трав.

При осмотре: объективно ребёнок астенического телосложения, отстаёт в физическом развитии. В контакт вступает неохотно, на вопросы отвечает односложно. Признаков дыхательной недостаточности нет. Кожа чистая, бледная, периорбитальный цианоз. Дыхание жёсткое, хрипов нет. Частота дыхания – 20 в минуту. Пульс – 90 уд/мин, расщепление II тона с акцентом на лёгочной артерии, АД – 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см, эластичная, селезёнка не пальпируется. Ребёнок постоянно получает ингаляционные глюкокортикоиды, β_2 -адреномиметики.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз согласно существующей классификации.
2. Составьте план диспансерного наблюдения.
3. Методы реабилитации больных с данным заболеванием. Рекомендации родителям по уходу за ребёнком.
4. Какие бронхорасширяющие препараты применяются в клинической практике? Побочные действия этих препаратов.
5. Какими препаратами необходимо проводить базисную терапию этому ребенку, назовите способ доставки препаратов?

Эталон ответа к задаче №45

1. Бронхиальная астма, атопическая, тяжёлой степени, неконтролируемая, постприступный период.

2. Диспансерное наблюдение за течением бронхиальной астмы проводится в амбулаторных условиях врачом-педиатром участковым, врачом-аллергологом.

Частота текущих консультаций при тяжёлом течении болезни определяется индивидуально, обычно 4 раза в год.

Необходимо оценивать степень выполнения пациентом предписаний врача по поводу лечения, режима, гипоаллергенной диеты и быта (комплаинс).

Проводить контроль за эффективностью базисной терапии. Оценивать качество жизни пациента. Направить ребёнка на КЭК.

Контроль за ведением дневника пикфлоуметрии, оценка безопасности применяемых ребёнком лекарственных препаратов.

Проведение ОАК, ОАМ, ЭКГ, спирометрии 3-4 раза в год (включая пробу с бронхолитиком, физической нагрузкой), оксида азота в выдыхаемом воздухе, риноцитограммы и цитологии мокроты.

Проверять технику ингаляций и определять приверженность базисной терапии.

Вакцинация детей с тяжёлой бронхиальной астмой осуществляется по индивидуальному графику с предвакцинальной подготовкой в периоде стойкой ремиссии,

иногда в условиях дневного стационара. Решается вопрос о целесообразности вакцинации против пневмококка и гемолитической палочки.

Рекомендации по немедикаментозным методам терапии: массаж, ЛФК, физиотерапевтические методы.

Рекомендации и определение адекватной переносимой физической нагрузки, возможно, совместно с врачом ЛФК.

Обучение пациентов самостоятельному контролю заболевания.

Санаторно-курортное лечение в санаториях бронхолёгочного профиля 1-2 раза в год.

Исключение сопутствующей патологии, которая может утяжелять заболевание: консультации по показаниям врача-пульмонолога, ЛОР-врача, врача-фтизиатра, врача-невролога, врача-гастроэнтеролога.

3. Режим: элиминационные мероприятия по удалению причинно-значимых факторов. Гипоаллергенная обстановка дома: ежедневная влажная уборка, убрать ковры, книги с открытых полок, мягкие игрушки, ограничить контакт с животными, табачным дымом, заменить подушку на синтетическую.

Гипоаллергенная диета с исключением шоколада, цитрусовых, мёда, орехов, консерв, пищевых красителей. Ведение пищевого и респираторного дневника.

ЛФК.

Респираторная терапия (дыхательные тренажёры, звуковая гимнастика, абдоминальное дыхание, дыхательная гимнастика, постуральный дренаж).

Массаж (классический, точечный, вибромассаж) 1-2 раза в год.

Иглорефлексотерапия.

Физиотерапия (лазеротерапия, магнитотерапия, спелеотерапия).

Санаторно-курортное лечение в санаториях бронхолёгочного профиля.

Психотерапия.

Ведения «дневника самоконтроля».

Образовательные программы (астма-школы).

4. Бронходилатирующим действием обладают следующие препараты: β_2 -адреномиметики, холинолитики и прямые спазмолитики. К β_2 -адреномиметикам относят Сальбутамол, Фенотерол, Трбуталин. При применении β_2 -адреномиметиков возможно появление побочных эффектов в виде тахикардии, тремора, повышенная возбудимость, нарушение сна. К холинолитикам, которые применяются при бронхиальной обструкции, относят Ипратропия бромид (Атровент). При применении холинолитиков возможно появление следующих побочных реакций: тошнота, сухость во рту, кожная сыпь. К прямым спазмолитикам, ингибирующие фосфодиэстеразу гладкой мускулатуры, относят Эуфиллин. Побочные действия при использовании Эуфиллина могут быть тошнота, рвота, тахикардия, снижение артериального давления, тремор.

5. В качестве базисной терапии необходимо выбирать комбинированные игкс (например, Сальметерол + Флутиказон, способ доставки ДАИ + спейсер или Будесонид + Формотерол, способ доставки турбухалер). При отсутствии сохраняющего контроля возможно использование моноклональные антитела (например, Омализумаб).

ОК-1, ОК-8, ОПК-6, ОПК-8, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-14, ПК-15

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №46

Девочка 15 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на запоры (стул 1 раз в неделю, плотным столбом большого диаметра), периодическое вздутие живота; боли в животе, купируются при отхождении стула. Данные жалобы появились год назад после того, как девочка переболела кишечной инфекцией (лечение в стационаре).

При осмотре: состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстенического типа. Кожные покровы и слизистые зева чистые, обычной окраски. Мышечный тонус в норме. Язык влажный обычной окраски. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. В

лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 72 в минуту. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, пальпируется заполненная сигмовидная кишка, слепая кишка «урчание под рукой». Печень - у края реберной дуги.

Обследование:

ОАК и ОАМ - патологии не обнаружено.

Копрограмма: нейтральный жир (+), клетчатка внеклеточно.

УЗИ органов брюшной полости: печень обычной эхоплотности, нормальных размеров, желчный пузырь без особенностей, на стимуляцию сократился на 50%, поджелудочная железа обычно эхоплотности и нормальных размеров.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы препаратов Вы назначите этому ребёнку? Обоснуйте свой выбор.
5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика и режимные мероприятия? Обоснуйте Ваш выбор.

Эталон ответа к задаче №46

1. Синдром раздражённой кишки с запорами (СРК).
2. Диагноз «СРК» поставлен на основании жалоб больного на запоры, вздутие живота, иногда боли, купирующиеся после дефекации, а также наличия в анамнезе кишечной инфекции.
3. Пациенту рекомендовано: кал на скрытую кровь, консультация врача хирурга-проктолога для исключения органической природы запора (пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, при необходимости колоноскопия, иригография), консультация врача-эндокринолога (для исключения патологии щитовидной железы – гипотиреоза), консультация врача-невролога (для исключения вегето-сосудистой дистонии по ваготоническому типу по результатам кардиоинтервалографии, глазного дна и осмотра).
4. Для нормализации тонуса гладкой мускулатуры кишечной трубки - прокинетики;
Для формирования консистенции каловых масс - препараты лактулозы (Макрогола) с подбором дозы до достижения результата.
5. Рекомендовано питание с обогащением пищевыми волокнами (овощи, фрукты), приём пищи 5 раз в день, достаточный приём жидкости (до 1,5 л) в день, закрепление рефлекса на дефекацию в одно и то же время, достаточный сон, ЛФК с упражнениями, повышающими мышечный тонус мышц брюшной стенки и тазового дна.

ОК-1, ОК-8, ОПК-6, ОПК-8, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-14, ПК-15

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №47

На профилактический осмотр к врачу-педиатру участковому пришла мама с девочкой в возрасте 3 месяцев. На последнем приёме были в возрасте 1 месяца 15 дней.

Жалобы на урежение мочеиспусканий, беспокойное поведение, особенно после кормления.

Анамнез заболевания: за последние 2 недели девочка стала беспокойной, не выдерживает перерывы между кормлениями, в связи с чем мама давала ей сахарный сироп и кефир. В дальнейшем у ребенка снизился аппетит, мочеиспускания стали редкими. В форме 112/у ранее зафиксирована низкая прибавка в весе. У матери – гипогалактия.

Анамнез жизни: девочка от 4-й доношенной беременности, 3 срочных родов. Вес при рождении 3000 граммов, длина 49,0 см. Выписана из роддома в удовлетворительном

состоянии. Семья социально-неблагополучная. Ребёнок на исключительно грудном вскармливании. Получает профилактическую дозу витамина Д.

Объективно: состояние удовлетворительное. В сознании. Беспокойная, капризная. Головку держит хорошо. Пытается переворачиваться со спины на живот. Хорошо следит за яркими предметами. Рефлексы Моро, Бауэра, автоматической ходьбы не вызываются. Тонический шейный и поисковый рефлексы угасают. Хватательный и подошвенный рефлексы вызываются хорошо. Менингеальные знаки и реакция на tragus отрицательные. Большой родничок не напряжен. Температура тела 36,8°C. Дефицит массы 16,2%, рост соответствует норме. Кожа бледная, сухая, эластичность сохранена. Заеды в углах рта. Волосы тусклые, ломкие. Подкожный жировой слой истончен на животе и конечностях. Тургор тканей снижен незначительно. В зеве и носоглотке катаральных явлений нет. Периферические лимфоузлы интактные. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Одышки нет. ЧДД 38 в 1 минуту. Аускультативно в лёгких дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипов нет. Перкуторно лёгочный звук. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 142 в 1 минуту. Слизистые полости рта бледные. Живот мягкий, пальпация не вызывает беспокойства ребёнка. Печень +1,5 см от края рёберной дуги. Селезёнка не увеличена. Стул кашицеобразный, разжижен, жёлтый, без патологических примесей, 2-3 раза в день. Мочеиспускания урежены, свободные. Обследована:

В общем анализе крови: Hb 98 г/л, Eг 3,8x10¹²/л, L 7,3x10⁹/л, СОЭ 3 мм/ч.

В общем анализе мочи: удельный вес 1005, белок и сахар отрицательные, L 0-2-1 в п.зр.

В копрограмме: увеличение жирных кислот, мыл, непереваренной клетчатки, вне- и внутриклеточного крахмала, при добавлении йода – голубая окраска.

В биохимическом анализе крови: кальций 2,58 ммоль/л, фосфор 1,8 ммоль/л, активность щелочной фосфатазы в норме, сахар крови 3,7 ммоль/л. Рентгенологически остеопороз трубчатых костей не выявлен.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Укажите факторы, способствующие формированию заболевания.
3. Тактика врача-педиатра участкового при данном патологическом состоянии у ребенка. Каковы сроки наблюдения?
4. Перечислите критерии эффективности лечения при данной патологии.
5. Назовите правила введения докорма.

Эталон ответа к задаче №47

1. Белково-энергетическая недостаточность алиментарного генеза (или хроническое расстройство питания по типу гипотрофии I степени тяжести). Анемия лёгкой степени тяжести, алиментарного генеза.

2. Гипогалактия у матери, несбалансированное питание ребёнка, социально-неблагополучная семья.

3. Осмотр врачом-педиатром участковым 2 раза в месяц до нормализации массы тела, а затем ежемесячно до года.

Осмотр специалистов: в декретированные сроки – врач-эндокринолог, врач-гастроэнтеролог – по показаниям.

Лабораторно-диагностическое обследование: общие анализы крови и мочи – при взятии на учёт, в дальнейшем – не реже 1 раза в 6 месяцев, по показаниям – чаще; копрограмма – при взятии на учёт, контроль в динамике – по показаниям; кал на яйца гельминтов (во 2 полугодии жизни) – при взятии на учёт, контроль в динамике – по показаниям; исследование кала на дисбактериоз – по показаниям.

Сроки наблюдения: дети данной группы состоят на диспансерном учёте до года и при условии нормализации показателей массы в 1 год могут быть сняты с учёта.

4. Нормализация аппетита, возрастное увеличение массы тела, улучшение показателей нервно-психического развития, восстановление показателей копрограммы.

5. При введении докорма используются адаптированные молочные смеси, увеличение объёма докорма постепенное (3–5 дней), докорм даётся всегда в конце кормления, после кормления грудью.

ОК-1, ОК-8, ОПК-6, ОПК-8, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-14, ПК-15, ПК-16

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №48

На профилактическом приёме в детской поликлинике у врача-педиатра участкового мать с ребёнком 8 месяцев. Ребёнок находится на естественном вскармливании. Жалоб нет. Мать ребёнка обратилась за советом по вскармливанию к врачу-педиатру участковому.

Из анамнеза известно, что мальчик от второй беременности, вторых родов. Настоящая беременность протекала на фоне анемии, угрозы прерывания. Роды в сроке 39 недель, оперативные. Масса при рождении 3300 г, длина тела 53 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Раннее прикладывание к груди. Выписан из роддома на 4 сутки с диагнозом: «здоров».

Объективно: состояние удовлетворительное. Фактическая масса 9500 г (среднее значение), длина тела 72 см (среднее значение), окружность грудной клетки 46 см (среднее значение), окружность головы 45 см (среднее значение). Нервно-психическое развитие: ребёнок встаёт у опоры, произносит слоги с разными интонациями, по просьбе делает «ладушки», пьёт из чашки, которую держит взрослый, по-разному действует с игрушками. Кожа бледно-розовая, эластичная, конъюнктивы, слизистые полости рта, красной каймы губ чистые, розовые. Подкожно-жировой слой развит достаточно, тургор упругий. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Мышечный тонус физиологический. Голова правильной формы, большой родничок 1,0×1,0 см. зубов – 4. Грудная клетка правильной формы. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот овальной формы, не вздут, мягкий. Печень по краю правой рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул жёлтого цвета, кашицеобразный, однородный, без патологических примесей 1–2 раза в сутки. Диурез адекватен возрасту.

Общий анализ крови: RBC – $4,5 \times 10^{12}/л$, HGB – 126 г/л, WBC – $7,8 \times 10^9/л$, EOS – 2%, NEU – 35%, LYM – 59%, MON – 4%, СОЭ – 4 мм/час.

Общий анализ мочи: количество мл – 40,0; цвет – светло-жёлтая, прозрачная; относительная плотность – 1008; белок – отрицательно; глюкоза – отрицательно; эпителий – 1–2 в поле зрения; Le – 2–3 в поле зрения; эритроциты – 0–0; цилиндры – 0–0; слизь – отрицательно; соли – отрицательно.

Копрограмма. Макроскопия: кашицеобразный, желтый, однородный, слизь – отрицательно. Микроскопия: соединительная ткань (-), мышечные волокна (-), нейтральный жир (-), жирные кислоты (-), мыла (-), перевариваемая клетчатка (+), крахмал (-), йодофильные бактерии (-), слизь (-), Le – 0–1, эритроциты – 0–0, эпителий – 0–1, простейшие – не обнаружено, яйца глист – не обнаружено.

Вопросы:

1. Оцените физическое развитие ребёнка.
2. Оцените нервно-психическое развитие ребёнка.
3. Укажите неблагоприятные факторы из анамнеза жизни, которые могут оказать влияние на состояние здоровья. Оцените данные объективного исследования и результаты лабораторных исследований.
4. Составьте индивидуальное питание ребёнку на один день. Укажите потребности в белках, жирах, углеводах и энергии на кг массы тела.
5. Назначьте профилактическую дозу витамина Д.

Эталон ответа к задаче №48

1. Длина тела = 72 см (среднее значение).

Масса тела = 9500 г. (среднее значение).

Окружность грудной клетки = 46 см (среднее значение).

Окружность головы = 45 см (среднее значение).

Физическое развитие соответствует возрасту (Физическое развитие по уровню биологической зрелости соответствует паспортному возрасту. Морфофункциональный статус гармоничный).

2. Нервно-психическое развитие:

Ра – 8 месяцев.

Рп – 8 месяцев.

До – 8 месяцев.

Др – 8 месяцев.

Н – 8 месяцев.

Заключение: I группа НПР.

3. Неблагоприятное течение беременности: анемия, угроза прерывания, оперативное родоразрешение. Патологических изменений в результатах объективного исследования и результатах лабораторных исследований нет.

4. Режим № 3. Естественное вскармливание. $V_{\text{сут.}} = 1000$ мл. $V_{\text{раз.}} = 200$ мл через 4 часа. Индивидуальное питание на один день:

6.00: грудное молоко 200,0;

10.00: каша 180,0 + $\frac{1}{2}$ яичного желтка + фруктовое пюре 80,0;

14.00: мясное пюре 50,0 + овощное пюре 180,0 + фруктовый сок 80,0;

18.00: творог 50,0 + кефир 200,0 + печенье 1 шт.;

22.00: грудное молоко 200,0;

Потребность в белках – 2,9 г/кг, в жирах – 5,5 г/кг, углеводах – 13 г/кг, энергии – 110 ккал/кг.

5. Холекальциферол 500 МЕ в сутки (Аквдетрим или Вигантол).

ОК-1, ОК-8, ОПК-6, ОПК-8, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-14, ПК-15, ПК-16

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №49

На амбулаторном приёме девочка 4-х месяцев жизни, рождённая от V беременности II срочных родов, первая беременность закончилась выкидышем, последующие беременности – мед. аборт, IV беременность закончилась срочными родами - мальчик 1,5 года. Данная беременность протекала с гестозом I и II половины. В женской консультации на учете с 36 недели беременности. Роды срочные, без патологии. Масса при рождении 3150 г, длина тела 49 см. Ребёнок из неполной семьи. Мать с детьми проживает в однокомнатной квартире. Материальное обеспечение семьи неудовлетворительное. Имеются вредные привычки. Индекс отягощённости наследственного анамнеза - 0,5. С одного месяца ребёнок находится на искусственном вскармливании по причине гипогалактии у матери. Перенесённые заболевания ОРВИ - в 2 месяца жизни. Привита по календарю.

При осмотре: отмечается бледность кожных покровов, повышенная потливость, небольшая мышечная гипотония, облысение затылка, краниотабес. Мама отмечает беспокойный сон. По другим внутренним органам и системам - без видимой патологии. Зубов нет. Большой родничок 2,5 x 2,5 см, края податливы. Масса тела - 5000 г (4), длина - 59 см (3). Психометрия: Аз - узнаёт близкого человека (радуется); Ас - ищет источник звука, поворачивает голову в его сторону; Э - появляется комплекс оживления в ответ на разговор с ним, смеётся в ответ на речевое общение с ним; Д.р. - рассматривает, не

захватывает игрушки, низко висящие над ней; Д.о. – не удерживает голову в вертикальном положении, при поддержке за подмышки ноги не упираются о твердую опору; Ра - гулит; Н - во время кормления перестал поддерживать бутылочку руками.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и группу здоровья.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Дайте рекомендации по питанию и физическим воздействиям данному ребёнку.
5. Проведите профилактику пограничных состояний и специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок.

Эталон ответа к задаче №49

1. Диагноз «рахит I, период разгара, острое течение», группа социального риска, риска анемии, гипотрофии, хронических расстройств питания. Группа здоровья II.

2. Диагноз «рахит I» выставлен на основании клинических проявлений (отмечается бледность кожных покровов, повышенная потливость, небольшая мышечная гипотония, облысение затылка. Мама отмечает беспокойный сон. Большой родничок 2,5×2,5 см, края податливы). На основании отягощённого биологического анамнеза (ребёнок от V беременности II срочных родов, первая беременность закончилась выкидышем, последующие беременности – мед. аборты, IV беременность закончилась срочными родами - мальчик 1,5 года. Данная беременность протекала с гестозом I и II половины. В женской консультации на учёте с 36 недели беременности), а также с одного месяца ребёнок находится на искусственном вскармливании по причине гипогалактии у матери, имеются перенесённые заболевания ОРВИ - в 2 месяца жизни выставляется группа риска по анемии и гипотрофии. На основании отягощённого социального анамнеза (ребёнок из неполной семьи). Мать с детьми проживает в однокомнатной квартире, материальное обеспечение семьи неудовлетворительное, имеются вредные привычки, выставляется группа социального риска.

3. Ребёнку рекомендовано: проведение лабораторного исследования – ОАК (для оценки признаков анемии), биохимия крови с определением Са, Р, щёлочной фосфатазы (для определения активности процесса).

4. Питание сут. V 1/7 от массы тела (5000) – 714 мл, раз. V 714 мл на 6 раз кормлений составляет 120 мл. смеси. В связи с гипогалактией у матери и ребёнка из группы социального риска, врач- педиатр участковый должен решить вопрос льготного обеспечения молочными адаптированными смесями I поколения. Прикормы не вводятся, так как ребёнок не здоров и имеет фоновое заболевание. Фв – физические воздействия – назначается гимнастический комплекс № 9 для детей с анемией, рахитом и гипотрофией, направлен на нормализацию нервно- рефлекторной возбудимости, улучшения тургора тканей и мышечного тонуса.

5. Соблюдение гигиенических мероприятий, прогулки на свежем воздухе, солнечные и воздушные ванны, гимнастика, массаж. Контроль динамики прибавки веса. При необходимости контрольное кормление. ПП - в возрасте 4,5 мес. в рамках национального календаря профилактических прививок врачом-педиатром участковым обязательно должна быть проведена вакцинация (V2) от полиомиелита (ИПВ), коклюша, дифтерии, столбняка, пневмококковая инфекция.

ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ОПК-8, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №50

На амбулаторном приёме мальчик 7 месяцев, от второй беременности, протекавшей с краевым предлежанием плаценты, анемией, с 24 недель, вторых физиологических родов. Мама ребёнка по поводу анемии не лечилась. К груди приложен в родильном зале. Масса при рождении 3200 г, длина тела 52 см, привит по календарю. Семья полная. Материальная обеспеченность семьи удовлетворительная. Индекс отягощённости наследственного анамнеза 0,5. В ОАК в возрасте 6-ти месяцев Hb-115 г/л. В 6 месяцев мама стала замечать чувство нехватки молока и самостоятельно ввела в рацион питания ребенка козье молоко. Ребёнок находится на смешанном неадаптированном вскармливании (мама докармливает после кормления грудью козьим молоком до 100 мл).

При осмотре кожные покровы обычной окраски. Сон - спокойный. Аппетит хороший. По другим внутренним органам без патологии. Масса - 8700 г (5), длина - 70 см (6). Большой родничок 1,0х0,8 см, зубов 4 (2 верхних и 2 нижних). Психометрия: Д. р. - длительно занимается игрушками, по-разному действует с предметами, подражая действиям взрослого (стучит, вынимает, толкает мяч); Д. о. - сам садится, сидит и ложится, пытается самостоятельно встать, держась за барьер; Р. а. - подолгу лепечет; Р. п. - на вопрос «где?» находит взглядом несколько знакомых предметов в разных местах, по слову взрослого выполняет разученные действия («ладушки», «дай ручку»); Н - ест корочку хлеба, которую сам держит в руке, пьет из чашки.

Вопросы:

1. Оцените критерии здоровья.
2. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
3. Дайте рекомендации по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям.
4. Проведите профилактику пограничных состояний и специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок.
5. В какой следующий возрастной период должен быть осмотрен данный ребенок, и какие обследования необходимо назначить данному ребенку?

Эталон ответа к задаче №50

1. 1 критерий отягощён за счёт биологического анамнеза (от второй беременности, протекавшей с краевым предлежанием плаценты, анемией с 24 недель, вторых физиологических родов. Мама ребёнка по поводу анемии не лечилась). 2 критерий не отягощён, так как масса находится в 5 коридоре, а рост в 6 (в норме масса от 3 до 6 коридора, а рост от 3 до 7 коридора). 3 критерий не отягощён НПР 1 группа 3 степень. 4 критерий не отягощён, так как за истёкший промежуток времени ребёнок не болел простудными заболеваниями. 5 критерий не отягощён, так как нет указаний на наличие отклонений в функционировании органов и систем. 6 критерий не отягощён, так как в задаче нет указаний на наличие у ребёнка врождённых пороков развития и наличия хронического заболевания.

2. Диагноз «здоров, группа риска по анемии». Группа здоровья: II.

3. Режим для данного возраста (от 5 до 9 месяцев) № 3 включает: кормление - 5 раз через 4 часа по 15-20 минут, бодрствование по 2-2,5 часа, сон ночной 10-11 часов, сон дневной 3 периода по 2-1,5 часа. питание сут. V 1/8 от массы тела (8700) – 1087 мл, раз. V 1087 мл на 5 раз кормлений составляет 217 (200) мл. Ребёнок находится на смешанном вскармливании, около 100 мл докорм козьим молоком. На 8 месяц рекомендовано вводить третий прикорм. Первый прикорм (10.00) состоит из 150 гр. рисовой каши на воде, 50 гр. фруктового яблочного пюре, 5 гр. сливочного масла. Второй прикорм (14.00) кабачковое пюре 150 гр., мясной фарш 50 гр., растительное масло 3 гр., желток 1/2 часть желтка. Третий прикорм (18.00) кефир 150 мл, творог 30 мл, печенье 10,0. Утреннее и вечернее

кормление 100 мл грудное молоко и 100 мл искусственной адаптированной смеси 2 степени. Вв – воспитательные воздействия – на 8 месяце жизни и заключается в стимулировании следующих линий НПР: Др – подолгу играть с игрушкой, бросать, переключать, размахивать; До – хорошо ползать, уметь с поддержкой вставать, держась за барьер; Ра – чётко произносит слоги; Рп – на вопрос «где?», находит взглядом предмет. Н – самостоятельно пьёт из кружки, которую держит взрослый. Фв – физические воздействия – гимнастический комплекс № 4 назначается с 6 месяцев до 10 месяцев, направлен на укрепление крупных мышц спины, живота, ног обеспечивающие статическую функцию, воспитание координации движений. Упражнения комплекса № 4 включают: Скрещивание рук, охватывающие движения руками с кольцами сидя. Присаживание, держась за кольца. Поднятие выпрямленных ног. Приподнимание туловища из положения на животе. Круговые движения руками.

4. ППС – профилактика пограничных состояний – в возрасте 7 месяцев включают: соблюдение гигиенических мероприятий, прогулки на свежем воздухе, солнечные и воздушные ванны. Назначение Vit D3 в дозе 500 ME 1 раз в сутки будет решаться от результата реакции Сулковича, так как в питание введены прикормы и адаптированная смесь. Необходимо провести профилактику анемии, так как в 80% случаев у детей первого года жизни по этиологии чаще всего встречается железодефицитная анемия, будут назначены препараты железа (Fe +++) в дозе 3 мг/кг/сут. ПП - в возрасте 7 и 8 месяцев жизни в рамках национального календаря профилактических прививок не предусмотрена вакцинация.

5. Следующий профилактический осмотр будет в возрасте 8 месяцев жизни. В рамках приказа 514н не предусмотрены консультации узких специалистов и обследования. По состоянию здоровья ребёнка необходимо провести диагностику на латентный дефицит железа с определением уровня железа в крови, трансферрина, ОЖСС, КАК, ЦП, ретикулоцитов.

ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №51

На амбулаторном приёме девочка 8-ми месяцев жизни, родившаяся от 2-й беременности, протекавшей без патологии. Мать ребёнка состоит на диспансерном учёте у аллерголога по поводу аллергического ринита, отец страдает пищевой аллергией на цитрусовые. Роды в 39 недель, срочные. Масса при рождении 3500 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 7/7 баллов. К груди девочка приложена через 2 часа. Пуповинный остаток отпал на 5 сутки. Привита по возрасту. Неонатальный и аудиологический скрининги проведены в родильном доме. Семья полная, жилищно-бытовые условия и материальная обеспеченность семьи хорошие. Индекс наследственной отягощённости - 0,6. Находится на естественном вскармливании.

На осмотре участковый педиатр диагностировал пятнисто-папулезную сыпь на неизменном фоне кожи передней грудной клетки и живота, зудящего характера, без тенденции к слиянию. По другим внутренним органам без патологии. Со слов мамы, она ввела в рацион питания ребёнка домашнюю клубнику. Масса тела - 9000г (5), длина – 72 см (6). Большой родничок 0,5,0х0,5 см, не выбухает. Психометрия: Э – смотрит на действия другого ребёнка и смеётся его действиям. Д.о. – самостоятельно садится, ложится, встает, держась за барьер. Др. – подолгу занимается игрушками, переключает их, подражает действиям взрослого. Ра. – громко произносит различные слоги. Рп. - на вопрос «где?» находит несколько предметов на постоянных местах. Н. – ест самостоятельно корочку хлеба, пьёт из чашки, которую придерживает взрослый.

Вопросы:

1. Оцените критерии здоровья.
2. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.

3. Дайте рекомендации по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям.
4. Проведите профилактику пограничных состояний.
5. Перечислите профилактические прививки, которые должен иметь ребёнок к 8 месячному возрасту?

Эталон ответа к задаче №51

1. 1 критерий отягощён за счёт генеалогического анамнеза (мать ребёнка состоит на диспансерном учёте у аллерголога по поводу аллергического ринита, папа страдает пищевой аллергией на цитрусовые). 2 критерий не отягощён, так как масса находится в 5 коридоре, а рост в 6 (в норме масса от 3 до 6 коридора, а рост от 3 до 7 коридора). 3 критерий не отягощён НПР 1 группа 3 степень. 4 критерий не отягощён, так как за истёкший промежуток времени ребёнок не болел простудными заболеваниями. 5 критерий не отягощён, так как нет указаний на наличие отклонений в функционировании органов и систем. 6 критерий отягощён, так как имеется указание на мелкоточечную сыпь на неизменённом фоне кожи передней грудной клетки и живота, зудящего характера, без тенденции к слиянию.

2. Диагноз «пищевая аллергия (клубника), аллергическая сыпь». Группа здоровья: II.

3. Режим для данного возраста (от 5 до 9 мес.) № 3 включает: - кормление - 5 раз через 4 часа по 15-20 мин; - бодрствование по 2-2,5 часа; - сон ночной 10-11 часов; - сон дневной 3 периода по 2-1,5 часа. Питание сут. V для данного возраста принимается 1 литр, раз. V – 200 мл. Ребёнок находится на естественном вскармливании. На 9 месяце введено три прикорма. Первый прикорм (10.00) состоит из 150 гр. рисовой каши на воде, 50 гр. фруктового яблочного пюре, 5 гр. сливочного масла. Второй прикорм (14.00) кабачковое пюре 150 гр., мясной фарш 50 гр., растительное масло 3 гр., желток 1/2 часть желтка. Третий прикорм (18.00) кисломолочная смесь (формула 2) 150 мл, творог 30 мл, печенье 10,0. Утреннее и вечернее кормление 200 мл грудного молока. Воспитательные воздействия – на 9 месяце жизни и заключаются в стимулировании следующих линий НПР: Др – подолгу играть с игрушкой, бросать, перекладывать, размахивать; До – переходить от предмета к предмету, держась за барьер; Ра – подражает интонации взрослого, повторяет за ним; Рп – на вопрос: «где?», находит взглядом предмет. Знает своё имя. Н – формирование навыков опрятности. Физические воздействия – гимнастический комплекс № 4 назначается с 6 месяцев до 10 месяцев направлен на укрепление крупных мышц спины, живота, ног обеспечивающие статическую функцию, воспитание координации движений. Упражнения комплекса № 4 включают: Скрещивание рук, охватывающие движения руками с кольцами сидя. Присаживание, держась за кольца. Поднятие выпрямленных ног. Приподнимание туловища из положения на животе. Круговые движения руками.

4. ППС – профилактика пограничных состояний – в возрасте 9 месяцев включают: соблюдение гигиенических мероприятий, формирование навыков опрятности, прогулки на свежем воздухе, солнечные и воздушные ванны. Назначение Vit D3 в дозе 500 ME 1 раз в сутки с октября по март.

5. БЦЖ М, V3 гепатит В, V2 пневмококковая инфекция, V3 АКДС, V3 полиомиелит.

ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №52

Врач-педиатр участковый пришёл на патронаж к новорождённому ребёнку. Мальчику 5 дней жизни. Беременность I, протекала с гестозом в 1-й и 2-й половине (рвота, нефропатия). Ребёнок от срочных самопроизвольных родов, наблюдалось тугое

обвитие пуповиной вокруг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка. Оценка по шкале Апгар - 5/8 баллов. Масса тела 3600 г, длина - 51 см. Желтушное окрашивание кожи появилось в начале вторых суток. Группа крови матери и ребенка 0(1), Rh+, концентрация билирубина в сыворотке крови на 2-й день жизни: не прямой - 180 мкмоль/л, прямой - 3,4 мкмоль/л. Выписан из роддома на 5 сутки с уровнем билирубина 120 мкмоль/л. Неонатальный и аудиологический скрининги проведены.

При осмотре: мать жалуется на недостаток молока. Самостоятельно докармливает адаптированной молочной смесью (формула 1). Ребенок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор подбородка. Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония. Кожа лица и склеры субиктеричные. Слизистые чистые. Пупочная ранка чистая, сухая, отделяемого нет. Большой родничок 2,5х2,5 см, не выбухает. В лёгких ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Перкуторно - звук лёгочный. Тоны сердца громкие, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см, селезёнка - у края рёберной дуги. Стул разжиженный, 3 раза в сутки. Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
2. Укажите факторы, которые повлияли на возникновение данной группы риска.
3. Дайте рекомендации маме по режиму и питанию на первый месяц жизни.
4. Составьте план наблюдения на 1 месяц жизни за ребёнком на участке.
5. Обоснуйте календарь проведения профилактических прививок данному ребёнку.

Эталон ответа к задаче №52

1. Диагноз «здоров». Физиологическая желтуха новорождённого, группа риска по патологии ЦНС. Группа здоровья: II.

2. На группу риска по ППНС повлияли следующие факторы в отягощённом биологическом анамнезе: беременность I, протекавшая на фоне токсикоза 1 и 2 половины беременности, во время родов наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи, ребёнок кричал после санации верхних дыхательных путей и желудка, по оценке шкалы Апгар - 5/8 баллов после родов уровень билирубина непрямого - 280 мкмоль/л, прямой - 3,4 мкмоль/л.

3. Режим для данного возраста не предусматривает строгое соблюдение временных интервалов. Кормление – по требованию. Мама предъявляет жалобы на чувство нехватки молока и самостоятельно докармливает смесью. По данному поводу необходимо маме указать на частое прикладывание к груди, дополнительный питьевой режим, проведение контрольного взвешивания. Рекомендации по профилактике гипогалактии (лактогонные чаи, контрастный душ, психологический комфорт, соблюдение режима сна).

4. Ребёнок относится ко II группе здоровья. Осмотр врача-педиатра участкового 2 и более раз (по состоянию) и в 1 месяц первый профилактический осмотр амбулаторно. В связи с высоким уровнем билирубина в крови необходимо следить за уровнем желтушности кожных покровов и провести биохимический анализ крови с определением общего, прямого и непрямого билирубина в динамике по показаниям или использование Билитеста.

5. Профилактические прививки данному ребёнку будут проводиться по календарю, медицинских показаний для индивидуального календаря нет.

ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №53

На амбулаторном приёме мама с сыном 1 месяца жизни. Ребёнок от первой беременности, которая протекала на фоне многоводия. С 20 недели беременности - угроза прерывания, находилась на стационарном лечении. Ребёнок родился в срок, масса при рождении 2800 г, длина тела 48 см. Привит по календарю. Жилищно-бытовые условия и материальная обеспеченность семьи удовлетворительные. Мама по специальности лаборант газодобывающего комплекса. Индекс наследственной отягощённости - 0,5. Ребенок находится на грудном вскармливании.

На осмотре имеется правосторонний дефект губы (расщелина) длиной 2 см и шириной 0,5 см. При осмотре ротоглотки также имеется односторонний дефект твёрдого и мягкого нёба (расщелина до 2,0 см в длину и 0,5 см в ширину). По другим внутренним органам и системам без патологии. Большой родничок 2,0х2,5 см. Масса - 3600 г (3), длина - 53 см (3). Сон - беспокойный. Аппетит - нарушен. Психометрия: Аз - плавное слежение за движущимся предметом; сосредотачивает взгляд на неподвижном предмете; Ас - длительно прислушивается к голосу взрослого, звуку игрушки; Э - первая улыбка в ответ на разговор взрослого; До - лёжа на животе, пытается поднимать и удерживать голову до 5 сек.

Вопросы:

1. Оцените критерии здоровья.
2. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
3. Дайте рекомендации законному представителю ребенка по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям с указанием номера и их характеристик.
4. Проведите профилактику пограничных состояний.
5. Назовите, какую специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок надо проводить ребенку в возрасте до 2 месяцев.

Эталон ответа к задаче №53

1. 1 критерий отягощён за счёт биологического анамнеза (ребёнок от первой беременности, которая протекала на фоне многоводия. С 20 недели беременности - угроза прерывания, мама находилась на стационарном лечении). 2 критерий не отягощён, так как масса и рост находятся в 3 коридоре (в норме масса от 3 до 6 коридора, а рост в 3 до 7 коридоре). 3 критерий не отягощён НПР 1 группа 3 степень. 4 критерий не отягощён, так как за 1 месяц жизни ребёнок не болел простудными заболеваниями. 5 критерий не отягощён, так как нет указаний на наличие отклонений в функционировании органов и систем. 6 критерий отягощён, так как в задаче имеется указание на наличие у ребёнка врождённых пороков развития (имеется дефект губы (расщелина) длиной 2 см и шириной 0,5 см). При осмотре ротоглотки также имеется дефект твёрдого и мягкого нёба (расщелина до 1,0 см в длину и 0,5 см в ширину).

2. Диагноз «ВПР, односторонняя (справа) полная расщелина твёрдого и мягкого нёба, расщелина губы справа», группа риска по ППНС и гипотрофии. Группа здоровья: IV.

3. Режим для данного возраста (от 0 до 3 месяцев) № 1 включает: кормление - 7 раз через 3 часа по 20-30 минут, бодрствование по 1-1,5 часа, сон ночной 10-11 часов, сон дневной 4 периода по 2-1,5 часа. питание сут. V 1/5 от массы тела (3600) – 720 мл, раз. V 740 мл на 7 раз кормлений составляет 103 мл. грудного молока. В связи с наличием дефекта каждое кормление должно осуществляться через обтуратор. Вв – воспитательные воздействия – на 2 месяце жизни и заключается в стимулировании следующих линий НПР: Аз – длительно следить за движущимся предметом – подвесить игрушку над кроваткой ребёнка; Ас – ищущие повороты головы при длительном звуке, игрушку над кроваткой можно вешать с музыкой; Э – разговаривать с ребёнком с проявлением различных эмоций (положительных вопросительных и т.д.) формировать улыбку в ответ

на разговор взрослого; До – выкладывать на живот и стараться длительно удерживать голову. Фв – физические воздействия – гимнастический комплекс № 1 назначается с периода 1,5 месяцев жизни и направлен на снижение тонуса сгибателей. Упражнения комплекса № 1 включают: Поглаживающий массаж рук, ног. Выкладывание на живот. Поглаживающий массаж спины. Массаж живота по часовой стрелке. Рефлекторное ползание.

4. Профилактика пограничных состояний – на 2 месяца жизни включают: соблюдение гигиенических мероприятий, прогулки на свежем воздухе, солнечные и воздушные ванны, гигиенический уход за молочной железой матери. Назначаем Vit D3 в дозе 500 МЕ 1 раз в сутки. Маме: рекомендации по поддержке грудного вскармливания. Так как масса и рост ребёнка находятся на нижней границе нормы провести контроль прибавки веса ребёнка и контрольное взвешивание (контроль за группой риска по белково-энергетической недостаточности). Рекомендуем маме частое прикладывание к груди, пятиразовый приём пищи, психологический комфорт в семье.

5. БЦЖ М, первая вакцинация гепатит В, пневмококковая инфекция.

ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №54

На амбулаторном приеме мальчик 12 месяцев жизни, рождённый от IV беременности, II срочных родов. Предыдущие: один выкидыш, один мед. аборт, одни - срочные роды. Матери 42 года. Настоящая беременность протекала на фоне гестоза I половины, перенесённого гриппа на сроке 8 недель. Масса при рождении 3200 г, длина тела 51 см. К груди приложен в род. зале. Привит по календарю. Выписан из роддома на 5 сутки жизни. Социальный анамнез - семья полная, старшей сестре - 11 лет. Проживают в однокомнатной квартире. Отец ребёнка курит. Материальная обеспеченность семьи - удовлетворительная. Индекс отягощённости наследственного анамнеза - 0,6. При проведении УЗИ сердца в возрасте 1 месяца жизни диагностирован стеноз клапана аорты. Ребёнок находится на искусственном вскармливании. До года перенёс 3 раза ОРВИ. Состоит на диспансерном учёте у кардиолога.

На осмотре масса – 8,5 кг (3), длина 73 см (3), отмечается бледность кожных покровов. Область сердца не изменена. Аускультативно выслушивается грубый систолический шум над аортой и в точке Боткина, который проводится за пределы сердца, ослабление II тона на аорте. ЧСС – 120 в минуту. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД – 33 в минуту. Печень пальпируется на 1 см ниже правой рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Сон - беспокойный. Аппетит снижен. Зубов 4 (2 нижних и 2 верхних). Психометрия: Др - самостоятельно выполняет действия с игрушками (катает, возит, кормит); До - стоит самостоятельно (без опоры), ходит с поддержкой; Рп - понимает слово "нельзя", понимает название нескольких предметов, действий; выполняет отдельные поручения ("найди", "отдай"); Ра - произносит 5 облегчённых слов; Н - самостоятельно пьёт из чашки, ест жидкую пищу из бутылочки.

Вопросы:

1. Оцените критерии здоровья.
2. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
3. Дайте рекомендации по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям.
4. Проведите профилактику пограничных состояний и специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок.
5. В какой следующий возрастной период должен быть осмотрен данный ребёнок, и какие обследования и консультации в возрасте 12 месяцев должен получить ребёнок в рамках приказа МЗ РФ № 514н?

Эталон ответа к задаче №54

1. 1 критерийотягощён за счёт биологического анамнеза (мальчик от IV беременности, II срочных родов. Предыдущие беременности закончились: один выкидыш, один медаборт, одни - срочные роды. Матери 42 года. Настоящая беременность протекала на фоне гестоза I половины, перенесённого гриппа на сроке 8 недель). 2 критерий неотягощён, так как масса и рост находятся в 3 коридоре (в норме масса от 3 до 6 коридора, а рост от 3 до 7 коридора). 3 критерий неотягощён, нервно-психическое развитие 1 группа 3 степень. 4 критерий умеренноотягощён, так как на первом году жизни перенёс 3 раза ОРВИ. 5 критерийотягощён, так как при проведении УЗИ сердца в возрасте 1 месяца жизни у ребёнка диагностирован стеноз клапана аорты. 6 критерийотягощён, так как ребёнок состоит на диспансерном учёте у врача-кардиолога по поводу стеноза клапана аорты.

2. Диагноз «ВПС стеноз клапана аорты, НК0». Группа здоровья: III.

3. Режим для данного возраста (от 12 до 1 года 6 месяцев) № 5 включает: кормление - 5 раз через 3,5-4,5 часа по 20-30 минут, объём разового кормления составляет 200-230 мл; бодрствование по 3,5-4,0 часа; сон ночной 10-11 часов, сон дневной 2 периода по 2-2,5 часа. Так как ребёнок с 1,5 месяцев находится на искусственном вскармливании в утреннее и вечернее кормление идёт адаптированная смесь 3 ступени (для детей старше 1 года). Введены 3 прикорма: первый прикорм в 10.00 в виде двух/трёхкомпонентных каш на воде 180 гр., 50 гр. фруктов кусочками, сливочное масло 5 гр. Второй прикорм в 14.00 - овощное рагу (кабачки, брокколи, картошка) 180 гр., отварное мясо 60 гр., желток целый, растительное масло. Третий прикорм в 18.00 - творог 70 гр., кисломолочная смесь 160 гр. Воспитательные воздействия – на 1 год 3 месяца жизни и заключается в стимулировании следующих линий нервно-психического развития: Ра – родитель должен контролировать использование в речи облегчённых слов «ав- ав», «кис-кис» и пр.; Рп – должен выполнять задания по действию с предметами: покорми куклу, помой руки, умойся и пр.; Н – должен самостоятельно есть густую пищу, формирование навыков опрятности; И – должен уметь нанизывать на стержень кольца, строить из кирпичиков дом и прочее. Ср – уметь вкладывать в куб по форме мелкие детали. Гимнастический комплекс направлен на подготовку к ходьбе, воспитание связи движения со словом. Упражнения включают: Сгибание и разгибание рук. Наклоны и выпрямление туловища. Присаживание, держась за кольца. Доставание палочки прямыми ногами. Приподнимание туловища из положения лёжа на животе.

4. ППС – профилактика пограничных состояний – на возраст 1 год 3 месяца включают: соблюдение гигиенических мероприятий, прогулки на свежем воздухе, солнечные и воздушные ванны. Vit D3 не назначается так как он есть в адаптированных смесях. Назначаем рекомендации по закаливанию в виде воздушных ванн перед купанием, обтирание махровым полотенцами с контрастной температурой (тёплой и прохладной) и прочее. ПП – в возрасте 12 месяцев в рамках национального календаря профилактических прививок участковым врачом-педиатром обязательно должна быть проведена туберкулинодиагностика, а через 72 часа возможно проведение первой вакцинации (V1) от кори, краснухи и эпидемического паротита с предварительным взятием информированного добровольного согласия. V1- ЖКВ+ V1 ЖПВ+ V1 ЖКрВ – разрешена, так как ребёнок здоров и медицинских противопоказаний нет. Дети, имеющие порок развития, находятся в группе риска по развитию простудных заболеваний, поэтому данному ребёнку обязательно проведение следующей вакцинации от пневмококковой, гемофильной инфекции и гриппа.

5. Следующий профилактический осмотр будет в возрасте 1 года 3 месяцев жизни. В возрасте 12 месяцев ребёнок должен получить консультации: врача-невролога, детского врача-хирурга, врача-травматолога-ортопеда, врача-оториноларинголога и пройти следующие обследования: ЭКГ, ОАМ, ОАК. Дополнительно по наличию основного заболевания ребёнок обязательно консультируется врачом-кардиологом и

врачом-кардиохирургом для решения вопроса дальнейшего хирургического лечения. Из инструментального исследования дополнительно назначается УЗИ сердца с доплером и определением градиента на лёгочном стволе.

ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-15, ПК-16, ПК-17, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №55

На амбулаторном приеме мама с дочерью 4,5 месяцев. Ребёнок от I беременности, I срочных родов без осложнений. Масса при рождении 3100 г, длина тела 50 см. Привита по календарю. Наследственный анамнез неотягощён – 0,5 индекс отягощённости наследственного анамнеза. Мама обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, беспокойство, появление покраснения, болезненность и уплотнение в месте введения вакцины АКДС. Из анамнеза день назад ребёнку на фоне полного здоровья проведены V2 АКДС + V2 ИПВ+V2 пневмококковая инфекция. Предыдущую вакцинацию в возрасте 3-х месяцев девочка перенесла хорошо. Реакций не наблюдалось.

При осмотре: температура тела 37,0°C. Видимые слизистые чистые. По внутренним органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный, без патологических примесей. В месте введения вакцины АКДС пальпируется инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отёк мягких тканей диаметром 3 см.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и группу здоровья.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Дайте рекомендации по дальнейшей тактике иммунизации ребенка.
4. Перечислите клинические проявления при поствакцинальных осложнениях.
5. В каких ситуациях необходимо подать экстренное извещение при проведении вакцинопрофилактики?

Эталон ответа к задаче №55

1. Диагноз «здоров». «Нормальная поствакцинальная реакция на введение АКДС». Группа здоровья: I.
2. К нормальным проявлениям на введение (укол) вакцин являются местные и общие проявления. К местным реакциям относят все проявления, возникшие в месте введения препарата. Неспецифические местные реакции появляются в течение первых суток после прививки в виде гиперемии, не превышающей 8 см в диаметре, отёка, иногда – болезненностью в месте инъекции. При введении адсорбированных препаратов, особенно подкожном, в месте введения может образоваться инфильтрат. Местные реакции держатся не более 2-3 суток и, как правило, не требуют назначения лечения. К общим реакциям относят изменение состояния и поведения ребёнка, как правило, сопровождающееся повышением температуры до 38 °C и могут сопровождаться беспокойством, нарушением сна, анорексией, миалгией.
3. Ребёнок будет привит по календарю с соблюдением сроков и вакцин. Замена на другой вакцинальный препарат не предусмотрена. Возможно превентивное назначение Парацетамола 15 мг/кг/сут. или использование ацеллюлярной вакцины.
4. Поствакцинальные осложнения – это патологическое явление не свойственное обычному вакцинальному процессу, сопровождающееся длительным нарушением состояния. Чрезмерно сильные реакции – общие: гипертермия 40 °C и выше, местные: плотные инфильтраты более 8 см в диаметре, резкая гиперемия мягких тканей в месте инъекции (иногда отёк захватывает всю ягодицу и распространяется на бедро и поясницу). Поствакцинальные осложнения делятся на местные и общие. К местным поствакцинальным осложнениям относят: абсцесс на месте введения, гнойный лимфаденит, тяжёлая местная реакция (плотные инфильтраты более 8 см в диаметре,

резкая гиперемия мягких тканей в месте инъекции (иногда отёк захватывает всю ягодицу и распространяется на бедро и поясницу). К общим поствакцинальным осложнениям относят: со стороны нервной системы: острый паралич, энцефалопатия, энцефалит, менингит, судороги и аллергические реакции, анафилактический шок, коллаптоидный эпизод, остеомиелит, упорный пронзительный крик, сепсис, синдром токсического шока.

5. Экстренное извещение на поствакцинальное осложнение подаётся в следующих случаях: анафилактический шок и другие аллергические реакции немедленного типа; синдром сывороточной болезни; энцефалит, энцефаломиелит, миелит, моно(поли)неврит, полирадикулоневрит, энцефалопатия, серозный менингит, афебрильные судороги, отсутствовавшие до прививки и повторяющиеся в течение 12 месяцев после прививки; острый миокардит, острый нефрит, тромбоцитопеническая пурпура, агранулоцитоз, гипопластическая анемия, системные заболевания соединительной ткани, хронический артрит; различные формы генерализованной БЦЖ-инфекции.

ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-17, ОПК-6, ОПК-9.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №56

На приеме мальчик в возрасте 1 года. Ребенок от II беременности; II срочных родов, молодых здоровых родителей. Масса при рождении 3600; рост 55 см. Находится на естественном вскармливании. Нервно-психическое развитие: отзывается на имя, пьет из кружки, отличает кубик от кирпичика, говорит 5-6 облегченных слов, игрушками играет долго в зависимости от их свойств, ходит за одну ручку, стоит самостоятельно. До года привит по календарю. Респираторными заболеваниями болел 2 раза за год. Зубов – 8, зубная формула правильная. В анализе крови: гемоглобин 106 г/л.

Вопросы:

1. Оцените нервно-психическое развитие.
2. Составьте план вакцинации на 2-ом году жизни.
3. Оцените резистентность у данного ребёнка.
4. Оцените уровень гемоглобина. Обоснуйте свой ответ. Назначьте при необходимости лечение (перечислите два препарата).
5. Оцените группу здоровья. Обоснуйте свой ответ.

Эталон ответа к задаче №56

1. НПР: ЗА – 12 мес., РП – 12 мес., РА – 12 мес., Н – 12мес., ДР – 12 мес., ДО – 11 мес., НПР 2 группа 1 степень.
2. План вакцинации на 2 году жизни согласно национальному календарю прививок: 12 месяцев - вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита; 15 месяцев - ревакцинация против пневмококковой инфекции; 18 месяцев - первая ревакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, первая ревакцинация против полиомиелита; 20 месяцев - вторая ревакцинация против полиомиелита.
3. Уровень резистентности высокий.
4. Отмечается снижение гемоглобина, что свидетельствует об анемии 1 степени.
5. Группа здоровья 2, так как у ребёнка есть функциональные отклонения (снижение гемоглобина), НПР – 2 группа 1 степень.

ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-17, ОПК-9.

Раздел №5 «Инфекционные болезни у детей»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

У мальчика 1,5 лет, со слов мамы, приступообразный навязчивый кашель, усиливающийся в ночное время, беспокойство, нарушение сна.

Анамнез заболевания: болен в течение недели. Заболевание началось с нечастого кашля на фоне нормальной температуры. Лечился амбулаторно с диагнозом ОРВИ. Получал отхаркивающие препараты. Эффекта от проводимой терапии не было. Кашель усилился, стал приступообразным до 15-20 раз в сутки. Наблюдается у невропатолога с диагнозом: Перинатальное поражение ЦНС, судорожный синдром. Профилактические прививки не проведены.

Эпиданамнез: старший брат 8-ми лет кашляет в течение длительного времени.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, чистые. Умеренный периорбитальный и периоральный цианоз. Отмечается пастозность век, мелкая петехиальная сыпь на лице. В лёгких перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание пузрильное, хрипов нет. ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС – 110 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, безболезненная. Стул и диурез не нарушены. При осмотре был приступ кашля. Во время приступа гиперемия лица, язык высунут, в конце приступа рвота с отхождением вязкой слизи.

Анализ крови: гемоглобин – 124 г/л, лейкоциты – $27 \times 10^9/\text{л}$, сегментоядерные нейтрофилы – 19%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 73%, моноциты – 5%, СОЭ – 3 мм/час.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте план лечения данного больного.
5. Назовите профилактические мероприятия при данной патологии.

Эталон ответа к задаче №1

1. Коклюш, типичная форма, средней степени тяжести, гладкое течение.
2. Диагноз «коклюш» поставлен на основании эпидемиологических данных (контакт с длительно кашляющим братом 8 лет, отсутствие вакцинации от коклюша); на основании клинических данных (приступообразный судорожный кашель, смена характера кашля в анамнезе от сухого навязчивого до приступообразного судорожного, характерный внешний вид во время кашля, пастозность век, коробочный перкуторный звук над лёгкими), лабораторных методов (лейкоцитоз, лимфоцитоз, нормальная СОЭ).

Среднетяжёлая форма характеризуется возникновением судорожного кашля до 15-20 раз в сутки, в конце приступа наблюдается отхождение вязкой слизи, вне приступа кашля отмечается одутловатость лица, отёчность век, выраженные изменения в гемограмме, лейкоцитоз $27 \times 10^9/\text{л}$.

3. Пациенту рекомендовано: проведение бактериологического метода, являющегося абсолютным подтверждением коклюша в случае положительного посева (при поздней диагностике метод становится малоэффективным); молекулярно-генетического метода (ПЦР) – современного высокотехнологичного метода этиологической диагностики, позволяющей обнаружить ДНК, вне зависимости от вакцинального статуса, на фоне или после антибактериальной терапии и в сроки до 4 недель от начала заболевания; серологические методы (ИФА, РА) – методы ретроспективной диагностики, у детей первых месяцев жизни не имеют диагностической значимости.

4. Лечение на дому. Назначение этиотропной антибактериальной терапии: макролиды (Азитромицин, Кларитромицин), цефалоспорины 3 поколения (Цефотаксим, Цефтриаксон), комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз (Амоксициллин + Клавулановая кислота). Симптоматическая терапия (противокашлевые препараты центрального действия), средства иммунокоррекции при необходимости.

5. Выделяют специфическую и неспецифическую профилактику коклюша.

Неспецифическая профилактика коклюша включает: раннюю и активную диагностику, этиотропное лечение, изоляцию больных в организованных коллективах. Больные коклюшем подлежат обязательной изоляции на 25 суток от начала заболевания при условии этиотропного рационального лечения. На контактных детей в возрасте до 7 лет накладывается карантин на 14 суток от момента изоляции больного (контактными считаются как не привитые, так и привитые дети). Всем контактным детям рекомендуется приём макролидов в течение 7 суток в возрастной дозировке.

Специфическая профилактика коклюша – курс вакцинации из 3 доз в первом полугодии плюс бустер через год после третьей дозы (вакцина АКДС с интервалом в 1,5 месяца). Ревакцинация через 1,5-2 года после законченной вакцинации. Применяют также ацеллюлярные вакцины: Инфанрикс, Инфанрикс Гекса.

ОК-4, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

Девочка 3 лет заболела остро с подъема температуры до 37,5°C, появления на коже туловища и конечностей высыпаний. Высыпания сначала были единичные, пятнисто-папулезные, но к концу дня сформировались в везикулы, заполненные прозрачным содержимым, окруженные венчиком гиперемии.

Динамика заболевания: в последующие дни девочка продолжала лихорадить, появлялись новые элементы сыпи.

Эпиданамнез: в детском саду имеются случаи подобного заболевания.

При осмотре врачом-педиатром участковым на 3 день болезни: состояние ребенка средней тяжести. На коже лица, туловища, конечностей, волосистой части головы необильные высыпания: везикулы с прозрачным содержимым, окруженные венчиком гиперемии, не склонные к слиянию, некоторые элементы подсохли с образованием мелких корочек, имеются единичные мелкие папулы. Слизистая полости рта чистая. Катаральных явлений нет.

В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции.

Эталон ответа к задаче № 2

1. Ветряная оспа, типичная, лёгкой степени тяжести, гладкое течение.
2. Диагноз поставлен на основании: эпидемического анамнеза: случаи аналогичного заболевания в детском саду, говорящего об инфекционном характере

заболевания и высокой контагиозности, типичной клинической картины: острого начала заболевания с повышения температуры и появления на первый день болезни пятнисто-папулёзных элементов сыпи на коже всех участков и волосистой части головы, быстро превращающиеся в везикулы, окружённые венчиком гиперемии, не склонные к слиянию, которые в дальнейшем толчкообразно подсыпали, наличие ложного полиморфизма сыпи – характер элементов один, но они находятся на разных этапах развития.

Заболевание протекает типично, учитывая выраженность симптомов интоксикации, длительность высыпаний более 3 дней, обильную сыпь, тяжесть можно оценить, как лёгкую, отсутствие осложнений свидетельствует о гладком течении болезни.

3. К лабораторной диагностике ветряной оспы прибегают только в сомнительных случаях с помощью ПЦР для обнаружения ДНК вируса в везикулярной жидкости и крови. Для серологической диагностики применяют РСК и РА. Применение дополнительных обследований используется при развитии осложнений ветряной оспы.

4. Постельный режим на 3-5 дней.

Диета возрастная, обильное питьё.

Гигиенические мероприятия: строгое соблюдение гигиенического содержания пациента, чистоты постельного белья, одежды, рук. Каждый элемент сыпи, включая волосистую часть головы, тушировать 1% спиртовым раствором бриллиантового зелёного.

При наличии высыпаний на слизистых ротовой полости полоскать рот 2% раствором Бикарбоната натрия или водным раствором Фурацилина в концентрации 1:5000.

При лёгких и среднетяжёлых формах болезни этиотропная терапия (Ацикловир) обычно не проводится.

Показаниями для обязательного назначения противовирусных препаратов при ветряной оспе (независимо от тяжести болезни) являются: наличие тяжёлого фонового иммунодефицита; тяжёлые формы ветряной оспы; развитие заболевания у детей раннего возраста (новорождённые, недоношенные); при поражении нервной системы.

5. В коллективе устанавливается карантин на 21 день.

Дети, не болевшие ветряной оспой, отстраняются от посещения детского сада с 11 по 21 день с момента контакта с больным.

Детям старше года можно рекомендовать вакцинацию по эпидемическим показаниям в первые 72 часа после контакта с больным ветряной оспой.

Дети, перенёвшие ветрянку, и взрослые карантинным мероприятиям не подвергаются.

Допуск в коллектив переболевшего ребёнка разрешается после клинического выздоровления, но не ранее чем через 5 дней после последнего высыпания.

ОК-4, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-9

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

Девочка 2 лет заболела остро. Повысилась температура до 38,5°C, появился кашель, насморк, конъюнктивит. В последующие дни катаральные явления нарастали, конъюнктивит стал более выраженным, появилась светобоязнь.

Динамика заболевания: на 4-й день болезни температура тела - 38,7°C, появилась сыпь на лице, которая в последующие дни распространилась на туловище, а затем на конечности. Катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей усилились.

Прививочный анамнез: профилактические прививки ребёнку не проводились из-за отказа родителей.

При осмотре состояние средней тяжести, вялая, температура - 39°C. На лице, туловище, конечностях обильная ярко-розовая сыпь пятнисто-папулёзная размером до 7-

10 мм, местами сливная. Зев гиперемирован, на небе энантема, слизистая рта рыхлая, пятнистая. Язык влажный, обложен. Дыхание через нос затруднено, обильное слизисто-гнойное отделяемое. Кашель влажный. Конъюнктивит, слезотечение. Пальпируются увеличенные, безболезненные лимфоузлы преимущественно шейной группы. В лёгких дыхание жёсткое, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Стул и диурез в норме.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назовите методы подтверждения данной инфекции.
4. Как и чем проводится активная иммунизация этой инфекции?
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции.

Эталон ответа к задаче № 3

1. Корь типичная, средней тяжести, гладкое течение.

2. Диагноз поставлен на основании типичной клинической картины кори: наличие катарального периода, характеризующегося фебрильной температурой, интоксикацией, выраженными катаральными явлениями с развитием конъюнктивита и светобоязню, периода высыпаний - появление на 4 день болезни обильной ярко-розовой пятнисто-папулёзной сыпи с тенденцией к слиянию, высыпающей этапно: первые сутки высыпаний на лице и шее, вторые сутки – на туловище и проксимальных отделах конечностей, третий – на дистальных отделах конечностей с аналогичным порядком развития пигментации сыпи, наличие энантемы и характерной яркой и рыхлой слизистой полости рта, лимфаденопатией с преимущественным увеличением лимфоузлов шеи.

Умеренно выраженные симптомы интоксикации говорят о среднетяжёлом течении кори, отсутствие осложнений – о гладком течении.

3. Вирусологический метод – на практике используют в ограниченных случаях.

Серологический метод – РТГА и РПГА. Диагностическое значение имеет нарастание титра специфических антител к 3 неделе болезни (метод парных сывороток). Защитный титр в РТГА - 1:5, в РПГА - 1:10.

ИФА – обнаружение антител класса IgM (забор крови осуществляется на 4-5 день от момента появления сыпи), в ранние сроки болезни образуются IgG низкой avidности (менее 30-40%).

ПЦР – выявление РНК вируса на 1-3 день с момента высыпаний в моче, носоглоточных смывах, ликворе.

4. Плановая вакцинация от кори проводится по национальному прививочному календарю в 12 месяцев, ревакцинация в 6 лет живой аттенуированной моновакциной или одновременно с вакцинацией от краснухи и эпидемического паротита.

В случаях контакта с больной корью не вакцинированного и не болевшего пациента возможно проведение экстренной вакцинации по эпидемическим показаниям однократно.

5. Изоляция больного.

Подаётся экстренное извещение в течение 12 часов письменно в территориальный центр Госсанэпиднадзора по месту проживания больного.

Заключительная дезинфекция не проводится.

В детских коллективах с момента выявления первого больного до 21 дня с момента выявления последнего заболевшего накладывается карантин с наблюдением за контактными.

Контактные в возрасте до 35 лет, не болевшие корью, не привитые или однократно привитые (если с момента вакцинации прошло не менее 6 месяцев) и лица, не имеющие антител в защитных титрах к вирусу кори, подлежат вакцинации. Прививки проводятся в очагах кори не позднее 72 часов с момента выявления больного.

Контактным, имеющим медицинский отвод от прививок и детям до года вводится Иммуноглобулин не позднее 5 дня с момента контакта с больным.

Допуск реконвалесцентов в детский коллектив разрешается после полного клинического выздоровления, но не ранее 5 дней с момента появления сыпи, при наличии пневмонии этот срок удлиняется до 10 дней.

ОК-4, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

Сотрудница женской консультации (медицинский регистратор), находясь в отпуске, пришла на работу со своим ребенком 4 лет. Ее подруга обратила внимание, что малыш «очень красный». Ребенка раздели и выяснилось, что на лице, груди, спине, проксимальных отделах верхних конечностей у него есть ярко-розовая сыпь. Мальчика срочно увели домой, и мать вызвала врача-педиатра участкового. В это время в консультации в ожидании приема находилось несколько беременных женщин.

Из анамнеза жизни: ребенок от 1 беременности и родов развивался соответственно возрасту, у специалистов на учете не состоял. До 10 месяцев получил все прививки по календарю, в год перенес острую кишечную инфекцию, госпитализировался в стационар, после чего мать отказывалась от всех последующих вакцинаций.

Эпиданамнез: взрослые в семье здоровы, никуда не выезжали, две недели назад у них гостили родственники с ребенком 5 лет, которые вернулись из поездки во Вьетнам.

Врач-педиатр участковый осмотрел ребенка через час. К этому времени у мальчика поднялась температура тела до 37,2°C, но он ни на что не жаловался, был активен, играл, съел все за обедом. Состояние было расценено как удовлетворительное. Ярко-розовая сыпь распространилась и на нижние конечности. Элементы сыпи были пятнисто-папулезными, размером до 0,5 см, не сливались, кожа без сыпи была обычной окраски. Особенно много элементов обнаруживалось на разгибательных поверхностях рук, ног, на ягодицах. Отмечалась небольшая заложенность носа и незначительное покраснение глаз. Врач пропальпировал заднешейные и затылочные лимфатические узлы, эластичные, неспаивающиеся с кожей, размером от 0,5 до 1,0 см. Дыхание в легких было везикулярным, ЧДД - 24 в минуту, тоны сердца ясные, ЧСС - 100 в минуту. При осмотре зева выявлялась умеренная гиперемия, зернистость задней стенки глотки, на мягком небе обнаруживалась энантема. Живот был мягким, печень и селезенка не пальпировались, стул был утором, оформленный, мочился.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз, укажите критерии тяжести.
3. Составьте план дополнительного обследования, проведите трактовку предполагаемых результатов.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Перечислите профилактические мероприятия в очаге инфекции.

Эталон ответа к задаче № 4

1. Краснуха типичная, лёгкая форма.
2. Диагноз сформулирован на основании розеолезной сыпи, одномоментного её появления, преимущественно на разгибательных поверхностях, субфебрильной температуры тела, увеличения заднешейных и затылочных лимфоузлов, эпиданамнеза (контакт с прибывшим из Вьетнама две недели назад, сведениях об отсутствии прививок против краснухи). Критерии лёгкой формы: субфебрильная температура тела, самочувствие ребёнка не страдает.

3. Лечение амбулаторное. Проведение общеклинических анализов – ОАК, ОАМ (забор производится на дому в первые семь дней). Необходимо проведение иммуноферментного анализа крови (ИФА) с целью обнаружения IgM.

4. Изоляция больного на 7 дней, при необходимости - жаропонижающие, антигистаминные.

5. Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении (уч. ф. №58).

Регистрация данного случая в журнале регистрации инфекционных заболеваний (уч. ф. №60-леч).

Сбор эпидемиологического анамнеза у контактных.

Медицинский контроль за контактными в течение 21 дня.

Изоляция больного ребёнка дома на 7 дней.

ОК-4, ОПК-4, ОПК-9, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

Девочка 5 лет больна 1 сутки. Заболела остро с повышения температуры тела до 39°C, появилась боль при глотании, сыпь по всему телу, отмечалась однократная рвота.

Профилактические прививки по календарю.

Эпиданамнез: контакт с инфекционными больными отрицают.

При осмотре состояние средней степени тяжести, самочувствие страдает, вялая. Кожные покровы гиперемированы, по всему телу мелкоточечная сыпь, с преимущественной локализацией на боковых поверхностях туловища, внизу живота, в естественных складках, на сгибательной поверхности конечностей, бледный носогубный треугольник. Носовое дыхание свободное. В зеве яркая, отграниченная гиперемия дужек, язычка, миндалин; миндалины гипертрофированы, в лакунах налёт желтоватого цвета, легко снимается шпателем. Губы яркие, сухие. Язык обложен густым белым налетом. Пальпируются переднешейные лимфатические узлы в диаметре до 0,7-1,0 см, подвижные, чувствительные при пальпации. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС – 112 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Паренхиматозные органы не увеличены.

Результаты анализа крови: лейкоциты – $14,5 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы – 9%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 19%, моноциты – 8%, СОЭ – 17 мм/ч.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите группы антибактериальных препаратов, которые Вы бы рекомендовали с целью эрадикации возбудителя. Каким антибактериальным препаратам отдается предпочтение? Назовите длительность курсовой дозы.
5. Составьте план диспансерного наблюдения за больным.

Эталон ответа к задаче № 5

1. Скарлатина, типичная, средней степени тяжести, гладкое течение.
2. Диагноз «скарлатина» поставлен на основании типичной клинической картины: острое начало с инфекционным синдромом, одномоментное появление мелкоточечной сыпи на гиперемированном фоне с бледным носогубным треугольником, её локализация, острый тонзиллит, регионарный лимфаденит и лабораторных данных (нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево).

3. Пациенту рекомендовано: проведение бактериологического метода (для подтверждения диагноза при выделении бета-гемолитического стрептококка в посевах

слизи из ротоглотки); определение титра антистрептолизина – О (нарастание титра антител в динамике); метод экспресс-диагностики – стрептотест.

4. В лечении скарлатины используются препараты пенициллинового ряда (Феноксиметилпенициллин, Бензилпенициллин, комбинированные – Амоксициллин + Клавулановая кислота); макролиды (Кларитромицин, Азитромицин); цефалоспорины 3 поколения (Цефотаксим, Цефтриаксон); цефалоспорины 1 поколения (Цефазолин). Предпочтение отдаётся препаратам пенициллинового ряда. Курсовая доза составляет 10 дней.

5. Реконвалесцентов скарлатины не допускают в детские дошкольные учреждения и первые два класса школы в течение 12 суток после окончания антибактериальной терапии (общий срок изоляции 22 дня).

Длительность диспансерного наблюдения 1 месяц. Кратность осмотров педиатра, общий анализ крови и общий анализ мочи – 1 раз в 2 недели. ЭКГ по показаниям.

ОК-4, ОПК-8, ОПК-9, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6

Мальчик 1 год 7 месяцев заболел остро, повысилась температура тела до 39°C, появилось общее беспокойство, снижение аппетита, заложенность носа, редкое покашливание, покраснение глаз.

Эпиданамнез: старший брат 5-ти лет переносит ОРВИ, лечится на дому.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Температура тела - 38,6°C. Отмечаются слизистые выделения из носа. Конъюнктивы обоих глаз ярко гиперемированы, зернистые, отёчные, на нижнем веке справа белая плёнка, не выходящая за пределы конъюнктивы, снимающаяся свободно, поверхность не кровоточит. Редкий кашель. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы диаметром до 1,0 см, плотно-эластической консистенции. Отмечается гиперемия, отёчность и зернистость задней стенки глотки, по которой стекает густая слизь. В лёгких дыхание пузырьное, хрипов нет, ЧДД – 28 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Край печени выступает из-под рёберной дуги на 1 см, мягкий, безболезненный. Стул кашицеобразный, без патологических примесей, 2 раза в сутки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите методы, позволяющие верифицировать данное заболевание.
4. Проведите дифференциальный диагноз данного заболевания с дифтерией глаза.
5. Составьте план лечения данного больного.

Эталон ответа к задаче № 6

1. Аденовирусная инфекция, фарингоконъюнктивальная лихорадка, средней степени тяжести.

2. Диагноз выставлен на основании: эпидемиологических данных – контакт с больным братом в пределах инкубационного периода;
острого начала заболевания;

клинических синдромов: выраженного общеинфекционного синдрома, умеренно выраженного фарингита, ринита, конъюнктивита. Средняя степень тяжести на основании умеренно выраженных симптомов интоксикации (лихорадка до 39 °C), умеренно выраженного катарального синдрома.

О средней степени тяжести свидетельствуют: повышение температуры до 39 °C, наличие фарингоконъюнктивальной лихорадки, синдром гепатомегалии.

3. 1. Характерная клиническая картина заболевания с лихорадкой, симптомами катара дыхательных путей, гиперплазией лимфоидной ткани ротоглотки, увеличением шейных лимфатических узлов, поражением слизистых оболочек глаз.

2. Серологическая диагностика методом ИФА.

3. Выделение антигена методом ПЦР из слизи носоглотки, фекалий.

Методами специальной диагностики являются:

1) ИФМ (экспресс-метод) – иммунофлюоресцентный метод определения антигенов возбудителя в эпителиальных клетках слизистой носа для ранней диагностики (эффективен в первые 24–36 ч. от начала заболевания);

2) ИФА (иммуноферментный анализ) – определение антигенов в смывах из носа;

3) ПЦР (полимеразно-цепная реакция) – определение вирусспецифической ДНК аденовирусов в различных средах.

Методом лабораторной диагностики также является гематологический метод – не имеет закономерных изменений, но может использоваться для определения степени тяжести заболевания.

Ребёнку показано УЗИ органов брюшной полости, так как присутствует синдром гепатомегалии; офтальмологическое обследование (острый период и наличие конъюнктивита).

4. При дифтерии глаза в отличие от аденовирусной инфекции, протекающей с плёнчатым конъюнктивитом, отсутствует катаральный синдром, конъюнктивита умеренно гиперемирована, отделяемое из глаза сукровичное. Плёнка фибринозная, не снимается, переходит на глазное яблоко, отёк век плотный, нарастает параллельно с воспалительными изменениями конъюнктивы. Может распространяться на периорбитальную область и щёки.

5. Домашний режим, полноценная диета по возрасту с исключением молочных продуктов, обильное, дробное питьё.

Медикаментозное лечение:

1. Этиотропное лечение – препараты интерферона, индукторы интерферона.

2. В глаза: 0,05% раствор Дезоксирибонуклеазы по 1–2 капли через 2–3 часа в течение дня (на ночь делается перерыв).

3. Симптоматическая терапия – жаропонижающие препараты при температуре выше 38,5 °С.

4. Орошение зева растворами антисептиков.

5. Антибактериальная терапия в случае развития бактериальных осложнений.

6. Консультация врача-окулиста.

ОК-4, ОПК-4, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7

Ребёнок 2 лет заболел остро с повышения температуры тела до 37,5°С, появления сухого кашля, насморка. Среди ночи проснулся от шумного, затруднённого дыхания. Беспокоен, мечется в кровати. Кашель сухой, «лающий». Мать вызвала скорую помощь.

При осмотре врач отметил заложенность носа (ребёнок дышит ртом), бледность кожных покровов, цианоз вокруг рта, втяжение межреберий, ярёмной и надключичной ямок при вдохе. Число дыханий – 42 в минуту. Голос осипший, вдох шумный. Кашель грубый, сухой. При осмотре ротоглотки врач отметил яркую гиперемию дужек, нёбных миндалин, мягкого нёба, зернистость задней стенки глотки. Налётов нет. Аускультативно дыхание жёсткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, ЧСС – 142 в минуту. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень, селезёнка не увеличены. Стул (со слов мамы) был оформленным. Мочится обычно. Моча светлая.

Пульсоксиметрия – насыщение крови кислородом 92%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Выделите ведущий клинический синдром, обуславливающий тяжесть состояния ребенка.
3. Определите место для лечения больного и обоснуйте свое решение.
4. Каким методом Вы планируете подтвердить этиологию данного заболевания?
5. Составьте план лечения больного.

Эталон ответа к задаче № 7

1. ОРВИ (предположительно, парагриппозной этиологии). Острый стенозирующий ларингит, стеноз гортани I-II степени.
2. Синдром вирусного стенозирующего ларингита (круп) 1-2 степени. Диагноз поставлен на основании: жалоб (острое возникновение крупа, осиплость голоса, лающий кашель, затруднённое, шумное дыхание в покое); клинической картины (бледность кожных покровов, цианоз вокруг рта, инспираторный стрidor, участие в дыхании вспомогательной мускулатуры в покое - втяжение межреберий, ярёмной и надключичной ямок при вдохе, одышка в покое – ЧДД 42 в минуту); пульсоксиметрия – насыщение крови кислородом 92%.
3. Учитывая тяжесть состояния и скорость развития – госпитализация в инфекционное респираторное отделение.
4. ПЦР диагностика – определение РНК вируса парагриппа из носоглоточных смывов, метод флюоресцирующих антител (РИФ) - основан на выявлении вирусных антигенов в клетках эпителия носовых ходов, конъюнктивы.
5. Госпитализация в стационар. Режим полупостельный. Обильное тёплое питьё. Этиотропная терапия парагриппа не разработана. Ингаляции с Будесонидом (через небулайзер) 2 раза в день, курс 1-2 дня. Глюкокортикоиды - по показаниям. Симптоматическая терапия: жаропонижающая терапия при температуре выше 38,5 °С.

ОК-4, ОПК-9, ПК-6, ПК-8, ПК-11

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8

У ребенка 3 лет заболевание началось остро, с повышения температуры тела до 38,5°C, рвоты, разжиженного стула. Был вызван врач-педиатр участковый, который назначил лечение Нифуроксазидом. В течение последующих 2-х дней состояние ребенка было без динамики, сохранялась субфебрильная температура и разжиженный стул до 4-5 раз в сутки, стойкая тошнота, периодическая рвота (2-3 раза в сутки), умеренные боли в животе. Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что мама ребёнка связывает заболевание с употреблением плохо прожаренной яичницы.

При осмотре температура тела - 38,2°C, ЧСС – 140 в минуту, ЧД – 40 в минуту. Кожные покровы чистые, бледные. Эластичность и тургор тканей сохранен. Отмечается сухость слизистых оболочек ротовой полости, жажда. Язык сухой, обложен белым налетом. В легких – везикулярное дыхание. Сердечные тоны приглушены, ритмичны. Живот несколько вздут, все отделы доступны пальпации, выраженное урчание по ходу толстого кишечника. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги по среднеключичной линии, селезенка – на 0,5 см. Стул за сутки 5 раз, жидкий, зловонный, непереваренный, типа «болотной тины» со слизью. Мочеиспускание не нарушено. При осмотре была однократная необильная рвота. Менингеальные знаки – отрицательные.

В общем анализе крови: эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 120 г/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – $16,6 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 8%,

сегментоядерные нейтрофилы – 42%, лимфоциты – 36%, моноциты – 12%, эозинофилы – 2%, СОЭ – 18 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите тяжесть заболевания у ребенка.
3. Определите наиболее вероятную причину развития заболевания у ребенка и обоснуйте свой ответ.
4. Составьте план обследования для уточнения этиологии заболевания.
5. Составьте план лечения больного.

Эталон ответа к задаче № 8

1. Острая кишечная инфекция, гастроэнтерит. Сальмонеллёз (клинически), средней степени тяжести. Эксикоз 1 степени.

2. Средняя степень тяжести. Выставлена на основании выраженности симптомов интоксикации (температура тела 38,2 °С, ЧСС – 140 в минуту, ЧД – 40 в минуту); кратности стула (5 раз в сутки); данных лабораторных анализов (лейкоциты – $16,6 \times 10^9$, п/я – 8%, с/я – 42%, лимфоциты – 36%, моноциты – 12%, эозинофилы – 2%, СОЭ – 18 мм/ч).

3. Этиология заболевания – сальмонеллы. Поставлена на основании эпидемиологического анамнеза (употребление непрожаренной яичницы); клинических симптомов (вздутие живота, урчание по ходу кишечника); характеристики стула (жидкий, зловонный, непереваренный, типа «болотной тины»); лейкопении в общем анализе крови (лейкоциты – $16,6 \times 10^9$);

4. 1. Бактериологическое исследование испражнений (посев на кишечную группу).

2. При отрицательном результате посева – серологическое обследование (определения нарастания титра антител в реакции РПГА с комплексным сальмонеллёзным диагностикумом в динамике).

5. 1. Диета с исключением экстраактивных веществ, молока и продуктов, усиливающих перистальтику кишечника и вызывающих повышенное газообразование.

2. Оральная регидратация.

3. Комплексный иммунный препарат или Сальмонеллёзный комплексный бактериофаг, курс 5 дней.

4. Энтеросорбенты, в течение 3 дней.

5. Ферменты (Креон 10 тыс. ЕД), в течение 5 дней.

6. Пробиотики, курс 7 дней.

ОК-4, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9

Ребёнок 6 лет заболел неделю назад с повышения температуры тела до 38,3°С, «заложенности носа», незначительной боли при глотании. Родители за медицинской помощью не обращались, давали Парацетамол, Эrespал, Гексорал. Катаральные явления сохранялись. На 6 день повысилась температура тела до 39,6°С, затруднённое носовое дыхание, боли в горле, боли в животе, в связи с чем родители обратились к врачу-педиатру участковому.

Посещает детский сад с 3 лет. Профилактические прививки по возрасту. Перенесённые заболевания: ОРЗ 5-6 раз в год.

Осмотр: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, бледные. Зев гиперемирован, миндалины до III степени, налёт бело-жёлтого цвета, рыхлый, снимается легко. Язык влажный, у корня обложен белым налётом. «Храпящее» носовое дыхание, голос гнусавый. Лимфатические узлы: до 2-3 см переднешейные, подчелюстные, заднешейные, паховые, множественные, эластичные,

безболезненные. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД - 25 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - до 120 ударов в мин. Живот мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка +1 см. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул и диурез в норме. Менингеальные симптомы отрицательные.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз, укажите критерии тяжести.
3. Составьте план обследования, проведите трактовку предполагаемых результатов.
4. Составьте и обоснуйте план лечения у данного пациента.
5. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Эталон ответа к задаче № 9

1. Инфекционный мононуклеоз, типичная форма, вероятно вызванный вирусом Эпштейна-Барр, средней степени тяжести.

2. Диагноз сформулирован на основании типичной клиники (лихорадка, лимфопролиферативный синдром, тонзиллит, гепатоспленомегалия, «храпящее» носовое дыхание). Тяжесть обусловлена выраженностью интоксикации, лимфаденопатией, гепатоспленомегалией.

3. ОАК (лейкоцитоз, лимфо-моноцитоз, атипичные мононуклеары), ОАМ (без патологии).

Однократное бактериологическое обследование на коринебактерии дифтерии (отрицательный).

Биохимический анализ крови (умеренный синдром цитолиза).

ИФА на антитела к вирусу Эпштейна-Барра (IgM к капсидному антигену (viral capsid antigen - VCA), антитела класса иммуноглобулинов G IgG к раннему антигену (early antigen - EA).

ИФА на антитела к цитомегаловирусу и вирусу герпеса 6 типа.

ПЦР для определения ДНК вирусов герпеса 4, 5, 6 типов в слюне и крови.

4. Лечение амбулаторное.

Обильное питье, механически и термически щадящая диета.

Противовирусные препараты (Ацикловир до 10 дней).

Препараты интерферонового ряда.

Жаропонижающие препараты при повышении температуры тела выше 38,5 °С.

Обработка ротоглотки: местное применения антисептиков (Мирамистин, Фурацилин).

5. Аденовирусная инфекция.

Гепатиты вирусной этиологии.

Стрептококковая ангина.

ВИЧ-инфекция.

Лимфома.

ОК-4, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10

Девочка 6 лет заболела остро с подъема температуры до 37,4°C, появились вялость, снижение аппетита. На второй день заболевания у ребенка заметили припухлость в околоушной области справа, сохранялась лихорадка 38,5°C. На следующий день появилась припухлость в околоушной области слева. Ребенок предъявлял жалобы на боли в области желез умеренного характера, усиливающиеся при жевании. Родители вызвали врача-педиатра участкового.

При осмотре: вялый, температура - 37,6°C, отмечается увеличение околоушных слюнных желез с обеих сторон. При пальпации отмечается умеренная болезненность,

кожа не изменена, железы – тестоватой консистенции. Слизистая ротоглотки розовая, чистая. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ЧСС - 116 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул 1 раз в день, оформленный. Мочеиспускания не нарушены.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 121 г/л, лейкоциты – $7,0 \times 10^9/л$, эозинофилы -1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 46%, лимфоциты – 47%, моноциты – 6%, СОЭ – 7 мм/час.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие органы, кроме слюнных желез, могут быть вовлечены в патологический процесс при данном заболевании?
4. Составьте план лечения данного больного.
5. Назовите меры профилактики данного заболевания.

Эталон ответа к задаче № 10

1. Эпидемический паротит. Железистая форма.
2. Диагноз «эпидемический паротит, железистая форма (паротит)». Поставлен на основании жалоб на повышение температуры, вялость, снижение аппетита, боли в области слюнных желёз, усиливающиеся при жевании; данных анамнеза заболевания (острое начало, наличие симптомов интоксикации, повышение температуры, появление припухлости околоушных желёз изменения в ОАК); данных объективного обследования: увеличение околоушных слюнных желёз с двух сторон, тестоватая консистенция желёз, умеренная болезненность при пальпации.

3. 1. Поджелудочная железа (панкреатит).
2. Половые железы (орхит, овариит).
3. Нервная система (серозный менингит).
4. Лечение амбулаторно.

Режим постельный на период лихорадки.

Диета в соответствии с возрастом, рекомендуется механически и химически щадящая пища.

Обильное дробное питьё.

Обработка полости рта растворами антисептиков.

Жаропонижающие при повышении температуры выше $38,5^{\circ}C$.

Сухое тепло на область слюнных желёз.

5. 1. Изоляция больного до исчезновения клинических проявлений (не более чем на 9 дней).

2. Среди контактных - разобщению подлежат дети до 10 лет, не болевшие эпидемическим паротитом и не получившие активную иммунизацию - с 11 по 21 день.

3. Текущая дезинфекция.

4. Вакцинопрофилактика - в 12 месяцев с ревакцинацией в 6 лет, не болевшие паротитом или по эпидпоказаниям.

ОК-4, ОПК-4, ОПК-9, ПК-6, ПК-8, ПК-9

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 11

Девочка 11 лет поступила в стационар по направлению врача-педиатра участкового по поводу болей и припухлости левого коленного сустава, лихорадки до $39^{\circ}C$, общей слабости. Со слов мамы, 2 недели назад было повышение температуры, боли в горле при глотании.

Анамнез: ребёнок из села, употребляет в пищу некипяченое коровье и козье молоко.

Объективный статус: масса - 19 кг, рост - 125 см. По другим органам без патологии.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 104 г/л, эритроциты – $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $8,1 \times 10^9$ /л, цветовой показатель – 0,8, нейтрофилы – 38%, лимфоциты – 51%, моноциты – 11%, СОЭ – 38 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1022, белок – нет, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий плоский – 2-3 в поле зрения.

Копрограмма: детрит – значительное количество, полуоформленный, слизь – нет, лейкоциты – нет, эритроциты – нет.

Серологические реакции: реакция Райта и Хеддельсона в разведении 1/800 +++. РПГА с бруцеллезным диагностикумом - 1/400.

Бактериологический посев крови: отрицательный результат.

Бактериологические посевы кала: на дизгруппу и сальмонеллы отрицательные.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Эталон ответа к задаче № 11

1. Бруцеллёз, типичный, острая форма, средней степени тяжести. Серологически подтверждённый.

2. Диагноз «бруцеллёз» установлен на основании жалоб больного на болезненность и припухлость левого коленного сустава, лихорадку до 39 °С, общую слабость, анамнеза заболевания: острое начало с синдрома интоксикации и ангины, эпидемиологического анамнеза: употребляет в пищу некипячёное коровье и козье молоко, данных лабораторных исследований: в ОАК – умеренная гипохромная анемия, СОЭ – 38 мм/час, реакция Райта и Хеддельсона в разведении 1/800 +++, РПГА с бруцеллезным диагностикумом 1/400. Острая форма – так как давность заболевания не более 3 месяцев, ведущие синдромы – интоксикация, болевой синдром в костно-мышечной системе, увеличение СОЭ.

3. 1. Антибиотикотерапия: схема из 2 препаратов – фторхинолоны, цефалоспорины на 10–15 дней.

2. Противовоспалительная терапия НПВС.

3. Гастропротекторы на время приёма противовоспалительных препаратов.

4. 1. Профилактика пищевых заражений: употребление термически обработанных молочных продуктов (при температуре 70 °С в течение 30 минут).

2. Охранение водоемчиков от загрязнения, употребление только кипячёной воды.

3. Специфическая профилактика – вакцинация при наличии эпизоотических показаний детям с 7 лет.

5. Подача экстренного извещения не позже 12 часов после выявления больного. Госпитализация или изоляция больного. Изоляция контактных: не проводится. Текущая дезинфекция: уничтожаются продукты питания животного происхождения, заподозренные в передаче. Заключительная дезинфекция – не проводится. Мероприятия в отношении контактных лиц: карантин не накладывается. Лица, соприкасавшиеся с больными животными, подлежат клинико-лабораторному обследованию (реакция Райта, Хеддельсона), которое повторяют через 3 месяца. Выписка больных проводится после клинического выздоровления. Допуск в коллектив: по выздоровлению.

ОК-4, ОПК-8, ОПК-9, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 12

У мальчика 12 лет две недели назад сняли клеща с кожи головы над правым ухом. Заболел с повышением температуры тела до 37,4°C, появилось покраснение кожи в виде округлого пятна в месте укуса клеща, которое постепенно увеличивалось в диаметре. Вызвали врача-педиатра участкового.

Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы физиологической окраски, в области волосистой части головы эритема диаметром 10 см с просветлением в центре. Пальпируются увеличенные до 1,0 см заднешейные и затылочные лимфоузлы справа, безболезненные. Слизистая ротоглотки умеренно гиперемирована, небная миндалина справа 2 размера, слева 1 размера. В легких везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 92 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Стул и диурез не нарушены.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие необходимо провести исследования для подтверждения диагноза?
4. Назовите препараты этиотропной терапии и длительность их применения.
5. Каким препаратом необходимо было провести экстренную химиопрофилактику данного заболевания? Обоснуйте.

Эталон ответа к задаче № 12

1. Иксодовый клещевой боррелиоз, эритемная форма, лёгкая степень тяжести.
2. Диагноз поставлен на основании:

Эпиданамнеза: укус клещём без проведения экстренной химиопрофилактики;

Общеинтоксикационного синдрома: повышение температуры;

Синдрома экзантемы: появление кольцевидной эритемы в месте укуса клеща;

Синдрома регионарного лимфаденита: увеличение лимфатических узлов на стороне укуса клеща справа заднешейных, затылочных, небной миндалины.

3. 1. ИФА или (н РИФ) (в парных сыворотках).

2. Иммуноблот.

3. ПЦР крови.

4. Антибиотики широкого спектра (пенициллины, цефалоспорины, макролиды) в течение 10-14 дней.

5. Препараты из группы тетрациклинового ряда (Доксициклин, Юнидокс соллютаб) в течение 5-10 дней, так как к данному препарату чувствительны и другие бактерии, передаваемые клещами (эрлихии, анаплазмы, риккетсии).

ОК-4, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-9

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 13

Пациент - мальчик 2,5 лет. Первое обращение к врачу-педиатру участковому с жалобами на сухой кашель около 1 недели назад, при удовлетворительном самочувствии ребёнка, назначена симптоматическая терапия. Кашель усилился за 2 недели от своего начала, представляет следующие друг за другом дыхательные толчки на выдохе, прерываемые свистящим судорожным вдохом – репризом. Заканчивается приступ отхождением густой, вязкой, стекловидной слизи, мокроты. Приступы кашля преимущественно в ночное время. За последние сутки 12 приступов кашля, 4-5 реприз в одном приступе. Лицо ребёнка во время приступа кашля краснеет, затем синее, набухают подкожные вены шеи, лица, головы; отмечается слезотечение. Язык высовывается из ротовой полости, кончик его поднимается кверху. Вне приступа кашля отмечается небольшая пастозность лица, бледность кожи, периферальный цианоз.

При перкуссии лёгких определяется коробочный оттенок. Аускультативно над всей поверхностью лёгких выслушиваются непостоянные сухие проводные хрипы.

Вопросы:

1. Каков предварительный клинический диагноз?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назовите критерии оценки степени тяжести заболевания.
4. Какие методы лабораторной диагностики необходимо использовать для подтверждения диагноза?
5. Необходимы ли карантинные мероприятия при данном заболевании?

Эталон ответа к задаче № 13

1. Коклюш, типичный, период спазматического кашля, лёгкая форма.
2. Диагноз поставлен на основании типичной клинической картины заболевания: постепенное развитие, с редкого сухого кашля при удовлетворительном самочувствии без симптомов интоксикации с последующим развитием спазматического периода и появлением типичного коклюшного кашля с репризами. Характерный внешний вид больного: одутловатость лица, периоральный цианоз, покраснение лица во время приступа кашля с набуханием подкожных вен шеи. Высовывание языка при приступе с приподниманием кончика кверху.

3. 1) Частота приступов спазматического кашля за сутки.
2) Число реприз в течение одного приступа кашля.
3) Апноэ во время приступа кашля.
4. 1. Клинический анализ крови (гиперлейкоцитоз, лимфоцитоз, низкая СОЭ);
2. Выделение из слизи ротоглотки *B.pertussis* культуральным методом или её ДНК методом ПЦР;
3. Обнаружение IgM антител и повышение IgG.
4. Определение нарастания титра противокклюшных антител в парных сыворотках в реакциях агглютинации (РА, РПГА, РСК). 5. Положительный результат экспресс-диагностики в мазках слизи из ротоглотки (иммуофлюоресцентный метод).
5. Изоляция больных коклюшем - на 25 суток от начала заболевания при условии этиотропного рационального лечения.

На контактных детей в возрасте до 7 лет накладывается карантин сроком на 14 суток от момента изоляции больного (контактными считаются как не привитые, так и привитые против коклюша дети);

С целью раннего выявления кашляющих (больных) в очаге коклюша проводят ежедневное медицинское наблюдение за контактными детьми и взрослыми.

С целью локализации и ликвидации очага коклюша всем контактным детям и взрослым после изоляции больного рекомендуется приём препаратов группы макролидов в течение 7 суток в возрастной дозировке.

Контактным детям первого года жизни и не привитым в возрасте до 2 лет, имеющим медикаментозную аллергию к макролидным антибиотикам, рекомендуется ввести нормальный человеческий Иммуноглобулин от 2 до 4 доз (по 1 дозе или 2 дозы через день).

Дезинфекцию (текущую и заключительную) не проводят, достаточно проветривания и влажной уборки помещения.

Порядок снятия ограничений – выписка в детский коллектив реконвалесцентов коклюша осуществляется при клиническом выздоровлении на основании осмотра врачом-педиатром.

ОК-4, ОПК-8, ОПК-9, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 14

Девочка 4 лет жалуется на повышение температуры до 37,6°C, появление сыпи.

Из анамнеза известно, что заболела 2 дня назад: появилась субфебрильная температура, недомогание. К вечеру мама заметила появление на коже мелких розоватых пятнышек, которые затем превратились в пузырьки с прозрачным содержимым. Перенесенные заболевания – ОРВИ, кишечная инфекция в возрасте 1 года.

Эпиданамнез: была в контакте с бабушкой, у которой 2 недели назад были везикулезные элементы в области грудной клетки, сопровождавшиеся болью.

При осмотре состояние средней степени тяжести, самочувствие не страдает, активная. Кожные покровы физиологической окраски, на коже спины, груди, живота, волосистой части головы необильные везикулезные элементы, диаметром 2-4 мм с прозрачным содержимым, кроме этого есть элементы папулезного характера, единичные корочки. Слизистые розовые. На мягком небе единичные везикулы. Миндалины не увеличены, налетов нет. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, громкие, ЧСС – 92 в минуту. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание без особенностей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Обоснуйте необходимость дополнительного обследования для данного пациента.
4. Укажите средства этиотропной терапии и показания к их применению, а также показания для назначения антибиотиков в данном случае.
5. Укажите общие подходы к профилактике этого заболевания

Эталон ответа к задаче № 14

1. Ветряная оспа, типичная, лёгкая форма.
2. Диагноз поставлен на основании жалоб на повышение температуры до 37,6 ° C, появление сыпи везикулярного характера; анамнеза заболевания: ребёнок болен 2 день, имеет место стадийность элементов – пятно, папула, везикула; эпиданамнеза: контакт с больным герпесвирусной инфекцией III типа в сроки инкубационного периода; данных осмотра: на всей поверхности везикулёзные элементы с прозрачным содержимым, единичные корочки и папулы, везикулы на мягком нёбе. Вышеперечисленное отражает типичность.

При лёгкой форме критериями оценки тяжести являются лихорадка не выше 38,5 °C в течение 2–3 суток, симптомы интоксикации выражены незначительно, высыпания необильные.

3. Диагностика ветряной оспы осуществляется путём сбора анамнеза, клинического осмотра.

При типичном течении для регистрации заболевания ветряной оспы лабораторного подтверждения диагноза не требуется.

4. Методами медикаментозного лечения являются: средства этиотропной терапии, средства симптоматической терапии, средства иммунотерапии и иммунокоррекции.

Средства этиотропной терапии:

- 1) нуклеозиды: Ацикловир – показания: тяжёлые формы заболевания.
- 2) интерфероны: интерферон альфа (Виферон) – показания: клинические проявления ветряной оспы в любом возрасте.
- 3) другие иммуностимуляторы:

Меглюмина акридонацетат (Циклоферон) – показания: клинические проявления ветряной оспы (противопоказан до 4 лет),

Тилорон (Амиксин) – показания: клинические проявления ветряной оспы (противопоказан до 7 лет),

Анаферон детский – показания: клинические проявления ветряной оспы (противопоказан детям до 1 месяца).

Показания для назначения антибиотиков: развитие осложнений со стороны кожных покровов (пиодермии и др.) как вирусно-бактериальной микст-инфекции.

5. Изоляция больного в домашних условиях (лёгкая форма заболевания) до 5 суток с момента появления последнего элемента везикулёзной сыпи. Детей в возрасте до 7 лет, не болевших ветряной оспой, бывших в контакте, разобщают с 9 по 21 день с момента контакта с больным.

Пассивная специфическая профилактика (введение Иммуноглобулина) показана контактными детям группы риска (с заболеваниями крови, различными иммунодефицитными состояниями, а также контактными беременным, не болевшим ветряной оспой (опоясывающим герпесом)).

С целью активной специфической профилактики используют живую аттенуированную вакцину (Варилрикс).

ОК-4, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 15

Девочка 7 лет с выраженным катаральным синдромом: обильные выделения слизистого характера из носа; гиперемирована, разрыхлена слизистая оболочка ротовой полости; сухой, грубый, навязчивый, иногда лающий кашель, осиплый голос; на слизистой мягкого и твёрдого нёба энантема – небольшие розовато-красного цвета, неправильной формы пятна размером 3-5 мм, на слизистой оболочке щёк против малых коренных зубов, на слизистой губ, дёсен – пятна 1-2 мм, серовато-белые; конъюнктивит, веки отёчны, светобоязнь, склерит.

Гипертермия: 38,6-39,5°C все дни. Сыпь появилась на лице спустя 4 дня от начала заболевания, распространилась на лицо, шею, верхнюю часть груди, плеч. На следующий день она целиком покрывала туловище и распространилась на проксимальные отделы рук.

На 3 день высыпаний – на дистальные отделы верхних и нижних конечностей. Сыпь пятнисто-папулёзного характера, розового цвета, некоторые элементы сливаются, неправильной формы, на неизменном фоне кожи.

Вопросы:

1. Клинический диагноз, его обоснование и формулировка.
2. Назовите основной клинический симптом для постановки диагноза в данном случае.
3. Назовите возможные осложнения при данном заболевании.
4. Следует ли проводить антибиотикотерапию при данном заболевании?
5. Назовите мероприятия по профилактике заболевания.

Эталон ответа к задаче № 15

1. Корь, типичная, период высыпаний, среднетяжёлая форма.

При обосновании диагноза следует указать данные: Типичная клиническая картина для кори (выраженный интоксикационный синдром, пятна Филатова-Коплика до высыпаний, энантема, наличие сыпи, её характер, этапность высыпания и локализация, синдром поражения органов респираторного тракта, конъюнктивит);

Степень тяжести указана на основании умеренной выраженности интоксикации, повышения температуры тела выше 38,5° С, выраженного катарального синдрома и конъюнктивита, обильности сыпи.

2. Патологические изменения слизистой оболочки губ, дёсен, щёк представляют собой участки некроза эпителия с последующим слущиванием (пятна Бельского-Филатова-Коплика).

3. Осложнения при кори могут сформироваться на любом этапе инфекции.

1. Чаще всего осложнения со стороны органов дыхания: ларингит, ларинготрахеобронхит, пневмония.

2. Отит.

3. Кератит, кератоконъюнктивит.

4. Энцефалит, менингоэнцефалит, менингит, энцефаломиелит.

4. Антибиотики при неосложнённой кори применять не рекомендуется. Применение антибиотиков с целью профилактики возможных осложнений не обосновано.

Для лечения осложнений, обусловленных присоединением вторичной флоры, следует назначать антибиотики.

5. Первичное извещение: в течение 2 часов сообщить об этом по телефону и в течение 12 часов направить экстренное извещение установленной формы (N 058/y) в орган, осуществляющий государственный санитарно-эпидемиологический надзор на территории. При уточнении диагноза «корь» - в течение 12 часов КЭС уточнение. В течение 24 часов проводится эпидемиологическое расследование.

На каждого больного корью заполняется карта эпидемиологического расследования в Региональный центр (РЦ) и Национальный научно-методический центр по надзору (ННМЦ) за корью. Случаи кори подлежат регистрации в электронной Единой международной системе индивидуального учёта (CISID). Ввод данных в систему CISID осуществляют ответственные специалисты РЦ. Контроль за введением данных осуществляет ННМЦ.

При выявлении очага инфекции в дошкольных организациях и общеобразовательных учреждениях, а также в организациях с круглосуточным пребыванием взрослых с момента выявления первого больного до 21 дня с момента выявления последнего заболевшего в коллектив не принимаются лица, не болевшие корью и не привитые против этих инфекций.

Изоляция больного до исчезновения клинических симптомов, но не менее чем 5 дней с момента появления сыпи при кори.

За лицами, общавшимися с больными корью, устанавливается медицинское наблюдение в течение 21 дня с момента выявления последнего случая заболевания в очаге.

В очагах кори определяется круг лиц, подлежащих иммунизации по эпидемическим показаниям. Иммунизации против кори по эпидемическим показаниям подлежат: лица, имевшие контакт с больным (при подозрении на заболевание), не болевшие корью ранее, не привитые, не имеющие сведений о прививках против кори, а также лица, привитые против кори однократно - без ограничения возраста. Иммунизация против кори по эпидемическим показаниям проводится в течение первых 72 часов с момента выявления больного.

Детям, не привитым против кори (не достигшим прививочного возраста или не получившим прививки в связи с медицинскими противопоказаниями или отказом от прививок), не позднее 5 дня с момента контакта с больным вводится Иммуноглобулин человека нормальный в соответствии с инструкцией по его применению. Сведения о проведенных прививках и введении Иммуноглобулина (дата, название препарата, доза, серия, контрольный номер, срок годности, предприятие-изготовитель) вносят в учётные формы в соответствии с требованиями к организации вакцинопрофилактики.

Контактные лица из очагов кори, не привитые и не болевшие ранее, не допускаются к плановой госпитализации в медицинские организации неинфекционного профиля и социальные организации в течение всего периода медицинского наблюдения. Госпитализация таких пациентов в период медицинского наблюдения в медицинские организации неинфекционного профиля осуществляется по жизненным показаниям, при этом в стационаре организуются дополнительные санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в целях предупреждения распространения инфекции.

Методом специфической профилактики от кори является вакцинопрофилактика. Иммунизация населения против кори проводится в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

ОК-4, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 16

Мальчик 14 лет заболел остро с повышения температуры тела до 38,5°C, которая держалась 3 суток. Мать заметила сыпь на лице, туловище, конечностях.

При осмотре врачом-педиатром участковым на 2 день болезни: температура - 38,8°C, увеличение и болезненность затылочных, заднешейных, подмышечных лимфоузлов. Сыпь розовая, мелкая, пятнистая, обильная на всем теле, кроме ладоней и стоп, с преимущественным расположением на разгибательных поверхностях конечностей без склонности к слиянию. При осмотре ротоглотки: энантема в виде красных пятен на небе и небных дужках. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца чистые ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см, селезенка +1 см из-под краев реберных дуг.

Привит против кори, краснухи и паротита в возрасте 1 года. Контакт не известен.

Общий анализ крови: гемоглобин -135 г/л, эритроциты - $4,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $6,3 \times 10^9/л$, эозинофилы - 5%, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 30%, лимфоциты - 53%, моноциты - 3%, плазматических клеток - 8%. СОЭ - 12 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?

Эталон ответа к задаче № 16

1. Краснуха, типичная, средней тяжести.
2. Опорные диагностические клинические симптомы: пятнистая мелкая сыпь с типичным расположением с одномоментностью распространения, отсутствие этапности высыпаний, увеличение затылочных лимфоузлов. В ОАК - плазматические клетки.

Проведена неполная вакцинация против краснухи.

3. Дифференциальный диагноз: с корью (этапность периодов болезни, этапность высыпаний; выраженность катарального синдрома и еще более значимая интоксикация; в ОАК плазматические клетки отсутствуют); со скарлатиной - мелкоточечная сыпь на гиперемизованном фоне со сгущением в естественных складках кожи, острый тонзиллит, ограниченная гиперемия в зеве. В ОАК - лейкоцитоз, нейтрофилллез.

4. Амбулаторное лечение. Постельный режим на лихорадочный период. Оральная дезинтоксикация: вода 100 мл/кг/сут. дробно.

Симптоматическая терапия: жаропонижающая терапия при температуре тела выше 38,5 °C.

5. Для подтверждения диагноза необходимо:

ПЦР из крови и/или с задней стенки глотки на РНК вируса краснухи,

ИФА: IgM, IgG к вирусу краснухи.

ОК-4, ОПК-9, ПК-5, ПК-6

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 17

Ребенок 6 лет заболел остро. Вечером после возвращения из детского сада пожаловался на боли в горле, головную боль. Температура тела - 38,6°C. На фоне приема суспензии Панадола температура тела снизилась до 37,5°C. На следующий день температура тела оставалась повышенной в пределах 38,0-38,5°C, сохранялись боли в горле, отмечалась однократная рвота, родители заметили сыпь. Вызван врач-педиатр участковый.

Анамнез жизни не отягощен. Вакцинация проведена в соответствии с Национальным календарем.

Эпиданамнез: старший брат проходит лечение по поводу ангины.

Осмотр: состояние ребенка средней тяжести. Беспокоен, капризен, жалуется на боли в горле с обеих сторон. На коже лица, туловища, конечностей обильная мелкоточечная сыпь на гиперемизованном фоне кожи со сгущением в естественных складках, элементы не сливаются между собой. Носогубный треугольник бледен, свободен от сыпи. Кожа сухая, отмечается белый дермографизм. Увеличены подчелюстные лимфоузлы. Носовое дыхание свободное, выделений из носа нет. В зеве яркая отграниченная гиперемия слизистой дужек, миндалин. Миндалины гипертрофированы до II степени, в лакунах наложения желтоватые. Температура тела - 38,4°C. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 100 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык обложен белым налетом. Живот доступен пальпации, мягкий, безболезненный, печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Стул оформленный, без примесей, мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Какое лечение нужно назначить данному пациенту в амбулаторных условиях?
5. Перечислите противоэпидемические мероприятия в группе детского сада.

Эталон ответа к задаче № 17

1. Скарлатина, типичная, среднетяжелая форма.
2. Диагноз «скарлатина» сформулирован на основании острого начала, лихорадки, типичной клинической картины (сочетание характерной мелкоточечной сыпи на гиперемизованном фоне кожи со сгущением в естественных складках, бледного носогубного треугольника, белого дермографизма, отграниченной гиперемии в зеве, ангины), а также данных эпиданамнеза о контакте с потенциальным источником стрептококковой инфекции (ангина у брата); Средней тяжести (лихорадка до 39 °C, рвота, лакунарная ангина).

3. Общеклинические анализы: клинические анализы крови и мочи (в дебюте заболевания и через 2 недели).

Стрептотест (или посев носоглоточной слизи на стрептококк) или бактериологическое исследование смывов из ротоглотки на стрептококк.

По показаниям: ЭКГ.

4. Постельный режим на период лихорадки. Обильное питье. Механически и термически щадящая диета.

Этиотропная терапия: препараты выбора - пенициллинового ряда, макролиды. Продолжительность курса - 10 дней.

Антигистаминная терапия.

Орошение зева растворами антисептиков.

Жаропонижающие препараты – Парацетамол или Ибупрофен в разовой дозе 15 мг/кг при подъеме температуры тела выше 38,5 °C.

5. Экстренное извещение в Роспотребнадзор (эпидемиологический отдел).

Разобщение контактных на 7 дней.

Наблюдение за контактными детьми в течение 7 дней с момента изоляции больного.

Осмотр зева и кожных покровов контактных детей с термометрией не менее 2 раз в день.

Текущая дезинфекция.

Посещение детского коллектива, переболевшего после 22 дня от начала болезни.

ОК-4, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 18

На приёме у врача-педиатра участкового мама с мальчиком 8 лет с жалобами на повышение температуры тела 38,0°C, боль в горле, усиливающуюся при глотании, насморк, затруднение носового дыхания.

Заболел утром. Температура тела повысилась до 38,0°C, появилась боль в горле, выделения из носа, затруднённое носовое дыхание.

Объективно: температура тела ребёнка 39,0°C, кожные покровы бледные, пальпируются безболезненные подчелюстные лимфатические узлы обычных размеров с обеих сторон. Дыхание через нос затруднено, ребёнок высмаркивает прозрачную слизь. При фарингоскопии определяется яркая гиперемия задней стенки глотки, гипертрофия лимфоидной ткани, боковых валиков, нёбные миндалины II степени, в лакунах нет патологического отделяемого.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте выбор.
5. Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз в данной ситуации.

Эталон ответа к задаче № 18

1. Острый ринит. Острый катаральный фарингит.
2. Диагноз «острый ринит» установлен на основании жалоб больного (повышение температуры тела 38,0 °C, затруднённое носовое дыхание, выделения из носа слизистого характера), анамнеза заболевания (заболел остро). Диагноз «острый катаральный фарингит» установлен на основании жалоб больного (повышение температуры тела 38,0 °C, боль в горле усиливающуюся при глотании), анамнеза (острое начало), объективных данных (при фарингоскопии определяется яркая гиперемия задней стенки глотки, гипертрофия лимфоидной ткани, боковых валиков, нёбные миндалины 2 степени, в лакунах нет патологического отделяемого).
3. Мазок из глотки на микрофлору и чувствительность к антибиотикам необходим для проведения дифференциальной диагностики и выбора курса адекватной антибактериальной терапии. Общий анализ крови для определения характера воспаления.
4. Противовирусные препараты, так как клиника заболевания вероятно имеет вирусную этиологию. Топическая элиминационная терапия стандартизированными солевыми растворами для носа и глотки. Топические назальные деконгестанты для восстановления носового дыхания. Топические антибактериальные препараты: антисептические растворы для полоскания (Бензидамин, Фуразидин калия, Кетопрофен лизина, Нитрофура). Выбор препарата основан на эмпирических знаниях основных возбудителей воспалительных заболеваний глотки и их чувствительности к

антибактериальным препаратам. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС) применяются для снятия болевого синдрома и при гипертермии.

5. Ангины, синусит.

ОК-4, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 19

Ребёнок 1 год 6 месяцев (масса - 12 кг) заболел остро с повышения температуры тела до 38,8°C, насморка, малопродуктивного кашля. Родители лечили ребёнка самостоятельно (Бромгексин, Парацетамол, чай с медом, сок редьки). Ночью осиплый голос, «лающий кашель», в покое и при беспокойстве шумное дыхание.

При осмотре ребёнок беспокоится, плачет: температура тела - 38,9°C, ЧД – 32 в минуту, ЧСС – 120 в минуту; при дыхании удлинён вдох, дыхание с втяжением яремной ямки; кожа бледная, чистая; дыхание жёсткое, хрипов нет, тоны сердца ясные.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите методы исследования с целью верификации этиологического фактора заболевания.
4. Составьте план лечения.
5. Укажите возможные осложнения заболевания.

Эталон ответа к задаче № 19

1. Острый обструктивный ларингит, стеноз гортани I-II.
2. Диагноз «острый обструктивный ларингит, стеноз гортани I-II степени» установлен на основании жалоб - острое начало, наличие симптомов интоксикации, осиплого голоса, «лающего кашля», шумного дыхания при беспокойстве и в покое.
3. 1. В качестве экспресс-диагностики применяют иммунофлюоресцентный метод исследования с мечеными сыворотками против респираторных вирусов.
2. Серологические методы исследования (нарастание титра антител в парных сыворотках) в динамике заболевания.
4. Госпитализация в стационар.
Постельный режим на период лихорадки.
Дезинтоксикационная терапия – обильное дробное тёплое щёлочное питьё.
При пульсометрии меньше 92% – увлажнённый кислород. Через небулайзерный ингалятор – ингаляционные кортикостероиды.
Жаропонижающая терапия при температуре тела выше 38,5 °C.
5. 1. Присоединение бактериальной инфекции.
2. Дальнейшее прогрессирование стеноза, асфиксия.

ОК-4, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-8, ПК-11

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 20

Ребенок 3 лет заболел остро, когда появилась температура 38,0°C, недомогание, слизистое отделяемое из носа, покашливание. В течение суток лихорадил до 39,5°C, жаловался на боли в животе. К концу первых суток появился жидкий стул, сначала кашицеобразный калового характера, затем водянистый, обильный, без патологических примесей.

При осмотре на 2 сутки заболевания: температура - 37,4°C, вялый, бледный. От еды и питья отказывается. Слизистые оболочки ротовой полости и язык сухие. В зеве: гиперемия дужек, задней стенки глотки, из носа незначительное слизистое отделяемое. Со

стороны сердца и легких без патологии. Пульс – 120 в минуту, АД – 95/60 мм рт. ст., ЧДД – 26 в минуту. Живот сильно вздут, болезненный при пальпации в эпигастрии и околопупочной области, при пальпации отмечается громкое урчание, шум «плеска», слышимые на расстоянии. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Стул за прошедшие сутки 5 раз, жидкий, желтый, водянистый, пенистый, обильный, неприятного запаха без патологических примесей, 2 раза была рвота. Мочится обычно. Менингеальные знаки – отрицательные.

Из эпидемиологического анамнеза: выяснено, что в детском саду, который посещает ребенок, есть еще 2 случая подобного заболевания.

В общем анализе крови: эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 128 г/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – $4,7 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 38%, лимфоциты – 53%, моноциты – 8%, СОЭ – 10 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Определите тяжесть заболевания у ребенка.
3. Определите наиболее вероятную причину развития заболевания у ребенка, обоснуйте свой ответ и назовите метод для подтверждения этиологии.
4. Составьте план лечения больного.
5. Укажите меры профилактики заболевания.

Эталон ответа к задаче № 20

1. Ротавирусный гастроэнтерит, средней степени тяжести. Токсикоз с эксикозом 1 степени.

2. Средняя степень тяжести выставлена на основании выраженности симптомов интоксикации (фебрильная, через сутки – субфебрильная температура, отказ от еды); кратности стула (5 раз в сутки) и рвоты (2 раза в день); выраженности степени эксикоза (1 степень) – сухость слизистых оболочек.

3. Для подтверждения диагноза используют обнаружение РНК вируса в кале методом ПЦР или обнаружение антител в крови методами ИФА, РСК и др. реакции.

4. 1. Лечение в амбулаторных условиях.

2. Дробное питание с исключением молочных продуктов, овощей и фруктов.

3. Оральная регидратация – Регидрон (Оралит, Цитроглюкосолан) в комбинации с рисовым отваром, кипячёной водой, минеральной водой без газа, Хумана-Электролит и т.д.

4. Энтеросорбенты (Диоктаэдрический смектит 1 пакет 3 раза в день, курс 3–5 дней).

5. Ферменты.

6. Пробиотики (курс 7–10 дней).

5. 1. Специфическая профилактика – вакцинация против ротавирусного гастроэнтерита живой ослабленной оральной вакциной (в РФ в национальный прививочный календарь не входит).

2. Неспецифическая профилактика складывается из: изоляции больного; наблюдения за контактными в течение 7 дней (с осмотром, опросом, термометрией и контролем стула); раннее выявление, изоляция и лечение больных; соблюдение мер личной гигиены.

ОК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-5, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 21

Ребёнок 10 месяцев болен в течение 10 дней.

Эпиданамнез: контакт с братом, больным ОРВИ (кашель).

В 1 сутки отмечался подъём температуры до 37,2°C, затем температура не повышалась. С 1-го дня заболевания беспокоил сухой кашель. Лечились самостоятельно (таблетки от кашля, тёплое питье), несмотря на лечение, кашель стал чаще. На 5-й день болезни вызван врач-педиатр участковый, который заподозрил острый бронхит (был назначен Бромгексин, Азитромицин). Самочувствие ребёнка не страдало, аппетит сохранён. Несмотря на проводимую терапию, состояние ухудшилось, на 7-й день болезни кашель приобрел приступообразный характер. Во время кашля ребёнок краснел, высовывал язык, приступ заканчивался отхождением вязкой мокроты. В сутки отмечено около 10 таких приступов, 2 раза после кашля отмечалась рвота. За последние 3 дня приступы участились до 18 в сутки.

При осмотре лицо ребёнка одутловатое. Слизистые полости рта – розовые, чистые. Носовое дыхание свободное. ЧД - 30 в минуту, ЧСС - 116 в минуту. При аускультации дыхание жёсткое, выслушиваются сухие рассеянные хрипы в лёгких. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены.

Общий анализ крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты - $4,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $18,0 \times 10^9/л$; палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 14%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 73%, моноциты - 6%; СОЭ – 3 мм/час.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Методы верификации этиологического фактора заболевания.
4. Составьте план лечения.
5. Назовите методы профилактики заболевания.

Эталон ответа к задаче № 21

1. Коклюш, период спазматического кашля, средней степени тяжести.
2. Диагноз «коклюш» установлен на основании жалоб на приступообразный кашель; данных эпидемиологического анамнеза (контакт с больным с кашлем); данных анамнеза заболевания (постепенное начало, отсутствие симптомов интоксикации, наличие приступов кашля до 18 эпизодов в сутки с покраснением лица, отхождением вязкой мокроты после приступа, наличие рвоты после приступа, изменения в ОАК: лейкоцитоз, лимфоцитоз).

Период заболевания установлен на основании наличия приступов спазматического кашля.

Степень тяжести установлена на основании количества приступов за сутки.

3. 1. Бактериологическое исследование смывов из ротоглотки на выделение *B.pertusis*.

2. Серологический метод - определение IgM и IgG антител *B.pertusis*.

4. Госпитализация, учитывая ранний возраст.

Охранительный режим с уменьшением отрицательных нагрузок, прогулки на свежем воздухе.

Диета в соответствии с возрастом, дробное кормление.

Этиотропная терапия – антибиотик из группы макролидов, учитывая чувствительность возбудителя; предпочтение отдаётся пероральным средствам.

При приступе – увлажнённый кислород.

Противокашлевое средство центрального действия.

При апное – кортикостероиды.

5. Изоляция больного на 28 дней.

Карантин на 14 дней.

Активная иммунизация вакциной АКДС: вакцинация – 3 мес., 4,5 мес.; 6 мес.; ревакцинация в 18 месяцев.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 22

Девочка 5 лет заболела остро, после возвращения из детского сада. Родители отметили вялость, недомогание, снижение аппетита. Поднялась температура тела до 38,0°C. На фоне приема жаропонижающего препарата температура снизилась до нормальных цифр. Вечером, укладывая ребенка спать, мама отметила появление сыпи на волосистой части головы, лице. На следующий день ребенок оставлен дома, сохранялись вялость, снижение аппетита, утром вновь отмечен подъем температуры тела до 38,2°C. Увеличилось количество элементов сыпи. Приглашен врач-педиатр участковый.

Анамнез жизни ребенка не отягощен. Вакцинация проведена в соответствии с Национальным календарем.

Эпиданамнез: две недели назад ребенок гостил у бабушки, у которой отмечались везикулезные высыпания в межребериях, по ходу ребер, резко болезненные.

Осмотр: состояние ребенка средней тяжести. Девочка вялая, капризная, жалуется на кожный зуд. На коже волосистой части головы, лица, туловища, конечностей сыпь в виде пятен, папул, везикул диаметром до 5 мм. Везикулы однокамерные, с прозрачным содержимым и венчиком гиперемии. Единичные везикулы имеются на слизистой полости рта, половых органов. Других изменений по органам и системам нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Определите клинические показания к госпитализации.
4. Какое лечение нужно назначить данному пациенту в амбулаторных условиях?
5. Перечислите противоэпидемические мероприятия в группе детского сада.

Эталон ответа к задаче № 22

1. Ветряная оспа, типичная, среднетяжелая форма.
2. Диагноз «ветряная оспа» поставлен на основании типичной клинической картины заболевания: острого начала, фебрильной лихорадки, данных объективного осмотра (везикулезная сыпь с элементами ложного полиморфизма), наличие подсыпаний, сопровождающихся подъёмом температуры тела). Средняя степень тяжести: лихорадка до 39 °C, элементы сыпи на слизистых оболочках.

3. Закрытые детские учреждения, неблагоприятная эпидемиологическая обстановка.

Тяжелая форма ветряной оспы.

При осложнениях - ветряночный энцефалит (церебеллит); присоединение вторичной бактериальной инфекции.

4. Полупостельный режим на период лихорадки. Обильное питье. Гигиенические ванны со слабозеленым раствором марганцевокислого калия.

Обработка элементов сыпи растворами антисептиков: анилиновые красители (раствор бриллиантовой зелени). Этиотропная терапия: Ацикловир по 0,2 г 5 раз в сутки per os в течение 5 дней.

Симптоматическая терапия: орошение зева растворами антисептиков; жаропонижающие препараты.

Для снятия зуда – антигистаминные препараты или смазывание элементов сыпи лосьоном «Каламин».

5. Проветривание помещений, смена белья.

Разобщение контактных с 11 по 21 день.

Наблюдение за контактными детьми в течение 21 дня с момента изоляции больного.

Проведение вакцинации контактным, не болевшим ранее ветряной оспой и не привитым от данной инфекции, живой ослабленной вакциной против ветряной оспы в течение 96 часов после контакта.

ОК-4, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-9

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 23

Девочка 5 лет заболела с подъёма температуры тела до 38°C, кашля, насморка. Через три дня температура - 39,2°C, катаральные явления усилились. Беспокоил сухой кашель с болью за грудиной, сильный насморк, появились яркая гиперемия конъюнктив, светобоязнь, отёчность век. На 4-й день болезни лихорадила 39,5°C, на лице за ушами появилась пятнисто-папулезная сыпь, к вечеру сыпь распространилась на все лицо. На следующий день мама заметила распространение сыпи на кожу туловища, затем – на конечностях. Сыпь яркая, с течением заболевания становится крупнее, местами сливается. Кожный зуд не беспокоит.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Опишите вероятные изменения на слизистой полости рта и ротоглотки на 1-2 день болезни у пациента.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.
5. Назовите меры профилактики данного заболевания.

Эталон ответа к задаче № 23

1. Корь, типичная форма.
2. Диагноз «корь, типичная форма», установлен на основании начала заболевания с катаральных явлений верхних дыхательных путей, появления яркой экзантемы на 4 день болезни, усиления кашля и конъюнктивита, характерной этапностью появления сыпи со склонностью к сливанию.
3. Гиперемия слизистой ротоглотки, энантема на мягком и твердом нёбе, симптом Бельского-Филатова-Коплика.
4. Могут появляться в любом периоде кори.
В основном связаны с присоединением вторичной микробной флоры: отит, кератит, синусит, ларингит, пневмония. Со стороны нервной системы, вызваны вирусом - менингоэнцефалит.
5. 1. Изоляция больного в мельцеровский бокс на весь катаральный период и до 5 дня с момента появления сыпи (при неосложнённом течении) и до 10 дня с момента появления сыпи при осложнении заболевания пневмонией. Это связано с «летучестью» вируса кори (возможностью распространения на большие расстояния с потоком воздуха).
2. Экстренное извещение в Роспотребнадзор (эпидотдел).
3. Разобщение контактных на 21 день от момента выявления заболевшего.
4. Вакцинопрофилактика - в 1 год и 6 лет ревакцинация. В данном случае - экстренная ревакцинация контактных детей в группе детского сада по эпидпоказаниям.

ОК-4, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 24

У девочки 5 лет при осмотре на коже была обнаружена экзантема с преимущественной локализацией на разгибательных поверхностях конечностей, спине, а также на лице, груди, ягодицах, где высыпания были более скудные. Элементы сыпи

размером до 5 мм, розового цвета, не возвышаются над уровнем кожи, не сливаются между собой.

При оценке объективного статуса врач-педиатр участковый отметил наличие мелкой розовой пятнисто-папулезной сыпи на лице, туловище, конечностях, на неизменном фоне кожи. Увеличение затылочных и заднешейных лимфоузлов до 0,7-1,0 см, немного болезненных при пальпации. Слизистая ротоглотки слабо гиперемирована, на мягком небе – несколько бледно-красных пятнышек. Слизистая щек – гладкая, блестящая. По внутренним органам патологии выявлено не было. Самочувствие ребёнка не страдало, хотя температура тела была 37,3°C.

Из перенесенных заболеваний отмечались ОРВИ 1 раз в год. Аллергологический анамнез не отягощен. Детскими инфекционными заболеваниями не болела, на диспансерном учете не состоит. По религиозным взглядам семьи девочка не вакцинировалась, иммуноглобулин никогда не вводился. Контакты с инфекционными больными в окружении ребенка отрицаются, в детском саду карантин нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Перечислите вероятные изменения в анализе периферической крови у пациентки.
4. Укажите сроки плановой вакцинации детей данного инфекционного заболевания в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.
5. Назначьте лечение пациентки. Каков прогноз при этой болезни? Для какой категории населения это заболевание представляет наибольшую опасность и почему?

Эталон ответа к задаче № 24

1. Краснуха, типичная, лёгкая форма.
 2. Диагноз «краснуха, типичная, лёгкой формы» установлен на основании отсутствия вакцинации против краснухи, субфебрильной температуры тела, удовлетворительного самочувствия, появления розовой пятнисто-папулезной сыпи на всей поверхности кожи в первый день болезни без предшествующих катаральных явлений, сгущения сыпи на разгибательных поверхностях конечностей и спине, умеренной гиперемии слизистой ротоглотки с энантемой, увеличения и болезненности затылочных и задне-шейных лимфоузлов.
 3. Нормоцитоз или лейкопения при относительном лимфо-моноцитозе, плазмцитоз.
 4. Вакцинация – в возрасте 1 года, ревакцинация – в возрасте 6 лет.
 5. Ребёнок изолируется в домашних условиях, медикаментозного лечения не требуется.
- Прогноз краснухи благоприятный.
Осложнения (краснушный энцефалит) – редко.
Опасность заболевания представляет для беременных женщин, не имеющих антител против вируса краснухи из-за тератогенного воздействия вируса на плод.

ОК-4, ОПК-9, ПК-5, ПК-8, ПК-9

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 25

У девочки 3 лет, посещающей детский сад, повысилась температура до 38,7°C, появилась боль в горле, однократная рвота. На второй день заболевания температура оставалась повышенной до 38,9°C, на теле появилась мелкоточечная сыпь.

Указаний на контакт с инфекционными больными дома и в детском саду нет.

При осмотре состояние средней степени тяжести, температура - 38,8°C. По всему телу и конечностям обильная мелкоточечная сыпь, отмечается сгущение сыпи в

естественных складках, внизу живота и на боковых поверхностях туловища. Слизистая зева ярко отграничено гиперемирована, миндалины увеличены, налеты в лакунах бело-желтые, обильные. Лимфатические узлы подчелюстные единичные, размером от 0,7 до 1,0 см, эластичные, болезненные. ЧД - 22 в минуту, ЧСС - 110 в минуту. При аускультации дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены.

Общий анализ крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты - $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $16,0 \times 10^9$ /л; палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 65%, эозинофилы - 5%, лимфоциты - 27%, моноциты - 6%; СОЭ – 23 мм/час.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте лечение. Обоснуйте свой выбор.
5. Назовите методы профилактики заболевания.

Эталон ответа к задаче № 25

1. Скарлатина, типичная, средней формы.
2. Диагноз «скарлатина, типичная форма» установлен на основании жалоб на повышение температуры, боль в горле, появление сыпи; данных анамнеза заболевания (острое начало, наличие симптомов интоксикации, наличие ангины, раннее появление мелкоточечной сыпи, изменения в ОАК: лейкоцитоз, нейтрофиллез со сдвигом влево, ускоренное СОЭ).

Степень тяжести установлена на основании степени выраженности интоксикации, степени повышения температуры, характера ангины, сыпи и изменений в общем анализе крови.

3. Пациенту рекомендовано: ОАК, ОАМ; биохимическое исследование крови (АСЛ-О, С-реактивный белок), бактериологическое исследование материала с миндалин на микрофлору; бактериологическое исследование слизи из зева и носа на дифтерию; ЭКГ; консультация врача-оториноларинголога.

4. Госпитализация в стационар.

Постельный режим на период лихорадки.

Диета в соответствии с возрастом, механически и термически щадящая.

Дезинтоксикационная терапия – обильное дробное питье.

Этиотропная терапия – антибиотик из группы пенициллинов, аминопенициллинов, ингибиторзащищенных пенициллинов, цефалоспоринов I-III поколения; предпочтение отдается пенициллинам.

Антигистаминные препараты.

Обработка полости рта растворами антисептиков.

Парацетамол или Ибупрофен – жаропонижающие при повышении температуры.

5. Изоляция больного на 10 дней.

Допускается в ДДУ через 12 дней после выписки.

Карантин на 7 дней.

Текущая дезинфекция в очаге.

ОК-4, ОПК-9, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 26

На приёме у врача-педиатра участкового мама с девочкой 9 лет с жалобами на сильные боли в горле, которые усиливаются при глотании, повышение температуры тела до $37,3^{\circ}\text{C}$, заложенность носа, выделения из носа слизистого характера.

Из анамнеза известно, что больна 2 дня. Не лечилась.

При осмотре: температура тела 37,3°C, ЧД – 24 в минуту, ЧСС – 82 ударов в минуту, переднешейные, подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 1,5 см, при пальпации безболезненные. Носовое дыхание затруднено, отделяемое из носа светлое слизистое. Яркая гиперемия небных миндалин с обеих сторон, небные миндалины отечные, увеличены в размере до III степени, в лакунах нет патологического содержимого. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения данного пациента.
5. Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз в данной ситуации.

Эталон ответа к задаче № 26

1. Двухсторонняя катаральная ангина. Острый ринит.
2. Диагноз «двухсторонняя катаральная ангина» установлен на основании жалоб больной на боли в горле, которые усиливаются при глотании, повышение температуры тела до 37,3 °С, объективных данных (температура тела 37,3 °С, яркая гиперемия небных миндалин с обеих сторон, небные миндалины отечные, увеличены в размере до 3 степени, в лакунах нет патологического содержимого).

Диагноз «острый ринит» установлен на основании жалоб больной: повышение температуры тела до 37,3 °С, заложенность носа, выделения из носа слизистого характера, анамнеза (болит 2 дня); объективных данных: температура тела 37,3 °С, носовое дыхание затруднено, отделяемое из носа светлое слизистое.

3. 1. Общий анализ крови для уточнения характера воспаления.
2. Мазок из глотки на микрофлору и её чувствительность к антибиотикам для выявления возбудителя, проведения дифференциальной диагностики (вирусная, бактериальная).
3. Экспресс-диагностика: метод флюоресцирующих антител для лабораторного подтверждения вирусной этиологии заболевания.
4. 1. Обильное тёплое, дробное питьё.
2. Механически, химически, термически щадящая диета.
3. Орошение зева растворами антисептиков.
4. Топические назальные деконгестанты для уменьшения отёка в полости носа и улучшения носового дыхания.
5. Лакунарная ангина, фолликулярная ангина, острый фарингит, дифтерия глотки, инфекционный мононуклеоз.

ОК-4, ОПК-4, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-9

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 27

Во время новогодних праздников к дежурному врачу-педиатру обратились родители девочки 5 лет с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, жидкий стул и позывы к акту дефекации.

Анамнез жизни: девочка изредка болеет простудными заболеваниями, привита по возрасту. На диспансерном учете не состоит.

Эпиданамнез: врач выяснил, что накануне девочка вместе с родителями ела салат, купленный в супермаркете. У обоих родителей ночью был жидкий стул.

Осмотр. Состояние ребенка средней тяжести. Температура тела - 38,1°C. Кожа чистая, влажная. Слизистая ротовой полости влажная, зев спокойный. Язык обложен желтоватым налетом. Патологии со стороны легких и сердечно-сосудистой системы не

выявлено. Живот втянут, сигмовидная кишка пальпируется в виде плотного тяжа, болезненная. Стул скудный, со слизью и зеленью, за прошедшее время был 5 раз.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте свой диагноз, укажите критерии тяжести.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте и обоснуйте план лечения у данного пациента.
5. Какие санитарно-эпидемиологические мероприятия должен осуществить врач-педиатр участковый?

Эталон ответа к задаче № 27

1. Острая кишечная инфекция (Шигеллёз?), лёгкой степени тяжести.
2. Диагноз сформулирован на основании острого начала, лихорадки, пальпации спазмированной сигмовидной кишки, стула колитного характера со слизью до 5 раз, эпиданамнеза (ели салат, купленный в супермаркете, подобная клиника у родителей). Тяжесть состояния обусловлена интоксикационным, диарейным и болевыми синдромами.
3. ОАК, ОАМ. Копроцитограмма.
Бактериологический анализ кала на кишечную группу.
РПГА при отрицательном бактериологическом анализе в парных сыворотках.
ПЦР на РНК/ДНК кишечных возбудителей.
4. Лечение амбулаторное. Диета: механически обработанная пища с исключением фруктов, овощей, острого, жирного, жаренного и экстрактивных веществ. Обильное дробное питьё.
Энтеросорбенты, Пробиотики.
Препараты нитрофуранового ряда на 5-7 дней.
Ферментные препараты и спазмолитики по показаниям.
5. Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении в эпидотдел Роспотребнадзора (уч. ф. №58).
Регистрация данного случая в журнале регистрации инфекционных заболеваний (уч. ф. №60-леч).
Медицинский контроль за контактными в течение 7 дней (ребёнка с дисфункцией кишечника необходимо изолировать и провести бактериологическое исследование кала).
В очаге проводят текущую дезинфекцию.

ОК-4, ОПК-9, ПК-5, ПК-6

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 28

Ребенок 6 лет после возвращения из детского сада пожаловался на недомогание, снижение аппетита. Вечером отмечался подъем температуры до 37,2°C, мама заметила на коже спины несколько пятен розового цвета. Утром температура была нормальной, и ребенок пошел в детский сад. Когда ребенка забирали из детского сада, обнаружили единичные пузырьки на коже лица и шеи, температура повысилась до 37,7°C.

При осмотре на 2-е сутки заболевания кожные покровы бледно-розовые, на коже лица, туловища, рук, волосистой части головы отмечаются везикулы на неинфильтрированном основании, окружены венчиком гиперемии, размером 0,2-0,5 см, пятна и папулы. Содержимое везикул прозрачное. Жалуется на зуд. В полости рта слизистые розовые, чистые. Носовое дыхание свободное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие осложнения возможны при данном инфекционном заболевании?
4. Назначьте лечение. Обоснуйте свой выбор.
5. Назовите сроки изоляции больного с данной инфекцией. Куда госпитализируются такие больные в случае необходимости?

Эталон ответа к задаче № 28

1. Ветряная оспа, типичная, лёгкой степени тяжести.
2. Диагноз «ветряная оспа, типичная». Поставлен на основании типичной клинической картины: острое начало заболевания с подъёма температуры, характерной сыпи (мелкие пятна, папулы, превращающиеся через несколько часов в везикулы с прозрачным содержимым на неинфильтрированном основании, размером 0,2-0,5 см, элементы не сливаются, ложный полиморфизм сыпи, характерное расположение сыпи - на лице, туловище, конечностях, волосистой части головы. Лёгкая степень на основании минимальных симптомов интоксикации (лихорадка до 38,5 °С), не обильные высыпания, отсутствие высыпаний на слизистых оболочках.
3. 1. Специфические осложнения, обусловленные непосредственным действием возбудителя: энцефалит, менингоэнцефалит, реже - миелиты.
2. В результате присоединения бактериальной инфекции (флегмона, абсцесс).
4. Лечение амбулаторно.
Режим постельный на период лихорадки.
Диета в соответствии с возрастом.
Обильное дробное питьё.
Этиотропная терапия – не показана.
Обработка элементов сыпи растворами анилиновых красителей.
Антигистаминные препараты при выраженном зуде.
Ежедневные гигиенические ванны со слабым раствором перманганата калия.
5. Срок изоляции – весь период высыпаний и 5 дней после последних высыпаний.
Госпитализация в боксированное отделение, мельцеровский бокс.

ОК-4, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 29

На вызове к больному: мальчик 5 лет с жалобами на сильный кашель до рвоты.

Из анамнеза: ребёнок от первой беременности, преждевременных родов при сроке 30 недель. На первом-втором году жизни часто болел, перенес ОРЗ 4-5 раз в год, кишечную инфекцию. Привит по индивидуальному календарю (вакцинация начата в 2 года, против дифтерии АДС). Посещает детский сад. Случаев инфекционных заболеваний в детском коллективе и дома за последние 21 день не зарегистрировано. Семья (родители и ребёнок) проживает в удовлетворительных бытовых условиях. Болен вторую неделю. Заболевание началось с редкого сухого кашля. Мама давала отхаркивающую микстуру, проводилось полоскание зева теплым отваром эвкалипта. Постепенно кашель становился более навязчивым, упорным, в последние 2 дня принял приступообразный характер. За сутки отмечается до 20 приступов кашля.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, вокруг орбит глаз, на лице единичные петехиальные элементы. Слизистая рта чистая, зев розовой окраски, миндалины умеренно выступают из-за дужек, чистые. Периферические л/у не увеличены. Приступ кашля возникает внезапно и состоит из серии кашлевых толчков, за которым следует свистящий вдох. Приступ сопровождается набуханием шейных вен, покраснением лица, высовыванием языка, заканчивается откашливанием вязкой, прозрачной мокроты, иногда рвотой. Дыхание через нос свободное. В лёгких дыхание жёсткое. Число дыханий 28 в минуту. Тоны сердца умеренно приглушены. Пульс

ритмичный. Частота сердечных сокращений 104 в минуту. Слизистая рта чистая, язвочка на уздечке языка. Живот мягкий безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул, со слов, регулярный, без патологических примесей.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 120 г/л, тромбоциты - $240,0 \times 10^9/л$, лейкоциты - $20,6 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 19%, лимфоциты - 72%, моноциты - 7%, СОЭ - 12 мм/час.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления этиологии заболевания? Какие результаты ожидаете получить?
4. Назначьте лечение больному ребенку, обоснуйте назначения.
5. Укажите противоэпидемические мероприятия в очаге, если известно, что ребенок в катаральном периоде (7 дней) посещал детский сад.

Эталон ответа к задаче № 29

1. Коклюш, типичное течение, средней степени тяжести, период спазматического кашля.

2. Диагноз «типичного течения коклюша» основан на жалобах пациента на сильный кашель до рвоты, данных анамнеза (отсутствие вакцинации против коклюша, заболевание началось с редкого, сухого кашля, который постепенно становился приступообразным, за сутки отмечается до 20 приступов кашля), данных осмотра (бледность кожи, петехиальные высыпания на лице и вокруг глаз, катаральных явлений нет, кашель приступообразный, с репризом, сопровождается набуханием шейных вен, покраснением лица, высовыванием языка, заканчивается откашливанием вязкой, прозрачной мокроты, в лёгких дыхание жёсткое, рассеянные сухие и средне-пузырчатые влажные хрипы, язвочка на уздечке языка), лабораторных данных (лейкоцитоз, лимфоцитоз, нормальное СОЭ).

Средняя степень тяжести определена на основании анамнеза и клиники (до 20 приступов кашля в сутки, кашель до рвоты, продолжительность катарального периода до 7 дней), лабораторных данных (лейкоцитоз до $20 \times 10^9/л$, лимфоцитоз – до 72%).

3. Посев слизи из носоглотки (выделение *Bordetella pertussis*); определение IgM, IgG, IgA-антител (в ИФА) к коклюшному токсину (выявление IgM и IgA-антител, (IgG-антитела появляются позже)) или РА антитела к *B. pertussis* (диагностический титр $>1:80$) или обнаружение специфического фрагмента генома *B. pertussis* методом ПЦР.

4. С учётом средней тяжести и гладкого течения заболевания лечение ребёнка можно организовать в домашних условиях.

Щадящий режим: снижение звуко-, световых раздражителей (для уменьшения провоцирующих приступы воздействий);

частое проветривание помещения, увлажнение воздуха (прохладный, влажный воздух, снижает активность бронхов, уменьшает число приступов и их тяжесть);

антибиотикотерапия: макролиды (Рокситромицин 5-8 мг/кг/сут., Мидекамицин 20-40 мг/кг/сут.) – (для санации дыхательных путей от возбудителя) на 5-7 дней;

противокашлевые препараты (Синекод) при неэффективности - кодеинсодержащие препараты, Седуксен, Пипольфен (для снижения возбудимости кашлевого центра).

5. Подать Экстренное извещение об инфекционном заболевании (ф.58/у) в отделение санитарного надзора.

Изолировать больного на 25 дней с момента заболевания (то есть еще 16 дней).

На группу в д/с накладывается карантин на 14 дней с момента изоляции больного (на не болевших ранее).

Ежедневное медицинское наблюдение за контактными детьми и взрослыми.

Однократное бак. обследование контактных (не болевших ранее).

Контактным детям в возрасте до одного года, не привитым против коклюша и не болевшим коклюшем, внутримышечно вводят Гамма-глобулин по 6 мл (по 3 мл через день).

Дезинфекция не проводится, проветривание и влажная уборка помещения.

ОК-4, ОПК-4, ОПК-8, ОПК-9, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 30

Повторный осмотр на дому девочки 4-х лет. Жалобы на боли в горле, головную боль, слабость

Из анамнеза: родилась от I нормально протекавшей беременности, нормальных родов. Росла и развивалась соответственно возрасту. Из перенесенных заболеваний: ОРВИ до 4 в год, ветряная оспа. До 3 лет отмечалась аллергическая реакция на цитрусовые, шоколад. Посещает детский сад.

Прививочный календарь: БЦЖ – 4 день жизни; гепатит В – 12 часов – 1 месяц – 6 месяцев; АКДС – 3 месяца – 4,5 месяца; полиомиелит – 3 месяца – 4,5 месяца; корь, краснуха, эпидемический паротит – 12 месяцев.

Контакт с инфекционным больным за последние 3 недели отрицает.

Заболела остро, появились боли в горле при глотании, температура тела повысилась до 37,4°C. Была осмотрена врачом-педиатром участковым, выявившим умеренную гиперемию зева. Было назначено полоскание зева раствором фурацилина и щелочные ингаляции.

Повторный осмотр на 3 день болезни объективно: состояние средней тяжести, температура – 37,5°C, отрицательная динамика клинических проявлений – вялая, бледная. Зев гиперемирован, на поверхности миндалин плотные пленки сероватого цвета, больше справа, не выходят за пределы миндалин. Пленка снимается с трудом, при попытке снять на миндалине появляется кровь. Подчелюстные лимфоузлы – 1,5 см уплотнены, безболезненны, подвижны, другие группы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, число дыханий 28 в минуту. Тоны сердца громкие, сокращения ритмичные, частота сердечных сокращений 110 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул, диурез - без патологии.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 128 г/л, тромбоциты - $310,0 \times 10^9/л$, лейкоциты - $16,6 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 59%, лимфоциты - 27%, моноциты - 6%, СОЭ - 20 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - желтый, уд. вес – 1,018; белок – нет, сахар – нет, эпителий – ед. в п/зр, лейкоциты – 2-3 в п/зр, эритроциты – 0-1 в п/зр, бактерии, слизь – нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Назначьте лечение больного.
5. Укажите противоэпидемические мероприятия, если известно, что ребенок посещал детский сад, семья состоит из 3 человек (мама, папа и сам ребенок).

Эталон ответа к задаче № 30

1. Локализованная дифтерия ротоглотки плёнчатая форма, лёгкое течение.
2. Диагноз «дифтерия» основан на данных анамнеза (нарушение вакцинации по дифтерии: отсутствует третье введение и ревакцинация в 18 месяцев, острое начало заболевания, постепенное развитие клиники с отрицательной динамикой: сначала катаральные изменения в зеве, на 3 день появление плёнок), данных осмотра (субфебрильная температура тела, вялая, бледная, зев гиперемирован, на поверхности

миндалин плотные с трудом снимающиеся плёнки сероватого цвета. При попытке снять плёнку на миндалине появляется кровь симптом «кровоавой росы», региональный лимфаденит), лабораторных данных (лейкоцитоз, нейтрофилёз, сдвиг формулы влево, ускоренное СОЭ).

Локализованная дифтерия выставлена на основании клинических данных: налёты в виде цельной плёнки не выходят за пределы миндалин.

3. Бактериоскопия мазков из зева, носа (выявление *Corynebacterium diptheriae*); посев материала из зева, носа на токсигенные коринебактерии дифтерии; реакция латекс-агглютинации на дифтерийный токсин;

По показаниям:

определение уровня (титра) антитоксических антител методом РПГА в парных сыворотках (нарастание титра более чем в 4 раза через 14 дней) или ИФА.

4. Госпитализация в боксовое отделение;

введение антитоксической противодифтерийной сыворотки (сыворотка противодифтерийная лошадиная очищенная концентрированная) 15-20 тыс. МЕ по Безредко;

антибиотики: макролиды (Рокситромицин – 5-8 мг/кг/сут., Азитромицин 10 мг/кг/сут.), или цефалоспорины (Цефалексин 25-50 мг/кг/сут.) 7 дней;

местное лечение – полоскание зева.

5. Госпитализация (изоляция больного);

подача экстренного извещения в СЭС;

заключительная дезинфекция.

Для контактных (дети и взрослые в саду, родители):

☐ карантин на 7 дней с ежедневным медицинским наблюдением;

☐ однократное исследование слизи из зева и носа на токсигенные коринебактерии

дифтерии;

☐ осмотр ЛОР-врача;

☐ химиопрофилактика (антибиотики макролиды или Бициллин);

☐ экстренная активная иммунизация в зависимости от вакцинального статуса:

☐ вакцинированным, получившим последнюю дозу Анатоксина более 5 лет назад,

вводят 1 дозу АДС-М;

не привитые: АДС-М двукратно с интервалом 45 дней.

ОК-4, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 31

Осмотрена на дому девочка 3 лет. Жалобы мамы на повышение температуры тела, слабость, отказ от еды, высыпания на коже.

Из анамнеза: ребёнок от II беременности, II срочных родов, росла и развивалась соответственно возрасту, привита по календарю. Из перенесённых заболеваний: кишечная инфекция, ОРЗ – до 3 раз в год, краснуха. Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными не установлен.

Больна 3 день, заболевание началось с повышения температуры тела до 38,0°C, необильного отделяемого из носа, покашливания. На 2-й день болезни на волосистой части головы, лице и туловище появились единичные пятнисто-папулезные элементы сыпи, некоторые из них к концу суток превратились в везикулы. На следующий день появились новые высыпания, сопровождающиеся выраженным кожным зудом.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 38,9°C, ребенок вялый. Кожные покровы бледные. На лице и волосистой части головы, туловище и конечностях отмечается обильная полиморфная сыпь: пятна, узелки, везикулы. Тоны сердца слегка приглушены, частота сердечных сокращений 120 в минуту. В лёгких аускультативно пуэрильное дыхание, хрипов нет. Число дыханий 30 в минуту. На слизистой твёрдого нёба

несколько поверхностных эрозий размером 2х3 мм. Живот мягкий, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1,5 см. Стул без патологических примесей. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Назначьте лечение.
5. Укажите противоэпидемические мероприятия в очаге. Существует ли активная иммунизация при этом заболевании?

Эталон ответа к задаче № 31

1. Основной: «ветряная оспа типичная форма, период высыпания, средней степени тяжести».

2. Диагноз «ветряная оспа» выставлен на основании жалоб на повышение температуры, слабость, высыпания на коже, данных анамнеза (не болел ветряной оспой ранее, постепенное развитие клиники, сначала повышение температуры, умеренные катаральные проявления, затем появление на волосистой части головы, лице и туловище единичных пятнисто-папулёзных элементов, которые затем превратились в везикулы, толчкообразное появление сыпи, наличие сильного зуда кожи), данных осмотра (гипертермия, «ложный» полиморфизм сыпи, наличие на слизистой твёрдого нёба нескольких поверхностных эрозий).

3. Общий анализ крови;
общий анализ мочи.

Типичная форма ветряной оспы не требует лабораторного подтверждения.

(при нетипичном течении, для подтверждения ветряной оспы применяют исследование мазков жидкости из везикул, окрашенных методом серебрения или иммунофлюоресцентный метод, определение Anti-VZV IgM.

4. При средне-тяжёлом течении ветряной оспы возможно лечение в амбулаторных условиях. Госпитализация показана при осложнённом и тяжёлом течении заболевания или эпидемиологическим показаниям;

жаропонижающие средства (Парацетамол 15 мг/кг, Ибупрофен 10 мг/кг);

Местная терапия:

- ☐ обработка везикул на коже 1% спиртовым раствором бриллиантового зелёного или 2-5% раствором перманганата калия;
- ☐ полоскание ротовой полости раствором Фурацилина или Риванола;
- ☐ обработка язвочек на слизистой ротовой полости 0,5% оксолиновой, 50% интерфероновой или 5% мазью Ацикловира. Ацикловир внутрь назначается при тяжёлом и осложнённом течении заболевания 20 мг/кг/сут в 4 приёма.

5. Подать экстренное извещение в СЭС.

Изолировать больного до 5 дня с момента появления последних свежих элементов сыпи (в среднем 10-12 дней).

На детей до 7 лет, бывших в контакте с больным и не болевших ранее этой инфекцией, накладывается карантин с 11 до 21 дня, считая с момента изоляции.

За контактными устанавливают медицинское наблюдение (опрос, осмотр, термометрия один раз в 5-6 дней).

Контактировавшим из группы риска (иммунодефицитные состояния, заболевания крови, не болевшим беременным) проводится пассивная иммунизация - специфический (Варицелло-зостерный иммуноглобулин) или нормальный (при возможности - с предварительным определением титра антител к VZV в препарате) Иммуноглобулин в течение 96 часов (предпочтительно в течение 72 часов) после вероятного контакта с больным ветряной оспой.

Активная иммунизация (вакцинация) против ветряной оспы проводится детям и взрослым, не имеющим медицинских противопоказаний к введению вакцины, в первые 72-96 часов после вероятного контакта с больным ветряной оспой.

Допуск реконвалесцентов ветряной оспы в коллектив разрешается после клинического выздоровления даже при наличии вторичных случаев ветряной оспы в очаге, но не ранее 5 дня со времени появления у реконвалесцента последнего свежего элемента сыпи. Врач-педиатр контролирует выполнение рекомендаций по срокам посещения врача-кардиолога, врача-кардиохирурга, приёму назначенных препаратов, соблюдению двигательного режима.

При отсутствии противопоказаний, через 6 месяцев после оперативного лечения ВПС начать вакцинацию по индивидуальному графику, в рамках национального календаря профилактических прививок.

ОК-4, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 32

Мальчик 6 лет заболел остро с подъема температуры тела до 38,6 °С, жалобы на боли в горле, недомогание. Мать самостоятельно дала ребенку нурофен и эргоферон, через час температура снизилась до 37,6 °С. На следующий день температура тела вновь повысилась до фебрильных цифр, сохранялись боли в горле, ребенок отказался от еды, предпочитал лежать. Мать вызвала участкового педиатра.

При осмотре больного состояние оценено как среднетяжелое. Носовое дыхание свободное. Кожный покров чистый, кожа горячая на ощупь, на щеках «румянец», глотание затруднено. Язык у корня обложен серым налетом. При фарингоскопии - небные миндалины гиперемизированы, увеличены, отечны. На миндалинах с обеих сторон имеются налеты островчатые, желтого цвета. Пальпируются увеличенные передне-верхне-шейные лимфатические узлы. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 80 уд/мин, ЧД 24/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул не было 2 дня, диурез достаточный.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок привит в соответствии с возрастом. С 3-х лет посещает детское образовательное учреждение, с этого же времени начал часто болеть респираторными инфекциями. Антибактериальную терапию (флемоксин солютаб) последний раз получал 6 месяцев назад. На фоне приема антибиотика отмечена аллергическая сыпь, купированная антигистаминными лекарственными средствами (супрастин) в течение 3-х дней. Других проблем в состоянии здоровья у ребенка не установлено. Семья социально благополучная. Ребенок в семье один.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз с обоснованием возможной этиологии.
2. Определите и обоснуйте показания для госпитализации.
3. Требуется ли пациенту дополнительное обследование? Обоснуйте.
4. Какие антибактериальные препараты должны быть назначены? Обоснуйте свой выбор. Доза и длительность назначения.
5. Каковы показания для выписки?

Эталон ответа к задаче № 32

1. Острый тонзиллофарингит, средне-тяжелая форма. Вероятнее всего, имеет место бактериальная (стрептококковая) этиология заболевания, так как возраст мальчика 6 лет, отсутствуют яркие катаральные симптомы, отмечается фебрильная лихорадка, несмотря на дачу жаропонижающих средств, выявлена яркая гиперемия слизистых зева, отмечается острая боль в горле, налеты на миндалинах.

2. Оснований для госпитализации нет, ввиду отсутствия клинических, социальных и эпидемиологических показаний. Госпитализации требуют дети в тяжелом состоянии,

требующие инфузионной терапии ввиду отказа от еды и жидкости; дети первого года жизни; дети с тяжёлыми сопутствующими соматическими заболеваниями и иммунодефицитными состояниями. Кроме того, госпитализируются дети, находящиеся в закрытых детских образовательных учреждениях, в случае невозможности организовать уход и лечение в домашних условиях, дети из многодетных семей.

3. Клинический анализ крови в остром периоде позволяет выявить воспалительные изменения, в том числе, указывающие на бактериальную инфекцию.

Пациенту требуется обследование в экспресс-тесте на БГСА для решения вопроса о назначении антибактериального препарата, так как в отношении вирусных тонзиллитов антибактериальная терапия не эффективна.

4. Наличие в анамнезе аллергической реакции на Амоксициллин определяет показания к стартовому лечению данного больного цефалоспорином I-II поколения (Цефалексин 50-70 мг/кг/сутки) или Цефутоксим аксетил 40-60 мг/кг/сутки, поскольку случаи перекрёстной аллергии пенициллинов и цефалоспоринов достаточно редки. Длительность лечения 10 дней.

5. Нормализация температуры тела, общего самочувствия, отсутствие налётов в зеве. Перед выпиской ребёнку необходимо сделать исследование общего анализа периферической крови, общего анализа мочи и, по показаниям, ЭКГ, для исключения возможных осложнений.

ОК-4, ОПК-4, ОПК-8, ПК-5, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 33

Ребенок 2,5 лет заболел остро вчера с подъёма температуры до 37,6 °С, появления насморка и редкого сухого кашля. В семье у отца ребенка в течение 3-х дней отмечаются респираторные симптомы (кашель, насморк). Мать ввела ребенку виферон в свечах и вызвала врача-педиатра участкового. При осмотре врачом-педиатром участковым состояние ребёнка оценено как среднетяжёлое, температура тела 38,0 °С, активен, аппетит не нарушен, кожные покровы чистые, физиологической окраски. Из носа обильное прозрачное жидкое отделяемое, отмечается редкий сухой кашель, склерит, умеренная гиперемия конъюнктив. В зеве умеренная гиперемия слизистых оболочек, миндалины за дужками без налётов, задняя стенка глотки зернистая, стекает прозрачная слизь. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Стул и диурез не изменены. Из анамнеза жизни известно, что преморбидный фон не отягощён. Привит ребёнок по возрасту. Два дня назад сделана прививка против гриппа (гриппол плюс). Болеет редко. Семья благополучная. Есть старший ребенок 5 лет, в настоящее время здоров, ходит в детский коллектив.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз. Связано ли данное заболевание с вакцинацией против гриппа?
2. Определите и обоснуйте показания для госпитализации.
3. Требуется ли пациенту дополнительное обследование? Обоснуйте свое решение.
4. Назначьте необходимое лечение и обоснуйте его.
5. При каком условии необходим повторный осмотр ребенка?

Эталон ответа к задаче № 33

1. Диагноз «острый назофарингит, среднетяжёлая форма». Вакцинальный период вакцинации против гриппа.

Острый назофарингит диагностируется при остро возникших насморке и/или кашле, при этом исключают грипп и поражения другой локализации. В семье есть случай заболевания взрослого (отец) респираторной инфекцией.

Данное заболевание не связано с вакцинацией против гриппа, имеет место вакцинация против гриппа на фоне инкубационного периода острого назофарингита.

2. Оснований для госпитализации нет, ввиду отсутствия клинических, социальных и эпидемиологических показаний. Клиническими показаниями для госпитализации являются осложнения, которые у данного пациента отсутствуют.

3. Пациенту не требуется дополнительное обследование, так как отсутствуют клинические признаки бактериальной инфекции, требующие проведения общего анализа периферической крови для определения показаний к назначению антибактериальной терапии.

4. Лечение острого назофарингита средней степени тяжести включает режимные моменты, этиотропную и симптоматическую терапию.

В квартире необходимо поддерживать температуру не более 21 °С, обеспечить достаточную влажность воздуха (увлажнители), что обеспечивает снижение сухости слизистых оболочек и предотвращение возможности достаточного образования и выведения мокроты.

Мать с первого дня болезни применяет для лечения ребёнка Виферон (интерферон-альфа-2b), в качестве этиотропной терапии данный препарат можно продолжить до 5 дней, так как противовирусные препараты уменьшают длительность лихорадки на 1-2 дня, что улучшает качество жизни больного.

В качестве симптоматической терапии возможно назначение антипиретиков только при температуре тела выше 39 °С, так как у ребёнка не отягощён преморбидный фон, в качестве антипиретика в этом случае допустимо назначение препаратов из группы парацетамола или ибупрофена. В момент осмотра врачом-педиатром необходимо ребёнка раздеть и обтереть тканью, смоченной водой 25-30 °С.

Элиминационная терапия - введение в нос физиологического раствора 2-3 раза в день, что обеспечивает удаление слизи и восстановление работы мерцательного эпителия.

Деконгестанты - коротким курсом до 2-3 дней для обеспечения борьбы с заложенностью носа.

Ингаляции физиологического раствора для перевода кашля из сухого во влажный.

5. Повторный осмотр необходим при сохранении температуры более 3 дней или ухудшении состояния для исключения бактериального осложнения заболевания и решения вопроса о коррекции терапии или необходимости госпитализации.

ОК-4, ОПК-8, ПК-5, ПК-8, ПК-9

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 34

Мальчик 3 лет. Жалобы на повышение температуры до 38°C, шумное дыхание, беспокойство, «лающий» кашель.

Из анамнеза заболевания известно, что мальчик болен третий день. Заболевание началось с повышения температуры до 37,8°C, появился сухой кашель, который на следующий день стал грубым, лающим, с болью за грудиной, голос осип. К врачу не обращались, мама подавала парацетамол, поила тёплым чаем. Состояние мальчика не улучшалось, на 3 день болезни появилось шумное дыхание. Мама вызвала скорую помощь.

Анамнез жизни: мальчик от I нормально протекавшей беременности и родов. Родился в срок с массой 3800 г, ростом 52 см. Из роддома выписан на 5 сутки. Находился на грудном вскармливании до 8 месяцев. В развитии от сверстников не отстаёт, посещает детский сад в течение 4 месяцев, за это время переболел 4 раза ОРВИ с высокой

температурой и длительным насморком. В анамнезе периодически высыпания на лице и ягодичной области.

Осмотр: состояние средней степени тяжести, температура 38°C. Мальчик вяловат. Кожные покровы бледные, чистые, цианоз носогубного треугольника. Пальпируются переднешейные и заднешейные лимфоузлы до 0,5 см, подвижные, безболезненные, мягко-эластической консистенции. В зеве отмечается лёгкая гиперемия дужек, задней стенки глотки, миндалин, налётов нет. ЧДД – 34 в минуту, инспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры (втяжение в эпигастральной области, яремной ямке, межреберных промежутков) на высоте вдоха. В лёгких дыхание жёсткое с удлинённым вдохом, хрипов нет. Перкуторный звук ясный лёгочный. Тоны сердца ритмичные, чуть приглушены, ЧСС – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Паренхиматозные органы не увеличены. Стул и диурез в норме.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями надо провести дифференциальную диагностику?
3. Назовите дополнительные методы диагностики.
4. Ваша тактика и догоспитальная помощь. Показаны ли антибиотики данному ребёнку?
5. Когда может быть показана антибактериальная терапия при схожей симптоматике и другой респираторной патологии?

Эталон ответа к задаче № 34

1. ОРВИ, острый стенозирующий ларинготрахеит, средней степени тяжести. Стеноз II степени.

У ребёнка ОРВИ проявляется в виде стенозирующего ларинготрахеита, так как имеется шумное дыхание, беспокойство, грубый, «лающий» кашель, с болью за грудиной, осипший голос, объективно - шумный вдох и одышка инспираторного характера с участием вспомогательной мускулатуры (втяжение в эпигастральной области, яремной ямке, в межрёберных промежутках) на высоте вдоха, в лёгких жёсткое дыхание с удлинённым вдохом, цианоз. Стеноз II степени (субкомпенсированный), так как одышка в покое, вяловат, умеренное увеличение ЧДД до 50% от возрастной нормы. Пульс учащён, в сознании.

2. Инородные тела гортани: внезапное начало на фоне еды, игры, отсутствие катаральных явлений.

Дифтерия гортани: постепенное стадийное начало, отсутствие эффекта от лечения, афония, налёты в зеве.

Папилломатоз гортани: неэффективность терапии.

Эпиглоттит (в этиологии: гемофильная палочка, стафилококк): характерно: острое начало, температура 39-40 °С, интоксикация, дисфагия, слюнотечение, голос не изменён, кашля нет. Общее тяжёлое состояние, тяжёлое дыхание.

Аллергический отёк гортани: отягощённый аллергоанамнез, катаральных явлений нет, интоксикация отсутствует, резкое внезапное начало на фоне полного здоровья, часто в дневное время, часто сочетается с отёком глаз.

Бактериальный трахеит: острый воспалительный процесс в трахее, сопровождающийся скоплением гнойной мокроты в подсвязочном пространстве; на фоне ОРВИ состояние ухудшается, нарастает дыхательная недостаточность, навязчивый кашель, резко выражены симптомы интоксикации.

3. Вирусология.

Мазок из зева на дифтерию.

При ухудшении состояния - ларингоскопия и газы крови: парциальное давление CO₂ и O₂.

4. Госпитализация в инфекционное отделение.

Пульсоксиметрия, кислородотерапия при показателе O₂ менее 95%.

Ингаляции через небулайзер суспензии Будесонида в дозе 500-1000 мкг на одну ингаляцию, введение Дексаметазона в дозе 0,6 мг/кг в/м или Преднизолона 2,5 мг /кг под контролем уровня АД. Ингаляции Эпинефрина по 0,5 мл/кг (раствор 1 мг/мл) в 3 мл физ. раствора каждые 15-20 минут не более трёх раз. Через 30 минут при отсутствии эффекта ингаляцию суспензии Будесонида повторить в той же дозе.

Сосудосуживающие капли в нос.

Антибиотики данному ребёнку не показаны.

5. Антибактериальная терапия показана при эпиглоттите, дифтерийном крупе, бактериальном трахеите, другой респираторной патологии - средний отит, острый бактериальный риносинусит, острый аденоидит, острый тонзиллит, вызванный БСГА (бетагемолитическим стрептококком группы А), пневмония. А также при следующих клинических показаниях:

- ☐ при сохранении фебрильной температуры более трёх дней;
- ☐ асимметрия хрипов;
- ☐ лейкоцитозе $> 15 \times 10^9/\text{л}$ и/или нейтрофилёзе более 10 тыс./мкл, уровень СРБ более 30 мг/мл, прокальцитонин более 2 нг/мл;
- ☐ инфекции, вызванной внутриклеточными возбудителями (хламидии, микоплазмы);
- ☐ затяжной характер (> 2 недель) заболевания;
- ☐ при выраженных признаках интоксикации (вялость, сонливость, потеря аппетита, рвота) более трёх дней;
- ☐ при наличии обильной гнойной мокроты в сочетании с интоксикацией;
- ☐ недоношенным детям, детям раннего возраста (до 6 месяцев) с низкими показателями здоровья;
- ☐ при неблагоприятном преморбидном фоне (пороки).

ОК-4, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 35

Ребёнка 6 лет в течение трёх последних дней беспокоят кашель, насморк, повышение температуры до 39°C. Мать заметила подкожные кровоизлияния на коже груди, конечностях, дважды было носовое кровотечение. Анамнез: мальчик из детского сада, где регистрируются массовые заболевания гриппом.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 132 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – $3,2 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 28%, лимфоциты - 62%, моноциты - 2%, тромбоциты – 180 000; СОЭ – 5 мм/ч. Время свёртывания крови – начало - 6 минут, конец – 8 минут.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1020, белок – нет, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий – 1-2 в поле зрения. Копрограмма: детрит – значительное количество, лейкоциты – нет, эритроциты – нет.

Иммунофлюоресценция: выявлены РНК-содержащие вирусы.

Серологические реакции: РСК с диагностикумом к вирусу гриппа В – 1/32, через две недели – РСК - 1/164.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Эталон ответа к задаче № 35

1. Грипп В. Типичный. Тяжёлой степени тяжести. Геморрагический синдром.
2. Диагноз «грипп В» поставлен на основании данных анамнеза: заболевание началось с синдрома интоксикации (повышение температуры до 39 °С), катарального синдрома (кашель, насморк) с присоединением геморрагического синдрома (носовые кровотечения, подкожные кровоизлияния); данных эпидемиологического анамнеза – в детском саду массовые заболевания гриппом; на основании результатов анализов: в ОАК – лейкопения, лимфоцитоз, замедлено время свёртывания крови; в РСК методом парных сывороток – нарастание титра антител к вирусу гриппа в 5 раз. Критериями степени тяжести является выраженность синдрома интоксикации, наличие геморрагического синдрома.
3. 1. Госпитализация в инфекционную больницу.
2. Обильное тёплое питье.
3. Диета по возрасту механически, химически, термически щадящая.
4. Этиотропное лечение: Осельтамивир 45 мг 2 раза в сутки 5 дней или Умифеновир 100 мг 4 раза в сутки 5 дней.
5. Патогенетическая терапия: дезинтоксикация (глюкозо-солевые растворы внутривенно капельно с учётом физиологической потребности в жидкости и потерь на интоксикацию).
6. Витамин С 100 мг 2 раза в сутки.
7. Симптоматическая терапия: капли в нос – по показаниям – сосудосуживающие препараты (Називин, Назол-беби и др.).
8. При повышении температуры выше 38,5 °С – Ибупрофен 10 мг/кг (с интервалом 8 часов) или Парацетамол 15 мг/кг (с интервалом 4–6 часов).
- Лечение геморрагического синдрома:
 1. Свежезамороженная плазма 10 мл/кг внутривенно капельно.
 2. Аминокапроновая кислота.
 3. Этамзилат.
4. 1. Вакцинопрофилактика – Ваксигрипп, Гриппол плюс, Инфлювак, Ультрикс. Ослабленным детям и детям первого года жизни – иммуноглобулин человеческий нормальный 2 дозы (3,0 мл) в/м, однократно.
2. Неспецифическая профилактика – препараты интерферона (Альфа-интерферон интраназально).
5. 1. Госпитализация:

По клиническим показаниям: все больные с тяжёлыми и осложнёнными формами; дети до 3 лет в состоянии средней тяжести.

По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых коллективов (школы-интернаты, санатории, дома ребёнка).
2. Мероприятия в очаге инфекции: заключительная дезинфекция не проводится. Осуществляется частое проветривание помещений, влажная уборка.
3. Мероприятия в отношении контактных лиц: изоляция и обследование не проводится. В период подъёма заболеваемости проводят мероприятия по ограничению общения (отмена массовых мероприятий и т.д.).
4. Допуск в коллектив: по выздоровлению.

ОК-4, ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 36

Девочка 9 лет, со слов мамы, жалуется на быструю утомляемость, головокружение, чувство тяжести в правом подреберье, периодически приступообразные боли в животе, желтушность кожи и склер.

Объективный статус.

При осмотре: кожа и склеры желтушные, на лице и на груди несколько элементов сыпи – телеангиоэктазии. Живот увеличен в объёме, печень + 3,0 см от края рёберной дуги, селезёнка + 2,0 см. Печень плотная, край закруглён.

Моча тёмного цвета. Кал обесцвечен.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 92 г/л, эритроциты – $2,8 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,8; лейкоциты – $12,3 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 52%, лимфоциты - 36%, моноциты - 2%, СОЭ – 5 мм/ч.

Общий анализ мочи: желчные пигменты – положительные +++, уробилин +.

Копрограмма: кал обесцвечен, стеркобилин – отриц., жирные кислоты ++, лейкоциты – 0-1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: билирубин общий – 96 мкмоль/л, прямой – 74 мкмоль/л, непрямой – 22 мкмоль/л, общий белок – 68 г/л, альбумины – 32 г/л, глобулины – 36 г/л, щелочная фосфатаза – 38,4 Ед/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, сулемовая проба – 1,0 мл, тимоловая проба – 14 ед., АлАТ – 128 Ед/л, АсАТ 200 Ед/л.

Иммуноферментный анализ крови: обнаружены HBsAg, анти HBsAg класса IgG и IgM, анти HCV.

УЗИ печени: увеличение обеих долей, повышение эхосигналов диффузного характера.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Эталон ответа к задаче № 36

1. Хронический гепатит В, обострение, гепатит С. Гипохромная анемия.

2. Диагноз «гепатит» поставлен на основании астено-вегетативного, болевого, желтушного, гепатолиенального синдромов; лабораторно: наличие желчных пигментов в моче, в кале – отсутствие стеркобилина, жирные кислоты +++, в биохимическом анализе крови – гипербилирубинемия за счёт прямой фракции, повышение активности Алт и Аст в 3 раза, снижение сулемовой пробы, повышением тимоловой пробы. Хронический – на основании объективных данных: наличия телеангиоэктазий, печень плотная, край закруглён. Лабораторно – выявлены маркеры обострения хронического гепатита В (HBsAg, анти HBsAg IgM и IgG) и антитела к HCV. Обнаружение антител к вирусу гепатита С требует уточнения активности процесса, необходимо определить РНК HCV.

3. 1. Госпитализация в инфекционную больницу.
2. Щадящая диета для пищеварительного тракта с исключением экстраактивных веществ. Обильное тёплое питьё.
3. Этиотропное лечение препаратами интерферонового ряда.
4. Симптоматическая терапия.
4. Специфическая профилактика осуществляется генно-инженерной вакциной. Вакцинацию начинают в роддоме (1 сутки), R1 – 1 месяц, R2 – 6 месяцев. Дети, рождённые от HBsAg-позитивных матерей, вакцинируются по схеме 0-1-2-12 и подлежат диспансерному наблюдению врачом-педиатром по месту жительства в течение года с обязательным исследованием крови на HbsAg в возрасте 2, 3, 6 и 12 месяцев, активность АлАТ в 3 и 6 месяцев. Снятие с учёта – при наличии 5 отрицательных анализов крови на HbsAg. Профилактика гепатита С – только неспецифическая.
5. Подача экстренного извещения не позднее 12 часов с момента выявления больного. Госпитализация больного. Изоляция контактных – не проводится. Мероприятия

в очаге инфекции: текущая дезинфекция, заключительная дезинфекция – не проводится. Мероприятия в отношении контактных лиц: осуществляется медицинский осмотр (для уточнения источника инфицирования) и наблюдение за контактными в течение 6 месяцев.

ОК-4, ОПК-8, ОПК-9, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 37

Ребёнок М. 8 месяцев поступил в стационар с приёма в поликлинике с жалобами, со слов мамы, на одышку, мучительный кашель, беспокойство. При осмотре ребенка отмечается цианоз носогубного треугольника. Ребёнок беспокоен, плачет, бледный.

Анамнез: ребёнок болен в течение недели, стал кашлять, температура не повышалась. В последние 2 дня кашель участился, особенно в ночное время, стал приступообразным. Во время приступа лицо краснеет, затруднён вдох во время приступа кашля. Приступ заканчивается отхождением густой, вязкой мокроты. За сутки отмечается до 15 приступов кашля. Родители ребёнка с рождения отказывались от вакцинации.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 126 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,9; лейкоциты – $33,0 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 28%, лимфоциты – 66%, моноциты – 2%; СОЭ – 7 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1018, белок – нет, эпителий плоский – 2-3 в поле зрения, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – нет.

Иммуноферментный анализ крови: обнаружены IgM АТ к *Bordetella pertussis*.

R-графия органов грудной клетки – усиление бронхо-сосудистого рисунка, повышенная воздушность лёгочной ткани, очаговых теней нет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Эталон ответа к задаче № 37

1. Коклюш. Типичный. Период спазматического кашля. Средней степени тяжести. Серологически подтверждённый.

2. Диагноз «коклюш» поставлен на основании данных анамнеза – постепенное начало заболевания с катарального синдрома с усилением кашля, который стал носить приступообразный характер преимущественно в ночные часы, а также с учётом результатов анализов – в ОАК – гиперлейкоцитоз, лимфоцитоз, методом ИФА IgM АТ к возбудителю коклюша, на рентгенограмме – повышенная воздушность лёгочной ткани и усиление лёгочного рисунка.

3. 1. Госпитализация в боксированное отделение.

2. Обильное тёплое питьё.

3. Этиотропное лечение: антибиотикотерапия – макролиды и защищённые аминопенициллины.

4. Патогенетическая терапия: в периоде приступообразного кашля – препараты, подавляющие кашель (Синекод, Тусупрекс, Либексин), вплоть до кодеинсодержащих. В периоде появления мокроты – муколитики, отхаркивающие препараты.

4. Специфическая профилактика проводится вакциной АКДС (возможно Пентаксим и Инфанрикс) в 3, 4, 5 и 6 месяцев жизни с последующей ревакцинацией в 18 месяцев.

5. Подача экстренного извещения не позднее 12 часов после выявления больного. Госпитализация. По клиническим показаниям: госпитализируются дети раннего возраста,

среднетяжёлые и тяжёлые формы коклюша. По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых детских учреждений, а также при отсутствии возможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства больного. Изоляция контактных: дети первых 7 лет, контактировавшие с больным, подлежат изоляции на 14 дней; на группу ДДУ накладывается карантин на 14 дней. Дети старше 7 лет разобщению не подлежат. Мероприятия в очаге инфекции: текущая и заключительная дезинфекция не проводятся. Осуществляется влажная уборка, проветривание и кварцевание помещений. Мероприятия в отношении контактных лиц: контактировавшие с больным дети и взрослые обследуются на коклюш бактериологически двухкратно с интервалом в 1–2 дня. Дети с упорным кашлем (в течение 5–7 дней) изолируются на дому и обследуются в поликлинике (двухкратно). Условия выписки: по выздоровлению. Допуск в коллектив: по выздоровлению, но не ранее, чем через 25 дней от начала заболевания. Если кашель прекратился раньше, то ребёнка можно принять в ДДУ при наличии двух отрицательных бак. анализов на коклюш. Бактерионосителей коклюшной палочки изолируют и допускают в коллектив при наличии двух отрицательных бак. анализов, но не ранее, чем через 14 дней после первичного выделения возбудителя.

ОК-4, ОПК-4, ОПК-9, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 38

У ребёнка 6 лет, со слов мамы, повышение температуры, вялость, недомогание, кожные высыпания, кашель.

Анамнез: ребёнок болен около недели, когда впервые повысилась температура до 38,5°C и появились катаральные явления: насморк, кашель, которые ежедневно нарастали; кашель стал грубым, хриплым; из носа обильное серозное отделяемое; развился конъюнктивит. При осмотре: обращает на себя внимание фебрильная лихорадка, одутловатость лица, веки слегка гиперемированы, припухшие, слезотечение, светобоязнь, серозные выделения из носа. На слизистой оболочке мягкого нёба видны красные неправильной формы пятна. На коже лица, в заушных областях, на туловище и конечностях - розовая сыпь пятнисто-папулёзного характера.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 126 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,9; лейкоциты – $3,0 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 34%, лимфоциты - 60%, моноциты - 2%; СОЭ – 17 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1018, белок – нет, эпителий плоский – 2-3 в поле зрения, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – нет.

Р-графия органов грудной клетки – усиление бронхо-сосудистого рисунка, очаговых теней нет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Эталон ответа к задаче № 38

1. Корь. Типичная. Средней степени тяжести.
2. Диагноз «корь» поставлен на основании данных анамнеза: заболевание началось с синдрома интоксикации (повышение температуры до 38,5 °C), катарального синдрома (кашель, насморк), сохраняющихся в течение 4–5 дней, с присоединением явлений конъюнктивита, синдрома экзантемы (пятнисто-папулёзные высыпания на лице и в заушных областях и туловище); на основании результатов анализов: в ОАК – лейкопения,

лимфоцитоз. Критериями степени тяжести является выраженность синдрома интоксикации и экзантемы.

3. 1. Госпитализация в боксированное отделение.

2. Обильное тёплое питьё.

3. Молочно-растительная диета.

4. Симптоматическая терапия: дезинтоксикация, антигистаминные и антипиретические препараты, сосудосуживающие капли в нос при необходимости.

5. Глазные капли – Офальмоферон.

4. Специфическая профилактика: осуществляется живой коревой вакциной в 12 месяцев и 6 лет. Постэкспозиционная профилактика: детей, старше 12 месяцев, не болевших и не привитых ранее, немедленно (не позднее 5 дней от момента контакта) привить. Детям в возрасте от 3 до 12 месяцев вводят человеческий иммуноглобулин (3 мл – 2 дозы).

5. Подача экстренного извещения не позднее 12 часов после выявления больного. Госпитализация: По клиническим показаниям: госпитализируются дети раннего возраста, больные со среднетяжёлыми и тяжёлыми формами заболевания. По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых детских учреждений, а также при отсутствии возможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства больного. Изоляция контактных: не проводится. Мероприятия в очаге инфекции: дезинфекция не проводится. Осуществляется частое проветривание помещений, влажная уборка. Мероприятия в отношении контактных лиц: разобщению и медицинскому наблюдению подлежат дети дошкольного возраста, не болевшие и не вакцинированные против кори, в течение 17 дней; дети, получавшие по контакту Иммуноглобулин, в течение 21 дня. На ДДУ накладывается карантин на 21 день с момента изоляции больного. Контактные дети не переводятся в другие группы. В детские учреждения можно принимать детей, переболевших корью и привитых. Условия выписки: по выздоровлению. Допуск в коллектив: не ранее 5 дня с момента появления сыпи при гладком течении заболевания, при осложнённых формах – через 10 дней.

ОК-4, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 39

Ребёнок 5 лет поступил с жалобами, со слов мамы, на повышение температуры, заложенность носа, боли в горле.

Анамнез: болен 2-й день, наблюдаются катаральные явления (насморк, чихание, кашель) и покраснение глаз, отёчность век.

При осмотре: температура 38,9°C, в зеве разлитая гиперемия, на задней стенке глотки зернистость, миндалины увеличены, налётов нет. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфоузлы в диаметре до 1,5 см, мягкоэластичные. В легких: аускультативно – жёсткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, тахикардия. Физиологические отправления в норме.

Результаты анализов:

Общий анализ крови: гемоглобин – 112 г/л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,9; лейкоциты – $3,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 2%; сегментоядерные нейтрофилы - 38%, лимфоциты - 47%, моноциты - 13%; СОЭ – 6 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – жёлтый, белок – следы, удельный вес – 1020, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения, цилиндры – 1-2 в поле зрения.

Вирусологическое исследование: из носоглотки выделен аденовирус.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Эталон ответа к задаче № 39

1. Аденовирусная инфекция. Типичная. Средней степени тяжести.

2. Диагноз «аденовирусная инфекция» поставлен на основании данных анамнеза: заболевание началось с синдрома интоксикации (повышение температуры до 38,9 °С), катарального синдрома (заложенность носа, боли в горле), синдрома лимфаденопатии (пальпируются подчелюстные и шейные лимфоузлы в диаметре до 1,5 см, мягкоэластичные, не спаяны); данных вирусологического обследования. На основании результатов анализов: в ОАК – лейкопения, лимфо- и моноцитоз; Критериями степени тяжести является выраженность синдромов интоксикации, катарального и лимфаденопатии.

3. 1. Обильное тёплое питьё.
2. Молочно-растительная диета.
3. Глазные капли – Офтальмоферрон.
4. Местно – полоскание зева антисептиками.
5. Симптоматическая терапия по показаниям – сосудосуживающие капли в нос, при повышении температуры выше 38,5 °С – антипиретики.
4. Специфическая профилактика не разработана.

5. Госпитализация: По клиническим показаниям: госпитализируются дети раннего возраста, больные со среднетяжёлыми и тяжёлыми формами заболевания. По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых детских учреждений, а также при отсутствии возможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства больного. Изоляция контактных: не проводится. Мероприятия в очаге инфекции: дезинфекция не проводится. Осуществляется частое проветривание помещений, влажная уборка. Карантин не накладывается. Условия выписки: по выздоровлению.

ОК-4, ОПК-8, ОПК-9, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 40

Ребёнок 4-х лет заболел остро, появились кашель, заложенность носа, повысилась температура до 38,0°С. Врач-педиатр участковый обнаружил увеличение шейных и подчелюстных лимфатических узлов, гепатоспленомегалию.

Объективные данные: масса - 16 кг, рост - 108 см. При осмотре увеличены шейные и подчелюстные лимфатические узлы в виде пакетов с двух сторон, спаянные с подлежащей тканью, в зеве яркая гиперемия, на миндалинах беловато-сероватые налёты, плохо снимаются, не растираются шпателем, при снятии их поверхность кровоточит. Дыхание затруднено, храпящее. Печень + 5 см. Селезёнка + 3 см.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 115 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – $11,2 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 24%, лимфоциты - 57%, моноциты - 11%, СОЭ – 16 мм/ч; 20% лимфоцитов – атипичные мононуклеары.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1019, белок – нет, эпителий плоский – 2-3 в поле зрения, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты – нет.

Бак. исследование мазка из носоглотки на дифтерийную палочку: не обнаружена.

Микроскопия мазка из ротоглотки: кокковая флора в виде цепочек.

Кровь на ИФА: определены антитела класса IgM к вирусу Эпштейн-Барра.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Эталон ответа к задаче № 40

1. Инфекционный мононуклеоз. Типичный. Средней степени тяжести. Серологически подтверждённый.

2. Диагноз «инфекционный мононуклеоз» поставлен на основании данных анамнеза и осмотра: заболевание началось с синдрома интоксикации (повышение температуры до 38 °С), лимфопролиферативного синдрома (увеличены шейные и подчелюстные лимфатические узлы в виде пакетов с двух сторон, спаянные с подлежащей тканью), гепатолиенального синдрома, наличия синдрома ангины (в зеве яркая гиперемия, на миндалинах беловато-сероватые налёты), затруднение носового дыхания; на основании результатов анализов: в ОАК – лимфо- и моноцитоз, атипичные мононуклеары – 20%; подтверждением диагноза является обнаружение антител класса IgM к вирусу Эпштейн-Барра.

Критериями степени тяжести является выраженность синдромов интоксикации, ангины и лимфаденопатии. Отрицательный мазок из зева на ВЛ исключает диагноз дифтерии зева.

3. 1. Госпитализация по показаниям в боксированное отделение.
2. Постельный режим.
3. Обильное тёплое питьё.
4. Термически и механически щадящая диета.
5. Противовирусная терапия.
6. С учётом присоединения бактериальной инфекции (при бак. исследовании мазка из ротоглотки – кокковая флора в виде цепочек) показано назначение антибиотикотерапии (за исключением препаратов ампициллинового ряда).

7. Симптоматическая терапия – по показаниям антипиретики, сосудосуживающие препараты и местная обработка полости рта антисептиками.

4. Специфическая профилактика не разработана.

5. Подача экстренного извещения не позднее 12 часов после выявления больного.

Госпитализация: по клиническим показаниям:

1. Все больные с тяжёлыми и осложнёнными формами.
2. Дети до 3 лет в состоянии средней тяжести.

По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых коллективов (школы-интернаты, санатории, дом ребёнка).

Изоляция контактных: не проводится.

Мероприятия в очаге инфекции: дезинфекция не проводится. Осуществляется частое проветривание помещений, влажная уборка.

Мероприятия в отношении контактных лиц: разобщение детей не проводится, карантин не накладывается.

Условия выписки: сроки выписки из стационара и восстановление трудоспособности, а у детей – посещение ДДУ и школы, определяются клиническими показаниями (нормализация температуры тела, исчезновение налётов на миндалинах, сокращение размеров печени и селезёнки). Сохранение полиаденопатии и мононуклеаров в крови не являются противопоказанием к выписке из стационара.

Допуск в коллектив: по выздоровлению.

ОК-4, ОПК-4, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 41

Ребёнок 3-х лет заболел остро, появились кашель, насморк, повысилась температура до 38,0°C. Вызванный врач-педиатр участковый обнаружил увеличение шейных и подчелюстных лимфатических узлов, гепатоспленомегалию.

Анамнез: со слов мамы, повышение температуры отмечается в течение недели с постепенным нарастанием. Объективный статус: рост – 104 см, вес – 18 кг, увеличены шейные, подчелюстные лимфоузлы в виде пакетов с двух сторон, не спаяны с подлежащей тканью, в зеве – яркая гиперемия. Печень + 5,0 см. Селезёнка +3,0 см.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 115 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – $11,2 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные нейтрофилы - 32%, лимфоциты - 49%, моноциты - 6%; СОЭ – 16 мм/ч; 20% лимфоцитов – атипичные мононуклеары.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1021, белок – нет, эпителий плоский – 0-1 в поле зрения, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – нет.

Обнаружена ДНК ЦМВ в моче и слюне. Кровь на ИФА: анти-ЦМВ класса IgM.

Бак. исследование мазка из носоглотки на дифтерийную палочку: не обнаружена.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Эталон ответа к задаче № 41

1. Цитомегаловирусный мононуклеоз, средней тяжести. ИФА и ПЦР подтверждённый.

2. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза и осмотра: заболевание началось с синдрома интоксикации (повышение температуры до 38 °C), заложенность носа, лимфопролиферативного синдрома (увеличены шейные и подчелюстные лимфатические узлы в виде пакетов с двух сторон, неспаянные с подлежащей тканью), гепатолиенального синдрома, наличия синдрома ангины, обнаружения антител класса IgM к цитомегаловирусу и обнаружения ДНК вируса в слюне и моче; на основании результатов анализов: в ОАК – лимфо- и моноцитоз, атипичные мононуклеары – 20%. Отрицательный мазок из зева на ВЛ исключает диагноз дифтерии зева. Критериями степени тяжести является выраженность синдромов интоксикации, ангины и лимфаденопатии, гепатоспленомегалии.

3. 1. Госпитализация в боксированное отделение.
2. Постельный режим.
3. Обильное тёплое питьё.
4. Термически и механически щадящая диета.
5. Этиотропное лечение: противовирусная терапия (Ацикловир).
6. Симптоматическая терапия – по показаниям антипиретики, сосудосуживающие препараты, местно – полоскание зева растворами антисептиков.
4. Специфическая профилактика не разработана.
5. Подача экстренного извещения не позднее 12 часов после выявления больного.

Госпитализация: по клиническим показаниям:

1. Все больные с тяжёлыми и осложнёнными формами.
2. Дети до 3 лет в состоянии средней тяжести.

Изоляция контактных: не проводится.

Мероприятия в очаге инфекции: дезинфекция не проводится. Осуществляется частое проветривание помещений, влажная уборка.

Мероприятия в отношении контактных лиц: разобщение детей не проводится, карантин не накладывается. Посещение ДДУ и школы определяется клиническими показаниями (нормализация температуры тела, исчезновение налётов на миндалинах, сокращение размеров печени и селезёнки). Сохранение полиаденопатии и мононуклеаров в крови не являются противопоказанием к выписке из стационара. Допуск в коллектив: по выздоровлению.

ОК-4, ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 42

Девочка 5 лет заболела тяжелой ангиной. Назначено лечение Амоксиклавом, взят мазок из зева и носа на коринебактерии дифтерии. Эпидемиологический анамнез: ребенок из группы часто болеющих, не вакцинирована.

Объективный статус при осмотре – бледная, вялая, температура 37,2°C, ЧДД - 30 в минуту; АД - 80/50 мм рт. ст. Пленчатые наложения выходят за пределы миндалин, отмечается отек шейной клетчатки до середины шеи. Из рта приторно-сладковатый запах. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2,0 см от края реберной дуги, безболезненная. Мочится регулярно. Масса - 19 кг.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – $14,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные - 53%, лимфоциты - 28%, моноциты - 7%, СОЭ - 38 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, удельный вес – 1018, белка нет, эпителий пл. – 2-3 в поле зрения.

Получены результаты бак. посева отделяемого из носа и ротоглотки: выделена токсигенная коринебактерия дифтерии тип *gravis*.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Эталон ответа к задаче № 42

1. Дифтерия ротоглотки, типичная, токсическая форма, 1 степени.
2. Диагноз «дифтерия ротоглотки» поставлен на основании данных анамнеза и осмотра: заболевание началось с синдрома интоксикации (повышение температуры до 38 °C) и синдрома ангины (боли в горле, гиперемия зева, миндалины отёчные с плёнчатыми наложениями, выходящими за пределы миндалин, отёком шейной клетчатки, выделением коринебактерии дифтерии).

Критериями токсической формы являются отёк подкожно-жировой клетчатки, выраженность синдромов интоксикации, наличие осложнения. Осложнение – миокардит – на основании жалоб (рвота, слабость, сердцебиение, одышка), объективных данных (расширение границ относительной сердечной тупости, тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, увеличение печени), результатов анализов (ЭКГ: низкий вольтаж зубцов, нарушение проводимости, атриовентрикулярная блокада 1 степени, ФКГ: систолический шум, занимает всю систолу, ЭХО КС: снижение сократительной способности миокарда).

3. 1. Госпитализация в инфекционную больницу.
2. Строгий постельный режим.

3. Этиотропное лечение: ведение противодифтерийной антитоксической сыворотки.

4. Патогенетическая терапия: дезинтоксикация (Реополиглюкин и глюкозо-солевые растворы в соотношении коллоидов и кристаллоидов 1:2 внутривенно капельно с учётом физиологической потребности в жидкости и потерь на интоксикацию).

5. Гормонотерапия (Преднизолон 1–2 мг/кг.).

6. Местно: полоскание зева антисептиками.

4. Специфическая профилактика осуществляется вакцинацией АКДС-вакциной (АДС анатоксином) в 3, 4, 5 и 6 месяцев, R1 – в 18 месяцев, R2 – в 7 лет (АДС-м), R3 – в 14 лет (АДС-м). Взрослые ревакцинируются каждые 10 лет (АДС-м) до 56-летнего возраста. Постэкспозиционная профилактика: не привитые ранее дети и взрослые подлежат немедленной иммунизации.

5. Подача экстренного извещения не позднее 12 часов после выявления больного.

Госпитализация: все формы заболевания, включая носительство токсигенных коринебактерий.

Изоляция контактных: не проводится.

Мероприятия в очаге инфекции: проводится текущая и заключительная дезинфекция.

Мероприятия в отношении контактных лиц: при выявлении больного дифтерией в детском учреждении устанавливается карантин на 7 дней. Все контактные, в том числе персонал, одномоментно обследуются на носительство дифтерийной палочки и наблюдаются в течение 7 дней с ежедневной термометрией.

Всех детей осматривает врач-оториноларинголог. При выявлении в очаге носителей токсигенных коринебактерий, все контактные обследуются еще раз и так до получения у всего отрицательного результата. Выявленные носители токсигенных коринебактерий изолируются и лечатся в стационаре.

Условия выписки: больные, перенёвшие дифтерию, выписываются после клинического выздоровления и двух отрицательных бак. анализов, взятых с интервалом в 1–2 дня, но не ранее чем через 3 дня после отмены антибиотиков.

ОК-4, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 43

Ребёнок С. 3 лет болен третий день, заболел остро, стал беспокоить кашель, насморк, температура повысилась до 37,2°C. Развился приступ затруднённого дыхания.

При осмотре врачом-педиатром участковым состояние оценено как тяжёлое за счёт дыхательной недостаточности. Одышка с затруднением вдоха при беспокойстве. Кашель лающий, ребёнок беспокойный, голос осипший. Наблюдается втяжение межрёберных промежутков, ярёмной ямки, цианоз носогубного треугольника. Масса ребёнка - 15 кг, ЧДД - 52 в минуту, ЧСС - 101 в минуту.

Мать ребёнка от госпитализации отказалась.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 122 г/л, эритроциты – $4,7 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,8, лейкоциты – $4,3 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 34%, лимфоциты - 57%, моноциты - 5%, СОЭ - 5 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1015, белок – нет, лейкоциты – 0-1 в поле зрения.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки - усиление сосудистого рисунка.

Вирусологическое исследование: выделен вирус парагриппа типа 3 из носоглоточного смыва.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Эталон ответа к задаче № 43

1. Парагрипп, тяжёлая форма. Острый стенозирующий ларинготрахеит, стеноз гортани II степени.

2. Диагноз «парагрипп» поставлен на основании данных анамнеза: острое начало заболевания с катарального синдрома (кашель, насморк), интоксикации (повышение температуры до 37,2 °С), поражение гортани с развитием стенозирующего ларингита (осиплость голоса, «лающий» кашель, шумное стридозное дыхание) и стеноза гортани 2 степени (инспираторная одышка с ЧД 52 в минуту, втяжением межрёберных промежутков, яремной ямки, цианозом носогубного треугольника в покое, ребёнок беспокойный), а также на основании результатов анализов: в ОАК – лейкопения, лимфоцитоз, РСК с диагностикумом вируса парагриппа типа 3 методом парных сывороток – нарастание титра антител в 4 раза, вирусологически: выделен вирус парагриппа типа 3 из носоглоточного смыва.

3. 1. Ингаляции через небулайзер с Пульмикортом и Беродуалом, щелочные ингаляции.

2. Обильное тёплое щелочное питьё.

3. Термически и механически щадящая диета.

4. Антигистаминные препараты.

5. При присоединении бактериальных осложнений – антибиотикотерапия.

4. Специфическая профилактика не разработана.

5. Информация в ЦГСЭН: не подаётся.

Госпитализация: по клиническим показаниям: госпитализируются дети раннего возраста, больные со среднетяжёлыми и тяжёлыми формами заболевания.

По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых детских учреждений, а также при отсутствии возможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства больного.

Изоляция контактных: не проводится.

Мероприятия в очаге инфекции: дезинфекция не проводится. Осуществляется частое проветривание помещений, влажная уборка.

Мероприятия в отношении контактных лиц: обследование не проводится. Медицинское наблюдение за контактными 7 дней с обязательной термометрией 2 раза в день. Условия выписки: по выздоровлению.

Допуск в коллектив: по выздоровлению.

ОК-4, ОПК-9, ПК-5, ПК-8, ПК-11

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 44

Ребёнок М. 10 месяцев поступил с жалобами на слабость, вялость, снижение аппетита, рвоту 4 раза в сутки, жидкий обильный стул 10 раз в сутки, потерю массы тела, повышение температуры до 39°С. Анамнез жизни: ребёнок на искусственном вскармливании с рождения, из группы часто болеющих детей, с 2-х месяцев беспокоили запоры. Анамнез заболевания: настоящее заболевание началось 5 дней назад, когда на фоне субфебрильной температуры и снижения аппетита участился стул, который в течение 2-3 дней стал водянистым, «брызжущим», отмечается вздутие живота. Родители самостоятельно сдали анализы в лабораторию.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 91 г/л, эритроциты – $3,63 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,75; гематокрит – 41%, лейкоциты – $16,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 53%, лимфоциты – 30%, моноциты – 8%, СОЭ – 10 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1016, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, белок – нет, эритроциты – нет, эпителий плоский – 3-4 в поле зрения.

Копрограмма: жёлтый, жидкий, крахмал – зёрна, нейтральный жир – в большом количестве. Бактериологическое исследование кала: выделена энтеропатогенная кишечная палочка – O111.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Эталон ответа к задаче № 44

1. Энтеропатогенный эшерихиоз (бактериологически подтверждённый ЭПКП – O111), типичный, средней тяжести. Острый гастроэнтерит. Гипохромная анемия I степени тяжести.

2. Диагноз «энтеропатогенный эшерихиоз» поставлен на основании жалоб и данных анамнеза: постепенное начало заболевания с кишечного синдрома (водянистый стул, брызжущий, с неперевавшими частицами пищи), интоксикации (повышение температуры до 39 °C), результатов анализов: в ОАК – нейтрофильный лейкоцитоз, со сдвигом формулы влево, в копрограмме: амило- и стеаторея, при бактериологическом исследовании кала: выделена ЭПКП – O111. Критериями степени тяжести является выраженность кишечного синдрома и интоксикации. Гипохромная анемия I ст. на основании показателей анализа крови – гемоглобин – 96 г/л, ЦП – 0,75.

3. 1. Госпитализация в инфекционную больницу.

2. Оральная регидратация.

3. Дробное питание с уменьшением суточного количества пищи на 20% в остром периоде с исключением фруктов и овощей.

4. Этиотропное лечение: цефалоспорины II–III поколения внутримышечно. 5. Дезинтоксикационная терапия: глюкозо-солевые растворы внутривенно капельно с учётом физиологической потребности в жидкости и потерь на диарею и интоксикацию.

6. Энтеросорбенты: Диоктаэдрический смектит по 1/3 пакета 3 раза в сутки. 7. Ферменты: Панкреатин (Креон) 10 тыс. ЕД по 1/3 капсулы 3 раза во время еды.

8. При повышении температуры выше 38,5 °C – Ибупрофен 10 мг/кг (интервал 8 часов) или Парацетамол 15 мг/кг (интервал не менее 4 часов). 7. Биопрепараты (бифидум-, лактобактерии).

4. Специфическая и неспецифическая профилактика – не регламентирована. Постэкспозиционная профилактика: детям, подвергшимся риску заражения в очаге, а также лицам, посещающим неблагополучные по эшерихиозу регионы, может быть проведён курс антибиотикотерапии.

5. 1. Информация в Роспотребнадзор (эпидотдел) – экстренное извещение в течение 12 часов после выявления больного.

2. Госпитализация. По клиническим показаниям: все тяжёлые и среднетяжёлые формы у детей до года, с отягощённым преморбидным фоном; острый эшерихиоз у резко ослабленных и отягощённых сопутствующими заболеваниями лиц.

По эпидемиологическим показаниям: невозможность соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства больного; работники пищевых

предприятий и лица к ним приравненные, подлежат госпитализации во всех случаях, когда требуется уточнение диагноза.

3. Мероприятия в отношении контактных лиц: за контактными осуществляется медицинское наблюдение в течение 7 дней. Контактные дети обследуются 3-кратно бактериологически. Изоляция контактных – не проводится. Карантин не накладывается.

4. Мероприятия в очаге инфекции: проводится текущая и заключительная дезинфекция.

5. Допуск в коллектив – с тремя отрицательными бак. посевами на эшерихиоз.

ОК-4, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 45

Пациент □ ребёнок 1,5 месяцев. Мать жалуется на желтушное окрашивание кожи ребёнка, отказ от груди.

Анамнез заболевания: болен в течение трёх дней. У матери ребёнка во время беременности был выявлен HBs-антиген. В родильном доме ребёнок получил прививку БЦЖ.

Объективный статус.

При осмотре: состояние тяжёлое, рвота кофейной гущей, выражена желтушность кожи и склер, геморрагическая сыпь на коже живота и туловища, сознание спутанное. Печень +1 см. Селезёнка не пальпируется. Стул обесцвечен. Моча интенсивно прокрашивает пелёнку.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 96 г/л, эритроциты – $3,7 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,8, лейкоциты – $12,3 \times 10^9/л$, эозинофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 44%, лимфоциты - 37%, моноциты - 9%, СОЭ – 2 мм/ч.

Анализ мочи: цвет тёмный, удельный вес – 1018, желчные пигменты +++, уробилин +.

Анализ кала: стеркобилин – отрицательно.

В крови HBsAg – положительный.

Биохимический анализ крови: билирубин общий – 158 мкмоль/л, прямой – 70 мкмоль/л, непрямой – 88 мкмоль/л, общий белок – 58 г/л, альбумин – 46%, АлАТ – 219 ЕД/л, АсАТ - 230 ЕД/л.

Коагулограмма: протромбиновый индекс - 12%.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Эталон ответа к задаче № 45

1. Злокачественная форма вирусного гепатита В (перинатальная передача).
2. Диагноз «фульминантная форма вирусного гепатита В» поставлен на основании клинических данных: синдрома интоксикации – ребёнок вялый, отказывается от груди, сознание спутанное; рвота кофейной гущей и геморрагии на коже; синдрома желтухи – выражена желтушность кожи и склер, стул обесцвечен, моча интенсивно тёмного цвета; гепатомегалии – печень увеличена незначительно; а также результатов анализов: в биохимическом анализе крови – гипербилирубинемия за счёт прямой и непрямой фракции при относительно невысоком повышении уровня трансаминаз, гипоальбуминемия, желчные пигменты в моче +++; отсутствие стеркобилина в кале; обнаружение HBsAg в

крови. С учётом возраста ребёнка (1,5 месяца) и анамнеза – обнаружение HBsAg в крови у матери во время беременности, отсутствие вакцинации от гепатита «В» в роддоме – предполагается перинатальная передача вируса гепатита В.

3. 1. Госпитализация в реанимационное отделение инфекционной больницы.
2. Дробное кормление.
3. Виферон 150 тыс. по 1 свече 1 раз ректально.
4. Детоксикация: инфузия глюкозо-солевых растворов и коллоидов (5% раствор альбумина 10 мл/кг, реополиглюкин) в соотношении кристаллоидов и коллоидов как 3:1.
5. Преднизолон до 10 мг/кг.
6. Ингибиторы протеолиза (контрикал, гордокс).
7. Энтеросорбенты.
8. Переливание свежзамороженной плазмы 10 мл/кг.
9. Экстракорпоральные методы детоксикации (плазмаферез, гемосорбция).
10. Под контролем антикоагулянты под контролем МНО.

4. 1. Обследование беременных на HBsAg в 1 и 3 триместрах беременности.

2. Беременные с хроническим гепатитом В (ГВ) подлежат наблюдению в областных (городских) перинатальных центрах, специализированных отделениях (палатах) роддомов с обеспечением строгого противоэпидемического режима.

3. Новорожденным, родившимся от матерей-носителей HBsAg, больных ГВ или перенёсших ГВ в третьем триместре беременности, вакцинация против ГВ проводится в соответствии с национальным календарём профилактических прививок по схеме 0-1-2-12.

4. Все дети, родившиеся от женщин с вирусным ГВ и ХГВ и носителей ВГВ, подлежат диспансерному наблюдению врачом-педиатром совместно с врачом-инфекционистом в детской поликлинике по месту жительства в течение одного года с биохимическим определением активности АлАТ и исследованием на HBsAg в 3, 6 и 12 месяцев.

5. С целью предупреждения заражения ОГВ от беременных женщин-«носителей» HBsAg, а также больных ХГВ в женских консультациях, родильных домах проводятся: маркировка обменной карты, направлений к специалистам, в лабораторию, процедурный кабинет, пробирок с кровью, взятой для анализа.

Подача экстренного извещения не позднее 12 часов с момента выявления больного.

Мероприятия в очаге инфекции: текущая дезинфекция проводится. Заключительная дезинфекция – не проводится.

Мероприятия в отношении контактных лиц:

1. Разобщение не проводится. Осуществляется медицинское наблюдение за контактными (дети и персонал в границах очага) в течение 6 месяцев с врачебным осмотром детей сразу после изоляции больного, а затем ежемесячно.

2. Эпидемиолог решает вопрос об обследовании детей и персонала в границах очага на наличие HBsAg и активность АлАТ сразу после регистрации больного. Обследование осуществляет территориальная поликлиника при консультации эпидемиолога.

3. Приём в группу детей, перенёсших в период карантина какие-либо заболевания, осуществляется при предъявлении справки о состоянии здоровья и отрицательного результата обследования на HBsAg и активности АлАТ.

4. Эпидемиолог совместно с врачом учреждения решает вопрос о проведении вакцинации против ГВ.

5. В детских учреждениях (особенно закрытого типа) усиливают контроль за индивидуальным использованием предметов личной гигиены (зубные щётки, полотенца, носовые платки и др.).

Допуск в коллектив: по выздоровлению, без дополнительного обследования.

ОК-4, ОПК-4, ОПК-8, ПК-5, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 46

Девочку М. 2 лет 7 месяцев, со слов мамы, беспокоят боли в животе, коленных суставах, высокая температура, тошнота, рвота 1-2 раза в сутки.

Анамнез: у ребёнка жидкий стул до 3-6 раз за сутки в течение недели, заболевание связывают с приёмом в пищу салата из капусты. Родители к врачу не обращались, лечились самостоятельно народными средствами, сдали анализы.

При осмотре врача-педиатра участкового: температура 38,7°C, вялая, беспокойная, не может встать на ножки, масса - 19 кг, АД - 90/60 мм рт. ст., ЧДД - 28 в минуту, ЧСС - 104 в минуту. Кожные покровы бледные. Пальпаторно отмечается урчание и умеренная болезненность в правой подвздошной области, печень +2,0 см, селезёнка у края рёберной дуги. По другим органам без патологии.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 104 г/л, эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – $16,8 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 56%, лимфоциты – 27%, моноциты – 8%, СОЭ – 42 мм/ч.

Общий анализ мочи: белок – не обнаружен, лейкоциты – 8-10 в поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения, цилиндры – 0-1 в поле зрения.

Копрограмма: энтероколит: детрит в большом количестве, крахмал, нейтральный жир – значительное количество, слизь – значительное количество, лейкоциты – 20-30 в поле зрения, эпителий плоский – 6-8 в поле зрения.

РПГА с иерсиниозным диагностикумом в титре 1:800 ++.

Бактериологическое исследование кала - посев роста не дал.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Эталон ответа к задаче № 46

1. Кишечный иерсиниоз, типичный, средней степени тяжести, желудочно-кишечная форма. Серологически подтверждённый. Анемия лёгкой степени тяжести. Нормохромная.

2. Диагноз «иерсиниоз» поставлен на основании объективных данных и анамнеза: острое начало заболевания с кишечного синдрома (в течение недели у ребёнка жидкий стул 3–6 раз в сутки, пальпаторно – урчание и умеренная болезненность в правой подвздошной области), синдрома интоксикации (повышение температуры до 38,7 °С, вялость, слабость), суставного синдрома в виде артралгий, на фоне усиления синдрома интоксикации; умеренный гепатолиенальный синдром; связь заболевания с приёмом в пищу салата из капусты; а также на основании результатов анализов: в ОАК – нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускорена СОЭ до 42 мм/час; в копрограмме – признаки воспаления (слизь +++; лейкоциты 20–30 в поле зрения, амило- и стеаторея), подтверждением диагноза являются данные РПГА с иерсиниозным диагностикумом – обнаружены антитела в титре 1:800+++. Желудочно-кишечная форма – так как ведущим по тяжести является поражение ЖКТ. Нормохромная анемия I ст. на основании показателей крови – гемоглобин 104 г/л, ЦП - 0,9.

3. 1. Госпитализация в инфекционную больницу.
2. Оральная регидратация.
3. Дробное питание с исключением растительной, молочной пищи и экстрактивных веществ.

4. Этиотропное лечение: антибиотикотерапия – цефалоспорины 3 поколения (Цефтриаксон 50 мг/кг/сутки) или аминогликозиды – амикацин 10-15 мг/кг/сут.

5. Патогенетическая терапия: дезинтоксикация (глюкозо-солевые растворы внутривенно капельно с учётом физиологической потребности в жидкости и потерь на интоксикацию).

6. Энтеросорбенты – Лактофильтрум, Полисорб, диоктаэдрический смектит и др.

7. Антигистаминные препараты.

8. При повышении температуры выше 38,5 °С – Ибупрофен 10 мг/кг (интервал 8 часов) или Парацетамол 15 мг/кг (интервал не менее 4 часов).

4. 1. Организация правильного хранения продуктов питания.

2. Бактериологический контроль за продуктами питания (салаты, винегреты, фрукты и др.).

3. Систематическая дератизация.

4. Специфическая профилактика не разработана.

5. 1. Подача экстренного извещения не позднее 12 часов после выявления больного.

2. Госпитализация: по клиническим показаниям: все больные с тяжёлыми и осложнёнными формами, дети до 3 лет в состоянии средней тяжести.

По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых коллективов (школы-интернаты, санатории, дом ребёнка).

3. Мероприятия в отношении контактных лиц: разобщение детей не проводится, карантин не накладывается. Изоляция контактных: не проводится.

4. Мероприятия в очаге инфекции: текущая дезинфекция: осуществляется частое проветривание помещений, влажная уборка, заключительная дезинфекция проводится после госпитализации больного.

5. Допуск в коллектив: по выздоровлению.

ОК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 47

Ребенок 3 лет 10 месяцев заболел остро, поднялась температура до 39,5°С. Стал беспокойным, отказался от еды, через несколько часов появилась сыпь.

Анамнез: мама ребенка неделю назад перенесла ангину.

При осмотре: температура 38,5°С. Глаза блестящие, лицо яркое, слегка отечное, «пылающие» щеки, бледный носогубный треугольник. На коже лица, боковых поверхностях туловища, конечностях - розовая мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне, более насыщенная в естественных складках. Стойкий белый дермографизм. Увеличение тонзиллярных и переднешейных лимфоузлов до 1,0 см. Яркая, отграниченная гиперемия зева. На небных миндалинах, в лакунах беловато-желтый налет с двух сторон, легко снимается. Язык густо обложен белым налетом с рельефно выступающими, набухшими сосочками. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, умеренная тахикардия. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,0 см, селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание не нарушены. Очаговой, менингеальной симптоматики нет.

Стрептотест - положительный.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назначьте план лечения.

4. Перечислите возможные осложнения заболевания. Как проводится диспансеризация детей, перенесших такое заболевание?

5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Эталон ответа к задаче № 47

1. Скарлатина, типичная форма.
2. Диагноз «скарлатина» поставлен на основании типичной клинической картины заболевания: острое начало с синдрома интоксикации, присоединения синдрома ангины (на миндалинах определяется налёт беловато-жёлтого цвета с двух сторон) и экзантемы (розовая мелкоточечная сыпь на гиперемизованном фоне на лице, шее, боковых поверхностях туловища, конечностях, с концентрацией в естественных складках), характерных изменений языка (обложенный, сосочковый на 1 сутки заболевания), данных эпидемиологического анамнеза: мама ребёнка неделю назад перенесла ангину, а также результатов анализов: положительный результат экспресс-анализа на стрептококк.

3. 1. Постельный режим на период лихорадки.
2. Термически, химически, механически щадящая диета по возрасту.
3. Обильное дробное, тёплое питьё.
4. Этиотропное лечение: Феноксиметилпенициллин 50 мг/кг/сутки в 4 приёма или макролиды – Азитромицин 10 мг/кг или цефалоспорины 1 поколения – Цефалексин 50 мг/кг/сут в 2 приёма. Курс – 10 дней.
5. Десенсибилизирующие препараты.
6. Местно – орошение зева антисептическими растворами.
7. При повышении температуры выше 38,5 °С – Ибупрофен 10 мг/кг (с интервалом не менее 8 часов) или Парацетамол 15 мг/кг (с интервалом не менее 4 часов).
4. Ранние осложнения скарлатины: лимфаденит, отит, синусит, мастоидит и др. Инфекционно-аллергические: гломерулонефрит, артрит, острая ревматическая лихорадка, миокардит.

Диспансеризация осуществляется в течение 1 месяца после клинического выздоровления. Через 7–10 дней после выписки проводят клиническое обследование: общий анализ крови и мочи, по показаниям – ЭКГ. Повторное обследование проводится через 3 недели. При отсутствии осложнений – снятие с учёта.

5. 1. Экстренное извещение в Роспотребнадзор (эпидотдел): извещение не позднее 12 часов после выявления больного.
2. Изоляция больного на 10 дней от начала заболевания.
3. Госпитализация. По клиническим показаниям: среднетяжёлые и тяжёлые формы заболевания.

По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых детских учреждений, а также при отсутствии возможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства больного.

4. Мероприятия в отношении контактных лиц: в группе ДДУ устанавливается карантин на 7 дней (не принимают новых детей, не переводят детей из группы в группу) контактные дети, не болевшие скарлатиной, посещающие ДДУ и первые два класса школы, не допускаются в эти учреждения в течение 7 дней с момента изоляции больного.

5. Мероприятия в очаге инфекции: заключительная дезинфекция не проводится, текущей дезинфекции в очагах скарлатины подлежат: посуда, игрушки и предметы личной гигиены с применением дезинфекционных средств, разрешённых в установленном порядке, в соответствии с инструкциями по их применению. Запрещается проведение профилактических прививок на время карантина. Весь персонал осматривается с целью выявления других форм стрептококковой инфекции.

6. Допуск в коллектив: не ранее, чем через 22 дня от начала заболевания.

ОК-4, ОПК-8, ОПК-9, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 48

Ребенок 1 года 10 месяцев болен в течение 2 дней: температура тела до 37,5°C, легкий насморк, небольшой кашель, но самочувствие не страдает, к концу 2 суток появилась сыпь.

При осмотре на 3-й день: на коже лица, шеи, туловища, преимущественно разгибательных поверхностях конечностей розовая, необильная, мелко-пятнистая сыпь, без склонности к слиянию, на неизмененном фоне. Пальпируются заднешейные, затылочные лимфоузлы. Слизистая небных дужек, миндалин умеренно гиперемирована. Из носа скудное слизистое отделяемое. Со стороны внутренних органов без патологии. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Эталон ответа к задаче № 48

1. Краснуха, типичная, лёгкая форма.
2. Диагноз «краснуха» поставлен на основании типичной клинической картины: острое начало заболевания с умеренно выраженного синдрома интоксикации (повышение температуры до 37,5 °C), присоединения катарального синдрома (лёгкий насморк, небольшой кашель) и экзантемы (розовая, необильная, мелко-пятнистая сыпь, без склонности к слиянию, на неизменённом фоне на лице, шее, по всему телу, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей), лимфаденопатии специфической локализации (увеличение заднешейных, затылочных лимфатических узлов).

3. 1. Домашний режим.
2. Обильное дробное питьё.
3. Диета по возрасту.
4. Этиотропного лечения не существует.
5. Симптоматическое лечение: при затруднении носового дыхания – сосудосуживающие средства (Назол-беби, Називин и др.), при повышении температуры выше 38,5 °C – жаропонижающие средства (Парацетамол, Ибупрофен).

4. Специфическая профилактика осуществляется живой вакциной в 12 месяцев, ревакцинация – в 6 лет. Девочки получают дополнительную ревакцинацию в 13 лет.

5. 1. Подача экстренного извещения не позже 12 часов после выявления больного.
2. Изоляция больного на 5 дней с момента высыпаний.
3. Госпитализация: по клиническим показаниям: среднетяжёлые и тяжёлые формы заболевания, в том числе с поражением ЦНС.

По эпидемическим показаниям: дети из закрытых детских учреждений, а также при отсутствии возможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства больного.

4. Мероприятия в отношении контактных лиц: карантин не накладывается, но за контактными осуществляется медицинское наблюдение в течение 21 дня с ежедневным осмотром и термометрией. Женщины первых трёх месяцев беременности изолируются от больных краснухой до 10 дня от начала заболевания. При контакте беременной с больной краснухой необходимо повторное серологическое обследование с интервалом 10–20 дней для выявления бессимптомной инфекции.

5. Мероприятия в очаге инфекции: дезинфекция не проводится. Условия выписки: по выздоровлению.

6. Допуск в коллектив: по выздоровлению, но не ранее 4–6 дней от момента появления сыпи.

ОК-4, ОПК-9, ПК-6, ПК-8, ПК-9

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 49

Ребенок 2 лет заболел остро, поднялась температура до 38,5°C. Стал беспокойным, появилась сыпь.

Анамнез: со слов матери, высыпания на коже у ребенка появились одновременно с подъемом температуры.

Объективный статус: при осмотре кожных покровов обнаружен полиморфизм сыпи – пятна, папулы, везикулы округлой формы, расположены поверхностно, на не инфильтрированном основании, окружены венчиком гиперемии, с напряженной стенкой, прозрачным содержимым. Аналогичные высыпания наблюдаются на волосистой части головы, слизистых оболочках ротовой полости, половых органов. Отмечается кожный зуд. Со стороны внутренних органов без патологии. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Эталон ответа к задаче № 49

1. Ветряная оспа, типичная, средней степени тяжести.
2. Диагноз ветряной оспы поставлен на основании типичной клинической картины: острого начала заболевания с одновременного появления интоксикационного синдрома (повышение температуры до 38,5 °C) и типичной экзантемы (на кожных покровах, волосистой части головы, слизистых ротовой полости и половых органов обнаружены элементы сыпи: пятна, папулы, пузырьки, отмечается зуд). Тяжесть заболевания обусловлена выраженностью интоксикационного синдрома и экзантемы, наличием высыпаний на слизистых оболочках (средняя степень).

3. 1. Домашний режим.
2. Обильное теплое дробное питье.
3. Диета по возрасту (механически, термически и химически щадящее питание).
4. Гигиенические мероприятия: чистое нательное и постельное белье, общие ванны со слабым раствором перманганата калия, орошение полости рта и слизистых наружных половых органов дезинфицирующими растворами.
5. Этиотропное лечение: не показано (только при тяжёлых формах заболевания).
6. Местно – туширование элементов сыпи растворами анилиновых красителей.
7. При повышении температуры выше 38,5 °C – жаропонижающие средства (Парацетамол, Ибупрофен).

4. Специфическая профилактика осуществляется живыми вакцинами. В РФ зарегистрированы Варилрикс, Окавакс. Вакцинируются дети из группы риска, с перинатальным контактом по ВИЧ, в закрытых детских учреждениях.

5. 1. Подача экстренного извещения не позднее 12 часов после выявления больного.
2. Госпитализация: по клиническим показаниям: дети раннего возраста, больные со среднетяжёлыми и тяжёлыми формами заболевания.

По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых детских учреждений, а также при отсутствии возможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства больного.

3. Больной изолируется на срок до 5 дней после появления последних высыпаний.

4. Мероприятия в очаге инфекции: заключительная дезинфекция не проводится. Осуществляется проветривание помещений, влажная уборка.

5. Мероприятия в отношении контактных лиц: Карантинным мероприятиям подлежат дети до 7 лет. Все контактные осматриваются на предмет выявления НВЗ-инфекции. На группу накладывается карантин сроком с 11 по 21 день с момента изоляции последнего больного. В карантинной группе ежедневно проводят термометрию и осмотр детей, не проводятся профилактические прививки, запрещён перевод детей в другие детские учреждения.

6. Допуск в коллектив: по выздоровлению, но не ранее 9 дня от момента появления высыпаний.

ОК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-9

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 50

Пациент ребёнок 11-ти месяцев. Мать предъявляет жалобы на беспокойство мальчика, частый жидкий стул, повторную рвоту.

Анамнез: мама связывает заболевание с употреблением в пищу желтка куриного яйца, сваренного всмятку. Заболел остро, повысилась температура до 39,5°C, отмечалась рвота 6 раз, присоединился жидкий водянистый стул 7 раз, который затем стал скудным, с примесью большого количества слизи темно-зелёного цвета до 10 раз.

Объективный статус: вес - 9 кг 600 г, рост - 71 см. Температура тела 38,7°C. Ребёнок вялый. Аппетит значительно снижен. Кожа и видимые слизистые чистые, бледные. Тургор тканей снижен на животе, бёдрах. Потеря веса – 8%. Периферические лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены, безболезненны. Зев спокоен. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны звучные, ритмичные. АД - 80/50 мм рт. ст. ЧСС - 124 в минуту. Живот умеренно вздут, отмечается диффузная болезненность, пальпируется спазмированная сигмовидная кишка. Печень +3 см из-под правого края рёберной дуги, селезёнка по краю левой рёберной дуги. Мочеиспускание не нарушено. Стул по типу «болотной тины».

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Эталон ответа к задаче № 50

1. Острый гастроэнтероколит (сальмонеллёзной этиологии) средней степени тяжести. Токсикоз с эксикозом 2 степени.

2. Диагноз поставлен на основании клинических данных: острое начало заболевания с синдрома интоксикации (повышение температуры до 39,5 °С, вялость, слабость), присоединение клиники гастроэнтероколита с первых дней болезни (многократная рвота – 6 раз съеденной пищей, водянистый обильный непереваренный стул 7 раз, затем – по типу «болотной тины»; вздутие и диффузная болезненность живота при пальпации, спазмированная сигмовидная кишка), данных эпид. анамнеза (связь заболевания с употреблением в пищу желтка яйца, сваренного всмятку). Критерии степени тяжести – выраженность кишечного синдрома (частота стула, рвоты), интоксикации, наличие токсикоза с эксикозом. Токсикоз с эксикозом 2 степени поставлен на основании данных осмотра: ребёнок вялый, кожа бледная, тургор тканей снижен на животе и бёдрах, потеря веса 8%.

3. 1. Госпитализация в инфекционное отделение.

2. Диета по возрасту, питание дробное, с уменьшением суточного количества пищи в острый период.
3. Строгий постельный режим в остром периоде.
4. Этиотропное лечение: цефалоспорины 2 поколения. Комплексный иммунный препарат (КИП).
5. Дезинтоксикационная терапия: Инфузионная терапия с учётом физиологической потребности и потери жидкости. Оральная регидратация: дробно, часто, малыми порциями.
6. Энтеросорбенты: Диэктаэдрический смектит.
7. Ферментные препараты, биопрепараты.
8. Симптоматическая терапия.
4. Неспецифическая профилактика – соблюдение технологии приготовления пищи, соблюдение правил личной гигиены, надзор за качеством продуктов питания. Постэкспозиционная профилактика – не проводится.
5. 1. Экстренное извещение подаётся в течение 12 часов после выявления больного.
2. Госпитализация по клиническим показаниям: все тяжёлые и среднетяжёлые формы у детей до 1 года, с отягощённым преморбидным фоном; острый сальмонеллёз у резко ослабленных и отягощённых сопутствующими заболеваниями лиц. По эпидемиологическим показаниям: невозможность соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства больного; работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, подлежат госпитализации во всех случаях, когда требуется уточнение диагноза.
3. Изоляция контактных: не проводится.
4. Мероприятия в очаге инфекции: проводится текущая и заключительная дезинфекция.
5. Мероприятия в отношении контактных лиц: карантин не накладывается. Медицинское наблюдение за контактными осуществляется в течение 7 дней с ежедневной термометрией и осмотром стула. Дети из ДДУ и закрытых детских учреждений обследуются бактериологически 1 раз (посев испражнений).
6. Допуск в коллектив – с двумя отрицательными бак. посевами на сальмонеллёз.

ОК-4, ОПК-4, ОПК-9, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 51

Пациент: ребёнок 5 месяцев, вес – 7 кг. Обратились на третий день болезни с жалобами на отказ от еды, рвоту до 4 раз в сутки, вялость, подъём температуры до 37,6°C. Из анамнеза известно, что мальчик родился в срок 40 недель с весом 3200 г.

С трёхмесячного возраста находился на искусственном вскармливании, в весе прибавлял хорошо, перенес ОРВИ в 2 месяца.

Заболевание началось с подъёма температуры до 37,3°C, рвоты съеденной пищей. На вторые сутки появился жидкий стул, который вскоре принял водянистый характер с примесью слизи (до 6 раз в сутки). В течение заболевания отмечалась периодически повторяющаяся рвота - 2-3 раза в сутки.

При осмотре состояние было расценено как среднетяжелое. Температура - 37,4°C. Ребёнок вяловат, бледен, периодически беспокоен. Пьёт неохотно. Кожа чистая, сухая. Расправление кожной складки замедленно. Язык обложен, сухой. Большой родничок не западает. Сердечные тоны звучные, ритмичные, ЧСС – 146 в минуту. Живот умеренно вздут, при пальпации определяется урчание по ходу тонкого кишечника, печень и селезёнка не увеличены. Анус сомкнут. Стул жидкий, водянистый, с незначительным количеством слизи. Диурез в норме.

В клиническом анализе крови: эритроциты – $5,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 126 г/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – $8,4 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 42%, лимфоциты – 48%, моноциты – 5%, СОЭ – 15 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.
2. Какие исследования следует провести для уточнения этиологии заболевания?
3. Определите тяжесть заболевания.
4. Оцените тяжесть обезвоживания у больного.
5. Выберите метод и составьте план проведения регидратационной терапии для данного больного.

Эталон ответа к задаче № 51

1. Острая кишечная инфекция, гастроэнтерит, средней степени тяжести. Экзикоз 1 степени.
2. Бактериологическое и вирусологическое исследование кала.
Серологическое исследование в парных сыворотках (нарастание титра антител).
3. Средняя степень тяжести выставлена на основании выраженности симптомов интоксикации (температура $37,4^{\circ}C$, вялость, бледность, периодическое беспокойство, отсутствие аппетита); кратности стула (до 6 раз в сутки); данных лабораторных анализов (в общем анализе крови: эритроциты – $5,0 \times 10^{12}$, гемоглобин – 126 г/л, ЦП – 0,9, лейкоциты – $8,4 \times 10^9$, п/я – 5%, с/я – 42%, лимфоциты – 48%, моноциты – 5%, СОЭ – 15 мм/ч).
4. Первая степень обезвоживания. Установлена на основании клинических симптомов (выраженная жажда, слизистые оболочки губ и язык подсохшие, большой родничок не западает, расправление кожной складки замедленно), диурез в норме.
5. Для лечения обезвоживания 1 степени используется метод оральной регидратации. Она проводится в 2 этапа. Первый этап – 4 часа, объем жидкости 50 мл/кг – 350 мл. Второй этап – 20 часов, объем жидкости на этап 100 мл/кг – 700 мл. Всего за сутки – 1050 мл. Состав жидкости – Регидрон (Оралит, Цитроглюкосолан), кипяченой водой.

ОК-4, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 52

Ребенок 5 лет (вес - 25 кг) заболел остро в 5 часов утра, когда внезапно появилась обильная рвота и водянистый стул. В течение нескольких часов стул повторился 4 раза, был обильный. Появились судороги в икроножных мышцах, обморочное состояние.

Из анамнеза было выяснено, что ребенок накануне заболевания вернулся из туристической поездки в Индию, где находился с родителями в течение 7 дней.

При осмотре ребенок заторможен, на вопросы отвечает медленно. Температура $36,1^{\circ}C$, руки и ноги холодные на ощупь. Кожные покровы бледные с серым оттенком, цианоз губ, акроцианоз. Глаза запавающие. Слизистые рта сухие, гиперемизованы. Язык обложен белым налетом, сухой. Тургор мягких тканей и эластичность кожи снижены. Дыхание поверхностное, до 30 в минуту, в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. Тоны сердца очень глухие, ритмичные. На верхушке сердца выслушивается мягкий систолический шум. ЧСС – 140 в минуту. Пульс слабого наполнения и напряжения, АД – 80/40 мм рт. ст. Живот втянут, при пальпации умеренно болезненный в околопупочной области. Печень, селезенка не пальпируются. При осмотре была обильная рвота «фонтаном» и жидкий водянистый обильный стул по типу «рисового отвара» без патологических примесей. Диурез снижен.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Проведите обоснование клинического диагноза.
3. Ваша тактика по ведению больного.
4. Укажите методы исследования для подтверждения диагноза.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в семье больного.

Эталон ответа к задаче № 52

1. Холера. Токсикоз с эксикозом 2 степени.
2. Диагноз «холера» выставлен на основании эпидемиологического анамнеза (поездка в эндемичную по заболеванию страну – Индию); клинических данных (острое начало заболевания с отсутствием температурной реакции, рвота фонтаном, водянистый характер диареи, наличие признаков обезвоживания и дисэлектролитемии (судороги), характера стула (водянистый, типа «рисового отвара»); данных копрограммы (стул жидкий, бело-жёлтого цвета, лейкоциты – нет, эритроциты – нет, слизь – нет); Токсикоз с эксикозом 2 степени выставлен на основании клинических признаков (температура тела субнормальная - 36,1 °С, нарушение периферической микроциркуляции, выраженная сухость слизистых оболочек, снижение тургора тканей, снижение диуреза, снижение АД до 80/40 мм рт. ст., тахикардия 140 в минуту).
3. Госпитализация в инфекционное отделение для больных с особо опасными инфекциями.
Лечение обезвоживания 2 степени при холере должно начинаться с оральной регидратации и при поступлении в стационар инфузионную терапию начинают немедленно. Для в/в инфузии используют только полиионные солевые растворы типа р-р Рингера, Трисоль. Назначение полиионных солевых растворов диктуется потерей воды и электролитов.
4. 1. Бактериологический метод (микроскопия препаратов биоматериала (испражнения, рвотные массы и др.) и посев на среду накопления).
2. Серологический метод: реакция агглютинации с обнаружением антител IgM.
3. Экспресс-методы имеют только ориентировочное значение.
5. 1. Экстренное извещение в Госсанэпиднадзор о выявленном случае заболевания в течение 12 часов.
2. Изоляция всех контактных на 5 дней в провизорное отделение инфекционного отделения.
3. Трёхкратное обследование испражнений всех контактных на холерный вибрион в первые сутки наблюдения. Выписка осуществляется после получения трёх отрицательных результатов бак. посева.
4. Заключительная дезинфекция в доме больного.
5. Вакцинопрофилактика по эпид. показаниям.

ОК-4, ОПК-8, ОПК-9, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 53

Ребенок 2 лет (масса тела - 12 кг) заболел остро: повысилась температура тела до 39,4°C, появилась рвота 1 раз, боли в животе. Через три часа появился обильный стул, сначала 3-кратно жидкий, затем к концу суток стул стал скудным, жидким, в виде «плевка» со слизью и прожилками крови. На второй день температура 37,8°C, рвота 2 раза, стул 8 раз, необильный с прожилками крови, гноя. Мальчик весь день жаловался на боль в животе.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела – 38,0°C. Вялый, жалуется на периодические боли в животе. Часто просится на горшок. Аппетит снижен, пьет охотно. Кожные покровы бледные, чистые. Тургор тканей сохранен. Слизистые оболочки полости рта розовые, влажные, налетов нет. Язык сухой, обложен белым налетом в центре. В легких перкуторно определяется ясный легочный звук.

Аускультативно дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 30 в минуту. Тоны сердца ясные, приглушены, патологических шумов нет, ЧСС – 136 в минуту. Пульс хорошего наполнения, ритмичный. Живот участвует в акте дыхания, слегка втянут, при пальпации мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Пальпируется сигмовидная кишка, спазмированная, болезненная. Отмечается урчание по ходу толстого кишечника. Симптомов раздражения брюшины нет. Анус податлив. Печень, селезенка не пальпируются.

Во время осмотра ребенок вновь попросился на горшок. Стул осмотрен - скудный, с большим количеством слизи и прожилками крови. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Проведите обоснование клинического диагноза.
3. Составьте план обследования больного для подтверждения этиологии заболевания.
4. Предложите препарат для этиотропной терапии и обоснуйте его выбор.
5. Составьте план лечения больного.

Эталон ответа к задаче № 53

1. Шигеллез, средней степени тяжести.
2. Диагноз «шигеллез» выставлен клинически на основании следующих данных (острое начало заболевания с высокой температурной реакцией, болевым синдромом, типичным колитическим характером стула с тенезмами (позывами на горшок), спазмированной сигмовидной кишкой; характера стула (скудный, с большим количеством слизи и прожилками крови); Средняя степень тяжести установлена на основании умеренной выраженности симптомов интоксикации (температура от 39 °С до 38 °С), кратности стула (8 раз в сутки), отсутствия осложнений.

3. Бактериологическое исследование испражнений больного до начала этиотропной терапии (бак. посев).

В случае отрицательного бак. посева верификация этиологии осуществляется методом выявления антител к шигеллам в крови больного (РПГА с комплексным дизинтерийным диагностикумом) в парных сыворотках.

4. Дизентерия является инвазивной бактериальной кишечной инфекцией и требует назначения антибактериальных препаратов. Учитывая среднюю степень тяжести состояния, отсутствие рвоты показана терапия оральными препаратами. Препаратами выбора являются нитрофурановые препараты через рот, курс лечения – 5-7 дней.

5. 1. Домашний режим.
2. Диета с исключением экстраактивных веществ, цельного молока, продуктов, приводящих к газообразованию и усиливающих перистальтику кишечника. Пища должна быть механически обработана.
3. Оральная регидратация.
4. Антибактериальная терапия (нитрофуранового ряда, курс 5-7 дней).
5. Энтеросорбенты (курс 3 дня).
6. Спазмолитики при выраженном болевом синдроме, до купирования болевого синдрома.
7. Ферменты.
8. Пробиотики (курс 7 дней).

ОК-4, ОПК-8, ПК-5, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 54

Ребенок 6 лет посещает детский сад. Заболел остро с подъема температуры тела до 39°С, появления боли в околоушной области справа, усиливающейся при глотании и

жевании. На следующий день мама отметила слегка болезненную припухлость в околоушной области справа, затем слева. На 4 день болезни вновь повысилась температура тела до 38,7°C, утром появилась сильная головная боль, повторная рвота.

При осмотре состояние ребенка средней тяжести за счет явлений интоксикации. Вялый. Температура тела - 39,1°C. Жалуется на резкую головную боль в лобной и теменной областях. При осмотре кожные покровы чистые, обычной окраски. Слизистые ротовой полости слабо гиперемированы, налетов нет. В околоушной, подчелюстной областях с обеих сторон отмечается легкая припухлость и болезненность при пальпации. В легких – везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД – 28 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС - 128 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и диурез в норме. Неврологический статус: в сознании, но заторможен, на вопросы отвечает с задержкой, неохотно. Отмечается выраженная ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига и Брудзинского. Очаговых симптомов поражения нервной системы не выявлено. Ребенок не вакцинирован в связи с отказом матери.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Тактика ведения больного, включая план обследования.
4. Разработайте план лечения.
5. Разработайте план противоэпидемических и профилактических мероприятий в детском саду.

Эталон ответа к задаче № 54

1. Эпидемический паротит, смешанная нервно-железистая форма: паротит, серозный менингит.

2. Диагноз «эпидемический паротит» выставлен на основании данных анамнеза заболевания (заболел остро, температура до 39 °С, с появления болей в околоушной области), данных объективного осмотра (симметричная припухлость в околоушных областях). Диагноз «серозный менингит» поставлен на основании клинических данных (повторный подъем температуры на 4 день болезни, головной боли, повторной рвоты, положительных менингеальных знаков).

3. 1. Госпитализация в инфекционное боксированное отделение.
2. Клинический анализ крови и мочи.
3. Спинномозговая пункция с анализом спинномозговой жидкости для подтверждения менингита.
4. Анализ крови и мочи на амилазу (для исключения панкреатита).
5. Кровь на парные сыворотки (РПГА с паротитным диагностикумом в динамике) для подтверждения паротитной инфекции.

4. 1. Постельный режим.
2. Этиотропная терапия – не разработана.
3. Дегидратация при повышении внутричерепного давления.
4. Симптоматическая терапия - жаропонижающие - Парацетамол 10 мг/кг per os при температуре выше 38,5 °С, для снятия болевого симптома анальгетики и спазмолитики, для улучшения пищеварения - ферментные препараты.

5. 1. Изоляция больного.
2. Экстренное извещение в органы Роспотребнадзора в течение 12 часов с момента выявления больного.

3. Заключительная дезинфекция не проводится.
4. Медицинское наблюдение за контактными детьми в детском саду на 21 день с момента изоляции больного с ежедневным осмотром и термометрией.

5. Детей старше 18 месяцев, бывших в контакте, не привитых и не болевших, в течение первых 72 часов после контакта прививают живой паротитной вакциной. При наличии противопоказаний к вакцинации возможно введение Иммуноглобулина человеческого 3 мл в/м.

ОК-4, ОПК-4, ОПК-8, ПК-5, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 55

У девочки 3 лет отмечают слабость, снижение аппетита, тошнота, боли в правом подреберье, тёмная моча, обесцвеченный кал.

Из анамнеза известно, что заболела 5 дней назад, когда повысилась температура до 37,8°C, появилась тошнота, рвота, разжиженный стул. К врачу не обращались, мама лечила ребенка сама: давала Парацетамол, Фуразолидон. На 4-й день болезни температура снизилась до 37,0°C, но мама заметила тёмную мочу и обесцвеченный кал. Обратились к врачу-педиатру участкового.

Объективно при осмотре состояние средней тяжести. Температура тела - 36,8°C. Отмечается иктеричность кожи и склер. В зеве без патологии. Язык обложен белым налётом. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 106 в минуту. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье. Печень выступает на 2,5 см из-под рёберной дуги по среднеключичной линии, болезненная при пальпации. Селезёнка не увеличена. Моча тёмно-жёлтого цвета.

Из эпидемиологического анамнеза известно, что в детском саду, который посещает ребёнок, были случаи подобного заболевания. Привита по возрасту. Со слов мамы, никаким хирургическим вмешательствам ребёнок не подвергался, кровь и плазму не переливали, за пределы города в течение последних 3 месяцев не выезжала.

В общем анализе крови: эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 120 г/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты - $5,1 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 47%, лимфоциты – 42%, моноциты – 9%, СОЭ – 5 мм/ч.

Биохимия крови: билирубин – 126 мкмоль/л, прямой – 86 мкмоль/л, непрямой – 40 мкмоль/л, активность АЛТ – 402 Ед/л, тимоловая проба – 12 ЕД.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз и определите стационар для госпитализации больной.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Разработайте план обследования больного.
4. Какой механизм передачи инфекции наиболее вероятен в данной клинической ситуации? Обоснуйте свое решение.
5. Разработайте план противоэпидемических и профилактических мероприятий.

Эталон ответа к задаче № 55

1. Вирусный гепатит, желтушная форма, средней степени тяжести.
2. Диагноз поставлен на основании
 - жалоб (субфебрильная температура, снижение аппетита, боль в правом подреберье, тёмная моча, обесцвеченный стул);
 - данных эпидемиологического анамнеза (наличие в детском саду подобных случаев заболевания); данных анамнеза заболевания (заболела остро с повышения температуры до 37,8 °C, тошноты, рвоты, разжиженного стула);
 - данных объективного осмотра (иктеричность кожи и склер, увеличение и болезненность печени при пальпации) и данных лабораторных анализов (повышение билирубина и ферментов цитолиза - билирубин – 126 мкмоль/литр, АЛТ – 402 Ед/литр).

3. 1. Обнаружение в сыворотке крови РНК вируса гепатита А методом ПЦР.
2. Обнаружение специфических антител анти-HAV IgM методом ИФА или нарастание в динамике титра антител класса G.
4. Гепатит с фекально-оральным механизмом передачи - вирусный гепатит А. Учитывая возраст больной (3 года); социальную организацию (посещает детский сад); эпидемиологический анамнез (наличие в детском саду случаев вирусного гепатита, отсутствие указаний на парентеральные вмешательства, наличие у ребёнка прививки против гепатита В) можно думать о вирусном гепатите с фекально-оральным механизмом передачи – гепатите А.
5. 1. Экстренное извещение в Роспотребнадзор в течение 12 часов с момента выявления больного.
2. Изоляция больного.
3. Карантин в группе детского сада на 35 дней, в течение этого периода ежедневный осмотр всех контактных с термометрией, осмотром стула, биохимический анализ крови однократно. Введение Иммуноглобулина 1,5 мл (1/2 дозы) в/м. Вакцинация против гепатита А по эпид. показаниям.
4. Соблюдение общественной и личной гигиены, контроль за общественным питанием и качеством питьевой воды.
5. В очаге проводится текущая и заключительная дезинфекция.

ОК-4, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 56

Ребенок в возрасте полутора лет. Заболел остро, когда утром повысилась температура до 39°C. После приема Парацетамола температура снизилась до 38,7°C и сохранялась на субфебрильных цифрах в течение суток. Отмечалась слабость, вялость, отказ от еды. Ребенок был очень сонлив, заторможен, постоянно спал. На второй день утром температура тела повысилась до 40°C. Мать заметила необильную розовую сыпь на коже бедер, ягодиц и вызвала скорую помощь. Ребенок осмотрен врачом скорой помощи, который ввел внутримышечно литическую смесь.

При осмотре: состояние ребенка расценено как тяжелое. Температура - 38,5°C, ЧДД – 50 в минуту, ЧСС – 155 в минуту. АД – 90/50 мм рт. ст.

В сознании, но очень вялый, на осмотр реагирует негативно, плачет. Кожные покровы бледные с цианотичным оттенком, усиливающимся при беспокойстве. На ягодицах, задних поверхностях бедер, голеней имеется необильная геморрагическая «звездчатая» сыпь с некрозом в центре, размером от 0,5 до 1,5 см, не исчезает при надавливании. В ротоглотке отмечается гиперемия небных дужек, миндалин, зернистость задней стенки глотки, налетов нет. В легких дыхание учащено, жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Последний раз мочился час назад. Стула не было. Менингеальных знаков нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Тактика ведения больного.
4. Специфическая профилактика данного заболевания.
5. Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

Эталон ответа к задаче № 56

1. Менингококковая инфекция, генерализованная форма, менингококцемия.

2. Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания с выраженных явлений интоксикации; жалоб на высокую температуру, сонливость, слабость; данных объективного осмотра (геморрагическая звёздчатая сыпь с некрозом в центре).

3. 1. Госпитализация в инфекционное боксированное отделение (стационар с наличием ОРИТ).

2. Жаропонижающая терапия.

4. Вакцинопрофилактика (вакцина менингококковой группы А полисахаридная сухая (Менинго-А) и Менинго А+С.

Рекомендуют детям старше года в очагах инфекции, а также для массовой вакцинации во время эпидемии. Курс вакцинации - 1 инъекция.

5. 1. Изоляция больного или бактерионосителя.

2. Экстренное извещение в Роспотребнадзор.

3. Бактериологическое обследование контактных лиц с интервалом от 3 до 7 дней.

4. Заключительная дезинфекция.

5. Выписка из стационара после двукратно отрицательного бактериологического анализа.

ОК-4, ОПК-8, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 57

Ребёнок 6,5 лет заболел остро в период эпидемии гриппа с подъёма температуры тела до 39°C, озноба. Присоединились слабость, головная боль, боль в мышцах, чихание. Мама вызвала участкового врача-педиатра на дом.

При осмотре: кожные покровы бледные, сухие. Слизистые ротоглотки гиперемированы, небольшая зернистость задней стенки глотки. Из носа – скудное серозное отделяемое.

В лёгких: перкуторно по всем лёгочным полям – лёгочный звук, аускультативно - дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧД – 36 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 118 в минуту, АД – 90/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Диурез сохранён, мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул оформленный. Менингеальные симптомы отрицательные.

Ребёнок от гриппа не привит (со слов мамы, у него медицинский отвод от вакцинации – аллергия на белок куриного яйца).

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Разработайте план обследования больного.

4. Определите место лечения больного и обоснуйте Ваш выбор.

5. Разработайте план лечения.

Эталон ответа к задаче № 57

1. Грипп, типичная форма, средней степени тяжести.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб (на высокую температуру, головную и мышечные боли); данных эпидемиологического анамнеза (заболел в период эпидемии гриппа, от гриппа не привит); данных объективного осмотра (выраженные симптомы интоксикации при минимальных катаральных проявлениях).

3. Общий анализ крови, мочи. Смывы со слизистых ротоглотки для постановки реакции ПЦР с респираторными вирусами (для определения этиологии).

4. Учитывая возраст (6,5 лет), тяжесть заболевания (средней степени тяжести) при возможности организации лечения и ухода в семье – лечение на дому.

5. Изоляция больного в отдельной комнате. Режим полупостельный. Обильное тёплое питьё. Противовирусные препараты - Осельтамивир в течение 5 дней.

Симптоматическая терапия: при высокой температуре (свыше 38,5 °С) жаропонижающие препараты.

ОК-4, ОПК-8, ПК-5, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 58

Ребёнок 7 месяцев болен в течение 3 дней. Температура - 38-39°C, беспокойный, аппетит снижен. Отмечается влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа.

Врач-педиатр участковый при осмотре на 4 день болезни расценил состояние ребёнка как средне-тяжёлое. Температура - 38,3°C. Веки отёчны, конъюнктив гиперемирован. На нижнем веке справа небольшая белая плёнка, снимающаяся свободно, поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены до 1-2 см, безболезненные, эластичные. Зев гиперемирован, миндалины и фолликулы задней стенки глотки увеличены. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа.

В лёгких аускультативно жёсткое дыхание, проводные влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 132 ударов в минуту. Печень +3,5 см, селезёнка +1,5 см из-под рёберной дуги. Стул оформленный.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 133 г/л, эритроциты - $4,3 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель - 0,9, лейкоциты - $7,9 \times 10^9/л$; палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 38%, базофилы - 1%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 52%, моноциты - 4%, СОЭ - 4 мм/час.

Анализ мочи: цвет - соломенно-жёлтый; прозрачность - прозрачная; относительная плотность - 1021; белок - нет, глюкоза - нет; лейкоциты - 1-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок - 74 г/л, мочевины - 5,2 ммоль/л, АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 30 Ед/л.

На рентгенограмме органов грудной клетки - лёгочный рисунок усилен, лёгочные поля без очаговых и инфильтративных теней, корни структурны, срединная ткань без особенностей, диафрагма чёткая, синусы дифференцируются.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Назовите предположительную этиологию данной патологии, обоснуйте.
3. Обоснуйте необходимость назначения антибактериальной терапии данному больному.
4. Составьте план лечения.
5. Перечислите меры профилактики заболевания.

Эталон ответа к задаче № 58

1. Основной: «ОРВИ», вероятно аденовирусной этиологии: фарингит, плёнчатый конъюнктивит, средней степени тяжести.

2. Аденовирусная этиология ОРВИ. Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания с выраженной температурной реакцией, наличия у ребёнка катара верхних дыхательных путей, лимфаденопатии, фарингита, плёнчатого конъюнктивита, гепатоспленомегалии.

3. Учитывая ранний возраст больного (7 месяцев) и слизисто-гнойное отделяемое (присоединение бактериальной инфекции) из носа могут быть показаниями к назначению антибактериальной терапии.

4. 1. Антибактериальная терапия - Амоксициллин (125 мг в табл.) по ½ т. 3 раза в день, курс 5 дней.

2. Препараты рекомбинантного интерферона в виде ректальных суппозиториев (Генферон 125 тыс.ЕД 2 раза в день), курс 5 дней.

3. Офтальмоферон (глазные капли) по 1-2 капли закапывать в конъюнктивальный мешок 5 раз в день.
4. Промывание носовых ходов физиологическим раствором.
5. Противовоспалительная терапия – Фенспирид сироп – 1 чайная ложка 3 раза в день, курс 5 дней.
5. Специфической активной профилактики нет. Проводится ранняя изоляция больного, проветривание, УФ облучение помещений, текущая дезинфекция.

ОК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 59

Ребёнок в возрасте 3 лет заболел две недели назад, когда на фоне субфебрильной непостоянной температуры и хорошего общего состояния у ребёнка появился кашель, который не поддавался лечению и имел тенденцию к учащению, особенно в ночное время. Наблюдался врачом-педиатром участковым с диагнозом ОРВИ. К концу 2-й недели кашель стал приступообразным и сопровождался беспокойством, покраснением лица во время приступа, высовыванием языка и периодически заканчивался рвотой. После приступа наступало улучшение. Вне приступа отмечалась бледность кожных покровов, некоторая одутловатость лица.

При осмотре: температура тела - 36,7°C, бледный, цианоз носогубного треугольника. Кашель приступообразный, спазматический, до 17 приступов в сутки, сопровождается свистящим звуком на вдохе, с отхождением вязкой слизистой мокроты в конце приступа, периодически - рвота. Кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза. Слизистая нёбных дужек умеренно гиперемирована, язвочка на уздечке языка. Лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание жёсткое, хрипы не выслушиваются. Тимпанический оттенок перкуторного звука, ЧД - 26 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС - 106 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 0,5 см. Селезёнка не пальпируется. Стул, диурез – без особенностей.

Анамнез жизни: респираторными инфекциями болеет редко, аллергологический, наследственный анамнез не отягощён, привит в роддоме (БЦЖ, гепатит В), в дальнейшем не привит в связи с отказом родителей.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз. Оцените тяжесть заболевания.
2. Какие результаты лабораторного обследования подтвердят диагноз? Какие методы наиболее информативны?
3. Проведите дифференциальный диагноз выявленной патологии с обструктивным бронхитом.
4. Составьте план лечения больного.
5. Перечислите меры специфической профилактики данного заболевания.

Эталон ответа к задаче № 59

1. Коклюш, типичный, среднетяжелая форма, осложненная кровоизлиянием в конъюнктиву правого глаза. Среднетяжелая форма характеризуется возникновением судорожного кашля до 15-20 раз в сутки, в конце приступа наблюдается отхождение вязкой слизи, вне приступа кашля отмечается одутловатость лица, бледность кожных покровов.

2. Пациенту рекомендовано: проведение бактериологического метода, являющегося абсолютным подтверждением коклюша в случае положительного высева (при поздней диагностике метод становится малоэффективным); молекулярно-генетического метода (ПЦР) – современного высокотехнологичного метода этиологической диагностики, позволяющей обнаружить ДНК, вне зависимости от

вакцинального статуса, на фоне или после антибактериальной терапии и в сроки до 4 недель от начала заболевания; серологические методы (ИФА, РА) – методы ретроспективные.

3. При обструктивном бронхите имеет место коробочный оттенок перкуторного звука, масса сухих хрипов по всей поверхности лёгких, дыхание с затруднённым выдохом – экспираторная одышка, тахипноэ 20%), на рентгенограмме – признаки обструктивного синдрома (лёгочные поля повышенной прозрачности, уплощение купола диафрагмы).

4. Госпитализация.

Охранительный режим с уменьшением отрицательных нагрузок, прогулки на свежем воздухе.

Диета в соответствии с возрастом, дробное кормление.

Этиотропная терапия – антибиотик из группы макролидов, учитывая чувствительность возбудителя или аминопенициллинов; предпочтение отдаётся пероральным средствам.

При приступе – увлажнённый кислород.

Противокашлевое средство центрального действия, муколитики..

5. Специфическая профилактика коклюша – курс вакцинации из 3 доз в первом полугодии плюс бустер через год после третьей дозы (вакцина АКДС с интервалом в 1,5 месяца). Ревакцинация через 1,5-2 года после законченной вакцинации. Применяют также ацеллюлярные вакцины: Инфанрикс, Инфанрикс Гекса.

ОК-4, ОПК-9, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 60

Девочка 8 лет больна в течение недели. Отмечается заложенность носа, повышение температуры тела до 38°C. С 3 дня заболевания появились боли при глотании. Врач-педиатр участковый диагностировал лакунарную ангину. Был назначен Азитромицин. Эффекта от проводимой терапии не было. Сохранялась высокая температура, сохранялись наложения на миндалинах, появилась припухлость в области шеи с обеих сторон.

При повторном осмотре температура - 38,3°C. Лицо одутловатое, веки пастозны, носом не дышит, голос с гнусавым оттенком. Кожа бледная, чистая. В области шеи с обеих сторон, больше слева, видны на глаз увеличенные переднешейные и заднешейные лимфоузлы с некоторой отёчностью тканей вокруг них. Пальпируются передне-, заднешейные лимфоузлы (до 3,0 см в диаметре), чувствительные при пальпации, плотно-эластической консистенции, подчелюстные, подмышечные, паховые до 1,5 см в диаметре. Яркая гиперемия зева, на увеличенных нёбных миндалинах - в лакунах наложения беловато-жёлтого цвета. Язык густо обложен белым налётом. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 24 в минуту. ЧСС - 100 в минуту. Сердечные тоны звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под рёберной дуги на +3 см, селезёнка +1 см из-под рёберной дуги. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты - $3,8 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель - 0,8, лейкоциты - $12 \times 10^9/л$; палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 13%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 40%, моноциты - 13%; атипичные мононуклеары - 25%, СОЭ - 25 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный клинический диагноз.
2. На основании каких симптомов поставлен диагноз?
3. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Составьте план медикаментозного лечения.
5. Составьте план диспансерного наблюдения за больным, перенёвшим заболевание.

Эталон ответа к задаче № 60

1. Инфекционный мононуклеоз, типичная форма, средней степени тяжести.
2. Длительная лихорадка; лимфопролиферативный синдром (увеличение периферических лимфоузлов, особенно шейной группы, с некоторой отёчностью тканей вокруг них); поражение носоглоточной миндалины (затруднение носового дыхания, гнусавость голоса); синдром ангины; гепатоспленомегалия, количественные и качественные изменения в крови (лимфоцитарный лейкоцитоз, атипичные мононуклеары); отсутствие эффекта от антибактериальной терапии.
3. 1. Методом ПЦР выявляется ДНК вирусов (Эпштейн-Барр, цитомегаловирус) в сыворотке крови, смывах с носоглотки.
2. Методом ИФА: специфические антитела к капсидному (VCA) и раннему (EA) антигену ЭБВ классов IgM и IgG.
3. Определение в сыворотке крови гетерофильных антител в реакции Пауля-Буннелля (агглютинация бараньих эритроцитов).
4. 1. Специфическая этиотропная терапия инфекционного мононуклеоза не разработана.
2. Диета химически, термически механически щадящая.
3. Обильное дробное, тёплое питьё.
4. Симптоматическая и патогенетическая терапия: жаропонижающие препараты, десенсибилизирующие средства, антисептики для курирования местного процесса, витаминотерапия, деконгестанты в нос.
5. Антибактериальная терапия не показана, назначается в случае присоединения бактериальной инфекции.
5. Реконвалесcentes инфекционного мононуклеоза находятся на диспансерном учёте в течение 12 месяцев. Ребёнок наблюдается участковым врачом-педиатром и врачом-инфекционистом, по показаниям к консультациям привлекаются специалисты: ЛОР-врач, врач-иммунолог, врач-гематолог, врач-онколог. Клинико-лабораторное наблюдение проводится 1 раз в 3 месяца и включает клинический осмотр, лабораторное обследование (общий анализ крови, АЛТ, двукратный тест на ВИЧ-инфекцию). Допуск ребёнка в школу – по клиническому выздоровлению. Медицинский отвод от вакцинации - 3 месяца. Медицинский отвод от занятий физической культурой - 3 месяца. Ограничение инсоляции - до 12 месяцев.

ОК-4, ОПК-8, ОПК-9, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 61

Ребенок 6 лет заболел остро с повышением температуры тела до 38,5°C, заложенности носа, недомогания. На следующий день мать заметила сыпь на лице, туловище, конечностях.

При осмотре врачом-педиатром участковым: температура тела - 37,8°C, увеличение и болезненность шейных, затылочных лимфоузлов. Сыпь располагается на неизменной коже, розовая, мелкая, пятнисто-папулезная на всем теле, кроме ладоней и стоп, с преимущественным расположением на разгибательных поверхностях конечностей, без склонности к слиянию.

При осмотре ротоглотки выявлена энантема в виде мелких красных пятен на небе и небных дужках. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 25 в минуту. Тоны сердца отчетливые, ритмичные. ЧСС - 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка - не увеличены. Стул, мочеиспускание без особенностей. Неврологический статус без патологии.

Общий анализ крови: гемоглобин - 135 г/л, эритроциты - $4,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $6,3 \times 10^9/л$; палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 25%,

эозинофилы - 5%, лимфоциты - 58%, моноциты - 3%, плазматические клетки - 8%, СОЭ - 12 мм/час. Ребенок привит только от дифтерии, столбняка, полиомиелита.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный клинический диагноз.
2. На основании каких типичных симптомов поставлен диагноз?
3. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Составьте план лечения ребенка.
5. Назовите методы специфической профилактики заболевания

Эталон ответа к задаче № 61

1. Краснуха, типичная форма, период высыпаний, средней степени тяжести.
2. Фебрильная температура тела до 38,5-38 °С, увеличение лимфоузлов в области затылка и на шее. Признаки небольшого катара верхних дыхательных путей. Характер высыпаний: отсутствие этапности (появилась в первый день заболевания сразу на всей поверхности тела), морфологический элемент (мелкая, пятнисто-папулезная на неизменённом фоне кожи), излюбленность локализации (преимущественное расположение на разгибательных поверхностях конечностей), наличие энантемы на слизистых оболочках ротоглотки. Данных общего анализа крови (нормальное или уменьшенное количество лейкоцитов, лимфоцитоз, плазматические клетки). Ребёнок не привит.

3. Для диагностики краснухи в настоящее время используют, серологический метод определение антител класса IgM к вирусу краснухи методом ИФА или нарастание титра АТ в РПГА.

4. Специфического лечения краснухи не разработано. Симптоматическая терапия включает жаропонижающие (Парацетамол 0,5 через рот) (при температуре выше 38,5 °С), обильное тёплое питьё.

5. Специфическая вакцинопрофилактика (согласно Национальному календарю прививок) проводится в возрасте 12 месяцев. Ревакцинация проводится в 6 лет. Если ребёнок ранее не был привит, то его прививают в любом возрасте от 1 года до 18 лет. Прививкам подлежат девушки в возрасте от 18 до 25 лет, не болевшие и не привитые ранее.

ОК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 62

Ребенок 4 лет заболел остро с повышением температуры тела до 38,5°С, недомогания, снижения аппетита, повторной рвоты, болей в горле при глотании, появления сыпи на лице, туловище и конечностях.

При осмотре: состояние больного средней степени тяжести, температура тела 39,0°С. Жалуется на головную боль и боль в горле. На щеках яркий румянец, при этом носогубный треугольник бледный. Кожные покровы сухие, гиперемизированы, на лице, туловище, конечностях обильная мелкоточечная сыпь, со сгущением в естественных складках кожи. Отмечается белый дермографизм.

Слизистые оболочки ротовой полости влажные. В ротоглотке яркая отграниченная гиперемия. Миндалины увеличены, в лакунах наложения бело-желтого цвета, легко снимаются. Тонзиллярные лимфатические узлы до 1 см в диаметре, болезненны. Рот открывает свободно.

Дыхание через нос свободное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 28 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, тахикардия до 100 в минуту.

Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочится свободно. Стул оформленный

Клинический анализ крови: гемоглобин - 125 г/л, эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $13,5 \times 10^9/л$; эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 65%, лимфоциты - 17%, моноциты - 5%, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Дайте обоснование клинического диагноза.
3. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
4. Составьте план лечения больного.
5. Составьте план наблюдения ребенка после выписки из стационара.

Эталон ответа к задаче № 62

1. Скарлатина, типичная форма, период высыпаний, средней степени тяжести.
2. Диагноз поставлен на основании наличия интоксикационного синдрома (температура тела $39,0^{\circ}C$, головная боль); характерных изменений в ротоглотке (отграниченная гиперемия, гнойные наложения на миндалинах, региональный лимфаденит); характера сыпи (мелкоточечная на гиперемизованном фоне, со сгущением в естественных складках тела); данных лабораторных исследований (в крови нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренная СОЭ).
3. Септические осложнения: лимфаденит, отит, аденоидит, паратонзиллярный абсцесс, синуситы. Инфекционно-аллергические осложнения скарлатины - инфекционно-аллергический миокардит, постстрептококковый гломерулонефрит, острая ревматическая лихорадка, синовит.
4. 1. Амбулаторное лечение (изоляция на дому), госпитализация по эпидемиологическим и социальным показаниям.
2. Обильное тёплое питьё, термически и механически щадящая диета.
3. Антибактериальная терапия – препараты аминопенициллинового ряда 50-100 тыс. Ед/кг веса в сутки, в 4 приёма, курс лечения 7-10 дней или макролиды (10 дней).
4. Антигистаминные препараты.
5. Симптоматическая терапия – при температуре выше $38,5^{\circ}C$, местная обработка слизистой ротовой полости антисептическими растворами.
5. Наблюдение в течение 1 месяца с обязательным исследованием 1 раз в 2 недели общего анализа крови, мочи. Выписка в коллектив не ранее 22 дня от начала заболевания при отсутствии изменений в анализах крови и мочи, ЭКГ. По показаниям проводят консультации врача-отоларинголога, врача-ревматолога и других специалистов.

ОК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 63

Ребёнок 3 лет, неорганизованный, заболел остро, поднялась температура до $37,8^{\circ}C$, появился кашель, насморк. В течение 2 дней температура держалась на субфебрильных цифрах. На 4 день болезни появилась сыпь на лице, и был вызван врач-педиатр участковый.

При осмотре состояние ребёнка оценено как средней степени тяжести, температура - $38,0^{\circ}C$, лицо пастозное, катаральный конъюнктивит, светобоязнь, из носа слизистое отделяемое, кашель сухой. В зеве умеренная разлитая гиперемия. Слизистые щёк шероховаты, гиперемизованы. На лице, шее, верхней части туловища крупная розовая пятнисто-папулезная сыпь. На лице сыпь имеет тенденцию к слиянию. Дыхание через нос затруднено, обильные серозные выделения. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 28 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, тахикардия до 140 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Мочится свободно. Стул оформленный.

В семье ещё есть ребёнок 2 лет. Привит только БЦЖ и однократно против гепатита в роддоме. Ясли не посещает.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз с указанием периода болезни.
2. Проведите обоснование выставленного диагноза.
3. Опишите дальнейшее течение заболевания.
4. Составьте план лечения больного.
5. Составьте план профилактических мероприятий в семье больного.

Эталон ответа к задаче № 63

1. Корь, типичная форма, период высыпаний, лёгкой степени тяжести.
2. Диагноз выставлен на основании следующих данных: субфебрильная температура тела, признаки катара верхних дыхательных путей, кашель; характера высыпаний (сыпь появилась на четвёртый день заболевания на лице, шее - этапность высыпаний), пятнисто-папулёзная на неизменённом фоне кожи, ребёнок не привит.
3. На 5 день болезни (2 день распространения сыпи) сыпь распространится на туловище и руки, на 6 день – на ноги. Температура тела нормализуется. Сыпь начнёт исчезать с 7 дня заболевания в той же последовательности, оставляя после себя мелкопластинчатое шелушение и пигментацию.
4. Специфического лечения кори не разработано. Учитывая лёгкое течение заболевания – только симптоматическая терапия. Симптоматическая терапия включает: жаропонижающие (Парацетамол 0,25 через рот) (при температуре выше 38,5 °С), обильное тёплое питьё.
 5. 1. Изоляция больного в отдельную комнату.
 2. Экстренное извещение в органы Санэпиднадзора в течение 12 часов.
 3. За лицами, общавшимися с больными корью, устанавливается медицинское наблюдение в течение 21 дня с момента выявления.
 4. Второй ребёнок подлежит иммунизации против кори по эпидемическим показаниям в течение первых 72 часов с момента выявления больного.
 5. Если у второго ребёнка в семье имеются медицинские противопоказания или родители отказываются от прививки, не позднее 5 дня с момента контакта с больным вводится Иммуноглобулин человека нормальный в дозе 3,0 мл в/м.
6. Контактные лица из очагов кори, не привитые и не болевшие, не допускаются к плановой госпитализации в медицинские организации неинфекционного профиля (подсказка в Р1) и социальные организации в течение 21 дня.

ОК-4, ОПК-8, ОПК-9, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 64

Ребенок 5 лет (масса тела - 24 кг), посещающий детский сад, заболел с повышения температуры тела до 38,5°C. На 2 день заболевания мама заметила маленькие, единичные красные папулы на лице и туловище. Утром на следующий день элементов сыпи стало больше, они распространились по всему телу, появились на волосистой части головы. Весь день сохранялась высокая температура тела. На следующий день мама вызвала врача-педиатра участкового на дом.

Пришедший на вызов врач-педиатр участковый расценил состояние ребенка как среднетяжелое. Температура тела - 38,4°C. Ребенок вялый, отказывается от еды. Пьет неохотно – жалуется на боль в горле при глотании. На коже туловища, лица, конечностях, волосистой части головы имеются полиморфные элементы сыпи в виде папул, пузырьков. Отмечается выраженный зуд кожи. Слизистые оболочки ротовой полости ярко гиперемированы, на твердом небе отмечаются единичные афты. Пальпируются периферические лимфоузлы II-III размеров, эластичные, безболезненные. В легких

выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов нет. ЧД – 26 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичны. ЧСС – 104 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у реберного края. Селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме. Менингеальной и очаговой симптоматики нет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Кто в данном случае явился источником инфекции для ребенка? Обоснуйте свой ответ.
3. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
4. Где должен лечиться больной? Составьте план лечения больного.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в детском саду.

Эталон ответа к задаче № 64

1. Ветряная оспа, типичная форма, период высыпаний, средней степени тяжести.
2. Вирус варицелла-зостер является причиной двух клинических форм заболеваний: ветряной оспы, возникающей преимущественно в детском возрасте, и опоясывающего герпеса, клинические проявления которого наблюдаются, как правило, у людей зрелого возраста. Если ветряная оспа является первичной инфекцией вируса варицелла-зостер, то опоясывающий герпес - это результат активизации латентного вируса варицелла-зостер. Человек с клиникой опоясывающего герпеса является источником инфекции для восприимчивых людей.
3. Все осложнения ветряной оспы можно разделить на две группы: специфические вирусные осложнения и осложнения в результате присоединения вторичной бактериальной инфекции. Первая группа: ветряночный энцефалит, миокардит, миелит, нефрит и др. Они относятся к категории наиболее тяжёлых. Ко второй группе относят гнойные поражения кожи – абсцессы, фурункулы, флегмоны. Редко развиваются пневмонии.
4. 1. Учитывая среднюю степень тяжести заболевания и отсутствие осложнений, госпитализация не показана, лечение в домашних условиях.
2. Этиотропная терапия – не показана. Ацикловир назначается при тяжёлом течении, лицам с иммунодефицитными состояниями и при наличии специфических осложнений.
3. Лечение симптоматическое: обильное питьё, при температуре выше 38,5 °С.
4. Гигиенические мероприятия – частая смена нательного и постельного белья, обработка везикул и эрозий раствором бриллиантового зелёного (Кламин, анилиновые красители), купание ребёнка со слабым раствором перманганата калия. Полоскание ротовой полости растворами антисептиков.
5. 1. Изоляция больного не менее чем на 5 дней от последних высыпаний.
2. Экстренно извещение в органы Санэпиднадзора.
3. Общавшихся с больным детей (вне организованного коллектива) не допускают в дошкольные детские учреждения с 11 по 21 дня с момента контакта.
4. За контактными (в детском саду) устанавливается медицинское наблюдение сроком на 21 день с ежедневным осмотром кожных покровов, видимых слизистых и измерением температуры тела.
5. В помещениях проводится ультрафиолетовое облучение, влажная уборка, усиливается режим проветривания.

ОК-4, ОПК-9, ПК-6, ПК-9

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 65

Девочка 9 лет больна вторые сутки, заболела остро: повышение температуры тела до 39,1°С, озноб, головная боль, боль в горле при глотании, однократная рвота.

Состояние средней тяжести. Температура тела - 38,9°C. Кожные покровы чистые, румянец на щеках. Губы яркие, гиперемизированы. Слизистая ротоглотки (дужек, миндалин) ярко гиперемизирована. Миндалины увеличены до II размера, с обеих сторон в лакунах бело-желтый налет, легко снимающийся шпателем, подлежащая поверхность миндалин не кровоточит. Язык суховат. Переднешейные лимфоузлы увеличены до 1,5 см, болезненны при пальпации. Дыхание везикулярное, без хрипов, ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 112 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Паренхиматозные органы не увеличены. Физиологические отправления не нарушены.

Анализ крови: гемоглобин – 124 г/л, эритроциты – $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – 22×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 72%, лимфоциты – 17%, моноциты – 3%, СОЭ – 35 мм/час.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования, обоснуйте назначения.
4. Какие препараты этиотропной терапии можно рекомендовать в данном случае, обоснуйте их назначение, длительность терапии.
5. Составьте план диспансерного наблюдения ребенка.

Эталон ответа к задаче № 65

1. Острый тонзиллит (лакунарный), средней степени тяжести.
2. Диагноз поставлен на основании:
 - Острого начала.
 - Интоксикационного синдрома: повышение температуры, слабость, головная боль.
 - Синдрома поражения ротоглотки (о. тонзиллита): чёткая гиперемия, резкая боль при глотании, увеличение миндалин до II размера, в лакунах бело-жёлтый налёт, легко снимающийся шпателем, без признаков кровоточивости.
 - Синдрома регионарного лимфаденита (увеличение и болезненность переднешейных (тонзиллярных) лимфатических узлов).
 - Воспалительных изменений в гемограмме.

Средней степени тяжести на основании выраженности клинических симптомов: температура тела 39,1 °С, гипертрофия нёбных миндалин до 2 ст. с лакунарными налётами, увеличение лимфатических узлов до 1,5 см.

3. Бактериологическое исследование с миндалин (на БГСА, дифтерию) или Экспресс-тест (ко-аглютинации, латекс-аглютинации) на БГСА.

Биохимическое исследование СРБ (при невозможности проведения бактериологического и экспресс-метода, позволяет предположить бактериальную этиологию тонзиллита при значениях ≥ 60 мг/л), ASLO в динамике.

Полный анализ крови и мочи через 2 недели (диагностика инфекционно-аллергических осложнений: острого гломерулонефрита и др.).

4. Препараты стартовой терапии: феноксиметилпенициллин и амоксициллин (Амосин, Флемоксин и т.д.), в случае неэффективности смена на защищённые аминопенициллины (с Клавулановой кислотой или Сульбактомом). Неэффективность стартовой терапии может быть обусловлена продукцией β -лактамаз нормальной микрофлорой ротоглотки, бактериальной ко-ассоциацией, низким комплаентностью пациентов.

Доказанная аллергическая реакция на все β -лактамы антибиотики является поводом для назначения препаратов из группы макролидов (Азитромицин, Кларитромицин и др.).

Длительность антибактериальной терапии 10 дней.

5. Осуществляется в течение 1 месяца после выписки из стационара.

Через 7-10 дней проводится клиническое обследование и контрольные анализы крови и мочи.

Обследование повторяют через 3 недели, при отсутствии отклонений от нормы снимают с учёта.

По показаниям - ЭКГ.

ОК-4, ОПК-9, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 66

Девочка 10 лет заболела 5 дней назад, остро, когда повысилась температура до 39°C, появилось недомогание, снижение аппетита, общая слабость, отмечалась тошнота, рвота. На 4-й день болезни температура тела снизилась, однако сохранялась общая слабость и снижение аппетита, присоединилась боль в правом подреберье, заметили тёмный цвет мочи, светлую окраску кала. На 5-й день болезни появилась иктеричность склер.

Эпиданамнез: 3 недели назад вернулась с отдыха на морском побережье.

При осмотре: состояние средней тяжести, самочувствие не нарушено. Температура тела нормальная. Склеры, видимые слизистые оболочки иктеричные. Кожа - лёгкая иктеричность. Язык обложен белым налётом. Патологии со стороны бронхолёгочной и сердечно-сосудистой систем не выявлено. Живот слегка вздут, при пальпации мягкий во всех отделах, болезненный в эпигастральной области и правом подреберье. Печень увеличена, пальпируется на 3 см ниже края рёберной дуги, слегка болезненная при пальпации, уплотнена, край ровный, поверхность гладкая. Селезёнка не увеличена. Моча тёмного цвета, стул был утром, со слов девочки, светлый.

Общий анализ крови: гемоглобин - 127 г/л, лейкоциты - $3,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 40%, лимфоциты - 54%, моноциты - 5%, СОЭ - 13 мм/час.

Биохимический анализ крови: билирубин связанный - 38,6 мкмоль/л, свободный - 18,9 мкмоль/л, АлАТ - 610 Е/л, АсАТ - 269 Е/л.

Серологическое исследование (ИФА): HbsAg - отрицательный, анти-HAV IgM - положительный.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план лечения пациента.
4. Специфическая профилактика этой инфекции: вакцины и схема вакцинации.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции.

Эталон ответа к задаче № 66

1. Вирусный гепатит А, желтушная форма, лёгкая степень тяжести.
2. Диагноз поставлен на основании:

- типичного для гепатита А эпид. анамнеза: отдых на морском побережье позволяет думать о фекально-оральном механизме передачи инфекции;

- характерной клиники: наличие короткого преджелтушного периода, протекающего с повышением температуры, тошнотой, рвотой, снижением аппетита, общей слабостью, появление желтухи кожи и склер на фоне нормальной температуры и улучшения самочувствия на 5 день болезни, изменения цвета мочи и кала, увеличение печени, что соответствует типичному течению гепатита;

- лабораторных данных:

- в ОАК - лейкопения, относительный лимфоцитоз, нормальная СОЭ, что типично для вирусной этиологии процесса,

- в б/х анализе – повышение АлАТ, АсАТ, билирубина и его фракций, преобладание связанного билирубина;
- анти-HAV IgM – положительный в ИФА подтверждает этиологию вирусного гепатита.

В б/х исследовании крови отмечается повышение уровня АлАТ до 10-15 норм – выраженный цитолиз. Концентрация общего билирубина 57,5 (в 3 раза больше нормы) мкмоль/л, что с учётом умеренно выраженного интоксикационного синдрома типично для лёгкой степени тяжести заболевания.

3. В остром периоде болезни постельный режим, в дальнейшем полупостельный, затем – сидячий 2-4 недели. Диета полноценная, легко усваиваемая, с высокой энергетической ценностью, витаминизированная. В острый период исключить копчёности, маринады, тугоплавкие жиры, пряности, экстрактивные вещества.

Пероральная дезинтоксикация. Медикаментозная терапия: энтеросорбенты под контролем характера стула, витамины с учётом нарушения детоксицирующей функции печени и её участия в метаболизме витаминов, белков, жиров, углеводов (группы В, С, РР). В периоде реконвалесценции по показаниям холекинетики, ферментные препараты, гепатопротекторы.

4. В России используются следующие вакцинные препараты: Хаврикс 1440 и Хаврикс 720 (детская); Аваксим, ГЕП-А-ин-ВАК (Россия). Эти вакцины представляют собой убитые вирусы гепатита А и обладают высокой иммуногенностью. Вакцина вводится по эпидемическим показаниям детям старше года двукратно с интервалом 6-12 месяцев.

5. Изоляция больного на 10-20 дней.

Сообщение в ЦГСЭН.

В школе карантин на 35 дней со дня изоляции последнего больного с лабораторным обследованием контактных каждые 10-15 дней (определение активности аминотрансфераз крови).

Текущая и заключительная дезинфекция в очаге.

Не имеющим защитного уровня антител в сыворотке крови по контакту не позднее 7-10 дней от момента контакта вводится иммуноглобулин.

Контактным ранее не болевшим вирусным гепатитом А и не привитым вакцинация по эпидпоказаниям.

ОК-4, ОПК-8, ОПК-9, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 67

Девочка 4 лет, посещающая детский сад, заболела остро с повышения температуры тела до 38,7°C, была однократная рвота, жалобы на боль в горле. К вечеру родители заметили у ребенка покраснение лица, сыпь на коже.

При осмотре врачом-педиатром участковым на третий день болезни состояние средней тяжести, температура тела 38,2°C. Жалуется на головную боль и боль в горле.

На щеках яркий румянец, бледный носогубный треугольник. Кожа сухая, шероховатая, на боковых поверхностях туловища, внизу живота, в паховых складках, на сгибательных поверхностях конечностей обильная мелкоточечная сыпь на гиперемизованном фоне. Отмечается синдром сгущения сыпи в местах естественных сгибов, линии Пастиа. Выраженный белый дермографизм.

В зеве яркая ограниченная гиперемия мягкого неба, миндалины гипертрофированы, в лакунах легко снимающийся желтоватый налет. Язык у корня обложен густым белым налетом, с кончика и боков начинает очищаться, становится ярким, с выступающими грибовидными сосочками на очистившейся поверхности.

Пальпируются увеличенные и умеренно болезненные подчелюстные лимфоузлы, эластичной консистенции, кожа вокруг лимфоузлов не изменена.

Дыхание через нос свободное, катаральные явления не выражены.

В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД - 24 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, тахикардия до 130 ударов в минуту.

Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

Стул оформлен. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Назначьте лечение.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции.

Эталон ответа к задаче № 67

1. Скарлатина типичная, средней тяжести, гладкое течение.

2. Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания с повышения температуры до фебрильных цифр, наличия интоксикации (головная боль, рвота, температура), острого лакунарного тонзиллита с яркой отграниченной гиперемией ротоглотки («пылающий зев»), регионарного лимфаденита, обильной мелкоочечной сыпи с излюбленной локализацией на гиперемизированном фоне, синдрома сгущения сыпи, линий Пастиа, симптома Филатова (бледный носогубный треугольник), выраженного белого дермографизма, типичных изменений языка после третьего дня болезни (яркий, сосочковый). Предположительный источник инфекции – больной стрептококковой инфекцией или носитель β -гемолитического стрептококка группы А в группе детского сада.

Умеренно выраженные симптомы интоксикации и местных изменений (степень поражения слизистой зева и лимфатических узлов) говорят о среднетяжёлом течении скарлатины, отсутствие осложнений, аллергических волн – о гладком течении.

3. Гемограмма: отмечают изменения, типичные для бактериальной инфекции: лейкоцитоз, нейтрофилию со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ.

Выделение возбудителя проводят не всегда в связи с характерной клинической картиной заболевания и широким распространением бактерий у здоровых лиц и больных другими формами стрептококковой инфекции.

Для экспресс-диагностики применяют РКА, выявляющую антигены стрептококков, ПЦР для выявления ДНК стрептококков.

Обнаружение антистрептолизина-О и других антигенов стрептококка в сыворотке крови, нарастание титра в динамике.

ЭКГ для выявления изменения в сердечно-сосудистой системе (миокардит) при наличии соответствующих показаний.

При формировании осложнений со стороны ЛОР-органов (отит, синусит и др.) – осмотр ЛОР-врача.

4. Постельный режим в острый период болезни.

Диета, соответствующая возрасту, полноценная, механически и термически щадящая обработка пищи.

Этиотропная терапия – бензилпенициллин или полусинтетические пенициллины с учётом природной чувствительности стрептококков, из расчёта 50-100 тыс./кг/сутки, альтернативные препараты – цефалоспорины, макролиды.

Патогенетическая терапия – дезинтоксикация в виде обильного питья.

Симптоматическая терапия – жаропонижающие препараты, десенсибилизирующие, местное лечение тонзиллита.

5. В очаге инфекции проводят текущую дезинфекцию, проветривание, влажную уборку, кварцевание.

Реконвалесцентов скарлатины не допускают в детские дошкольные учреждения в течение 12 суток после клинического выздоровления.

На контактных дошкольников накладывают карантин на 7 дней с момента изоляции больного скарлатиной с проведением всего комплекса противоэпидемических мероприятий.

Если больной не госпитализирован, дети, общавшиеся с ним, допускаются в коллектив после 17 дней от начала контакта и обязательного медосмотра (зев, кожа и др.).

ОК-4, ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 68

Ребенок 10 лет заболел остро, появились резкие боли в эпигастральной области, тошнота, повторная рвота. За 6 часов до заболевания мальчик чувствовал себя хорошо, гулял по городу, ел пирожки с мясом.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела - 38°C, вялость, повторная рвота, принесящая облегчение. Кожные покровы бледные, слизистая полости рта сухая, язык густо обложен белым налетом. Зев спокоен, налетов на миндалинах нет. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧД - 24 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные. Пульс - 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Живот слегка вздут, при пальпации болезненность в области пупка и эпигастрии. Печень пальпируется на 0,5 см ниже реберной дуги, селезенка не увеличена. Сигмовидная кишка эластична. Анус сомкнут.

Стул от начала заболевания был трехкратно, жидкий, обильный, зловонный, по типу «болотной тины». Последний раз мочился 2 часа назад.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план и опишите ожидаемые результаты обследования пациента.
4. Назовите клинические формы данной инфекции.
5. Составьте план лечения больного.

Эталон ответа к задаче № 68

1. Острая кишечная инфекция, по типу гастроэнтерита. Сальмонеллёз? Гастроинтестинальная форма, гастроэнтерит типичная, среднетяжёлая форма, острое течение.

2. Диагноз поставлен на основании типичной клинической картины ОКИ: острое начало заболевания с болей в животе, повышения температуры, тошноты, многократной рвоты, жидкого, обильного, зловонного стула (острый гастроэнтерит), отсутствие проявлений колита (сигмовидная кишка эластична, анус сомкнут, стул без патологических примесей).

Возможный источник инфекции – инфицированное мясо животного, использованное при приготовлении пищи без должной термической обработки.

Путь инфицирования пищевой.

О возможной сальмонеллёзной этиологии заболевания говорит короткий инкубационный период, характерная клиническая картина гастроинтестинальной формы сальмонеллёза, наиболее часто встречающейся и употребление мясных продуктов, так как инфекция относится к группе антропозоонозов.

3. Общий анализ крови – лейкоцитоз от умеренного до выраженного, нейтрофилёз со сдвигом влево, повышение СОЭ.

Копрологический метод – не имеет специфических особенностей и отражает локализацию воспалительного процесса в кишечнике: энтеритный или энтероколитный характер стула.

Бактериологический метод – выделение сальмонелл из испражнений, мочи, крови. При наличии септических очагов – из ликвора, мокроты и других сред.

Серологический метод – РНГА с эритроцитарным диагностикумом. Титры антител появляются к концу первой недели болезни, максимальные титры – на третьей неделе. Диагностическое значение имеет нарастание титра специфических антител в 4 раза и более в парных сыворотках, взятых с интервалом 1-2 недели.

Экспресс-методы (серологические) – реакция коагулирования (РКА) и ИФА.

4. Локализованная (гастроинтестинальная) форма (гастритическая, гастроэнтеритическая, гастроэнтероколитическая) – самая частая.

Генерализованная форма с кишечными проявлениями или без кишечных проявлений, протекающая как септикопиемическая и тифоподобная.

Субклиническая форма или бактерионосительство.

5. При сохраняющейся рвоте промыть желудок.

Постельный режим в острый период заболевания.

Диета, соответствующая возрасту ребёнка и рекомендуемая при ОК: ограничение общего объёма пищи на 15-20% в течение 2-3 дней, дробное питание, исключение грубой клетчатки, свежих овощей и фруктов, соков, мясных бульонов, продуктов из цельного молока, жирной, острой и пряной пищи.

Оральная регидратация.

Сорбенты: препараты дисмектида.

Биопрепараты.

Симптоматическая терапия: спазмолитики, жаропонижающие.

Возможно назначение Энтерола, комплексного иммунного препарата, как препаратов этиологической направленности.

Антибактериальные препараты при секреторных диареях детям иммунокомпетентным, без отягощённого фона, при среднетяжёлом течении инфекции не назначаются.

В качестве этиотропной терапии возможно применение комплексного иммуноглобулинового препарата (КИП) в течение 5-7 дней.

Восстановительная терапия: ферменты, биопрепараты после купирования остроты процесса.

ОК-4, ОПК-8, ПК-5, ПК-8, ПК-9

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 69

Ребёнок 7 месяцев болен в течение 3 дней. Температура - 38-39°C, беспокойный, аппетит снижен. Отмечается влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа. Состояние ребёнка средней тяжести: температура - 38,3°C, веки отёчны, конъюнктива гиперемирована. На нижнем веке справа белая плёнка, легко снимается и растирается, поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены до 1-2 см, безболезненные, плотно-эластичные. Зев гиперемирован, увеличены миндалины, фолликулы на задней стенке глотки. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа. В лёгких жёсткое дыхание, проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС - 132 удара в минуту. Печень +3,5см, селезёнка +1,5 см. Стул разжиженный, непереваренный, до 5 раз в сутки.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие другие клинические формы встречаются при этом заболевании?
4. Проведите дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями.
5. Составьте план лечения больного.

Эталон ответа к задаче № 69

1. Аденовирусная инфекция: ринофарингоконъюнктивальная лихорадка, энтерит, средней тяжести.

2. Диагноз поставлен на основании типичных клинических проявлений аденовирусной инфекции: наличие умеренно выраженного интоксикационного синдрома, ярких катаральных явлений с выраженным экссудативным компонентом, плёчатого конъюнктивита, являющегося патогномоничным симптомом аденовирусной инфекции, распространённой лимфаденопатии, гепатолиенального синдрома. Данные проявления характерны для ринофарингоконъюнктивальной лихорадки. Учащение и разжижение стула энтеритного характера без патологических примесей типичны для вирусной диареи, вызванной аденовирусной инфекцией.

3. Клинические формы аденовирусной инфекции: катаральная, кератоконъюнктивит, аденовирусная пневмония, мезаденит, тонзиллофарингит.

4. В отличие от других ОРВИ аденовирусная инфекция характеризуется умеренно выраженной интоксикацией, яркими катаральными явлениями, довольно длительным волнообразным течением, полиморфизмом клинических форм. Для гриппа характерен выраженный токсикоз и «сухой катар», для парагриппа – умеренная интоксикация с умеренными катаральными явлениями преимущественно с поражением гортани, для РС-инфекции – незначительная интоксикация и поражение нижних дыхательных путей с развитием бронхолита, для риновирусной инфекции – отсутствие интоксикации и выраженная ринорея. При инфекционном мононуклеозе, в отличие от аденовирусной инфекции отсутствуют катаральные явления, конъюнктивит, диарея, увеличиваются преимущественно шейные лимфоузлы, более выражен гепатолиенальный синдром, в периферической крови – лейкоцитоз лимфомоноцитарного характера, более 10% атипичных мононуклеаров.

5. Полупостельный режим на весь период лихорадки.

Обильное питьё, механически и термически щадящая пища, диета с исключением продуктов из цельного молока (лактазная недостаточность при вирусной диарее), и содержащих грубую клетчатку (ускорение перистальтики кишечника).

Комбинированный препарат с противовирусным, противовоспалительным и иммуномодулирующим действием на основе человеческого рекомбинантного интерферона в конъюнктивальный мешок.

Промывание носа солевыми растворами, сосудосуживающие капли в нос.

Отхаркивающие средства.

Сорбенты, биопрепараты для лечения диареи.

ОК-4, ОПК-9, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 70

Мальчик 9 лет заболел остро, с повышения температуры тела до 39°C, появилась боль в горле при глотании.

Из анамнеза жизни известно, что мальчик привит двукратно против дифтерии АДС-М Анатоксином в возрасте до 1 года. В последующем имел отвод в связи с тем, что был диагностирован эписиндром.

На 2-й день болезни состояние тяжелое, вялый, бледный, адинамичный. Голос сдавленный. Изо рта приторно-сладковатый запах. Кожные покровы чистые. Отмечается отек клетчатки шеи до середины шеи. Мягкие ткани ротоглотки резко отечны, миндалины смыкаются по средней линии, отек распространяется на дужки и мягкое небо. На миндалинах с обеих сторон сероватые, плотные налеты, распространяющиеся на небо и заднюю стенку глотки. При попытке снять снимаются с трудом, оставляя кровоточащие поверхности. Тоны сердца приглушены. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования, подтверждающий этиологию заболевания.
4. Назначьте лечение.
5. Меры профилактики инфекции.

Эталон ответа к задаче № 70

1. Дифтерия ротоглотки, типичная, токсическая 1 степени, тяжёлая форма.
2. Диагноз поставлен на основании данных клинического осмотра: сдвинутого голоса, распространённого отёка в ротоглотке, наличия плотных распространённых на нёбо и заднюю стенку глотки налётов, плохо снимающихся и оставляющих кровоточащую поверхность, что является типичным признаком дифтерии: фибринозная плёнка + ткань. Плотность налётов в ротоглотке обусловлена действием экзотоксина дифтерийной палочки, приведшего к выпадению нитей фибрина (фибринозный характер плёнки).

Тяжёлое общее состояние, интоксикация, приторно-сладковатого запаха изо рта, типичны для токсической дифтерии ротоглотки, отёк подкожной клетчатки шеи до середины шеи говорит о 1 степени токсической дифтерии ротоглотки.

Анамнез подтверждает отсутствие у ребёнка вакцинальных антител, так как ребёнок не получил полной вакцинации от дифтерии: мальчик привит от дифтерии только двукратно в возрасте до 1 года: в 3 мес. - АКДС и в 4,5 мес. - АДС-М анатоксином, последующие вакцинации ребёнку не проводились из-за мед. отвода, что не позволило сформироваться достаточному иммунному ответу.

Говорить о гладком или негладком течении ещё рано, так как осложнения могут развиваться в конце первой недели болезни или в поздние сроки: 20-30 дней.

Для токсической дифтерии типично осложнённое течение.

3. Бактериоскопическое (предварительное), позволяющее обнаружить Гр+ коринобактерии, расположенные под углом друг к другу с булабовидными утолщениями на концах. Ведущее значение имеет бактериологическое исследование: мазки из зева, носа на ВЛ; ПЦР - определение ДНК возбудителя, экспресс-диагностика: латекс-агглютинация для определения дифтерийного токсина, ИФА для количественного и качественного определения антибактериальных и антитоксических иммуноглобулинов; серологическая диагностика (РН, РПГА, РНГА) методом парных сывороток с интервалом в 10-14 дней для выявления нарастания титра антител – поздняя диагностика.

4. Лечение в реанимационном отделении инфекционного стационара.

Постельный режим на 30-45 суток.

Питание: пища жидкая и полужидкая с достаточным калоражем.

АПДС в дозе 60 тыс. МЕ в/м и/или в/в. Доза АПДС зависит от формы дифтерии и определяется в соответствии с приказом МЗ РФ. Критерий эффективности - исчезновение плёнок с миндалин.

Антибактериальная терапия: цефалоспорины 3 поколения курсом 7-10 дней.

Стабилизация гемодинамики и детоксикация. Инфузионная терапия в объёме, не превышающем физиологическую потребность в жидкости или 2/3 объёма (при сердечно-сосудистой недостаточности); гормоны (Преднизолон, Дексаметазон) в дозе от 2 до 15 мг/кг/сут (по Преднизолону), ингибиторы протеаз (Контрикал, Трасилол), Гепарин (под контролем коагулограммы).

Синдромальная терапия.

5. Специфическая профилактика: вакцинация от дифтерии проводится в плановом порядке АКДС вакциной согласно национальному календарю профилактических прививок начиная с 3 месячного возраста, вторая вакцинация в 4,5 месяца, третья в 6 месяцев. Ревакцинация проводится в 18 месяцев вакциной АКДС (по медицинским

показаниям АДС-анатоксином), в 6-7 лет АДС-анатоксином, затем в 14 лет и далее каждые 10 лет.

Неспецифические мероприятия: изоляция больного, подача экстренного извещения немедленно по телефону и затем в течение 12 часов письменно, заключительная дезинфекция, наблюдение за контактными 7 дней и обследование контактных – посев из зева и носа на ВЛ. Допуск переболевших в коллектив при клиническом выздоровлении и 2 отрицательных результатах бак. обследования.

ОК-4, ОПК-4, ОПК-9, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 71

Мальчик 8 лет заболел остро с повышения температуры тела до 37,5°C. На следующий день мать заметила сыпь на лице, туловище, конечностях, появившуюся одномоментно.

При осмотре температура тела 37,8°C, увеличение и болезненность затылочных шейных, подмышечных лимфоузлов. Сыпь розовая, мелкая пятнистая на всем теле, кроме ладоней и стоп, с преимущественным расположением на разгибательных поверхностях конечностей, без склонности к слиянию. При осмотре ротоглотки выявлялась энантема в виде красных пятен на небе и небных дужках. Отмечались также умеренная гиперемия конъюнктив и редкий кашель. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования, подтверждающий этиологию заболевания.
4. Какие осложнения возможны при этом заболевании?
5. Меры специфической профилактики инфекции.

Эталон ответа к задаче № 71

1. Краснуха приобретённая, типичная, лёгкая, гладкое течение.

2. Диагноз краснухи поставлен на основании острого начала заболевания с подъёма температуры до субфебрильных цифр, лёгких катаральных явлений одномоментного появления на 2 день типичной мелкопятнистой розовой сыпи на лице, туловище, конечностях, с преимущественным расположением на разгибательных поверхностях конечностей, без склонности к слиянию, наличие энантемы, увеличение и болезненность шейных, затылочных, подмышечных лимфоузлов. Отсутствие лихорадочно-интоксикационного синдрома, удовлетворительное самочувствие пациента говорит за лёгкую форму инфекции. Отсутствие осложнений – за гладкое течение.

3. Вирусологические исследование крови, носоглоточных смывов, кала, мочи на наличие вируса краснухи.

ПЦР различных сред с дальнейшим уточнением генотипа возбудителя молекулярно-биологическим методом.

Серологические методы: РН, РСК, РТГА с определением нарастания уровня специфических антител в динамике, диагностическое значение имеет нарастание титра специфических антител в крови больного через 2-3 недели в 4 и более раз.

ИФА с определением специфических краснушных антител: наличие антител класса IgM. Забор крови для исследований серологического исследования осуществляется на 4-5 день с момента появления сыпи. При хронической инфекции возможно обнаружение этих иммуноглобулинов в течение нескольких лет.

4. Краснуха протекает относительно легко и редко даёт осложнённое течение. Возможны осложнения: артриты, тромбоцитопеническая пурпура, энцефалит, серозный

менингит, менингоэнцефалит. Наиболее неблагоприятные последствия при врождённой краснухе, когда беременная женщина заболевает в период беременности: выкидыши, мёртворождения, врождённые пороки развития.

5. Специфическая профилактика: плановая вакцинация от краснухи проводится по национальному прививочному календарю в 12 месяцев, ревакцинация в 6 лет, девочкам дополнительно в 13 лет. Используют живую ослабленную вакцину «Рудивакс», а также комбинированные вакцины против кори, эпидемического паротита и краснухи «ММР-II», «Приорикс». Прививки в очагах краснухи проводятся по эпидемическим показаниям, ранее не привитым или привитым не полностью не позднее 72 часов с момента выявления больного.

ОК-4, ОПК-8, ПК-8, ПК-9

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 72

Мальчик 11 лет заболел остро с повышения температуры тела до 38°C, появления припухлости в области околоушной железы справа, болей при жевании. Через 2 дня появилась припухлость и болезненность в области левой околоушной железы. Отмечается болезненность при надавливании на козелок, сосцевидный отросток и в области ретромандибулярной ямки. Симптом Мурсона положительный. Динамика заболевания: на 5 день болезни стал жаловаться на боли в яичке и правом паху, боли усиливались при ходьбе.

При осмотре состояние средней тяжести, температура тела - 38°C. Обе околоушные железы увеличены в размере, тестоватой консистенции, кожа над ними не изменена. Правое яичко увеличено в размере в 2 раза, плотное, болезненное, кожа над ним гиперемирована. Тоны сердца звучные, ритмичные, тахикардия. В легких хрипы не улавливаются. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Менингеальные знаки отрицательные.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие еще формы заболевания Вы знаете?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Меры специфической профилактики инфекции.

Эталон ответа к задаче № 72

1. Эпидемический паротит, типичная комбинированная железистая форма: 2-сторонний паротит, правосторонний орхит, средней тяжести, гладкое течение.

2. Диагноз поставлен на основании типичной клиники: острое начало с повышения температуры до фебрильных цифр, появления припухлости в области околоушных желёз, болей при жевании, положительного симптома Мурсона, наличие точек болезненности, типичных для эпидемического паротита.

За наличие орхита говорит появление на 5 день болезни боли в правом яичке и правом паху, усиливающиеся при ходьбе; правое яичко увеличено в размере в 2 раза, плотное, болезненное, кожа над ним гиперемирована.

Умеренно выраженный лихорадочно-интоксикационный синдром, говорит за среднетяжёлую инфекцию.

Отсутствие осложнений – за гладкое течение.

3. Возможно поражение железистых органов: субмандибулит, сублингвит, панкреатит, мастит, тиреоидит, дакриoadенит, а также нервной системы: серозный менингит.

4. Гнойные паротиты отличаются резкой болезненностью и плотностью железы, гиперемией кожи и формированием флюктуации. Развиваются как осложнение

первичного очага, например, при гнойном стоматите или как один из очагов септического процесса. В данном случае заболевание началось остро с увеличения околоушной слюнной железы с одной стороны, а через 2 дня с другой и повышения температуры.

Слюннокаменная болезнь характеризуется рецидивирующим течением, отсутствием интоксикации, как правило, односторонним поражением.

Кроме этого вовлечение в процесс правого яичка на 5 день болезни типично для паротитной инфекции и не встречается при гнойном паротите и слюннокаменной болезни.

5. Специфическая профилактика: плановая вакцинация от эпидемического паротита проводится по национальному прививочному календарю в 12 месяцев, ревакцинация в 6 лет, девочкам дополнительно в 13 лет. Используют живую ослабленную вакцину, а также комбинированные вакцины против кори, эпидемического паротита и краснухи «MMR-II», «Приорикс». Прививки в очагах эпидемического паротита проводятся по эпидемическим показаниям ранее не привитым или привитым не полностью не позднее 72 часов с момента выявления больного.

ОК-4, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 73

Девочка 11 лет заболела остро, 2 дня назад, когда появилась рвота, боли в животе, поднялась температура тела до 39°C. На машине скорой медицинской помощи доставлена в детское хирургическое отделение, где диагноз аппендицита был исключён. От госпитализации в инфекционное отделение родители отказались. На 2-е сутки появился жидкий стул с примесью слизи до 5 раз в сутки, рвота 1-2 раза в день, головная боль, высыпания на коже, боли в коленных суставах, сохранялась боль в животе.

Эпиданамнез: за неделю до заболевания была в гостях, ела разнообразные салаты, в том числе из сырой моркови и капусты. Дома все здоровы, в школе карантина нет.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, над суставами необильная, бледно-розовая, пятнистая сыпь. Визуально костно-мышечная система не изменена, объём движений в суставах, в том числе в коленных, в полном объёме, безболезненный. Лимфоузлы передне- и заднешейные, подмышечные увеличены до 1,0 см, безболезненные при пальпации. В зеве – миндалины увеличены до II ст., гиперемия нёбных дужек, миндалин, задней стенки глотки. В лёгких везикулярное дыхание, ЧДД – 20 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 116 в минуту. Живот обычной формы, мягкий, пальпируется урчащая и болезненная слепая кишка. Печень +1,5 см, безболезненная при пальпации. Стул жидкий, с примесью слизи. Диурез не изменён.

Согласно заключения из хирургического стационара:

анализ крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 122 г/л, лейкоциты – $14,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 6%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, эозинофилы – 6%, лимфоциты – 10%, моноциты – 10%, СОЭ – 22 мм/ч;

УЗИ органов брюшной полости: увеличение мезентериальных лимфатических узлов.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику иерсиниозов?
5. Обоснуйте цель этиотропной терапии и её продолжительность, назовите стартовые антимикробные средства.

Эталон ответа к задаче № 73

1. Кишечный иерсиниоз, гастроэнтероколит, средней степени тяжести.

2. В пользу выставленного диагноза свидетельствует острое начало, фебрильная лихорадка, симптомы интоксикации, боли в животе, поражение желудочно-кишечного тракта в форме гастроэнтероколита, увеличение мезентериальных лимфоузлов, артралгии, сыпь над суставами; воспалительные изменения в общем анализе крови (лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, увеличение СОЭ); а также данные эпидемиологического анамнеза: употребление в пищу салатов из сырых овощей (моркови и капусты).

3. Пациенту рекомендована бактериологическая диагностика (материалом для исследования служат фекалии, рвотные массы, моча, кровь), молекулярно-генетический высокочувствительный метод (ПЦР) для выявления иерсиний в кале, сыворотке крови, моче; серологические исследования (РНГА, ИФА с обнаружением специфических Ig M и G) провести в динамике заболевания в парных сыворотках.

4. В первую очередь необходимо проводить с ОКИ бактериальной и вирусной этиологии (сальмонеллёзом, шигеллёзом, эшерихиозами, кампилобактериозом, вирусными гастроэнтеритами). Клиническая дифференциальная диагностика иерсиниоза и псевдотуберкулёза только на основании клинических данных практически невозможна. А также с заболеваниями, протекающими с экзантемами, в том числе с «детскими инфекциями».

5. Цель этиотропной терапии: эрадикация возбудителя, предупреждение генерализации инфекции, развития затяжного и хронического течения заболевания.

Продолжительность терапии зависит от формы заболевания: 10-14 дней, при генерализованных формах – 14-21 день.

Стартовыми препаратами являются: цефалоспорины третьего поколения.

ОК-4, ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 74

Ребёнок 5 лет. Аллергологический анамнез не отягощён. Прививки: до года однократно АКДС, в дальнейшем мать от вакцинации отказалась. Заболел 12 дней назад, когда у ребёнка появился сухой кашель. К врачу не обращались, лечили самостоятельно (таблетки от кашля, теплое питьё), однако кашель стал чаще. Самочувствие ребёнка не страдало, аппетит сохранен. На 7-й день болезни кашель приобрёл приступообразный характер с выделением в конце приступа густой, вязкой мокроты. Приступы кашля возникали у ребёнка 8-10 раз в сутки, включая ночное время. Во время кашля ребёнок краснел. За последние дни количество приступов кашля за сутки не изменилось.

При осмотре кожа розовая, чистая. Слизистые полости рта – розовые, чистые. Носовое дыхание свободное. ЧД - 24 в минуту, ЧСС - 110 в минуту. При аускультации дыхание жестковатое. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены.

Общий анализ крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты - $4,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $16,0 \times 10^9/л$; палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 24%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 63%, моноциты - 6%; СОЭ – 3 мм/час.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите методы подтверждения диагноза.
4. Составьте план лечения.
5. Назовите меры профилактики данного заболевания.

Эталон ответа к задаче № 74

1. Коклюш, лёгкая форма.
2. Диагноз «коклюш» установлен на основании типичной клинической картины заболевания (приступообразный кашель с выделением вязкой мокроты, в том числе, в

ночное время, хорошее самочувствие в межприступном периоде, характерные изменения в ОАК - лейкоцитоз с лимфоцитозом); нарушение графика вакцинации от коклюша.

Лёгкая форма - частота приступов кашля до 10-15 в сутки без нарушения самочувствия в межприступном периоде.

3. 1. Бактериологическое исследование слизи из носоглотки на наличие возбудителя (*Bordetella pertussis*) – 2-кратно;

2. Серологическое обследование – исследование сыворотки крови методом ИФА на коклюш (антитела класса IgM, IgG).

4. Лечение амбулаторное.

Режим общий, прогулки на свежем воздухе.

Диета в соответствии с возрастом.

Антибактериальная терапия - препараты выбора - макролиды в течение 5-7 дней.

Противокашлевые препараты центрального действия.

5. 1. Изоляция заболевших на 25 дней.

2. Контактные, в возрасте до 7 лет, не болевшие и не привитые, при отсутствии у них кашля - подлежат разобщению на 14 дней от момента последнего контакта с заболевшим.

3. Специфическая профилактика - вакцинация (3-кратная с интервалом 1,5 месяца и последующей ревакцинацией через 1-1,5 года после окончания вакцинации).

ОК-4, ОПК-8, ПК-8, ПК-9

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 75

Мальчик 4 лет болен второй день. Заболел остро с повышения температуры, снижения аппетита, боли при жевании, слабости. В первый день заболевания появилась припухлость и болезненность в околоушной области слева, а на следующий день и справа. Температура поднялась до 37,8°C.

Вакцинация: БЦЖ в роддоме, в дальнейшем родители отказывались от проведения прививок. Перенесенные заболевания: ОРЗ 3 раза в год.

Эпиданамнез: детский сад посещает.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Мальчик правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы физиологической окраски, чистые. В околоушной области с обеих сторон отмечается припухлость, пальпируется увеличенная до 2,5 см околоушная слюнная железа тестоватой консистенции. Кожа над припухлостью физиологической окраски, напряжена, подкожная клетчатка отечная. Губы сухие. Дыхание везикулярное, ЧДД – 26 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС – 102 в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, паренхиматозные органы не увеличены. Стул и диурез без особенностей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назовите методы медикаментозного лечения детей с данной инфекцией.

Укажите средства этиотропной терапии и показания к применению.

5. Назовите план противоэпидемических мероприятий.

Эталон ответа к задаче № 75

1. Эпидемический паротит, типичная форма, лёгкой степени тяжести.

2. Диагноз поставлен на основании эпидемиологических данных: отсутствие вакцинации; клинических данных с выделением основных характерных синдромов: интоксикационного синдрома (повышением температуры до 37,8 °С, снижение аппетита, слабость), синдрома поражения железистых органов (первые симптомы с появления

болевых ощущений в области околоушной слюнной железы, боли при жевании, увеличение слюнной железы с тестоватой консистенцией слева, а затем справа).

О лёгкой форме заболевания свидетельствует незначительная выраженность интоксикации, субфебрильная лихорадка, умеренная выраженность местных изменений и отсутствие поражения центральной нервной системы и осложнений.

3. Методами диагностики являются:

- серологический (ИФА, РСК, РТГА) для идентификации специфических антител к возбудителю;

- молекулярно-биологический (ПЦР) для идентификации возбудителя, в том числе с атипичными формами заболевания,

- гематологический для уточнения остроты воспалительной реакции (лейкопения, лимфоцитоз, СОЭ не изменена).

Ребёнок не вакцинирован, отсутствует наличие чёткого контакта с больным, что требует обязательного проведения ИФА-диагностики (выявление Ig M) и ПЦР (выявление РНК).

4. Методами медикаментозного лечения являются: средства этиотропной терапии, патогенетическая терапия, включая глюкокортикоиды, средства симптоматической терапии, средства иммунотерапии и иммунокоррекции.

Средства этиотропной терапии:

1) интерфероны: Интерферон альфа (Виферон, Генферон) – показания: при средней и тяжёлой степени тяжести, протекающей с осложнениями.

2) другие иммуностимуляторы:

- Тилорон (Амиксин) – показания: при средней и тяжёлой степени тяжести, протекающей с осложнениями (противопоказан детям до 7 лет),

- Анаферон детский – показания: клинические проявления эпидемического паротита (противопоказан детям до 1 месяца).

Учитывая лёгкую форму заболевания у пациента 2 лет 1 месяца, с этиотропной целью ребёнку показан Анаферон.

5. При выявлении больного эпидемическим паротитом необходимо направить экстренное извещение в государственный санитарно-эпидемиологический надзор. За лицами, общавшимися с больными эпидпаротитом, устанавливается медицинское наблюдение в течение 21 дня с момента выявления больного. Проводится ежедневный осмотр контактных лиц в целях активного выявления и изоляции лиц с признаками заболевания. Вакцинация против эпидпаротита проводится в течение первых 96 часов с момента выявления больного следующим лицам: лицам, не болевшим эпидпаротитом, не привитым, не имеющим сведений о прививках против эпидпаротита, а также привитым против эпидпаротита однократно.

ОК-4, ОПК-8, ПК-8, ПК-9

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 76

Мальчик 4,5 лет заболел остро: температура - 38,5°C, кашель, насморк, конъюнктивит. В последующие дни катаральные явления усилились, появилась светобоязнь, температура в пределах 38-38,5°C. На слизистой оболочке внутренней поверхности щёк, в области малых коренных зубов мама заметила мелкие пятнышки серовато-белого цвета. На 4-й день болезни отмечался новый подъём температуры до 39°C, появилась розовая сыпь на лице, за ушами, затем сыпь распространилась на туловище. Ребёнок стал вялым, отказывался от еды. Обратились к врачу-педиатру участкового.

Эпиданамнез: ребёнок посещает детский сад, не привит в связи с отказом родителей.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, температура - 38,8°C, сонлив. Лицо бледное, одутловатое, веки отёчные, склерит, конъюнктивит, светобоязнь, слезотечение, слизистые выделения из носа. На коже лица, туловища обильная розовая пятнисто-папулёзная сыпь, местами сливная. Кашель влажный, частота дыхания 26 в минуту. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Зев диффузно гиперемирован, слизистая разрыхлена. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Стул оформленный. Мочеиспускание в норме.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования для верификации данного заболевания.
4. Составьте план лечения данного больного.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Эталон ответа к задаче № 76

1. Корь, типичная, средней степени тяжести.
2. Диагноз «корь» установлен на основании жалоб (фебрильная температура, кашель, насморк, конъюнктивит), выделения основных синдромов: интоксикационный, синдром поражения респираторного тракта (катаральный синдром), синдром поражения глаз, синдром экзантемы, патогномоничного признака - пятна Бельского-Филатова-Коплика. Не вакцинирован против кори.

Типичность кори поставлена на основании смены периодов: катаральный, период высыпаний; этапность высыпаний, срок и появление сыпи (4 день от начала заболевания).

3. Для подтверждения диагноза необходимо:
 - ☐ серологический метод (ИФА) - IgM к вирусу кори;
 - ☐ определение IgG в двух сыворотках крови (на 4-5 день с момента появления сыпи и через 10-14 дней от даты взятия первой пробы) - обследование в рамках активного эпидемиологического надзора;
 - ☐ молекулярно-биологический (ПЦР) - для идентификации возбудителя, определение РНК вируса;
 - ☐ гематологический метод - для уточнения остроты воспалительной реакции.

4. 1. Постельный режим на период лихорадки.
2. Полноценное питание по возрасту. Обильное, дробное питьё.
3. Симптоматическая терапия: жаропонижающие препараты при температуре выше 38,5° С, отхаркивающие препараты в возрастных дозировках.

5. При выявлении больного корью необходимо направить экстренное извещение в государственный санитарно-эпидемиологический надзор. За лицами, общавшимися с больными корью, устанавливается медицинское наблюдение в течение 21 дня с момента выявления больного. Проводится ежедневный осмотр контактных лиц в целях активного выявления и изоляции лиц с признаками заболевания. Проводится иммунизация против кори лицам, не болевшим корью, не привитым, не имеющим сведений о прививках против кори, а также привитым против кори однократно. Иммунизация против кори проводится в течение первых 72 часов с момента выявления больного, сроки иммунизации могут продлеваться до 7 дней.

Детям, не привитым против кори, не позднее 5 дня с момента контакта с больным вводится противокоревой иммуноглобулин.

Детям, получившим прививки в рамках национального календаря профилактических прививок, в сыворотке крови которых не обнаружены специфические антитела, проводятся дополнительно прививки.

ОК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 77

Девочка 14 лет жалуется на выраженную боль в горле, слабость, повышение температуры. Болеет 3 день. Лечилась местными антисептическими средствами и жаропонижающими препаратами.

Кожные покровы бледные, чистые, обычной влажности, температура тела 39,8 °С. Гиперемия слизистой оболочки глотки. Миндалины покрыты белыми налетами, исходящими из лакун, не распространяющимися на небные дужки, легко снимаются шпателем. Определяется увеличение подчелюстных, верхних шейных лимфатических узлов.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 112 г/л, лейкоциты – $15,0 \times 10^9/л$, эозинофилы – 4%, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 61%, лимфоциты – 28%, моноциты – 10%, СОЭ – 24 мм/час.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Составьте план лечения пациента.
5. Составьте план обследования пациента.

Эталон ответа к задаче № 77

1. Лакунарная ангина.
2. Дифтерия глотки, ангина Симановского-Венсана, скарлатина, заглоточный абсцесс.
3. Диагноз установлен на основании:
 - жалоб (боль в горле, острое начало, повышение температуры),
 - данных осмотра (выраженные явления интоксикации (температура 39,8 °С), гиперемия слизистой оболочки глотки, миндалины покрыты белыми налетами, не распространяющимися на небные дужки, налеты легко снимаются шпателем, регионарный лимфаденит).
4. 1. Постельный режим на период лихорадки.
2. Обильное, дробное, теплое питье.
3. Механически, химически, термически щадящая диета.
4. Антибактериальная терапия (эмпирически препаратами выбора являются защищенные пенициллины) на 10 дней.
5. Антигистаминные препараты.
6. Местные антисептические/антибактериальные препараты (орошение зева).
7. Жаропонижающие препараты при температуре выше 38,5 °С.
5. 1. Мазок из зева и носа на коринебактерии дифтерии.
2. Мазок из зева на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.
3. ОАК, ОАМ, контроль 2 раза в месяц ОАК, ОАМ в течение месяца, ЭКГ по показаниям.

ОК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 78

Ребенок 1,5 года заболел остро, когда повысилась температура тела до 37,8°С, появилось обильное серозное отделяемое из носа. На следующий день присоединился кашель, к вечеру появилась осиплость голоса, кашель стал грубым, "лающим". Ночью состояние ребенка ухудшилось: кашель участился, голос осипший, появилось шумное дыхание. Утром обратились к врачу-педиатру участкового.

При осмотре: ребенок беспокоен, шумное дыхание с участием вспомогательной мускулатуры (раздувание крыльев носа, втяжение уступчивых мест грудной клетки на вдохе). Температура тела 37,3°C. Голос осипший. Беспокоит частый, грубый, "лающий" кашель. Кожные покровы бледные, чистые, умеренный цианоз носогубного треугольника. Слизистая небных дужек, задней стенки глотки гиперемирована, отечная. Из носа обильное серозно-слизистое отделяемое. Перкуторно над легкими легочный звук, дыхание жесткое, хрипов нет, ЧД – 32 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 130 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать поставленный Вами диагноз?
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Составьте план неотложной помощи на догоспитальном этапе.
5. Составьте план лечения пациента с данной патологией.

Эталон ответа к задаче № 78

1. Острый ларинготрахеит. Стеноз гортани II степени.
2. Дифтерия гортани, инородное тело гортани, обструктивный бронхит, эпиглоттит, заглоточный абсцесс.
3. Диагноз «острый ларинготрахеит» установлен на основании:
 - анамнеза (данное состояние возникло на фоне вирусной инфекции),
 - жалоб (осиплость голоса, «лающий»; кашель, шумное дыхание),
 - данных объективного осмотра (инспираторная одышка, отсутствие сухих свистящих хрипов при аускультации).Диагноз стеноза установлен на основании:
 - жалоб (внезапное ухудшение состояния в ночное время, шумное дыхание с участием вспомогательной мускулатуры),
 - данных объективного осмотра (инспираторная одышка, отсутствие коробочного звука при перкуссии и сухих, свистящих хрипов при аускультации).Степень стеноза гортани установлена на основании:
 - анамнеза (признаки стеноза появились ночью, в покое),
 - данных осмотра (втяжение уступчивых мест грудной клетки и раздувание крыльев носа на вдохе в покое, инспираторная одышка).
4. Вызвать бригаду СМП для госпитализации ребёнка. Влажные паровые ингаляции.

Ингаляционные глюкокортикостероиды через небулайзер (например, суспензии Будесонида) с маской в дозе 0,5 мг (1 мл) в 1,0 мл 0,9% раствора Натрия хлорида в течение 5-8 минут однократно. Через 15 минут оцениваются симптомы стеноза.

Вымыть лицо ребёнку и прополоскать рот.

5. 1. Щадящий голосовой режим.
2. Обильное, дробное, тёплое питье.
3. Термически, химически, механически щадящая пища.
4. При сохраняющихся признаках стеноза гортани повторные ингаляции глюкокортикостероидов через небулайзер.
5. Антибактериальная терапия не эффективна и не показана.
6. Симптоматическая терапия (деконгестанты в нос, орошение зева растворами антисептиков).

ОК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11

Раздел №6 «Детская хирургия»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

В клинику поступил ребёнок 10 лет с жалобами на боли в верхней трети правого бедра, ограничение функции нижней конечности, высокую температуру тела до 39°C.

Известно, что 4 дня назад ребёнок упал, при этом ударился правым бедром о бордюр. В травмпункте рентгенологически исключён перелом бедра и установлен диагноз: ушиб мягких тканей бедра. Через сутки появилась высокая температура, боли при движении, на вторые сутки - умеренный отёк мягких тканей в верхней трети правого бедра. Лечился амбулаторно: применялись компрессы, жаропонижающие и обезболивающие препараты.

Ребёнок 1 в семье, доношенный, рос и развивался по возрасту. Аллергологический анамнез не отягощен. Семейный анамнез: родители здоровы.

При осмотре ребёнок жалуется на выраженные боли в правом бедре, находится в вынужденном положении на спине, правая нижняя конечность согнута в коленном и тазобедренном суставах, ротирована наружу. Объём в/3 правого бедра на 3 см больше левого, кожа над ним обычной окраски. При пальпации и перкуссии отмечается болезненность в/3 правого бедра. Активные и пассивные движения в правом тазобедренном суставе резко ограничены из-за болей. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, ЧСС - 98 в 1 мин. В легких дыхание проводится по всем полям, жестковатое, хрипов нет, ЧДД - 36 в 1 мин. Печень +1,5 см, селезенка не увеличена.

Общий анализ крови: Нв - 100 г/л, эр. - $3,2 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,95, L. - 28 x 10%, п/я - 27%, с/я - 68%, э. - 5%, лимф. - 10%, мон. - 5%, СОЭ - 50 мм/час.

Общий анализ мочи: уд. вес - 1020, белок - нет, л. - 5-6 в п/з, эр. - нет.

Биохимический анализ крови: Общий белок - 68 г/л, альбумины - 46%, глобулины - 54% (А1 - 4%, а₂ - 10%, (З - 15%, у - 25%), АлАТ - 0,56 ед., АсАТ - 0,3 ед., амилаза - 40 ед/л., общий билирубин - 18 мкмоль/л, реакция прямая.

На R - грамме костей таза, тазобедренных суставов, в/3 бёдер изменений нет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и проведите обоснование диагноза.
2. Какие факторы у детей предрасполагают к развитию этой патологии?
3. Укажите основные патогенетические механизмы развития, установленного вами заболевания.
4. Какие инструментальные и не инструментальные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
5. Составьте план лечения.

Эталон ответов к задаче №1

1. Острый гематогенный остеомиелит (ОГО) верхней трети правого бедра

Диагноз установлен на основании анамнестических сведений (травма 4 дня назад, динамика заболевания), наличия локальных изменений - боли, ограничения функции, признаков местной воспалительной реакции (отёк), признаков системной воспалительной реакции (повышение температуры тела, лейкоцитоз со сдвигом влево), интоксикационного синдрома (увеличение печени, тахикардия, слабость), отсутствие травматических повреждений на рентгенограмме.

2. Факторами, предрасполагающими к развитию данной патологии, являются анатомо-физиологические особенности опорно-двигательного аппарата (кровоснабжение длинных трубчатых костей), реактивность и сенсibilизация детского организма, наличие очага инфекции и других провоцирующих факторов (например, травмы).

3. Особенности кровоснабжения метаэпифизарных зон длинных трубчатых костей + инфекционный эмбол эндо-и периваскулярная воспалительная реакция повышение

внутрикостного давления и некроз тканей + синдром системного воспалительного ответа.

4. Рентгенография тазобедренных суставов, бедренных костей, пункция мягких тканей, пункция в/3 правой бедренной кости, остеотонометрия, макроскопическое, цитологическое и бактериологическое исследование пунктата - содержимого костномозгового канала.

5. Кратковременная предоперационная подготовка, адекватная санация очага хирургической инфекции (кортикальная резекция подвертельной зоны бедренной кости, вскрытие флегмоны костно-мозгового канала, установка микроирригаторов в костномозговой канал в/3 и туннелизация шейки бедренной кости с установкой микро ирригатора, дренирование поднадкостничной, межмышечной флегмон), скелетное вытяжение правой нижней конечности на шине Беллера, комплексная терапия в послеоперационном периоде (антибактериальное, дезинтоксикационное, иммуномодулирующее, витаминное лечение, физиотерапия, введение антибиотиков внутрикостно).

ОК-4, ОК-5, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

На прием к педиатру обратилась мать с 5-тилетним ребенком с жалобами на повторную рвоту с кровью, стул черного цвета, нарушение самочувствия. Со слов матери указанные жалобы появились 2 суток назад.

В анамнезе: ребёнок второй в семье, доношенный. После родов в течение 7 суток отмечалось кровотечение из пупочной ранки. С 2-х месячного возраста педиатром у ребенка выявлено увеличение живота в объеме, увеличение селезёнки, страдает метеоризмом. Ребенок находился под наблюдением педиатра в течение всего периода.

Семейный анамнез: мать перенесла ОРВИ в первой половине беременности.

При осмотре: выражена бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения, тахикардия до 120 ударов в минуту, АД 80/50 мм рт. ст., тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень в пределах нормы, селезенка + 5 см из-под рёберной дуги.

Общий анализ крови: Нв 75 г/л, эр. $2,0 \cdot 10^{12}/л$, ЦП 0,9, L. $4,5 \cdot 10\%$, п/я 3%, с/я 60%, э. 3%, лимф. 21%, мон. 7%, СОЭ 10 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачная, pH 6,0, уд. вес 1018, белка нет, л. 2-3 в п/з, эр. нет.

Биохимический анализ крови: общий белок 74 г/л, альбумины 44%, глобулины 56% (оц - 4%, а₂ - 12%), р - 12%, у - 28%), щелочная фосфатаза 70 ед./л, АлАТ 0,15 ед., АсАТ 0,2 ед., амилаза 30 Ед/л., тимоловая проба 3 ед., общий билирубин 12 мкмоль/л, реакция прямая.

УЗИ органов брюшной полости: печень незначительно уменьшена в размерах, паренхима гомогенная, эхогенность обычная. В проекции портальной вены имеется множество мелких сосудов разного калибра.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, проведите обоснование диагноза.
2. Что явилось причиной данной патологии? Какие морфологические формы заболевания Вы знаете?
3. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.
4. Оцените степень кровопотери. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
5. Составьте план лечения ребёнка. Что является показанием к хирургическому лечению при данной патологии?

Эталон ответов к задаче №2

1. Внечепечечный блок порталъного кровобращеия на фоне кавернозной трансформации воротной вены, синдром порталъной гипертензии, декомпенсированная стадия, пищемерно-желудочное кровотечение, геморрагический шок 2 степени, постгеморрагическая анемия 2-3 степени.

Диагноз поставлен на основании наличия рвоты с кровью, мелены, нарушений центральной гемодинамики (кровотечение из ЖКТ, шок), признаков спленомегалии, наличия деформации воротной вены.

2. Врожденная аномалия воротной вены. Внечепечечная (под- и надпечечечная) и внутрпечечечная формы.

3. При поступлении - оценить состояние ребенка с целью выявления признаков шока. При наличии признаков шока - противошоковые мероприятия с своевременной диагностикой источника кровотечения (ФГС), гемостатической терапией.

4. Анализ крови: постгеморрагическая анемия.

УЗИ: наличие трансформации воротной вены (отсутствие магистрального ствола). Дополнительные методы исследования: ФГС, доплерография, спленопортография, спленопортомонометрия

5. Консервативная гемостатическая терапия, коррекция гомеостаза, плановая операция. Наличие кровотечения является показанием к оперативному лечению (декомпенсация) системному порто-кавальному шунтированию.

Показанием к экстренной операции является неэффективность консервативной гемостатической терапии в течении 12-24 часов (признаки продолжающегося (или) рецидивирующего интенсивного кровотечения).

ОК-4, ОК-5, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

У ребёнка в первые часы после рождения появилась рвота с желчью. Через 16 часов отмечена повторная рвота грудным молоком с примесью желчи. Меконий не отходил.

В **анамнезе**: ребёнок от I беременности, протекавшей на фоне преэклампсии, в ранние сроки беременная находилась на сохранении, отмечалось многоводие, роды на 38 неделе гестации, масса тела - 3200г. оценка по шкале Апгар - 8-9 баллов.

При **осмотре**: кожные покровы бледновато-розовые, чистые. Живот несколько увеличен в размерах за счет верхних отделов, в нижних - запавший, "ладьевидный". Зонд свободно проходит в желудок. Содержимое последнего - створоженное молоко с желчью.

УЗИ органов брюшной полости: Желудок и 12-типерстная кишка расширены, заполнены газом и жидким содержимым. Кишечник не лоцируется.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.

2. Укажите факторы, влияющие на возникновение данной патологии и этапы её формирования (эмбриогенез).

3. Дайте обоснование необходимости проведения рентгенологического обследования и укажите характерные рентгенологические признаки данной патологии.

4. Укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.

5. Определите лечебно-диагностические мероприятия на этапах оказания медицинской помощи (родильный дом, стационар).

Эталон ответов к задаче №3

1. Диагноз: Патология внутриутробного развития. Врожденная высокая кишечная непроходимость.

Диагноз поставлен на основании: - данных анамнеза (ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне преэклампсии, в ранние сроки беременности роженица находилась на сохранении, отмечалось многоводие; через 3 часа после рождения появилась рвота с желчью. Через 6 часов отмечен - повторная рвота грудным молоком с примесью желчи, отсутствие мекония), - данных объективного осмотра (кожные покровы бледновато-розовые чистые, живот несколько увеличен в размерах за счет верхних отделов, в нижних - запавший, «ладьевидный»), - данных УЗИ органов брюшной полости (желудок и 12-ти перстная кишка расширены, заполнены газом и жидким содержимым) можно поставить диагноз: «Врожденная высокая кишечная непроходимость».

2. Формирование ВКН происходит на ранних этапах (2-12 нед.). внутриутробного развития ЖКТ: под влиянием различных тератогенных факторов (эндо-, экзогенных, мультифакторных) нарушается эмбриогенез первичной кишечной трубки. Нарушение развития первичной кишечной трубки в различные периоды (пролиферации, вакуолизации, канализации) определяет развитие ВКН по внутреннему типу атрезия, стеноз, мембрана кишечника. Нарушение нормального поворота кишечника определяет наружный тип ВКН.

3. Рентгенологическое обследование необходимо провести с целью диагностики ВНР ЖКТ как наиболее информативный метод исследования (наличие 2-х чаш Клойбера на обзорной рентгенографии брюшной полости свидетельствует о высокой кишечной непроходимости).

4. Необходимо дифференцировать с:- пилороспазмом при перинатальном поражении ЦНС,- синдромом вегето-висцеральных нарушений ЖКТ при сепсисе,- грыжей пищеводного отверстия диафрагмы,- халазией и атрезией пищевода,- врожденной низкой кишечной непроходимостью, атрезией пищевода.

5. В родильном доме:- прекратить кормление ребенка,- ввести зонд в желудок, удалить содержимое,- профилактика аспирационных осложнений (возвышенное положение шовного отдела туловища, постоянный зонд в желудок),- оптимальные условия кувеза,- профилактика геморрагической болезни - в/м ввести 1% р-р викасол, 2мл,- согласовать и обеспечить срочный перевод новорожденного в клинику детской хирургии в оптимальных условиях транспортировки бригадой РКЦ.

В клинике детской хирургии:

а) Предоперационная подготовка:- оптимальные условия кувеза,- оставить зонд для декомпрессии желудка и 12-ти перстной кишки,- лабораторные исследования (группа и резус-фактор крови, развернутый анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи),- рентгенологическое обследование,- регидрационная инфузионная терапия (глюкозо-солевые растворы. плазма, альбумин),- превентивное введение антибиотиков парентерально,- профилактика и лечение аспирационных осложнений,- профилактика и лечение геморрагической болезни новорожденных.

б) Хирургическое лечение.

в) Комплексная терапия в послеоперационном периоде в условиях стационарного отделения с респираторной, инотропной поддержкой, выхаживание.

ОК-4, ОК-5, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

У новорожденного с массой тела 3250г., с оценкой по шкале Апгар 6-7 баллов с момента рождения отмечены: акроцианоз, цианоз носогубного треугольника,

значительное скопление пенистой, вязкой слизи в полости рта, носовых ходах, нарастает одышка, на расстоянии слышны хрипы.

В анамнезе: 4-я беременность, 2-е роды, 2 мед. аборта. Данная беременность с угрозой прерывания в 1 половине, обострением хронического пиелонефрита. Роды в срок, без особенностей.

При осмотре: состояние тяжелое, ЧД 72 в минуту, в дыхании принимает участие вспомогательная мускулатура. В лёгких - жёсткое дыхание, влажные хрипы, тоны сердца приглушены, ЧСС 128 в минуту, живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Классификация заболевания.
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику.
5. Укажите лечебно - тактические мероприятия на этапах оказания медицинской помощи (родильный дом, транспортировка, стационар) и мероприятия по реабилитации.

Эталон ответов к задаче №4

1. Патология внутриутробного развития. Атрезия пищевода, свищевая форма.

Диагноз поставлен на основании данных анамнеза и объективного осмотра: беременность с угрозой прерывания в I половине, обострением хронического пиелонефрита; с рождения отмечаются акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, значительное скопление пенистой, вязкой слизи в полости рта, носовых ходах, нарастает одышка, на расстоянии слышны хрипы, состояние тяжелое за счёт острой дыхательной недостаточности (цианоз, одышка), в лёгких - жёсткое дыхание, влажные хрипы.

2. Этиопатогенез атрезии пищевода: развитие пороков пищевода происходит на ранних этапах (2-12 нед.) эмбриогенеза. Под влиянием различных тератогенных факторов (эндо-, экзогенных, мультифакторных) нарушается образование пищевода и трахеи, бронхов из начального отдела первичной кишечной трубки - неполное разделение вентральной (абдоминальной) и дорсальной её частей, что приводит к формированию трахео-пищеводного соустья. Образование несвищевой формы атрезии пищевода связано с нарушением формирования просвета первичной кишечной трубки (отсутствие стадии реканализации).

3. Классификация атрезии пищевода:- свищевая и несвищевая формы.

Выделяют 6 основных вариантов атрезии пищевода. Наиболее частая форма атрезии пищевода - нижний трахео-пищеводный свищ и слепой проксимальный отдел пищевода.

4.

- Пренатальная УЗИ - диагностика (на 20-24-30 неделе беременности) - многоводие, отсутствие пневматизации желудка и кишечника

- Постнатально: клинические симптомы РДС, аспирационных осложнений (асфиксии, пневмонии), наличие слизи в ротоглотке; зондирование пищевода, желудка (установление препятствия на уровне пищевода) проведение пробы Элефанта (введение 10мл воздуха шприцем в зонд). Проба положительная - воздух с шумом выходит обратно через нос и рот ребенка, не проходит в желудок рентгенологическое обследование в вертикальном положении ребенка с контрастированием пищевода водорастворимым Rg-контрастным веществом. Задержка контрастного вещества в виде «слепого мешка» и наличие воздуха в желудке и кишечнике характерны для атрезии пищевода с нижним трахео-пищеводным свищом.

5. А) В родильном доме: Удаление слизи из ротоглотки с помощью электроотсоса, резиновой груши, шприца. восстановление проходимости дыхательных путей, интубация трахеи, санация трахео- бронхиального дерева. Обеспечение адекватной респираторной

поддержки (оксигенотерапия под мониторинговым контролем сатурации, ЧСС, ЧДД, АД, t°, газов крови)- Удаление слизи из проксимального отдела пищевода, ротоглотки каждые 10-15 минут через зонд введенный в этот отдел. Создание оптимальных условий микроклимата (кувез). Возвышенное положение головного отдела туловища. Профилактика и лечение аспирационной пневмонии (антибиотикотерапия). Профилактика геморрагического синдрома (викасол). Согласовать и организовать перевод ребенка в клинику детской хирургии бригадой врачей РКЦ.

Б) Транспортировка новорожденного средствами РКП,: в транспортном кувезе с приподнятым головным концом; регулярная аспирация слизи из рото-носоглотки; ингаляция кислорода; при нарастании дыхательной недостаточности - проведение интубации трахеи и ИВЛ; предупреждение гипотермии новорожденного.

В) В клинике детской хирургии:

Предоперационная подготовка: Создание оптимальных условий микроклимата (кувез). Рентгенологическое обследование в вертикальном положении ребёнка с контрастированием пищевода водорастворимым Rg-контрастным веществом.

Проведение общих клинических анализов крови и мочи б/химический анализ крови: Определение группы и резус-фактора крови ребенка; Инфузионная терапия (глюкозо-солевые растворы, криоплазма); парентеральное питание.

Профилактика и лечение геморрагических и аспирационных осложнений (назначение викасола в/м 1% раствор 0,2мл, антибиотики); Хирургическая коррекция порока пищевода. Комплексная терапия в послеоперационном периоде в условиях реанимационного отделения с респираторной, инотропной поддержкой, выхаживание.

ОК-4, ОК-5, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5

В приемный покой ДСО доставлен ребенок 1 месяца с массой 4000 г.

В анамнезе: ребенок заболел три недели назад – отмечался жидкий стул с зеленью, слизью и прожилками крови. Находился на лечении в детском инфекционном отделении по поводу кишечной инфекции. Выписан по просьбе родителей с улучшением, с рекомендациями амбулаторного лечения. Состояние ребенка ухудшилось два дня тому назад – появилось беспокойство, вздутие живота, отсутствует стул, не отходят газы, была 3-х кратная рвота с примесью желчи, температура до 37,8°-38,5°С.

При осмотре: состояние больного очень тяжелое: вялый, кожные покровы с серым оттенком, акроцианоз, температура тела 38,0°С, ЧД – 58 в минуту, ЧСС – 180 в минуту, отмечается выраженное увеличение объема живота, расширение венозной сети (подкожных сосудов) передней брюшной стенки, кожа «глянцевидная», имеется отек передней брюшной стенки, наружных половых органов, при пальпации живот напряжен, болезненный во всех отделах, перкуторно над брюшной полостью – тимпанит.

Ректально: в ампуле прямой кишки – слизь с примесью крови, определяется нахождение стенки прямой кишки.

Лабораторные показатели: Общий анализ крови: Нв - 96 г/л, эр. - $98 \times 10^{12}/л$, L. - $24 \times 10\%$, п/я - 28%, с/я - 56%, лимф. - 12%, мон. - 1%, миел. – 2, пл. – 1, СОЭ - 15 мм/час.

Биохимический анализ крови: Общий белок - 50 г/л, К -3 мэкв/л, Na - 130мэкв/л, Cl – 80 мэкв/л, мочевины – 12 ммоль/л, билирубин - 44мкмоль/л, реакция непрямая, АлАТ - 1,21 ед., АсАТ - 1,21 ед.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Укажите стадии течения данной патологии.
4. Диагностика и дифференциально-диагностический алгоритм данного заболевания.

5. Определите метод лечения. Назначьте инфузионную терапию на сутки с учетом того, что ребенок не получает энтеральное питание.

Эталон ответов к задаче № 5

1. Диагноз: Некротически-язвенный энтероколит (4 стадия), перфоративный перитонит. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза, жалоб, результатов клинического обследования (общего и локального статусов), лабораторных исследований.

2. Этиопатогенез: в развитии некротически-язвенного энтероколита (НЭК) придаётся важное значение многим факторам (инфекционному, гемодинамическому, гипоксии, недоношенности, родовой стресс-реакции, ЗВУР, алиментарному). В патогенезе НЭК ведущую роль играют циркуляторные, воспалительные изменения в стенке кишечника с развитием дизбактериоза, обменно-метаболических нарушений и синдромов транслокации, системного воспалительного ответа организма. Развитие деструктивных изменений в стенке кишки приводит к некрозу и перфорации кишечника, перитониту. В патогенезе перфоративного перитонита важными факторами нарушений гомеостаза являются интоксикация, микроциркуляторные, волевические, гидро-ионные сдвиги, гипоксия тканей, обменно-метаболические изменения, развитие дисфункции органов и систем и синдрома полиорганной недостаточности.

3. Стадии течения НЭК:

I стадия - продромальная, II стадия - клинических проявлений, III стадия – предперфорации, IV стадия - перфорации, перитонита.

4. Диагностика: Обзорная рентгенография брюшной полости в вертикальном положении (при перфорации - свободный газ в виде серпа в поддиафрагмальном пространстве, чаши Клойбера, возможен – пневмогидроперитонеум)

Дифференциальная диагностика:

а) острая очаговая пневмония: боли в животе за счёт вовлечения в воспалительный процесс межрёберных нервов грудной стенки, париетальной плевры и передней брюшной стенки. Интоксикация, рвота, парез кишечника на фоне респираторных нарушений: кашель, одышка, раздувание крыльев носа, втяжение межреберных промежутков (ДН) при перкуссии - укорочение перкуторного звука, жёсткое дыхание. Рентгенологические данные: очаговые тени, усиление лёгочного рисунка. Общий анализ крови: лейкоцитоз, ускоренное СОЭ. При проведении шейной вагосимпатической блокады по Вишневскому на стороне поражения, живот становится доступен для пальпации, а при перитоните боли, напряжение брюшной стенки сохраняются.

б) острая дизентерия: частый стул, тенезмы, боли в животе, интоксикация, гемоколит. На рентгенограмме брюшной полости отсутствие признаков пневмогидроперитонеума.

в) сальмонеллёз: характер стула зловонный, цвета болотной тины, повышение температуры, боли в животе, живот вздут, мягкий, нет симптомов раздражения брюшины и пневмогидроперитонеума.

г) инвагинация кишечника: острое начало, схваткообразные боли в животе, стул по типу малинового желе», пальпаторно определяется инвагинат.

5. Обоснование проведения инфузионной терапии (ИТ): исходя из: патогенеза НЭК IV стадии, осложнённого перфоративным перитонитом, ИТ необходима целью дезинтоксикации, устранения гиповолемии и электролитных нарушений, сдвигов в кислотно-основном балансе, обменно-метаболических нарушений, а также с целью парентерального питания.

Объём ИТ определяется с учётом:

- физиологической суточной потребности в жидкости (мл/кг массы тела), и основных электролитов (K, Na),

- патологических потерь (исходных и текущих) за счёт рвоты, застойного содержимого в желудке, кишечника, одышки, гипертермии, пареза кишок и жидкого стула.

Объём суточной ИТ = объём физиологической потребности + объём исходных патологических потерь + объём текущих патологических потерь.

Физиологические потребности в жидкости и электролитах рассчитываются по таблице Абердина.

Для ребёнка 1 месяца с массой тела 4000г. объём физиологических потребности в жидкости на сутки составит: $160(\text{мл.}) \times 4 (\text{кг.}) = 640(\text{мл}) - V_{\text{сут}}$.

$V_{\text{патол. потерь}}$:

а) $10(\text{мл.}) \times 4 (\text{кг.}) = 40(\text{мл})$ (за счёт рвоты);

б) $10: \text{п.} \times 4 (\text{кг.}) = 40(\text{мл})$ (за счёт гипертермии);

в) $10(\text{мл.}) \times 4 (\text{кг.}) = 40(\text{мл})$ (за счёт пареза кишок II степени)

Итого $V_{\text{сут ИТ}} = 640 \text{ мл.} + 120 \text{ мл.} = 760 \text{ мл.}$

В предоперационный период объём ИТ составит 1/3 от суточной потребности ребёнка (280мл.).

Состав ИТ - коллоиды и кристаллоиды в соотношении 1:2.

ОК-4, ОК-5, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6

Во время врачебного патронажного осмотра месячного ребёнка у него обнаружены опрелости в паховых областях.

В анамнезе: ребёнок от III беременности, II родов (вторая беременность закончилась выкидышем). Во время беременности было поперечное положение плода. Родоразрешение операцией кесарева сечения. Вес при рождении 2500г. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Из роддома девочка выписана в удовлетворительном состоянии.

При осмотре: тонус мышц конечностей повышен. В паховых областях имеются опрелости, более выраженные слева, отмечается наружная ротация левого бедра, отведение его в левом тазобедренном суставе значительно меньше, чем справа (слева 45° , справа 75°), бедренных складок слева 4, они глубже и длиннее, располагаются выше, чем складки правого бедра (справа - 3), половая щель скошена, симптом щелчка отсутствует с обеих сторон.

Рентгенография тазобедренных суставов: Ацетабулярный угол слева - 40° , расстояние d слева - 2,5 см., расстояние h слева - 0,3 см.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какую схему используют для оценки рентгенологического исследования тазобедренных суставов?
3. Какое лечение необходимо назначить данному ребёнку, учитывая возраст и характер данного заболевания?
4. Назовите показания к хирургическому лечению?
5. Какую консервативную терапию следует назначить после хирургического лечения? Диспансеризация и реабилитация?

Эталон ответов к задаче № 6

1. Дисплазия тазобедренных суставов, подвывих левого бедра.

Диагноз поставлен на основании данных анамнеза и объективного осмотра (ограничение отведения слева, наружная ротация левого бедра, асимметрия складок) и данных рентгенографии.

2. Для облегчения оценки рентгенологического исследования используют схему Хильгенрейнера.

3. Консервативное (широкое пеленание, подушка Фрейка, шины распорки, шина ЦИТО, стремена Павлика, шина Волкова, Виленского и т.д.).

4. Показанием к оперативному лечению является: неудачи раннего вправления функциональными методами, по возрасту – после 1-2 лет, неврастивость вывиха – невозможность вправить вывих бескровным путем из-за анатомических препятствий даже у детей младшей возрастной группы (высокий вывих, артрогрипотические вывихи), рецидивы вывиха, нестабильность, остаточные подвывихи, децентрации,

недостаточность крыши суставной впадины, двусторонний вывих – показана операция с 1-2 лет до 9-10 лет, в более старшем возрасте только при очень строгом индивидуальном отборе.

5. «Ранняя функция, поздняя нагрузка». Фиксация оперированной конечности после операции чаще всего осуществляется гипсовой полуторной кокситной повязкой (повязка полностью фиксирует таз, оперированную конечность и до коленного сустава здоровую). Срок фиксации в зависимости от вида операции и возраста ребенка колеблется от 2-х недель до месяца, иногда больше. ЛФК, физиолечение, по снятии фиксирующей повязки начинается активный период разработки функции сустава: укладка конечности в функционально выгодном положении, в положении возможного сгибания, разгибания, отведения, назначается пассажа.

ОК-4, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7

Мальчик 6 лет амбулаторно получал лечение по поводу ОРВИ, но на 5-е сутки стало быстро ухудшаться состояние, стал менее активным, снизился аппетит, появились боли в левой половине грудной клетки, одышка, повысилась температура до 38,4°. Осмотрен врачом скорой помощи и направлен в пульмонологическое отделение.

В анамнезе развития - дважды болел ОРВИ. Семейный анамнез не отягощен.

Объективно: состояние тяжелое, в сознании, активность снижена, физическое развитие соответствует возрасту. Кожные покровы несколько бледноваты, с умеренным цианозом. Язык влажный, глотание не нарушено. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см, селезёнка не увеличена. Диурез не нарушен.

Местно: Грудная клетка обычной формы, левая половина отстаёт в дыхании, при перкуссии слева ниже 6-го ребра по средне-подмышечной линии - притупление, ниже которого дыхание не прослушивается, а выше - дыхание жестковатое, влажные хрипы, справа в небольшом количестве выслушиваются также влажные хрипы, ЧД - 54 в 1 минуту. Границы сердца смещены вправо, тоны несколько приглушены, небольшой акцент II-го тона над легочной артерией, пульс - 120 ударов в минуту.

Общий анализ крови: эр. - $3,83 \times 10^{12}/л$, НЬ - 120 г/л, Ц.п. - 0,95; л. - $12,7 \times 10\%$; баз. - 2%; э.-1%; п/я - 20%; с/я - 48%; лимф.- 25%; мон.- 4%; токсическая зернистость нейтрофилов; СОЭ - 36 мм/час; тромбоциты - $210 \times 10^9/л$.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-жёлтый, прозрачная, плотность - 1018, белок - нет, сахар - нет, лейкоциты - 1-2 в п/зр., соли - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 54 г/л, альбумины - 48%, глобулины - 52%, фибриноген - 2 г/л. Калий - 3,5 ммоль/л; натрий - 131 ммоль/л; кальций - 2,1 ммоль/л; хлориды - 96 ммоль/л; мочеви́на - 3,2 ммоль/л; амилаза - 10 Ед/л; общий билирубин - 13,8 мкмоль/л; прямая фракция, сахар - 3,2 ммоль/л.

Рентгенография грудной клетки: Корни легких расширены, нечёткие, имеется снижение прозрачности левого лёгкого ниже 6-го ребра по лопаточной линии, синус не визуализируется, средостение смещено вправо.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, проведите его обоснование.

2. Этиопатогенез заболевания.
3. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.
4. Составьте план лечения данного больного.
5. Укажите способ лечения местного процесса?

Эталон ответов к задаче № 7

1. Диагноз: ОГДЛ, острый левосторонний гнойный плеврит, ДН II ст.

На основании: ранее перенесенное ОРВИ, одышки, местного статуса (отставание левого гемиторакса в дыхании, при перкуссии слева, ниже 6-го ребра по средне-подмышечной линии - притупление, ниже которого дыхание не прослушивается, а выдыхание жестковатое, влажные хрипы, смещение границ сердца вправо), лабораторных методов исследования (лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ, токсическая зернистость

2. Микробный токсин - нарушение микроциркуляции (образованием тромбов) - образование очагов гнойной инфекции - гипоксия.

Перегрузка правых отделов сердца - увеличение печени, селезенки.

А. Дыхательная недостаточность.

Б. С-м внутригрудного напряжения. Ателектаз, увеличивается периферическое сопротивление в малом круге кровообращения, депонирование крови со сбросом через артерио-венозные шунты без оксигенации - с-м легочной недостаточности.

3. Опухоли легких и средостения (лимфогрануломатоз, саркома, нейрогенные опухоли и др.) Диафрагмальная грыжа: смещение желудка и петель кишечника в грудную полость ухудшение состояния - одышка - цианоз. На R-грамме - смещение средостения, газовый пузырь в желудке в грудной полости. Ателектаз (инородные тела).

Пороки развития легких (агенезия, гипоплазия, врожденная лобарная эмфизема, бронхоэктазы). Туберкулез.

4. Уменьшение признаков внутригрудного напряжения, определение фактора экссудата, посев на микрофлору и антибиотикограмму, введение антибиотика в плевральную полость.

А. Борьба с интоксикацией и ССН: переливание плазмы, низкомолекулярных кровезаменителей, глюкозо-солевых растворов, сердечных гликозидов, витаминов.

Б. Борьба с гипертермией: физические методы охлаждения, жаропонижающие препараты (парацетамол, ибупрофен)

В. Антибиотики

Г. Улучшение микроциркуляции (трентал, гепарин)

Д. Воздействие на очаг хирургической инфекции:

- восстановление дренажной функции бронхиального дерева (в/м протеолитические ферменты),

- плевральная пункция,

- дренирование плевральной полости при неэффективности пункции,

- поднаркозное раздувание легкого и временная окклюзия бронхов более 7-10 дней.

Е. Оперативное лечение: резекция доли, сегмента, краевая резекция плеврэктомией.

5. Синдром внутригрудного напряжения, пиопневмоторакс, гнилостный, геморрагический, густой гнойно-фибринозный экссудат.

ОК-4, ОК-5, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8

На приём обратилась мать с ребёнком 3 лет, с жалобами на наличие опухолевидного образования в животе.

Из анамнеза известно, что около месяца назад мать заметила изменения в поведении ребёнка: он стал вялым, адинамичным, у него снизился аппетит, периодически отмечались боли в животе, субфебрильная температура.

Ребёнок второй в семье, рос и развивался по возрасту. Прививки сделаны соответственно возрастной схеме. Аллергологический анамнез не отягощен. Семейные анамнез: родители здоровы, у бабушки был рак яичника.

Осмотр: выраженная бледность кожных покровов, тёмные круги вокруг глаз. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 96 в минуту, АД 100/60. Живот увеличен в размерах, деформирован за счёт опухолевидного образования в левой половине живота, на брюшной стенке умеренно выражена венозная сеть. При пальпации опухоль имеет плотную консистенцию, крупнобугристую поверхность, размеры 10 х 15 см, безболезненна, малоподвижна.

Общий анализ крови: НЬ - 108 г/л, эр. - $3,6 \times 10^9$ /л, Ц.п. - 0,8; л. - $6,9 \times 10^9$; п/я - 3×10^9 ; с/я - 63%; э. - 5%; лимф. - 21%; мон. - 8%; СОЭ - 56мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-жёлтый, прозрачная, рН - 6,5, уд. вес 1018, лейкоциты - 4-6 в п/з, эр. - 2-4 в п/з, белок - нет, сахар - нет, соли - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 56 г/л, АсАТ - 0,13 ед., АлАТ - 0,15 ед., амилаза - 32 Ед/л., тимоловая - 3 ед., Вельтмана - 6 пр., билирубин - 8 мкмоль/л; СРБ - (-), мочевины - 6,5 ммоль/л.

Экскреторная урография: выполняется неизменённая полостная система правой почки, мочеточник имеет цистовидное строение, опорожнение удовлетворительное. Слева полостная система почки не контрастируется (снимок прилагается).

Обзорная рентгенография легких - без патологии.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и проведите обоснование диагноза.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Укажите возможные стадии выявленного вами заболевания.
4. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.
5. Составьте план лечения данного заболевания и назовите препараты, используемые для лечения данного заболевания.

Эталон ответов к задаче №8

1. Опухоль левой почки (опухоль Вильмса).

Диагноз обоснован на учёте данных: жалоб (опуховидное образование в брюшной полости) анамнеза (синдром малых онкологических признаков), объективного обследования (увеличение живота в размерах, деформация его за счёт опухолевидного образования, пальпаторно опухоль плотная, бугристая, безболезненная, малоподвижная), экскреторной урографии: (отсутствие функции почки слева).

2. Дополнительные методы исследования: УЗИ органов брюшной полости, нефросцинтиграфия, абдоминальная ангиография, КТ, МРТ, пресакральный ретропневмоперитонеум, пункционная биопсия.

3. Различают 5 стадий опухоли Вильмса:

I стадия $T_1N_0M_0$ - опухоль не выходит за пределы почки и не прорастает собственную капсулу,

II стадия $T_2N_0M_0$ - опухоль выходит за пределы почки, но не прорастает собственную капсулу,

III стадия $T_3N_1M_0$ - опухоль прорастает собственную капсулу, околопочечную клетчатку, поясничные мышцы и прилежащие органы. Имеется поражение регионарных лимфоузлов, может наступить разрыв опухоли до или во время операции. Отдалённых метастазов нет.

IV стадия $T_{\text{любое}}N_{\text{любое}}M_{\text{любое}}$ - характеризуется наличием отдалённых гематогенных метастазов в лёгкие, печень, кости и т.д.

V стадия - одновременное двустороннее поражение почек опухолевым процессом.

4. Дифференциальную диагностику проводят с:

- а) нейробластомой,
- б) псевдокистами поджелудочной железы,
- в) опухолями и кистами сальника, брыжейки,
- г) опухолями и кистами яичников,
- д) болезнью Гиршпрунга,
- е) копростазом,
- д) гепатолиенальным синдромом.

5. План лечения: предоперационная химиотерапия, оперативное вмешательство (нефруретерэктомия), послеоперационные курсы химиотерапии с использованием в схеме препаратов: винкристина, винбластин, Д-актиномицина, цитрофосфана, адриамицина, рубомицина, цитозара, старшим детям - лучевая терапия.

ОК-4, ОК-5, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9

Мальчик 14 лет в течение 2-х месяцев жалуется на боли в области правого коленного сустава, которые последние 2 недели стали носить мучительный характер. Ребёнок плохо спит по ночам из-за болей, у него ухудшился аппетит, он сильно похудел.

В анамнезе: ребёнок 1 в семье, родился доношенным, рос и развивался соответственно возрасту. Прививки сделаны все, аллергологический анамнез не отягощен. Семейный анамнез: родители здоровы, бабушка (по отцу) умерла от рака прямой кишки.

Осмотр ребенка: Кожные покровы бледные, ребёнок пониженного питания. Сердечные тоны приглушены, ЧСС 100 уд/мин., АД 110/70 мм рт. ст. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. Язык влажный, живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень по краю рёберной дуги, селезёнка не пальпируется.

Локально: В нижней трети правого бедра отёчность, объём увеличен по сравнению со здоровым бедром на 4 см, усилен венозный рисунок, движения в коленном суставе ограничены.

На рентгенограмме: литический очаг в нижней трети бедренной кости с неотчётливыми контурами, треугольник Кодмена и образование костного вещества по ходу сосудов.

Общий анализ крови: НЬ - 75 г/л, эр. - $3,1 \times 10^9$ /л, Ц.п. - 0,6; л. - $9,8 \times 10^9$ /л; п/я - 5%; с/я - 63%; э. - 3%; лимф. - 21%; мон. - 8%; СОЭ - 54 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, прозрачная, pH - 6,0; плотность - 1023, белок - нет, сахар - нет, лейкоциты - 2-3 в п/з., эр. - нет, соли - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 55 г/л, альбумины - 50%, глобулины: a_1 - 3%, a_2 - 13%, β - 12%, γ - 22%; щелочная фосфатаза - 880 ед/л, АлАТ - 23 ед., АсАТ - 28 ед., амилаза - 30 Ед/л., тимоловая проба - 4 ед., общий билирубин - 16 мкмоль/л, связанный - 2 мкмоль/л, реакция прямая.

УЗИ органов брюшной полости - печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная, сосуды печени не расширены.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и проведите обоснование диагноза.
2. Этиопатогенез заболевания.
3. Стадии заболевания.
4. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.
5. Составьте план лечения ребёнка с указанием препаратов.

Эталон ответов к задаче №9

1. Диагноз: Остеогенная саркома дистального метафиза правой бедренной кости, стадия ИБ.

Данный диагноз поставлен на основании: анамнеза заболевания и жалоб (боли в области правого коленного сустава в течение 2-х месяцев; плохой аппетит, похудание), отягощенной наследственности (бабушка по отцу умерла от рака прямой кишки), локального статуса (отёчность, усиление венозного рисунка в нижней трети правого бедра; ограничение движений в коленном суставе),

данных рентгенологического исследования (литический очаг в нижней трети бедренной кости с неотчетливыми контурами, треугольник Кодмена и образование костного вещества по ходу сосудов (симптомы «козырька» и «спикул»), данных ОАК (гипохромная анемия, увеличение СОЭ), данных биохимического анализа крови (повышение уровня щелочной фосфатазы).

2. Для объяснения этиопатогенеза данного заболевания существуют теории канцерогенеза, к которым относятся: химический канцерогенез, теория Конгейма, физический канцерогенез, теория Фишер-Вазельса, вирусный канцерогенез, теория транспланцитарного, нарушение апоптоза, бластомогенеза, патология иммунного контроля, утрата контактного ингибирования роста, наследственная теория.

3. Стадии остеогенной саркомы:

I ст. характеризуется болями при отсутствии внешних проявлений опухоли.

Rg-графия - нечётко очерченный очаг остеопороза со склеротическими костными включениями. Опухоль в пределах нормальных границ кости, надкостницу не прорастает.

II ст. - имеется небольшая отёчность мягких тканей в области опухоли, некоторое расширение сети подкожных вен, на Rg - первые признаки разрушения отслоенной опухолью надкостницы (на небольшом протяжении кости - узкий козырёк).

III ст. не устанавливается.

IV ст. - внешне видимая и пальпируемая опухоль, расширенные вены и видимый на Rg-грамме переход опухоли в мягкие ткани (большой козырёк, спикуловидные и пятнистые отложения костного вещества в пределах мягких тканей), гематогенные метастазы в другие кости и лёгкие.

4. Дифференцируют с: опухолью Юинга, хондросаркомой, злокачественной формой теобластокластомы, остеонид-остеомой, эозинофильной гранулёмой, поднадкостничной гематомой, оссифицирующим миозитом, остеомиелитом.

Помогает Rg-графия, ангиография, трепанобиопсия, сканирование кости с радиоактивным технецием.

5. Тактика лечения больного:

предоперационная химио- и лучевая терапия (в специализированном детском онкогематологическом отделении), оперативное лечение (ампутация на уровне 2/3 бедра), послеоперационные курсы химио- и лучевой терапии.

Препараты для ПХТ больного:

- цис-платин,
- платидиам,
- карбоплатин.

ОК-4, ОК-5, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10

К врачу-педиатру участковому обратились мама с девочкой 5 лет. Со слов мамы, заболевание началось 3 дня назад. Появилось повышение температуры тела до 38,5°C, сниженный аппетит, вялость. Вызвали скорую помощь, введена литическая смесь, рекомендовано лечение по поводу ОРВИ. Получала Анаферон, теплое питье. В течение

последующих 2 дней продолжала высоко лихорадить, наблюдалось изменение мочи (мутная). В связи с чем обратились к врачу-педиатру участковому. После осмотра девочка направлена в детский стационар второго уровня.

По данным выписки из истории болезни известно: Анамнез: ребёнок от первой беременности, протекавшей с токсокозом первой половины. Роды на 38 неделе. Масса при рождении – 3500 г, длина – 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. Перенесла ветряную оспу, краснуху. ОРВИ – часто. Аллергологический анамнез не отягощен. С 3 летнего возраста отмечаются эпизоды (3–4 раза в год) немотивированного подъема температуры тела до 38–39°C при отсутствии катарального синдрома.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести: температура 37,6°C. Кожные покровы бледные, катаральные явления отсутствуют. Рост – 110 см, масса – 19,0 кг. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 90 ударов в минуту, АД – 110/90 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон, больше справа. Пальпация правой почки умеренно болезненна.

Результаты обследования: Общий анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $12,5 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 60%, лимфоциты – 30%, моноциты – 5%, СОЭ – 28 мм/час. **Общий анализ мочи:** реакция – 6,0, белок – 0,09%, лейкоциты – сплошь все поля зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения, бактерии – большое количество. **Биохимический анализ крови:** общий белок – 72,0 г/л, СРБ – 52 ед., ДФА – 0,27 ед., мочевины – 4,3 ммоль/л, креатинин – 0,057 ммоль/л.

УЗИ почек: почки расположены правильно, левая – $107 \times 42 \times 13$ мм, правая – $84 \times 37 \times 13$ мм. Эхо-сигнал от собирательной системы изменен с обеих сторон, больше справа, расширен. Признаки врожденного гидронефроза II степени.

Посев мочи: высеяна Клебсиелла в количестве 100000 микробных тел/мл, чувствительная к Амикацину, Клафорану, Фурамагу, Амоксиклаву, Ципрофлоксацину.

Цистография: Пузырно-мочеточниковый рефлюкс III степени справа.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы у данного пациента.
2. Поставьте и сформулируйте диагноз.
3. Оцените данные лабораторного обследования.
4. Определите организационную (маршрутизация) тактику ведения пациента.
5. Определите тактику ведения пациента и назовите комплекс планируемых мероприятий после выписки из стационара при данном заболевании.

Эталон ответов к задаче №10

1. Мочевой синдром (течение воспалительного процесса в мочевых путях латентное с лейкоцитурией, бактериурией).

Болевой синдром (болезненность при пальпации почки справа, положительный симптом 12-го ребра с обеих сторон, больше справа)

Гипертермический синдром: отмечается «немотивированное» повышение температуры тела, длительный субфебрилитет.

2. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс 3 степени справа. Вторичный хронический пиелонефрит, стадия обострения

3. В РАК: умеренный лейкоцитоз $12,5 \times 10^9/л$, повышена СОЭ до 28 мм/час, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. (это характерно для воспалительного процесса)

В ОАМ: лейкоцитурия, бактериурия (характерно для инфекции мочевыводящих путей)

В б/х анализе С-реактивный белок повышен, дифениламинная реакция – выше нормы (p= от 0,105 до 0,200 оптических единиц) (это характерно для воспалительного процесса)

Посев мочи дал рост: Клебсиелла в количестве 100000 микр. тел/мл

4. Консультация уролога, госпитализация в детское урологическое отделение.

Полное урологическое обследование: забор анализов (б/х анализ крови, мочи, развернутый анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, проба Зимницкого) экскреторная урография, цистоскопия, динамическая нефросцинтиграфия.

5. Купирование воспалительного процесса (санация очага инфекции, антибиотикотерапия)

Решение вопроса об антирефлюксной коррекции (операция Козна, эндоскопическая коррекция)

В послеоперационный период всем пациентам обязательно проводится антибиотикотерапия, уроантисептики, метаболическая терапия, режим принудительных мочеиспусканий каждые 2 часа, охранительный режим.

Больные пузырно-мочеточниковым рефлюксом находятся на диспансерном учете в поликлинике по месту жительства. Назначается контроль анализов мочи и крови первые 3 месяца раз в 10 дней, затем раз в месяц, затем раз в полгода. Через год обследование в стационаре с выполнением экскреторной урографии и микционной цистографии. Больного можно снять с диспансерного учета через 5 лет, если нет обострений пиелонефрита.

ОК-4, ОК-5, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11

В приемный покой ДХО обратилась мама с девочкой 4 лет с жалобами на боли в паховой области справа, которые возникли у ребенка внезапно после занятия физкультурой в детском саду.

В анамнезе: Ребёнок первый в семье. Росла и развивалась удовлетворительно. Привита по возрасту. Аллергологический анамнез не отягощен.

Семейный анамнез: родители здоровы.

Осмотр: температура тела 37°, кожные покровы чистые, влажные, обычной окраски. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС - 96 в мин., АД - 95/60 мм рт. ст. Живот не вздут, в акте дыхания участвует равномерно, при пальпации мягкий, безболезненный.

Местно: В правой паховой области обнаружено плотное опухолевидное образование, не вправляющееся в брюшную полость. Перкуторно над ним определяется тупой звук, кожа не изменена. Правое наружное паховое кольцо пропальпировать не удаётся.

Общий анализ крови: НЬ - 125 г/л, эр. - $4,1 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,9; л. - $6,2 \times 10^9/л$; п/я - 2%; с/я - 65%; э. - 3%; лимф. - 21%; мон. - 8%; СОЭ - 5мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1021, белок - нет, сахар - нет, лейкоциты - ед. в п/з., эр. - ед в п/з.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и проведите обоснование диагноза.
2. Какие причины приводят к развитию заболевания?
3. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.
4. Тактика при данном заболевании.
5. Диспансерное наблюдение и реабилитация при данном заболевании.

Эталон ответов к задаче № 11

1. Диагноз: Правосторонняя ущемленная паховая грыжа.

Обоснование диагноза: жалобы на боли в паховой области, анамнез - повышенное физическое напряжение (повышение внутрибрюшного давления),

клиника - наличие болезненного невправляемого образования в правой паховой области, недоступность определения наружного пахового кольца.

2. Основной причиной врожденной паховой грыжи является нарушение облитерации влагалищного отростка брюшины. К осложнению в виде ущемления привела повышенная физическая нагрузка.

3. Дифференциальная диагностика: киста Нуккиева канала; паховый лимфаденит; - лимфопролиферативная опухоль паховой области.

4. Срочная операция в связи с возможным ущемлением органов брюшной полости (яичника, кишечных петель).

5. Диспансеризация - наблюдение участковым педиатром и детским хирургом не реже 1 раза в 6 месяцев.

Реабилитация - освобождение от физической нагрузки на 2 месяца.

ОК-4, ОК-5, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12

В поликлинике на приеме у педиатра находится девочка 7 лет с жалобами на боли в животе, однократную рвоту, повышение температуры тела до 37,5°C.

При выяснении анамнеза установлено, что боли начались рано утром (давность заболевания около 8 часов), постепенно нарастают. Стула не было в течение суток.

Анамнез жизни: Ребёнок соответствует возрасту, развивается хорошо, прививки сделаны все, аллергологический и семейный анамнезы неотягощены.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, кожа обычной окраски, язык обложен белым налетом, суховат. Со стороны органов грудной клетки патологических отклонений нет, имеется умеренная тахикардия, частота пульса составляет 100 уд/мин.

Местно: живот обычной формы, не вздут, правая половина в дыхании участвует слабо, при пальпации определяется напряжение мышц и локальная болезненность в правой подвздошной области, положительные симптомы Воскресенского, Ровзинга, Образцова, Ситковского.

Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, эр. - 4,3 x 10 /л, Ц.п. - 1,0; л. - 12,3 x 10 /л; э. - 1 %, б. - 1%, п/я - 8%, с/я - 70%, лимф. - 25%, мон. - 5%; СОЭ - 20 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, реакция - слабокислая, уд. вес 1022, лейкоциты - 2-3 в п/з, эр. - нет, цилиндры - нет, белок - нет, сахар - нет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и проведите обоснование диагноза.
2. С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику?
3. Этиопатогенез заболевания.
4. Составьте план лечения.
5. Каковы критерии выздоровления, готовности к выписке детей после лечения по поводу данного заболевания и рекомендации при выписке?

Эталон ответов к задаче № 12

1. Диагноз: Острый аппендицит.

Данный диагноз поставлен на основании: жалоб больной (на боли в животе, рвоту, повышение t тела, отсутствие стула), данных осмотра и обследования (слабое участие правой половины живота в акте дыхания, напряжение мышц и локальная болезненность в правой подвздошной области, положительные симптомы Воскресенского, Ровзинга, Образцова, Ситковского), лабораторных данных (лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, СОЭ 20мм/час).

2. Дифференциальная диагностика с: кишечной непроходимостью (инвагинацией, странгуляционной и обтурационной КН), нефроурологической патологией (острым пиелонефритом, МКБ и др.), заболеваниями печени и желчевыводящих путей (гепатитом, о. холециститом), соматической патологией (пневмонией, ревматизмом, болезнью

Шенлейн-Геноха), кишечными инфекциями, гинекологическими заболеваниями (аднекситом, вульвовагинитом, кистами яичников).

3. Этиопатогенез: специфического возбудителя нет, воспаление вызывает собственная эндогенная микрофлора.

Основные теории: теория застоя, теория «замкнутых» полостей, паразитарная глистная инвазия, инфекционная теория Ашоффа, гематогенная теория, нервно-сосудистая теория Давыдовского.

4. План лечения:

Предоперационная подготовка: При неосложнённых формах аппендицита инфузионная терапия не проводится; можно использовать холод на живот, за 30 минут до операции - премедикация. В качестве премедикации в/м вводится 0,1% р-р атропина 0,1мл на 1 год жизни, но не более 1 мл и 1 % р-р промедола из такого же расчёта.

Операция: лапаротомия по Волковичу-Дьяконову, аппендэктомия.

Послеоперационный период: щадящая диета соответственно возрасту в первые 2-е суток, обезболивающие препараты 1 -2 дня, антибактериальные препараты 4-5 дней, противовоспалительная терапия (физиолечение, лидаза в/м). Швы снимают на 7-е сутки. Противоспаечная терапия продолжается в амбулаторных условиях.

5. Критерии выздоровления: отсутствие каких-либо жалоб, удовлетворительное состояние, N t тела в течение последних 3 суток, нормальные данные при повторном ректальном исследовании, отсутствие осложнений, нормализация картины крови.

Рекомендации при выписке:

- курс противовоспалительной терапии (электрофорез на послеоперационную область с йодитом К от 7 до 10 сеансов; лидаза в/м по 32-64ЕД курсом 10 инъекций),

- освобождение от занятий физкультуры на 1 месяц.

ОК-4, ОК-5, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13

Жалобы у ребёнка мужского пола 8 мес. появились после употребления впервые в пищу банана. Болен 6 часов, заболевание началось с внезапного появления, на фоне полного здоровья, приступов беспокойства, обусловленных схваткообразными болями в животе. Отмечена однократная рвота.

Анамнез жизни: Ребенок 1 в семье, родился доношенным, развивался хорошо. Аллергологический и семейный анамнезы неотягощены.

При осмотре: Ребёнок ведёт себя беспокойно, периодически сучит ножками, кричит, имеется с-м "обезьянки". Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, температура тела нормальная. Со стороны сердца - тахикардия до 120 уд/мин., тоны громкие, ритмичные; в лёгких - везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД - 30 в 1 минуту, АД - 95/65 мм рт. ст.

Местно: Живот незначительно подвздут, в дыхании участвует, но пальпации недоступен из-за активного напряжения брюшной стенки, связанного с беспокойством и криком ребёнка. В связи с этим произведена поднаркозная пальпация живота, при этом в брюшной полости обнаружено опухолевидное образование овальной формы, тестоватой консистенции, локализующееся в эпигастральной области, положителен с-м Данса. При ректальном пальцевом исследовании на пальце вместе с каловыми массами получено небольшое количество крови вишнёвого цвета. При рентгенологическом исследовании кишечника выявлен с-м "двузубца" (снимок прилагается).

Общий анализ крови: НГ - 123 г/л, эр. - 4,0 x 10 /л, Ц.п. - 0,9; л. - 9,2 x 10%; п/я - 2%, с/я - 62%, лимф. - 28%, мон. - 8%; СОЭ - 15мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - соломенный, прозрачная; уд. вес - 1022, белок -нет, сахар - нет, лейкоциты - 1-2 в п/зр., эр. - нет, соли оксалаты + , цилиндры -нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, альбуминов - 53%, глобулины: а1 - 3,5%, а2 - 13,5%, (З - 14%, у - 16%; общий билирубин - 18 мкмоль/л; амилаза - 22 Ед/л; сахар - 4,5 ммоль/л; К - 3,8 ммоль/л, Na - 130ммоль/л, Cl - 96 ммоль/л, Ca - 1,0 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз с указанием формы и стадии заболевания, проведите обоснование диагноза.
2. Этиопатогенез заболевания. Какое нарушение можно трактовать как причину развития заболевания?
3. Какова классификация данного заболевания?
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
5. Какова лечебная тактика у конкретного больного с учётом всех имеющихся в задаче условий? Составьте план ведения больного.

Эталон ответов к задаче № 13

1. Диагноз: Инвагинация, простая повздошно-ободочная форма, острое течение, начальная стадия.

Данный диагноз можно поставить на основании: жалоб и анамнеза заболевания (заболевание началось с внезапного появления, на фоне полного здоровья, схваткообразных болей в животе, однократной рвоты), данных осмотра (симптом «обезьянки», бледность кожных покровов, вздутие живота), результатов обследования (при поднаркозной пальпации обнаружено опухолевидное образование овальной формы, положительный симптом Данса), ректального исследования: небольшое количество крови вишнёвого цвета, Rg-ского исследования: симптом «двузубца».

2. Этиопатогенез:

Предрасполагающие факторы в развитии илео-цекальной инвагинации:

недостаточность баугиниевой заслонки, несоответствие диаметров подвздошной кишки и её «ампулы», низкое прикрепление «ампулы» к слепой кишке с наличием тупого илео-цекального угла, высокая подвижность илео-цекального угла.

Разрешающие факторы: вследствие изменения режима питания, воспалительных заболеваний кишечника происходит дискоординация перистальтики кишечника и внедрение вышерасположенного отдела кишки в нижерасположенный.

Предполагаемая причина заболевания у данного больного - вследствие изменения режима питания (приёма впервые в пищу банана) произошла дискоординация перистальтики кишечника, что и послужило причиной развития типично подвздошно-ободочной инвагинации.

3. Классификация инвагинации:

А) По течению:

- острая,
- рецидивирующая,
- хроническая;

Б) По локализации:

- тонко-тонкокишечная,
- илео-цекальная (простая инвагинация, двойная, слепо-ободочная),
- тонко-толстокишечная.

В) Редкие формы:

- множественная инвагинация,
- ретроградная инвагинация,
- изолированная инвагинация червеобразного отростка.

4. Дифференциальная диагностика:

- острая дизентерия,
- кровоточащая пептическая язва дивертикула Меккеля,

- гемангиоматоз кишечника,
- синдром Пейтца-Егера,
- выпадение прямой кишки.

5. Учитывая небольшую давность заболевания (4 часа), возраст ребёнка (до 1 года) и вариант инвагинации (в области илео-цекального угла), наиболее адекватной тактикой следует считать попытку бескровной дезинвагинации методом пневмоирригографии.

План лечения: Пневмоирригография - диагностическая, пневмоирригографии - лечебная (инвагинат расправился), рентгенконтроль - (крахмалконтрастное исследование в динамике).

ОК-4, ОК-5, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14

Анамнез заболевания: Ребёнок 2-х лет с массой тела 14 кг. Заболел остро, 5 дней назад: боли в животе, затем присоединились рвота, разжиженный стул, повышение температуры тела. Боли нелокализованного характера. Рвота неоднократная, приняла застойный вид с примесью зелени. Стул прекратился, газы не отходят. Температура тела была субфебрильной, в настоящее время 38,2°C. Родители за мед. помощью не обращались, лечили сами грелкой на область живота и жаропонижающими препаратами.

При осмотре: состояние больного крайней тяжести, мальчик вял, адинамичен, не контактен, кожные покровы серые, черты лица заострены, губы сухие, потрескавшиеся, яркие, язык сухой, густо обложен серовато-зелёным налетом. АД 80/50 мм рт. ст., пульс 130 уд/мин., слабого наполнения, ЧД 44 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритм сохранен, тахикардия. В лёгких - некоторое ослабление дыхания в нижних отделах лёгочных полей.

Локально: Живот резко увеличен в объёме за счет вздутых кишечных петель, в дыхании не участвует, пальпаторно во всех отделах определяется напряжение и болезненность передней брюшной стенки, положительные симптомы Щёткина, Воскресенского, Раздольского.

Ректально: определяется "нависание" стенок прямой кишки и повышение местной температуры до 40°C, каловых масс в ампуле нет.

Общий анализ крови: НГ - 101 г/л, эр. - $2,5 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,8; л. - $19,3 \times 10^9/л$; э. - 1%, б. - 1%, п/я - 16%, с/я - 62%, лимф. - 14%, мон. - 6%; СОЭ - 32 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - желтый, р-ция - кислая, уд., вес - 1024, лейкоциты - 5-6 в п/зр, эр. - нет, следы белка, сахар - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 56 г/л, альбумины - 48%, глобулины - 52%; билирубин - 20 мкмоль/л, реакция прямая, АлАТ - 0,6 ед., АсАТ - 0,8 ед.; амилаза - 35 Ед/л; сахар - 3,8 ммоль/л; мочевины - 8,5 ммоль/л; К - 2,8 ммоль/л, Na - 125 ммоль/л, О - 90 ммоль/л.

Обзорная рентгенография брюшной полости: раздутые петли кишок с горизонтальными уровнями, под правым куполом диафрагмы - серп воздуха.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз с указанием предполагаемых формы и стадии болезни и проведите обоснование диагноза.
2. Назовите основные звенья патогенеза.
3. Представьте классификационную схему.
4. Назовите основные этапы лечения. Каким должен быть объём оперативного пособия у данного больного? Составьте схему послеоперационного лечения.
5. Проведите расчёт инфузионной терапии и расчёт калия данному больному в ранние сроки послеоперационного периода (на первые двое суток) с учётом имеющихся конкретных условий.

Эталон ответов к задаче № 14

1. Диагноз: Разлитой гнойный перитонит (вероятней всего - аппендикулярный), терминальная фаза.

Данный диагноз можно поставить на основании: анамнеза заболевания и жалоб (на боли в животе, многократную рвоту, повышение температуры тела, разжиженный стул), оценки общего состояния (тяжелого состояния вследствие интоксикационного синдрома и водно-электролитных нарушений), результатов локального статуса (вздутия живота, отсутствия участия брюшной стенки в акте дыхания, мышечного напряжения при пальпации, положительных симптомов раздражения брюшины), данных ректального пальцевого исследования (нависания стенок прямой кишки, повышения местной температуры, болезненности при исследовании), изменений в ОАК (гиперлейкоцитоза, нейтрофильного сдвига влево, гипохромной анемии, увеличения СОЭ), нарушений Б/Х состава крови (гипокалиемии, гипонатриемии, гипохлоремии, гипопротеемии, диспротеинемии), обзорной Rg-графии брюшной полости (раздутых петель кишечника, наличия чаш Клойбера, свободного газа в брюшной полости).

2. Основные звенья патогенеза: микробная агрессия, водно-электролитный дисбаланс, фагоцитоз, метаболические нарушения (ацидоз, интоксикационный синдром, алкалоз), нарушения в системе микроциркуляции, нарушение белкового обмена, гипоксия тканей, парез кишечника, дегидратация и гиповолемия, полиорганная недостаточность.

3. Представьте классификационную схему.

Классификация перитонита:

А) По путям проникновения инфекции в брюшную полость:
первичный:

- гематогенный,
- криптогенный,
- лимфогенный,
- пельвиоперитонит,
- контактный.

Б) По степени распространенности воспаления в брюшной полости:

- местный (1 топографическая область БП),
 - а) ограниченный (абсцесс),
 - б) неограниченный (1 анатомическая область),
- распространенный,
 - а) диффузный (2-4 области),
 - б) разлитой (более 4 областей т.е. более 50% БП).

В) По характеру экссудата:

- серозный,
- гнойно-фиброзный,
- гнойный,
- смешанные формы.

Г) По клиническому течению:

- реактивная фаза (до 1 суток),
- терминальная фаза (более 3 суток),
- токсическая фаза (1-3 суток).

Д) По виду возбудителя:

- колибациллярный,
- анаэробный,
- протейный ,
- стафилококковый,
- синегнойный,
- ассоциативный (смешанная флора).

4. Основные этапы лечения: предоперационная подготовка, оперативное вмешательство, адекватное ведение послеоперационного периода.

Объём оперативного пособия: срединная лапаротомия, удаление источника перитонита, санация брюшной полости большим количеством дез. растворов, интубация кишечника, управляемая лапаростомия, дренирование брюшной полости.

Схема послеоперационного лечения: голод, холод на живот, ингаляция увлажнённого кислорода, массаж грудной клетки и конечностей, дыхательная гимнастика, обтирание кожи спиртом, горчичники на грудную клетку на ночь, антибактериальные препараты (минимум 2 препарата), инфузионная терапия, симптоматическая терапия, контроль за почасовым и суточным диурезом, контроль за ОАК, контроль за Б/Х анализом крови (К, Na, Cl, общий белок и его фракции, мочевины, сахар, билирубин, трансаминазы), контроль за ОАМ, наблюдение дежурного врача.

5. Расчёт инфузионной терапии в послеоперационном периоде:

I. $V = \text{ФП} + \text{КПП}$ (физиологическая потребность + коррекция патологических потерь).

$\text{ФП} = 120 \text{ мл} \times 14 \text{ кг} = 1680 \text{ мл}$

КПП:

- на t: $10 \text{ мл} \times 14 = 140 \text{ мл}$

- на одышку: $15 \text{ мл} \times 14 = 210 \text{ мл}$

- на рвоту: $20 \text{ мл} \times 14 = 280 \text{ мл}$

на парез кишечника: $20 \text{ мл} \times 14 = 280 \text{ мл}$

ИТОГО: 910 мл

При проведении полного парентерального питания 20% от суточной потребности вычитают из общего объёма инфузионной программы. Таким образом, общий суточный объём составляет: $1680 + 910 - 335 = 2255 \text{ мл}$.

Качественный состав инфузионных сред: соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов должно быть 1:2, то есть соответственно 750:1500 мл.

Расчёт белка 2-3 гр. на кг массы тела, т.е. 28-42 гр. сухого вещества, или 280-420 мл 10% альбумина и плазмы. Следовательно, удельный вес белковых препаратов среди коллоидов составляет примерно 1/2 объёма. Соотношение глюкозы и солевых растворов 2:1.

Расчёт K^+ : $V(K^+) = \text{ФП}(K^+) + \text{КД}(K^+)$ (физиологическая потребность + коррекция дефицита калия).

$\text{ФП}(K^+) = 1,8 \times 14 \text{ кг} = 25,2 \text{ ммоль}$

$\text{ДК}^+ = (K_n - K_b) \times m \times k$ т.е. $\text{ДК}^+ = (4,5 - 2,8) \times 14 \times 0,3 = 7,14 \text{ ммоль}$

$V(K^+) = 25,2 + 7,14 = 32,34 = 33$, т.е. 33 мл 7,5% р-ра KCl.

II. У конкретного больного с учётом возраста (8 мес), формы заболевания (повздошно-ободочная инвагинация), небольшой давности заболевания (6 часов) показана: консервативная терапия - бескровная дезинвагинация воздухом.

План ведения больного:

а. Наблюдение за состоянием больного в стационаре в течение 1-2 суток.

б) Дополнительное обследование: Rg-ское контрастное исследование с барием (контроль за продвижением контраста по кишечнику).

Рекомендации при выписке:

- рациональный режим питания с правильным введением прикормов в соответствии с рекомендуемыми сроками.

ОК-4, ОК-5, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15

Вызов бригады "Скорой помощи" в детский сад. У девочки 4 лет среди полного здоровья во время обеда внезапно появились сухой, навязчивый кашель и одышка.

Из анамнеза известно, что ребёнок никакими бронхолёгочными заболеваниями не страдает.

На момент осмотра: ребёнок в сознании, беспокойный, вдох резко затруднен. Над лёгкими перкуторный звук не изменён. Дыхание поверхностное, равномерно проводится с обеих сторон. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС - 100 уд/мин, АД - 95/55 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги.

Во время осмотра состояние девочки резко ухудшилось, вдох стал прерывистым, судорожным, быстро нарастает цианоз. В ротоглотке патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какие неотложные мероприятия в данной ситуации?
3. Назовите возможные осложнения.
4. Что является показанием к проведению приёма Хеймлиха?
5. Какой тип острой дыхательной недостаточности в данном случае?

Эталон ответов к задаче № 15

1. Диагноз: Инородное тело дыхательных путей.
2. Освободить дыхательные пути от пищи и слизи; доступ воздуха, кислород через маску; интубация; прием Хаймлиха (обнять сзади и надавить на поддиафрагмальное пространство).
3. Гнойный трахеобронхит, постаспирационная пневмония, ОДН.
4. При закрытых голосовых связках - трахеостомия, при открытых - эндотрахеальная интубация.
5. Обструктивный тип дыхательной недостаточности.

ОК-4, ОК-5, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16

Во время репетиции школьного хора девочка 8 лет стала жаловаться на слабость, головокружение, тошноту, а затем потеряла сознание.

Со слов одноклассников известно, что девочка 3 дня назад упала на катке. После падения чувствовала себя удовлетворительно, эпизодов потери сознания не было. Накануне вечером жаловалась на головную боль. На диспансерном учёте не состоит. Острыми заболеваниями болеет редко.

Срочно был вызван школьный врач.

Девочка без сознания, температура тела 36,3°C, кожные покровы бледные, холодный пот, слизистые чистые, бледные. Дыхание поверхностное, с частотой 20 в 1 минуту, при аускультации в лёгких выслушивается везикулярное дыхание, проводится равномерно. Границы сердца не расширены, верхушечный толчок определяется по левой среднеключичной линии в пятом межреберье, ослаблен. Тоны сердца ритмичные, приглушены, шумов нет. Пульс слабого наполнения и напряжения с частотой 66 уд/мин. АД - 80/30 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень - у края рёберной дуги.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз? Может ли данное состояние угрожать жизни ребёнка?
2. Составьте тактику действия и оказания мед. помощи на всех этапах.
3. Каковы причины развития и клиническая картина острого периода данного состояния?
4. План дальнейшего наблюдения за ребёнком.
5. Каковы подходы к реабилитации данного ребёнка и прогноз данного заболевания?

Эталон ответов к задаче №16

1. Черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга средней степени тяжести, субдуральная гематома.

Данное состояние угрожает жизни, возможна дислокация головного мозга и летальный исход.

2. Тактика действия и оказания мед. помощи.

Школьный врач должен: уложить ребенка, срочно вызвать скорую помощь.

Бригада «скорой помощи»: вводят раствор анальгина 50% 0,8мл, на носилках транспортирует в ДНХО.

В стационаре проводят: рентгенографию черепа в двух проекциях, эхоэнцефалографию, КТ, МРТ, определение группы крови, резус-фактора, анализ крови, мочи, оперативное лечение - трепанация черепа, удаление гематомы.

3. Причина данного состояния травма черепа, внутримозговая гематома, которая развилась постепенно после травмы в течение 3-х дней.

Острый период ЧМТ характеризуют нарушением сознания (кома, сопор, ступор), головной болью, рвотой, появлением общемозговых, локальных симптомов, появлением менингеальных знаков.

4. Наблюдение ребенка у невропатолога, который проводит лечение ноотропилом, кавинтоном, тренталом, назначают витамины В1, В6, проводится курс алоэ, а также покой, исключение нагрузки, освобождение от занятий физкультурой после выписки из стационара.

5. Только 80% перенесших ЧМТ возвращаются к полноценной жизни, поэтому наблюдение у невролога показано до 3-х лет. Прогноз благоприятный.

ОК-4, ОК-5, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №17

У ребенка Е. после рождения констатировали полное отсутствие движения в левой руке, отмечена патологическая подвижность в верхней трети левой плечевой кости, в этом же месте появилась припухлость, крепитация. Ребенок ведет себя крайне беспокойно, особенно беспокойство усиливается во время осмотра. Из анамнеза: мать молодая, первородящая, предлежание ягодичное, ожидался крупный плод. Роды самостоятельные, затяжные. Первый период родов 23 часа, второй период 45 минут, применено ручное акушерское пособие в родах. Оценка по шкале Апгар 5/8 баллов. Проведены реанимационные мероприятия. Масса 3900,0 г; рост 56 см, окружность головы 36 см, окружность грудной клетки 34 см.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
3. Назначьте лечение.
4. Определите исход. Наблюдение, каких специалистов показано в поликлинике?
5. Укажите методы лечения болевого синдрома.

Эталон ответов к задаче №17

1. Основной: «родовая травма – перелом левой плечевой кости в верхней трети». Фон: Асфиксия новорожденного средней тяжести.

2. Рентгенография левой плечевой кости, консультация детского врача хирурга, НСГ, рентгенография шейного отдела позвоночника в 2 проекциях, консультация врача-невролога.

3. Раствор Викасола 1% 0,5 мл в/м, иммобилизация верхней левой конечности сроком на 10 дней. Руку фиксируют гипсовой лонгетой от края здоровой лопатки до кисти в среднефизиологическом положении.

4. После прекращения иммобилизации движения в травмированной конечности восстанавливаются через 7-10 дней. Показано наблюдение детского врача хирурга, врача-ортопеда, врача-невролога.

5. Покой, фиксация ШОП, 10 капель per os S.Glucosi 40%, Парацетамол – анальгетик I ступени, действует 5 часов. Ректально 75-125 мг доношенным, перорально 10 мг/кг каждые 4 часа в виде сиропа.

ОК-4, ОК-5, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18

Новорожденный ребенок мужского пола Ивановой А. 22 лет, от первых срочных родов, первой беременности. В анамнезе матери анемия беременных легкой степени, гестационный пиелонефрит. Беременность протекала на фоне преэклампсии. Роды на сроке гестации 39–40 недель, в переднем виде затылочного предлежания. Родился мальчик массой тела 3250 г, длиной тела 53 см. Состояние ребенка при рождении средней тяжести, оценка по шкале Апгар на 1 минуте – 5 баллов, на 5 минуте – 7 баллов.

После перевода из родильного зала через 40 минут после рождения наблюдалось нарастание дыхательной недостаточности, периодически наблюдались приступы тахипноэ (более 60 в минуту) и цианоза, выраженное втяжение уступчивых мест грудной клетки, движения правой и левой половины грудной клетки асинхронны, ЧСС – 165 ударов в минуту, верхушечный толчок сердца смещен вправо, перкуторно в нижнем отделе левого легкого определяется тимпанит, здесь же отсутствие дыхательных шумов. Появляется цианоз в положении на правом боку, отмечается запавший «ладьевидный» живот. Дежурным неонатологом поставлен диагноз «врожденная пневмония, дыхательная недостаточность (ДН) II степени». Сопутствующий диагноз «декстракардия, первичный ателектаз левого легкого».

Назначены: оксигенотерапия методом СДППД, коррекция кислотно-основного состояния, антибактериальная терапия, инфузионная терапия. При обследовании получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин – 212 г/л, эритроциты – $5,8 \times 10^{12}$ /л, гематокрит – 58%, ретикулоциты – 27%, тромбоциты – 232×10^9 /л, лейкоциты – 28×10^9 /л, палочкоядерные – 12%, сегментоядерные – 56%, лимфоциты – 23%, моноциты – 8%, эозинофилы – 1%. Биохимический анализ крови: общий белок – 54 г/л, сахар крови – 3,5 ммоль/л, билирубин общий пуповинной крови – 48 мкмоль/л, натрий – 130 ммоль/л, калий – 6,1 ммоль/л, кальций – 2,2 ммоль/л. Сатурация кислорода – 84 %, pH – 7,14.

Рентгенография грудной клетки: в проекции левого легкого легочный рисунок не определяется, органы средостения смещены вправо, слева отмечается наличие заполненных газом кишечных петель с кольцевидными просветлениями (уровни жидкости) в плевральной полости.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз заболевания.
2. Какой ведущий синдром можно выделить в данной клинической ситуации? Определите степень его выраженности.
3. Укажите, при каких заболеваниях периода новорожденности могут возникнуть дыхательные расстройства?
4. Какие основные методы лабораторного и инструментального обследования могли быть использованы для дифференциальной диагностики данного заболевания?
5. Какие мероприятия необходимы по неотложной помощи данному ребенку и дальнейшему его лечению? Оцените действия врача.

Эталон ответов к задаче №18

1. Врожденная диафрагмальная грыжа слева.

2. Синдром асфиктического ущемления. ДН II.

- нарастающий цианоз
 - затруднение дыхания
 - тахипноэ
 - участие в дыхании вспомогательной мускулатуры
 - асинхронное движение грудной клетки
 - ухудшение состояния в положении на здоровой половине грудной клетки
- указывают на наличие синдрома асфиктического ущемления.

Снижение сатурации до 84% процентов говорит о ДН II степени.

3. Ложная и истинная диафрагмальные грыжи, трахеопищеводные свищи, врожденные кисты легких, лобарная эмфизема, аплазия/гипоплазия легких, патология трахеобронхиального дерева.

4. Основным методом обследования при диафрагмальных грыжах является обзорная рентгенография органов брюшной полости и грудной клетки. При сомнительных случаях дается контрастная смесь рег ос при определении мелкоячеистого рисунка в грудной полости (в ГК-петли тонкой кишки), при обнаружении крупноячеистого рисунка показано проведение ирригографии (в ГК-петли толстой кишки). При физикальном обследовании над пораженной половиной грудной клетки перкуторно определяется тимпанит, при смещении в грудную полость паренхиматозных органов (печень, селезенка) — притупление перкуторного звука. Аускультативно — отсутствие дыхательных шумов, иногда выслушивается перистальтика кишечника. Также характерен симптом «изменчивости» (изменение перкуторной и аускультативной картины при перемене положения тела ребенка). Возможно также проведение КТ, МРТ.

5. Создать вертикальное положение ребенку. Перевести ребенка в хирургическое отделение с целью проведения оперативного лечения.

ОК-4, ОК-5, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19

Мальчик Л. 6 лет заболел остро сутки назад, когда появилось болезненное образование в паховой области слева, поднялась температура тела до 37,5°C. Из анамнеза известно, что ребенок часто (до 8 раз в год) переносит респираторные инфекции. По органам и системам — без особенностей. **Status localis:** в паховой области слева пальпируется лимфатический узел, размером 2х2 см, пальпация резко болезненна, кожа над ним гиперемирована, отечна, флюктуации нет. В общем анализе крови — лейкоциты — 14,3×10⁹/л, эозинофилы — 1%, палочкоядерные нейтрофилы — 7%, сегментоядерные нейтрофилы — 63%, лимфоциты — 25%, моноциты — 4%, СОЭ — 20 мм/час.

Выставлен диагноз: Паховый лимфаденит слева в стадии инфильтрации.

Вопросы:

1. Необходима ли в данной ситуации системная антибактериальная терапия? Если необходима, дайте обоснование.
2. Какая группа препаратов в данной ситуации наиболее предпочтительна? Обоснуйте свой выбор.
3. Предложите схему терапии.
4. Предложите альтернативные схемы терапии при непереносимости пенициллинов.
5. Предложите альтернативные схемы терапии при непереносимости цефалоспоринов.

Эталон ответов к задаче №19

1. Лимфаденит — реакция иммунитета на возбудителя. Основными возбудителями являются в первую очередь стафилококки и стрептококки, поэтому системная

антибактериальная терапия необходима. Ребенок относится к группе часто болеющих (ОВРИ болеет более 8 раз в год).

2. Консервативная терапия при серозном неспецифическом лимфадените (инфильтрация) включает в себя антибактериальную терапию полусинтетическими пенициллинами, так как имеют защищенные фармацевтические формы на основе клавулановой кислоты (амоксиклав, флемоксин салютаб), а также данная группа препаратов имеет наименьшее количество противопоказаний в детском возрасте.

3. Аугментин 200 мг, ½ чайной ложки каждые 12 часов (в форме суспензии), физиотерапия (УВЧ), полуспиртовый компресс.

4. Антибактериальная терапия на основе цефалоспоринов III поколения (при наличии аллергической реакции на пенициллины). Цефотаксим 50-100 мг/кг/сут в 3 введения, цефтриаксон 25-72 мг/кг/сут в 1 введение (парентерально)

5. Антибактериальная терапия на основе аминогликозидов (при наличии аллергической реакции на пенициллины и цефалоспорины) Амикацин 3-5 мг/кг/сут в 1-2 введения (парентерально)

ОК-4, ОК-5, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11

Раздел №7 «Акушерство и гинекология»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

Больная 28 лет поступила с жалобами на высокую температуру до 38,5° С, дома был неоднократный озноб, рвота, головокружение, недомогание.

Из анамнеза установлено, что, с целью прерывания беременности при сроке 12 недель, ввела в матку раствор мыла. Через 6 часов появились кровянистые выделения из половых путей, скудные, повысилась температура, озноб, рвота.

В анамнезе 2 родов, 3 мед. аборта, 1 внебольничный выкидыш. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: Состояние больной средней степени тяжести, кожа бледная, сухая. Язык суховат, обложен серым налетом. Пульс 116 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. А/Д - 110/60 мм.рт.ст. В легких везикулярное дыхание. Температура 38,8° С. Живот мягкий, в нижних отделах болезненный, дно матки на 1 п/п выше лона. Печень не пальпируется. Симптом раздражения брюшины (-), симптом Пастернацкого слабо положительный.

Вагинально: Влагалище свободное. Шейка матки цилиндрической формы. Наружный зев пропускает кончик пальца. Матка увеличена до 12-13 недель, мягковатой консистенции, болезненная при пальпации. Придатки не пальпируются. Параметральная клетчатка свободная. Выделения гнойно-сукровичные.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Ваша тактика?
3. Какие необходимо взять анализы срочно?
4. План ведения больной?
5. Какие могут возникнуть осложнения?

Эталон ответов к задаче №1

1. Септический внебольничный аборт.
2. Обследование больной.
3. Развернутый анализ крови, время свертывания, анализ крови по Ли-Уайту. Протромбиновое время и индекс, фибриноген, билирубин, белки крови, мочевины. Анализ мочи катетером.
4. Начать инфузионную терапию: спазмолитики, измерение диуреза, постоянный катетер, антигистаминные препараты.
После анализов крови, по показаниям, другие препараты.
По показаниям форсировать диурез.
При снижении температуры тела, достаточном диурезе подключить антибактериальную терапию.
Повторить анализ крови. При снижении лейкоцитов - уменьшении сдвига формулы влево, под прикрытием глюкокортикоидов - выскабливание полости матки.
5. Острая почечная недостаточность, сердечно-сосудистая недостаточность, шок легкое, ДВС-синдром.

ОК-5, ОК-7, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-9, ПК-11

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

Доставлена больная 26 лет машиной скорой помощи с жалобами на слабость, головокружение, тошноту.

Из анамнеза установлено, что на работе стало плохо, появилась резкая боль в левой половине живота и потеряла сознание.

Менструация с 16 лет, установились через 6 месяцев, часто наблюдаются задержки до 5-7 дней. Последняя менструация пришла с задержкой на 2 недели, скудная, в течение 1 дня. Замужем 2 года. Беременностей не было. Стоит на учете по поводу первичного бесплодия.

Объективно: Кожа и слизистые бледные. Язык влажный, чистый. Пульс 110 уд/мин, ритмичный, слабого наполнения. А/Д 90/60 мм.рт.ст. Живот несколько вздут, равномерно болезненный. Имеются симптомы раздражения брюшины. Печень не пальпируется, симптом Пастернацкого (-).

Вагинально: Влагалище свободное, шейка коническая, наружный зев закрыт. Матка обычных размеров, плотная, при движении болезненная. Придатки определить не удастся из-за резкой болезненности, имеется симптом "плавающей матки". Задний свод нависает, резко болезненный. Выделения из половых путей светлые. Шейка без видимой патологии.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Дифференциальная диагностика с острым аппендицитом?
3. В каких дополнительных исследованиях нуждается больная?
4. План ведения?
5. Лечение больной, объем оперативного вмешательства?

Эталон ответов к задаче №2

1. Эктопическая беременность по типу разрыва трубы.
2. При аппендиците:
 - боли постоянного характера;
 - повышение температуры;
 - расстройство ЖКТ;
 - язык обложен, суховат;
 - в анализах крови повышение лейкоцитоза, сдвиг формулы влево;
 - характерные симптомы раздражения брюшины;
 - симптом Ситковского, Ровзинга, Воскресенского, "симптом рубашки".
3. Пункция заднего свода.
4. Срочно готовить больную на операцию. Взять анализ крови, группы крови, Rh-принадлежность, RW, ВИЧ, анализ мочи.
5. Объем операции будет зависеть от локализации плодного яйца, учитывая возраст больной и отсутствие детей, органосохраняющую операцию.

ОК-5, ОК-7, ОПК-1, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-9, ПК-11

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

Больная И. 46 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровотечение из половых путей.

Менструации с 14 лет, установились сразу по 3-4 дня через 28 дней, умеренные, б/б. Последняя менструация была год назад, последний год приходят через 2-3 месяца. Половая жизнь с 20 лет, брак первый, родов 2, абортов 2 без осложнений. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 уд/мин, А/Д-115/75 мм.рт.ст. Правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожа и слизистые бледные. Со стороны внутренних органов патологии нет.

Осмотр в зеркалах: Слизистая влагалища и шейка матки чистые, наружный зев щелевидный, из зева отходят кровянистые выделения.

Вагинально: НПО развиты правильно, оволосение по женскому типу, Влагалище свободное, шейка матки цилиндрической формы, нар. зев закрыт. Матка немного больше

нормы, округлой формы, в нормальном положении, плотной консистенции, б/б. Придатки не пальпируются, своды свободные. Выделения из шейки матки обильные.

С целью диагностики сделано диагностическое выскабливание (фракционное) матки: длина матки по зонду 8 см. Получен обильный соскоб, отправлен на гистологическое исследование. Ан. крови: гемоглобин 90 г/л, СОЭ - 15

Гистологические данные соскоба: железисто-кистозная гиперплазия эндометрия.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. С чем проводить дифференциальную диагностику?
3. Что не указано при диагностическом выскабливании? Какое это имеет значение?
4. Поставьте окончательный диагноз.
5. Ваши рекомендации по ведению данной больной?

Эталон ответов к задаче №3

1. Дисфункциональное маточное кровотечение климактерического периода.
2. С миомой матки, раком эндометрия, эндометриозом.
3. При диагностическом выскабливании не указано: стенки матки гладкие или деформированы. Макроскопически не дана характеристика соскоба.
4. Окончательный диагноз: Дисфункциональное маточное кровотечение климактерического периода. Постгеморрагическая анемия.
5. Остановить кровотечение путем выскабливания полости матки.
 - Предупредить кровотечение.
 - Нормализовать менструальный цикл путем: эстроген-гестагенных препаратов с 5 по 25 день м.ц. либо гестагены во 2 фазу цикла.

ОК-4, ОК-5, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1, ПК-5, ПК-8, ПК-11

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

Больная 45 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и кровотечение из половых путей, слабость.

Больной себя считает около года, когда стали беспокоить обильные менструации по 7-10 дней, после чего отмечала слабость, недомогание, головокружение. К врачу не обращалась. Стоит на учете в ж/к по поводу миомы матки 7-8 недель. Последняя менструация с 20.11.93 г., которая не прекращается по настоящее время.

Менструации с 10 лет, установились сразу, по 3-4 дня, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет. Брак 1. Родов 0, аборт 0.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Пульс 90, ритмичный, удовлетворительных свойств. А/Д - 110/80 мм.рт.ст. Кожа и слизистые бледные. Со стороны внутренних органов патологии нет.

Осмотр в зеркалах: Слизистая влагалища и шейки матки чистая, шейка несколько гипертрофирована, наружный зев округлой формы.

Вагинально: НПО развиты правильно, влагалище свободное, шейка матки укорочена, цервикальный канал пропускает палец. Матка шаровидная, увеличена до 8-9 недель беременности с четкими контурами, с гладкой поверхностью, плотной консистенции, безболезненная. Слева придатки не пальпируются, справа пальпируется яичник размерами 5-4-4 см. Сводь свободные, глубокие. Выделения из половых путей в умеренной количестве кровяные.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями матки будете дифференцировать диагноз?
3. В каком дальнейшем обследовании нуждается больная?
4. Окончательный диагноз?

5. План лечения? Если оперативное, то каков объем оперативного вмешательства?

Эталон ответов к задаче №4

1. Миома матки с наличием субмукозного узла.
2. С начавшимся выкидышем, с полипозом эндометрия.
3. - Зондирование полости матки.
 - Осторожное диагностическое выскабливание полости матки.
 - УЗИ.
 - Гистероскопия.

4. Субмукозная миома матки.

5. Оперативное, если узел миоматозный исходит из дна матки или тела матки на широкой ножке, и то показано лапаротомия и надвлагалищная ампутация матки без придатков. Если узел на тонкой ножке и имеет тенденцию к рождению, то энуклеация субмукозного узла через влагалище.

ОК-1, ОК-5, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-9, ПК-16, ПК-20

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5

Больная 40 лет доставлена в больницу гинекологического отделения с жалобами на боли внизу живота больше слева, тошноту, дома была неоднократная рвота, жажду, слабость.

Заболела остро, во время физической работы появились выше перечисленные жалобы. Принимала дома анальгин — эффекта нет.

Менструации с 13 лет, установились сразу по 4-5 дней через 28 дней, последняя менструация в срок 10 дней тому назад. Замужем с 18 лет, брак 1. Родов 2, аборт 4, без осложнений. Последние 5 лет у гинеколога на осмотре не была.

Объективно: больная в постели лежит на боку (вынужденное положение), кожа и слизистые бледные. Пульс 102, ритмичный, удовлетворительного наполнения, А/Д - 105/75 мм.рт.ст. Язык сухой, слегка обложен серым налетом.

Живот напряжен при пальпации, умеренно болезненный, в нижних отделах положительный симптомы раздражения брюшины.

Печень не пальпируется. Симптом Пастернацкого (-).

В зеркалах: Слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии. Матка обычных размеров, плотная, безболезненная. Придатки не определяются, слева от угла матки и выше пальпируется опухолевидное образование округлой формы размерами 10-12-12 см, с бугристой поверхностью с напряженной капсулой, болезненное при смещении, тугоэластической консистенции. Своды и параметральная клетчатка свободные. Выделения из половых путей слизистые.

Анализ крови: НБ 110 г/л, эр-3200000, тр-250000, Л-11*10⁹ г/л, с-51, л-18, э-3, м-3, н-13, СОЭ 44 мм/час.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дополнительные методы исследования, необходимые в данном случае?
3. С чем необходимо дифференцировать?
4. Тактика врача?
5. Объем операции?

Эталон ответов к задаче №5

1. Киста левого яичника с перекрутом ножки.
2. Лапароскопия, УЗИ.
3. Субсерозный миоматозный узел с перекрутом ножки.

4. Срочное оперативное лечение, чревосечение.
5. Удаление левых придатков матки.

ОК-1, ОК-5, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-9, ПК-16, ПК-22

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6

В гинекологическое отделение поступила больная с диагнозом беременность 9 недель для производства мед. аборта. Последняя менструация 2 месяца назад.

В анамнезе 2 срочных родов, 3 мед. аборта. Последний аборт год назад.

Анализ крови на RW (-), ВИЧ (-), мазки на *gp* и *tr.vag.*- единичные лейкоциты, эпителиальные клетки, кокки, *tr.vag.* - отрицательный.

Вагинально: Влагалище свободное, шейка цилиндрической формы. Наружный зев закрыт. Матка увеличена до 9 недель беременности, мягкой консистенции, резко отклонена кзади, не выводится. Придатки с обеих сторон не пальпируются, своды глубокие. Шейка без видимой патологии. Выделения слизистые.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Напишите по порядку технику производства мед. аборта: 1-7.
3. Какие осложнения могут возникнуть в данной ситуации при производстве мед. аборта?
4. Как диагностировать данное осложнение?
5. Дальнейшая тактика?

Эталон ответов к задаче №6

1. Беременность 9 недель. Загиб матки кзади.
2. - Обработка НПО.
 - Введение зеркала во влагалище.
 - Фиксация шейки матки пулевыми щипцами за переднюю губу.
 - Зондирование матки.
 - Расширение цервикального канала расширителями Гегара.
 - Выскабливание полости матки — удаление плодного яйца.
 - Туалет.
3. Перфорация матки, либо шейки матки.
4. При помощи маточного зонда.
5. Чревосечение. Ушивание перфорационного отверстия.

ОК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-17

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7

Повторнородящая, 35 лет, предшествующие 2 беременности закончились абортами. Размеры таза 25-28-30-22 см. Роды срочные, в родах 12 часов. Последние 2 часа схватки стали редкими через 8-10 минут по 20 секунд, слабой силы, воды излились час назад. Ночь не спала, утомлена. Вагинально: шейка сглажена, раскрытие зева на 6 см, плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди, мыс недостижим.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Возможные осложнения?
3. В каком случае план ведения родов может быть изменен?
4. Прогноз родов для плода?
5. Профилактику каких осложнений необходимо провести в последовом периоде?

Эталон ответов к задаче №7

1. Срочные роды II в 40 недель. Первый период родов. Вторичная слабость родовой деятельности. ПРПО.
2. Последующая слабость потуг, гипоксия плода, длительное стояние головки плода в каждой из плоскостей малого таза с возможностью образования мочеполовых свищей.
3. В случае неэффективности проводимых мероприятий, родостимуляции окситоцином, план может быть изменен в пользу операции кесарева сечения.
4. Благоприятный при дальнейшем правильном ведении родов.
5. Необходимо провести профилактику кровотечения, третий период родов вести с иглой в вене, в присутствии анестезиолога, руками, готовыми к вхождению в полость матки.

ОК-1, ОК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-12, ПК-20

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8

Первородящая 30 лет, размеры таза нормальные, ПМП 3400 г, находится во втором периоде родов, который продолжается 2 часа. Потуги через 3-4 минуты по 30 секунд, слабые, короткие. Сердцебиение плода участилось до 150 удар/мин, но затем стало держаться до 100 удар/мин.

При влагалищном исследовании: головка в плоскости выхода малого таза, стреловидный шов находится в прямом размере, малый родничок у лона.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Тактика врача?
3. Оцените состояние плода?
4. Что такое потуги. Оцените характер потуг в данной ситуации?
5. Что такое второй период родов, его продолжительность?

Эталон ответов к задаче №8

1. Срочные роды I в 40 недель. II период родов. Вторичная слабость родовой деятельности (слабость потуг). Острая гипоксия плода.
2. Роды закончить путем наложение выходных акушерских щипцов.
3. Острая гипоксия плода - сердцебиение плода участилось до 150 удар/мин, но затем стало держаться до 100 удар/мин.
4. Потуги – это рефлекторные сокращения поперечно полосатой мускулатуры брюшного пресса, диафрагмы, тазового дна. Потуги через 3-4 минуты по 30 секунд, слабые, короткие – слабость потуг.
5. Второй период родов – это время от полного раскрытия маточного зева до рождения плода (1-2 часа).

ОК-1, ОК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-12, ПК-20

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9

Повторнобеременная 36 лет. Поступила в родильный дом по поводу острых болей в животе и незначительных кровянистых выделениях из влагалища, возникших час тому назад. Беременность пятая, в сроке 34 недели. Предшествующие четверо родов протекали без осложнений. Последние роды были 5 лет назад. В последние две недели беременности были отеки на ногах. АД - 170/100 мм рт. ст. Белок в моче. Температура –36,5°C. Пульс 100 в минуту, малый. Матка неправильной формы, при пальпации напряжена, болезненна.

Положение плода из-за напряжения матки определить не удастся. Сердечные тоны плода не выслушиваются, из влагалища - кровянистые выделения.

Вагинальный осмотр: зев закрыт, через своды определяется головка. Больная бледная, беспокойная, мечется. Жалуется на головную боль, временами впадает в обморочное состояние.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. В чем опасность для матери?
3. Состояние плода?
4. Тактика?
5. Мероприятия первичной профилактики развившихся осложнений?

Эталон ответов к задаче №9

1. Беременность 34 недели. Тяжелая преэклампсия. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Антенатальная гибель плода.
2. Смерть матери из-за массивного внутреннего кровотечения, ДВС-синдрома.
3. Плод погиб.
4. Лечение преэклампсии. Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения, объем операции решается на операционном столе: в случае возникновения матки Кювельера – гистерэктомия.
5. Своевременная диагностика и лечение преэклампсии, лечение экстрагенитальных заболеваний.

ОК-1, ОК-4, ОПК-8, ОПК-10, ОПК-11, ПК-5, ПК-9, ПК-10

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10

Первородящая 22 лет поступила в родильный дом по поводу срочных родов. Схватки через 2-3 минуты по 45-50 секунд хорошей силы, о/воды излились 2 часа назад, светлые в умеренном количестве. В родах 12 часов.

Размеры таза: 25-28-31-20 см положение плода продольное, предлежит головка в полости малого таза. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 138 уд/мин.

Вагинально: раскрытие маточного зева полное, плодный пузырь нет. Головка на тазовом дне, малый родничок у лона, стреловидный шов в прямом размере. Начались потуги.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Определите положение плода, предлежание, вид позиции?
3. Какой момент биомеханизма родов совершается в данный момент?
2. Перечислите все моменты биомеханизма родов?
3. Тактика ведения родов?

Эталон ответов к задаче №10

1. Срочные роды I в 39 недель. II период родов.
2. Положение плода продольное, предлежание - головное, вид позиции – передний.
3. Закончен второй момент биомеханизма родов – внутренний поворот головки.
4. Первый момент – сгибание головки плода. Второй момент – внутренний поворот головки. Третий момент – разгибание головки. Четвертый момент – внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки.
5. Приступить к оказанию акушерского пособия при головном предлежании.

ОК-1, ОК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-12, ПК-20

ПЕРЕЧЕНЬ РЕАЛИЗУЕМЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ

ОК-1	162	ОПК-1	2	ПК-1	21	ПК-12	3
ОК-2	-	ОПК-2	132	ПК-2	31	ПК-13	-
ОК-3	-	ОПК-3	-	ПК-3	1	ПК-14	6
ОК-4	99	ОПК-4	18	ПК-4	-	ПК-15	22
ОК-5	27	ОПК-5	24	ПК-5	257	ПК-16	22
ОК-6	-	ОПК-6	24	ПК-6	263	ПК-17	10
ОК-7	3	ОПК-7	137	ПК-7	7	ПК-18	-
ОК-8	22	ОПК-8	114	ПК-8	257	ПК-19	
-	-	ОПК-9	221	ПК-9	191	ПК-20	5
-	-	ОПК-10	-	ПК-10	33	ПК-21	-
-	-	ОПК-11	168	ПК-11	32	ПК-22	9

Типография КрасГМУ

Подписано в печать 20.11.20. Заказ № 18774

660022, г.Красноярск, ул.П.Железняк, 1