

ОТВЕТЫ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

для первичной аккредитации выпускников, завершающих в 2017 году подготовку по образовательной программе высшего медицинского образования в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПЕДИАТРИЯ»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К000011

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 бруцеллёзным 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 водоисточников 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К000012

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 питьё.
 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. Свежзамороженная 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К000013

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К000014

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К000015

1. Корь. Типичная. Средней степени тяжести.
2. Диагноз «корь» поставлен на основании данных анамнеза: заболевание началось с синдрома интоксикации (повышение температуры до 38,5 °С), 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 – Офтальмоферон.
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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К000016

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K000017

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К000018

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 °С), заложенность носа, лимфопролиферативного синдрома (увеличены шейные и подчелюстные лимфатические узлы в виде пакетов с двух сторон, неспаивающиеся 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К000020

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 °С) 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 анитоксической 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, одновременно 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 всех 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K000021

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 стридиальное дыхание) и стеноза гортани 2 степени (инспираторная одышка с ЧД 52 в минуту, втяжением межрёберных промежутков, ярёмной 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K000023

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 °С), 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 °С – 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К000024

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 свежезамороженной 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 противозидемического режима.
 3. Новорождённым, 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.
5. 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K000025

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К000027

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 мелкоочечная 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К000028

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 °С), присоединения катарального синдрома (лёгкий насморк, небольшой кашель) и экзантемы (розовая, небильная, 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 °С – 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 больным 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К000029

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 °С) 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 питьё.
 3. Диета по возрасту (механически, термически и химически щадящее питание).
 4. Гигиенические мероприятия: чистое нательное и постельное бельё, 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 °С – 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К000032

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 противозидемического 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К000496

1. Острая кишечная инфекция, гастроэнтерит, средней степени тяжести. Эксикоз 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 °С, 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, объём жидкости 50 мл/кг – 350 мл. Второй этап – 20 часов, объём жидкости на этап 100 мл/кг – 700 мл. Всего на сутки – 1050 мл. Состав жидкости – Регидрон (Оралит, Цитроглюкосолан), кипячёной водой.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K000497

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K000498

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K000499

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К000500

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).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К000501

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 подъём 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 свыше 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К000504

1. Менингококковая инфекция, генерализованная форма, менингококцемия.
2. Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания с выраженными явлениями 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 ОРВИ).

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К000505

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 °С, 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-НАV 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 эпидпоказаниям.

4. Соблюдение общественной и личной гигиены, контроль за общественным

питанием и качеством питьевой воды.

5. В очаге проводится текущая и заключительная дезинфекция.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K000506

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K000507

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 флуоресцирующих 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K000508

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, лимфоаденопатии, фарингита, плёчатого 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 суппозиторий (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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К000510

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-Бунелля (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. Реконвалесценты 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K000511

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-папулёзная 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 свыше 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K000512

1. Скарлатина, типичная форма, период высыпаний, средней степени тяжести.
2. Диагноз поставлен на основании наличия интоксикационного синдрома (температура тела 39,0 °С, головная боль); характерных изменений в ротоглотке (отграниченная гиперемия, гнойные наложения на миндалинах, региональный лимфаденит); характера сыпи (мелкоточечная на гиперемизированном 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 свыше 38,5 °С, 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К000513

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 свыше 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К000515

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 иммунодефициными состояниями и при наличии специфических осложнений.

3. Лечение симптоматическое: обильное питьё, при температуре свыше 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001040

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 °С; 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 К001043

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. 1. 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. 1. 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001044

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 °С, 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001045

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 °С, через 2 часа присоединилось затруднение дыхания;
 - объективных данных: состояние ребёнка средней тяжести, температура тела 38,8 °С, 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).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001046

1. Двухсторонняя фолликулярная ангина.
2. Диагноз «двухсторонняя фолликулярная ангина» установлен
 - на основании жалоб больного: повышение температуры тела 39,0 °С, боль в горле, усиливающаяся при глотании;
 - анамнеза: острое начало;
 - объективных данных: при фарингоскопии определяется гиперемия глотки, гиперемия и увеличение небных миндалин с наложением в виде фолликулов.
3. Мазок из глотки на микрофлору и токсигенные штаммы коринобактерий дифтерии, определение чувствительности 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. 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, лакунарная ангина, язвенно-некротическая ангина, дифтерия глотки, ангина при инфекционном мононуклеозе, ангины при заболеваниях крови.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001047

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 небной 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001048

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. 1. 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. 1. 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001049

1. Заглочный абсцесс.

2. Диагноз «заглочный 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 заглочного 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001050

1. Острый ринит. Острый катаральный фарингит.

2. Диагноз «острый ринит» установлен на основании жалоб больного (повышение температуры тела 38,0 °С, 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 °С, 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001053

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, антигиалуронидаза).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001056

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 °С, 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 °С.
5. Учитывая занятия ребёнка вокалом в музыкальной школе и подростковый возраст (13 лет) с возможной мутацией голоса, пациенту необходимо наблюдение у врача-оториноларинголога-фоноатра.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001057

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.

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001058

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 °С, 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 °С, 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. Рекомендуется 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, трахеомалация. Врождённый стеноз трахеи. Сосудистое кольцо – аномальное расположение больших сосудов, которые могут вызывать сдавление трахеи.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001059

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 °С, 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 °С, 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001199

1. Реактивный артрит с энтезитами (постэнтероколитический). Активность 2 ст. Двусторонний конъюнктивит. Инфекция мочевыводящих путей.

2. Диагноз установлен на основании следующих данных: 1. Отягощённая

наследственность со стороны отца (по всей видимости болен воспалительной артропатией ассоциированной с анкилозирующим спондилоартритом). 2. Возникновение суставного синдрома после перенесённой кишечной инфекции. 3. Олигоартрит с энтезитами. 4. Внесуставные проявления заболевания (конъюнктивит, инфекция мочевыводящих путей).

3. В общем анализе крови лейкоцитоз и нейтрофилёз, повышение СОЭ. В биохимическом анализе крови: повышение С-реактивного белка, остальные показатели в норме. В общем анализе мочи лейкоцитурия.

4. Пациенту рекомендовано: 1. Исключить туберкулёзный характер поражения костно-мышечной системы. 2. Поиск триггерной инфекции (серологическая диагностика РПГА, ПЦР). 3. Проведение лучевых методов диагностики – рентгенография суставов, ультразвуковая диагностика (исключение септического артрита, опухолей, остеохондропатий, оценка воспалительного процесса). 4. Молекулярно-генетическое исследование - определение HLA B27 (отягощённая наследственность по воспалительным артропатиям). 5. Бактериологическое исследование мочи (лейкоцитурия). 6. Консультация врача-окулиста (конъюнктивит, исключить увеит).

5. Диклофенак 2-3 мг/кг, Нимесулид 3-5 мг/кг, разрешены с 6-летнего возраста в течение 3-4 недель.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001200

1. Пурпура Шенлейн-Геноха (Иммунокомплексный IgA васкулит) кожно-суставная форма, абдоминальный синдром, тяжёлое течение, высокая степень активности.

2. Острое начало заболевания после перенесённой ОРВИ. Обязательный критерий: симметричные геморрагические высыпания на нижних конечностях. Дополнительные критерии: поражение суставов, абдоминальный синдром.

3. Общий анализ крови, биохимический анализ крови, иммунологические исследования. Общий анализ мочи. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек. ФЭГДС. По показаниям: рентгенография кишечника, КТ брюшной полости, МРТ органов брюшной полости. Колоноскопия. Консультация врача-гастроэнтеролога, врача-хирурга, врача-нефролога по показаниям. Ожидаемые результаты: Общий анализ крови: умеренный лейкоцитоз с нейтрофилёзом, тромбоцитоз, ускоренное СОЭ. Биохимическое и иммунологическое исследования крови: повышение уровня СРБ, повышение IgA. Общий анализ мочи: при наличии нефрита: гематурия, протеинурия. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек: изменение эхогенности паренхиматозных органов, жидкость в брюшной полости, гепато- и спленомегалия, увеличение размеров поджелудочной железы и почек. ФЭГДС: эритема, отёк, петехии, язвы в разных отделах желудочно-кишечного тракта. Рентгенография кишечника: утолщение и распрямление складок слизистой оболочки и краевые лакуны со стороны мезентериального края. Колоноскопия: язвы с преимущественной локализацией в подвздошной и прямой кишке.

4. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с менингококкцемией, тромбоцитопенической пурпурой, лимфопролиферативными заболеваниями, лейкозом, опухолями, системной красной волчанкой, неспецифическим язвенным колитом, болезнью Крона, хроническим гепатитом с внекишечными проявлениями, острым или

хроническим гломерулонефритом, IgA-нефропатией.

5. Инвагинация, кишечная непроходимость, перфорация кишечника с развитием перитонита, при нефрите: острая почечная недостаточность или хроническая почечная недостаточность.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001201

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, рефлюкс-эзофагит. Хронический гастродуоденит, обострение.

2. Диагноз «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь» поставлен на основании типичных эзофагеальных (пищеводных) симптомов: отрыжка «кислым», изжога, усиливающаяся при физических нагрузках, наклонах, симптом «мокрого пятна», внепищеводных (экстраэзофагеальных): осиплость голоса по утрам и ощущения «кома в горле»; «хронический гастродуоденит» на основании жалоб на чувство тошноты после еды, нарушения качества и режима приёма пищи, отягощённой наследственности по хронической гастродуоденальной патологии у курящих родителей.

3. Пациенту рекомендовано: ЭФГДС. Обследование на НР-инфекцию. при возможности 24-час рН метрия. ЭКГ.

4. Предпочтительны ингибиторы протонного насоса, рассматривающиеся как средства первой линии, при невозможности назначить ИПН можно назначить H₂-антигистаминные средства.

5. Рекомендации по назначению стиля жизни. После приёма пищи не ложиться в течение часа. Последний прием пищи за 2-3 часа до сна. Спать с приподнятым головным концом кровати на 15 см. Снизить объём принимаемой пищи и жиров, увеличить долю белков. Антисекреторные препараты, антацидные препараты.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001202

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, обострение. *H. pylori* (+). Хронический гастродуоденит, обострение. Реактивный панкреатит.

2. Диагноз поставлен на основании типичных жалоб: голодные, «поздние» и «ночные» боли в эпигастрии, купирующиеся приёмом пищи, отягощённая наследственность по гастроэнтерологической патологии, данных объективного осмотра: положительный симптом Менделя, болезненность при пальпации эпигастральной и пилорoduоденальной зоны, болезненность при пальпации в точках Де-Жардена и Мейо-Робсона, эндоскопического исследования желудка и двенадцатиперстной кишки, УЗИ органов брюшной полости и положительного биопсийного теста на НР-инфекцию.

3. Пациенту рекомендовано: исследование кала на скрытую кровь. Копрограмма.

4. Однонедельную тройную терапию на основе ингибиторов протонной помпы, висмута трикалия дицитрат и антибактериального препарата.

5. Стол № 1 (4-5 кратный приём пищи).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001203

1. Острый постстрептококковый гломерулонефрит.

2. Отёки, артериальная гипертензия, протеинурия, макрогематурия.
3. Антистрептолизин – О (АСТЛ-О) – характерно повышение антистрептококковых антител.
4. Антибактериальные препараты пеницилинового ряда, диуретики (петлевые), антигипертензивные препараты (блокаторы медленных кальциевых каналов, ингибиторы АПФ).
5. В 90% случаев прогноз благоприятный. Микрогематурия может сохраняться несколько месяцев после завершения курса лечения, что не является критерием хронизации и не требует специфического лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001204

1. Острый гломерулонефрит. Нефротический синдром.
2. Отёки, протеинурия (более 1 грамма/м²/сутки), гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия, при отсутствии артериальной гипертензии, гематурии и острого повреждения почек.
3. Стандартный курс преднизолонотерапии – пероральный приём Преднизолонa 60 мг/м² или 2 мг/кг/день, максимальная доза – 60 мг/сутки, непрерывно в течение 6 недель.
4. Экзогенный гиперкортицизм (Синдром Кушинга), остеопения, остеопороз, катаракта, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, задержка роста, артериальная гипертензия, гипокалиемия.
5. Стероидчувствительный, стероидзависимый, стероидрезистентный.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001205

1. Хронический пиелонефрит, обострение. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс слева?
2. Диагноз «пиелонефрит» установлен на основании: подъёмов температуры тела до фебрильных цифр без явных катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей и лор-органов в течение последнего года, боли в животе, лейкоцитоз нейтрофильного характера, увеличение СОЭ, протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия, микрогематурия. Диагноз «пузырно-мочеточниковый рефлюкс» предположен в связи с наличием пиелоэктазии слева с увеличением объёма лоханки после микции (по данным УЗИ).
3. Микционная цистография для подтверждения пузырно-мочеточникового рефлюкса и уточнения его степени.
4. Цефалоспорины (Цефотаксим, Цефтриаксон, Цефиксим), ингибиторзащищенные пенициллины (Амоксициллин клавуланат).
5. Фуразидин.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001206

1. Врождённый порок сердца, по синему типу.
2. Характерно обеднение малого круга кровообращения.
3. 1. Измерение АД: на правой руке и любой ноге;

2. ЭКГ;
3. Рентгенография органов грудной клетки;
4. ЭХО-КГ;
5. Консультация врача-кардиолога.

4. Рентгенологическое исследование органов грудной полости позволяет выявить характерную для этого порока картину: повышенная прозрачность лёгочных полей за счёт обеднения лёгочного рисунка; форма сердечной тени, не увеличенной в размерах, глубокая талия сердца.

5. Применение сердечных гликозидов до осмотра кардиолога не показано, так как может усиливать одышно-цианотичные приступы.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001208

1. Родовая травма шейного отдела позвоночника. Парез левой руки.
2. Диагноз поставлен на основании клинической картины заболевания: хватательный и рефлекс Моро слева резко снижены. Мышечный тонус дистоничен, в левой руке снижен, неправильное положение руки. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцей слева не вызывается.
3. Пациенту рекомендовано: рентгенография шейного отдела позвоночника и ключицы.
4. Показана консультация врача-невролога, врача-хирурга, врача-ортопеда.
5. Рекомендуются препараты витамина Д3 с 28 дневного возраста.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001209

1. Атопический дерматит, младенческая форма, эритемато-сквамозная форма, период обострения.
2. Диагноз «атопический дерматит» поставлен на основании жалоб, данных анамнеза; раннее введение в рацион ребёнка каши на коровьем молоке; наличие наследственной отягощённости по аллергическим заболеваниям по материнской линии, данных объективного осмотра ребёнка.
3. Пациенту рекомендовано: содержание в сыворотке крови общего иммуноглобулина Е и аллерген-специфических иммуноглобулинов-Е-антител; УЗИ органов брюшной полости, копрология.
4. Препарат из группы местных глюкокортикостероидов. Местные глюкокортикостероиды являются средствами первой линии для лечения обострений атопического дерматита.
5. Да, данный ребёнок подлежит вакцинации по мере стихания обострения кожного процесса.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001210

1. Ожирение 3-4 степени, конституционально-экзогенное. Метаболический синдром. Диагноз поставлен на основании наличия у ребёнка избыточной массы тела, по индексу массы тела. Ожирение конституционально-экзогенное, поскольку в семье близкие

родственники (первая линия родства) имеют избыточную массу тела, семейные пищевые привычки соответствующие (сладкое, жирное, выпечка в пище в большом количестве). Наличие артериальной гипертензии, объём талии, гиперлипидемия, дислипидемия, нарушение толерантности к глюкозе позволяют диагностировать метаболический синдром.

2. РЭГ (исследование состояния сосудов головного мозга), СМАД (динамика артериального давления в течение 24 и более часов), УЗИ надпочечников (дифференциальная диагностика формы ожирения).

3. Эндокринолог, кардиолог.

4. Коррекцию пищевого поведения, диетотерапию и адекватные физические нагрузки – на основе мотивационного обучения с привлечением родителей и семьи.

5. В краткосрочной перспективе – удержание значения ИМТ в течение 6–12 месяцев наблюдения; в долгосрочной перспективе – уменьшение величины ИМТ, и далее – достижение «избыточной массы тела», затем «нормальной массы тела».

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001211

1. Врождённый гипотиреоз.

2. УЗИ щитовидной железы, ЭКГ.

3. Задержка умственного, физического развития, непропорциональность телосложения, макроглоссия, сухая отёчная кожа, артериальная гипотония, брадикардия, склонность к запорам.

4. Гиперхолестеринемия, анемия, повышение ТТГ, снижение тироксина (Т4).

5. Консультация врача-эндокринолога и контроль за соблюдением рекомендаций врача-эндокринолога. Оценка показателей физического и психического развития ребёнка соответственно возрасту после назначения лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001214

1. Бронхиальная астма, период обострения.

2. Диагноз «бронхиальная астма» (БА) и период заболевания установлены на основании жалоб больного на приступообразный кашель, свистящее дыхание, данных анамнеза (два кратковременных эпизода затруднённого дыхания при контакте с тополиным пухом), данных объективного исследования больного – клинически картина обструктивного синдрома (коробочный перкуторный звук, 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).

3. Пациенту рекомендовано: исследование показателей внешнего дыхания; общий и специфические IgE, ЭКГ.

4. Ингаляции через небулайзер раствора Сальбутамола: в случае отсутствия эффекта провести ингаляцию суспензии Будесонид.

5. Кромоны или монтелукаст. При очень редких обострениях возможно ведение больного без применения базисной терапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001215

1. Пневмония, внебольничная, нижнедолевая правосторонняя.
2. Диагноз «пневмония» поставлен на основании типичных клинических синдромов, локальной перкуторной и аускультативной симптоматики, воспалительных изменений со стороны гемограммы, а также типичной рентгенологической картины.
3. Пациенту рекомендовано: посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам; ЭКГ.
4. Обильное питьё. Внутрь Парацетамол или Ибупрофен, при неэффективности парентеральное введение раствора Метамизола натрия.
5. Антибактериальная терапия (Амоксициллин или Цефуроксим), с целью регидратации назначается обильное питьё, для оптимизации мукоцилиарного клиренса – муколитики, симптоматическая терапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001366

1. ВИЧ-инфекция, прогрессирующая без ВААРТ в ст. вторичных заболеваний, генерализованный туберкулёз с поражением лёгких в виде казеозной пневмонии верхней доли левого лёгкого, ВГЛУ, мезентериальных лимфоузлов, печени и селезёнки.
2. Выраженный синдром интоксикации, кашель, кровохарканье, дыхательная недостаточность, постепенное начало и острое течение заболевания, тяжёлое состояние больной, выраженные патологические изменения при перкуссии и аускультации, социальная дезадаптация подростка (наркотическая зависимость), выраженные воспалительные изменения в клиническом анализе крови с несоответствием между резко увеличенным СОЭ и умеренным лейкоцитозом, верхнедолевая локализация процесса, наличие множественных деструкций, очагового обсеменения, отсутствие эффекта от неспецифической противовоспалительной терапии, выраженная анемия, увеличение внутригрудных и мезентериальных лимфоузлов.
3. Исследование мокроты на КУМ, МБТ, ДНК МБТ в трёх порциях; обследование пациентки на наличие ВИЧ-инфекции с определением иммунного статуса; консультация врача-инфекциониста, консультация врача-фтизиатра, консультация врача-нарколога.
4. Пассивной анергией за счёт выраженного иммунодефицита.
5. Бактериовыделение с мокротой определяется реже, чем обычно, но чаще выявляется в других патологических материалах; бактериовыделение и рентгенкартина не соответствуют друг другу.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001367

1. Туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов бронхопульмональной группы справа, в фазе инфильтрации. МБТ?
2. Диагноз «туберкулёз» внутригрудных лимфатических узлов установлен на основании
 - контакта с дедушкой больным туберкулёзом лёгких, МБТ+ (эпидемиологический анамнез);
 - жалоб и синдрома общей интоксикации (субфебрильная температура,

- сниженный аппетит, вялость, сонливость) длительностью более 2 недель (заболел 4 недели назад) и бронхолёгочного синдрома (сухой кашель);
- синдрома полиадении (множество пальпируемых групп периферических лимфатических узлов); «виража» туберкулиновых проб (анамнестические данные).

Локализация туберкулёзного процесса во внутригрудных лимфатических узлах бронхопальмональной группы справа и фаза инфильтрации установлены на основании рентгенологического обследования (правый корень расширен, границы нечёткие). МБТ? – так как данных за бактериовыделение нет.

3. Лимфоаденопатия неспецифической этиологии (при бронхите, ЛОР-патологии, ветряной оспе). Коклюш. Неврогенные образования. Саркоидоз 1 стадии.

4. Пациенту рекомендовано: проведение пробы Диаскинтест для уточнения активности туберкулёзной инфекции. Исследование ПВЖ или рото-глоточной слизи на КУМ (микроскопия с окраской по Цилю-Нельсону), посев исследуемого материала на МБТ (культуральный метод) и определение лекарственной чувствительности на противотуберкулёзные препараты, ПЦР на ДНК МБТ. Лучевое обследование: МСКТ для уточнения локализации и распространённости поражения внутригрудных лимфатических узлов.

5. Впервые положительная проба Манту после отрицательных указывает на первичное инфицирование МБТ. Однако не соблюден порядок оказания медицинской противотуберкулёзной помощи: ребёнок не обследован на туберкулёз (не проведён клинический минимум обследования), не направлен на консультацию к врачу-фтизиатру. По контакту с больным туберкулёзом не состоял на диспансерном учёте у врача-фтизиатра. Дальнейшая тактика: консультация врача-фтизиатра, взятие на диспансерный учёт в 1 группу (больные с активным туберкулёзом), госпитализация в специализированную больницу (оказание специализированной медицинской помощи), назначение химиотерапии (комбинированная - 4 препарата, длительное - не менее 9 мес.).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001407

1. Первым этапом реабилитации ребёнка будет I стационарный этап, критерием перевода на II амбулаторно-поликлинический этап будет клинко-лабораторная ремиссия заболевания. На II этапе девочка будет проходить постоянную реабилитацию, включающую диспансерное наблюдение (клиническое и параклиническое) при получении противорецидивной терапии, санацию хронических очагов инфекции, общеоздоравливающие мероприятия, обучение пациентки и её семьи в Школе хронического гломерулонефрита, определение показаний для направления на другие этапы реабилитации. Показанием для направления пациентки на III санаторно-курортный этап реабилитации будет клинко-лабораторная ремиссия менее 6 месяцев в рекреационном санатории, более 6 месяцев возможна в другой климатической зоне.

2. Реабилитационный прогноз относительно благоприятный. Благоприятность прогноза обусловлена возможностью достижения ремиссии заболевания, предотвращения прогрессирования и инвалидизации. Относительность обусловлена хроническим течением заболевания, наличием осложнений ХПН и анемии, невозможностью полного

выздоровления.

3. Реабилитационный потенциал пациентки средний, что обусловлено хроническим течением заболевания с длительным воспалением, осложнениями, истощившими регенераторные возможности организма для достижения ремиссии заболевания.

4. В периоде активной фазы двигательная активность ограничена - постельный режим до купирования гематурии, протеинурии. В период неактивной фазы следует расширение режима для улучшения микроциркуляции, улучшающей прогноз ГН, до щадящего двигательного режима. Показаны специальные комплексы ЛФК. Противопоказаны: бег, подскоки, поднятие тяжестей, упражнения с напряжением брюшной стенки. Показан акромассаж и гигиенический массаж. Занятия физкультурой исключаются полностью.

5. Для улучшения клубочковой фильтрации, увеличения азотовыделительной функции почек показаны индуктотермия и ультразвук на область почек, которые оказывают противовоспалительное и мочегонное действие. Показана санаторно-курортная реабилитация в период ремиссии. Противопоказана – при наличии макрогематурии, артериальной гипертензии. В условиях местных санаториев эффективно использование термотерапии, инсоляций, которые способствуют усиленному потогонному эффекту, при котором кожа берёт на себя часть работы по выведению продуктов обмена, облегчая работу почек. Показана бальнеотерапия с питьём минеральных вод с мочегонным эффектом, фитотерапия с противовоспалительным, антикоагулянтным, гипотензивным, дезинтоксикационным, гипотензивным и мочегонным действиями без значительной потери калия, нормализующими проницаемость капилляров почечных клубочков. В климатических курортах в сухом и жарком климате показаны инсоляция, термальные ванны, фруктотерапия. Противопоказанием к переезду в другую климатическую зону является продолжительность неактивной фазы менее 6 месяцев.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001411

1. Ребёнку показан постоянный II амбулаторно-поликлинический этап реабилитации, на котором назначается элиминационная диета, семью обучают правилам ухода за кожей, правильному использованию питательных и увлажняющих средств, местных ГКС и других препаратов. Ограничению контакта с неблагоприятными факторами внешней среды. Показанием к переводу на I стационарный этап реабилитации будет тяжёлое обострение (с выраженной экссудацией, зудом, инфекционным осложнением, оценка по SCORAT более 40). Показанием к переводу на III санаторно-курортный этап реабилитации будет ремиссия заболевания.

2. Реабилитационный прогноз ребёнка относительно благоприятный. Благоприятность обусловлена возможностью купирования настоящих проявлений и профилактики последующих высыпаний при выявлении и элиминации причинного фактора (аллергена – молока), купированием проявлений после 1-2 лет. Относительность благоприятности обусловлена наличием отягощённой аллергической наследственности, что предрасполагает к сохранению сенсibilизации, появлению аллергенов других групп или трансформации кожных в респираторные проявления (бронхиальная астма,

аллергический ринит).

3. Реабилитационный потенциал ребёнка высокий, что обусловлено отсутствием необратимых изменений в коже и организме ребёнка в целом.

4. Двигательный режим при атопическом дерматите – возрастной. Комплексы ЛФК показаны на всех этапах реабилитации, так как способствуют активации микроциркуляции и трофики кожи, что обуславливает регенерацию и достижение ремиссии, улучшение восстановительных процессов. Общий массаж и массаж вегетативных зон показаны в период ремиссии. Противопоказаны в период высыпаний.

5. Показаниями к применению физиотерапевтических процедур при атопическом дерматите является выраженный зуд, который можно купировать применением на воротниковую и паравертебральную зоны токов Д'арсенваля, электроволновых электропроцедур, парафинотерапии. Для купирования кожных проявлений могут быть использованы световые физиопроцедуры зонально на область высыпаний (биофотон, фототерапия). В младенческом возрасте воздействия проводят селективно на ограниченные участки поражённой кожи при условии отсутствия острых проявлений. Противопоказанием к назначению распространённых фотопроцедур будет возраст до 3 лет. Санаторно-курортная реабилитация может включать естественную инсоляцию для активации регенераторных процессов, солевые ванны или купания в морской воде, воздушные и углекислые ванны для купирования зуда, улучшения очищения кожи и улучшения дыхательной функции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001435

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 МЕд 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 объём злаковых продуктов и исключить манную крупу.

5. Длительность диспансерного наблюдения – 3 года.

Учитывая развитие спазмофилии у ребёнка 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001436

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 трансглутаминазе).

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 аглутеновые 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, АГА) - 1 раз в год;
- через год и при ухудшении - ЭГДС с биопсией.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001437

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 мелкоочечная, 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 (Дипиридамола).

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).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001444

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 пилородуоденальной 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 пилородуоденальной 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, H2 – 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001450

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 пузырные 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, мочевины) - 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001451

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 $20 \times 10^9/\text{л}$, 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001452

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001453

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001455

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.).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001456

1. Острый тонзиллофарингит, средне-тяжёлая 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, налёты на миндалинах.

2. Оснований для госпитализации нет, ввиду отсутствия клинических, социальных и эпидемиологических показаний. Госпитализации требуют дети в тяжёлом 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 цефалоспоридами I-II поколения (Цефалексин 50-70 мг/кг/сутки) или Цефуросим 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001457

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001458

1. Острый бронхиолит. 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, SaO₂ 92%.

Характерным для бронхиолита 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 бронхиолита: 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 SaO₂ 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 SaO₂ ≤ 92-94%.

Получение эффекта от ингаляционных бронхолитиков через 20 минут (рост SaO₂, 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001459

1. Внебольничная пневмония, правосторонняя, средней степени тяжести ДНО.
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 ДООУ часто болеет ОРВИ), 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: защищённые 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001460

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001468

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 НПП 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,

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, лего 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 ME 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 обязательно 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 1 года 9 месяцев жизни. В возрасте 1 года 6 месяцев жизни ребёнок должен пройти только следующие обследования: ОАК, ОАМ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001469

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 1 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001470

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 НПП 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 ступени.

Вв – воспитательные воздействия – на 8 месяце жизни и заключается в стимулировании следующих линий НПП:

Др – подолгу играть с игрушкой, бросать, переключивать, 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 1346н 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001471

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 НПП 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 НПП:

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001472

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 закричал 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001473

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 obturator.

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, пяти разовый приём пищи, психологический комфорт в семье.

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001474

1. 1 критерийотягощён за счёт биологического анамнеза (мальчик от IV беременности, II срочных родов. Предыдущие беременности закончились: один выкидыш, один меаборт, одни - срочные роды. Матери 42 года. Настоящая беременность протекала на фоне гестоза I половины, перенесённого гриппа на сроке 8 недель).

2 критерий не отягощён, 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 не отягощён, нервно-психическое развитие 1 группа 3 степень.

4 критерий умеренно отягощён, так как на первом году жизни перенёс 3 раза ОРВИ.

5 критерий отягощён, так как при проведении УЗИ сердца в возрасте 1 месяца жизни у ребёнка диагностирован стеноз клапана аорты.

6 критерий отягощён, 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-офтальмолога, детского врача-стоматолога, детского врача-психиатра, врача-оториноларинголога и пройти следующие обследования: ЭКГ, ОАК,

ОАМ, глюкоза в крови.

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001476

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 °С 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 °С 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001875

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001883

1. Инфекция мочевыводящих путей.

Диагноз «инфекция мочевыводящих путей (ИМВП)» выставлен на основании наличия у ребёнка дизурического синдрома (поллакиурия, странгурия), развившегося после переохлаждения с минимальными симптомами интоксикации (лихорадка в пределах 37,5° С в течение 1 суток). Локализация болей в животе заставляет думать об остром цистите.

2. 1. Клинический анализ крови для оценки воспалительной активности. Для инфекции мочевыводящих путей, в отличие от пиелонефрита, не характерны изменения в виде лейкоцитоза, нейтрофилёза, увеличения СОЭ.

2. Клинический анализ мочи с подсчётом количества лейкоцитов, эритроцитов и определением нитритов (скринирующее исследование мочи на нитриты, которые образуются в результате восстановления бактериями нитратов в

нитриты позволяет подтвердить бактериальную этиологию заболевания). Для инфекции мочевыводящих путей характерна различной степени выраженности лейкоцитурия, гематурия. Обязательно повторное исследование мочи по окончании терапии.

3. Бактериологическое исследование мочи - выделение причинно-значимого инфекционного агента. Наиболее частым возбудителем у детей является *Escherichia coli*.

4. УЗИ почек, мочевого пузыря - позволяет дать оценку размерам почек, состоянию чашечно-лоханочной системы, объёму и состоянию стенки мочевого пузыря, заподозрить наличие аномалий строения мочевой системы (расширение чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), стеноз мочеточника, и др.), камней. Для цистита характерным является обнаружение утолщения слизистой и значительного количества «эхонегативной» взвеси. При остром цистите рентгеноурологическое обследование не показано. Выявление аномалий развития при ультразвуковом обследовании диктует необходимость дальнейшего урологического обследования.

5. Консультация врача-гинеколога - у части детей причиной дизурических расстройств и лейкоцитурии является локальное воспаление гениталий, кроме того наличие вульвовагинита может быть подтверждение восходящего пути инфицирования мочевыводящих путей.

3. 1. Дети раннего возраста (менее 2 лет).

2. Наличие симптомов интоксикации.

3. Отсутствие возможности осуществить оральную регидратацию при наличии признаков обезвоживания.

4. Бактериемия и сепсис.

5. Рецидивирующее течение ИМВП для исключения её вторичного характера и подбора адекватного противорецидивного лечения.

4. 1. Постельный режим на период выраженных дизурических явлений.

Показаны общее согревание больного и местные тепловые процедуры.

2. Диета с исключением острых, пряных блюд и специй. Показаны молочно-растительные продукты, фрукты, богатые витаминами. Обильное питье (увеличение суточного объёма жидкости на 50% от возрастной нормы). Эффективно применение морса из клюквы, брусники.

3. Антибактериальная терапия. Препаратом выбора является Амоксициллин+Клавулановая кислота 50 мг/кг/сут. (по Амоксициллину) продолжительностью 5-7 дней (учитывая первый эпизод ИМВП, при отсутствии данных об аномалии развития почек и мочевыводящих путей и нарушениях уродинамики более длительный приём антибактериальных препаратов не показан). При отсутствии выраженной интоксикации и сохранной способности ребёнка получать препарат через рот целесообразен пероральный приём препарата с первых суток лечения. Кроме того, назначают препараты цефалоспоринового ряда II-III поколения (Цефиксим, Цефуросим аксетил, Цефтибутен).

5. 1. Профилактика рецидивов ИМВП: регулярное опорожнение мочевого пузыря и кишечника, достаточное потребление жидкости, гигиена наружных половых

органов.

2. При повторении эпизодов инфекции МВП (более 2 эпизодов у девочек и более 1 – у мальчиков) рекомендуется проведение рентгенурологического обследования для исключения пузырно-мочеточникового рефлюкса и аномалий развития мочевыделительной системы.

3. Исследование мочи при появлении лихорадки без катаральных изменений со стороны верхних дыхательных путей.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001884

1. Болевой синдром.

2. Предварительный диагноз «мочекаменная болезнь. Ишурия. Хронический вторичный дизметаболический пиелонефрит. Обострение. Почечная колика».

Неотложная помощь заключается в следующем: назначение спазмолитических, болеутоляющих средств, например, Ависана (в таблетках по 0,05 г) внутрь по 1-2 таб. 3-4 раза в сутки после еды. Препарат способствует отхождению мелких конкрементов из мочевых путей. Применяется Атропина сульфат подкожно по 0,5-1 мл 0,1% раствора в сочетании с болеутоляющими средствами (Тримепиридин, Пантопон и др.). Показаны тёплые ванны. Применяется внутрь Метамизол натрия (Баралгин) по 1-2 таб. 3 раза в сутки, детям школьного возраста по 10-20 кап. 3-4 раза в сутки, по 1-2 свечи 3 раза в сутки. При в/м введении эффект наступает через 20-30 мин., при в/в через 5-8 мин. Как спазмолитическое средство назначают Папаверина гидрохлорид – внутрь по 0,02-0,04 г.

После снятия приступа почечной колики ребёнку показана госпитализация в детское нефрологическое отделение для полного нефроурологического обследования, консультации врача-уролога.

3. ОАМ: протеинурия, лейкоцитурия, гематурия, бактериурия.

4. Направить на третий уровень оказания медицинской помощи (в детское урологическое отделение) или в межрайонный центр для консультации детского врача-уролога, врача педиатра-нефролога для обследования и лечения заболевания.

5. Наблюдение пациента: мониторинг посева мочи, ОАМ, ОАК, УЗИ почек и мочевого пузыря в динамике заболевания; стол № 7, охранительный режим, фитотерапия. Контроль назначений детского уролога, врача-педиатра-нефролога. Консультация педиатра-нефролога, по показаниям - детского врача-уролога для коррекции лечения в динамике заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K001885

1. Синдром лихорадки, интоксикации, мочевой (пиурия), артериальной гипертензии.

2. Клинический диагноз «аномалия органов мочевой системы»: врождённый правосторонний гидронефроз. ПМР 3 степени справа. Хронический вторичный обструктивный пиелонефрит, клебсиеллёзной этиологии, обострение. Прогрессирование: правосторонняя рефлюкс-нефропатия. Вторичная артериальная гипертензия (реноваскулярная). ХБП II стадии (?).

3. ОАК: ускорение СОЭ. ОАМ: протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия. Б/х:

признаки воспаления – СРБ.

4. Направить на третий уровень оказания медицинской помощи (в детское нефрологическое отделение) для дополнительного обследования и лечения заболевания.

5. Наблюдение пациента: мониторинг посева мочи, ОАМ, ОАК, УЗИ почек и мочевого пузыря в динамике заболевания, динамический контроль АД; стол № 7, охранительный режим, нефропротективная стратегия, гипотензивная терапия, фитотерапия. Контроль назначений врача-педиатра-нефролога, детского врача-уролога. Консультация врача-педиатра-нефролога для коррекции лечения в динамике заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001907

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 подвязочном 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 (беттагемолитическим стрептококком группы А), пневмония. А также при следующих клинических показаниях:

- при сохранении фебрильной температуры более трёх дней;
- асимметрия хрипов;
- лейкоцитозе $> 15 \times 10^9$ /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).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001908

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;

вести 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001917

1. Заключение: социальный анамнез низкой отягощённости, генеалогический и биологический анамнез умеренной отягощённости. Физическое развитие среднее, дисгармоничное за счёт избытка массы тела 1 степени. Нервно-психическое развитие I группа 3 подгруппа. Резистентность хорошая. Диагноз «атопический дерматит, младенческая форма, лёгкой 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 приёмом 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 аминокликозиды. 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001918

1. Физическое развитие - пониженное, гармоничное. НПР П.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 – ПБ.

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001921

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 – пилорoduodenальная 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 экоструктуры 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001924

1. Ребёнка в 6 месяцев в поликлинике осматривает только врач-педиатр участковый.

Необходимо проведение общего анализа крови и общего анализа мочи. 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:

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001925

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 должествующей.

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001926

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001927

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 суппозиториев. 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 К001928

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К001941

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 вычитать 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 г (6000 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002264

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, МСН, 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002313

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K002314

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).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002327

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. $V_{сут.} = 1000$ мл. $V_{раз.} = 200$ 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).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002336

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002342

1. Перинатальное постгипоксическое поражение ЦНС. Гидроцефалия.

Сопутствующие заболевания: Белково-энергетическая недостаточность (гипотрофия) I 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, аденогенитальный синдром, муковисцидоз (кистозный фиброз).

3. У ребёнка белково-энергетическая недостаточность (гипотрофия) I 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 I 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 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.

В 3 месяца – повторный контроль периферической крови, мочи.

«Д» учёт у врача-невролога.

Реабилитация и восстановительное лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002343

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).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002344

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002345

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).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002355

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 бельё 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 противопаразитарными 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 ребёнку 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002358

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, нёбной миндалины.

3. 1. ИФА или (нРИФ) (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 солютаб) в течение 5-10 дней, так как к данному препарату чувствительны и другие бактерии, передаваемые клещами (эрлихии, анаплазмы, риккетсии).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002363

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 -лактамные 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002378

1. Бронхиальная астма, атопическая, тяжёлой степени, неконтролируемая, приступный 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 (комплайнс).

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, риноцитогаммы 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).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002403

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002405

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

лёгкой степени тяжести, алиментарного генеза.

2. Гипоалактация 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002415

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 – щадящий 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002416

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, необильную 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 ветряную оспу, 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002417

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 гиперемированном 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.).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002418

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 светобоязнью, 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 авидности (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 больным 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002420

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 ОКИ: 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002425

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 лимфоцитарного 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002429

1. Дифтерия ротоглотки, типичная, токсическая 1 степени, тяжёлая форма.

2. Диагноз поставлен на основании данных клинического осмотра: сдавленного 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 булавовидными 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002430

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. Вирусологическое 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 «MMR-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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002433

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002434

1. Ветряная оспа, типичная, лёгкая форма.

2. Диагноз поставлен на основании

– жалоб на повышение температуры до 37,6 ° С, 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

°С 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).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002435

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 гиперемизованном 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 (наростание 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. Реконвалесцентом 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002436

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002437

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 °С), умеренно выраженного катарального синдрома.

О средней степени тяжести свидетельствуют: повышение температуры до 39 °С, 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 плёнчатый 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002440

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 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 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002442

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002443

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002447

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002454

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, жареного 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002455

1. Скарлатина, типичная, среднетяжёлая форма.

2. Диагноз «скарлатина» сформулирован на основании острого начала, лихорадки, типичной клинической картины (сочетание характерной мелкоточечной сыпи

на гиперемированном фоне кожи со сгущением в естественных складках, бледного носогубного треугольника, белого дермаграфизма, отграниченной гиперемии в зеве, ангины), а также данных эпиданамнеза о контакте с потенциальным источником стрептококковой инфекции (ангина у брата); Средней тяжести (лихорадка до 39 °С, рвота, лакунарная ангина).

3. Общеклинические анализы: клинические анализы крови и мочи (в дебюте заболевания и через 2 недели).

Стрептатест (или посев носоглоточной слизи на стрептококк) или бактериологическое исследование смывов из ротоглотки на стрептококк.

По показаниям: ЭКГ.

4. Постельный режим на период лихорадки. Обильное питьё. 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 подъёме температуры тела выше 38,5 °С.

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K002457

1. Ветряная оспа, типичная, среднетяжёлая 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 °С, элементы сыпи на слизистых оболочках.

3. Закрытые детские учреждения, неблагоприятная эпидемиологическая обстановка.

Тяжёлая форма ветряной оспы.

При осложнениях - ветряночный энцефалит (церебеллит); присоединение вторичной бактериальной инфекции.

4. Полупостельный режим на период лихорадки. Обильное питьё. 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002458

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 питьё, 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002514

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 репризов 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 (иммунофлуоресцентный метод).

5. Изоляция больных коклюшем - на 25 сутки 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002515

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/у) 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002520

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 К002521

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, нейтрофиллёмия 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 питьё.

Этиотропная терапия – антибиотик из группы пенициллинов, аминопенициллинов, ингибиторзащищенных пенициллинов, цефалоспоринов I-III поколения; предпочтение отдаётся 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002525

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), необильные 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002526

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 °С.

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002527

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).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002529

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 слиянию.

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K002530

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-папуллёзной 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, плазмоцитоз.
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 заболеть представляет для беременных женщин, не имеющих антител против вируса краснухи из-за тератогенного воздействия вируса на плод.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K002537

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 °С.

5. 1. Присоединение бактериальной инфекции.
2. Дальнейшее прогрессирование стеноза, асфиксия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K002738

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 плазмциты отсутствуют);
 - со скарлатиной - мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне со сгущением в естественных складках кожи, острый тонзиллит, отграниченная гиперемия в зеве. В ОАК - лейкоцитоз, нейтрофиллём.
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 °С.

5. Для подтверждения диагноза необходимо:
 - ПЦР из крови и/или с задней стенки глотки на РНК вируса краснухи,
 - ИФА: IgM, IgG к вирусу краснухи.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K002765

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).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002766

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, отёчно, 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002767

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K002768

1. Аллергический ринит, интермиттирующая форма. Лёгкая степень тяжести.
2. Острый ринит, эозинофильный ринит, вазомоторный ринит, вирусный ринит.

3. Диагноз «аллергический ринит» установлен на основании:
 - анамнеза (обострения болезни нередко возникают при нахождении в одном помещении с домашними животными, кратковременное улучшение на фоне сосудосуживающей капель),
 - жалоб (приступы чихания, сопровождающиеся заложенностью носа и обильными водянистыми выделениями из него),
 - осмотра (передние отделы носовой полости заполнены водянистым секретом, слизистая оболочка набухшая, цианотична, местами на ней видны сизые и бледные участки, после введения в полость носа капель 0,1% раствора Називина носовое дыхание улучшилось, набухлость слизистой оболочки уменьшилась),
 - лабораторного обследования (эозинофилия 10% в ОАК и 15% в риноцитограмме).

Интермиттирующая форма установлена на основании того, что данные жалобы наблюдаются менее 4 дней в неделю и менее 4 недель в год.

Степень тяжести установлена на основании того, что нет нарушения состояния пациента.

4.
 1. Исключить контакт с животными.
 2. Интраназальные глюкокортикостероиды.
 3. Антигистаминные препараты 2 поколения.
 4. Барьерная профилактика (Назаваль, Аквамарис сенс, Превалин).
5.
 1. Общий и специфический IgE.
 2. Кожные скарификационные пробы.

3. Консультация врача аллерголога-иммунолога.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002769

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 налётами, не распространяющимися на нёбные дужки, налёты легко снимаются шпателем, регионарный лимфаденит).
4.
 1. Постельный режим на период лихорадки.
 2. Обильное, дробное, тёплое питьё.
 3. Механически, химически, термически щадящая диета.
 4. Антибактериальная терапия (эмпирически препаратами выбора являются защищённые 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 ни 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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002798

1. Врождённый порок сердца (с цианозом, с обеднением малого круга кровообращения). Тетрада Фалло. Одышно-цианотические приступы.
2. Диагноз «врожденный порока сердца (ВПС), тетрада Фалло» установлен на основании:
 - жалоб на быструю утомляемость, слабость, одышку при минимальной физической нагрузке, сердцебиение и боли в области сердца;
 - анамнеза болезни (с 6 месяцев появление одышно-цианотических приступов);
 - клинического обследования (наличия симптомов хронической артериальной гипоксемии, гипоксемических кризов (одышно-цианотических приступов), симптомов гипотрофии);
 - признаков полицитемии в общем анализе крови.
3. Пациенту рекомендовано:
 - консультация детского врача-кардиолога (для уточнения диагноза и определения тактики ведения ребёнка);
 - ЭКГ для выявления отклонения электрической оси вправо, признаков

гипертрофии правого желудочка, замедления внутрижелудочковой проводимости;

- рентгенограмма органов грудной полости для обнаружения обеднения лёгочного рисунка и сердца с характерной конфигурацией – в виде «деревянного башмачка»;

- ЭХО-КГ с доплером для выявления характерных признаков порока: большого ДМЖП, декстрапозиции аорты, наличия лёгочного стеноза и гипертрофии правого желудочка.

4. 1. Подаортальный (высокий мембранозный) дефект межжелудочковой перегородки, создающий условия для выравнивания давления в обоих желудочках.

2. Обструкция выхода из правого желудочка (стеноз лёгочной артерии).

3. Гипертрофия миокарда правого желудочка вследствие обструкции его выхода.

4. Декстрапозиция аорты (аорта расположена непосредственно над дефектом межжелудочковой перегородки).

5. 1. Успокоить ребёнка, расстегнуть стесняющую одежду.

2. Провести ингаляцию увлажнённого кислорода через маску.

3. Ввести Кордиамин в дозе 0,02 мл/кг подкожно или внутримышечно.

4. Ввести «литическую смесь» (Пипольфен, Аминазин, Анальгин (или Промедол), каждый из препаратов в разовой дозе по 0,1 мл/год жизни больного).

5. При тяжёлом приступе обеспечить доступ к вене и при отсутствии эффекта от предыдущей терапии ввести 0,1% раствор Анаприлина в дозе 0,1 мг/кг в 10 мл 20% раствора Глюкозы внутривенно медленно.

6. При тяжёлом приступе - 4% раствор натрия бикарбоната в дозе 4-5 мл/кг в/в медленно в течении 5 минут.

Противопоказаны сердечные гликозиды и диуретики.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002799

1. Врождённый порок сердца. Коарктация аорты. НК (СН) Пб ст.

2. Диагноз «врожденный порока сердца (ВПС), коарктация аорты», установлен на основании жалоб на одышку, недостаточные прибавки массы тела с рождения; анамнеза заболевания: мать во время беременности, на 5 неделе – период кардиоэмбриогенеза, перенесла ОРВИ.

Данные клинического обследования:

- множественные стигмы дизэмбриогенеза;

- признаки гипотрофии;

- симптомы левожелудочковой и правожелудочковой сердечной недостаточности II б ст; наличие систолического шума, проводящегося за пределы сердца и расщепления II тона над лёгочной артерией;

- отсутствие пульсации на бедренной артерии, повышение АД на верхних конечностях, снижение АД на нижних конечностях.

3. Пациенту рекомендовано:

- консультация детского врача-кардиолога (для уточнения диагноза и тактики ведения ребёнка);

- ЭКГ (может быть: отклонение электрической оси сердца вправо, признаки

повышения нагрузки на правые отделы сердца, признаки гипертрофии правого желудочка);

- рентгенограмма органов грудной полости (картина умеренного венозного застоя в лёгких, увеличение размеров сердца, «аортальная» или овоидная форма сердца;

- ЭХО-КГ с доплером (на участке коарктации аорты визуализируется сужение просвета, может быть гипертрофия и дилатация желудочков).

4. Для измерения АД у ребёнка 1 года жизни используют механический тонометр (сфигмоманометр).

При измерении артериального давления у детей прибор устанавливается так, чтобы нулевое деление манометра находилось на уровне измеряемой артерии, а измеряемая артерия в свою очередь должна находиться на уровне сердца, манжетку накладывают на плечо, чтобы локтевой сгиб оставался свободным, на 2 см выше локтевого сгиба; резиновым баллончиком накачивают воздух до исчезновения пульса на артерии; затем постепенно выпуская воздух из манжетки, замечают уровень на шкале в момент появления пульса (максимальное - систолическое давление); в момент исчезновения пульса получают результат минимального (диастолического) давления.

До 1 года max артериальное давление должно быть: $70 + n$ (где n - число месяцев жизни ребёнка). АД min = от 1/2 до 2/3 АД max.

5. Наличие сердечной недостаточности, артериальной гипертензии, гипертрофии у ребёнка.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K002800

1. Миокардит приобретенный, тяжёлый, НК (СН) II б ст.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на снижение аппетита, рвоту, потерю массы тела, кашель, одышку; анамнеза болезни: в возрасте 11,5 месяцев ребёнок перенёс предположительно энтеровирусную инфекцию, через 2-3 недели после которой появились симптомы сердечной недостаточности, ухудшился аппетит, мальчик потерял в весе; данных клинического обследования: симптомы левожелудочковой и правожелудочковой сердечной недостаточности, «сердечный горб», расширение границ относительной сердечной тупости влево, наличие систолического шума на верхушке; результатов лабораторного обследования: в общем анализе крови анемия лёгкая, ускорение СОЭ, в б/х анализе – увеличение уровня СРБ (маркера воспаления), КФК и КФК-МВ (кардиоспецифические ферменты - маркеры миокардиального повреждения).

3. Пациенту рекомендовано:

- консультация детского врача-кардиолога (для уточнения диагноза и определения тактики ведения ребёнка);
- ЭКГ (могут отмечаться: снижение вольтажа зубцов, неспецифические изменения реполяризации, различные виды аритмий, признаки перегрузки (гипертрофии) отделов сердца, псевдоинфарктные изменения);
- рентгенограмма органов грудной полости (определяются: увеличение сердца (с увеличением кардио-торакального индекса более 0,5) вплоть до кардиомегалии, изменение конфигурации сердца с развитием сферичности («шарообразности»), признаки венозного застоя в лёгких);

ЭХО-КГ с доплером (определяются: дилатация полостей сердца с нарушением сократимости миокарда, клапанная недостаточность).

4. Основные группы препаратов для лечения сердечной недостаточности: ингибиторы АПФ, мочегонные, сердечные гликозиды, метаболические средства.

5. Симптомы гликозидной интоксикации со стороны сердечно-сосудистой системы - желудочковая пароксизмальная тахикардия, желудочковая экстрасистолия, узловая тахикардия, синусовая брадикардия, синоаурикулярная блокада, мерцание и трепетание предсердий, АВ блокада, снижение сегмента ST с образованием двухфазного зубца T.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K002802

1. Анемия гемолитическая наследственная, микросфероцитарная, тяжёлая, период гемолитического криза.

2. Диагноз «анемия» установлен на основании развившихся после перенесённой инфекции анемического (вялость ребёнка, бледность кожи, тахикардия, систолический шум на верхушке) и желтушного синдромов (иктеричность кожи и видимых слизистых), спленомегалии, изменений в анализах крови (анемия тяжёлая, микросфероцитарная, гиперрегенераторная; гипербилирубинемия за счёт повышения преимущественно непрямого билирубина).

Наследственный характер анемии установлен на основании данных анамнеза о заболевании матери.

Тяжесть определена показателями гемоглобина и ретикулоцитов, непрямого билирубина.

Период криза установлен на основании наличия клинических проявлений и лабораторных изменений.

3. - определение осмотической резистентности эритроцитов – для выявления нестабильности мембраны эритроцитов (характерно для мембранопатий);

- анализ мочи на уробилин и желчные пигменты – дифференциальный диагноз с другими видами желтух;

- анализ крови на маркеры гепатита – исключение вирусного гепатита;

- УЗИ печени и селезёнки – определение степени увеличения органов и проведения дифференциального диагноза с заболеваниями, протекающими с желтухой и анемией;

- электрофорез белков мембраны эритроцитов – для идентификации дефицитного белка в мембране эритроцита.

Определения группы крови и резус-фактора – для проведения трансфузионной терапии.

Обследование матери ребёнка.

4. Цель терапии в период гемолитического криза – устранение билирубиновой интоксикации, восстановление уровня эритроцитов и гемоглобина.

Учитывая ранний возраст ребёнка и тяжесть анемии, показана трансфузия эритроцитарной массы 8-10 мл/кг массы однократно.

Дезинтоксикационная терапия – глюкозо-солевыми растворами. Фолиевая кислота 2,5 мг/сут.

5. Спленэктомия является эффективным методом лечения при наследственном микросфероцитозе, приводит к уменьшению гемолиза и увеличению продолжительности жизни эритроцитов.

Показания к спленэктомии:

- тяжёлая форма в возрасте не ранее 3 лет;
- среднетяжёлая форма в возрасте 6- 12 лет;
- лёгкая форма при наличии камней в желчном пузыре в возрасте старше 6 лет (одномоментное выполнение спленэктомии и холицистэктомии).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K002803

1. Гемофилия А наследственная, тяжёлая.

Гематома мягких тканей в области правого локтевого сустава.

2. Диагноз установлен на основании наличия геморрагического синдрома гематомного типа, отягощённой наследственности по линии матери, лабораторных показателей (удлинение АПТВ, снижение уровня фактора VIII); уровень фактора VIII < 1% указывает на тяжёлую форму заболевания.

3. Показано проведение заместительной терапии концентратами фактора свёртывания VIII ввиду возникновения кровоизлияния в мягкие ткани.

Доза препарата 30-40 МЕ/кг 2 раза в сутки внутривенно в течение 3 дней.

Концентраты фактора свертывания VIII являются препаратами высокоэффективными, безопасными.

Они имеют высокую концентрацию фактора, прошли два и более этапов вирусинактивации.

4. Показания к проведению профилактической терапии:

- тяжёлая форма гемофилии А сразу после установления диагноза;
- среднетяжёлая форма после первого гемартроза или выраженных геморрагических проявлений.

Схема первичной профилактики при гемофилии А - концентраты фактора свертывания VIII 25- 40 МЕ/кг 1 раз в сутки 3 раза в неделю.

5. Дети должны получать медицинскую помощь в специализированных центрах (отделениях);

с раннего детства охранительный режим, избегать травм;

путь введения препаратов внутривенный;

возможны занятия неконтактными видами спорта;

показана вакцинация против вирусных гепатитов А и В;

ежегодная профилактическая санация зубов;

оперативные вмешательства, экстракция зубов, профилактические прививки и внутримышечные инъекции проводить только после адекватного заместительного лечения;

противопоказаны антикоагулянты, дезагреганты, НПВП - по строгим показаниям;

ограничения в выборе профессии (не показаны профессии с риском авматизации);

оформление инвалидности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002804

1. Бронхиальная астма атопическая, лёгкое персистирующее течение, обострение.

Атопический дерматит, детский, эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией, ограниченный, лёгкий.

2. Диагноз «бронхиальная астма» установлен на основании жалоб больного на приступообразный спастический кашель, свистящее дыхание, одышку; клиничко-анамнестических данных о возникновении приступов бронхообструкции при контакте с аллергенами и воздействии неспецифических триггеров, о признаках бронхообструкции при осмотре (приступообразный кашель спастического характера, экспираторная одышка, дистантные хрипы, коробочный оттенок перкуторного звука, жёсткое дыхание с удлинённым выдохом, масса сухих свистящих и единичные влажные хрипы в лёгких), о наличии признаков дыхательной недостаточности (одышка с участием вспомогательной мускулатуры, цианоз носогубного треугольника, снижено соотношение ЧСС и ЧД).

Бронхиальная астма атопическая – так как отягощён аллергологический анамнез (наличие атопического дерматита), отягощён генеалогический анамнез по атопии (у отца бронхиальная астма).

Течение лёгкое персистирующее – приступы возникают 3-4 раза в год, отсутствуют ночные симптомы заболевания, но снижена переносимость физической нагрузки.

Обострение астмы – так как при осмотре имеются жалобы на приступообразный спастический кашель, свистящее дыхание, одышку; при объективном обследовании у ребёнка выявлен бронхообструктивный синдром, синдром дыхательной недостаточности.

Диагноз «атопический дерматит» установлен на основании клиничко-анамнестических данных: в анамнезе имеются указания на наличие атопического дерматита с раннего возраста, при осмотре выявлены изменения кожи – сухость, в области подколенных ямок и локтевых сгибов участки гиперемии, лихенификации кожи, единичные папулезные элементы, следы расчёсов).

3. Рекомендуется: исследование уровня специфических иммуноглобулинов Е в сыворотке крови (к пищевым, бытовым, эпидермальным аллергенам) для выявления сенсibilизации к определенным видам аллергенов и составления рекомендаций по их элиминации; оценка воспаления дыхательных путей (уровень оксида азота в выдыхаемом воздухе, эозинофилы в мокроте) – для подтверждения эозинофильного воспаления дыхательных путей;

определение сатурации O₂ – для оценки степени тяжести дыхательной недостаточности.

4. Короткодействующий β₂-агонист (Сальбутамол) с помощью дозирующего аэрозольного ингалятора со спейсером или через небулайзер (100 мкг на ингаляцию от 2 до 4 раз или 1 мл раствора для небулайзера+2 мл 0,9% р-ра Натрия хлорида).

Возможно использование комбинированного препарата (Фенотерол+Ипратропия бромид) с помощью дозирующего аэрозольного ингалятора со спейсером или через небулайзер (10 капель раствора для небулайзера+2 мл 0,9% р-ра Натрия хлорида).

5. 1.Ограничение воздействия триггеров.Элиминационные мероприятия должны иметь персонифицированный характер с учётом вида сенсibilизации.

Ограничение воздействия на организм триггеров оказывает влияние на снижение активности болезни.

2. Базисная терапия – ингаляционные кортикостероиды (ИГКС) в низких дозах (Будесонид, Флутиказона пропионат), симптоматическая терапия короткодействующими β_2 агонистами по потребности.

ИГКС являются наиболее эффективными препаратами и составляют первую линию терапии для контроля БА любой степени тяжести. В соответствии с клиническими рекомендациями у пациентов, ранее не получавших лечения, в качестве стартовой терапии должна назначаться монотерапия низкими дозами ИГКС.

Альтернативным вариантом являются антагонисты лейкотриеновых рецепторов (монтелукаст).

3. Обучение пациентов (информация о симптомах заболевания, обучение правильной технике ингаляций, мониторингу симптомов астмы) – для достижения комплаентности и приверженности назначенному плану лечения.

4. При достижении контроля – немедикаментозные методы лечения (ЛФК, физиотерапия, санаторно-курортное лечение).

5. Диспансерное наблюдение врача-педиатра и врача-аллерголога.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K002806

1. Пневмония внебольничная нижнедолевая справа, тяжёлая, осложненная синпневмоническим плевритом.

2. Диагноз «пневмония» установлен на основании жалоб больного и клинико-анамнестических данных (интоксикационный синдром – лихорадка, вялость, бледность кожи;

респираторный синдром – жалобы на кашель;

бронхолёгочный синдром – укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого лёгкого, там же ослабленное дыхание;

синдром дыхательной недостаточности – бледность кожи, цианоз носогубного треугольника, одышка смешанного характера с участием вспомогательной мускулатуры, тахипноэ, снижение соотношения ЧСС/ЧД), наличия инфильтративных изменений на рентгенограмме и воспалительных изменений в общем анализе крови.

Внебольничная пневмония – так как ребёнок заболел вне лечебного учреждения.

Морфологическая форма пневмонии – на основании данных рентгенологического исследования.

Пневмония тяжёлая – так как имеются осложнения (плеврит).

Синпневмонический плеврит - на основании жалоб и клинико-анамнестических данных: одновременное возникновение с пневмонией, жалобы на болезненный кашель, боли в животе по механизму висцеро-висцеральных рефлексов при поражении диафрагмальной плевры, вынужденное положение на правом боку, отставание поражённой половины грудной клетки в акте дыхания, укорочение перкуторного звука в нижних отделах справа, там же ослабленное дыхание, затемнение реберно-диафрагмального синуса на рентгенограмме).

3. Рекомендуется:

- посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам – для подбора адекватной антибактериальной терапии;

- пульсоксиметрия – для оценки тяжести дыхательной недостаточности и определения показаний для кислородотерапии;

- консультация детского врача-хирурга – для определения показаний к плевральной пункции;

- биохимический анализ крови (общий белок, фракции, СРБ, прокальцитониновый тест, мочевины, креатинин, АСТ, АЛТ, билирубин, электролиты) – для оценки выраженности воспаления, функционального состояния других органов и систем.

4. Амоксициллина клавуланат 50-60 мг/кг/сутки в 3 введения в/в,

или Цефутоксим 50-100 мг/кг/сутки в 3 введения (в/в, в/м),

или Цефтриаксон 50-75 мг/кг 1 раз в сутки (в/в, в/м).

Оценка эффективности антибактериальной терапии проводится через 48-72 ч.

5. В связи с наличием тяжелой осложненной пневмонии ребенок должен быть госпитализирован бригадой СП в специализированное отделение многопрофильного стационара.

Показаниями для госпитализации при пневмониях являются:

- возраст ребенка младше 6 месяцев;

- наличие тяжелой осложненной пневмонии;

- отсутствие эффекта от стартовой антибактериальной терапии;

- наличие тяжелых хронических соматических заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной и эндокринной систем.

Социальные показания – невозможность обеспечить лечение на дому.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К002813

1. Хронический гастродуоденит, период обострения.

2. Диагноз «гастродуоденит, период обострения» установлен на основании:

- жалоб больного на боли в верхней половине живота ноющего характера, возникающие сразу после еды и на голодный желудок, чувство тяжести, переполнения в эпигастральной области, быстрое насыщение, отрыжку воздухом, тошноту, рвоту съеденной пищей, приносящую облегчение;

- данных клинического обследования: умеренная болезненность в эпигастральной области и пилорoduоденальной зоне при пальпации живота.

Хронический процесс установлен на основании данных анамнеза о давности заболевания на протяжении года.

3. Рекомендуется:

- общий анализ крови для исключения анемии;

- общий анализ мочи для исключения патологии почек;

- биохимический анализ крови (определение уровня билирубина, трансаминаз, амилазы) для определения сопутствующих заболеваний пищеварительной системы;

- копрограмма + кал на яйца глистов;

- анализ кала на скрытую кровь;

- УЗИ органов брюшной полости для выявления заболеваний печени,

желчевыводящих путей, поджелудочной железы;

- ФЭГДС;

4. Диета, антацидные препараты, ферменты поджелудочной железы, препараты висмута.

5. Противорецидивное лечение рекомендуется проводить 2 раза в год (весной и осенью): фитотерапия 3-4 недели; витаминно-минеральные комплексы - 1 месяц; бальнеотерапия 3-4 недели.

Оптимально проведение противорецидивного курса 1 раз в год в санаторно-курортных условиях.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K002814

1. Хронический гастродуоденит Нр (+), поверхностный, период обострения.

Дисфункция желчного пузыря по гипомоторному типу.

2. Диагноз «хронический гастродуоденит Нр (+), поверхностный, период обострения» установлен на основании:

- жалоб больного на периодически отмечающиеся боли в эпигастрии, которые беспокоят более 6 месяцев;

- данных клинического обследования: умеренная болезненность в эпигастральной и околопупочной областях при пальпации;

- результатов ФЭГДС и гистологического исследования биоптата, выявивших признаки воспаления в слизистой желудка и ДПК и обсемененность Нр.

Дисфункция желчного пузыря по гипомоторному типу диагностирована на основании жалоб на постоянные, тупые, ноющие боли и чувство тяжести в правом подреберье, данных клинического обследования: увеличение печени, краевая иктеричность склер, слабо положительные симптомы Кера и Ортнера, запор.

3. Рекомендуется:

- общий анализ крови (с целью выявления/исключения воспаления в желчном пузыре);

- общий анализ мочи (с целью выявления уробилина, желчных кислот);

- биохимический анализ крови (холестерин, билирубин и его фракции, АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза, ГГТП для диагностики синдрома холестаза и исключения гепатита);

- копрограмма (оценка пищеварения);

- УЗИ органов брюшной полости (желчный пузырь, печень);

4. Холекинетики, холеретики.

5. Характер питания, гиподинамия, отягощённая по заболеваниям билиарной системы наследственность.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K002815

1. Пневмония внебольничная, в нижней доле слева, среднетяжёлая.

2. Диагноз пневмония в нижней доле слева, внебольничная поставлен на основании:

- данных анамнеза: на 5 день ОРИ «вторая волна» лихорадки, усиление кашля, отказ от еды;

- осмотра: наличие синдрома интоксикации (отказ от еды, фебрильная температура тела, бледность кожи);
- синдрома дыхательной недостаточности (одышка с участием вспомогательной мускулатуры, цианоз носогубного треугольника);
- респираторного синдрома (малопродуктивный частый кашель);
- бронхолёгочного синдрома (слева ниже угла лопатки притупление перкуторного звука, аускультативно ослабление дыхания и мелкопузырчатые влажные хрипы).

Внебольничная (так как возникла вне условий лечебного учреждения) и средней тяжести (так как нет осложнений).

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (общий белок, фракции, СРБ) для оценки выраженности воспаления;

рентгенограмма лёгких для подтверждения диагноза и уточнения морфологии пневмонии;

ЭКГ.

4. Амоксициллина клавуланат 50-60 мг/кг/сутки в 2 приёма внутрь или Цефуроксим 50-100 мг/кг/сутки в/м в 2 введения или Цефтриаксон 50-75 мг/кг/сутки в/м в 2 введения.

Оценка эффективности антибактериального лечения должна проводиться в течение 24-48 часов от начала терапии.

Длительность антибактериальной терапии составляет 5-7 дней.

5. Муколитические препараты. Жаропонижающие препараты при лихорадке выше 38,5° С.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003008

1. Препаратом выбора при гипертермии у детей является Ацетоминофен (Парацетамол) в разовой дозе 10-15 мг/кг внутрь или 15-20 мг/кг ректально (max СД – 60 мг/кг), альтернативным препаратом является Ибупрофен в разовой дозе 5-10 мг/кг (max СД – 40 мг/кг).

2. Ацетоминофен (Парацетамол) является селективным блокатором ЦОГ₃, поэтому обладает центральным жаропонижающим и болеутоляющим эффектами при минимальном риске (6%) побочных реакций.

Ибупрофен – неселективный блокатор ЦОГ, поэтому риск побочных эффектов составляет 20% (язвочность, бронхообструкция, неблагоприятное влияние на кровь, нефротоксичность и др.).

3. При превышении рекомендуемых доз Ацетоминофена (Парацетамола) > 60 мг/кг/сут появляется риск токсического воздействия на печень, что связано с образованием гепатотоксических метаболитов. Однако риск гепатотоксичности ниже у детей < 12 лет, чем у взрослых пациентов, что связано с несовершенством ферментативной системы Р₄₅₀ и минимальным образованием гепатотоксических метаболитов у данной категории детей.

4. Ацетилсалициловая кислота в педиатрической практике в качестве жаропонижающего средства при ОРВИ запрещена, так как увеличивает риск развития синдрома Рея (Рейе). Поражаются гепатоциты, в частности, митохондриальный аппарат,

вторично может возникнуть энцефалопатия. Частота летального исхода составляет 20%.

5. Метамизол натрия может быть использован как резервный жаропонижающий препарат при отсутствии эффекта от физических методов охлаждения и Ацетоминофена (Парацетамола) или Ибупрофена. Это связано с токсичностью препарата: гипотермия и коллаптоидные состояния, агранулоцитоз, аллергические реакции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003010

1. При данной патологии полимикробная этиология, наряду с В-гемолитическим стрептококком (БГСА) присутствует и нормальная микрофлора ротовой полости (стафилококки и анаэробы).

2. Учитывая полимикробную (аэробно-анаэробную) этиологию заболевания препаратами выбора являются ИЗАП, т.к. данная группа антибиотиков характеризуется широким спектром действия и высокой бактерицидной активностью в отношении аэробно-анаэробной микрофлоры:

Амоксициллин + клавулановая кислота 1,2 г в/в 3 раза в день, с последующим переходом на пероральную форму – 1,0 г 2 раза в день или 0,625 3 раза в день или

Ампициллин+сульбактам 1,5 г в/в или в/м 3 раза в день, с последующим переходом на пероральную форму Амоксициллина/ клавуланата.

Длительность терапии (при адекватном дренировании) 7-10 дней.

3. В качестве альтернативных схем терапии паратонзиллярного абсцесса используется комбинация цефалоспоринов 1-2 генерации (Цефазолин, Цефуросим) в/в, в/м с Метронидазолом в/в.

Цефалоспорины 1-2 поколения характеризуются бактерицидной активностью в отношении аэробной микрофлоры, а Метронидазол – анаэробной.

Или при аллергии на В-лактамы антибиотики линкосамиды (Клиндамицин, Линкомицин) в/в, в/м, являющиеся резервными препаратами.

Линкосамиды являются бактериостатиками в отношении причинно значимых микроорганизмов, при их использовании существует риск развития ААД.

4. С учётом чувствительности выделенного микроорганизма терапию можно продолжить Ампициллин+Сульбактам 1,5 г 3 раза в день в/м, в/в + Гентамицин 160 мг 1 раз в день в/в, в/м.

5. Для антибиотиков аминогликозидов характерны нефротоксичность, ототоксичность, нейротоксичность, возможны аллергические реакции. Для предупреждения их развития рекомендуется:

1. Длительность курса не более 10 дней.
2. Расчёт дозы на вес тела.
3. Не сочетать с другими нефротоксичными и ототоксичными препаратами.
4. Контроль функции почек и органа слуха.
5. Повторный курс – не ранее, чем через 30 дней после окончания первого курса.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003011

1. Системная антибактериальная терапия требуется, так как

продолжительность заболевания уже около двух недель, что говорит о возможной бактериальной этиологии заболевания. Возможными возбудителями острого гнойного гемисинусита являются пневмококк и гемофильная палочка.

2. Учитывая то, что девочка в амбулаторных условиях в предшествующие 3 месяца антибактериальную терапию не получала, препаратом выбора является Амоксициллин в СД 50 мг/кг, но не более 1,5 г/сут.

3. При отсутствии эффекта от стартовой терапии Амоксициллином рекомендуется переход на ИЗАП: Ампициллин/Сульбактам в СД 150 мг/кг в/м или Амоксициллин/Клавуланат 50-60 мг/кг (по Амоксициллину) в 3 приёма в/в, с последующим переходом на пероральную форму.

В качестве альтернативы можно использовать цефалоспорины 3 генерации - Цефотаксим в СД – 100 мг/кг в/м с последующим переходом на пероральный Цефдиторен по 0,2 каждые 12 часов.

4. Так как в амбулаторных условиях ребёнок не получал сосудосуживающие капли для купирования заложенности носа рекомендованы коротким курсом (3-5 дней) местные деконгестанты – 0,05% Оксиметазолин, 0,05% Ксилометазолин, 0,05% Нафазолин.

Жаропонижающие препараты не показаны.

5. При бесконтрольном использовании возможно развитие медикаментозного ринита, атрофического ринита, системных побочных эффектов: тошнота, головная боль, повышение АД, тахикардия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003012

1. Антибактериальная терапия в данной ситуации необходима, т.к. в данном случае имеет место острое бактериальное воспаление, о чем свидетельствуют местные изменения и данные гемограммы (нейтрофильный лейкоцитоз).

2. В данной ситуации наиболее предпочтительна группа ингибиторзащищенных аминопенициллинов. Данная группа характеризуется широким спектром действия, бактерицидной активностью в отношении аэробно-анаэробной микрофлоры, которые могут играть причинно значимую роль в развитии пахового лимфаденита.

3. В данной ситуации наиболее предпочтителен пероральный приём антибиотика: Амоксициллин/Клавуланат в СД 50-60 мг/кг (по Амоксициллину) либо Ампициллин/Сульбактам в СД – 25-50 мг/кг.

Длительность курса 7 дней.

4. При развитии аллергической реакции на пенициллины можно использовать цефалоспорины 2-4 генерации, так как риск перекрёстной аллергии составляет всего 4%, и она максимальна только у цефалоспоринов 1 поколения.

В данной ситуации более показан цефалоспорин 2 поколения – Цефуроксим в СД 20 мг/кг перорально в 2 приёма (широкий спектр действия).

5. При непереносимости цефалоспоринов можно использовать комбинацию Линкомицина внутрь 40 мг/кг/сут в 3 приёма + Гентамицин в/м 3 мг/кг/сут в/м в один приём.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003014

1. Обязательным компонентом терапии ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом II степени является назначение:

1. Антисекреторных препаратов – Ингибиторы протонной помпы: Эзомепразол, Рабепразол, Омепразол в дозе 1 мг/кг/сут за 30 минут до еды в течение 3-4 недель – с целью снижения рН желудочного сока, а тем самым агрессивности Рефлюктата при воздействии на слизистую пищевода;

2. Прокинетики Домперидона 0,25 мг/кг 3-4 раза в день за 30 минут до еды и перед сном - с целью нормализации моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта в течение 2 -3 недель;

3. Антацидных препаратов (Маалокс, Фофалюгель, Гевискон) 3 раза в день и на ночь - с целью снижения рН желудочного сока, а тем самым агрессивности рефлюктата при воздействии на слизистую пищевода, курсом до 3 недель.

2. Из препаратов ингибиторов протонной помпы менее предпочтителен Омепразол, так как, являясь ингибитором микросомальных ферментов печени, он плохо сочетается с другими лекарственными средствами, повышает их токсичность.

3. Метоклопрамид, имея не только периферический, но и центральный механизмы действия, чаще вызывает побочные эффекты: явления паркинсонизма, беспокойство, чувство страха, сонливость, отеки, повышение АД, гормональные нарушения.

4. Необходимости в этом препарате нет, так как по механизму действия висмута трикалия дицитрат образует защитную пленку только на поверхности эрозивного либо язвенного дефекта (у пациента только воспалительные изменения).

5. Нет, не нужна, так как при обследовании на *Helicobacter pylori* результаты отрицательные.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003016

1. В ряде источников Арбидол позиционируется как эффективный противогриппозный препарат, однако доказательная база невысока.

Ребёнок болен 3 дня, состояние не ухудшается, поэтому необходимости в препарате нет.

2. Амброксол является эффективным муколитиком, разжижает мокроту.

У больной проблем с отхождением мокроты нет, назначение препарата представляется излишним.

3. Азитромицин – антибиотик группы макролидов, эффективен при бронхолёгочных заболеваниях бактериальной этиологии.

Острый бронхит – заболевание вирусной природы, антибактериальной терапии не требует, назначение ошибочно. Назначение антибиотиков при респираторных вирусных заболеваниях – типичная ошибка.

4. Азитромицин обладает гепатотоксическим потенциалом. Назначение любых антибиотиков без реальных показаний ведёт к ускорению развития микробной антибиотикорезистентности.

5. Больных обычно предостерегают от посещения поликлиники в период

пандемии, рекомендуется повторный вызов или активное посещение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003018

1. Ребёнку необходимо назначить короткодействующие бронхолитики Фенотерол/Ипратропия бромид.

Выбор препарата из этой группы основан на их бронхолитическом эффекте, минимальной кардиотоксичности в связи с рациональной комбинацией препаратов за счёт потенцирования бронхолитического действия и уменьшения разовой дозировки. Препарат назначается преимущественно в ингаляционной форме через компрессорный небулайзер в стартовой дозе 10 кап. в разведении с 3 мл физраствора.

После проведения ингаляции необходимо через 20 минут оценить эффективность терапии по появлению продуктивного кашля и уменьшения или купирования одышки. При неэффективности повторить ингаляции еще дважды с интервалом 20 минут.

2. Если эффекта от ингаляционной терапии бронхолитиками нет, то необходимо назначить ИГКС (Будесонид) в суспензии через небулайзер в дозе 250 мкг 2 раза в день. Препарат назначается с противоотёчной целью.

3. Учитывая наличие интоксикации, лейкоцитоз 19 тыс. с нейтрофильным сдвигом и увеличение СОЭ, необходимо назначить антибиотики.

4. Так как мама ребёнка не переносит β-лактамы антибиотики, препаратами выбора в данной ситуации являются макролиды: например, Джозамицин через рот в дозе 40 мг/кг/сут (250 мг 2 раза в день).

5. При использовании макролидов возможны следующие нежелательные побочные эффекты: диспепсия, холестатический гепатит, аритмии, аллергические реакции, несовместимость с некоторыми лекарственными средствами. Наиболее часто эти реакции встречаются при использовании Эритромицина, реже – Джозамицина.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003022

1. У мальчика развилась аллергическая побочная реакция немедленного типа, проявляющаяся локальной реакцией кожи и подкожной клетчатки (отёк Квинке) и системным поражением дыхательной и сердечно-сосудистой системы, о чём свидетельствует развитие одышки, тахикардии, акроцианоза. Причиной данной реакции явилось введение антибактериального препарата - Бензилпенициллина натриевой соли.

2. Для развития аллергической реакции немедленного типа необходима сенсибилизация организма к антигену. Клинические проявления развиваются только при повторном контакте с аллергеном. У данного пациента сенсибилизирующим фактором выступило введение Ампициллина, являющегося полусинтетическим аналогом Пенициллина. При повторном введении подобного препарата сенсибилизированный организм отвечает развитием аллергической реакции.

3. Для терапии проявлений системной аллергической побочной реакции, протекающей с поражением дыхательной, сердечно-сосудистой системы необходимо:

1. Уложить пациента в положение с приподнятыми нижними конечностями, голову повернуть в сторону, обеспечить проходимость верхних дыхательных путей.

2. Ввести Адреналина гидрохлорид внутримышечно до выведения больного из коллаптоидного состояния под контролем пульса, дыхания, АД.

3. Обеспечить венозный доступ, внутривенно ввести кортикостероиды (Преднизолон, Дексаметазон).

4. Ввести парентерально антигистаминные препараты (Хлоропирамин, Дифенгидрамин).

5. При сохраняющейся гипотензии внутривенно струйно или капельно вводить 0,9% раствор хлорида Натрия.

6. Мониторировать пульс, АД, ЧДД каждые 2-5 минут.

4. Режим дозирования Супрастина правильный - 2% раствор, 0,4 мл. Супрастин детям в возрасте от 1 года до 6 лет может вводиться в дозе до 0,5 мл (не более 2 мг/кг).

Дексаметазон вводился 2 мг, что недостаточно. Доза препарата определяется из расчёта 0,3 – 0,6 мг /кг (4,5 – 9 мг).

5. При применении Бензилпенициллина натриевой соли возможно развитие аллергической реакции (крапивница), интерстициального нефрита, нейротоксичности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003023

1. Стартовая терапия нерациональна из-за низкой активности Цефазолина против основных возбудителей внебольничной пневмонии.

2. Смена Цефазолина на Амикацин не может обеспечить эффект из-за отсутствия активности Амикацина против наиболее частых возбудителей внебольничной пневмонии (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, атипичная микрофлора).

3. Для контроля эффективности антибактериальной терапии через 48-72 часа необходимо оценить клиническое состояние пациента – уменьшение признаков интоксикации, снижение температуры, а также динамику лабораторных показателей (уменьшение лейкоцитоза, уменьшение количества палочкоядерных нейтрофилов).

4. Одновременное назначение Амикацина и Ибупрофена повышает риск развития нефротоксичного действия аминогликозидов из-за негативного влияния НПВС на состояние почечного кровотока.

5. Отменить Амикацин, возможно назначение:

- ингибитор/защищённые пенициллины ± макролиды (Спирамицин, Джозамицин, Азитромицин, Кларитромицин) или

- цефалоспорины III поколения (Цефотаксим, Цефтриаксон) ± макролиды (Спирамицин, Джозамицин, Азитромицин, Кларитромицин).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003050

1. Первичная артериальная гипертензия, 2 степень.

Синдром вегетативной дисфункции пубертатного периода, смешанный тип.

2. Диагноз «первичная артериальная гипертензия» выставлен на основании жалоб на головные боли в течение 3 месяцев, данных анамнеза - выявлено стойкое повышение АД на трёх приёмах с интервалом 10 дней, без поражения органов-мишеней у ребёнка до 16 лет. 2 степень артериальной гипертензии установлена на основании

значений АД, превышающих 95 процентиль более, чем на 10 мм рт.ст.

Синдром вегетативной дисфункции пубертатного периода, смешанный тип, выставлен на основании возраста, быстрого роста, появления эмоциональной лабильности, клинических проявлений ваготонии – потливость, красный стойкий дермографизм, угревая сыпь, симпатикотонии – повышение АД, тахикардия, нарушение сна.

3. Пациенту рекомендовано:

для исключения вторичной артериальной гипертензии - УЗИ почек и надпочечников, биохимический анализ крови - мочевина, креатинин, липидный профиль; измерение АД на ногах. Осмотр глазного дна. Суточное мониторирование АД.

4. Нормализация режима дня и образа жизни: уменьшить время пребывания за компьютером, прогулки на свежем воздухе, физкультура в спецгруппе, ЛФК, сон не менее 8 часов, отказ от курения (для устранения факторов риска).

Диета с ограничением соли, кофеинсодержащих продуктов (устранение механизмов, поддерживающих артериальную гипертензию).

Немедикаментозная терапия: коррекция вегетативных нарушений (массаж воротниковой зоны, водные процедуры).

Медикаментозная терапия назначается одновременно с немедикаментозной терапией, так как у подростка АГ 2 степени.

Препаратом выбора являются бетта-адреноблокаторы.

5. У подростка развился гипертонический криз вследствие несоблюдения рекомендаций. Тактика ведения:

Создание спокойной обстановки, уложить пациента на кушетку, проветрить помещение. Каптоприл 0,025 под язык. Вызвать скорую медицинскую помощь.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003051

1. Рахит период разгара, средней тяжести, острое течение.

2. На основании жалоб: в течение последнего месяца мать обратила внимание, что ребёнок стал сильно потеть, вздрагивает во сне.

На основании осмотра ребёнка: уплощение и облысение затылка, податливость костей черепа по ходу стрело- и лямбовидного швов, размягчение краёв большого родничка. Нижняя апертура грудной клетки развёрнута, пальпируются реберные «четки». Большой родничок-3×3 см. Мышечная гипотония. Ребёнок плохо опирается на ноги. Лёгкие и сердце – без особенностей. Живот мягкий, распластаный.

На основании лабораторных данных: концентрация кальция в плазме крови-2,1 ммоль/л (норма-2,3-2,8 ммоль/л).

Концентрация фосфатов в плазме крови-1,3 моль/л (норма-1,3-1,8 ммоль/л).

Период разгара- одновременное наличие выраженных признаков остеомаляции, расстройства нервной системы, мышечной гипотонии, анемии.

3. Не проводилась профилактика рахита. Недостаточное время прогулок. Не своевременное введение прикорма.

4. 1. Рациональное вскармливание по возрасту, постепенное введение прикормов.

2. Прогулки от 2 до 6 часов в сутки в зависимости от времени года.
3. Водный раствор витамина D в дозе 3000 – 4000 МЕ/сутки (для средней степени тяжести) в течение 30 – 45 дней с последующим переходом на профилактическую дозу. Через 2 недели от начала медикаментозной терапии лечебная гимнастика, массаж.
5. Различают антенатальную и постнатальную профилактику рахита. Которые делятся на специфическую и не специфическую.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003053

1. Апластическая анемия, приобретенная, среднетяжёлая форма. Гемофтальм OS.

2. Диагноз «апластическая анемия» установлен на основании жалоб на слабость, вялость, головные боли, «синячки» на коже.

На основании анамнеза заболевания: заболел неделю назад, когда впервые появились носовое кровотечение и «синячки». Геморрагическая сыпь нарастала.

На основании данных объективного осмотра: состояние тяжёлое. Сознание ясное. Аппетит снижен. Кожные покровы бледные, геморрагический синдром на туловище и нижних конечностях в виде петехий и экхимозов различной степени давности. Гемофтальм OS. Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия до 120 в минуту. Систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка пальпаторно не увеличены.

На основании данных лабораторных методов исследования:

Общий анализ крови: эр- $2,29 \times 10^{12}/л$, Нв-66 г/л, рет-2%, тр- $15 \times 10^3/л$, лейко- $2,6 \times 10^9/л$, СОЭ-64 мм/час, время свёртывания-1 мин.20 сек., длительность кровотечения-7 минут.

Миелограмма: пунктат малоклеточный, представлен в основном лимфоцитами, повышено содержание стромального компонента и жировой ткани. Мегакариоциты не обнаружены. Количество гранулоцитов и клеток зритроидного ростка снижено.

3. Иммунофенотипирование, цитохимическое, цитогенетическое и молекулярногенетическое исследование клеток костного мозга.

Выполняются только при наличии данных морфологического исследования, позволяющих заподозрить острый лейкоз или миелодиспластический синдром.

Иммунофенотипирование лейкоцитов периферической крови. Является обязательным при повышении уровня лактатдегидрогеназы, билирубина и наличии клинических признаков гемолиза.

В этом случае выполняется исследование маркеров синдрома пароксизмальной ночной гемоглобинурии.

Трепанобиопсия костного мозга. Выполняется из верхнего заднего гребня подвздошной кости одновременно с пункциями костного мозга.

Биохимический анализ крови. Обязательно исследуются уровни мочевины, креатинина, общего билирубина и его фракций, АлАТ, АсАТ, ЛДГ, щелочной фосфатазы, глюкозы, K^+ , Na^+ , Ca^{++} .

Определение группы крови и Резус-фактора.

Коагулограмма: фибриноген, АЧТВ, ПИ и МНО.

HLA-типирование пациента, сиблингов и родителей (серологическое или молекулярное).

Серологическое исследование маркеров гепатитов гепатитов А, С, В, D (при наличии HBsAg).

Неинвазивная инструментальная диагностика:

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза. Рентгенография грудной клетки в прямой проекции, при необходимости – отдельных участков скелета.

Компьютерная рентгеновская томография грудной клетки (при наличии кашля, тахипноэ, симптомов бронхообструкции и болей в грудной клетке).

Электрокардиография. Эхокардиография.

Специфическая диагностика: проведение пробы на гиперчувствительность лимфоцитов периферической крови с диэпоксидбутаном.

Осмотр врача-окулиста.

4. Охранительный режим. Диета щадящая.

Медикаментозное лечение:

1. Антитимоцитарный глобулин лошадиный;
2. Циклоспорин А;
3. Метилпреднизолон;
4. Гранулоцитарный колониестимулирующий фактор;
5. Трансфузионная терапия;
6. Трансплантация гемопоэтических клеток;
7. Профилактика и лечение инфекций.

5. Кровотечения, инфекционные осложнения, гемосидероз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003056

1. Острый лимфобластный лейкоз, Т-клеточный вариант. Период развёрнутой клинической картины картины. Нейролейкоз (парез лицевого нерва, гипертензионный синдром).

Критерии диагноза: диагноз «острый лимфобластный лейкоз» ставится на основании обнаружения в пунктате костного мозга более 25% лейкемических клеток, для которых с помощью мультипараметрической проточной цитометрии и данных цитохимии доказан один из вариантов лимфоидной дифференцировки бластных клеток и показано отсутствие активности миелопероксидазы и неспецифической эстеразы, как ключевых маркёров нелимфоидных клеток-предшественников.

Диагноз «нейролейкоза» (инициальное поражение ЦНС) ставится на основании наличия бластных клеток в ликворе и/или наличия парезов черепно-мозговых нервов, не связанных с другими заболеваниями или повреждениями и/или наличия образования в ЦНС или оболочках по данным КТ/МРТ.

2. Диагноз «острый лейкоз», Т-клеточный вариант. Период развёрнутой клинической картины. Нейролейкоз (парез лицевого нерва, гипертензионный синдром) установлен на основании жалоб на слабость, головную боль с утра, рвоту.

На основании анамнеза заболевания: 2 месяца назад перенес ОРВИ. После этого,

появилась асимметрия лица, слабость. Лечение у врача-невропатолога эффекта не дало.

На основании данных объективного осмотра: состояние тяжёлое, вялый. Кожные покровы бледноватые, на конечностях экхимозы. Пальпируются подчелюстные, шейные подмышечные, паховые лимфатические узлы размерами до 1,5 см в диаметре, подвижные, болезненные. Печень на 1,5 см выступает из-под края рёберной дуги, безболезненная, средней плотности. Селезёнка не пальпируется. Ригидность затылочных мышц. Симптом Кернига слабо положительный с обеих сторон.

На основании данных лабораторных методов исследования:

Анализ крови: Hb 62 г/л, эр. $1,9 \times 10^{12}/л$, тромб. единичные, лейкоц. $208 \times 10^9/л$, бласты 76%, п/я 1%, с/я 4%, лимф. 19%. СОЭ 64 мм/ч.

Миелограмма: костный мозг гиперплазирован, бласты 96%, нейтрофильный росток 3%, эритроидный росток 1%, мегакарициты не найдены.

Цитохимическое исследование костного мозга: ШИК-реакция гранулярная в 95% бластов, реакция на миелопероксидазу и судан – отрицательная.

Иммунологическое исследование костного мозга: выявлены маркеры зрелой Т-клетки.

В ликворе: цитоз 200/3, белок 960 ммоль/л, Панди+++, бласты 100%.

3. Биохимические показатели (мочевина, креатинин, электролиты, общий белок, билирубин, глюкоза).

Рентгенографии грудной клетки как в прямой, так и обязательно в правой боковой проекциях.

Проведение пункции костного мозга и забора костного мозга на цитологическое, цитохимическое, иммунологическое и молекулярно-биологическое исследования. Костный мозг аспирируется из 3 – 4 анатомических точек. Для пункций используются передние и задние гребни крыльев подвздошных костей.

Проведение люмбальной пункции с забором ликвора для цитологического исследования.

УЗИ органов брюшной полости;

ЭКГ, ЭХО-КГ; ЭЭГ.

Серологические (вирусологические) исследования: HBs, anti-HCV, CMV.

Компьютерная томография или МРТ головного мозга.

4. Программа ALL IC – BFM 2002 (высокий риск - больные острым лимфобластным лейкозом с неблагоприятным прогнозом).

Индукция ремиссии (72 дня).

Блок HR1 (6 дней).

Блок HR2 (6 дней).

Блок HR3 (6 дней).

Лучевая терапия на область головного мозга - 12 Гр (при стандартном и среднем рисках из В-предшественников не проводится, только для Т-клеточного лейкоза).

Поддерживающая терапия в ремиссии (до 104 недель от начала лечения).

В случаях нейролейкоза эндолумбально вводят Метотрексат (12 мг) или Метотрексат в сочетании с Цитарабином (30 мг) и Преднизолоном (10 мг) до получения 3 нормальных анализов спинномозговой жидкости.

В последующем рекомендуется эндолюмбальное введение химиопрепаратов 1 раз в 1-1.5 месяцев с целью поддерживающей терапии.

5. Пациент передается врачу-педиатру участковому (если есть должность – врачу-гематологу) по месту жительства при наличии полной ремиссии перед началом поддерживающей терапии. Поддерживающую терапию пациент получает по месту жительства. Врач-педиатр участковый (гематолог) по месту жительства руководствуется рекомендациями, данными специалистами учреждения, проводившего лечение.

Лабораторные исследования.

Общий клинический анализ крови (обязателен подсчет лейкоцитарной формулы) проводится 1 раз в неделю до окончания поддерживающей терапии. После окончания поддерживающей терапии – 1 раз в месяц.

Биохимический анализ крови, включающий все позиции, определяемые при диагностике, до окончания поддерживающей терапии проводится 1 раз в 3 месяца. После окончания поддерживающей терапии – 1 раз в 6 месяцев.

Пункции костного мозга и люмбальная пункция проводятся только в случае появления подозрения на развитие рецидива заболевания.

Инструментальные исследования.

УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства до окончания поддерживающей терапии проводятся 1 раз в 3 месяца. После окончания поддерживающей терапии – 1 раз в 6 месяцев.

Периодичность осмотра специалистами, проводившими терапию.

Врач-гематолог, проводивший лечение, после начала поддерживающей терапии и передачи пациента врачу-педиатру участковому (гематологу) по месту жительства осматривает пациента 1 раз в 3 месяца до окончания поддерживающей терапии, 1 раз в 6 месяцев после окончания поддерживающей терапии и при подозрении на развитие рецидива заболевания. Другие узкие специалисты – по показаниям.

Пациент снимается с диспансерного учёта при условии окончания поддерживающей терапии, наличие полной ремиссии, отсутствия сопутствующих заболеваний и по истечении 5 лет после окончания лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003057

1. Лимфогранулематоз, стадия 2В.
2. Диагноз установлен на основании жалоб на увеличение шейных лимфатических узлов, навязчивый непродуктивный кашель.

На основании анамнеза заболевания: 1 месяц назад у ребёнка заметили увеличение шейных лимфатических узлов. Больная получала антибактериальную терапию без эффекта, затем получила курс УВЧ-терапии, после чего отмечался прогрессивный рост лимфатических узлов, самочувствие ребёнка значительно ухудшилось. Периодически отмечаются подъёмы температуры до 38,5 °С, сопровождающиеся ознобом, ребёнка беспокоят проливные ночные поты, кожный зуд, появился кашель, боли за грудиной, ребёнок похудел более чем на 10% за последние 3 месяца.

На основании данных объективного осмотра: состояние тяжёлое, самочувствие страдает: снижен аппетит, беспокойный сон. Обращает на себя внимание изменение

конфигурации шеи. Пальпируется конгломерат лимфатических узлов на шее слева, общим размером 5,0×7,0 см, внутри него пальпируются отдельные лимфатические узлы размером 1,0-1,5 см, не спаянные между собой и окружающей клетчаткой, плотные, безболезненные при пальпации, без признаков воспаления.

На основании данных лабораторных и инструментальных методов исследования:

Общий анализ крови: умеренный тромбоцитоз (Тромб - $495 \times 10^9/\text{л}$), нейтрофилез (с - 72%) лимфопения (л - 20%), повышенное СОЭ - 37 мм/час.

Пунктат шейного лимфатического узла: обнаружены клетки Березовского-Штернберга.

Рентгенограмма органов грудной клетки: расширение срединной тени за счёт увеличенных внутригрудных лимфатических узлов.

Стадия выставлена согласно Международной клинической классификации (1965 г. Рау- классификация, 1971 г. - классификация Ann-Arbor). Стадия 2 выставляется при вовлечении 2 и более лимфатических регионов по одну сторону диафрагмы, при наличии хотя бы одного из симптомов активности в определение стадии добавляется литера В.

3. Биохимический анализ крови: мочевины, креатинин, общий белок, общий билирубин и его фракции, АЛТ, АСТ, ЛДГ, ЩФ, глюкоза, электролиты, гамма-глобулин и альфа-2-глобулин.

Определение группы крови и резус-фактора.

Коагулограмма, иммуноглобулины А, G, М.

Вирусологическое исследование: определение антител к варицелла-зостер, ЭБВ, ЦМВ, ВИЧ, вирусу простого герпеса, токсоплазмозу, гепатиту А, В, С (HCV-PCR).

Ультразвуковое исследование периферических лимфоузлов и органов брюшной полости даёт информацию о наличии увеличенных лимфоузлов, инфильтратов в паренхиматозных органах. Лимфоузлы диаметром менее 1 см считаются непоражёнными, лимфоузлы диаметром 1-2 см требуют динамического наблюдения в процессе терапии, лимфоузлы диаметром более 2 см считаются поражёнными.

Рентгенография грудной клетки проводится в двух проекциях – прямой и боковой, позволяет выявить увеличение лимфоузлов средостения, инфильтраты в лёгких, их величину и расположение, степень смещения органов грудной клетки, наличие выпота в плевральные полости, перикард.

Трепанобиопсия подвздошной кости из 1-2 точек, кроме IА и IIА стадий болезни.

Биопсия периферического лимфоузла, наиболее диагностически информативного и наиболее удобно расположенного.

Патоморфологическое, иммуногистохимическое, цитогенетическое, микробиологическое исследование полученного материала.

Компьютерная томография с контрастным усилением грудной клетки, брюшной полости, полости малого таза - необходимый компонент обследования для стадирования процесса.

Магнитно-резонансная томография используется для выявления поражения костной системы и ЦНС при необходимости.

Методы радиоизотопной диагностики полезны для подтверждения наличия костных поражений при наличии показаний (боли, переломы). Позитронно-эмиссионная

томография с использованием ¹⁸F-флуордезоксиглюкозы – может применяться при инициальном стадировании заболевания, для оценки результатов лечения и статуса ремиссии, установления рецидива.

Диагностические полостные операции – торакоскопия/томия, лапароскопия/томия с биопсией внутригрудных, внутрибрюшных л/у или печени проводятся только при отсутствии увеличенных периферических лимфоузлов и невозможности верификации диагноза.

Функциональные исследования: ЭКГ, ЭХО-КГ.

Подросткам должна предлагаться возможность криопрезервации спермы и, по возможности, криоконсервация ткани яичника.

4. Полихимиотерапия DAL-HD-90.
Предварительная терапия.
Сопроводительная терапия.
Лучевая терапия.
5. Рак молочной железы.
Болезни щитовидной железы.
Болезни лёгких. Другие опухоли.
Бесплодие или недостаточность яичников.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003058

1. Острый бронхит; синдром бронхиальной обструкции. ДН I.
2. Диагноз «острый бронхит» установлен на основании жалоб больного на частый малопродуктивный кашель приступообразного характера, затруднённое дыхание, беспокойство; предшествующие признаки ОРВИ, невысокая температура, отсутствие токсикоза и лейкоцитоза, диффузные хрипы.

Синдром бронхиальной обструкции определён по наличию одышки экспираторного характера с 4 дня заболевания, вздутия грудной клетки, отсутствия отягощённого аллергоанамнеза, данных объективного осмотра (дыхание с удлинённым выдохом, слышимое на расстоянии, одышка с участием вспомогательной мускулатуры, перкуторно – коробочный звук, аускультативно в лёгких – диффузные сухие «свистящие» хрипы на фоне удлинённого выдоха).

Установление степени дыхательной недостаточности основано на цифрах ЧДД (30 в минуту), умеренном цианозе, бледности кожных покровов, умеренной тахикардии (114 ударов в минуту).

3. Пациенту рекомендовано: при подозрении на атипичную этиологию заболевания - серологическое исследование на определение антител классов А, М, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии пневмонии (*Chlamidia pneumoniae*), антител классов М, G (IgM, IgG) к микоплазме пневмонии (*Mycoplasma pneumoniae*) в крови; проведение рентгенографии органов грудной клетки при подозрении на пневмонию, инородное тело; исследование функции внешнего дыхания (ФВД) при рецидивирующем течении БОС; консультация врача-оториноларинголога (при наличии синдрома «шумного дыхания»), врача-физиотерапевта (с целью улучшения дренажа ТБД).

4. 1. Обильное питьё (тёплое питьё) до 100 мл/кг в сутки;

2. Дренаж грудной клетки, стимуляция кашлевого рефлекса при его снижении, дыхательная гимнастика в периоде реконвалесценции;

3. Ингаляционные β_2 -агонисты или комбинированные препараты через небулайзер, добавляя к препарату 0,9% раствор Натрия хлорида, или в виде дозированного аэрозольного ингалятора (ДАИ) со спейсером с соответствующей лицевой маской или мундштуком, обычно до 3 раз в день;

- Сальбутамол на приём 5 мл, либо 1-2 ингаляции ДАИ через спейсер коротким курсом до 3-5 дней или

Фенотерол + Ипратропия бромид на приём 2 капли/кг, максимально 1,0 мл либо 1-2 ингаляции ДАИ через спейсер коротким курсом не более 5 дней.

4. При подостром и прогрессирующем характере нарастания проявлений, сопровождающихся гипоксемией (SaO_2 менее 95%), а также в случае сохраняющихся симптомов или при повторном их появлении после отмены β_2 -агонистов назначают:

ингаляционные кортикостероиды (ИГКС) через небулайзер – Будесонид в суспензии, в среднем 250-500 мкг/сут, применение 2 раза в день, коротким курсом до 5 дней.

5. Муколитические и отхаркивающие средства – при вязкой, трудно отделяемой мокроте: мукорегуляторы:

например, Амброксол табл. 30 мг, р-р 7,5 мг/мл, сироп 15, 30 мг/5 мл по 15 мг 3 р/день после еды. Ингаляции: по 2-3 мл 2 раза в день.

5. 1. Профилактика респираторных инфекций (активная иммунизация против вакциноуправляемых вирусных инфекций, а также против пневмококковой и гемофильной инфекций), борьба с загрязнением воздуха, с пассивным курением.

2. Детей с рецидивами острого бронхита и с обструктивными бронхитами следует направить на консультацию к врачу аллергологу-иммунологу и врачу-пульмонологу для уточнения диагноза и тактики ведения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003059

1. Бронхиальная астма, среднетяжёлое течение, обострение средней степени тяжести. ДН II.

Сопутствующий диагноз: «персистирующий аллергический ринит», лёгкой степени тяжести, обострение.

2. Диагноз «бронхиальной астмы» (БА) установлен на основании жалоб больного на сухой приступообразный кашель, одышку, беспокойство; наличие в анамнезе повторяющихся эпизодов свистящего дыхания (более трёх), провоцирующихся физической нагрузкой, контактом с собакой. Наличие атопии (аллергический ринит, пищевая аллергия, атопический дерматит) и отягощённый семейный анамнез подтверждают диагноз; установление степени БА основано на частоте приступов (1-2 раза в неделю), наличии приступов ночного кашля, ремиссии менее 3 месяцев между приступами, ограничением физической нагрузки.

Обострение БА поставлено на основании отсутствия признаков ОРВИ, наличия при осмотре выраженной одышки, кашля, свистящих хрипов, увеличении количества дневных и ночных симптомов, появление потребности в бронхолитиках короткого действия,

показателей ПСВ <80%; степень тяжести обострения определена на основании показателей частоты дыхания и пульса, выраженности одышки, сохранении физической активности, разговорной речи, сферы сознания, данных ПСВ (70%).

Установление степени дыхательной недостаточности основано на цифрах ЧДД (40 в минуту), акроцианозе, бледности кожных покровов, тахикардии (110 ударов в минуту); ребёнок беспокоен, успокаивается в полусидящем положении.

Диагноз «аллергический ринит» (АР) определён по наличию характерных клинических симптомов (заложенность носа, ринорея, приступы чихания, зуд носа, слезотечение), эозинофилии в общем анализе крови; течение АР установлено исходя из продолжительности симптомов; степень тяжести АР поставлена на основании выраженности проявлений и их влияния на качество жизни; период заболевания – на основании наличия проявлений на момент осмотра.

3. Пациенту рекомендовано: проведение спирометрии с бронходилатационным тестом (на обратимость бронхиальной обструкции), физической нагрузкой (оценка гиперреактивности бронхов), суточное мониторирование ПСВ для оценки степени нарушения бронхиальной проходимости; оценка атопии (определение общего IgE, титра специфических антител класса IgE (sIgE) в сыворотке крови); цитологическое исследование мазков из полости носа для выявления эозинофилов; для исключения альтернативных диагнозов показано проведение рентгенографии органов грудной клетки; определение эозинофилов в мокроте с целью оценки воспаления дыхательных путей; консультация ЛОР-врача с проведением передней риноскопии (осмотр носовых ходов, слизистой оболочки полости носа, секрета, носовых раковин и перегородки).

4. 1. Экстренно начинают ингаляционную терапию с короткодействующего β₂агониста или комбинированного препарата через небулайзер, добавляя к препарату 0,9% раствор Натрия хлорида, или в виде дозированного аэрозольного ингалятора (ДАИ) со спейсером с соответствующей лицевой маской или мундштуком:

- Сальбутамол на приём 1,0—2,5 мл на ингаляцию или 2-4 ингаляции ДАИ через спейсер или Фенотерол + Ипратропия бромид на приём 0,5—1,0 мл (10—20 капель).

2. Дополнительный кислород необходим для коррекции гипоксемии, параллельно проводят мониторинг насыщения крови кислородом (SaO₂).

Оценка эффективности бронхолитической терапии через 20 минут (уменьшение одышки; улучшение проведения дыхания при аускультации; увеличение показателей пиковой скорости выдоха на 15% и более).

При положительном эффекте - продолжение бронхоспазмолитической терапии по потребности.

3. Ингаляционные стероиды в очень высоких дозах через небулайзер эффективны в период обострения – проводят ингаляцию суспензии будесонида (в дозе 1—1,5 мг) через небулайзер.

Назначение системных ГКС при обострении любой степени тяжести, кроме самой лёгкой, проводят при отсутствии других возможностей купирования состояния. Системные кортикостероиды (пероральные) наиболее эффективны, если их применение начать на ранней стадии обострения. Рекомендованная доза Преднизолона составляет 1–2 мг/кг/сут, до 40 мг, в течение 3–5 дней (максимально – до 7 дней). Препарат отменяют

одномоментно, так как постепенное снижение дозы не оправдано.

4. При неэффективности:

- ингаляция суспензии будесонида (в дозе 1–1,5 мг) через небулайзер;
- повторить ингаляцию бронхоспазмолитика.

При отсутствии эффекта ввести внутримышечно Преднизолон в дозе 1 мг/кг (либо, в исключительных случаях, допускается применение препарата внутрь в дозе 1–2 мг/кг, не более 40 мг) или провести повторную ингаляцию суспензии Будесонида (1 мг) и бронхоспазмолитика каждые 4–6 ч.

- оксигенотерапия.

5. В плане лечения обострения аллергического ринита:

- элиминация триггеров;
- увлажняющие средства;
- антигистаминные ЛС: системные (2 поколения) и местные. При недостаточной эффективности добавить назальные ГКС.

5. 1. Наблюдение детей с БА осуществляется врачом аллергологом-иммунологом и врачом-педиатром 1 раз в 3 месяца с проведением общеклинического обследования, спирометрии.

По показаниям проводятся консультации врача-пульмонолога, врача-оториноларинголога, врача-гастроэнтеролога, врача-фтизиатра, врача-невролога.

2. Соблюдение гипоаллергенного быта, диеты с исключением высокоаллергенных продуктов.

3. Ведение дневника пикфлоуметрии.

4. Профилактические прививки: по индивидуальному плану, в стадии ремиссии, с подготовкой.

5. По физической культуре – подготовительная группа. Показано проведение ЛФК, курсов массажа, физиотерапии.

6. Базисная терапия: средние дозы ИГКС в комбинации с ДДБА и КДБА по потребности. Альтернативой может служить добавление антагонистов лейкотриеновых рецепторов к низким дозам ИГКС в качестве базисной терапии и КДБА по потребности.

7. Обучение пациентов и их родителей в астма- и аллергошколах.

8. Показано санаторно-курортное лечения в медицинских организациях бронхолёгочного профиля.

9. При стабильном состоянии показано проведение кожного тестирования с аллергенами, с последующем решением вопроса о начале аллерген-специфической иммунотерапии (при наличии причинно-значимого аллергена).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003060

1. Внебольничная правосторонняя очагово-сливная пневмония, тяжёлой степени, осложненная метапневмоническим плевритом, острое течение. ДН II.

2. Диагноз «острая пневмония» установлен на основании жалоб на повышение температуры тела до 38,5°С-39°С более 3 дней, мучительный частый кашель, одышка, недомогание, ухудшение аппетита; физикальных изменений в лёгких, дыхательной

недостаточности; рентгенологических изменений: инфильтративные изменения в лёгких; лабораторных анализов: наличие островоспалительных изменений в гемограмме; внебольничная – ребёнок болен в течение недели, лечился амбулаторно.

Степень тяжести установлена на основании наличия внутрилёгочных осложнений; наличием втяжений уступчивых мест грудной клетки при дыхании.

Наличие осложнения в виде метапневмонического плеврита определено по наличию второй волны лихорадки у ребёнка с очагово-сливной пневмонией после кратковременной нормализации температуры тела. Лихорадка «безмикробная», так как смена антибиотиков была безрезультатна; нарастание интоксикации; появление клиники плеврита: стонущее дыхание, увеличение одышки, появление болей в правой половине грудной клетки и отставание её при дыхании; резкая выраженное притупление звука и ослабление дыхания справа; снижение лейкоцитоза, но повышение СОЭ в общем анализе крови; отрицательная динамика при рентгенологическом обследовании – фибриноторакс.

Установление степени дыхательной недостаточности основано на цифрах ЧДД (58 в минуту), акроцианозе, бледности кожных покровов, тахикардии (138 ударов в минуту); ребёнок беспокоен.

3. Пациенту рекомендовано: проведение биохимического исследования (функциональные пробы печени, глюкоза, протеинограмма, электролиты крови) - наличие токсикоза, степени тяжести; бактериологического исследования мокроты (этиология заболевания), ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ комплексное (наличие внелёгочных осложнений).

4. 1. Оксигенотерапия с FiO₂ более 60% для достижения сатурации (SaO₂) не менее 92% (под контролем пульсоксиметрии).

2. При дегидратации обеспечить венозный доступ и начать инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами в дозе не более 15-20 мл/ (кг×ч).

3. При фебрильной лихорадке назначение жаропонижающих средств: Парацетамол в разовой дозе 10-15 мг/кг детям или Ибупрофен в дозе 5-10 мг/кг массы тела.

4. Антибактериальная терапия:

- выбор антибактериального средства проводится эмпирически с учётом вероятного возбудителя (пневмококк). Препарат выбора: защищённые пенициллины или цефалоспорины 2, 3 поколения; путь введения – парентерально.

- эффективность оценивается через 36-48 часов (снижение температуры тела, уменьшение интоксикации). Замена антибиотиков показана при отсутствии эффекта и/или развитии деструктивного процесса в лёгких. Наслоение метапневмонического плеврита, как правило, не является показанием для изменения антибиотикотерапии.

- коррекция в терапии заключается в назначении НПВС. По показаниям, при отсутствии гнойных осложнений, могут быть назначены системные глюкокортикостероиды (метапневмонический плеврит является результатом иммунопатологического процесса).

5. 1. После выздоровления от острой пневмонии ребёнок, лечившийся на дому или выписанный из стационара, находится на диспансерном наблюдении в поликлинике в течение 1 года.

2. Дети, заболевшие в возрасте от года до 3 лет, наблюдаются врачом-

педиатром участковым 1 раз в 2 месяца.

3. При повторной пневмонии за время «Д» наблюдения проводится консультация врача-пульмонолога, врача-иммунолога.

4. Профилактические прививки разрешаются через 4 недели после выздоровления.

5. Группа здоровья 2.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003062

1. Железодефицитная анемия средней степени тяжести.

2. Диагноз «железодефицитная анемия» установлен на основании жалоб матери больного на снижение аппетита у ребёнка, вялость, извращение вкуса; на основании данных анамнеза: анемия у матери во время беременности, ранний перевод на искусственное вскармливание, нерациональное введение прикорма, преобладание в рационе ребёнка молочно-растительной пищи и дефицит мясных продуктов; на основании объективных данных: бледность кожи, дистрофические изменения волос и ногтей, систолический шум при аускультации сердца, увеличение размеров печени; на основании лабораторных показателей: снижение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и ретикулоцитов, выраженный анизоцитоз и микроцитоз эритроцитов, снижение уровня сывороточного железа, ферритина сыворотки, коэффициента насыщения трансферрина железом, повышение ОЖСС. Степень тяжести анемии средняя, так как уровень гемоглобина составляет 85 г/л (при средней степени тяжести анемии уровень гемоглобина находится в пределах 70-90 г/л).

3. Необходимо лечение препаратами железа.

Полноценная сбалансированная по основным ингредиентам диета.

Соблюдение режима дня с достаточным пребыванием на свежем воздухе.

4. В настоящее время предпочтение отдается неионным препаратам железа – препаратам железа (III) на основе гидроксид полимальтозного комплекса (Феррум Лек, Мальтофер). В отличие от солевых (ионных) препаратов железа (II) данные лекарственные средства имеют высокую биодоступность, не требуют методики постепенного наращивания дозы, так как обладают высокой безопасностью, их приём не зависит от приёма пищи. В жидкой форме (сироп Феррум Лек, капли Мальтофер) лекарственные средства легче дозируются маленькому ребёнку и легче им проглатываются.

Суточная лечебная доза составляет 5 мг/кг массы ребёнка. Масса ~ 10 кг. Суточная доза = $5 \times 10 = 50$ мг. Для приёма полной терапевтической дозы необходимо 5 мл сиропа Феррум Лек в сутки (так как 1 мл содержит 10 мг элементарного железа). Курс лечения 4,5 месяца.

5. Диспансерное наблюдение проводить в течение года с момента установления диагноза. Контролировать самочувствие и общее состояние ребёнка. Перед снятием с диспансерного наблюдения выполнить общий анализ крови. Ребёнок снимается с учёта в случае, если все показатели общего анализа крови соответствуют норме.

Вакцинацию ребёнку необходимо проводить в обычные сроки: нетяжёлая анемия алиментарного генеза не является причиной отвода от прививок, поскольку количество иммунокомпетентных клеток у таких больных достаточно.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003063

1. Рахит II, период разгара, подострое течение.

2. Диагноз установлен на основании жалоб матери ребёнка на повышенную потливость, плохой сон, вздрагивание во сне; на основании анамнеза: неправильное вскармливание и неправильный уход за ребёнком, не регулярный приём витамина Д; на основании объективных данных – повышенная потливость, выраженный красный дермографизм, облысение затылка, мышечная гипотония, характерные изменения в костях (рёберные «четки», гаррисонова борозда, «браслетки», выраженные лобные и теменные бугры). Учитывая, что изменения отмечаются и со стороны нервной системы, и со стороны костной системы, причём отмечается поражение уже нескольких отделов костной системы (голова, грудная клетка, конечности), выставляется 2 степень тяжести заболевания, период разгара. Учитывая, что заболевание развилось во втором полугодии жизни, среди костных изменений преобладают признаки остеоидной гиперплазии, витамин Д ребёнок получал, но нерегулярно, можно предположить подострое течение заболевания.

3. Необходимые обследования:

Общий анализ крови (так как при рахите часто развивается анемия).

Биохимический анализ крови: уровень кальция общего и ионизированного, уровень фосфора, щелочной фосфатазы кислотно-щелочное равновесие (так как при рахите происходит нарушение фосфорно-кальциевого обмена и развивается ацидоз).

4. Сбалансированное и адаптированное питание (адаптированные молочные смеси, замена манной каши на другие каши по возрасту, достаточное количество овощей, постепенное введение мясного прикорма, творога, яичного желтка) для обеспечения поступления в организм необходимых минералов и витаминов.

Витамин Д - 5000 МЕ (например, Аквадетрим - 10 кап.) в день в течение 30-45 дней, так как основной причиной рахита является дефицит витамина Д.

Препараты кальция (например, Кальций Д₃ Никомед Форте (в 1 таб. - 500 мг кальция + 200 МЕ вит Д) – ½ таб. в день в течение 3 недель)), так как при рахите развивается гипокальциемия.

Правильный режим дня: пребывание на свежем воздухе не менее 2-3 часов, достаточный сон (выработка витамина Д в коже при пребывании на солнце, улучшение снабжения организма кислородом и нормализация обменных процессов).

Хвойные ванны по 10 минут в день, курс 10-15 ванн (обладают успокаивающим действием).

5. Витамин Д (Аквадетрим) – 500-1000 МЕ (1-2 кап) 1 раз в день в течение 2 лет, кроме летних месяцев.

Гигиенические ванны и обтирания, обливания, массаж, физкультура, диета по возрасту.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003064

1. Основной диагноз: «спазмофилия, манифестная форма, карпопедальный спазм».

Сопутствующий диагноз 1: «рахит II степени, период разгара, подострое течение».

Сопутствующий диагноз 2: «гипохромная анемия лёгкой степени».

2. Диагноз «спазмофилии» установлен на основании данных анамнеза: анемия и преэклампсия у матери во время беременности, ранний перевод на искусственное вскармливание, нерациональное введение прикорма, преобладание в рационе ребёнка молочно-растительной пищи, продуктов, не предназначенных для данного возраста, диагностика у ребёнка в 5 месяцев рахита и отказ от лечения витамином Д; на основании объективных данных: проявление локальных судорог в виде резкого подошвенного сгибания стоп, наличия симптома «рука акушера», напряжения икроножных мышц.

Диагноз «рахит» выставлен на основании тех же данных анамнеза и объективных данных: характерные костные деформации (лобные и затылочный бугры, деформация грудной клетки, наличие «чётки»), размягчение краёв большого родничка, мышечная гипотония, отставание в развитии стато-моторных навыков.

Диагноз «анемия» выставлен на основании тех же данных анамнеза; на основании объективных данных: бледность кожи, приглушённость сердечных тонов, наличие систолического шума, увеличение размеров печени; на основании данных лабораторного исследования: снижение уровня гемоглобина, количества эритроцитов, цветного показателя, ускорения СОЭ в общем анализе крови.

3. Для подтверждения диагноза «спазмофилии» и «рахита» необходимы:

биохимический анализ крови (уровень кальция, фосфора, магния, активность щелочной фосфатазы, рН);

биохимический анализ мочи (фосфор, кальций, магний, аминокислоты).

Для уточнения причины анемии необходимы:

биохимический анализ крови (сывороточное железо, ОЖСС, сывороточный ферритин, процент НТЖ, общий билирубин и его фракции, уровень фолатов, уровень витамина В₁₂).

4. Так как судороги при спазмофилии обусловлены чаще всего дефицитом кальция в крови или, реже, дефицитом магния в крови необходимо:

в/в медленно со скоростью 1 мл/мин (угроза развития брадикардии и остановки сердца) ввести 10% раствор Кальция глюконата 9 мл (из расчёта 1 мл/кг), предварительно растворив в таком же объёме 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора Натрия хлорида;

при отсутствии эффекта через 15 минут вновь повторить введение Кальция глюконата в той же дозе;

при сохранении симптомов скрытой тетании после введения препаратов кальция ввести раствор Магния сульфата 25% - 2 мл (из расчёта 0,2-0,5 мл/кг) внутривенно струйно;

в дальнейшем поддерживать уровень общего кальция в сыворотке крови в пределах 2,2-2,7 ммоль/л; для этого в течение 1-2 суток при необходимости вводить внутривенно капельно каждые 6-8 часов 1% раствор Кальций глюконата ≈ 100 мл (из расчёта 10-15 мл/кг).

С 3 суток – препараты кальция внутрь с пищей (предпочтительно Кальция карбонат из расчёта 50 мг/кг/сут. чистого кальция).

Так как дефицит кальция был обусловлен дефицитом витамина Д необходимо:

через 3-4 дня после насыщения организма кальцием и исчезновения судорог

назначить витамин Д, начиная с дозы 2000 МЕ в день в течение 3-5 дней, постепенно довести до 5000 МЕ в день (например, Вигантол (в 1 капле – 500 МЕ) начать с 4 капель в день, довести до 10 капель в день) в течение 30-45 дней.

Лечение анемии необходимо проводить после установки её причины. Скорее всего, анемия будет связана с дефицитом железа. Но препараты железа необходимо будет назначить лишь после доказанного железодефицитного характера анемии.

5. Для профилактики рецидива заболеваний необходимо:
 - при вскармливании применять адаптированные молочные смеси (формула 2), максимально ограничить содержание коровьего молока (только в блюда), продолжать применять овощной и злаковый прикорм, отменить манную кашу, ввести мясной прикорм, яичный желток, творог;
 - организовать правильный режим дня (ограничение световых, звуковых раздражителей, крайне осторожное выполнение неприятных для ребёнка процедур, достаточный отдых и сон, спокойные игры);
 - после стабилизации состояния – массаж, гимнастика, хвойные и солевые ванны;
 - прогулки на свежем воздухе;
 - профилактический приём витамина Д (1000 МЕ) минимум до 2 летнего возраста.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003065

1. Острый бронхит с обструкцией.
2. Клинический диагноз «острый обструктивный бронхит» выставлен на основании анамнеза заболевания – заболевание началось с ОРВИ, состояние ухудшилось к 4 дню за счёт нарастания бронхиальной обструкции; на основании данных объективного осмотра – признаки нарушения проходимости бронхов (учащённое дыхание с затруднённым выдохом, множество сухих свистящих хрипов при аускультации лёгких, уменьшение одышки после применения бронхолитика), признаки вздутия лёгких (увеличение переднезаднего размера грудной клетки, коробочный звук при перкуссии лёгких); на основании рентгенографического исследования – усиление лёгочного рисунка за счёт сосудистого компонента и перибронхиальных изменений, повышенная прозрачность лёгочных полей; данных клинического анализа крови – незначительный лейкоцитоз с лимфоцитарным сдвигом, ускорение СОЭ.
3. Для купирования бронхообструкции у данного ребёнка предпочтение следует отдать β_2 -агонистам короткого действия (Сальбутамол, Фенотерол), которые вызывают расслабление гладкой мускулатуры бронхов, снижают проницаемость сосудистой стенки, усиливают мукоцилиарный клиренс или препарату из группы М-холинолитиков – ипратропиума бромида (Атровент). Причём при добавлении к β_2 -агонистам ипратропиума бромида достигается синергический эффект. Поэтому бывает наиболее эффективным использование фиксированной комбинации Фенотерола и ипратропиума бромида (Беродуала).
4. Успокоить ребёнка.
Беродуал (Berodual) 10 капель растворить в 3 мл физиологического раствора

хлорида Натрия, ввести путём ингаляции через небулайзер. При отсутствии эффекта ингаляцию можно повторить еще дважды через 20 минут.

Пульмикорт (Pulmicort) 0,25 мг растворить в 3 мл физиологического раствора, ввести путём ингаляции через небулайзер через 15-20 мин после ингаляции Беродуала.

Если эффект от вышеперечисленной терапии не наступил, то внутривенно ввести 1,3 мл 0,4% раствора Дексаметазона (Sol. Dexametasoni) из расчёта 0,5 мг/кг и 1,7 мл 2,4% раствора Эуфиллина (Sol. Euphyllini) из расчёта 4 мг/кг, лучше в/в капельно, предварительно растворив в 20 мл 0,9% раствора Натрия хлорида.

5. Респираторные вирусные инфекции, вызывающие обструктивный бронхит и бронхиолит у детей раннего возраста, весьма контагиозны и распространяются не только воздушно-капельным, но и контактным путём. Инфекция может переноситься руками после контакта с секретами дыхательных путей. Поэтому распространение вирусов уменьшает частое мытьё рук ухаживающих за ребёнком лиц, использование одноразовых перчаток, масок, халатов, защитных очков.

Родителям рекомендуется ограничить пребывание ребёнка раннего возраста в людных местах, в том числе в детских учреждениях, исключить возможность пассивного курения, переохлаждений в эпидемический сезон инфекции (зима-весна). Проводить закаливание ребёнка.

Защитное действие оказывает грудное вскармливание.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003074

1. Асфиксия новорожденного средней степени тяжести.
2. Диагноз поставлен на основании данных течения родов (обвитие пуповины вокруг шеи новорожденного), клинических проявлений (состояние тяжёлое, акроцианоз; дыхание нерегулярное, стон, имеется некоторое сгибание конечностей, гипотония, гиподинамия), оценки по шкале Апгар (6 баллов).
3. Не пережимая пуповину, предотвратить потерю тепла; придать новорожденному положение со слегка запрокинутой головой, «поза для чихания»; освободить дыхательные пути (очистить рот и нос от слизи); провести тактильную стимуляцию дыхания; ИВЛ маской (масочная ИВЛ воздухом); оценить состояние новорожденного. При адекватном дыхании и сердечной деятельности закончить реанимационные мероприятия.
4. Дифференциальная диагностика проводится с острыми кровопотерями, внутричерепными кровоизлияниями, пороками развития мозга, болезнями сердца, лёгких, диафрагмальной грыжей, внутричерепной родовой и спинальными травмами.
5. После проведения реанимационных мероприятий новорожденного для дальнейшего наблюдения (клинический, аппаратный и лабораторный мониторинг для профилактики ранних осложнений), перевести в ПИТ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003075

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.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003078

1. Транзиторное состояние новорожденного: половой криз.

2. Физиологическое транзиторное состояние установлено на основании жалоб матери на симметричное увеличение молочных желез, слегка гиперемизированную кожу над ними, скудные выделения беловато-молочного цвета, отёк больших половых губ и обильное слизистое отделяемое серовато-белового цвета из половой щели, характерных сроков возникновения симптомов, отсутствия признаков интоксикации, отсутствия патологических изменений в лабораторных исследованиях.

3. Лечение не требуется, но при выраженном нагрубании молочной железы накладывают тёплую стерильную повязку для предотвращения трения одеждой, гигиенические мероприятия.

4. Грудное вскармливание по требованию, на основании удовлетворительного состояния ребёнка и матери, достаточной лактации.

5. Прогноз благоприятный.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003085

1. Внебольничная пневмония, правосторонняя, нижнедолевая.

2. Диагноз выставлен на основании жалоб на кашель, повышение температуры, симптомы интоксикации, данных объективного осмотра (притупление перкуторного звука в нижней доле правого лёгкого, при аускультации дыхание ослабленное), затемнения на рентгенограмме, в крови лейкоцитоза, (нетрофилез, сдвиг формулы влево).

3. Пациенту рекомендовано: биохимический анализ крови (С-реактивный белок, мочевины, креатинин, глюкоза, АСТ, АЛТ), серологическое исследование крови (микоплазма, хламидии).

4. Препарат выбора для лечения внебольничной пневмонии является Амоксициллин (в стандартной дозе 50-60 мг/кг в сутки), 5-7 дней.

5. Диспансерное наблюдение детей после перенесённой пневмонии. Группа здоровья II; плановые осмотры на участке: 1 раз в 3 месяца. Длительность наблюдения – 1 год. Узкие специалисты: ЛОР-врач – 2 раза в год, врач-пульмонолог - при повторной пневмонии в период диспансерного наблюдения. Лабораторные обследования: клинический анализ крови, мочи - 1-2 раза в месяц затем 1 раз в 6 месяцев.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003086

1. Внебольничная пневмония, правосторонняя, нижнедолевая.
2. Диагноз выставлен на основании жалоб на кашель, одышку, боль в правом боку, повышение температуры, симптомы интоксикации, данных объективного осмотра (притупление перкуторного звука в нижней доле правого лёгкого, при аускультации дыхание ослабленное), затемнения на рентгенограмме, в крови лейкоцитоза, нейтрофилиеза, сдвига формулы влево.
3. Пациенту рекомендовано: С-реактивный белок, УЗИ плевральных полостей.
4. Препарат выбора для лечения внебольничной пневмонии является Амоксициллин (в стандартной дозе 50-60 мг/кг в сутки), 5-7 дней.
5. Неспецифическая профилактика: соблюдение принципов здорового образа жизни, достаточное пребывание на свежем воздухе, ограничение контактов в период повышенной заболеваемости.

Специфическая профилактика включает иммунизацию против пневмококковой и гемофильной инфекции, гриппа и РС инфекции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003090

1. Гипертонический криз. Артериальная гипертензия?
2. Диагностика АГ у детей и подростков состоит из следующих этапов: вычисление средних значений САД и ДАД на основании трёх измерений АД, проведённых с интервалом 2-3 минуты с последующим сопоставлением средних значений САД и ДАД пациента, полученных по результатам трёхкратного измерения АД на одном визите, с 90-м и 95-м перцентилями АД, соответствующими полу, возрасту и перцентилю роста пациента (по специальным таблицам); сравнение средних значений САД и ДАД, зарегистрированных у пациента на трёх визитах с интервалом между ними 10-14 дней, с 90-м и 95-м перцентилями АД, соответствующими полу, возрасту и перцентилю роста пациента. В случае если три средних значения САД и ДАД, определённые на трёх визитах с интервалом 10-14 дней, соответствуют критериям нормального АД (<90-го перцентиль), высокого нормального АД (90-94-й перцентиль) или АГ (>95-го перцентиль), устанавливается соответствующий диагноз.
3. Клинико-anamнестическое и генеалогическое обследование, измерение АД на руках и ногах с оценкой по перцентильному распределению, ЭКГ, обследование глазного дна, консультация врача-кардиолога.
4. Для экстренного снижения АД лучше применить Каптоприл, вызвать бригаду скорой медицинской помощи.
5. Немедикаментозное лечение (режим дня, диета, отказ от вредных привычек, контроль массы тела). Лечение начинают с минимальной дозы и только одним лекарственным препаратом ингибиторы АПФ длительного действия. При неэффективности монотерапии возможно применение сочетаний нескольких лекарственных препаратов. При адекватно подобранной терапии после 3 месяцев непрерывного лечения возможно постепенное снижение дозы препарата вплоть до полной его отмены с продолжением немедикаментозного лечения при стабильно нормальном АД.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003091

1. Бронхиальная астма, атопическая, тяжёлое течение. Приступный период.
2. Высокие дозы ингаляционных β_2 -агонистов и антихолинэргических препаратов через небулайзер каждые 20 минут в течение часа, ГКС в ингаляциях - Будесонид.
3. Дифференциальная диагностика бронхиальной астмы у детей проводится с обструктивным бронхитом; бронхиолитом, пневмонией; муковисцидозом; инородным телом трахеи и бронхов; опухолями бронхов.
4. Комбинированные лекарственные препараты: Будесонид + Формотерол или Флутиказон + Сальметерол.
5. Не рекомендуется использовать при приступе БА у детей:
 - антигистаминные препараты; седативные препараты;
 - фитопрепараты, горчичники, банки; муколитики (трипсин, химотрипсин).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003103

1. Бронхиальная астма, атопическая, персистирующая средней степени тяжести, приступный период, ДН 2 степени.
2. Диагноз поставлен на основании жалоб пациента:
 - быстро развившийся приступ затруднённого дыхания на фоне нормальной температуры тела, связанный с цветением растений;
 - анамнеза: частые обструктивные состояния на 2 и 3 году жизни, ежемесячные приступы затруднённого дыхания, отягощённый аллергологический наследственный анамнез;
 - данных объективного исследования: синдром дыхательной недостаточности 2 степени - лёгкий цианоз носогубного треугольника, экспираторная одышка, увеличение ЧД до 50%, участие вспомогательной мускулатуры в дыхании, дистантные хрипы, физикальные признаки повышенной воздушности лёгочной ткани: коробочный звук, ослабление дыхания диффузное.
3. В данной ситуации необходимо оказание неотложной помощи:
 - β_2 -агонисты короткого действия - Сальбутамол с помощью дозирующего аэрозольного ингалятора со спейсером или небулайзера 1,0 – 2,5 мл на ингаляцию; или комбинированные β_2 -агонисты короткого действия – Беродуал (Фенотерол + Ипратропия бромид) ингаляционно через небулайзер каждые 20 минут в течение одного часа из расчёта 1 капля на кг массы тела, но не более 10 капель;
 - оценить состояние и решить вопрос о необходимости госпитализации.

Обоснование для госпитализации: возраст пациента, тяжесть состояния, обусловленная синдромом ДН 2 степени, невозможность продолжения плановой терапии в домашних условиях.

Госпитализация пациента согласно установленной маршрутизации - в педиатрическое отделение или специализированное пульмонологическое отделение стационара.

В условиях стационара необходимо провести:

- исследование ОАК (лейкоцитоз, изменение формулы крови, повышение СОЭ);
- Rn-логическое исследование органов грудной клетки (исключение пневмонического процесса).
- В условиях амбулаторно-поликлинического наблюдения после выписки из стационара при купировании острого приступного периода необходимо провести:
 - аллергологическое обследование – кожные пробы с аллергенами, исследование общего и специфического IgE в сыворотке крови;
 - исследование функции внешнего дыхания не представляется возможным ввиду малого возраста ребёнка.
- 4. Противовоспалительная терапия:
 - ингаляционные ГКС (суспензия Будесонида, 0,5 мг на ингаляцию) через небулайзер каждые 12 часов;
 - бронхолитическая терапия: комбинированные β_2 -агонисты короткого действия – Беродуал ингаляционно через небулайзер каждые 4-6 часов из расчёта 1 капля/кг массы, но не более 10 капель.

При отсутствии эффекта:

- системные ГКС (Преднизолон 2 мг/кг внутривенно струйно) однократно, при необходимости - повторить;
- метилксантины - Эуфиллин 2,4% раствор внутривенно из расчёта 4-6 мг/кг, или 0,5-1 мг/кг/час.

Критерии эффективности каждого этапа терапии через 20 минут:

цвет кожного покрова, частота дыхания, участие вспомогательной мускулатуры, проводимость дыхания при аускультации; показатели оксигемоглобина (сатурация, %).

5. 1. Врач-педиатр участковый осуществляет выполнение стандарта наблюдения на педиатрическом участке: комплексная оценка здоровья, включая физическое развитие, определение группы здоровья, определение питания, рекомендации по профилактике заболеваний, определение сроков вакцинации.

2. Врач-педиатр участковый должен направить ребёнка к врачу аллергологу-иммунологу для дальнейшего наблюдения.

3. Реабилитационные мероприятия по основному заболеванию «бронхиальная астма» осуществляет врач аллерголог-иммунолог в соответствии с действующими Федеральными клиническими рекомендациями по оказанию медицинской помощи детям с бронхиальной астмой (2015 г.).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003104

1. Бронхиальная астма, атопическая форма, среднетяжёлое персистирующее течение, приступный период – обострение средней степени тяжести, ДН 2 степени.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб пациента: приступ удушья на фоне нормальной температуры тела; анамнеза: отягощённый аллергологический анамнез, ранее установленный диагноз «бронхиальная астма»; прекращение накануне за 10 дней базисной терапии; данных объективного исследования: снижение ПСВ до 60%, синдром

дыхательной недостаточности 2 степени – бледность кожного покрова, экспираторная одышка, увеличение ЧД до 50%, участие вспомогательной мускулатуры в дыхании, дистантные хрипы, физикальные признаки повышенной воздушности лёгочной ткани: ортопноэ, коробочный звук, ослабление дыхания диффузное.

3. 1. В данной ситуации необходимо оказание неотложной помощи:

β₂-агонисты короткого действия - Сальбутамол с помощью дозирующего аэрозольного ингалятора со спейсером или небулайзера 2 мл на ингаляцию; или комбинированные β₂-агонисты короткого действия – Фенотерол + Ипратропия бромид ингаляционно через небулайзер каждые 20 минут в течение одного часа из расчёта 10-15 капель на одну ингаляцию.

2. Оценить эффективность терапии через каждые 20 минут в течение 1 часа на основании:

цвета кожного покрова, частоты дыхания, улучшения проведения дыхания при аускультации, повышения показателя ПСВ.

3. Решить вопрос о необходимости госпитализации.

4. Госпитализация не показана, если:

- через 20-30 минут и в течение 1 часа наблюдения за ребёнком отмечен положительный эффект от бронхолитической терапии,

- есть возможность в домашних условиях проводить лечение (наличие небулайзера, аэрозольного ингалятора со спейсером для β₂-агонистов),

- исходно у пациента – контролируемое течение астмы, отсутствие применения системных ГКС, положительный эффект от применения β₂-агонистов короткого действия (Сальбутамола) перед вызовом врача,

- хорошая приверженность к проведению лечения со стороны законных представителей ребёнка.

Дальнейшая тактика ведения на дому:

- продолжать бронхоспазмолитическую терапию: комбинированные β₂-агонисты короткого действия – Беродуал ингаляционно через небулайзер каждые 4-6 часов 10-15 капель, или Сальбутамол с помощью дозирующего аэрозольного ингалятора со спейсером или небулайзера 2 мл на ингаляцию;

- противовоспалительная терапия: ингаляционные ГКС (суспензия Будесонида, 0,5 мг на ингаляцию) через небулайзер каждые 12 часов;

- передать актив врачу-педиатру участковому, через 3-6 часов активное наблюдение врачом-педиатром участковым, при необходимости – вызов бригады скорой медицинской помощи.

5. 1. Врач-педиатр участковый должен направить ребёнка к врачу аллергологу-иммунологу для проведения дальнейшего наблюдения с целью:

контроля оценки функции внешнего дыхания, коррекции базисной терапии.

2. Реабилитационные мероприятия по основному заболеванию: наблюдение бронхиальной астмы осуществляет врач аллерголог-иммунолог в соответствии с действующими Федеральными клиническими рекомендациями по оказанию медицинской помощи детям с бронхиальной астмой (2015 г.).

3. Врач-педиатр участковый осуществляет выполнение стандарта

наблюдения на педиатрическом участке: комплексная оценка здоровья, включая физическое развитие, определение группы здоровья, определение питания, рекомендации по профилактике заболеваний, определение сроков вакцинации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003105

1. Внебольничная пневмония, правосторонняя нижнедолевая, средней степени тяжести, неосложнённая.

2. Диагноз поставлен на основании респираторных жалоб – кашель; симптомов инфекционного токсикоза – фебрильная температура, вялость, бледность кожи;

признаков ДН – тахипноэ до 36 в минуту;

очаговой физикальной картины – укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания по задней поверхности в нижних отделах правого лёгкого.

Повышение частоты дыхания в пределах 1 степени ДН, отсутствие других признаков ДН – участия вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, цианоза, лихорадки выше 38,5 °С свидетельствует в пользу среднетяжёлого течения пневмонии.

3. 1. В данной ситуации необходимо направить ребёнка на исследования:

- общего анализа крови,
- рентгенологическое исследование органов грудной клетки,
- взятие мазка из зева и носа на бактериоскопию и посев,
- по возможности взятие мокроты на бактериоскопию и посев.

2. Назначить эмпирически стартовую антибактериальную терапию - Амоксициллин из расчёта 40-50 мг/кг массы тела с учётом знаний о наибольшей этиотропной роли в развитии пневмонического процесса в данном возрасте пневмококка (*S. pneumoniae*).

3. Решить вопрос о необходимости госпитализации.

4. Госпитализация данному ребёнку не показана, так как:

- имеет место среднетяжёлое течение пневмонии,
- возраст ребёнка старше года,
- отсутствие тяжёлых фоновых заболеваний,
- исходно – ребёнок нечасто болеющий, не принимавший антибактериальной терапии, что свидетельствует о низкой резистентности возбудителей инфекционного процесса к антимикробной терапии,
- хорошие социально-бытовые условия и приверженность к проведению лечения со стороны законных представителей ребёнка.

Дальнейшая тактика ведения на дому:

- по возможности осуществить дополнительное обследование в течение первых суток, при подтверждении диагноза в результате обследования – продолжать АБТ;
- продолжать начатую эмпирическую АБТ терапию – Амоксициллин в стандартной дозировке 40-50 мг/кг, и оценивать его эффект в течение 48-72 часов; длительность АБТ – не менее 5 дней;
- наблюдать активно ежедневно пациента на дому на время лихорадки;
- при подтверждении диагноза оформить экстренное извещение по установленной

форме (ф. 058/у) о случае внебольничной пневмонии;

- Rn-логический контроль можно не проводить при хорошей клинической динамике и очаговой пневмонии, или проводить не ранее 14 дней с момента первого исследования.

5. Вакцинация не проводится в течение одного месяца после перенесённого заболевания. Через месяц ребёнок вакцинируется согласно календарю прививок в этом возрасте (АДС-М, также против кори, краснухи, паротита). В индивидуальном порядке решается вопрос о ревакцинации против пневмококка и гемофильной палочки.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003107

1. Функциональный запор.

2. Длительность запора более месяца. Имеются 3 критерия, необходимые для постановки диагноза:

-две или менее дефекации в неделю;

-наличие большого количества каловых масс в прямой кишке;

-в анамнезе стул большого диаметра, который может препятствовать дефекации.

Отсутствие симптомов тревоги.

3. Выработка поведенческих стереотипов (регулярное посещение туалета, продуктивное пребывание в туалете, документирование дефекации - время, количество). Диета, питьевой режим. Физическая активность. Очистительные клизмы / микроклизмы / свечи. Слабительные средства: лактулоза или полиэтиленгликоль 4000 (Макрогол).

4. Стол № 3 по Певзнеру. Приём пищи 5-6 раз в сутки. Ребёнок должен получать продукты, содержащие клетчатку и пищевые волокна. Овощи и фрукты должны составлять не менее 50–60% ежедневного рациона, и употребляться сначала в термически обработанном виде. Показано использование кисломолочных продуктов, содержащих пробиотики.

Необходимо соблюдение питьевого режима, режима питания и разового объёма пищи. Количество жидкости 100-120 мл/кг в сутки.

5. Оценка эффективности первичного курса терапии проводится не ранее, чем через 2 недели. При неэффективности необходимо пересмотреть наличие «тревожных сигналов», провести дообследование: биохимический анализ крови. Направить на консультацию к врачу-гастроэнтерологу для исключения лактазной недостаточности, целиакии, пищевой аллергии, аномалий развития кишечника.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003108

1. Язвенный колит, острое течение. Анемия лёгкой степени тяжести.

2. Язвенный колит: клинические симптомы (лихорадка, абдоминальный болевой синдром, гемоколит), отрицательные тесты на возбудителей инвазивной диареи, отсутствие эффекта от антибактериальной терапии; острое течение – длительность заболевания 3 месяца.

Анемия: уровень эритроцитов и гемоглобина, кровопотеря и активный воспалительный процесс.

3. Общий анализ крови (лейкоциты, тромбоциты, СОЭ, эритроциты,

гемоглобин),

- биохимический анализ крови (АЛТ/АСТ, альбумин, СРБ, обмен железа),
- кал на токсин *Cl. difficile*,
- определение антител к цитоплазме нейтрофилов (pANCA),
- анализ кала на кальпротектин,
- ректороманоскопия и/или колонофиброскопия с множественной биопсией и морфологическим исследованием биоптатов,
- ФГС,
- УЗИ органов брюшной полости.

4. Противовоспалительные препараты: препараты 5-аминосалициловой кислоты, глюкокортикостероиды,

- иммуносупрессивные препараты: азатиоприн,
- биологические препараты: ингибиторы ФНО- α .

5. Диета (стол № 4 по Певзнеру) предусматривает механическое, термическое и химическое щажение пищеварительного тракта. Питание дробное, 5–6 раз в сутки с некоторым ограничением в рационе доли углеводов и жиров при одновременном увеличении квоты белков.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003109

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, впервые выявленная, фаза обострения. Хронический гастродуоденит, фаза обострения.

2. Описываемый характер жалоб: поздние, ночные, голодные боли в эпигастральной и пилорoduоденальной области - свидетельствуют о поражении антрального отдела желудка либо двенадцатиперстной кишки. Тошкочивый и ночной характер боли требует исключения язвы, а 99% всех язв у детей и подростков локализуются в двенадцатиперстной кишке. Изжога и отрыжка кислым, склонность к запорам – признаки гиперацидности.

3. Прямые: бактериологический, морфологический, ПЦР кала, зубного налёта; не прямые: уреазный тест (дыхательный, с биоптатом), серологическое исследование (уровень IgA и IgG).

4. Пациенту показана госпитализация в педиатрическое отделение по месту жительства.

5. Стол № 1А по Певзнеру - в период обострения. Диета с ограничением энергетической ценности в основном за счёт углеводов. Механически, химически и термически щадящая.

Стол № 1 по Певзнеру - в период ремиссии. Физиологически полноценная диета с ограничением продуктов, чрезмерно стимулирующих секрецию желудка и 12-перстной кишки, раздражающих слизистую, трудноперевариваемые. Пищу готовят в отварном виде, протёртой. Допускается кусковые рыба и нежирные сорта мяса. Ограничение соли. Исключаются чрезмерно горячие и холодные блюда.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003110

1. Целиакия, симптомная (типичная) форма, активный период (клиническая

манифестация).

2. Диагноз «целиакия» установлен на основании:

жалоб родителей на отсутствие прибавки в массе, обильный зловонный с жирным блеском стул, увеличение размеров живота, анорексию, данных анамнеза (появление симптомов связано с введением в рацион глютенсодержащих продуктов - овсяной каши), наличия клинико-лабораторных проявлений: дефицит массы, анемический синдром, стеаторея 2 типа, метеоризм.

3. Госпитализация в стационар гастроэнтерологического или педиатрического профиля.

4. Аглиадиновая диета (строгая, пожизненная). Исключаются рожь, пшеница, овес, ячмень и продукты, их содержащие. Разрешаются рис, кукуруза, гречка, пшено.

5. 1) Врач-педиатр участковый должен направить ребёнка к врачу-гастроэнтерологу для дальнейшего наблюдения.

2) Стандарт наблюдения на педиатрическом участке: комплексная оценка здоровья, определение сроков вакцинации осуществляет врач-педиатр участковый. После установления диагноза в течение первых двух лет ребёнок осматривается – 1 раз в 6 месяцев, с 3 года наблюдения при условии установления стойкой ремиссии и регулярных достаточных весоростовых прибавок – 1 раз в год.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003111

1. Первичная лактазная недостаточность.

2. Диагноз установлен на основании: жалоб родителей на неустойчивый стул, отставание в физическом развитии; данных анамнеза (с первых дней жизни у ребёнка частый водянистый стул, иногда с пеной, слизью, зеленью; вскармливание до 2 месяцев грудное, затем в питание добавлена смесь «НАН», после чего стул улучшился; отец ребёнка плохо переносит молоко); наличия клинических проявлений синдрома мальабсорбции, белково-энергетической недостаточности - дефицит массы тела 15%, анемический, диспепсический, умеренный миотонический синдром.

3. - Общий анализ крови (эритроциты, гемоглобин, лейкоциты, тромбоциты, СОЭ);

- биохимический анализ крови (о. белок, альбумин, глюкоза, показатели обмена железа);

- определение уровня экскреции углеводов с калом;

- копрологическое исследование;

- водородный дыхательный тест;

- анализа кала на микрофлору;

- УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства;

- консультация врачом-генетиком.

4. 1) Лактазная недостаточность не является показанием для перевода ребёнка на искусственное вскармливание.

2) Обеспечение ферментации 100 мл молока (в каждое кормление грудным молоком):

«Лактаза Бэби» (1 капсула = 7 мг = 700 ед. лактазы), «Лактазар».

3) Сцедить 20-30 мл молока. Добавить в молоко фермент (от 1 до 4 капсул в зависимости от состояния ребёнка, уровня углеводов в кале). Оставить молоко при комнатной температуре на 10 минут. Дать ребёнку ферментированное молоко. Приложить ребёнка к груди.

5. Вакцинация проводится согласно календарю прививок, но в периоде клинико-лабораторной ремиссии, или по эпидемическим показаниям.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003113

1. Острый гломерулонефрит, нефротический синдром.
2. Диагноз поставлен на основании отёчного синдрома (отёки на лице, конечностях, туловище; уменьшение диуреза), мочевого синдрома (массивная протеинурия более 3 г/л, цилиндрурия), воспалительных изменений в ОАК.

3. Биохимическое исследование крови: уровень холестерина (характерно повышение), общий белок (гипопротеинемия), белковые фракции (диспротеинемия за счёт гипоальбуминемии, гипер α_2 -глобулинемии).

Суточная экскреция белка с мочой (характерна массивная протеинурия).

4. Учитывая острый период заболевания, выраженную клиническую симптоматику (отёчный синдром), воспалительную активность (лейкоцитоз, увеличение СОЭ), массивную протеинурию (до 16,6 г/л в разовой моче), возраст пациента, данному ребёнку показана госпитализация в профильное нефрологическое отделение.

5. Вакцинация детей инактивированными вакцинами и анатоксинами - по индивидуальному графику в период полной клинико-лабораторной ремиссии (обязательное исследование клинического, биохимического анализов крови, общего анализа мочи, суточной протеинурии, оценка функции почек).

Вакцинация «живыми» вакцинами – по эпид. показаниям, после консультации врача-иммунолога (решается индивидуально с учётом прививочного анамнеза, сроков ремиссии).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003114

1. Острый постстрептококковый гломерулонефрит?
2. Диагноз поставлен на основании мочевого синдрома (протеинурия 1 г/л, гематурия), артериальной гипертензии, воспалительных изменений в общем анализе крови, связь появления указанных синдромов с перенесенной скарлатиной.

3. Показана госпитализация в педиатрическое отделение или специализированное нефрологическое отделение стационара, в стационаре проведение:

- биохимическое исследование крови (общий белок, протеинограмма, АЛТ, АСТ, билирубин, холестерин, мочевины, креатинин, СРБ,
- титр АСЛО,
- гемостазиограмма,
- суточная экскреция белка с мочой,
- клиренс эндогенного креатинина,
- проба Зимницкого,
- УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

4. Антибактериальная терапия (защищённые пенициллины или цефалоспорины 2-3 поколения).

Антикоагулянты и дезагреганты (по результатам гемостазиограммы).

Гипотензивные препараты (ингибиторы АПФ, блокаторы кальциевых каналов).

5. 1. Врач-педиатр участковый должен направить ребёнка к врачу-нефрологу для проведения дальнейшего наблюдения с целью:

контроля оценки активности гломерулонефрита, коррекции терапии, оценки функции почек.

2. Реабилитационные мероприятия по заболеванию осуществляет врач-нефролог.

3. Врач-педиатр участковый осуществляет выполнение стандарта наблюдения на педиатрическом участке: комплексная оценка здоровья, включая физическое развитие, определение группы здоровья, определение питания, рекомендации по профилактике заболеваний, определение сроков вакцинации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003120

1. Период новорождённости. Физиологическая желтуха. Группа здоровья II.

2. Обоснование диагноза:

- манифестация желтухи на 3 сутки жизни,

- удовлетворительное состояние ребёнка,

- отсутствие гепатомегалии,

- физиологическая окраска мочи и стула,

- преобладание непрямого билирубина,

- группа здоровья II: физиологическая желтуха, отягощённый антенатальный период – у матери анемия, преэклампсия.

3. Патронажи врачом на 14, 21 сутки. Оценка течения данного состояния - оценка степени выраженности, нарастания или угасания желтухи.

Если с конца первой недели и к началу второго патронажа желтуха не будет угасать, необходимо сделать контроль билирубина крови, непрямого его фракции, трансаминаз, ЩФ и принять решение о госпитализации ребёнка.

Если исследуемые показатели не нарастают и/или снижаются, ребёнок продолжает наблюдаться на участке. Необходимо сохранять грудное вскармливание. Назначаются препараты УДХК из расчёта 10-15 мг/кг/сутки, энтеросорбенты до нормализации уровня билирубина.

Если исследуемые показатели нарастают, ребёнок должен быть госпитализирован в отделение патологии новорожденных стационара.

4. Вялость, снижение активности при сосании, снижение спонтанной двигательной активности, отсутствие прибавки в массе тела ежедневно, появление зеленоватого оттенка желтухи, нарастание гепатомегалии, увеличение селезёнки, появление тёмной мочи, светлого или обесцвеченного стула, сохранение желтухи после 14 дня жизни.

5. При нормализации уровня билирубина в 1 месяц - первая вакцинация против гепатита В, затем в 2 месяца и в 7 месяцев.

В 2 и 3 месяца вакцинация против пневмококковой инфекции.

В 3 месяца вакцинация АКДС+полиомиелит.

В 3 месяца вакцинация против гемофильной палочки.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003122

1. Период новорождённости. Врождённый гипотиреоз.

2. Диагноз врождённого гипотиреоза поставлен на основании:

- анамнеза – наличие у матери аутоиммунного тиреоидита;

- типичной клинической картины: перенесённая беременность, большая масса тела при рождении, снижение рефлексов, отёчное лицо, увеличенный язык, иктеричность кожного покрова, не отпавший пупочный остаток, отёки на тыльных поверхностях кистей и стоп, признаки незрелости, низкий и грубый голос при плаче, мышечная гипотония, глухость сердечных тонов.

3. Для окончательной верификации диагноза требуется срочное гормональное обследование – определение в периферической крови уровня ТТГ и свободного Т4, осмотр врачом-эндокринологом, проведение неонатального скрининга в условиях поликлиники.

4. Указанный уровень ТТГ подтверждает Ds: врождённый гипотиреоз. Сразу же после установления диагноза детям с врождённым гипотиреозом должна быть начата заместительная гормональная терапия L-тироксином, с повторным контрольным гормональным обследованием по назначению врача-эндокринолога.

5. Совместное с врачом-эндокринологом диспансерное наблюдение с целью:

- оценки нервно-психического развития;

- физического развития и динамики роста;

- костного созревания,- контроля уровня гормонов ТТГ и св. Т4.

Врач-педиатр участковый выполняет полный стандарт наблюдения на педиатрическом участке с комплексной оценкой здоровья, определения сроков вакцинации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003123

1. Бронхиальная астма, атопическая форма, дебют, обострение.

2. В приёмном отделении: проведение спирографии (ОФВ1) или определение пиковой скорости выдоха для оценки характера нарушения вентиляции и степени тяжести обострения; выполнение рентгенографии ОГК для исключения локальных изменений в лёгких (пневмония, ателектаз), врождённых пороков развития бронхолёгочной системы.

В соматическом отделении или на амбулаторном этапе: обследование для исключения глистной инвазии; ЭКГ, ЭХО-КГ для исключения врождённых пороков сердечно-сосудистой системы; осмотр ЛОР-врача для исключения анатомических причин нарушения проходимости верхних дыхательных путей; консультация врача-аллерголога для проведения обследования (определение специфических иммуноглобулинов E, кожные пробы вне обострения для уточнения причинно значимого аллергена) и определения объёма базисной терапии.

3. Диагноз «атопическая бронхиальная астма в стадии обострения» установлен

на основании данных анамнеза (редкие респираторные заболевания; респираторные нарушения возникли в данное время после контакта с аллергеном, наличие поллиноза у матери), данных клинического осмотра (возраст ребёнка на момент дебюта синдрома бронхиальной обструкции, вероятно исключающий наличие врождённых наследственных заболеваний в качестве причинного фактора; физическое развитие соответствует возрасту, что вероятно исключает наличие хронических респираторных заболеваний, сопровождающихся гипоксией; отсутствие катаральных явлений, острое ухудшение состояния, обусловленное обструкцией дыхательных путей – шумное, свистящее дыхание, сухие хрипы на выдохе, коробочный перкуторный звук, двусторонний характер поражения; наличие признаков дыхательной недостаточности – беспокойство ребёнка, тахикардия, тахипноэ, снижение сатурации, положение ортопноэ, симметричное участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания), данных лабораторного обследования (отсутствие воспалительных изменений в анализе крови, эозинофилия).

4. Титруемая кислородотерапия для устранения гипоксемии с контролем сатурации (целевые значения – более 94-98%).

Бронходилатация с помощью бронхолитиков – первая цель терапии обострений: Сальбутамол (Венталин) 1 мл + 2 мл 0,9% раствора Натрия хлорида для ингаляции через небулайзер или Фенотерол + Ипратропия бромид (комбинированный препарат Беродуал) 1 мл + 2 мл 0,9% раствора Натрия хлорида для ингаляции через небулайзер.

Ингаляционные глюкокортикостероиды для купирования отёка слизистой\подслизистой: Будесонид 1000 мкг + 2 мл 0,9% раствора Натрия хлорида для ингаляции через небулайзер.

5. Оценка эффективности бронхолитической терапии проводится через 20 минут: уменьшение одышки; улучшение проведения дыхания при аускультации; увеличение показателей пиковой скорости выдоха на 15% и более.

Показаниями к госпитализации в данном случае являются: отсутствие или недостаточный эффект после первой ингаляции бронхолитика; ухудшение состояния пациента (нарастание симптомов дыхательной недостаточности, снижение сатурации); отсутствие возможности продолжения плановой терапии дома.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003126

1. Острый нефритический синдром (постстрептококковый гломерулонефрит), период начальных проявлений.

2. Определение уровня антистрептолизина-О (АСЛ-О характерно повышение), СЗ фракции комплемента (характерно снижение), посев на микрофлору из зева и носа, возможен высев β-гемолитического стрептококка группы А (*Streptococcus pyogenes*). Оценка почечных функций в динамике с определением скорости клубочковой фильтрации (возможно снижение). Исследование морфологии эритроцитов в моче для дифференцирования ренальной (гломерулярной) и экстраренальной гематурии. Используют световую или фазово-контрастную микроскопию (ФКМ). Наличие дисморфных эритроцитов в количестве более 50% характерно для гломерулярной гематурии.

В дальнейшем при рецидивировании экстраренальной и ренальной клинической

симптоматики в сочетании со снижением функции почек решается вопрос о проведении нефробиопсии.

3. Диагноз «постстрептококковый гломерулонефрит» поставлен на основании данных анамнеза: 2 недели назад перенёс ангину с повышением температуры до 39°C, лечился Амоксициллином; сочетания: экстраренальных синдромов: умеренно выраженный отёчный синдром, интоксикация, артериальная гипертензия, и ренальных симптомов: значительная гематурия, умеренная протеинурия, цилиндрурия. Процесс предположительно острый, так как по условию задачи нет указаний на то, что подобная симптоматика отмечена не впервые, но есть связь с перенесённым инфекционным заболеванием (ангина).

4. Диета:

- с ограничением потребления соли (до 1-2 г/сут) и жидкости в острый период болезни, особенно при быстром нарастании отёков, олигурии и АГ. Объём жидкости рассчитывают, исходя из диуреза за предыдущий день с учётом внепочечных потерь, приём жидкости не должен превышать диуреза более, чем на 200 мл.

- с ограничением белка до 0,5 г/кг/сут при снижении функции почек менее 60 мл/мин (до нормализации СКФ и уровня креатинина в крови, но не длительнее 2-4 недель).

5. Нарушение функции почек (с и без уменьшения количества выделяемой мочи).

Сохраняющаяся/нарастающая артериальная гипертензия.

Признаки сердечной недостаточности.

Нефротический синдром.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003127

1. Инфекция мочевых путей без установленной локализации (предположительно, острый пиелонефрит).

2. Посев мочи на микрофлору и чувствительность к антибактериальным препаратам до начала антибактериальной терапии для коррекции назначений по результатам выявленной чувствительности, для уточнения сохранности функции почек и бактериального воспаления – биохимическое исследование крови: мочевины, креатинина, калий, кальций, КОС, СРБ, ПКТ; биохимическое исследование мочи: оксалаты, нитраты, титруемые кислоты мочи; анализ мочи по Зимницкому. УЗИ почек и мочевого пузыря.

В стадию ремиссии для выявления ПМР и определения его степени, а также для выявления уретероцеле, дивертикула и клапана задней уретры – микционная цистография.

Статическая и динамическая нефросцинтиграфия через 6 месяцев после первого эпизода.

Экскреторная урография после исключения ПМР.

3. Диагноз поставлен на основании сочетания экстраренальных синдромов: интоксикация, болевой абдоминальный синдром, и ренальных синдромов: бактериурия и лейкоцитурия, которые подтверждены лабораторными данными, свидетельствующими о бактериальном воспалении: лейкоцитоз, сдвиг лейкоформулы влево, значительное

увеличение СОЭ. Об остроте процесса можно думать в связи с тем, что по условию задачи нет данных о том, что подобный эпизод был когда-либо отмечен у ребёнка.

4. Безотлагательное назначение препаратов первой линии: Амоксициллин + Клавулановая кислота 60 мг/кг/сут, длительность 14 дней. После получения результата посева мочи на микрофлору и чувствительность к антибактериальным препаратам провести коррекцию терапии (при необходимости).

5. Наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса 2 степени является показанием к назначению профилактического курса антибактериальной терапии: Фуразидин 1 мг/кг на ночь или Ко-тримоксазол 2 мг/кг на ночь однократно 3 месяца.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003130

1. Острый бронхит, синдром бронхиальной обструкции (вероятно, гриппозной этиологии).

Диагноз установлен на основании данных анамнеза: второй день течения заболевания, признаки поражения респираторного тракта (кашель, насморк), указание на вероятность заражения гриппом; данных клинического осмотра: наличие признаков респираторной вирусной инфекции и проявлений синдрома бронхиальной обструкции (сухие свистящие и единичные влажные хрипы по всем лёгочным полям на фоне удлинённого выдоха), отсутствие симптомов интоксикации и дыхательной недостаточности; данных лабораторного исследования: отсутствие воспалительных изменений в ОАК.

2. При гриппе в первые 24-48 час оправдано применение Осельтамивира (Тамифлю) внутрь 2-4 мг/кг в течение 5 дней.

Для купирования бронхообструкции: Сальбутамол (Венталин) 0,5 мл + 2 мл 0,9% раствора Натрия хлорида для ингаляции через небулайзер или Фенотерол + Ипратропия бромид (комбинированный препарат Беродуал) 0,5 мл + 2 мл 0,9% раствора Натрия хлорида для ингаляции через небулайзер.

Ингаляционные глюкокортикостероиды для купирования отёка слизистой/подслизистой при сохранении респираторного дистресса: Будесонид 500 мкг + 2 мл 0,9% раствора Натрия хлорида для ингаляции через небулайзер 2 раза в день. При рефрактерном респираторном дистрессе – Преднизолон в/м, в/в 1,5-2 мг/кг.

Парацетамол 15мг/кг (Ибупрофен 7-10 мг/кг) при повышении температуры тела выше 38,5-39 °С.

Туалет носа. Муколитики (Амброксол) через рот или в ингаляциях.

3. Необходимо выполнить ОАК (ожидаемый результат – нейтрофильный лейкоцитоз выше $15 \times 10^9/\text{л}$).

4. Препаратом первого выбора является Амоксициллин 50-60 мг/кг в 3 приёма через рот в виде суспензии. Эффективность антибактериального препарат оценивается через 48-72 часа от начала приёма по уменьшению проявлений интоксикации, снижению температуры тела, уменьшению лейкоцитоза.

5. К специфическим методам профилактики респираторных инфекций у детей относится вакцинация против гриппа (Гриппол+, Ваксигрип и др.), против гемофильной инфекции (Акт-хиб), против пневмококковой инфекции (Превенар-13).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003131

1. ВУИ. Токсоплазмоз. Менингоэнцефалит. Гипертензионно-гидроцефальный синдром. Гепатит.

2. Серологическое обследование крови матери и ребёнка на титр антител к внутриутробным инфекциям (ИФА) или ПЦР для идентификации возбудителя инфекции.

Спинномозговая пункция для выявления воспалительных изменений в ликворе в результате поражения мозговых оболочек и вещества головного мозга.

УЗИ органов брюшной полости для выявления возможной патологии.

ЭКГ и Эхо-КГ для выявления эмбриопатий со стороны сердечно-сосудистой системы.

Консультация врача-окулиста и врача-невропатолога, так как для токсоплазмоза характерно поражение глаз и головного мозга.

3. Диагноз ВУИ (токсоплазмоз, менингоэнцефалит, гипертензионно-гидроцефальный синдром, гепатит) установлен на основании данных анамнеза (в 30 недель гестации мать перенесла заболевание, сопровождающееся недомоганием, повышением температуры тела, увеличением лимфоузлов, положительными данными ИФА к токсоплазме), данных клинического осмотра (субфебрилитет, неврологическая симптоматика в виде беспокойства ребёнка, судорог, развития гипертензионно-гидроцефального синдрома, нарастающая желтуха, гепатоспленомегалия), данных лабораторного обследования (наличие воспалительных изменений в анализе крови, анемия, тромбоцитопения, повышение уровня прямого билирубина и трансаминаз, СРБ, выявление при НСГ гидроцефалии и кальцинатов).

4. Лечение токсоплазмоза у новорожденного с учётом активности воспалительного процесса: Пириметамин 1 мг/кг/сутки (на 2 приёма) 5 дней + Сульфасалазин 50-100 мг/кг/сутки (в 3-4 приёма) 7 дней. При непереносимости сульфаниламидов возможно назначение Клиндамицина по 10-40 мг/кг/сутки в 3 введения. Проводят 3 курса с интервалами 7-14 дней + Фолиевая кислота 1-5 мг 1 раз в 3 дня всего курса лечения с целью устранения побочных действий антифолатов.

5. Цитомегаловирусная инфекция, врождённая краснуха, листериоз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003138

1. Острый бронхит, бронхообструктивный синдром.

2. Диагноз установлен на основании:

жалоб больного на приступообразный малопродуктивный кашель, температуру, затруднённое, шумное дыхание;

данных анамнеза: ребёнок болен 3 дня (заболевание началось с признаками острой респираторной инфекции, затем присоединилась одышка);

при осмотре выявлена клиника бронхообструктивного синдрома (малопродуктивный приступообразный кашель, одышка экспираторного характера до 45 в минуту, коробочный звук при перкуссии, сухие свистящие и влажные различного калибра хрипы по всем полям);

в ОАК выявлен лейкоцитоз с умеренным нейтрофильным сдвигом, повышение СОЭ.

3. Пациенту рекомендовано: рентгенография органов грудной клетки. Плетизмография.

4. Ребёнку необходимо назначить короткодействующие бронхолитики Фенотерол/Ипратропия бромид. Выбор препарата из этой группы основан на их бронхолитическом эффекте, минимальной кардиотоксичности в связи с рациональной комбинацией препаратов за счёт потенцирования бронхолитического действия и уменьшения разовой дозировки. Препарат назначается преимущественно в ингаляционной форме через компрессорный небулайзер в стартовой дозе 10 капель в разведении с 3 мл физраствора. После проведения ингаляции необходимо через 20 минут оценить эффективность терапии по появлению продуктивного кашля и уменьшения или купирования одышки. При неэффективности повторить ингаляции ещё дважды с интервалом 20 минут.

Если эффекта от ингаляционной терапии бронхолитиками нет, то необходимо назначить ИГКС (Будесонид) в суспензии через небулайзер в дозе 250 мкг 2 раза в день. Препарат назначается с противовоспалительной целью.

Учитывая наличие интоксикации, лейкоцитоз 19 тыс. с нейтрофильным сдвигом и увеличение СОЭ, необходимо назначить антибиотики из группы макролидов – Джосамицин через рот в дозе 250 мг 2 раза в день (мама ребёнка не переносит β-лактамы антибиотики).

5. Перевести комбинированный короткодействующий бронхолитик в 3-кратный режим с интервалом 8 часов на 5-7 дней. При появлении продуктивного кашля добавить муколитические препараты (Амброксол в дозе 25 кап 2-3 раза в день через рот). Проведение вибрационного массажа и постурального дренажа (при отсутствии патологии со стороны сердечно-сосудистой системы) 3 раза в день.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003139

1. Хронический бронхит, обострение.

2. Диагноз «хронический бронхит, обострение» установлен на основании: жалоб больного на продуктивный кашель с мокротой, преимущественно в утренние часы, температуру, одышку; данных анамнеза: ребёнок состоит на учёте у врача-пульмонолога с диагнозом «хронический бронхит»; при осмотре выявлены: продуктивный кашель с большим количеством мокроты, одышка смешанного характера до 42 в минуту, обильные влажные, преимущественно, средне-пузырчатые хрипы слева в нижних отделах. В ОАК выявлен лейкоцитоз с умеренным нейтрофильным сдвигом, повышение СОЭ.

Рентгенологически - слева в нижней доле – усиление и деформация лёгочного рисунка.

3. Пациенту рекомендовано:

- микробиологическое исследование мокроты и чувствительность к антибиотикам;
- проведение спирографии для оценки функции лёгких;
- проведение бронхоскопии с целью выявления характера эндобронхита и высева микрофлоры;
- иммунограмма с определением классов иммуноглобулинов, с целью

выявления иммунодефицитных состояний;

– диаскин тест и консультация врача-фтизиатра.

4. Ребёнку необходимо назначить Цефтриаксон, препарат из группы цефалоспоринов 3 поколения, так как ребёнок получал без эффекта Амоксициллин/Клавуланат через рот в течение 3 суток.

5. Продолжить принимать Цефтриаксон до 14 дней. Так как при обострении хронической бронхолёгочной патологии эффективный антибактериальный препарат должен назначаться не менее 14 дней.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003140

1. Острая ревматическая лихорадка (предположительно): кардит.

Показанием к экстренной госпитализации в данном случае является наличие признаков недостаточности кровообращения у ребёнка с клиническими проявлениями кардита.

2. Общий анализ крови (признаки воспалительной активности); общий анализ мочи (исключение мочевого синдрома); биохимический анализ крови: СРБ, протеинограмма (признаки воспалительной активности); КФК-МВ (маркер цитолиза кардиомиоцитов); дополнительно АСТ, АЛТ – оценка состояния печени, креатинин, мочевины – оценка функции почек).

Серологическое исследование: титр антител к стрептолизину «О».

Бактериологическое исследование мазка из зева для выявления β-гемолитического стрептококка группы А (БГСА).

Электрокардиография для уточнения характера нарушений сердечного ритма и проводимости.

Эхокардиография для диагностики клапанной патологии сердца, оценки дилатации полостей и сократительной функции миокарда, выявления перикардита.

3. С учётом данных дополнительного исследования уточнённый диагноз: «острая ревматическая лихорадка: кардит (вальвулит митрального клапана с дисфункцией клапана – регургитацией 2 степени, миокардит)». N I.

Диагноз «острая ревматическая лихорадка» установлен на основании одного большого и как минимум двух малых критериев Киселя-Джонса-Нестерова в сочетании с подтверждением недавно перенесенной инфекции стрептококками группы А (позитивная А-стрептококковая культура, выделенная из зева и повышенный титр противострептококковых антител).

Большой критерий – кардит (ревматический вальвулит митрального клапана) заподозрен клинически на основании данных аускультации по дующему связанному с I тоном систолическому шуму апикальной локализации (митральная регургитация), верифицирован при эхокардиографии утолщением и краевым фиброзом створок митрального клапана, признаками клапанной дисфункции – митральной регургитации. На поражение миокарда по типу «миокардита» указывают ослабленный верхушечный толчок при пальпации и расширение границ относительной сердечной тупости влево при перкуссии, приглушённые тоны сердца и снижение интенсивности I тона на верхушке при аускультации, по данным эхокардиографии – дилатация полости левого желудочка в

систола и в диастолу, умеренное снижение фракции выброса. Недостаточность кровообращения соответствует I степени – сердцебиение и одышка появляются при выполнении физической нагрузки и отсутствуют в покое.

Малые критерии представлены клиническими проявлениями – артралгия, лихорадка, лабораторными данными – повышенные острофазовые белки и СОЭ, удлинением интервала PQ на ЭКГ.

4. Немедикаментозное лечение. Пациенту с признаками недостаточности кровообращения, обусловленными активным ревматическим кардитом, показано соблюдение постельного режима на протяжении 2-3 недель после начала болезни с лечебной физкультурой и дыхательной гимнастикой без усилия до разрешения острой фазы, то есть до нормализации лабораторных, ЭКГ- и ЭХОКГ-изменений, так как физическая нагрузка способствует усилению воспаления; полноценное рациональное питание с достаточным количеством витаминов, микроэлементов, белков, про- и пребиотиков, ограничением поваренной соли (до 1-1,5 г у детей старшего возраста); питьевой режим контролируется диурезом – объём выпитого ребёнком должен быть на 200-300 мл меньше выделенного за сутки.

Медикаментозное лечение ОРЛ включает в себя этиотропную и противовоспалительную терапию. Бензилпенициллин по 500 000 4 раза в сутки внутримышечно в течение 10 дней. В дальнейшем переходят на применение пенициллинов пролонгированного действия в режиме вторичной профилактики.

С противовоспалительной целью рекомендуются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС), учитывая умеренную степень активности воспаления. Препарат выбора – Диклофенак натрия по 25 мг 3 раза в сутки под контролем показателей воспалительной активности (как правило, не менее 1 месяца в указанной дозе, затем с постепенным снижением дозы – еще в течение двух месяцев).

5. Длительность вторичной профилактики для каждого пациента устанавливается индивидуально. Как правило, она должна составлять для больных с излеченным кардитом без порока сердца - не менее 10 лет после атаки или до 25-летнего возраста (по принципу «что дольше»). Основное лекарственное средство, применяемое для вторичной профилактики ОРЛ – Бензатина бензилпенициллин внутримышечно 2,4 млн ЕД (взрослым и подросткам) 1 раз в 3 недели.

Необходим контроль показателей воспалительной активности, состояния гемодинамики и выраженности клапанной патологии сердца.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003141

1. Острая аллергическая крапивница.
2. Диагноз «аллергическая крапивница» установлен на основании:
 - жалоб больного на зудящие высыпания по типу крапивницы в области тела и нижних конечностей, появившиеся после употребления в пищу морепродуктов;
 - данных анамнеза жизни: у ребёнка были проявления атопического дерматита на белок коровьего молока;
 - в семейном анамнезе: у бабушки по линии мамы – бронхиальная астма.

Мама не переносит Пенициллин;

- данных клинического обследования: сыпь по типу эритематозных волдырей красного цвета размером от нескольких 5 до 10 сантиметров в диаметре, чётко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи.

3. Аллергопробы.

4. Ребёнку необходимо назначить Цетиризин в дозе 10 мг (1 таблетка) 1 раз в день на 14 дней. Препарат из группы антигистаминных препаратов II поколения (неседативных).

Гипоаллергенная диета: исключить рыбу и морепродукты, цитрусовые, шоколад, мед, орехи, сою, молоко, яйцо, красного цвета фрукты, овощи, ягоды.

5. Ребёнка оставляют под наблюдением на 48 часов. Обучают родителей гипоаллергенной диете. Цетиризин оставляют на 14 недели. При неэффективности – через 14 дней удваивают дозу Цетиризина до 1 месяца.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003142

1. Отёк Квинке. Острая аллергическая крапивница.

2. Диагноз «аллергическая крапивница» установлен на основании:

- жалоб больного на зудящие высыпания по типу крапивницы в области тела, отёки век, кистей рук и стоп, появившиеся после употребления в пищу цитрусовых;
- данных анамнеза жизни: у ребёнка были проявления крапивницы на шоколад и лекарственные препараты;
- данных семейного анамнеза: мамы – аллергический ринит и экзема на стиральные порошки;
- данных клинического обследования: сыпь по типу эритематозных волдырей красного цвета размером от нескольких 5 до 10 сантиметров в диаметре, чётко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи. Отёчность век, кистей рук и стоп.

3. Аллергопробы в период ремиссии.

4. Ребёнку необходимо назначить Преднизолон в дозе 1-2 мг/кг парентерально, но не более 60 мг в сутки, без учёта суточного ритма на 5-7 дней в связи с тяжёлой острой аллергической реакцией и профилактикой анафилаксии.

Для защиты слизистой желудка – блокаторы протонной помпы – Омепразол в дозе 20 мг (1 таблетка) 1 раз в сутки, Цетиризин в дозе 10 мг (1 таблетка) 1 раз в день на 14 дней. Препарат из группы антигистаминных препаратов II поколения (неседативных).

Гипоаллергенная диета: исключить цитрусовые, рыбу и морепродукты, шоколад, мед, орехи, сою, молоко, яйцо, красного цвета фрукты, овощи, ягоды.

5. Ребёнка оставляют под наблюдением на 5 дней. Обучают родителей и ребёнка гипоаллергенной диете и обстановке.

Преднизолон отменяют через 5 дней полностью.

Цетиризин оставляют на 14 недели. При неэффективности – через 14 дней удваивают дозу Цетиризина до 1 месяца.

Консультация и наблюдение врача аллерголога-иммунолога.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003144

1. Системная красная волчанка, подострое течение, активность умеренная (II степень). Люпус-нефрит, без нефротического синдрома. Анемия средней тяжести, смешанного генеза.

2. Диагноз «СКВ» установлен на основании наличия общих проявлений (слабость, недомогание, повышенную утомляемость, длительный субфебрилитет); поражения кожи в виде эритемы на лице (волчаночная «бабочка»); артрита неэрозивного 4 суставов, характеризующегося болезненностью, увеличением объёма и наличием выпота, сопровождающегося нарушением функции (затруднение активных и пассивных движений); поражения почек (протеинурия, гематурия); гематологические нарушения (лейкопения $< 4 \times 10^9/\text{л}$, лимфопения $< 1,5 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцитопения); поражение нервной системы (горизонтальный нистагм); поражение ЖКТ в виде поражения печени (гепатомегалия).

Симптоматическая тромбоцитопения (петехиально-экхимозный /микроциркуляторный тип кровоточивости, включающий кожно-геморрагический синдром в виде петехий и экхимозов, кровотечение из зоны микроциркуляции – носовое кровотечение и снижение количества тромбоцитов в периферическом анализе крови до $48,5 \times 10^9/\text{л}$). Волчаночный нефрит (по классификации ВОЗ) тип II В (мезангиальный гломерулонефрит): протеинурия менее 1 г/сут, микрогематурия 30-40 в поле зрения.

Активность умеренная (II степени): лихорадка субфебрильная, полиартрит, дерматит, нефрит без нефротического синдрома и нарушения функции почек; положительный антинуклеарный фактор, ускоренная СОЭ в пределах от 25 до 45 мм/ч.

Клинические проявления соответствуют подострому характеру течения (начало постепенное, более поздняя генерализация процесса).

3. Пациенту рекомендовано:

- иммунологические исследования с целью определения характерного для СКВ спектра аутоантител – антитела (АТ) к ДНК, антифосфолипидные АТ (к кардиолипину, волчаночный антикоагулянт, АТ к β_2 - гликопротеину-I), LE-клетки;

- уровень СН_{50} и его компонентов С_3 и С_4 , дополнительно определяющих активность волчаночного нефрита;

- осмотр глазного дна с целью диагностики поражения органа зрения (отёк, кровоизлияние в области диска зрительного нерва, ангиоретинопатия и т.д.), биопсия почек для определения типа поражения почек (6 типов согласно классификации ВОЗ), электрофорез белков крови (для оценки состояния белкового обмена и наличия признаков гуморальной активности), клиренс по эндогенному креатинину для определения скорости клубочковой фильтрации, пр. Зимницкого и суточная потеря белка с мочой;

- УЗИ и рентгенологическое исследование суставов (определение стадии по Штейнброкеру);

- мочевины, креатинин, калий, кальций крови для исключения почечной недостаточности, ЭХО-КГ с целью диагностики поражения сердца (перикардит, миокардит, эндокардит);

- ФГДС (для исключения эзофагита, гастрита, дуоденита);

- консультация врача-невролога для диагностики степени поражения нервной

системы.

4. Учитывая умеренную активность заболевания, следует назначить Преднизолон в дозе 0,7-1,0 мг/кг в сутки.

5. Показаниями для терапии Циклоспорином являются:

-стероидорезистентный или стероидозависимый нефротический синдром, V тип или мембранозный волчаночный нефрит;

-анемия, тромбоцитопения, полисерозит рефрактерный с глюкокортикоидной терапии, поражение кожи. Доза Циклоспорина через рот составляет от 2,0 до 5 мг/ кг в сутки.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003146

1. Пневмония внебольничная правосторонняя, вероятно пневмококковой этиологии, неосложненная, ДН 2 степени.

2. Диагноз «пневмония» поставлен на основании наличия синдрома интоксикации (фебрильная лихорадка, вялость, отказ от еды, негативизм при осмотре, тахикардия, адекватная степени лихорадки, приглушенность сердечных тонов, увеличение печени);

синдрома дыхательной недостаточности (смешанная одышка, кашель, тахипноэ до 60 в минуту, напряжение крыльев носа, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания);

синдрома локальных изменений лёгочной ткани (укорочение перкуторного звука и аускультативно - ослабление дыхания справа в подлопаточной области);

наличие признаков гуморальной активности, свидетельствующей о бактериальной инфекции – нейтрофильный лейкоцитоз (лейкоциты увеличены до $17,5 \times 10^9$ /л, нейтрофилы - до 74%) и ускоренная СОЭ до 28 мм/ч. Наиболее вероятна - пневмококковая этиология, с учётом возраста ребёнка (старше 6 месяцев, но младше 6 лет), анамнеза (ребёнок домашний, не посещает детские дошкольные учреждения (ДДО)) и срокам возникновения – пневмония внебольничная.

Выставлена II степень дыхательной недостаточности на основании следующих клинических симптомов:

вялость, одышка и тахикардия в покое, цианоз носогубного треугольника, напряжение крыльев носа, втяжение межреберных промежутков при дыхании. Дополнительно следует уточнить PaO_2 (мм рт.ст.) и SaO_2 (%).

3. Дополнительное обследование: биохимия крови – КЩС с оценкой PaO_2 (мм рт.ст.) и SaO_2 (%), электролиты, АСТ и АЛТ, креатинин, мочевины; посев крови; АД, оценка ЧД, частоты пульса, объёма диуреза; рентгенологическое исследование органов грудной клетки, при анализе рентгенограммы оценивают – локализацию, размеры и распространенность инфильтрации в лёгких, наличие или отсутствие плеврального выпота и деструкции паренхимы лёгких, по показаниям - прокальцитониновый тест, КТ лёгких, ЭКГ.

4. Учитывая отсутствие осложнений иотягощающих течение пневмонии модифицирующих факторов, препаратом выбора является Амоксициллин в дозе 45-50 мг/кг/сут.

5. Отсутствие клинического эффекта в течении 36-72 часов, сохранение лихорадки более 38°C и/или ухудшение состояния ребёнка, нарастание изменений со стороны лёгких или в плевральной полости.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003148

1. Основной диагноз: «язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК)», клинико-эндоскопическая стадия II (начало эпителизации язвенного дефекта передней стенки ДПК), хеликобактер-положительная, хронический поверхностный гастрит, тип В, с повышенной кислотообразующей функцией, дуоденит, период обострения.

Анемия лёгкая, гипохромная, вероятно железодефицитная, постгеморрагическая.

2. Диагноз «язвенной болезни ДПК» выставлен на основании болевого абдоминального синдрома (наличие жалоб на боли в гастродуоденальной зоне в течении последних 3 месяцев, пальпаторных данных), отягощённой наследственности по язвенной болезни, результатов ФГДС. Стадия язвенной болезни установлена на основании наличия болевого абдоминального синдрома и язвенного дефекта передней стенки ДПК, покрытого фибрином без признаков кровотечения.

Диагноз «гастрит» и «дуоденит» установлен на основании болевого абдоминального синдрома с типичной локализацией в эпигастральной и пилорoduоденальной зоне, синдрома гастральной диспепсии (изжога, отрыжка кислым), астено-вегетативного синдрома (симптомы ваготонии в виде артериальной гипотонии, головных болей и склонности к брадикардии), эндоскопических данных (гиперемия и отёчность слизистой всех отделов желудка и ДПК); тип «В» гастрита установлен на основании положительного уреазного теста; о повышенной кислотообразующей функции свидетельствует синдром гиперацидизма (голодные боли, изжога, отрыжка кислым, «мойнингановский» ритм боли: боль – приём пищи – облегчение).

Сопутствующая анемия лёгкая, согласно уровню гемоглобина; гипохромная, вероятно железодефицитная, постгеморрагическая, на фоне скрытого оккультного кровотечения из язвенного дефекта.

3. Дополнительно рекомендовано: цитогистологическое исследования биоптата слизистой оболочки желудка и ДПК, язвенного дефекта; оценка копрограммы и анализ кала на скрытую кровь – для диагностики скрытого оккультного кровотечения из язвенного дефекта, биохимия крови - холестерин, сывороточное железо (трансферрин, железосвязывающая способность сыворотки, сывороточный ферритин) для уточнения генеза анемии.

4. Косвенными или дополнительными эндоскопическими признаками НР-инфекции, по результатам ФГДС, являются:

умеренное количество желчи в желудке, изменения рельефа слизистой желудка, гиперплазия слизистой желудка и ДПК, моторно-двигательные нарушения (дуодено-гастральный рефлюкс, рефлюкс-эзофагит).

5. Существуют два основных направления в терапии язвенной болезни – это эрадикация и борьба с гиперацидизмом. В схеме первой линии эрадикации с целью купирования гиперацидизма необходимо назначение антисекреторного препарата (приоритетными в детском и подростковом возрасте являются препараты группы

блокаторов протонной помпы), дополнительно – цитопротекторы (препараты висмута трикалия дицитрата), и антибактериальной терапии (полусинтетические пенициллины и/или кларитромицин + Нифурател или Фуразолидон) в возрастных дозировках, способ введения – пероральный, длительность антибактериальной терапии не менее 7 дней. Коррекция терапии по результатам биопсии (в течение 10 дней); длительность антисекреторной и цитопротекторной – не менее 2-х недель.

Учитывая, что в настоящее время растёт удельный вес штаммов *H. Pylori* (НР), резистентных к метронидазолу, данный препарат исключен из эрадикационных схем лечения хеликобактериоза (заменён на Фуразолидон или Макмирор).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003152

1. Ребёнок имеет риск развития пороков мочевой системы, так как отягощена в этом плане наследственность: у бабушки - нефроптоз, у матери – профессиональная вредность, отягощённый акушерский анамнез, гестоз, угроза прерывания в первом триместре беременности, вредные привычки у обоих родителей.

В пользу вероятности у ребёнка пороков развития мочевой системы наличие более пяти стигм дисэмбриогенеза (оттопыренные и асимметричные ушные раковины, приросшая мочка уха, гипертелоризм глаз, сосков, эпикант, клинодактилия);

- пиелонефрита, в пользу чего наличие пиелонефрита у матери, перенесённая ребёнком кишечная инфекция и функциональные нарушения со стороны кишечника (запоры).

2. Хронический вторичный пиелонефрит (предположительно на фоне ПМР), стадия обострения, 3 ст. активности.

3. Диагноз «пиелонефрит» установлен на основании наличия: интоксикации (фебрильная лихорадка 5 дней без катаральных явлений, недомогание, снижение аппетита), болевого синдрома (боли в животе) и мочевого синдрома (лейкоцитурия в общем анализе мочи), нейтрофильного лейкоцитоза в анализе крови.

Диагноз «обструктивный пиелонефрит», двухсторонний ПМР установлен на основании наличия по данным УЗИ почек расширения ЧЛС с обеих сторон, наиболее частая причины которого у детей первых 5 лет жизни – ПМР. Хроническое течение пиелонефрита определено по наличию в течение года синдрома хронической интоксикации (эпизоды субфебрилитета без катаральных явлений, сниженный аппетит, дефицит массы тела). В пользу активности 3 пиелонефрита снижение аппетита, вялость, фебрильная лихорадка в течение 5 дней. О снижении способности почек к осмотическому концентрированию можно судить по наличию гипостенурии (уд. вес - 1010-1013) в пр. Зимницкого.

4. Рекомендован план обследования:

Для подтверждения наличия микробно-воспалительного процесса - посев мочи на флору, морфология мочевого осадка.

У ребёнка с пиелонефритом должна быть диагностически значимая бактериурия (наличие в моче, полученной из средней струи *E coli* 10⁴ -10⁵ или любое количество колоний микроорганизмов в мл мочи при высеве протей, клебсиеллы, синегнойной палочки), нейтрофильная лейкоцитурия.

Определение чувствительности выделенной флоры к антибиотикам и уросептикам. Это исследование необходимо для выбора антибактериальной терапии.

Для определения степени поражения тубулоинтерстициальной ткани почек: суточная протеинурия.

У больных с пиелонефритом протеинурия 200-400 мг/сутки.

Для оценки функции почек: исследование титруемой кислотности, экскреции аммиака в утренней моче, пр. Зимницкого, определение осмолярности мочи, КФ по Шварцу, определение в крови креатинина, мочевины. Больным пиелонефритом свойственно снижение функции канальцев (снижение аммонийно-ацидогенеза, гипостенурия, снижение осмолярности мочи) при сохранных КФ и гомеостазе.

УЗИ исследование мочевой системы – для определения размеров почек, их положение, выявления расширения, деформацию ЧЛС и мочеточника, ПМР.

Цистоуретерография при тугом наполнении мочевого пузыря и в момент микции для визуализации и оценки степени выраженности ПМР. Необходимость цистоуретерографии у ребёнка с расширением по данным УЗИ ЧЛС обусловлена высокой частотой у детей этого возраста ПМР. У данного больного данные УЗИ, цистоуретерографии подтверждают наличие ПМР 3-5 степени.

Статическая нефросцинтиграфия для визуализации очагов сморщивания, вероятность наличия которых велика при высоком (IV и V степень) ПМР.

Ультразвуковая доплерография сосудов почек для оценки кровоснабжения почек, сосудистой архитектоники, почечной перфузии, скорости кровотока и величины сопротивления в почечных сосудах. У больных с хроническим пиелонефритом могут быть нарушены кровоснабжение, сосудистая архитектура, снижена почечная перфузия, повышено сопротивление в почечных сосудах.

5. В качестве стартовой эмпирической терапии больной могут быть назначены защищённые аминопенициллины (Аугментин, Амоксиклав, Флемоклав).

Стартовая антибактериальная терапия является эмпирической и основана на знании преобладающих уропатогенов у детей с пиелонефритом (*E. coli*) и предполагаемой антибактериальной чувствительности микрофлоры. В настоящее время терапию пиелонефрита рекомендовано начинать с Амоксициллина или защищённых аминопенициллинов. Амоксициллин девочка уже получала, и флора может быть к нему резистентна.

Антибактериальную терапию можно считать эффективной, если клиническое улучшение наступает на 1-2 сутки, бактериурия ликвидируется через 24-48 часов, лейкоцитурия уменьшается на 2-3 сутки.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003153

1. Идиопатический нефротический синдром (нефротический синдром с минимальными изменениями - НСМИ).

Анасарка, протеинурия 6,6 г/л позволяет предполагать наличие нефротического синдрома (НС), у детей дошкольного возраста наиболее частая причина НС без синдрома артериальной гипертензии - НСМИ. В пользу диагноза – атопическое заболевание (поллиноз) в анамнезе, отсутствие синдрома артериальной гипертензии и гематурии.

2. Рекомендован следующий план дополнительного обследования: Для верификации нефротического синдрома: суточная потеря белка в мг/кг или мг/м², уровень общего белка и альбуминов в г/л, липидный профиль (общий холестерин, триглицериды, ЛПВП, ЛПНП).

Пр. Нечипоренко для выявления скрытой гематурии. Контроль АД, глазное дно для исключения синдрома артериальной гипертензии.

Для выявления гуморальной активности: общий анализ крови с тромбоцитами и ретикулоцитами, альфа2-глобулины, -глобулины, -глобулины, фибриноген.

Для выявления гиперкоагуляции: АПТВ, тромбоциты, фибриноген, РФМК, МНО.

Для оценки функции почек: пр. Зимницкого, креатинин, мочевины крови, калий, натрий, кальций, фосфор крови.

У больного с НСМИ должен быть полный нефротический синдром (отёки по типу аносарки, протеинурия 1000мг/м² /сутки и более или 50 мг/кг/сутки и более, гипопротеинемия за счёт гипоальбуминемии 25 г/л и ниже, нарушения липидного обмена - гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, повышение ЛПНП и снижение ЛПВП), без гематурии и синдрома артериальной гипертензии, характерно ускорение СОЭ, увеличение альфа2-глобулины, -глобулинов, низкие показатели гамма--глобулинов. При гипоальбуминемии ниже 20 г/л могут быть признаки гиперкоагуляции (угроза тромбозов), в пользу чего гипертромбоцитоз более 400×10^9 /л, гиперфибриногенемия более 6 г/л, укорочение АПТВ и МНО, увеличение РФМК. Функция почек длительно остаётся сохранной (нет гипостенурии, азотемии, снижения КФ).

3. При манифестации идиопатического нефротического синдрома показано назначение стандартной глюкокортикоидной терапии (СГКТ) - Преднизолон 2мг/кг/сутки или 60мг/м² ежедневно 4-6-8 недель, далее 1.5мг/кг/48 часов 6 недель с последующим снижением по 5 мг каждую неделю до отмены в течение 1-2 месяцев.

4. Нефротический синдром может оказаться:

Стероидчувствителен: развитие полной клинико-лабораторная ремиссии заболевания при приёме Преднизолона 2мг/кг/сутки или 60мг/м²/сутки в течение 6-8 недель СГКТ.

Стероидзависимым: рецидив НС при снижении дозы Преднизолона или в течение 2 недель после его отмены. Рецидивирующим редко или часто (более 2 рецидивов за полгода или более 4 рецидивов в течение года).

Стероидрезистентным: ремиссия не получена после 6- 8 недельного курса Преднизолона 2мг/кг/сутки.

У данного (НСМИ) больного НС должен быть стероидчувствителен, но может рецидивировать или быть стероидзависимым.

5. Биопсия почек показана больным с стероидчувствительным, часто рецидивирующим НС, стероидзависимым НС, стероидрезистентным НС.

Цель проведения пункционной биопсии почек – определение морфологического варианта ГН для выбора иммуносупрессивной терапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003154

1. Острый нефритический синдром (постстрептококковый гломерулонефрит).

2. В пользу нефритического синдрома: периферические отёки; синдром артериальной гипертензии - головная боль, носовое кровотечение, усиление 2 тона на аорте, АД-130/80 мм рт. ст., макрогематурия.

Диагноз «острый постстрептококковый гломерулонефрит» установлен на основании наличия типичной триады (нефритического синдрома, предшествующий заболеванию стрептококковой инфекции (лакунарная ангина), интервала между инфекцией и гломерулонефритом в 2 недели) и гуморальной активности (ускорение СОЭ-25мм/час).

3. Показано следующее дополнительное обследование: суточная протеинурия для оценки степени тяжести протеинурии, для контроля системы коагуляции (число тромбоцитов, фибриноген, АПТВ, РФМК) для оценки функции почек – суточный диурез, мочевины, креатинин, калий, натрий крови в динамике.

УЗИ почек для оценки размеров, состояния паренхимы почек. Для подтверждения предшествующей стрептококковой инфекции – определение а/т к внутриклеточным продуктам стрептококка (АСЛ-О, антистрептогиалуронидазе, антистрептокиназе). Посев с миндалин на стрептококк. У больного с острым постстрептококковым гломерулонефритом:

суточная протеинурия до 1-2г/сутки, не достигает нефротического уровня (1000мг/м²/сутки), характерно – снижение С3-фракции комплемента, у некоторых больных и С4-фракции комплемента, могут быть признаки гиперкоагуляции (гипертромбоцитоз, гиперфибриногенемия, укорочение АПТВ, повышение РФМК), положительные результаты посевов на стрептококк группы А, наличие антистрептококковых антител. По данным УЗИ характерны – небольшое увеличение почек в размерах, нарушение дифференцировки слоёв паренхимы, умеренное повышение эхогенности паренхимы, чашечно-лоханочная система без деформации. В острую фазу заболевания за счёт уменьшения числа функционирующих нефронов, снижения клубочковой фильтрации транзиторно снижается функция почек с развитием олигурии (менее 10-15мл/кг/сутки), нарушением гомеостаза – повышение креатинина, мочевины, гиперкалиемия.

4. Антибактериальная терапия 4-6 недель по схеме: 2 недели препараты пенициллинового ряда (Амоксициллин, Амоксиклав) + 2 недели макролиды II – III поколения (Джозамицин), далее поскольку есть хронический тонзиллит – Бициллин-5 1 раз в месяц в течение 4-5 месяцев.

При гиперкоагуляции (Фибриноген более 4г/л) – антиагреганты (Курантил) и антикоагулянты (Фрагмин). Симптоматическая терапия: диуретики (Фуросемид), гипотензивные препараты (ингибиторы АПФ - Эналаприл, блокаторы кальциевых каналов - Нифедипин).

5. Биопсия почек показана при атипичном течении, длительном отсутствии обратного развития клинических симптомов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003160

1. У больного – гематомный тип кровоточивости. Для гематомного типа кровоточивости характерно:

- кровоизлияния, повреждающие органы и ткани;
- кровотечения, приводящие к физиологически значимой кровопотере;
- рецидивирующие кровоизлияния в суставы (гемартрозы), приводящие к формированию хронического воспалительного процесса, разрушению суставных поверхностей и нарушению функции сустава.

2. Основной: гемофилия А, средней степени тяжести.

Осложнение: гемартроз правого коленного сустава.

3. Диагноз выставлен на основании:

- отягощённой наследственности по материнской линии (у дяди по линии матери, вероятно, имеет место коагулопатия с гематомным типом кровоточивости - межмышечные гематомы, гемартрозы, кровотечения из ран);

- мужской пол пациента;

- гематомный тип кровоточивости у ребёнка (в анамнезе – гематомы в местах внутримышечных инъекций и при травмах, гемартроз правого коленного сустава);

- удлинение время свертывания крови;

- удлинение АПТВ, при нормальном уровне протромбинового времени, ПТИ, фибриногена;

- снижение активности VIII фактора;

- уровень фактора Виллебранда в норме.

При уровне VIII фактора от 5% до 1% степень тяжести гемофилии – среднетяжёлая.

О наличии гемартроза правого коленного сустава свидетельствует появление у ребёнка с врождённой коагулопатией после падения суставного синдрома (припухлость и увеличение в объёме правого коленного сустава, резкой болезненности при движении в области правого коленного сустава, при осмотре кожа над суставом блестящая и горячая на ощупь, движения невозможны из-за резкой болезненности).

4. Необходимо введение концентрата свёртывания VIII фактора в/в струйно в дозе, рассчитанной по формуле: (масса тела больного × % желаемого фактора) × 0,5. При гемартрозе уровень желаемого фактора 40-60%. Введение фактора показано каждые 8-12 часов в течение 2-3 дней. Показано проведение пункции поражённого сустава, аспирация содержимого, введение глюкокортикостероидов внутрисуставно. Имобилизация сустава должна быть кратковременной, на время выраженного болевого синдрома. После купирования болевого синдрома назначаются реабилитационные мероприятия (ЛФК, физиолечение).

5. Постоянная профилактическая заместительная терапия концентратами VIII фактора проводится при тяжёлой форме гемофилии и при среднетяжёлой форме после первичного гемартроза, то есть данному пациенту необходимо назначение постоянной заместительной терапии концентратами свертывания VIII фактора в дозе 25-40 МЕ/кг 3 раза в неделю в/в струйно.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003161

1. К неблагоприятным факторам риска относятся:

- антенатальные: высокий номер беременности у матери, угроза прерывания

беременности, наличие у матери во время беременности дефицита железа, неадекватная коррекция дефицита железа у беременной («Фенюльс» содержит в 1 капсуле 45 мг Fe^{2+} , что не соответствует минимальной терапевтической дозе для коррекции железодефицита);

- постнатальные: недостаточное поступление железа с пищей (ранний перевод на искусственное вскармливание коровьим молоком, нерациональное и неадекватное введение прикормов, отсутствие в рационе ребёнка мясных продуктов).

2. Сидеропенический синдром (дистрофические изменения кожи и ее придатков в виде сухости кожи, ломкости ногтей, колоницией, атрофии слизистой с развитием ангулярного стоматита).

Анемический синдром (бледность кожи и слизистых, снижение аппетита, сердечно-сосудистые нарушения в виде приглушенности сердечных тонов и функционального систолического шума).

Диагноз: «железодефицитная анемия, средней тяжести».

Диагноз выставлен на основании наличия факторов риска, клинически наличия сидеропенического и анемического синдромов, лабораторных данных (снижение уровня гемоглобина до 75 г/л, снижение содержания гемоглобина в эритроците менее 27 пг, снижение насыщения эритроцита гемоглобином менее 320 г/л, снижение среднего объема эритроцитов менее 80 фл., повышена выраженность анизоцитоза более 14,5%).

3. Биохимический анализ крови: снижение уровня сывороточного железа (менее 12,5 мкмоль/л), повышение общей железосвязывающей способности сыворотки (более 69 мкмоль/л), снижение коэффициента насыщения трансферина железом (менее 17%), снижение концентрации сывороточного ферритина (менее 30 мкг/л).

4. В питании исключить из рациона ребёнка цельное коровье молоко, заменить его на адаптированные смеси, содержащие железо не менее 0,9-1,3 мг/100 мл. Ввести мясной прикорм (говяжья печень, мясо кролика, конина, говядина, индейка), давать мясо с овощными или фруктовыми пюре. Исключить из рациона манную кашу.

Показано назначение препаратов железа (III) на основе гидроксид полимальтозного комплекса - Мальтофер по 5 мг/кг/сутки = 45 мг в сутки (по 9 капель × 1 раз в сутки) на 4,5 месяца.

5. Критериями эффективности лечения железодефицитной анемии препаратами железа являются:

- ретикулоцитарная реакция (на 7-10 день от начала лечения препаратами железа количество ретикулоцитов повышается на 20-30% по сравнению с их количеством до начала лечения);

- повышение концентрации Hb к концу 4 недели лечения препаратами железа на 10 г/л и гематокрита на 3% по отношению к изначальным значениям до лечения;

- исчезновение клинических проявлений заболевания через 1-1,5 месяца от начала лечения препаратами железа;

- нормализация концентрации сывороточного ферритина более 30 мкг/л через 3-6 месяцев (в зависимости от степени тяжести анемии), что свидетельствует о восполнении депо железа.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003163

1. Диагноз: «язвенный колит», хроническое рецидивирующее течение, тотальное поражение, среднетяжёлая атака. Анемия лёгкой степени смешанного генеза.

2. Кишечный синдром (хроническая диарея более 4 недель, спастические боли в животе перед актом дефекации и тенезмы, примесь крови в кале, ночные позывы к дефекации).

Синдром эндотоксемии (интоксикация, слабость, потеря массы тела, лихорадка, тахикардия, гуморальная активность в виде высокого СОЭ, нейтрофильного лейкоцитоза, повышения альфа 2 фракции и С-реактивного белка).

Синдром внекишечных изменений (анемия).

Диагноз «язвенного колита» выставлен на основании данных анамнеза (постепенное развитие симптомов и клинических проявлений заболевания, спастические боли в животе перед актом дефекации, явления гемоколита, проявления интоксикации, похудание), клиники (наличие кишечного синдрома, синдрома эндотоксемии, внекишечных изменений), проявления синдрома гуморальной активности (высокое СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз, повышение альфа-2 фракции глобулинов и С-реактивного белка), данных колонофиброскопии типичные для язвенного колита (отёчность и гиперемия складок подвздошной и прямой кишки, смазанность сосудистого рисунка, геморрагии и кровоизлияния, контактная кровоточивость, наличие эрозий и неглубоких линейных язв, вовлечение в процесс прямой кишки), результатов гистологического исследования типичных для язвенного колита (непрерывность и поверхностность повреждений, повреждение только слизистого и подслизистого слоя, снижение числа бокаловидных клеток, наличие криптогенных абсцессов).

3. Определение токсина *Clostridium difficile* не менее, чем в трёх отдельных порциях кала – с целью исключения антибиотикоассоциированной диареи.

Определение специфических маркеров воспалительных заболеваний толстой кишки: концентрация антител к цитоплазме нейтрофилов (p-ANCA)- специфичный маркер для язвенного колита и антител к сахаромикетам (ASCA).

Определение фекального кальпротектина – маркер активности воспаления в кишечнике, позволяет дифференцировать функциональные и органические причины поражения желудочно-кишечного тракта, имеет высокое значение при воспалительных заболеваниях кишечника.

ФГДС - для исключения болезни Крона.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости - для исключения внекишечных проявлений заболевания.

4. Терапия первой линии для индукции при среднетяжёлой активности тотального колита - оральное и ректальное применение препаратов 5-аминосалициловой кислоты (Месалазин, Сульфасалазин). Пероральный Месалазин является препаратом выбора и назначается в дозе 60-80 мг/кг в сутки, но не более 4,8 гр в сутки. Возможно применение Сульфасалазин по 70-100 мг/кг в сутки, максимальная доза 4 гр в сутки. Ректальные препараты 5-аминосалициловой кислоты применяются в дозе 25 мг/кг в сутки, но не более 1 гр в сутки. Препараты 5-аминосалициловой кислоты назначаются в полной дозе до индукции ремиссии, в среднем на 2-3 месяца, затем переход на поддерживающую

терапию.

Поддерживающая терапия препаратами 5-аминосалициловой кислоты должна проводиться неограниченно долго в дозе не менее 40 мг/кг в сутки или 2,4 гр в сутки. При отсутствии ответа на пероральный и ректальный приём препаратов 5-аминосалициловой кислоты в оптимальной дозе в течение 2 недель показано назначение пероральных глюкокортикостероидов: Преднизолон 1-2 мг/кг сутки, но не более 60 мг в сутки перорально, в утренние часы на 2-3 недели, затем дозу Преднизолона снижают по 5 мг в неделю до полной отмены.

5. Кишечное кровотечение.

Токсический мегаколон (дилатация ободочной кишки).

Перфорация толстой кишки.

Сепсис.

Рак толстой кишки.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003167

1. Отягощённый акушерско–гинекологический анамнез может привести к преждевременным родам, задержке внутриутробного развития.

Угроза прерывания, хроническая внутриутробная гипоксия, хроническая фетоплацентарная недостаточность, преэклампсия могут привести к преждевременным родам, утяжелению гипоксии плода, и острой асфиксии в родах.

Обвитие шеи плода пуповиной может привести к усугублению острой асфиксии в родах.

Быстрые роды – риск травматизации в родах.

2. Оценка по шкале Сильвермана 8 баллов, что говорит о тяжёлом синдроме дыхательных расстройств:

отсутствие синхронности грудной полости и живота при дыхании – 1 балл;

заметное втяжение межрёберных промежутков на вдохе – 2 балла;

небольшое втяжение мечевидного отростка грудины на вдохе – 1 балл;

опускание подбородка на вдохе, рот открыт – 2 балла; экспираторные шумы – 2 балла.

Оценка нервно-мышечной и физиологической зрелости по Болларду составила 17 баллов, что говорит о зрелости на 30-32 недели (что соответствует гестационному возрасту ребёнка):

кожа – 1 балл; лануго – 2 балла; поверхность подошв – 2 балла; грудь – 3 балла, глаза/уши – 1 балл; гениталии – 1 балл; поза – 1 балл; «квадратное окно» - 2 балла; возвращение рук – 1 балл; подколенный угол – 1 балл; признак «шарфа» - 1 балл; приведение стопы к голове – 1 балл.

Дифференциальную диагностику следует проводить со следующими состояниями:

- ранний неонатальный сепсис;
- врождённая пневмония;
- синдром утечки воздуха;
- врождённые пороки развития лёгких (аплазия/гипоплазия);
- врождённая диафрагмальная грыжа;

– врождённые пороки сердца «синего типа».

3. Основной: респираторный дистресс–синдром, тяжёлый.

Осложнение: транзиторная гипогликемия.

Фон: недоношенность 31 неделя.

4. Общий анализ крови – норма (отсутствие гуморальной активности, анемии);

уровень С-реактивного белка– норма;

кислотно-основное состояние – компенсированный дыхательный ацидоз;

биохимический анализ крови -гипогликемия;

ультразвуковое исследование головного и спинного мозга – признаки отёка головного мозга;

ультразвуковое исследование органов брюшной полости – норма;

рентген органов грудной клетки – диффузное снижение прозрачности лёгочных полей, ретикулогранулярный рисунок, мелкие рассеянные тени с чёткими контурами, отсутствуют признаки аспирации и инфильтрации, нет признаков дислокации органов брюшной полости в грудную полость);

электрокардиография – ритм синусовый, частота сердечных сокращений в норме или синусовая тахикардия, нарушение процессов реполяризации;

эхокардиография – анатомически правильно сформированы сердце и крупные сосуды, возможно функционирование артериального протока без изменения внутрисердечной гемодинамики, открытое овальное окно.

5. Первичная реанимационная помощь в родильном зале оказана в полном объёме. При переводе ребёнка в ПИТ было показано введение Сурактатна 200 мг/кг, неинвазивным методом или методом INSURE. Показано было назначение энтерального питания сразу после поступления в ПИТ.

Учитывая нарастание дыхательной недостаточности, усугубление синдрома дыхательных расстройств (нарастание оценки до 8 баллов по шкале Сильвермана, дыхательная недостаточность III степени), показано интубация трахеи, повторное (в данном случае, первое) введение Сурфактанта 100 мг/кг.

Режим – охранительный, кювез с температурой 32-35 °С, влажностью воздуха 80%; Начало неинвазивной искусственной вентиляции лёгких в режиме «нормовентиляции». Инфузионная терапия из расчёта физиологической потребности (80 мл/кг/с – суточный объём энтерального питания= (136 - 20 мл):24 часа = 4,8 мл/ч – скорость инфузии (раствор глюкоза 5%). Энтеральное питание сцеженным грудным молоком через зонд (капельное введение, за 1 час).

Тактика ведения ребёнка с гипогликемией: определение уровня глюкозы сыворотки крови через 1 час и перед следующим кормлением. Если концентрация глюкозы менее 2,6 ммоль/л, то в/в введение глюкозы 10% 8 мл/кг (0,4-0,8 г/кг), затем вновь перейти на постоянную в/в инфузию глюкозы 10% 4-8 мг/кг/мин, то есть 2,4-4,6 мл/кг/час. Определить уровень глюкозы через 30 минут инфузии.

Медикаментозная терапия:

Викасол 0,1 мг/кг (0,17 мл) – однократно,

Сурфактант 200 мг/кг (460 мг, эндотрахеально).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003168

1. Резус-фактор матери отрицательный – риск развития гемолитической болезни новорожденного.

Первая беременность закончилась медицинским абортom, при наличии отрицательного резус-фактора повышает риск развития гемолитической болезни новорожденного.

2. Желтушный синдром (кожные покровы чистые, ярко жёлтые, отмечается желтушное окрашивание лица, склер, туловища.) – ведущий синдром.

Гепатоспленомегалия (печень выступает из-под рёберной дуги на 3 см, селезёнка – на 0,5 см).

Синдром угнетения центральной нервной системы (поза разгибательная, мышечный тонус снижен без разницы сторон, рефлекс сосания выражен вяло, рефлексы спинального автоматизма быстро истощаются).

Резус конфликт (у мамы отрицательный резус-фактор, у девочки – положительный).

Непрямая гипербилирубинемия при рождении (из пуповинной крови).

Положительная прямая проба Кумбса говорит о наличии антител на поверхности эритроцитов (что наблюдается при гемолитической болезни новорожденного по резус – фактору).

В общем анализе крови нормохромная анемия, гиперрегенераторная, средней степени тяжести.

3. Основной: Гемолитическая болезнь новорожденного. Несовместимость по резус – фактору. Желтушная форма.

4. Морфология эритроцитов: полихромазия, анизоцитоз.

Сахар крови – норма.

В возрасте 4 часов жизни – общий билирубин и фракции (почасовое нарастание общего билирубина более 6,8 ммоль/л), непрямая гипербилирубинемия.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости – гепатоспленомегалия.

5. Учитывая непрямую гипербилирубинемия и желтушный синдром с рождения показан перевод ребёнка в палату интенсивной терапии.

Режим – охранительный, под источником лучистого тепла.

Фототерапия в непрерывном режиме.

Голод, так как планируется операция заменного переливания крови.

Очистительная клизма.

Медикаментозная терапия: внутривенное введение Иммуноглобулина 0,8 гр/кг (2,7 гр в/в, медленно в течении двух часов); Викасол 0,1 мг/кг (0,35 мл) – однократно.

Подготовка к операции заменного переливания крови:

- установка пупочного катетера,

- заменяемый объём $170 \text{ мл/кг} = 3,4 \times 170 = 578 \text{ мл}$. Из них $2/3$ – эритроцитарная масса, обеднённая лейкоцитами и тромбоцитами А (II) Rh – отрицательный, 385 мл; свежемороженая плазма А (II) Rh – отрицательный, 193 мл.

Из первой порции забранной крови проводится биохимический анализ на уровень билирубина, эритроцитов, гемоглобина и гематокрита.

Объём одного замещения до 5 мл/кг ($5 \times 3,4 = 17$ мл).

На два шприца эритроцитов вводится один шприц плазмы.

После каждых 100 мл замещённого объёма вводится 2,0 мл 10% раствора глюконата кальция + 5,0 мл 5% раствора глюкоза, между шприцами с эритроцитами.

Длительность операции два часа.

Из последнего объёма замещаемой крови проводится биохимический анализ на уровень билирубина, эритроцитов, гемоглобина и гематокрита.

Об эффективности операции говорит снижение общего билирубина в два и более раз.

После операции заменного переливания крови продолжить фототерапию.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003170

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *H. Pylori*, стадия «свежей» язвы, неосложнённая, впервые выявленная с повышенной кислотообразующей функцией, фаза обострения.

2. Зернистость слизистой оболочки желудка.

3. Неинвазивные:

- дыхательный тест;
- иммуноферментный анализ – выявление в сыворотке крови АТ к *H. Pylori*;
- количественный иммуноферментный анализ антигена *H. Pylori* в кале;
- ПЦР диагностика определения фрагментов генома *H. Pylori* в кале.

Инвазивные:

- гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки желудка;
- уреазный;
- бактериологический - посев бактериальной культуры и определение чувствительности *H. Pylori* к антибактериальным препаратам.

4. Содержимое в желудке натошак может свидетельствовать о нарушении моторики или гиперсекреции в желудке.

5. Диетотерапия;

- эрадикационная терапия первой линии: ингибиторы протонной помпы (Омепразол) + антибактериальная терапия; (Амоксициллин+Кларитромицин) – курс 14 дней;
- контроль эрадикационной терапии через 4-6 недель;
- плановый приём ингибиторов ИПП, антацидных препаратов, цитопротекторов, простагландинов и средств, нормализующих моторно-эвакуаторную функцию пищеварительного тракта.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003172

1. Болезнь Крона с поражением нисходящего и сигмовидного отделов толстой кишки, желудка, дуоденум, умеренной активности, обострение. Осложнения: артралгия левого коленного сустава, железодефицитная анемия лёгкой степени тяжести.

2. ЯК, целиакия, муковисцидоз, острые кишечные инфекции, глистные инвазии, туберкулёз кишечника, рак толстой кишки, интестинальная форма аллергии.

3. Анализы: кал на я/г, на клостридиоз, (для дифференциальной диагностики); фекальный кальпротектин (неспецифический маркер воспаления в кишечнике); УЗИ органов брюшной полости (для исключения внекишечных форм БК); повторить колоноскопию всей толстой кишки (для уточнения распространённости поражения данного отдела); капсульное или рентгенологическое исследование тонкого кишечника (для исключения вовлечения в процесс тощей и подвздошной кишки); железистый комплекс (для подтверждения дефицита железа); УЗИ, RN-графия коленных суставов (для выявления изменений).
4. Патогенетическая терапия, направленная на снижение активности воспалительного процесса, определяется его активностью (дозы, продолжительность курса, способ введения):
 - препараты 5- аминосалициловой кислоты, кортикостероиды (при неэффективности препаратов 5-АСК), иммуносупрессивная терапия (Азатиоприн, Метотрексат, Циклоспорин);
 - биологическая терапия (Инфликсимаб, Адалimumаб);
 - симптоматическая (сорбенты, пробиотики, прокинетики, ферменты) и антибактериальная терапия (Метронидазол, фторхинолоны- при присоединении бактериальной инфекции) - для восстановления структуры слизистой оболочки, нормализации перистальтики, восстановление процессов пищеварения и кишечной микрофлоры.
5. В качестве клинических критериев оценивается: абдоминальный болевой синдром, данные пальпации живота, характеристика стула, общее состояние, данные массы и длины, перианальные проявления, внекишечные проявления, СОЭ, гематокрит, альбумины.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003173

1. Дисфункция желчного пузыря по гипомоторному. Перегиб в области тела ЖП.
2. Постановка данного диагноза основана на данных анамнеза: длительность болевого абдоминального синдрома в правом подреберье в течение 6 месяцев в сочетании с диспептическими проявлениями. Отягощённой наследственностью по линии матери.
 - Клиническими проявлениями болевого абдоминального синдрома, диспепсией, положит. пузырьными симптомами. Данными динамического УЗИ желчевыводящей системы. Отсутствием изменений со стороны лабораторных исследований.
3. В план дополнительного исследования следует включить: анализ кала на яйца гельминтов, биохимический анализ крови (холестерин, щелочная фосфатаза; билирубин (общий и прямой), АЛТ, АСТ).
4. Стол №5.
 - Желчегонные средства (холекинетики).
 - Прокинетики.
 - Препараты урсодеооксиголевой кислоты.
5. Соблюдение диетических рекомендаций, режима питания, сна и отдыха,

курсы, своевременная санация очагов хронической инфекции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003174

1. ГЭРБ (рефлюкс-эзофагит). Хронический гастродуоденит поверхностный Нр (-), обострение. Дуоденогастральный рефлюкс.

2. Диагноз выставлен на основании:

- жалоб (боли в эпигастральной области, возникающие преимущественно после приёма жирной пищи, отрыжку воздухом до 15 раз в сутки, периодически привкус горечи во рту, редко изжога (1 раз в неделю), повышенная утомляемость, снижение успеваемости в школе);

- анамнеза (питание с большими перерывами, злоупотребляет едой всухомятку, курит, около 6 месяцев назад появились боли в животе и изжога);

- объективного осмотра (язык густо обложен бело-жёлтым налётом, неприятный запах изо рта, живот при пальпации болезненный в центре эпигастрия, пилородуоденальной зоне).

- данные ЭФГДС.

3. Гастроэзофагеальный рефлюкс.

Предрасполагают к развитию ГЭРБ отягощённая наследственность, заболевания ЖКТ, вегетативная дисрегуляция, ожирение, старший школьный возраст, мужской пол, глистно-паразитарные инвазии.

4. Пищевод Барретта.

Стриктура пищевода.

Язва пищевода.

5. Диетотерапия и режим - частое и дробное питание (5–6 раз в день); приём механически и химически щадящей пищи; последний приём пищи должен быть не позднее, чем за 3 часа до сна; избегать употребления продуктов, усиливающих ГЭР; не ложиться после еды; спать на кровати с возвышенным головным концом на 15 см; избегать нагрузки на мышцы брюшного пресса, работы в наклон, ношения тугих поясов, ремней.

Медикаментозное лечение:

Блокаторы протонной помпы, прокинетики, антациды.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003175

1. Дисфункция билиарного тракта по гипермоторному типу. Сопутствующий диагноз: «лямблиоз».

2. Диагноз «дисфункция билиарного тракта по гипермоторному типу» выставлен на основании:

1. Жалоб - эпизодические колющие боли в правом подреберье и околопупочной области, возникающие через 30-40 минут после употребления жирной пищи, после физической нагрузки, длительностью не превышает 15 минут, проходят самостоятельно или после употребления Но-шпы, периодически отмечается тошнота, рвота, неустойчивый стул, нарушение сна, повышенная утомляемость, снижение умственной и физической работоспособности.

2. Отягощённого анамнеза (мать (32 года) – хронический холецистит, у бабушки по линии матери – желчнокаменная болезнь (оперирована в возрасте 54 лет), объективного статуса (язык обложен белым налётом, при пальпации живота определяется болезненность в правом подреберье и околопупочной области, пузырьные симптомы слабо положительные).

Сопутствующий диагноз «лямблиоз» выставлен на основании:

1. Жалоб на неустойчивый стул, периодические боли в животе, тошноту, наличие умеренно выраженного астенического синдрома (периодически нарушение сна, повышенная утомляемость, снижение умственной и физической работоспособности).

2. Анамнеза (семья проживает в частном доме, имеются домашние животные (кошки, собака)).

3. Обнаружение цист лямблий при копрологическом исследовании.

3. УЗИ органов брюшной полости;

УЗИ желчного пузыря с оценкой моторной функции.

4. В перечень диффдиагноза следует включить: хр. гастродуоденит, дисфункцию сфинктера Одди, ЖКБ, холецистит, врождённые пороки развития желчного пузыря.

5. Стол № 5, питание дробное небольшими порциями 5-6 раз в сутки в определённые часы, чем достигается химическое, механическое, термическое щажение слизистой оболочки ЖКТ.

Медикаментозная терапия: холеретики, антациды, противоязвенная терапия (нифурател).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003203

1. Диффузный токсический зоб, средней степени тяжести.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб и клинических симптомов, характерных для гиперфункции щитовидной железы (эмоциональная лабильность, нарушение сна, повышенная потливость, похудание, диспептические расстройства, тахикардия, характерные изменения АД с повышением пульсового давления) в сочетании с глазными симптомами и увеличением щитовидной железы.

Диагноз средней степени тяжести основывается на выраженности симптомов тиреотоксикоза, определяющих состояние пациентки.

3. Рекомендовано:

– УЗИ щитовидной железы для определения тиреоидного объёма, нарушений экоструктуры и экзогенности;

– определение уровня ТТГ, СТ4 и СТ3 в крови для оценки функции щитовидной железы;

– определение уровня антител к тиреоидной пероксидазе в крови для подтверждения аутоиммунного характера заболевания;

– проведение ЭКГ;

– консультация врача-окулиста.

4. Эндемический зоб (диффузный эутиреоидный зоб).

Аутоиммунный тиреоидит.

5. Госпитализация в детское эндокринологическое отделение.

Режим палатный. Диета №15 по Певзнеру. Тиреостатическая терапия для подавления продукции тиреоидных гормонов и купирование симптомов тиреотоксикоза (МНН: Тиамазол; торговое наименование: Тирозол), β -блокаторы для купирования тахикардии, седативные препараты.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003204

1. Ожирение экзогенно-конституциональное 3 степени, осложнённое. Артериальная гипертензия. Сахарный диабет 2 типа.

2. Диагноз «ожирение» установлен на основании антропометрических показателей и данных физикального осмотра, избыток веса более 50%, ИМТ – 36,8 кг/м².

Данные анамнеза свидетельствуют о конституциональной предрасположенности к ожирению, алиментарных погрешностях, гиподинамии.

Артериальная гипертензия является осложнением ожирения. Диагноз «сахарный диабет» установлен на основании жалоб на периодическую жажду, сухость во рту, гипергликемии натощак выше 7,0 ммоль/л, HbA1c выше 6,5%. Учитывая ожирение, отсутствие кетоза, нормальный уровень С-пептида, диагностирован 2 тип диабета.

3. Рекомендовано:

- определение уровня инсулина в крови и индекса НОМА для оценки инсулинорезистентности;
- определение уровня ХС – ЛПВП, ХС – ЛПНП, триглицеридов для оценки гиперлипидемии как компонента метаболического синдрома;
- определение глюкозурии; проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД;
- проведение ЭКГ и эхо-КГ (для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции);
- консультация врача-окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии.

4. Артериальная гипертензия, нарушение толерантности к глюкозе, сахарный диабет 2 типа, дислипидемия, стеатогепатоз, театогепатит, нарушения полового развития, желчнокаменная болезнь, остеоартроз.

5. Диета с ограничением калорийности за счёт легкоусвояемых углеводов и жиров, питание по принципу «хлебных единиц».

Режим физических нагрузок (ежедневные, умеренные, в течение 1-1,5 часов).

Учитывая высокий уровень гликированного гемоглобина (>7,0%), необходима инсулинотерапия.

Гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ или тиазидных диуретиков.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003205

1. Острый пиелонефрит, активная стадия, функция почек сохранена.

2. Диагноз обосновывается следующими клинико-лабораторными данными:

интоксикационный, дизурический, болевой синдромы. Для острого пиелонефрита не характерны отёчный и гипертензионный синдромы. Типичные воспалительные изменения в крови, диспротеинемия с увеличением α_2 фракции глобулинов, незначительная протеинурия и лейкоцитурия в анализе мочи.

Учитывая длительность заболевания менее 6 месяцев, диагностирован острый пиелонефрит. Представленные показатели азотистого, электролитного обменов свидетельствуют о сохранной функции почек.

3. Рекомендовано:

- определение СРБ в крови для оценки степени активности процесса;
- посев мочи для установления этиологического фактора и определения антибиотикочувствительности;
- проба Нечипоренко для количественной оценки лейкоцитурии; уроцитогамма для подтверждения нейтрофильного характера лейкоцитурии;
- УЗИ почек для оценки структурных нарушений в почках;
- проба Зимницкого для оценки канальцевых функций;
- при стихании активности процесса – рентгеноурологическое обследование для исключения вторичного пиелонефрита.

4. Инфекция мочевыводящих путей.

Острый гломерулонефрит.

5. Госпитализация в детское нефрологическое отделение.

Режим постельный до купирования экстраренальных симптомов.

Диета №5 по Певзнеру.

Принудительный ритм мочеиспускания каждые 2-3 часа для профилактики нарушений уродинамики.

Антибактериальная терапия, учитывая микробно-воспалительный характер процесса.

Жаропонижающие препараты при гипертермии выше 38-38,5 °С.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003208

1. Гемолитическая болезнь новорожденного, обусловленная конфликтом по Rh-фактору, желтушная форма, тяжёлая.

2. Диагноз «гемолитическая болезнь новорожденного» установлен

- на основании данных анамнеза (конфликт по Rh-фактору, прерывание первой беременности, бледность и желтуха при рождении);
- клинических данных (анемический и желтушный синдромы, гепатоспленомегалия);
- параклинических данных (гиперрегенераторная анемия, непрямая гипербилирубинемия).

3. Рекомендовано динамическое исследование уровня билирубина по фракциям, контроль почасового прироста билирубина, уровня гемоглобина и эритроцитов, проведение пробы Кумбса.

4. Наследственные гемолитические анемии, приобретённые гемолитические анемии (при внутриутробных инфекциях, ДВС-синдроме), фетальный гепатит.

5. Для предотвращения токсико-метаболического поражения ЦНС непрямым билирубином (билирубиновой энцефалопатии) – проведение операции заменного переливания крови.

Для снижения высоких концентраций непрямого билирубина - фототерапия.

Для связывания антиэритроцитарных антител – введение стандартных иммуноглобулинов для внутривенного введения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003209

1. Респираторный дистресс синдром, ДН III. Диабетическая фетопатия. Недоношенность 29 недель.

2. Диагноз «респираторный дистресс синдром» установлен

- на основании данных анамнеза (гестационный возраст ребёнка, сахарный диабет у матери, дыхательные нарушения в первый час жизни);
- клинических данных (синдром дыхательной недостаточности, экспираторные шумы, данные перкуссии лёгких и аускультативные изменения над лёгкими);
- параклинических данных (отсутствие воспалительных изменений в полном анализе крови, характерная рентгенологическая картина).

Диагноз «диабетическая фетопатия» установлен на основании данных анамнеза; клинических данных (макросомия); параклинических данных (гипогликемия).

3. Рекомендовано исследование кислотно-основного состояния, электролитного состава крови, уровня общего белка и альбумина, мочевины, креатинина в крови, контроль уровня сатурации.

4. Пневмония, транзиторное тахипноэ новорожденных, синдром аспирации мекония, пороки развития лёгких, ВПС.

5. Создание оптимальных условий выхаживания и обеспечение полноценного питания.

Респираторная терапия.

Заместительная терапия Сурфактантом.

Антибактериальная терапия.

Ликвидация метаболических нарушений.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003210

1. Язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки, стадия свежей язвы, фаза обострения, осложнённая стенозом, НР+. Рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки.

2. Диагноз выставлен на основании:

- жалоб (интенсивные ночные боли в эпигастральной области, рвоту с примесью желчи, возникающую на фоне болевого синдрома (приносит облегчение), отрыжку горьким, кислым; слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, нерегулярный стул, 1 раз в 2-3 дня);

- истории развития заболевания (болен в течение пяти лет, обострение заболевания чаще весной и осенью, у папы – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки);

- клинического обследования (состояние средней степени тяжести, мальчик

астенического телосложения, при осмотре ротовой полости язык с гипертрофированными сосочками, обложен бело-жёлтым налётом, живот болезненный в собственной эпигастральной области и пилородуоденальной зоне);

- лабораторных и инструментальных методов обследования (а/т к НР +, луковица 12-перстной кишки стенозирована до 0,5 см, практически всю заднюю стенку занимает хроническая язва 1,5×2,5 см).

3. Клинический минимум для дифференциального диагноза осложнений, биопсия слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки для подтверждения морфологического варианта, РН-метрии желудка (в ремиссию) для определения функционального состояния кислотопродукции.

4. Гастродуоденит, панкреатит, язвенная болезнь желудка.
5.
 1. Режим охранительный.
 2. Стол № 1 по Певзнеру.
 3. Купирование кислото-пептического фактора.
 4. Повышение защитных свойств слизистой оболочки.
 5. Эрадикационная терапия.
 6. Нормализация моторных нарушений.
 7. Воздействие на ЦНС.
 8. Физиолечение.

Патогенез заболевания связан с нарушением равновесия между факторами агрессии и факторами защиты, в присутствии НР-инфекции и наличии психоэмоциональных перегрузок.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003212

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: рефлюкс-эзофагит III степени, неосложнённое течение, тяжёлая степень тяжести.

2. Диагноз выставлен на основании: жалоб (болевой синдром в собственно эпигастральной и околопупочной областях, ноющего характера, возникающие после еды, диспепсический синдром в виде изжоги, отрыжки кислым и горьким, астеновегетативный синдром в виде слабости, утомляемости, головной боли), истории развития заболевания (мальчик болен в течение 3 лет, не обследован, у отца и матери – язвенная болезнь желудка, в питании употребляет газированные напитки, мальчик проживает в селе, помогает родителям на приусадебном хозяйстве), клинического обследования (состояние средней степени тяжести, язык обложен жёлто-зелёным налётом у корня, живот мягкий, болезненный в собственной эпигастральной области, симптом Менделя (+), лабораторных и инструментальных методов обследования (ФГС:

в пищеводе язвенный дефект 1,0×0,5 см, линейные эрозии, гиперемия абдоминального отдела пищевода).

3. Пациенту рекомендовано проведение суточного РН-мониторинга пищевода и РН-метрии желудка для оценки функционального состояния кислотопродукции, биопсия слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки для подтверждения морфологического варианта.

4. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

5. 1. Стол №1.
2. Рекомендации по изменению стиля жизни (уменьшение действия провоцирующих факторов).
3. Препараты, купирующие кислото-пептический фактор (уменьшают закисление пищевода).
4. Нормализация моторной функции верхних отделов ЖКТ (нормализация двигательной функции пищевода и верхних отделов пищеварительного тракта).
5. Средства для лечения рефлюкс-эзофагита (механическое препятствие для кислото-пептического фактора).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003279

1. Диагноз: «врождённый порок сердца с обогащением малого круга кровообращения, без цианоза». НК-ПА.

2. Гемодинамический диагноз «врождённый порок сердца с обогащением малого круга кровообращения, без цианоза» установлен на основании жалоб на появляющуюся одышку, при кормлении делает паузы, вдохи, становится беспокойным, отстаёт в массе тела; объективных данных - бледность кожных покровов с небольшим периферическим акроцианозом, одышка по типу тахипноэ с участием вспомогательной мускулатуры (ЧД – 54 в минуту), кашель при перемене положения ребёнка, верхушечный толчок смещён влево, вниз; сердечный толчок усилен, приподнимающийся, систолическое дрожание в 3-4 межреберье слева, границы сердечной тупости расширены в обе стороны, больше влево, грубый продолжительный систолический шум в 3-4 межреберье слева, на верхушке сердца определяется мезодиастолический шум, усиление 2 тона на лёгочной артерии. ЧСС – 150 в минуту, увеличение печени (+ 3 см из-под края рёберной дуги).

Недостаточность кровообращения ПА стадии выставлена на основании жалоб на периодически появляющуюся одышку, объективных данных - одышка по типу тахипноэ с участием вспомогательной мускулатуры (ЧД – 54 в минуту), в лёгких жесткое дыхание, хрипов нет, ЧСС – 150 в минуту, увеличение печени (+ 3 см из под края рёберной дуги).

3. Пациенту рекомендовано: рентгенография грудной клетки для определения размеров и формы сердечной тени, состояние сосудистого кровотока в лёгких; ЭКГ для оценки функции сердца, возможной гипертрофии отделов; ЭхоДКГ для определения топика порока, степени лёгочной гипертензии.

4. Неотложное состояние: отёк легкого, осложнение: гипоксемическая кома.
5. Диуретики, Фуросемид (Лазикс).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003282

1. Острая ревматическая лихорадка: кардит (митральный вальвулит), полиартрит, активность П, СН I, ФК П.

2. Диагноз выставлен на основании критериев Киселя-Джонсона: наличия двух больших критериев ОРЛ (кардит: клинически приглушение тонов сердца, нежный систолический шум в I и V точках аускультации с иррадиацией в подмышечную область, акцент II тона на лёгочной артерии, по ЭхоКГ краевое утолщение створок митрального

клапана, признаки митральной регургитации I степени); артрита (жалобы на боли в голеностопных, коленных, тазобедренных суставах мигрирующего характера, отёчность параартикулярных тканей, при объективном осмотре кожа над правым коленным и левым голеностопным суставами гиперемирована, суставы горячие на ощупь, движения в них ограничены из-за болезненности, деформация правого коленного и левого голеностопного суставов) при наличии данных, подтверждающих перенесённую инфекцию бета-гемолитического стрептококка группы А (высокий титр антистрептолизина-О, в анамнезе указание на перенесённый 3 недели назад назофарингит с лихорадкой).

Активность II - кардит и полиартрит умеренно выражены, явления сердечной недостаточности I степени, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом; СОЭ >30 мм/ч, АСЛ-О >400 ЕД.

Стадия I недостаточности кровообращения по Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко – признаки недостаточности кровообращения по большому и малому кругу отсутствуют.

Функциональный класс II по NYHA - незначительное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, привычная физическая активность сопровождается утомляемостью, сердцебиением.

3. Больной рекомендовано исследование белков острой фазы воспаления (серомукоида, С-реактивного белка, фибриногена, общего белка и белковых фракций) для дополнительной оценки степени активности процесса; бактериологическое исследование микрофлоры зева для выявления носительства бета-гемолитического стрептококка группы А; проведение ЭКГ для выявления признаков ревмокардита; проба по Шалкову для оценки толерантности сердечно-сосудистой системы к нагрузкам; УЗИ либо рентгенография тазобедренных, коленных, голеностопных суставов для исключения деструкции суставных поверхностей; УЗИ абдоминальное, УЗИ плевральных полостей для исключения серозитов; определение уровня ЦИК как маркера токсико-иммунного повреждения органов и тканей; осмотр невролога для выявления симптомов ревматической хореи; осмотр врача-отоларинголога, врача-стоматолога для диагностики очагов хронической стрептококковой инфекции.

4. Этиотропная терапия – антибиотики группы пенициллинов, ввиду неспособности бета-гемолитического стрептококка к выработке бета-лактамаз. Оптимальным препаратом из группы оральных пенициллинов является Амоксициллин, который по противострептококковой активности аналогичен Феноксиметилпенициллину, но существенно превосходит его по своим фармакокинетическим характеристикам, отличаясь большей биодоступностью и меньшей степенью связывания с сывороточными белками. При непереносимости бета-лактамов целесообразно назначение макролидов (Азитромицин, Кларитромицин, Джозамицин), цефалоспоринов (Цефалексин, Цефазолин и др.), противострептококковая активность которых сопоставима с таковой для пенициллина. Длительность антибактериальной терапии – 10-14 дней (Азитромицин – 3 дня) для предупреждения антибиотикорезистентности микрофлоры. Антибактериальные препараты назначаются в обычных возрастных дозах.

Патогенетическое (противовоспалительное) лечение – назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (Диклофенак с учётом возраста больной) в средней

дозе 2-3мг/кг/сутки (25 мг в 2 приёма), длительность лечения индивидуальная, определяется динамикой клинической картины.

Микроэлементы, витамины и препараты других групп—препараты калия в возрастной дозировке как средства, улучшающие метаболизм миокарда в течение 3-4 недель.

5. Необходимо проведение вторичной профилактики, направленной на предупреждение повторных атак и прогрессирования заболевания после перенесенной ОРЛ. Вторичная профилактика регулярное круглогодичное введение пенициллина пролонгированного действия (Бензатина бензилпенициллин). Препарат вводят глубоко внутримышечно в дозе 600 000 ЕД 1 раз в 3 недели (так как масса ребёнка 21 кг). Длительность терапии в случае излеченного кардита без формирования порока сердца — не менее 10 лет после последней атаки или до 25-летнего возраста (по принципу «что дольше»).

Помимо этого, показана третичная профилактика – профилактика инфекционного эндокардита. Заключается в назначении АБ больным с ОРЛ при экстракции зубов, аденотомии, инвазивных манипуляциях – ФГДС, а также при ОРЗ. Назначаются антистафилококковые антибиотики до и после манипуляции (в течение 10 дней).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003314

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Хронический поверхностный гастродуоденит, ассоциированный с Нр, стадия обострение.

2. Диагноз подтверждается жалобами (на боли в животе, чувство жжения за грудиной, отрыжку кислым, воздухом, изжогу), данными анамнеза (боли в животе беспокоят 3 года), объективными данными (при пальпации живот болезнен в области эпигастрия), инструментальными методами (ФЭГДС –сливающиеся эрозии слизистой пищевода, гиперемия антрального отдела желудка, луковицы двенадцатиперстной кишки).

3. Пациентке рекомендовано: копрологии, УЗИ органов брюшной полости.

4. Ингибиторы протонной помпы.

Антибактериальные препараты, с целью эрадикации НР.

Прокинетики.

Антациды

5. Повторную эрадикацию Нр можно проводить не ранее, чем через 3 месяца. Используют препараты других групп.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003316

1. Хронический панкреатит средней тяжести в стадии обострения на фоне аномалии протоков поджелудочной железы.

2. На основании анамнеза настоящего заболевания: в течение 1,5 лет у ребёнка повторные приступы болей в околопупочной области и левом подреберье, иррадиирующие иногда в спину или имеющие опоясывающий характер, боли сопровождаются многократной рвотой. Приступы провоцируются обильной пищей, «праздничным» столом. Стул неустойчив, часто разжижен и обильный.

Из анамнеза жизни: у матери 34 лет - гастрит, у бабушки (по матери) – холецисто-панкреатит, сахарный диабет.

При осмотре: живот вздут в верхней половине, при глубокой пальпации болезненный в эпигастрии, и зоне Шоффара, точках Дежардена, Мейо-Робсона.

Диагноз подтверждается лабораторными и инструментальными методами исследования.

3. При обструктивной форме хронического панкреатита повышенное давление в протоке поджелудочной железы приводит к его равномерному расширению, при этом секрет выводит за пределы протоков, что сопровождается повреждением ацинарных клеток. При длительной обструкции развивается перидуктулярный фиброз с формированием стеноза протоков и атрофии ацинарной ткани.

4. Дифференцируют с:

- диспанкреатизмом (боли нестойкие, разлитые, перемещающиеся из подреберья в подреберье). Болезненность в эпигастрии, подреберье, точке Мейо-Робсона, тошнота, метеоризм, отрыжка;

- реактивным панкреатитом (боли интенсивные, над пупком и левее иррадиирующие влево и спину, постоянные или после еды), болезненность в зоне Шоффара, Губергрица, симптомы Кертге, Мейо- Робсона, Кача, тошнота, рвота, метеоризм, иногда кратковременная диарея;

- язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки;

- хронические заболевания кишечника.

5. Рекомендуется некоторое ограничение жиров (до 80-90%), легкоусвояемых углеводов и некоторое увеличение белков (до 130%). Исключить мясные блюда, острую и жареную пищу, копчёности, шоколад, кофе.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003328

1. Аутоиммунная гемолитическая анемия.

2. В общем анализе крови: анемия, ретикулоцитоз, лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, анизоцитоз, микроцитоз, гипербили-рубинемия.

3. Дифференциальную диагностику необходимо провести со следующими заболеваниями:

гемолитическая анемия наследственного характера, инфекциями, гепатитами, острым лейкозом.

4. -Гормонотерапия - глюкокортикоиды в расчёте 2 мг/кг в сутки;

-гемотрансфузия - переливание отмытой Ег – массы;

-симптоматическая терапия - коррекция белкового обмена;

-витаминотерапия.

5. При аутоиммунной гемолитической анемии наблюдается внутриклеточный гемолиз, признаками которого являются гипербилирубинемия, в основном за счёт непрямой фракции и положительная реакция Кумбса.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003330

1. Гемофилия. Гемартроз правого коленного сустава.

2. -Анализ родословной ребёнка;
-определение VIII и IX факторов;
-время рекальцификации плазмы.
3. Дифференциальную диагностику необходимо провести со следующими заболеваниями: иммунная тромбоцитопеническая пурпура, геморрагический васкулит, реактивный артрит.
4. Заменное переливание VIII фактора 10-20 ЕД/кг, при его отсутствии: криопреципитат 10-15 ЕД/кг внутривенно струйно.
5. По мере развития гематомы, в ней возрастает давление, она сдавливает надкостницу, что вызывает резкие боли.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003331

1. Гемолитико - уремический синдром. Почечная недостаточность. Гемолитическая анемия. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура.
2. В патогенезе гемолиза основную роль играют следующие факторы:
 1. Нарушение в электролитном обмене - значительная перегрузка Ег ионами Na и С1; происходит их отёк;
 2. Ег приобретают искажённые формы в виде палочек, дисков, яичной скорлупы с фестончатыми краями. В связи с этим происходит преждевременное разрушение Ег.
 3. Общим признаком гемолиза является снижение уровня белка гаптоглобина. Признаком внутрисосудистого гемолиза является наличие свободного НЬ плазмы в сочетании с НЬ - урией. Признаком внутриклеточного гемолиза является повышение общего билирубина сыворотки за счёт непрямой фракции до 155,0 мкмоль/л и более.
 4. Дифференциальную диагностику следует проводить с почечной недостаточностью:

почечная недостаточность развивается на фоне почечной патологии без гемолиза и Тг - пении.
 5. Необходимо провести следующие экстренные мероприятия:
 - гормонотерапия - глюкокортикоиды в расчёте 2 мг/кг в сутки;
 - гемотрансфузия - переливание отмытой Ег - массы;
 - симптоматическая терапия;
 - коррекция водно-электролитного, белкового обменов;
 - сердечные гликозиды;
 - витаминотерапия.

В более тяжёлых случаях - заменное переливание крови, перитониальный диализ, гемодиализ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003336

1. Синдром Картагенера. ДН II степени.
2. Чаще всего выявляется нарушение внешнего дыхания по обструктивному типу, у части больных ФВД без изменений.
3. Исследование ФВД, КТ органов грудной клетки, ЭКГ, Эхо-ГК, посев мокроты.

4. Лечение в специализированном пульмонологическом стационаре или отделении. Профилактика развития бронхоэктазов. Сохранение или восстановление нормальной лёгочной функции. Лечение сопутствующих заболеваний и осложнений основного заболевания.

5. Наблюдение у врача-педиатра, врача-пульмонолога, врача-отоларинголога, врача-сурдолога по показаниям. Прогноз при адекватной терапии обострений и профилактики осложнений и вторичных заболеваний относительно благоприятный.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003339

1. Гемофилия А, средней тяжести.
2. Геморрагический эпиданамнез и поражение суставов у мальчика, поражение круглых суставов и наружные кровотечения в семье у лиц мужского пола по материнской линии.

3. Болевой синдром связан с постепенным растяжением капсулы сустава – боль отсрочена.

4. Необходимые исследования: свертываемость крови, коагулограмма, выявление дефицита фактора VIII.

5. Лечение: постельный режим, иммобилизация сустава, концентрат VIII фактора 10-20 ед/кг в/в струйно через каждые 6-8 часов в течение 3-4 дней, физиолечение на сустав с 3 дня – электрофорез с аминокaproновой кислотой, затем с Димексидом.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003382

1. Диафрагмальная грыжа, ДН 3 степени.
2. В клинической картине данного заболевания ведущим является синдром тяжёлой дыхательной недостаточности III степени.

3. Внелёгочные причины дыхательных нарушений: диафрагмальная грыжа, врождённые пороки сердца, родовая травма ЦНС, асфиксия.

Лёгочные причины неинфекционной природы: ВПР - агенезия, аплазия лёгкого, кистозная гипоплазия, поликистоз, пневмоторакс, пневмопатии, БЛД.

Лёгочные причины инфекционной природы - пневмонии.

4. Необходимые методы обследования: обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости, УЗИ сердца и органов брюшной полости; нейросонография, показатели сатурации кислорода и анализ КОС; определение АД.

5. Неотложная помощь в виде интубации трахеи с последующим проведением ИВЛ. Нормализация газового состава крови.

Срочная госпитализация новорожденного в хирургическое отделение после установления диагноза для проведения экстренной хирургической коррекции данного порока.

Ошибочная тактика врача в проведении СДППД. При данном заболевании противопоказано проведение масочной ИВЛ и СДППД.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003383

1. Геморрагическая болезнь новорожденного, классическая, желудочно-

кишечное кровотечение. Гипоксическое повреждение ЦНС, церебральная ишемия 2 степени, синдром угнетения, интерстициальный отёк головного мозга. Конъюгационная желтуха.

2. Синдром «заглоченой крови», ДВС- синдром, тромбоцитопении, тромбоцитопатии, гемофилия.

3. Контроль уровня гемоглобина, гематокрита, эритроцитов, тромбоцитов, времени длительности кровотечения и времени свертывания, проведение пробы Апта, УЗИ органов брюшной полости.

4. Отменить энтеральное питание, поить раствором тромбина в эписилон-аминокапроновой кислоте, ввести Викасол в/м. При продолжении кровотечения или его усилении- переливание одногруппной свежезамороженной плазмы или препаратов протромбинового комплекса (протромбоплекс и др.).

5. Динамический контроль клинического крови. Исследование биохимических показателей крови (АЛТ, АСТ, билирубин и его фракции, профилактика развития анемии, консультация невропатолога с проведением повторной НСГ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003384

1. В данном случае следует думать о врожденной желтушной форме гемолитической болезни новорожденного, обусловленной резус-конфликтом.

2. Для уточнения диагноза необходимо исследовать группу крови и резус фактор ребёнка, проведение пробы Кумбса, определение резус антител в сыворотке крови матери, почасовой прирост билирубина в сыворотке крови новорожденного.

3. Во время беременности резус отрицательные женщины должны ежемесячно контролировать титр антирезусных антител до 30 недель беременности, затем каждые 2 недели до родоразрешения.

4. Можно. Введением антирезусного иммуноглобулина до 28 недели беременности при отсутствии резус антител в сыворотке крови матери.

5. Данное заболевание следует дифференцировать с внутриутробными инфекциями (ЦМВИ), наследственными гемолитическими анемиями.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003385

1. Физиологическая убыль массы тела, милиа, половой криз в форме нагрубания молочных желез, транзиторный катар кишечника, транзиторное шелушение кожных покровов, мочекислый инфаркт.

2. Физиологическая потеря массы тела связана с недостаточным поступлением молока в первые дни жизни, что обусловлено становлением лактации на 3-4 день после родов и связано с гормональной активностью гипофизарной системы, потерей жидкости, с переходом на аэробный тип дыхания и потерей жидкости через кожу. Физиологическая убыль массы тела не должна превышать 6 – 8 % от первоначальной массы при рождении.

3. В анализе крови отмечается транзиторная полицитемия (повышенное содержание гемоглобина и эритроцитов), характерная для новорожденных детей. Формула крови отражает перекрест с равным количеством нейтрофилов и лимфоцитов, который отмечается на 4-5 день жизни.

Изменения в анализах мочи характерны для мочекишечного инфаркта и связаны с катаболической направленностью обменных процессов у новорожденных в первые дни жизни. Эти изменения проходят к концу 1 недели жизни и не требуют консультации врача-нефролога, так как являются парафизиологическим состоянием.

4. Изменение стула характеризует транзиторный катар кишечника, который связан с изменением характера питания, переходом на лактотрофный тип питания и раздражение кишечника жирами и белками молозива, заселением кишечника условно патогенной флорой, низкой кислотностью желудочно-кишечного тракта. Данное состояние коррекции не требует. Стул становится гомогенным и однородным к концу 1-2 недели жизни.

5. Увеличение молочных желез отражает половой криз как у девочек, так и у мальчиков. Появление полового криза связано с освобождением организма новорожденного ребёнка от материнских эстрогенов. Обратное развитие наступает спустя 1-2 недели, специального лечения данное состояние не требует.

Запрещается выдавливание секрета из молочных желез и обработка дезинфицирующими средствами. Дополнительной консультации врача-хирурга не требуется.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003387

1. Ребёнок рождён в тяжёлой асфиксии, в состоянии гипоксического гиповолемического шока с оценкой по Апгар 1 балл.

2. Факторами, способствующими рождению ребёнка в состоянии тяжёлой асфиксии с признаками гипоксического гиповолемического шока, явились:

- тяжёлая хроническая гипоксия плода, обусловленная отягощённым акушерским анамнезом, угрозой прерывания на поздних сроках беременности, развитием тяжёлой хронической фето-плацентарной недостаточности;
- отслойка нормально расположенной плаценты, способствовавшая развитию острой гипоксии новорожденного ребёнка.

3. Общими принципами лечения асфиксии новорожденного ребёнка является проведение первичных реанимационных мероприятий, направленных на восстановление адекватного дыхания и поддержания кровообращения, предупреждение развития осложнений.

4. Ребёнку в данной ситуации необходимо было проведение начальных мероприятий реанимации с соблюдением теплосберегающих технологий, санация дыхательных путей электроотсосом посредством интубации трахеи, ИВЛ мешком Амбу через интубационную трубку, непрямой массаж сердца, с последующей лекарственной терапией: для поддержания ОЦК- введение физиологического раствора в вену пуповины, при сохраняющейся брадикардии – введение адреналина.

5. Тяжёлая асфиксия в раннем неонатальном периоде может сопровождаться развитием гипоксически-ишемических повреждений ЦНС с возможным развитием ДЦП; ишемической нефропатии; острой сердечной недостаточности; язвенно-некротического энтероколита, хронических заболеваний лёгких, может явиться причиной смерти в

неонатальном периоде.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003388

1. Железодефицитная анемия средней степени тяжести. Избыток массы 2 степени. Нормосомия.

2. Диагноз «железодефицитная анемия» установлен на основании данных объективного осмотра (наличие анемического и сидеропенического синдромов) и результатов анализа крови и морфологии эритроцитов.

Оценка физического развития произведена с учётом возраста ребёнка и показателей роста и массы тела.

3. Для подтверждения железодефицитной анемии и дифференциальной диагностики с другими видами анемий пациенту необходимо провести:

1. Клинический анализ крови, с определением числа ретикулоцитов, эритрометрических индексов (MCV, MCH, MCHC), морфологии эритроцитов.

2. Биохимический анализ крови: сывороточное железо, ОЖСС, ферритин, АЛТ, АСТ, билирубин и его фракции, мочевины, креатинина, глюкоза, общий белок.

Для выявления заболеваний, которые могут сопровождаться хронической кровопотерей или приводить к нарушению усвоения железа.

3. Общий анализ мочи, копрограмма.

4. Анализ кала на яйца гельминтов, кал на скрытую кровь.

5. УЗИ органов брюшной полости, почек, мочевого пузыря, малого таза.

4. Организовать для ребёнка правильный режим дня: ежедневные прогулки на свежем воздухе не менее 1-1,5 ч, профилактический массаж и гимнастика.

Провести коррекцию диеты: исключить цельное молоко, количество кисломолочных напитков не более 200 мл, включить продукты, содержащие железо и другие микроэлементы: мясные продукты, творог, желток, фрукты, овощи.

Препараты железа перорально из расчёта 3-5 мг/кг в сутки в 2-3 приёма на 4 недели, с последующим контролем гематологических показателей через 10-14 дней.

5. Продолжить терапию препаратами железа в прежней дозе еще в течение 2 недель, с дальнейшим переходом на поддерживающую дозу (0,5 от лечебной – 2,5 мг/кг в сутки) еще в течение 4 недель, продолжить диетотерапию и динамическое наблюдение с контролем гематологических показателей.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003389

1. Гемолитико-уремический синдром, типичная форма, тяжёлой степени. Олигоанурия. Сепсис?

2. Диагноз «гемолитико-уремический синдром», типичная форма выставлен на основании развития у ребёнка раннего возраста на фоне кишечной инфекции с гемоколитом клинико-лабораторной триады синдромов (триады Гассера): острой почечной недостаточности, проявившейся олигоанурией, синдромом уремической интоксикации (вялость, заторможенность) с повышением азотистых шлаков (повышение креатинина, мочевины, цистатина С), гипергидратацией (отёчность голеней передней брюшной стенки, возможно, отёк головного мозга как причина судорожного синдрома);

гемолитической анемии тяжёлой степени тяжести (снижение уровня эритроцитов, гемоглобина, гипербилирубинемия за счёт непрямой фракции, увеличение селезёнки); тромбоцитопении. Указанные синдромы свидетельствуют о развитии тромботической микроангиопатии с органом-мишенью – почки.

3. 1. Морфология эритроцитов (наличие шизоцитов), уровень Ret крови. Необходимы для подтверждения гемолитического характера анемии, наличие шизоцитов подтверждает диагноз «гемолитико-уремического синдрома» как проявление тромботической микроангиопатии.

2. Проба Кумбса, осмотическая резистентность эритроцитов. Необходимы для исключения аутоиммунного и наследственного (микросфероцитарная) характера гемолитической анемии.

3. Бак. посев кала, анализ кала на шига-токсин. Для подтверждения этиологической роли шига-токсин-продуцирующей E. Coli.

4. Анализ крови на электролиты и КЩС. Развитие гиперкалиемии при остром повреждении почек является жизнеугрожающим состоянием. Показатели КЩС необходимы для соответствующей коррекции метаболического ацидоза, развитие которого также характерно при остром повреждении почек.

5. Консультация врача-невропатолога, врача-офтальмолога (глазное дно). Необходимы для исключения отёка головного мозга, геморрагических осложнений (учитывая эпизод судорожного синдрома).

6. Посев крови на стерильность, СРБ и прокальцитонин. Исключение генерализованного бактериального процесса, поскольку имеются признаки системной воспалительной реакции (лихорадка, гематологические изменения в крови в виде ускоренной СОЭ, лейкоцитоза, нейтрофилеза со сдвигом влево, тромбоцитопении), почечная недостаточность.

7. УЗИ почек с доплерографией. Исследование подтвердит нарушение почечного кровотока как проявление тромботической микроангиопатии.

4. 1. Показана заместительная почечная терапия (учитывая наличие анурии более суток, повышение азотистых шлаков). Учитывая малый вес ребёнка, метод выбора – перитонеальный диализ.

2. Коррекция артериальной гипертензии ингибиторами АПФ.

3. Антибактериальная терапия с целью профилактики инфекционных осложнений. Дозировка с учётом почечной недостаточности.

5. Возможные исходы гемолитико-уремического синдрома: выздоровление, формирование хронического тубуло-интерстициального нефрита (хронической болезни почек). У данного пациента прогностически неблагоприятными факторами является наличие артериальной гипертензии, протеинурии. Длительность анурического периода определит прогноз заболевания (неблагоприятным является анурический период более 21 суток).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003391

1. Острый (постстрептококковый) гломерулонефрит с нефритическим синдромом, почечная недостаточность острого периода гломерулонефрита.

2. Диагноз «острый гломерулонефрит» с нефритическим синдромом выставлен на основании острого развития у ребёнка младшего школьного возраста через 2 недели после перенесённой ангины клинико-лабораторного симптомокомплекса нефритического синдрома: отёки, артериальная гипертензия, олигурия, гематурия (макрогематурия, эритроциты сплошь в анализах мочи), цилиндрурия, воспалительной активности крови (ускорение СОЭ, повышение СРБ). Учитываем, что ранее изменений в анализах мочи в виде эритроцитурии не было, в объективном статусе гипертрофия и разрыхленность миндалин. Почечная недостаточность острого периода выставляется на основании повышения уровня креатинина, мочевины, цистатина С на фоне олигурии.

3. Для определения этиологической роли β -гемолитического стрептококка группы А и подбора антибактериальной терапии: мазок из зева на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, АСЛО.

Коагулограмма – для решения вопроса о подключении антикоагулянтной терапии.

Для подтверждения иммунокомплексного генеза заболевания: иммунограмма (Ig А, М, G, ЦИК, С3- С4- компоненты комплемента).

Анализ на суточную протеинурию.

УЗИ почек и мочевого пузыря.

4. Для уточнения функционального состояния почек показано исследование парциальных почечных функций:

- Клиренс по эндогенному креатинину (СКФ, проба Реберга) – учитывая олигурию, повышение азотистых шлаков и цистатина С ожидается снижение показателя СКФ;
- Анализ мочи по Зимницкому – учитывая низкий удельный вес 1009 в общем анализе мочи предполагаем гипоизостенурию, свидетельствующую о нарушении функции петли Генле.
- Анализ мочи на титруемую кислотность и аммионогенез – предполагаем снижение показателей на основании щелочного характера мочи.
- Канальцевая реабсорбция – результат прогнозировать не представляется возможным.

Таким образом, предполагаем гломерулярные и тубулярные нарушения.

5. Режим – постельный при выраженных отёках, макрогематурии, умеренной/тяжёлой АГ. При улучшении состояния режим постепенно расширяют.

Диета: ограничение потребления соли (до 1-2 г/сут) и жидкости в острый период болезни, особенно при быстром нарастании отёков, олигурии и АГ. Объём жидкости рассчитывают, исходя из диуреза за предыдущий день с учётом внепочечных потерь, приём жидкости не должен превышать диуреза более чем на 200 мл; с ограничением белка до 0,5 г/кг/сут при снижении функции почек менее 60 мл/мин (до нормализации СКФ и уровня креатинина в крови, но не дольше 2-4 недель).

Антибактериальная терапия (группа пенициллинов).

Симптоматическая терапия: для лечения артериальной гипертензии ингибиторы АПФ.

При выраженной гиперкоагуляции возможно назначение антикоагулянтов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003398

1. Внебольничная правосторонняя долевая (крупозная) пневмония, тяжёлая, ДН-II.
2. Острое начало заболевания, выраженная интоксикация, боли в животе и правой половине грудной клетки, румянец щёк больше справа, выраженная одышка, бронхиальное дыхание в месте притупления и отсутствие хрипов, выраженные воспалительные изменения в крови свидетельствуют в пользу крупозной (пневмококковой) пневмонии.
3. В начале заболевания можно выслушать крепитацию *indux*, что соответствует морфологической стадии «прилива», затем отсутствие хрипов на фоне бронхиального дыхания - стадия «опеченения», затем – крепитация *gedux*, соответствующая стадии рассасывания.
4. В-лактамы антибиотики, в первую очередь Амоксициллин в высокой дозе – 90 мг/кг в сутки.
5. Курс лечения неосложнённой пневмонии в среднем 10 дней. Клиническая симптоматика исчезает, рентгенологическая картина в виде усиления рисунка сохраняется 2-4 недели.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003399

1. Острый обструктивный бронхит, ДН-II.
2. Чаще всего это вирусная инфекция, особенно у детей с отягощённой наследственностью по аллергозаболеваниям.
3. Купирование обструкции: ингаляции через небулайзер с Беродуалом, если через 20 минут нет эффекта – повторить, если вновь нет эффекта – опять повторить + ингаляция с Пульмикортом.
 При улучшении добавить муколитики через небулайзер (Лазолван, Амбробене).
 Кислородотерапия.
 Вибрационный массаж.
4. При подозрении на инородное тело.
5. Прогноз благоприятный, но учитывая отягощённую наследственность необходимо соблюдение гипоаллергенной обстановки и диеты. Закаливание ребёнка.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003401

1. Внебольничная, правосторонняя, очагово-сливная, пневмония, тяжёлая, ДН II степени. Диагноз выставлен на основании клинических данных – появление фебрильной температуры тела, влажного кашля, выраженных симптомов интоксикации, дыхательной недостаточности, одышки с участием вспомогательной мускулатуры, укорочение перкуторного звука, локальное ослабление дыхания справа под углом лопатки, воспалительные изменения со стороны крови, рентгенологические изменения.
2. В биохимическом анализе крови можно ожидать повышение С-реактивного белка, прокальцитонина, диспротеинемия.
3. Аэрогенный путь попадания возбудителя - фиксация и размножение инфекционного агента в эпителии респираторных бронхиол - нарушение проходимости бронхов, расстройство микроциркуляции, воспалительная инфильтрация,

интерстициальный отёк и снижение воздушности лёгочной паренхимы приводят к нарушению перфузии газов и гипоксемии; последняя сопровождается респираторным ацидозом, гиперкапнией, компенсаторной одышкой и появлением других клинических признаков дыхательной недостаточности. Пневмония у детей нередко сопровождается не только дыхательной, но и сердечно-сосудистой недостаточностью, возникающей в результате циркуляторных нарушений, перегрузки малого круга кровообращения.

4. Антибактериальная терапия (Амоксициллин или Ампициллин парентерально), при отсутствии эффекта в течение 48 часов – Амоксициллин клавуланат или ЦС-2, ЦС-3 парентерально.

Противовирусная терапия (Арбидол, Инозин-пранобекс).

Кислородотерапия.

Муколитики.

5. Нет, так как у пациента тяжёлая пневмония.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003432

1. ВПС с препятствием в большом круге кровообращения: коарктация аорты в нисходящем отделе с градиентом давления 47 мм рт. ст. Умеренная гипоплазия аорты во всех отделах, фаза субкомпенсации. СН- ПА.

Сопутствующий: Хронический компенсированный тонзиллит, ремиссия.

2. Диагноз «ВПС, коарктация аорты в нисходящем отделе с градиентом давления 47 мм рт.ст., умеренная гипоплазия аорты во всех отделах» выставлен

- на основании жалоб (на периодические головные боли, головокружение, слабость, утомляемость);
- отягощённого анамнеза жизни (от первой беременности, протекавшей с ОРВИ в 9 недель от женщины, страдающей хроническим пиелонефритом, герпетической инфекцией);
- анамнеза заболевания (шум в сердце, впервые выслушан в 5 лет (обследование не проведено) в последние 2 недели – появление вышеупомянутых жалоб);
- данных осмотра (диспропорциональное развитие мышечной системы – верхние конечности гипертрофированы, нижние конечности холодные на ощупь, акцент II тона на аорте, по левому краю грудины – грубый систолический шум, иррадиирующий в межлопаточное пространство, на сосуды шеи, повышение АД на руках до 140/90, снижение на ногах до 90/60, пульс на бедренных артериях не определяется);
- результатов инструментальных методов обследования (на ЭКГ - признаки гипертрофии левого желудочка, на ЭХО КС - коарктация аорты в нисходящем отделе с градиентом давления 47 мм рт.ст., умеренная гипоплазия аорты во всех отделах, гипертрофия левого желудочка, сократительная способность 78%, диастолическая объёмная перегрузка левого желудочка, умеренно расширено левое предсердие);
- результатов рентгенографии грудной клетки (КТИ - 0,52; узурация нижних краёв рёбер; результатов осмотра врача-окулиста: ангиопатия сетчатки).

Данный ВПС относится к порокам с препятствием в большом круге

кровообращения.

Фаза субкомпенсации, СН II А выставлена на основании вышеуказанных жалоб, тахикардии (ЧСС - 100 в минуту), одышки (ЧД - 23 в минуту в покое), сопутствующий диагноз «хронический компенсированный тонзиллит, ремиссия» выставлен в результате осмотра врача-отоларинголога.

3. Пациенту рекомендовано:

- проведение суточного мониторирования АД для верификации отклонений в суточном ритме и величине;
- УЗИ почек (для исключения почечного генеза повышения АД);
- консультация врача-кардиохирурга для решения вопроса о необходимости и сроках проведения оперативного лечения. Консультация может быть проведена планово по месту жительства ребёнка, во время выезда специалистов.

4. Ребёнок нуждается в госпитализации в кардиологическое отделение.

Режим Iб (постельный).

Питание полноценное, ограничение поваренной соли до 3 граммов в сутки.

Питьевой режим по диурезу с целью снижения АД.

Контроль АД 2 раза в день.

Каптоприл $0,3 \text{ мг/кг} \times 23 \text{ кг} = 7 \text{ мг}$ (1/4 таблетки). Приём по 1/4 таблетки 3 раза в день, с увеличением дозы по мере необходимости длительно (с целью снижения АД).

Спиронолактон 20 мг в 18.00, 20 мг в 20.00 (для уменьшения СН).

Левокарнитин 30% - 15 кап. $\times 2$ раза в день, 1 месяц (метаболическая терапия).

Пантогам – по $0,125 \times 2$ раза в день 1 месяц (ноотропный препарат).

5. Наблюдение и лечение продолжать под контролем врача-кардиолога и врача-педиатра участкового по месту жительства.

Необходимо обеспечить полноценное питание. Исключить контакт с инфекционными больными.

Провести противорецидивное лечение по поводу хронического тонзиллита.

Продолжить медикаментозное лечение ингибитором АПФ, диуретиком (постоянно), метаболическую терапию (до 1 месяца), приём поливитаминов с микроэлементами 1 месяц.

ЛФК. Вакцинация по индивидуальному календарю по заключению врача-иммунолога.

Осмотр врача-кардиохирурга для решения вопроса о сроках оперативного лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003439

1. Внебольничная левосторонняя очаговая пневмония, средней степени тяжести, неосложнённая.

2. У детей 3 месяцев - 5 лет чаще всего внебольничную пневмонию вызывает *S. pneumoniae*. Препаратом выбора при пневмококковых инфекциях является Амоксициллин.

3. Амоксициллин назначают перорально в суточной дозе 30 мг/кг (до 60 мг/кг), кратность приёма - 2–3 раза в сутки в течение 7-10 дней.

4. Амоксициллин - антибактериальное бактерицидное кислотоустойчивое средство широкого спектра действия из группы полусинтетических пенициллинов. По фармакологическому указателю Амоксициллин относится к группе «Пенициллины».

Препарат не активен в отношении бактерий, вырабатывающих фермент пенициллиназу, которая его нейтрализует.

5. Аллергические реакции (гиперемия кожи, ринит, конъюнктивит, эксфолиативный дерматит, многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса-Джонсона, анафилактический шок, макулопапулёзная сыпь, зуд, крапивница, отёк Квинке, реакции, сходные с сывороточной болезнью);

со стороны органов желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, изменение вкуса, диарея, боль в области ануса, стоматит, глоссит);

со стороны нервной системы и органов чувств (возбуждение, беспокойство, бессонница, спутанность сознания, изменение поведения, головная боль, головокружение, судорожные реакции);

со стороны сердечно-сосудистой системы и крови (тахикардия, транзиторная анемия, тромбоцитопеническая пурпура, эозинофилия, лейкопения, нейтропения и агранулоцитоз);

прочие (затруднённое дыхание, боль в суставах, интерстициальный нефрит, умеренное повышение уровня трансаминаз в крови; осложнения, обусловленные химиотерапевтическим действием: дисбактериоз, суперинфекция (особенно у пациентов с хроническими заболеваниями или сниженной резистентностью организма), кандидоз полости рта или влагалища, псевдомембранозный или геморрагический колит).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003445

1. Внебольничная правосторонняя очаговая пневмония, средней степени тяжести, острое течение, неосложненная. ДН I степени тяжести.

2. Субфебрильная температура – это защитная реакция организма (повышается активность фагоцитов и продукция интерферонов, увеличивается освобождение лизосомальных ферментов). Однако, если больной плохо переносит температуру, или она становится фебрильной, что наблюдаем у нашего пациента, необходимо назначать жаропонижающие препараты. Выбор антипиретика основан на его безопасности и переносимости, поэтому, по международным стандартам, предпочтение отдают двум базовым препаратам — Ацетоминофену (Парацетамол) и Ибупрофену.

3. Ибупрофен относится к НПВС, является производным фенилпропионовой кислоты (Ибупрофен).

Ибупрофен – нестероидный противовоспалительный препарат оказывает противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее действие. Препарат неселективно ингибирует два изофермента циклоксигеназы (ЦОГ-1 и ЦОГ-2), участвующих в образовании из арахидоновой кислоты противовоспалительных простагландинов, потенцирующих активность медиаторов воспаления – гистамина, серотонина, брадикинина. Угнетение синтеза простагландинов объясняет способность НПВС снижать лихорадочную температуру тела. Жаропонижающий эффект появляется спустя несколько часов.

4. Назначается препарат из группы производных фенилпропионовой кислоты: Ибупрофен, суспензия для приёма внутрь, в разовой дозе 5-10 мг/кг, при необходимости 3-4 раза в день. Длительность лечения зависит от времени купирования фебрильной температуры, в среднем 2-3 дня.

Или Ацетоминофен (Парацетамол) - из группы анилидов, суспензия для приёма внутрь, в разовой дозе 10-15 мг/кг, кратность - до 4 раз в сутки (возможный интервал применения 4-6 часов). Максимальная продолжительность применения - 5-7 дней.

5. Повреждение слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта.

Аспириновая астма.

Отёки.

Гемолиз эритроцитов.

Лейкопения, агранулоцитоз.

Геморрагический синдром.

Ретинопатии и кератопатии.

Аллергические реакции.

Синдром Рейе.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003461

1. Отравление лекарственным веществом (Парацетамол). Токсический гепатит. ОРВИ (острый ринофарингит).

2. I стадия – начальная (лёгкая степень) - развивается в первые 2-4-12-24 часа с момента приёма токсической дозы препарата, симптомы интоксикации могут полностью отсутствовать. Чаще появляются боли в животе, тошнота, рвота, отсутствие аппетита, слабость, сонливость. В большинстве случаев интоксикация дальше не развивается, и наступает выздоровление.

II стадия - цитолитического гепатита (средней степени тяжести) - развивается через 24-48 часов после приёма препарата. Усиливаются боли в животе (диффузные или локализованные в правом подреберье), нарастают тошнота, рвота, появляются признаки энцефалопатии, двусторонняя люмбалгия. Желтуха может отсутствовать или быть умеренной. Обнаруживается повышение содержания в крови АлАТ и АсАТ, билирубина, удлинение протромбинового времени, креатининемия, гиперфосфатурия, протеинурия, олигоурия. Во многих случаях проявления данной стадии отравления не прогрессируют, и возможно восстановление функции поврежденных органов.

III стадия – печёночной недостаточности (тяжёлой степени тяжести) – с 3-6-х суток с момента отравления развиваются отчётливые признаки печёночной и печёочно-почечной недостаточности. Выявляется повышение содержания в крови АлАТ и АсАТ, достигающее максимума (в 20 и больше раз от нормы, до 10000 МЕ) на третьи сутки. Повышение активности АлАТ часто оказывается более значительным, чем повышение активности АсАТ. Умеренная гипербилирубинемия с увеличением обеих фракций. Гиперхолестеринемия. Умеренные проявления холестатического синдрома (повышение активности щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтрансферазы). Печёночная и почечная недостаточность. Быстрый смертельный исход (4-18 сутки). Описаны молниеносные (фульминантные) формы токсического поражения печени, требующие решения вопроса о

трансплантации органа. При благополучном исходе - нормализация функции печени через одну-две-три недели после отравления.

3. 1. Экстренная госпитализация.

2. Усиление естественной детоксикации. В первые шесть часов с момента приёма препарата – зондовое промывание желудка. Энтеросорбент (уголь активированный, Этеросорбент СКН, Полифепан и др.) за 30-40 мин до начала пероральной антидотной терапии. Вводят до 80-100 г сорбента внутрь в виде жидкой взвеси в 100-150 мл воды. Солевое слабительное.

3. Специфическая терапия. В мировой и отечественной практике в качестве средства антидотной терапии используется N-ацетилцистеин. Лечение Ацетилцистеином показано во всех случаях приёма Парацетамола в дозе от 100 мг/кг у детей.

Пероральный приём (при отсутствии рвоты или лекарственных форм для внутривенного введения). Может вводиться через интрагастральный зонд непосредственно в двенадцатиперстную кишку.

При пероральном способе введения рекомендуется продолжение специфической терапии в течение 72 часов, при внутривенном введении – 20-21 часа.

4. Синдромальная (симптоматическая) терапия. Лечение печёночной недостаточности - лечение почечной недостаточности - лечение сердечно-сосудистой недостаточности.

4. Оптимальная разовая доза составляет 10-15 мг на 1 кг веса ребёнка. Повторить приём препарата можно не ранее, чем через 4 часа, количество таких повторов - не больше 4-5 раз в сутки, суточная доза Парацетамола не должна превышать 60 мг/кг. При ректальном введении всасывание Парацетамола не такое активное и полное, как при приёме внутрь, поэтому при использовании свечей разовая доза составляет, как правило, не 10-15, а 20-25 мг/кг.

5. Форсированный диурез, гемодиализ, гемосорбция.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003463

1. Пневмония.

В этиологии внебольничной пневмонии у детей старше 5 лет сохраняется большое значение *S. pneumoniae*, на долю которого приходится 35–40% всех случаев. По мере нарастания тяжести увеличивается доля *S.aureus*, *H.influenzae*, бактерий семейства *Enterobacteriaceae* и *L.pneumophilaе*. В то же время возрастает роль атипичных бактерий (*M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*) особенно в подростковом возрасте.

2. ОАК (характерен нейтрофильный лейкоцитоз (более 15×10^9 /л) и повышение СОЭ).

Биохимический анализ крови (повышение СРБ, прокальцитонина).

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки (наличие инфильтрации лёгочной ткани).

Бактериоскопия мазка мокроты, окрашенного по Граму (экспресс-диагностика выявления группы возбудителя заболевания - грам-положительный, грам-отрицательный).

Иммунологические методы диагностики ПЦР или ИФА направлены на

обнаружение бактериального антигена и/или антител возбудителя.

3. Постельный режим.

Необходимо назначение антибактериальной терапии. У детей в возрасте старше 3 месяцев основным АБП для лечения внебольничной пневмонии является Амоксициллин (в стандартной дозе - 45–50 мг/кг в сутки), поскольку данный антибиотик обладает высокой стабильной активностью в отношении самого частого и опасного возбудителя — *S.pneumoniae*, а также в большинстве случаев активен в отношении *H.influenzae*.

Больным с фоновыми заболеваниями или принимавшим АБП в предшествующие 3 месяца назначается Амоксициллин/Клавуланат или цефалоспорины 2 поколения. В регионах с высоким уровнем резистентности *S. pneumoniae* к Пенициллину и у детей с риском того, что заболевание вызвано резистентным штаммом (прежде всего - нахождение в детских учреждениях с круглосуточным пребыванием) рекомендуется использование дозы Амоксициллина в 2 раза выше - 80–90 мг/кг в сутки.

При наличии признаков внебольничной пневмонии микоплазменной или хламидийной этиологии, а также у пациентов с установленной аллергией на β-лактамы целесообразно назначение макролидов. Во втором случае необходимо учитывать, что резистентность *S.pneumoniae* к 16-членным макролидам (Джозамицин, Мидекамицин, Спирамицин) наблюдается реже. В случаях отсутствия ответа на стартовую эмпирическую терапию (в особенности у детей старше 5 лет) рекомендуется добавить к β-лактамному антибиотику макролидный.

В составе симптоматической терапии (по показаниям): инфузионная, муколитическая, бронхолитическая, жаропонижающая терапия.

4. Осложнения аллергического характера (кожные реакции, отёк Квинке, анафилактический шок).

Осложнения, обусловленные химиотерапевтической активностью антибиотиков (антибиотик-ассоциированная диарея).

Осложнения, связанные с органотоксическими свойствами антибиотиков (нефротоксичность, гепатотоксичность, тератогенность, эмбриотоксичность, повреждающее действие на гемопоэз).

5. Клинические критерии оценки эффективности антибактериальной терапии (снижение температуры тела, уменьшение симптомов интоксикации - в течение 48-72 часов, улучшение аускультативной картины в лёгких); лабораторно-инструментальные (нормализация показателей крови, рентгенологический контроль).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003464

1. Железодефицитная анемия средней степени тяжести.

2. Диагноз «железодефицитная анемия» установлен на основании данных объективного осмотра (наличие анемического и сидеропенического синдромов) и результатов анализа крови и морфологии эритроцитов (гипохромная анемия с микроанизоцитозом).

3. Биохимический анализ крови: сывороточное железо, общая железосвязывающая способность сыворотки, ферритин, АЛТ, АСТ, билирубин и его фракции, мочевины, креатинин, глюкоза, общий белок. Для подтверждения дефицита

железа и выявления заболеваний, которые могут сопровождаться хронической кровопотерей или приводить к нарушению усвоения железа.

Общий анализ мочи, копрограмма.

Анализ кала на яйца гельминтов, кал на скрытую кровь.

УЗИ органов брюшной полости, почек, мочевого пузыря, малого таза.

4. Лечение железодефицитной анемии.

В настоящее время все препараты железа разделяют на две группы:

ионные железосодержащие препараты (солевые, полисахаридные соединения железа) – Гемофер, Ферронат, Сорбифер-дурулес, Ферроплекс и др.;

неионные соединения (гидроксид-полимальтозный комплекс трёхвалентного железа) – Мальтофер, Феррум лек.

Неионные соединения железа, представленные гидроксид-полимальтозным комплексом Fe (III): структура комплекса состоит из многоядерных центров гидроксида – Fe (III), окружённых нековалентно связанными молекулами полимальтозы. Химическая структура данного комплекса максимально приближена к структуре естественных соединений железа с ферритином. Данные особенности гидроксид-полимальтозного комплекса Fe (III) обеспечивают поступление трёхвалентного железа из кишечника в кровь путем активного всасывания. Это объясняет невозможность передозировки препаратов в отличие от солевых соединений железа, всасывание которых происходит по градиенту концентрации.

Рекомендуемая доза препаратов Fe (III) на основе гидроксид-полимальтозный комплекса трёхвалентного железа в детской практике должна составлять 5 мг/кг массы тела в сутки независимо от возраста. Назначение препаратов неионного Fe (III) не требует постепенного увеличения дозы до терапевтической и лечение начинается с полной дозы.

При необходимости может быть использована так называемая «трапециевидная» методика расчёта лечебной дозы препарата железа, которая применяется при проведении ферротерапии только солевыми препаратами железа. Солевые препараты железа целесообразно назначать за 1–2 часа до или после еды. При плохой переносимости можно применять данные лекарственные средства и во время еды, но биодоступность медикаментозного железа при этом будет значительно снижаться.

Полную терапевтическую дозу препарата пациент должен принимать в течение 6 недель. Ферротерапию целесообразно продолжать после достижения нормальных уровней гемоглобина еще в течение 2–3 месяцев в зависимости от количества факторов риска развития ЖДА. Суточная доза элементарного железа при этом должна соответствовать 1/2 терапевтической дозы.

5. При назначении препаратов железа у больных со сниженным уровнем трансферрина в крови возникает отравление из-за увеличения уровня свободного железа в крови. Свободное железо является капиллярным ядом. В первые 6–8 часов у больного наблюдаются покраснение кожи лица, шеи, прилив крови к голове, грудной клетке, снижается артериальное давление, появляется тахикардия, возникают эпигастральные боли, тошнота, рвота (в том числе кровью), диарея, сонливость. Нарушение кровотока в кишечнике и других тканях приводит к освобождению из них ферритина – мощного гипотензивного вещества, подавляющего реакцию сосудов на норадреналин и

ангиотензин. В течение 12–24 часов возникают метаболический ацидоз, лейкоцитоз, конвульсии, шок, кома, через 2–4 дня появляются почечные и печёночные некрозы. Возможен летальный исход.

Для купирования начальных симптомов передозировки применяют промывание желудка, дают в пищу вещества, связывающие препарат (молоко с яичным белком). В дальнейшем применяется специфическая терапия – Дефероксамин (Десферал) - и симптоматическая терапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003500

1. Хронический гломерулонефрит смешанная форма, период обострения, ХПН II стадия.

Анемия лёгкой степени.

2. Диагноз «хронический гломерулонефрит смешанная форма, период обострения, ХПН II стадия» поставлен на основании:

- жалоб на отёки и изменение цвета мочи;
- данных анамнеза заболевания – длительность заболевания, связь с перенесённой стрептококковой инфекцией, явлениями отёчного синдрома, протеинурии, гематурии, гипертензии;
- объективного осмотра – выраженный отёчный синдром, гипертензия, олигоурия;
- данных обследования – ускоренное СОЭ, гипопроteinемия, диспротеинемия, гиперхолестеринемия, нарушение азотистого и электролитного обмена; в анализах мочи – протеинурия, гематурия, гипостенурия, нарушение функции концентрирования.

Диагноз «анемия лёгкой степени» – на основании сниженного гемоглобина - 96 г/л

3. Пациенту рекомендовано – контроль артериального давления, контроль диуреза, мазок из зева и носа на флору, коагулограмма, иммунологическое исследование крови (определение РФ, ЦИК, АСЛО), суточная пробы на белок, скорость клубочковой фильтрации, УЗИ почек, дуплексное сканирование почек, ЭКГ, ЭХОКГ, консультации врача-офтальмолога, врача-оториноларинголога.

4. Стандарт лечения: Преднизолон 2 мг/кг в сутки или 60 мг/м² (не более 80 мг/сутки) ежедневно в течении 6-8 недель – на этом этапе устанавливается гормоночувствительность больного, далее доза Преднизолона одномоментно снижается до 1,5 мг/кг/48 ч – альтернирующий курс Преднизолона в этой дозе проводят в течении 6 недель, затем осуществляют постепенное снижение дозы вплоть до отмены Преднизолона. Общая длительность курса при 1 эпизоде НС длится 3,5-6 месяцев. Суточная доза Преднизолона делится на 3-4 приёма, большая часть даётся в утренние часы.

Гипотензивная терапия – ингибиторы АПФ, у подростков - блокаторы АПФ.

Назначение антикоагулянтов и антиагрегантов показано для профилактики тромбозов.

В целях коррекции отёчного синдрома применяют Лазикс внутрь.

При рефрактерных к фуросемиду отёках у детей с НС назначают в/в капельно Альбумин 20% 0,5-1,0 г/кг на 1 введение в течении 2-4 часов.

Лечение анемии - Эритропоедин (Рекормон, Эпомакс, Эпрекс, Эпоэтин альфа, бета,

омега) начальная доза 50 МЕ/кг 3 раза в неделю в/в или п/к, длительно с подбором дозы по гематокриту, поддерживающая терапия 40 МЕ/кг 3 раза в неделю; препараты железа 5-8 мг/кг (Ферроплекс 1 др. 3 раза в день, Мальтофер 20-120 капель.

5. 3 группа диспансерного наблюдения – 1 год наблюдения на участке - осмотр врача-педиатра участкового 1 раз в месяц, врача-нефролога 1 раз в 2-3 мес., ЛОР-врача, врача-стоматолога, врача-окулиста 2 раза в год, по показаниям чаще. Обратить внимание на общее состояние, АД, отёки, диурез, мочевого синдром, состояние ЖКТ, костной системы (дети на ГКС), проявления ПН.

2 группа – 2 год наблюдения - осмотр врача-педиатра участкового 1 раз в 3 месяца, врача-нефролога 1 раз в 2-3 мес., ЛОР-врача, врача-стоматолога, врача-окулиста 2 раза в год, по показаниям чаще.

1 группа – стойкая клиничко-лабораторная ремиссия более 2-х лет- осмотр врача-педиатра участкового 1 раз в 3 месяца, врача-нефролога 1 раз в 2-3 мес., ЛОР-врача, врача-стоматолога, врача-окулиста 2 раза в год, по показаниям чаще.

ОАК 2 раз в год, при интеркуррентных заболеваниях; БАК (белки, электролиты, белки острой фазы, ХС, мочевины, креатинин, β-липопротеиды) 1 раз в 6 мес., ОАМ при активности процесса 1 раз в 10 дней, при ремиссии 1 раз в мес., моча по Нечипоренко 1 раз в 1-3 мес., суточная моча на белок при активности 1 раз в неделю, при ремиссии 1 раз в мес., при интеркуррентных заболеваниях в период разгара через день, проба Зимницкого 1 раз в 6 мес., проба Реберга 1 раз в 6 мес., посев мочи 1-2 раза в год., УЗИ почек и мочевого пузыря 1 раз в 6 мес., контроль АД на каждом осмотре.

Режим щадящий с отдыхом днём, со снижением физической нагрузки или обучение на дому.

Диета №7, бессолевая, при сохранённой функции канальцев допускается использование лука, чеснока, детям, получающим ГКС, рекомендуют включать изюм, печёный картофель, курагу, капусту.

Медикаментозная терапия назначается врачом стационара: гормоны, антиагреганты, мембраностабилизаторы, препараты калия, гипотензивные, диуретики.

Фитотерапия курсы 3 месяца, затем перерыв 3 мес., далее опять 3 мес. курс. Травы с мочегонным и противовоспалительным эффектом (корень шиповника, лист чёрной смородины, плоды можжевельника, лист толокнянки, плоды и листья земляники), при гематурии (кровохлебка, лист крапивы, тысячелистник, пастушья сумка).

Санация очагов хронической инфекции.

Физкультурная группа - в 3 группе специальная группа, затем подготовительная.

Прививки в течение года противопоказаны в течение 1 года, затем по индивидуальному календарю.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003501

1. Лактазная недостаточность.

2. Диагноз «лактазная недостаточность» поставлен на основании:

- жалоб на приступы кишечной колики, срыгивания после каждого кормления, наличие жидкого, пенистого стула;

- данных анамнеза заболевания – ребёнок с рождения получает адаптированную

смесь «Малютка 1», в это же время появляются жалобы на водянистый, пенистый стул с кислым запахом, примесью слизи и зелени, беспокоят приступы кишечной колики, которые носят интенсивный характер, срыгивания, возникающие после каждого кормления;

- данных объективного осмотра – на фоне отсутствия признаков интоксикации отмечается вздутие живота, при пальпации «урчание» по ходу кишечника.

3. Для диагностики лактазной недостаточности необходимо следующее обследование – копроскопия (копрограмма) с определением рН кала, либо определение общего содержания углеводов в кале (инвазивная методика), либо нагрузочный тест с лактозой, либо водородный тест.

Учитывая что ребёнок не наблюдается врачом-педиатром с рождения – показано обследование ребёнка по приказу 1346н: ОАК, ОАМ, УЗИ внутренних органов, ЭХОКГ, осмотр врача-невролога, врача-детского хирурга, врача-офтальмолога, врача-ортопеда, врача-педиатра.

4. Учитывая, что ребёнок находится на искусственном вскармливании следует назначить лечебную смесь с таким количеством лактозы, которое переносит пациент. Начинаем с низколактозных смесей (Нестожен низколактозный, Нутрилон низколактозный, Хумана-ЛП), которую вводят постепенно, заменяя предшествующую смесь. Если на полном объёме низколактозной смеси сохраняется клиника, тогда меняем её на безлактозную смесь (НАН безлактозный, Нутрилак безлактозный, Энфамил лактофри).

Ведение прикорма происходит в те же сроки, что и для здоровых детей, но их готовят не на молоке, а на низко- или безлактозной смеси, которую получает ребёнок. Не используют молочные продукты (молоко, кисломолочные продукты), либо применяют их вместе с назначением лактазы.

При невозможности кормить ребёнка лечебной смесью допускается кормление адаптированной смесью параллельно назначив медицинскую коррекцию лактазной недостаточности.

5. Лактазная недостаточность не является показанием для перевода ребёнка на искусственно вскармливанию, поэтому дети на грудном вскармливании должны получать фермент – лактаза (Лактаза Бэби, Лактозар для детей) 700 ед - 1 капсула, дозировка 1 капсулу (на 100,0 мл молока) разводят в предварительно сцеженное молоко 20,0 мл, данную смесь выпаивают из ложки, продолжают кормление грудью. Лактазу необходимо применять абсолютно в каждое кормление.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА К003503

1. Гемодинамически значимый функционирующий артериальный проток (далее - ГЗФАП). Недостаточность кровообращения (далее – НК) IIa степени.

РДС I тип, ДН III.

Недоношенность, 28 недель гестации.

2. Диагноз «ГЗФАП» установлен на основании данных осмотра: при аускультации сердца выслушивается грубый (машинный) систоло-диастолический шум слева от грудины, срока гестации 28 недель, данных Эхо-КГ: значительный лево-правый

сброс крови через открытый артериальный проток с объёмной перегрузкой малого круга кровообращения.

Недостаточность кровообращения II степени установлена на основании клинических данных: признаки застоя по малому кругу кровообращения – наличие хрипов в лёгких.

Диагноз «РДС I тип» установлен на основании срока гестации (28 недель), что говорит о дефиците эндогенного сурфактанта у данного новорожденного.

Установление III степени дыхательной недостаточности основано на клинической картине: тахипноэ (ЧД - 75 в минуту), аускультативно: дыхание ослаблено, выслушиваются множественные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы и оценке по шкале Сильвермана 7 баллов, а также данных КОС: смешанный декомпенсированный ацидоз.

Диагноз «недоношенность» установлен по данным о сроке гестации – 28 недель.

3. Декомпенсированный смешанный ацидоз: pH смещён в кислотную сторону, гипоксемия, гипоксемия, дефицит оснований.

4. Назначить инфузионную терапию, но ограничить объём на 2/3 от физиологической потребности. Использование объёмзамещающих растворов при ГЗ ФАП может привести к ухудшению гемодинамической ситуации и усугублению отёка лёгких.

5. Лечение основано на подавлении синтеза простагландинов – одного из основных факторов, поддерживающих проток открытым. С этой целью используют внутривенное введение нестероидных противовоспалительных препаратов – ингибиторов циклоксигеназы.

Педея – первая инъекция: 10 мг/кг; вторая и третья инъекции – 5 мг/кг.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА K003506

1. Сахарный диабет I типа, впервые выявленный, стадия декомпенсации. Диабетическая кетоацидотическая кома.

2. Дебют заболевания после стресса; декомпенсация на фоне гриппа, типичные клинические симптомы диабета (полиурия, полидипсия, похудание, вялость, слабость), симптомы кетоацидоза (тошнота, рвота, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость). Клиническая картина при поступлении: отсутствие сознания, сниженные кожные и ахилловы рефлексы, шумное дыхание (типа Куссмауля), запах ацетона в выдыхаемом воздухе, сухая кожа, «диабетический рубец» на щеках, сниженный тургор тканей и глазных яблок, заострённые черты лица, обложенный налётом язык, тахикардия (ЧСС до 140 ударов в минуту), гипотония (АД 75/40 мм рт.ст.); напряжение мышц живота; обильное мочеиспускание.

3. В начале неотложной терапии регистрируются масса и рост (площадь поверхности тела), оцениваются пульс, частота дыхания, артериальное давление, неврологический статус, ЭКГ, определяются гликемия, pH крови, pCO₂, К, Na, мочевины, креатинин, АЛТ, АСТ, кетонемия, глюкозурия, кетонурия, гемоглобин, гематокрит. Проводится учёт диуреза. На фоне терапии ежедневно контролируется пульс, ЧД, АД, гликемия, pH крови, pCO₂, неврологический статус, ЭКГ. Каждые 3-6 часов определяется К, Na, кетонемия, глюкозурия, кетонурия, гемоглобин, гематокрит.

Консультации врача-хирурга, врача-окулиста, врача-невролога, врача-кардиолога по показаниям.

4. Ввести назогастральный зонд, установить катетер в мочевой пузырь, перевести ребёнка на ВВЛ.

Регидратацию начинают 0,9% раствором Натрия хлорида (стартовый раствор). В последующем при снижении гликемии до 12-15 ммоль/л назначается 5-10% растворы глюкозы под контролем уровня и скорости снижения гликемии. Для расчёта объёма вводимой жидкости учитывают дефицит жидкости, $\text{мл} = \% \text{ дегидратации} \times \text{масса тела (в кг)}$, + физиологическая потребность на кг с учётом возраста. Данному пациенту необходимо ввести: $(5 \times 20) + (70 \times 20) = 1500$ мл инфузионных растворов. В первые 8 часов от начала инфузионной терапии необходимо ввести 50% рассчитанного суточного объёма, в последующие 16 часов - оставшиеся 50%.

Назначаются инсулины короткого действия в виде внутривенных инфузий. Начальная доза инсулина составляет 0,1 ед/кг в час. При нормализации кислотно-основного состояния больной будет переведён на подкожное введение инсулина каждые 2-3 часа. При отсутствии кетоза на 2-3 сутки ребёнок переводится на 5-6 разовое введение инсулина короткого действия, а затем на обычную базисно-болюсную инсулинотерапию.

5. В дальнейшем больной нуждается в пожизненной заместительной инсулинотерапии в базисно-болюсном режиме с постоянной коррекцией дозы инсулина, с соблюдением диетотерапии, проведением самоконтроля, регулированием физической активности, плановыми госпитализациями 1-2 раза в год.