1

Ребенок 1года 7 месяцев заболел остро: повысилась температура до высоких цифр, появился насморк, незначительный кашель. К 3-му дню болезни на фоне повторного подъема температуры появился жидкий, водянистый стул с примесью зелени, комочками непереваренной пищи. Была повторная рвота. При осмотре температура 38,7ºС, умеренная гиперемия передних дужек мягкого неба. Живот вздут, умеренно болезненный в параумбиликальной области. Печень и селезенка не увеличены.

В анализе крови:Er - 5х1012/л, Hb - 134 г/л, гематокрит – 32%, L – 6,2х106/л, п 3%, с 38%, л 55%, м 4%, СОЭ 12 мм/ч.

В анализе мочи: уд.вес 1010, прозрачная, рН 5,8. В осадке – цилиндры единичные, эритроциты выщелоченные 1-2 в п/з, лейкоциты – 3-4 в п/з, белок – 0,066 г/л. Реакция на ацетон положительная (++).

В копрограмме: нейтральный жир ++, переваренная клетчатка ++, зерна крахмала.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы лабораторной диагностики необходимо назначить ребенку для уточнения этиологии заболевания?
3. Какие данные, представленные в задаче, позволяют выставить в диагноз дополнительный синдром - «кетоацидоз»?
4. Сделайте соответствующие назначения для оказания помощи в условиях стационара.
5. Назовите вероятный источник инфицирования ребенка (1). Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в очаге инфекции (2)?

2

Ребенок в возрасте 28 дней, находясь на этапе выхаживания в отделении патологии новорожденных, заболел остро с умеренного повышения температуры до 37.2°С, появления и динамичного нарастания одышки, преимущественно экспираторного характера, частого, навязчивого кашля. Рожден недоношенным, на сроке 35 недель с весом 1600 г. Получает донорское грудное молоко. При осмотре температура тела 37,4°С, обращает на себя внимание бледность кожных покровов, сухость кожи и слизистых полости рта, умеренный цианоз носогубного треугольника. Дыхание шумное. Одышка, преимущественно экспираторного характера с западением межреберных промежутков 36 в мин. *StO2* 85% при дыхании атмосферным воздухов. Аускультативно в легких обилие хрипов, влажных и сухих по всем полям. Живот умеренно вздут, печень +2 см из-под реберной дуги, селезенка – у края.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз? Какова предположительная этиология заболевания?
2. Какие методы лабораторной диагностики необходимо назначить ребенку для уточнения этиологии заболевания?
3. Какие методы лабораторной диагностики необходимо назначить ребенку для уточнения этиологии заболевания?
4. Сделайте назначения для оказания помощи.
5. Какой наиболее эффективный способ профилактики этого инфекционного заболевания? Кому такая профилактика проводится?

3

В детскую поликлинику поступил вызов к ребенку 6 лет. Заболел 2 дня назад остро с повышения температуры, которую в домашних условиях снижали, используя жаропонижающие. Однако, к моменту вызова врача сохраняется температура в пределах 37,6-38,5°С, появился отек век, ребенок стал вялым.

При осмотре ребенок вялый, кожа без сыпи. Температура тела 37,5°С. В зеве яркая разлитая гиперемия мягкого неба и передних дужек, гиперемия и зернистость задней стенки глотки. Заднешейные лимфоузлы размером до 0.5-1,0 см, множественные. Лицо одутловатое, глазные щели сужены, отек век, больше справа, слезотечение, яркая гиперемия задней слизистой конъюнктивы век, инъекция сосудов глаз. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Кашель нечастый, влажный. Носовое дыхание умеренно затруднено. Скудное отделяемое из носа. Живот мягкий, не вздут. Печень +3 см, селезенка у края реберной дуги. Стул и мочеиспускание – без изменений.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз? Какова предположительная этиология заболевания?
2. Какие методы лабораторной диагностики по определению этиологии заболевания могут быть использованы?
3. Какие возможные осложнения необходимо исключить? Назначьте обследование ребенка.
4. Нуждается ли пациент в госпитализации? Сделайте назначения для оказания помощи.
5. Организуйте необходимый уход ребенку при лечении в амбулаторных условиях.

4

Ребенок 6 месяцев, находящийся на искусственном вскармливании, заболел остро с повышения температуры до высоких цифр, повторного жидкого стула, рвоты, болей в животе.

При объективном осмотре отмечается вздутие живота, его умеренная болезненность при пальпации. Стул жидкий, водянистый, пенистый с комочками непереваренной пищи.

В анализе мочи ацетон +++.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы лабораторной диагностики необходимо назначить ребенку для уточнения этиологии заболевания?
3. Чего в описании состояния ребенка недостает для окончательного решения вопроса о диагнозе? Какие показатели необходимо отразить в данном случае?
4. Сделайте соответствующие назначения для оказания помощи в условиях стационара.
5. Назовите вероятный источник инфицирования ребенка (1). Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в очаге инфекции (2)?

5

Ребенок 5 мес. заболел остро за 2 дня до поступления в клинику, когда появился частый жидкий стул до 10 раз в сутки, рвота после кормления, повышение температуры до 38°С, общее беспокойство. Ребенок на раннем искусственном вскармливании, нормотрофик, в развитии не отстает. Часто болеет ОРЗ. При поступлении в отделение общее состояние тяжелое, вял, беспокоен, перед актом дефекации краснеет, тужится, плачет. Кожные покровы бледные, сыпи нет. Слизистые чистые, язык суховат, обложен белым налетом. Температура тела 37,8°С. Жадно пьет, от еды отказывается. Большой родничок 2,5 ×2,5 см, запавший. Со стороны легких изменений нет. Дыхание учащено до 36 в мин. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные. Пульс учащен до 132, удовлетворительных качеств. Живот умеренно вздут. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, при глубокой пальпации кишечника определяется болезненность и урчание, более выраженное в области сигмовидной кишки. Анус податлив. Стул на приеме жидкий, водянистый, с мутной слизью, зеленоватый. Менингеальных симптомов нет. Мочился последний раз 2 часа назад в небольшом количестве.

ОАК: Er 2,9 ×10 12/л, Нb 98 г/л, ЦП 0,85,Ht 44%, L 14,2×109/л, э 2%, п 2%, с 52%, л 36%, м 8%, СОЭ - 18 мм/ч.

Копрограмма: слизь+++, лейкоциты ++.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Выделите ведущие синдромы заболевания
3. Назначьте регидратационную терапию
4. Сделайте соответствующие лекарственные назначения для оказания помощи в условиях стационара.
5. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в очаге инфекции?

6

В пионерском лагере за 1 неделю заболело 96 детей. Основными симптомами заболевания были боли в животе, жидкий необильный стул от 2 до 10 раз за сутки с примесью слизи, у 18 детей отмечались прожилки крови. У многих отмечались тенезмы. Симптомы интоксикации у большинства больных были нерезко выражены или отсутствовали. При осмотре у 36 детей обнаруживалась спастически сокращенная сигмовидная кишка. Бактериологическое исследование кала у всех детей на шигеллы дало отрицательный результат. У 52 детей выделены кишечные палочки О124.

1. Оцените сложившуюся эпидситуацию (1). О какой инфекции следует думать в данном случае (2)?
2. К какому отделу ЖКТ тропен возбудитель (1)? Каков ведущий механизм диареи (2)?
3. Кто является источником инфекции (1)? Механизм, путь и факторы передачи (2)?
4. Как поступить с заболевшими детьми?
5. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в очаге инфекции?

7

Мальчик, 4 лет. Заболел остро 3 дня назад, когда повысилась температура тела до 38,90С, стал вялым. Стул стал жидким. В первый день – 4 раза, сначала достаточно обильный, затем – жидкий, но малыми порциями с примесью зелени, мутной слизи, прожилками крови – до 10-12 раз за сутки. Перед дефекацией – боли в животе, больше в проекции сигмовидной кишки. Самостоятельно принимали парацетамол, активированный уголь. Много пил жидкости. Но состояние не улучшалось.

Эпид.анамнез: накануне заболевания обедали в кафе, ели салат из капусты, борщ, куриные котлеты с картофельным пюре.

На момент госпитализации: состояние средней тяжести за счет проявлений инфекционно-токсического, кишечного синдромов. Вялый, в сознании, менингеальные знаки отрицательные. Температура 38,8 0С, стул до 12 раз за сутки, выраженная боль в животе (ложные позывы к дефекации, тенезмы).

Кожные покровы бледные, без сыпи, признаков нарушения микроциркуляции нет. Слизистые влажные. Зев интактен. Язык обложен белым налетом. В легких дыхание везикулярное, ЧДД – 28-30 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, легких систолический шум по левому краю грудины. ЧСС – 115 в мин. Живот болезненный в параумбиликальной и в левой подвздошной областях. Сигмовидная кишка пальпируется в виде плотного тяжа, диаметром около 1-1,5 см. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Анус податлив. Стул скудный с примесью слизи, зелени, крови. Диурез сохранен.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. К какому отделу ЖКТ тропен возбудитель (1)? Каков ведущий механизм диареи (2)?
3. Кто является источником инфекции (1)? Механизм, путь и факторы передачи (2)?
4. Какие исследования необходимо провести для определения этиологии заболевания?
5. Назначьте лечение.

8

Мальчик, 5 лет. Заболел остро накануне, когда повысились температуры тела до 40,20С, дважды вырвало. Стул вначале обильный, зеленого цвета, в последующем стал скудным, постепенно теряя характер калового.

На момент госпитализации: состояние ближе тяжелое за счет проявлений инфекционно-токсического, кишечного синдромов. В сознании, но очень сонлив, речевой контакт затруднен. Менингеальные знаки отрицательные. Температура 38,80С, стул до 7 раз за сутки, выраженная боль в животе (в том числе, ложные позывы к дефекации, тенезмы).

Кожные покровы бледные, без сыпи, признаков грубых расстройств микроциркуляции нет. Слизистые влажные. Зев интактен. Язык обложен белым налетом, умеренно сухой. В легких дыхание везикулярное, ЧДД – 42 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, нежный систолический шум по левому краю грудины. ЧСС – 125-130 в мин. АД 100/76 мм.рт.ст. Живот болезненный в левой подвздошной области. Печень +2 см, селезенка у края реберной дуги. Сигмовидная кишка пальпируется в виде плотного тяжа, диаметром около 1-1,5 см, выраженная болезненность. Анус зияет, выпадение слизистой прямой кишки. Стул скудный – мутная слизь, зелень, кровь. Диурез сохранен.

В ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз, ускоренная СОЭ.

В ОАМ: протеинурия, цилиндрурия.

в копроцитограмме: слизь ++++, лейкоциты – сплошь, детрит отсутствует, эритроциты до 15-20 в п/зр.

В посевах кала выделена Salm.enteritidis

1. Сформулируйте полный диагноз (с указанием тяжести и возможных осложнений).
2. Обоснуйте Ваш диагноз.
3. Какой первый анализ Вы сделали бы пациенту, оценивая его состояние? Обоснуйте.
4. Сделайте соответствующие назначения для оказания помощи в условиях стационара.
5. Какие противоэпидемические мероприятия следует провести?

9

Девочка 2-х лет, заболел остро, с подъема температуры тела до 38,8 0С. В первые сутки от начала заболевания появилась рвота до 4-5 раз за сутки, затем присоединился жидкий стул цвета «болотной тины» со слизью до 6 раз за сутки. Мама отмечает выраженный неприятный (зловонный) запах стула. Накануне заболевания ребенку дали яйцо «в смятку».

При осмотре: состояние ребенка средней степени тяжести за счет инфекционно-токсического, кишечного синдромов. Девочка вялая, капризная, в сознании, но спит больше обычного, отказывается от еды, питья. Температура тела 39,4 0С. Кожные покровы бледные, сухие, без сыпи, при беспокойстве - мраморность. Тургор мягких тканей снижен. Слизистые чистые, сухие. Язык обложен белым налетом. В легких дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипов нет, ЧДД – 40 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 133 в мин. АД 85/55 мм.рт.ст. Живот вздут, урчит при пальпации, болезненный в параумбиликальной области. Печень + 2,0 см из-под края реберной дуги, край эластичный, закруглен. Селезенка +1 см. Диурез снижен (мочилась последний раз около 2 часов назад, в небольшом количестве).

ОАК: Er 3,4×10 12/л, Нb102 г/л, ЦП 0,82,Ht48%, L 18,4×109/л, э 1%, п 7%, с 58%, л 30%, м 4%, СОЭ - 21 мм/ч.

Копрограмма: слизь +++, лейкоциты до 15 в п/зр, эритроцитов нет, зерна крахмала – много, непереваримая растительная клетчатка – умеренное количество.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Выделите ведущие синдромы заболевания
3. Какие лабораторные методы исследования необходимо назначить данному ребенку для уточнения этиологии заболевания?
4. Назначьте регидратационную терапию
5. Сделайте соответствующие лекарственные назначения для оказания помощи в условиях стационара.

10

Ребенок 2 мес., заболел около 2-х недель назад с развития кишечной дисфункции – стул стал «разжиженным», стал чаще, до 6-7 раз в сутки, с большим количеством слизи. Примерно со 2-й недели появились прожилки крови, срыгивания, остановилась прибавка массы тела. Температура держалась на субфебрильных цифрах (37,1-37,3°С). Поступил в клинику на 3-ей неделе от начала заболевания, в среднетяжелом состоянии: температура 38,5°С, стул водянистый со слизью 9-10 раз в сутки, некоторые порции – с прожилками крови. Кожные покровы физиологической окраски, умеренно влажные. Признаков эксикоза нет.

Родился от первых нормальных родов, масса при рождении 3600 г. За первый месяц прибавил 600 г.С 1,5-месячного возраста на искусственном вскармливании. В период новорожденности отмечалось нагноение пупочной ранки и пиодермия. В момент поступления масса 4500 г.

ОАК: Er3,5 ×10 12/л, Нb 105 г/л, Цп 0,8, L 9,8×109/л, э 2%, п 1%, с 53%, л 35%, м 9%, СОЭ - 18 мм/ч.

Бактериологическое исследование кала: выделенметициллин-резистентый*S.aureus*107 КОЕ/мл.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие клиническо-анамнестические данные позволяют установить диагноз?
3. Какие дополнительные лабораторные методы исследования необходимо назначить ребенку?
4. Сделайте соответствующие назначения для оказания помощи в условиях стационара.
5. С какими заболеваниями, в первую очередь, необходимо дифференцировать этот вариант энтероколита (1)?Как необходимо поступить в данном случае (2)?

11

Девочка 8 лет, поступила в стационар на 7-й день болезни. Заболела остро с подъема температуры тела до 38°С, жидкий стул с примесью слизи, до 3-4 раз в сутки. В последующем температура стала снижаться, но появились боли в ногах и слабость, появилось чувство онемения, девочка перестала вставать на ноги. Жалуется на головную боль, слабость, боли в ногах. Тоны сердца приглушены. Пульс 100 уд/мин. АД 80/50 мм.рт.ст. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот вздут, умеренно болезненный в левой подвздошной области. Кожа умеренно сухая, без сыпи. Печень и селезенка выступают ниже края реберной дуги на 2 см. Объективно при осмотре обращает на себя внимание слабость в руках и ногах, сухожильные рефлексы с обеих ног снижены симметрично. Стул за сегодняшний день 1 раз, жидкий, с примесью слизи и прожилками крови.

Общий анализ крови: Hb 125 г/л, Эр – 4,0х10¹²/л, Лейкоциты – 9,6х10⁹/л, п/я – 6%, с/я – 55%,э -0%, л – 32%, м – 7%,СОЭ – 22мм/час.

ПЦР образцов кала выявила ДНК Campylobacter jejuni/

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Обоснуйте Ваш диагноз
3. Где должен лечиться пациент? Представляет ли он серьезную опасность для окружающих?
4. Сделайте соответствующие назначения для оказания помощи в условиях инфекционного стационара.
5. Какие методы исследования могут быть использованы в диагностике основного заболевания? Имеется ли возможность специфической профилактики заболевания?

12

Больной М., 1-го года, заболел остро: появились слабость, тошнота, боли в эпигастральной области, 3 раза была рвота пищей, повторный обильный жидкий стул калового характера без патологических примесей.

Через 3 часа его состояние ухудшилось: рвота продолжалась (до 7 раз), стул участился до 10 раз и стал водянистым, пенистым. Наросла общая слабость, появились сухость во рту и жажда, головокружение. Температура тела повысилась до 38,5°С. Боли в животе усилились. Больной осмотрен врачом и госпитализирован.

Объективный статус: состояние тяжелое. Больной вялый, адинамичный. В сознании. Менингеальные знаки отр. Большой родничок закрыт. Кожные покровы бледные, сухие, при беспокойстве – появляется мраморность. Тургор тканей несколько снижен. В зеве – умеренная гиперемия дужек, мягкого неба. Наложений на миндалинах нет.Язык сухой. Пульс 175 уд. в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения,тоны сердца приглушены. Аускультативно в легких дыхание проводится по всем полям, хрипов нет, ЧД 40-44 в мин., АД – 80/40 мм рт. ст. Время капиллярной реперфузии> 4 секунд. Живот мягкий, несколько вздут, болезненный в эпигастральной, околопупочной и правой подвздошной областях. Печень, селезенка пальпаторно не увеличены. Не мочился с утра. Стул водянистый, обильный, желтого цвета, без патологических примесей.

Из анамнеза известно, что больной накануне заболевания с родителями был в гостях, в числе гостей был ребенок, у которого за неделю до этого был нечастый жидкий стул.

Массу тела ребенка до болезни мама не помнит. Ребенок на грудном вскармливании.

1. Сформулируйте предварительный диагноз с указанием тяжести, дополнительных синдромов (при наличии).
2. Обоснуйте Ваш диагноз
3. Какие лабораторные исследования необходимо назначить ребенку?
4. Сделайте соответствующие назначения для оказания помощи в условиях стационара
5. Какая вакцина используется в РФ для профилактики ротавирусной инфекции? Примерные сроки вакцинации

13

Девочка, 8 лет, заболела остро 3 дня назад, когда поднялась температура до 39,4 ºС, появились озноб, слабость, боль в горле при глотании, в последующем головная боль, чувство «разбитости», кашель. При осмотре: состояние средней тяжести за счет интоксикации. Температура тела 39,2º. Кожные покровы бледные, без сыпи, горячие на ощупь. Губы яркие, сухие. При движении – умеренный цианоз носогубного треугольника. Слизистая ротоглотки (дужек, миндалин) ярко гиперемирована. Миндалины увеличены до II-IIIстепени без налетов. Язык обложен белым налетом. Дыхание в легких везикулярное, ослаблено справа в подлопаточной области. Здесь же выслушиваются мелкопузырчатые влажные и крепитирующие хрипы. Дыхание учащено до 28 в минуту. Тоны сердца приглушены, частые, ритмичные, ЧСС 125 в минуту. Аускультативно на верхушке и в т.Боткина нежный систолический шум. Живот мягкий, при пальпации - безболезненный. Печень увеличена до 2 см из-под реберного края, селезенка пальпаторно не увеличена. Стул оформлен, диурез адекватный.

Анализ крови: Hb – 120 г/л, эр – 4,5×1012/л, Le – 24×109/л, п – 8%, с – 72%, л – 17%, м – 3%, СОЭ – 28 мм/час

СРБ – 125 мг/л. Прокальцитонин – 5 нг/мл.

В моче выделен антиген *S.pneumoniae*.

1. Сформулируйте диагноз
2. Какое первое диагностическое исследование необходимо провести? Обоснуйте.
3. Назовите препараты стартовой терапии. Определите сроки антибактериальной терапии
4. Какие диагностические исследования необходимо выполнить? Обоснуйте.
5. Назовите препараты для специфической профилактики пневмококковой инфекции. Уточните сроки введения вакцин?

14

Мальчик, 10 дней.От 1-х родов, 1-й беременности. Рожден на сроке 38 недель. Состояние по шкале Апгар 8-9 баллов. Из р/дома выписан на 5 день. На грудном вскармливании.

Заболел остро, после обеда, когда поднялась температура до 38,4 0С, стал вялым, перестал сосать грудь, была 2-х кратная рвота фонтаном. Мама давала жаропонижающие. На следующий день температура 39,20С, был эпизод тонико-клонических судорог с потерей сознания, после которых ребенок впал в кому. Рвота не повторялась. Доставлен реанимационной бригадой в ОРИТ.

При поступлении: состояние крайне тяжелое за счет общемозговой, неврологической симптоматики, интоксикации, гемодинамических расстройств. Кома 2-3. Диффузная мышечная гипотония. Арефлексия. Большой родничок выбухает, пульсирует. Менингеальные знаки отрицательные (сомнительна ригидность).

При осмотре в отделении – повторный приступ тонико-клонических судорог. Зрачки расширены, на свет не реагируют. Реакции на болевые раздражители нет. Температура тела 40,2ºС. Кожные покровы бледно-серые, без сыпи, горячие на ощупь. Выражена мраморность. Тургор снижен. В зеве гиперемии нет. Миндалины не увеличены. Язык сухой, обложен белым налетом. Дыхание в легких проводится по всем полям, хрипов нет. Дыхание поверхностное, аритмичное до 45 в минуту. Перкуторные границы относительной тупости сердца расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 140 в минуту. Живот вздут. Печеньвыступает на 3,5 см из-под реберного края, селезенка + 2 см. Стула с утра не было, накануне кашицей 2 раза, диурез снижен.

Анализ крови: Hb – 240 г/л, эр – 4,5×1012/л, ЦП 0,85, Le – 34×109/л, п – 18%, с – 72%, л – 7%, м – 3%, СОЭ – 28 мм/час, Тр – 131 ×109/л

СРБ – 150 мг/л. Прокальцитонин – >10 нг/мл.

Результат исследования цереброспинальной жидкости: ликвор мутный, рН 8,0, р-я Панди, Нонне-Апельта ++++, цитоз – 1703 клеток /мкл, нейтрофилы – 95%, белок – 2,4 г/л, глюкоза – 1,9 ммоль/л.

При микроскопии ликвора обнаружены стрептококки. Методом ПЦР в СМЖ выявлена ДНК *S.agalactiae*

1. Сформулируйте диагноз
2. Дайте обоснование диагнозу
3. Назначьте этиотропное лечение. Длительность аб терапии
4. Какие диагностические исследования необходимо выполнить? Обоснуйте.
5. Существует ли профилактика инфекций, обусловленных стрептококком группы в у новорожденных.

15

Девочка, 8 лет, заболела остро 7 дней назад, когда поднялась температура до 40ºС, появились озноб, резкая слабость, чувство «разбитости», кашель. В течение недели кашель усилился, появилась одышка, при кашле отходила скудная мокрота. Все дни температура держалась на 39-39,8 0С, несмотря на то, что девочка принимала амоксициллин, жаропонижающие в возрастной дозировке. Накануне госпитализации мама обратила внимание на то, что ребенок плохо входит в словесный контакт, на вопросы отвечает односложно.

При осмотре: состояние тяжелое за счет выраженной интоксикации и дыхательной недостаточности. Температура тела 38,2ºС. В целом, с сегодняшнего дня, появилась положительная динамика: снизилась температура, кашель – с отхождением большого количества гнойно-кровянистой мокроты, уменьшились боли в груди.

Кожные покровы бледно-серые, с мраморностью, без сыпи, горячие на ощупь. Выраженный цианоз носогубного треугольника, периорбитальный цианоз. Губы яркие, сухие. Слизистая ротоглотки (дужек, миндалин) ярко гиперемирована. Миндалины увеличены до II степени без наложений. Язык обложен белым налетом. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры. ЧД 54 в минуту.

Перкуторно над легкими слева – ясный легочной звук, справа в области угла лопатки – тимпанический перкуторный звук.

Аускультативно - мелкопузырчатые хрипы и амфорическое дыхание справа в области угла лопатки, по остальным полям - жесткое.

Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной тупости сердца в пределах возрастной нормы. При аускультации сердца: тоны приглушены, ритмичные. Пульс ритмичный, ЧСС - до 118 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 115/70 мм рт.ст.

Живот мягкий, при пальпации - безболезненный. Печень увеличена до 2 см из-под реберного края, селезенка пальпаторно не увеличена. Стул оформлен, диурез адекватный.

Анализ крови: Hb – 112 г/л, эр – 4,5×1012/л, Le – 24×109/л, п – 8%, с – 72%, л – 17%, м – 3%, СОЭ – 38 мм/час

Микроскопия мазка мокроты, окрашенного по Граму, - слизисто-гнойная, вязкая, лейкоциты 30-45 в поле зрения, эритроциты 10-15 в поле зрения, альвеолярные макрофаги и эпителиальные клетки - единичные в поле зрения, выявляется большое количество грамположительных кокков в виде виноградных гроздей.

Рентгенография органов грудной полости:



1. Сформулируйте диагноз
2. Какое первое диагностическое исследование необходимо провести? Обоснуйте.
3. Назовите препараты стартовой терапии. Определите сроки антибактериальной терапии
4. Какие диагностические исследования необходимо выполнить?
5. Дальнейшая тактика ведения больного?

16

Ребенок 15 лет, заболел остро – появилась слабость, вялость, ухудшился аппетит, появилось чувство тяжести в правом подреберье, через 3 дня моча приобрела цвет «заварки чая», стул стал бесцветным, еще через 2 дня пожелтели глаза и кожные покровы. Появление желтушного синдрома сопровождалось ухудшением самочувствия. При осмотре участковым педиатром отмечается иктеричность кожных покровов и склер глаз, сыпи на коже нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, при пальпации болезненная, край печени закруглен. Дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. Моча темная, цвета «заварки чая». В моче выявлены желчные пигменты. Эпидемиологический анамнез: 2месяца назад был оперирован по поводу острого аппендицита, осложнившегося перитонитом. Проводилось переливание свежезамороженной плазмы крови. Против гепатита В не вакцинирован. Из анамнеза:родился недоношенным, на сроке 30 недель с весом 1300 грамм, среди перенесенных заболеваний – дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу, атопический дерматит, ОРВИ

Ребенок направлен на госпитализацию в инфекционную больницу.

В биохимическом анализе крови: АЛТ – 650 МЕ/л, общий билирубин – 180 мкмоль/л, прямой билирубин – 110 мкмоль/л, протромбиновый индекс – 70%. Выполнено УЗИ печени: выявлены умеренно выраженные перипортальные уплотнения.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз
2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Назначьте лечение ребенку
4. В чем состоит существующий в отечественной практике принцип реабилитации ребенка после его выписки из стационара?
5. Какие профилактические мероприятия могли бы предупредить развитие данного заболевания у ребенка?

17

Ребенок 17 лет, заболел остро – появилась слабость, вялость, ухудшился аппетит, появилось чувство тяжести в правом подреберье, через 4 дня от начала заболевания моча приобрела цвет «заварки чая», стул стал бесцветным, через 2 дня пожелтели глаза, кожные покровы. Появление желтушного синдрома сопровождалось ухудшением самочувствия и состояния – повысилась температура тела до 38°С, 2 раза отмечалась рвота, стал сонливым. При осмотре участковым педиатром отмечается яркая желтушность кожных покровов и склер глаз, сыпи на коже нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, при пальпации болезненная, край печени закруглен. Дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. Моча темная, цвета «заварки чая». В моче выявлены желчные пигменты. Эпидемиологический анамнез: 1 месяц назад приехал из Республики Таджикистан, 3 месяца назад проведена экстракция зуба. От гепатита В не вакцинирован. В анамнезе –дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу, ОРВИ

Пациент направлен на госпитализацию в инфекционную больницу.

В биохимическом анализе крови: АЛТ – 800 МЕ/л, общий билирубин – 270 мкмоль/л, прямой билирубин – 205 мкмоль/л, протромбиновый индекс – 55%. Выполнено УЗИ печени: выявлены умеренно выраженные перипортальные уплотнения.

На 4-й день желтушного периода отмечается ухудшение состояния пациента – появилось возбуждение, неадекватное «агрессивное» поведение, сменяющееся эйфоричной недооценкой собственного состояния, печень при осмотре – украя реберной дуги, в биохимическом анализе крови: АЛТ – 560 МЕ/л, общий билирубин – 350 мкмоль/л, прямой билирубин – 155 мкмоль/л, протромбиновый индекс – 30%.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза и оценки прогноза болезни?
3. Назначьте лечение ребенку
4. В чем состоит реабилитация данного ребенка после выздоровления?
5. Какие мероприятия могли бы предупредить развитие данного заболевания у ребенка?

18

Ребенок 4 года, заболел остро – появилась слабость, ухудшился аппетит, через 4 дня от начала заболевания моча приобрела темный цвет, еще через 2 дня пожелтели глаза и кожные покровы. температура тела – 37,5°С. При осмотре участковым педиатром отмечается субиктеричность кожных покровов и склер глаз, сыпи на коже нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, при пальпации безболезненная, край печени слегка закруглен. Дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. Моча темная. В моче выявлены желчные пигменты. Эпидемиологический анамнез: От гепатита В вакцинирован. В контакте с инфекционными больными не был. В анамнезе – ОРВИ, ВПС (ДМЖП) – оперирован 4 месяца назад.

Пациент направлен на госпитализацию в инфекционную больницу.

В биохимическом анализе крови: АЛТ – 220 ЕД/л, общий билирубин – 90 мкмоль/л, прямой билирубин – 52 мкмоль/л, протромбиновый индекс – 85%.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Обоснуйте свое назначение.
3. Назначьте лечение ребенку соответственно степени тяжести заболевания
4. Как организуется наблюдение пациента после выписки его из стационара?
5. Какие профилактические мероприятия могли бы предупредить развитие данного заболевания у ребенка?

19

Новорожденный ребенок, 1-й день жизни, родился от матери, у которой в анамнезе – хронический вирусный гепатит В. В крови у матери перед родами обнаружены HbsAg, HbeAg, ДНК вируса гепатита В, АЛаТ 45 ЕД/л. При осмотре новорожденного кожные покровы физиологической окраски, сыпи на коже нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, мягкой консистенции. Дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. Моча светлая. В биохимическом анализе крови: АЛТ – 30 ЕД/л, общий билирубин – 15 мкмоль/л, прямой билирубин – 3 мкмоль/л, протромбиновый индекс – 85%.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Обоснуйте свое назначение.
3. Назначьте лечение ребенку соответственно степени тяжести заболевания
4. Какие профилактические мероприятия могут предупредить развитие заболевания у ребенка?

20

Ребенок 12 лет, заболел остро – повысилась температура тела до 38,3°С, ухудшился аппетит, отмечалась 2-кратная рвота, чувство тяжести в правом подреберье, через 4 дня от начала заболевания моча приобрела цвет «заварки чая», стул стал бесцветным, еще через день пожелтели глаза. Появление желтухи сопровождалось нормализацией температуры тела. При осмотре участковым педиатром отмечается умеренная желтушность кожных покровов и склер, сыпи на коже нет. Температура тела нормальная, ребенок в сознании. Кожа и слизистые умеренно сухие. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, при пальпации болезненная, край печени закруглен. Селезенка пальпируется краем. Дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. Моча темная, цвета «заварки чая». В моче выявлены желчные пигменты. Эпидемиологический анамнез: 3 недели назад аналогичные симптомы развились у одноклассника, который был госпитализирован в инфекционную больницу. От гепатита В вакцинирован в плановом порядке. В анамнезе – дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу, перегиб желчного пузыря

Ребенок направлен на госпитализацию в инфекционную больницу.

В биохимическом анализе крови: АЛТ – 400 ЕД/л, общий билирубин – 160 мкмоль/л, прямой билирубин – 100 мкмоль/л, протромбиновый индекс – 75%.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Обоснуйте свое назначение.
3. Назначьте лечение ребенку соответственно степени тяжести заболевания
4. В чем состоит реабилитация данного ребенка после выписки из стационара?
5. Какие профилактические мероприятия могли бы предупредить развитие данного заболевания у ребенка?

21

Ребенок 2 лет, заболел остро с повышения температуры до высоких цифр, появления необильной пятнистой сыпи на ногах и животе. Ребенок был беспокоен, негативно реагировал на свет и громкие звуки. В течение дня высоко лихорадил (до 40ͦС). Его дважды вырвало. Был эпизод кратковременной потери сознания, сопровождавшейся припадком клонико-тонических судорог.

При осмотре температура тела 39,5ͦС. Ребенок сонлив, заторможен. Активность проявляет негативной реакцией, плачем на попытку осмотра врачом, яркий свет. Кожа бледная, на ногах и ягодицах немногочисленная пятнисто-папулезная сыпь, единичные геморрагические элементы. В зеве умеренная гиперемия мягкого неба, передних дужек. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, учащены до 128 в минуту. Пульс удовлетворительных качеств, частый. Живот не вздут. Печень +3 см из-под реберной дуги, селезенка пальпируется краем. Отчетливо выражена ригидность затылочных мышц, положительный верхний симптом Брудзинского. Другие знаки оценить невозможно из-за сопротивления ребенка и его негативной реакции.

В анализе крови лейкоцитов 20,0•109/л. Нейтрофилов 78%, из них палочкоядерных 12%. Лимфоцитов 4%, моноцитов 6%. Эритроцитов 2,8•1012/л, Hb 112 г/л. Тромбоцитов 102•109/л. В анализе крови в реакции латекс-агглютинации выявлен антиген менингококка.

Вес ребенка – 12 кг.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для оценки состояния пациента и тяжести процесса? Обоснуйте свое назначение.
3. Сделайте соответствующие лекарственные назначения
4. Какова дальнейшая тактика врача по оказанию помощи больному при развитии картины шока?

22

Ребенок 1,5 лет в период эпидемии гриппа заболел остро, с повышения температуры до высоких цифр, появления кашля, который на второй день болезни стал грубым, лающим. К концу второго дня состояние изменилось: ребенок продолжал лихорадить до 38,5-39,0ͦ°С, стал вялым, дыхание стало шумным, затрудненным. Ребенка дважды вырвало. Кашель стал навязчивым, голос стал сиплым. Осмотрен на 3-й день болезни.

При осмотре температура тела 38.8°С. Ребенок в сознании, но сонливый, голос тихий. Бледный, кожа без сыпи, умеренно сухая. Дыхание затрудненное, шумное, больше на вдохе. Умеренный цианоз носогубного треугольника. Нос заложен, лицо одутловатое. В зеве умеренная гиперемия мягкого неба и передних дужек. Дыхание явно затруднено, видны втяжения над- и подключичных ямок. Ч.д. 36 в минуту. Перкуторно над легкими укорочение звука в нижних отделах сзади, больше справа. Аускультативно дыхание в легкие проводится плохо, сзади, в подлопаточных областях практически не слышно. Хрипы не выслушиваются. Тахикардия до 132 в минуту. Тоны приглушены, ритмичные.Живот не вздут. Печень выступает на 2-3 см из-под реберного края, эластичная, подвижная. Селезенка пальпируется краем. Мочится редко. Стул был накануне, оформленный.

Сатурация гемоглобина кислородом 88%. В анализе крови лейкоцитов 18,5•109/л. Нейтрофилов 68%, из них палочкоядерных 12%. Лимфоцитов 24%, моноцитов 7%, эозинофилов 1%. Эритроцитов 3,8•1012/л, Hb 120 г/л. Тромбоцитов 112•109/л.

Вес ребенка 11 кг.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для оценки состояния пациента и тяжести процесса? Обоснуйте свое назначение.
3. Сделайте соответствующие лекарственные назначения для оказания первой врачебной помощи в условиях стационара
4. Какова дальнейшая терапевтическая тактика?
5. Как можно предупредить настоящее заболевание? Какие мероприятия должны быть проведены в детском коллективе?

23

У ребенка 9 лет на 7-й день после укуса клеща повысилась температура до 39º, появилась головная боль, озноб. Вокруг места укуса клеща появилась небольшая зона покраснения. В течение последующих трех дней участок гиперемии увеличился в размерах, центр его стал светлее, формируя кольцевидную эритему, появился умеренный зуд. Все эти дни температура тела сохранялась в пределах 38.0-38.5°С. Беспокоила головная боль, чувство недомогания, тошнота, однократная рвота. При объективном осмотре на 12 день болезни состояние пациента средней тяжести, температура тела 37.9°С, обнаружена умеренно выраженная ригидность затылочных мышц, сомнительный «нижний» симптом Брудзинского. На коже, в проекции поясницы кольцевидная эритема диаметром около 18 см, зона гиперемии несколько приподнята над поверхностью, горячая на ощупь.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз
2. С чем связываются кожные изменения (1) у пациента и как они называются (2)? Их значение в диагностике заболевания (3)?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Сделайте соответствующие лекарственные назначения для оказания помощи в условиях стационара.
5. Какова дальнейшая терапевтическая тактика?

24

Ребенок 5 лет, заболел остро – повысилась температура до 39,2°С, появилась головная боль, 2-кратная рвота. Была вызвана бригада скорой помощи. При осмотре ребенок заторможен, в сознании, определяется ригидность затылочных мышц, симптом Кернига с обеих сторон, кожные покровы бледные, сыпи на коже нет. Дыхание проводится по всем полям, хрипов нет, 36 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, учащены до 120 в мин. АД 90/60 мм рт.ст.. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Ребенок направлен на госпитализацию в инфекционную больницу.

В больнице была выполнена диагностическая люмбальная пункция: ликвор вытекал частыми каплями, мутный, белого цвета, цитоз – 4000 клеток, 80% из них нейтрофилы, биохимический состав ликвора: белок – 1,5 г/л, глюкоза – 2 ммоль/л. При бактериоскопии мазка ликвора обнаружены грамотрицательные диплококки.

Общий анализ крови: лейкоцитов – 17×109/л, юных – 5%, палочкоядерных – 20%, сегментоядерных – 55%, моноцитов – 5%, лимфоцитов – 15%, тромбоцитов – 90×109/л, гемоглобин – 95 г/л, эритроцитов – 3,1×1012/л

1. Укажите наиболее вероятный диагноз
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Обоснуйте свое назначение.
3. Назначьте лечение ребенку соответственно степени тяжести заболевания
4. Какие патологические синдромы в клинике болезни указывают на угрозу жизни пациента? Каков основной принцип купирования данного состояния?
5. Какие профилактические мероприятия могли бы предупредить развитие данного заболевания у ребенка?

25

Ребенок 9 лет, заболел остро – повысилась температура тела до 39,5°С, ухудшился аппетит, отмечалась 2-кратная рвота, появилась сыпь на коже голеней и бедер. Была вызвана бригада скорой помощи. При осмотре врачом скорой помощи ребенок вялый, ригидность затылочных мышц и симптом Кернига не определяются, кожные покровы бледные, «мраморность», на коже голеней, бедер, ягодицах геморрагическая сыпь различной интенсивности окраски и величины. Дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. Пульс слабого наполнения и напряжения, конечности холодные на ощупь. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Ребенок направлен на госпитализацию в инфекционную больницу.

При госпитализации в инфекционную больницу – количество элементов сыпи и их интенсивность возросло. По форме элементы геморрагической сыпи – звездчатые. Кожные покровы «мраморные», акроцианоз. Пульс слабого наполнения и напряжения, ЧСС – 128 в минуту, АД – 80/50 мм рт.ст. ЧД – 30 в минуту. Дыхание шумное, слышно на расстоянии. Общий анализ крови: лейкоцитов – 20×109/л, метамиелоцитов – 2%, юных – 3%, палочкоядерных – 25%, сегментоядерных – 60%, моноцитов – 5%, лимфоцитов – 10%, тромбоцитов – 50×109/л, гемоглобин – 90 г/л, эритроцитов – 3,2×1012/л

1. Укажите наиболее вероятный диагноз
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Обоснуйте свое назначение.
3. Назначьте лечение ребенку соответственно степени тяжести заболевания
4. Какова продолжительность этиотропной терапии этого состояния? Чем можно руководствоваться при решении вопроса о смене терапии или ее завершении?
5. Какие профилактические мероприятия могли бы предупредить развитие данного заболевания у ребенка?

26

Ребенок 6 лет, заболел остро – повысилась температура тела до 38,2°С, ухудшился аппетит, появился насморк. При осмотре участковым педиатром ребенок активен, ригидность затылочных мышц и симптом Кернига не определяются, кожные покровы физиологической окраски, в зеве – умеренно выраженная гиперемия миндалин и задней стенки глотки. Дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Эпид.анамнез: в детском саду, который посещает ребенок отмечены случаи заболевания менингококковой инфекцией. У ребенка был взяты смывы из носоглотки для бактериологического исследования, в результате которого был выделен менингококк группы В.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Назначьте лечение ребенку
4. С какой целью проводятся терапевтические мероприятия? Какие клинические формы представляют угрозу жизни ребенку?
5. Какие профилактические мероприятия могли бы предупредить развитие данного заболевания?

27

Ребенок 11 лет, заболел остро – повысилась температура тела до 38,3°С, на коже внутренней поверхности правого предплечья вначале появилось пятно, которое в последующие дни увеличилось в размерах до 5 см. При осмотре участковым педиатром температура тела 37,9°С ребенок активен, жалуется на недомогание, кожные покровы физиологической окраски, в области правого предплечья на ее внутренней поверхности определяется эритема округлой формы с бледным центром, диаметром 10 см. Отмечается увеличение кубитальных и подмышечных лимфоузлов справа до 1 см. Дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. 100 в мин. АД 118/65 мм.рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Эпид.анамнез: 2 недели назад ребенка на прогулке укусил клещ, которого дома удалили родители ребенка. Район эндемичен по боррелиозу и клещевому энцефалиту.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Назначьте лечение ребенку
4. Какие ошибки допущены на этапах оказания помощи? Существуют ли методы специфической профилактики этого заболевания?
5. Чем опасно отсутствие специфического лечения на настоящем этапе развития инфекционного заболевания?

28

Ребенок 16 лет, заболел остро – повысилась температура тела до 38,5°С, отмечалась гиперемия конъюнктив век, появилась слабость, тошнота, рвота и головная боль, стал сонливым. Через 3 дня появились периферические парезы правой руки, мышц шеи – голова свисала на грудь. При осмотре больной в сопорозном состоянии. Температура тела 37,6°С. Кожные покровы физиологической окраски, при этом лицо гиперемировано. Высыпаний на коже нет. Обращает на себя внимание парез мышц правого плеча, голова не удерживается в вертикальном положении. Чувствительных расстройств нет. Дыхание проводится по всем полям, ритмичное, хрипов нет, 28 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс удовлетворительных качеств, 100 в мин. АД 128/75 мм.рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Эпид.анамнез: 2 недели назад в область шеи ребенка укусил клещ. События происходят в регионе, эндемичном по боррелиозу и клещевому энцефалиту.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Назначьте лечение ребенку соответственно степени тяжести заболевания
4. Каковы критерии выздоровления пациента?
5. Какие профилактические мероприятия могли бы предупредить развитие данного заболевания у ребенка?

29

У ребенка 1 года 10 месяцев на фоне субфебрильной температуры появился сухой редкий кашель, осиплость голоса. К концу 3-го дня болезни у ребенка появилось затрудненное дыхание (затруднен вдох), голос потерял звучность, кашель стал частым, непродуктивным. При осмотре температура тела 37.3̊ С, ребенок беспокойный, возбужден. Кожные покровы бледные, периоральный цианоз. Одышка с затруднением вдоха (ЧД 42 в мин.) в покое, при беспокойстве – втяжение уступчивых мест грудной клетки, пульс 146 ударов в минуту, удовлетворительных качеств. АД 105/75 мм рт. ст. В легких дыхание проводится во все поля, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. При осмотре зева – распространенный налет (на передних дужках, миндалинах и язычке) белого цвета. Отек воспаленных тканей зева. Носовое дыхание свободное. Отека шейной клетчатки нет. Живот участвует в акте дыхания, доступен пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускания не нарушены, стул нормальной консистенции, без патологических примесей, ежедневно. В анамнезе атопический дерматит, в связи с чем не привит. Вес 12 кг.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз. Какой из них определяет тяжесть состояния больного?.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Назначьте лечение ребенку
4. Какие противоэпидемические мероприятия проводятся в очаге инфекции? Существуют ли методы специфической профилактики этого заболевания?
5. Как вводится специфическая антитоксическая противодифтерийная сыворотка?

30

Ребенок, 1 года 6 мес. Не привит. Через 2 недели после приезда из Средней Азии, где семья гостила у родственников, ребенок стал волочить при ходьбе правую ногу. За 2-3 дня до этого отмечались небольшой кашель и насморк, иногда жаловался на болезненность в правой ноге, родители обратили внимание на повышенную потливость правой стопы. При обращении в детскую поликлинику участковым врачом установлен диагноз ОРВИ, назначены умифеновир и амоксициллин, ребенок отправлен на лечение домой. Анамнез жизни: перенесенных инфекционных заболеваний нет, неврологический анамнез не отягощен.

При поступлении в стационар: температура тела 37.2°С. Кожные покровы физиологической окраски, без сыпи. Зев – спокоен. Дыхание проводится по всем полям, ритмичное, хрипов нет, 32 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс удовлетворительных качеств, 128 в мин. АД 110/65 мм.рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. Неврологический статус: отмечается снижение объема движений, тонуса мышц бедра и рефлекторной активности правой ноги. Отмечается рекурвация (переразгибание ноги) в правом коленном суставе. Отека и гиперемии кожи в проекции сустава нет. В покое, в положении сидя на кровати обращает на себя ротация правой ноги кнаружи. Нарушений чувствительности нет. Менингеальные знаки: сомнительная ригидность затылочных мышц, остальные знаки отрицательные. Мочеиспускание не нарушено. Стул ежедневно, оформленный, без патологических примесей.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Назначьте лечение ребенку
4. Какие ошибки допущены на этапах оказания помощи? Существуют ли методы специфической профилактики этого заболевания?
5. Какие противоэпидемические мероприятия проводятся в очаге инфекции?

31

Ребенок 3 года 7 месяцев заболел остро: подъем температуры до 37.5 ̊С, недомогание, незначительное снижение аппетита. Симптоматика сохранялась в течение 2-х дней. На следующий день появилась сыпь. При обращении за медицинской помощью на 3-й день болезни отмечается гиперемия на щеках в виде «следа от пощечины», полиадения шейной группы лимфоузлов, в зеве небольшая разлитая гиперемия без отека и наложений. Температура тела 38.2°С. Дыхание проводится по всем полям, ритмичное, хрипов нет, 30 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс удовлетворительных качеств, 126 в мин. АД 115/75 мм.рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. Ребенок в сознании, менингеальных знаков, очаговой неврологической симптоматики нет. Мочеиспускание не нарушено. Стул ежедневно, оформленный, без патологических примесей.

На следующий день на руки и ноги (преимущественно на руки) распространилась обильная пятнисто-папулезная сыпь, единичные элементы которой появились и на туловище. Через 2 дня сыпь на конечностях приобрела «сетчатый, кружевной» вид. Экзантема «цвела» в течение недели, исчезла бесследно. С 4-го дня болезни температура была нормальной.

Анамнез жизни: перенесенных инфекционных заболеваний нет, неврологический анамнез не отягощен, аллергологический анамнез не отягощен.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Назначьте лечение ребенку
4. При какой форме заболевания и какому контингенту показано в/в введение иммуноглобулинов?
5. Какие формы заболевания опасны для окружающих? Какова тактика в отношении больных контагиозными формами инфекции и контактных с ними лиц? Существуют ли методы специфической профилактики этого заболевания?

32

Ребенок, 11 месяцев. Заболел остро, повысилась температура тела до 38ºС, которая держалась 3 дня. На 4-й день заболевания температура тела нормализовалась, в это же время появилась сыпь. При осмотре в приемном покое сознание не нарушено, очаговой неврологической симптоматики нет. Температура тела 36.8°С. На коже туловища и конечностей обильная пятнисто-папулезная сыпь на неизмененном фоне кожи, дискретная. На лице единичные дискретные розеолезно-папулезные элементы, В зеве отмечалась умеренно выраженная гиперемия миндалин, небных дужек, задней стенки глотки, наложений нет. Отмечается микрополиадения шейной группы лимфоузлов. Дыхание проводится по всем полям, пуэрильное, 34 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс удовлетворительных качеств, 138 в мин. АД 110/65 мм.рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускания, стул не нарушены. Анамнез жизни без особенностей, аллергологический анамнез не отягощен.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Назначьте лечение ребенку
4. Какие противоэпидемические мероприятия проводятся в очаге инфекции?существуют ли методы специфической профилактики этого заболевания?
5. Какие осложнения и у какого контингента возможны при этом заболевании?

33

Ребенок 6 лет, заболел остро: появилось недомогание, першение в горле, субфебрильная температура. На 3-ий день болезни заметили припухлость в подчелюстной области справа, обратились за медицинской помощью. При осмотре в сознании, менингеальных знаков, очаговой неврологической симптоматики нет. Температура тела 37.8°С. Подчелюстная слюнная железа увеличена до 2,5×3,0 см, плотноватой консистенции с неизменной над ней кожей, умеренно болезненная при пальпации. Увеличены шейные лимфоузлы до 2,5 см в диаметре. В зеве сухость, неяркая гиперемия слизистых, отека, наложений нет. Кожные покровы обычной окраски, без сыпи. Носовое дыхание не затруднено. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, 26 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс удовлетворительных качеств, 108 в мин. АД 116/75 мм.рт.ст. Печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускания не нарушены. Стул оформленный, без патологических примесей. Анамнез жизни без особенностей, аллергологический анамнез не отягощен.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Назначьте лечение ребенку
4. Какие существуют показания к госпитализации пациентов с этой инфекцией? Какие противоэпидемические мероприятия проводятся в очаге инфекции? Существуют ли методы специфической профилактики этого заболевания?
5. Назовите основные группы риска по развитию тяжелых форм этой инфекции ?

34

Ребенок 5 месяцев, мальчик, заболел остро: появилось недомогание, общее беспокойство, повышение температуры до 38ºС. При осмотре на второй день болезни в сознании, менингеальных знаков, очаговой неврологической симптоматики нет. Вес 7300 г. На грудном вскармливании. Температура тела 39.0°С. Кожные покровы физиологической окраски, слизистые оболочки ротовой полости гиперемированы, определяются множественные элементы от пятен до мелких пузырьков и белых бляшек, окруженных венчиком гиперемии, обильное слюнотечение. Отмечаются пузырьковые высыпания на красной кайме губ. Отказывается от еды, капризен. Полиадения подчелюстных лимфоузлов плотноватой консистенции с неизменной над ними кожей, умеренно болезненных при пальпации. Носовое дыхание не затруднено. В легких дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, 36 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс удовлетворительных качеств, 140 в мин. АД 106/60мм.рт.ст.Печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускания не нарушены. Стул нормальной консистенции, без патологических примесей. Анамнез жизни без особенностей, родился в срок, вес при рождении 3500 г., аллергологический анамнез не отягощен.У отца ребенка рецидивирующий Herpeslabialis.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Назначьте лечение ребенку
4. Какие существуют показания к госпитализации больных этой инфекцией?
5. Какие противоэпидемические мероприятия проводятся в очаге инфекции? Существуют ли методы специфической профилактики этого заболевания?

35

Больная 11 лет, поступила в клинику на 3-й день болезни с жалобами на незначительную боль при глотании, затруднение носового дыхания, повышение температуры до 40 °с, отечность шеи до ключицы. лечилась амбулаторно, по назначению участкового педиатра, пенициллином. состояние не улучшилось, госпитализирована в клинику (самообращение). состоит на диспансерном учете по поводу ревматоидного артрита. с 5 лет прививки не получала. перенесла ветряную оспу и эпидемический паротит, 2 раза в год болеет орви. при поступлении состояние тяжелое, выражена интоксикация, вялость, бледность кожных покровов. масса тела 31 кг, рост 140 см, пульс 84 удара в минуту, удовлетворительных качеств, дыхание 22 в мин, ад 115/75 мм рт. ст. носовое дыхание свободно, в легких проводится по всем полям, везикулярное. границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны сердца ясные, сердцебиение ритмичное. отмечается застойная отграниченная гиперемия зева, отечность миндалин, дужек, мягкого неба, пленчатый беловато-серого цвета налет, выходящий за пределы миндалин, снимающийся с трудом, после снятия пленок видны кровоточащие участки слизистой. переднешейные лимфоузлы увеличены и болезненны. отечность подкожной клетчатки шеи распространяется с обеих сторон до ключиц. температура 38,9 °с, аппетит плохой, девочка пассивная, затруднение носового дыхания, приторно-сладкий запах изо рта.

ОАК: Er - 4,5х109/л, Hb - 140 г/л, ЦП - 1,0, L - 15х106/л, э 1%, п 2%, с 65%, л 12%, м 20%, СОЭ 27 мм/ч.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Назначьте лечение ребенку
4. Какие противоэпидемические мероприятия проводятся в очаге инфекции? Существуют ли методы специфической профилактики этого заболевания?
5. Какие осложнения возможны при этом инфекционном заболевании? Сроки их развития?

36

Ребенок 8 лет заболел вечером: повысилась температура до 39°С, появились боли в горле, однократная рвота, на следующий день на теле появилась сыпь. При осмотре на 2-й день болезни состояние ребенка средней тяжести за счет проявлений интоксикации. Температура тела 37,9°С, вялый, сонливый. На гиперемированной коже обильная мелкоточечная сыпь по всему телу, с преимущественной локализацией на сгибательных поверхностях рук, внизу живота и на боковых поверхностях туловища, в кожных складках. Носогубный треугольник свободен от сыпи. В зеве - яркая отграниченная гиперемия. Миндалины увеличены до 2 ст., в лакунах – гнойные наложения. Язык обложен густым беловато-желтым налетом. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс 136 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание в норме.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз
2. На основании каких клинических данных вы установили диагноз?
3. Назначьте лечение ребенку
4. Назовите возможные осложнения заболевания этого заболевания.
5. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в очаге инфекции?

37

Девочка, 4 года. Жалобы на лихорадку, кашель, насморк. Заболела 3 дня назад: повысилась температура до 38,3 °С, появился кашель, насморк, недомогание, которые усиливались в течение дня. Две недели назад гостила в Средней Азии (Таджикистан), была в контакте с большим числом детей разного возраста.

При осмотре состояние средней тяжести, температура 38,5°С. Кожные покровы чистые, бледные, конъюнктивит, отмечается слезотечение. Ринит с обильным отделяемым из носа. Слизистая полости рта гиперемирована, разрыхлена, на слизистой щек, напротив малых коренных зубов имеются мелкие беловатые точки, окруженные каймой гиперемии. На мягком небе красные пятна величиной 0,3×0,3 см. Шейные лимфатические узлы увеличены незначительно, мелкие, безболезненные. Со стороны внутренних органов патологических изменений нет.

Ранее страдала атопическим дерматитом, по поводу чего была «отведена» от прививок.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз
2. На основании каких клинических данных вы установили диагноз?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?объясните.
4. Какие профилактические мероприятия могли бы предупредить развитие данного заболевания у ребенка?
5. Какие профилактические мероприятия могли бы предупредить развитие данного заболевания у ребенка?

38

Ребенок 4 лет болен 4-ый день. Заболевание началось остро с повышения температуры до 39ºС, общего недомогания. На 3-ий день болезни на коже рук и ног, преимущественно в проекции межфаланговых суставов, появилась сыпь. Появились боли во рту. На момент осмотра температура тела 38,6°С, на слизистой передних дужек, миндалин, задней стенки глотки единичные везикулезные элементы, окруженные венчиком гиперемии. На коже носогубного треугольника дискретные элементы пятнисто-папулезной сыпи с единичными везикулами. На коже кистей и стоп немногочисленные элементы пятнисто-папулезной и везикулезной сыпи, преимущественно в сгибах межфаланговых суставов как с тыльной части, так и с ладонной, и с подошвенной поверхностей. Пульс 132 в мин. ЧД 26 в мин. Аускультативно изменений со стороны легких и сердца нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см из-под реберного края, селезенка не пальпируется. Стул оформлен.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз
2. На основании каких клинических данных вы установили диагноз?
3. Какое дополнительное исследование необходимо провести для уточнения диагноза? Поясните.
4. Есть ли показания для госпитализации больного? Составьте план лечения ребенка.
5. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в очаге инфекции?

39

Ребенок 3 лет 5 месяцев, мальчик, заболел остро: появилось недомогание, снижение аппетита, повышение температуры до 37.8ºС, заложенность носа, пожаловался на боли в горле. На следующий день симптоматика сохранялась, усилилась заложенность носа, температура тела 38.5 ºС, сонлив, старается лечь, храпит во сне. На жаропонижающие отмечается кратковременное снижение температуры на несколько десятых градуса, затем вновь подъем до исходных цифр. Участковым педиатром установлен диагноз «Лакунарная ангина», назначен азитромицин, обработка зева мирамистином.На следующий день температура тела 39°С, вызвали «скорую помощь», ребенок госпитализирован в инфекционный стационар. При осмотре на третий день болезни в сознании, менингеальных знаков, очаговой неврологической симптоматики нет. Температура тела 39.2°С. Дышит полуоткрытым ртом, выделений из носа нет. Кожные покровы физиологической окраски, слизистые оболочки ротовой полости гиперемированы, на миндалинах с обеих сторон обильный выпот, не выходящий за их пределы. Миндалины увеличены до 2 степени. Шейные лимфоузлы увеличены с обеих сторони пальпируются в форме конгломератов, заметны при осмотре, деформируют контуры шеи, безболезненны. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, 26 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс удовлетворительных качеств, 110 в мин. АД 105/65 мм.рт.ст.. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, селезенка - на 2 см. Стул и мочеиспускание не нарушены.

ОАК: Er 3,5х109/л, Hb 120 г/л, ЦП 0,9, L 20х106/л, э 1%, п 2%, с 17%, л - 53%, м - 10%, СОЭ - 27 мм/ч. Атипичные мононуклеары - 17%.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Назначьте лечение ребенку
4. Какие существуют показания к госпитализации при этом заболевании? Какие противоэпидемические мероприятия проводятся в очаге инфекции? Существуют ли методы специфической профилактики?
5. Назовите наиболее тяжелое осложнение, которое может возникнуть при этом заболевании? С чем это может быть связано?

40

На вызове к больному: мальчик 5 лет с жалобами на сильный кашель до рвоты. Из анамнеза: ребѐнок 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 ребѐнок) 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 лѐгких дыхание жѐсткое. 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 селезѐнка не пальпируются. Стул, со слов, регулярный, без патологических примесей. Общий анализ крови: эритроциты - 4,3х1012/л, гемоглобин - 120 г/л, тромбоциты - 240,0х109/л, лейкоциты - 20,6х109/л, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 19%, лимфоциты - 72%, моноциты - 7%, СОЭ - 12 мм/час.

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.

41

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 37.4ºС. 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 – 37,5ºС, отрицательная динамика клинических проявлений – вялая, бледная. Зев гиперемирован, на поверхности миндалин плотные плѐнки сероватого цвета, больше справа, не выходят за пределы миндалин. Плѐнка 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 селезѐнка не увеличены. Стул, диурез - без патологии. Общий анализ крови: эритроциты - 4,5х1012/л, гемоглобин - 128 г/л, тромбоциты - 310,0х109/л, лейкоциты - 16,6х109/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.

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 ребѐнок посещал детский сад, семья состоит из 3 человек (мама, папа и сам ребенок).

42

Осмотрена на дому девочка 3 лет. Жалобы мамы на повышение температуры тела, слабость, отказ от еды, высыпания на коже. Из анамнеза: ребѐнок от II беременности, II срочных родов, росла и развивалась соответственно возрасту, привита по календарю. Из перенесѐнных 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 38,0ºС, 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 38,9ºС, 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 лѐгких аускультативно-пуэрильное дыхание, хрипов нет. Число дыханий 30 в минуту. На слизистой твѐрдого нѐба несколько поверхностных эрозий размером 2х3 мм. Живот мягкий, печень выступает из-под края рѐберной дуги на 1,5 см. Стул без патологических примесей. Менингеальных симптомов нет.

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?

43

Мальчик 6 лет заболел остро с подъѐма температуры тела до 38,6 °С, жалобы на боли в горле, недомогание. Мать самостоятельно дала ребѐнку 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, ребѐнок отказался от еды, предпочитал лежать. Мать вызвала участкового педиатра. При осмотре больного состояние оценено как среднетяжѐлое. Носовое дыхание свободное. Кожный покров чистый, кожа горячая на ощупь, на щеках «румянец», глотание затруднено. Язык у корня обложен серым налѐтом. При фарингоскопии - нѐбные миндалины гиперемированы, увеличены, отѐчны. На миндалинах с обеих сторон имеются налѐты островчатые, жѐлтого цвета. Пальпируются увеличенные передне-верхне-шейные лимфатические узлы. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 80 уд/мин, ЧД 24/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезѐнка не увеличены. Стула не было 2 дня, диурез достаточный. Из анамнеза жизни известно, что ребѐнок 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 приѐма антибиотика отмечена аллергическая сыпь, купированная антигистаминными лекарственными средствами (супрастин) в течение 3-х дней. Других проблем в состоянии здоровья у ребѐнка не установлено. Семья социально благополучная. Ребѐнок в семье один.

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?

44

Ребенок 2,5 лет заболел остро утром с подъѐма температуры до 39,9°С, нарушения общего состояния. Пожаловался на выраженную боль в горле. Мать дала ребѐнку нурофен и провела ингаляцию беродуалом, однако температура тела в течение последующих двух часов снизилась лишь на 0,5 °C, состояние ребѐнка ухудшилось. Появилась одышка с затруднением вдоха, усилилась боль в горле, ребѐнок с трудом пил воду, предпочитал сидеть, лѐжа одышка усиливалась. Мать обратилась в скорую помощь. До приезда врача мать еще раз дала нурофен. При осмотре врачом состояние ребѐнка тяжѐлое, температура тела 39,8°С. Ребѐнок 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 ребѐнка для осмотра живота одышка усилилась. ЧД 40 в минуту, ЧСС 130 в минуту. При проведении пульсоксиметрии SaO2 – 93%. Из анамнеза жизни известно, что преморбидный фон не отягощѐн. Привит ребенок по возрасту. Болеет редко. Семья благополучная. Есть старший ребенок 5 лет, в настоящее время здоров, ходит в детский коллектив.

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?

45

Мальчик 3 лет. Жалобы на повышение температуры до 38°С, шумное дыхание, беспокойство, «лающий» кашель. Из анамнеза заболевания известно, что мальчик болен третий день. Заболевание началось с повышения температуры до 37,8°С, появился сухой кашель, который на следующий день стал грубым, лающим, с болью за грудиной, голос осип. К врачу не обращались, мама подавала парацетамол, поила тѐплым 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 отстает, 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°С. 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 лѐгкая гиперемия дужек, задней стенки глотки, миндалин, налѐтов нет. ЧДД – 34 в минуту, инспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры (втяжение в эпигастральной области, яремной ямке, межреберных промежутков) на высоте вдоха. В лѐгких дыхание жѐсткое с удлиненным вдохом, хрипов нет. Перкуторный звук ясный лѐгочный. Тоны сердца ритмичные, чуть приглушены, ЧСС – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Паренхиматозные органы не увеличены. Стул и диурез в норме.

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 ребѐнку?

5. Когда может быть показана антибактериальная терапия при схожей симптоматике и другой респираторной патологии?

46

Ребѐнку 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.

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.

47

Ребѐнка 6 лет в течение трѐх последних дней беспокоят кашель, насморк, повышение температуры до 39°С. 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 – 4,2×1012/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – 3,2×109 /л, эритроциты - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 28%, лимфоциты - 62%, моноциты - 2%, тромбоциты – 180 000; СОЭ – 5 мм/ч. Время свѐртывания крови – начало - 6 минут, конец – 8 минут. Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жѐлтый, 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.

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.

48

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 объѐме, печень + 3,0 см от края рѐберной дуги, селезѐнка + 2,0 см. Печень плотная, край закруглѐн. Моча тѐмного цвета. Кал обесцвечен. Результаты анализов. Общий анализ крови: гемоглобин – 92 г/л, эритроциты – 2,8×1012/л, цветовой показатель – 0,8; лейкоциты – 12,3×109/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 HBcor класса IgG и IgM, анти HCV. УЗИ печени: увеличение обеих долей, повышение эхосигналов диффузного характера.

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.

49

У ребѐнка 6 лет, со слов мамы, повышение температуры, вялость, недомогание, кожные высыпания, кашель. Анамнез: ребѐнок болен около недели, когда впервые повысилась температура до 38,5°С 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 нѐба видны красные неправильной формы пятна. На коже лица, в заушных областях, на туловище и конечностях - розовая сыпь пятнисто-папулѐзного характера. Результаты анализов. Общий анализ крови: гемоглобин – 126 г/л, эритроциты – 4,2×1012/л, цветовой показатель – 0,9; лейкоциты – 3,0×109/л, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 34%, лимфоциты - 60%, моноциты - 2%; СОЭ – 17 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жѐлтый, удельный вес – 1018, белок – нет, эпителий плоский – 2-3 в поле зрения, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – нет. R-графия органов грудной клетки – усиление бронхо-сосудистого рисунка, очаговых теней нет.

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.

50

Ребѐнок 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, отѐчность век. При осмотре: температура 38,9°С, в зеве разлитая гиперемия, на задней стенке глотки зернистость, миндалины увеличены, налѐтов нет. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфоузлы в диаметре до 1,5 см, мягкоэластичные. В легких: аускультативно – жѐсткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, тахикардия. Физиологические отправления в норме. Результаты анализов: Общий анализ крови: гемоглобин – 112 г/л, эритроциты – 3,8×1012/л, цветовой показатель – 0,9; лейкоциты – 3,2×109/л, палочкоядерные нейтрофилы - 2%; сегментоядерные нейтрофилы - 38%, лимфоциты - 47%, моноциты - 13%; СОЭ – 6 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет – жѐлтый, 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.

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.