

[07:08, 22.6.2019] Мурад: Билет 28

1. Дз: Эшерихиоз энтеропатогенный. Токс. с экс. II ст.
2. Лаб: E.coli 0124+ " - " др. заб; копрогр: нар. п/ж, ускор. пассажа, дрожжи
3. Воз. ист-к: чаще дети, перенос. взр. Преим. конт-быт, реже-пищев. путь
- 4, 5. Диета+регидр: Дет. ранн. возр. при токс. с экс. II-III д. получ. 220-250 мл/кг/сут = из них -60% вв, 25% еда (кажд. 2 ч. ацидоф. смесь - 1 ебч, далее - при улуч. сост. ув. инт-л, дозу (на 0,5 ч - 30 мл). Измен. V за сут - не > 2 р), 15% - ор. регидр). Кол (альб, гемод): крис (сол, глю) = 1:2. Разд. на 3 капельн. Премед (вв, стр-димед (0,1 г. ж.), ГК (1/2 от 1 мг/кг), корглик (0,06% 5,0), ККБ (25 мг)). Кап: 1 я-альб 10%-60, 0 (10 мг/кг) - 30-60 кап/м, 2 я-К (дн. N-7, 5%-10, 0) + глю (10%) + инс (2 ед) - 6-8 кап/м, 3 я-рео, 4 я-ацесоль. Если улуч. сост, м. ув. оральн. регидр. Если ор-Сл. 18 ч. 1х сут - по 100 мл/кг. Если ликвид. деф-т - кажд. 15'. Физиол. потери - 30-50 мл/кг, 10 мл/кг - кажд. испраж. 2й эт-компенс. пат. потерь 80-100 мл/кг на 24 часа, мож. с ночн. пер. Ночью м. пипеткой.
6. ЛВ: лактоглобулин - по 1-2 дозы 2 рвд за 20' до кормл. 7-14 дн, КИП - по 1 дозе 2-3 рвд 5-7 дн. Бак-фаг - 10 мл 2 рвд за 20' до еды, 5 д - 3 д перер - 5 д
7. Спец-ты: реанимат, инфекционист
- 8, 9. Исх: благопр. Пок-я для выпис: полн. клин. вызд + 2 кр. " - " бак. посев
10. Пр/эп: ест. вск, изол. и санир. ист-ка + б/л контактн + те, кто идут в д/с.
Тек + закл. дезинф. Вакц-профил - не разраб.

1, 3. Дз, стад. по клинике: ЛГМ, II б = злок. оп. лимфоид. тк, гистол. основа кот-гранулема, по стр-ре и сост. на помин. восп-ную, гиг. опух. кл. мало

I - пор. 1 гр. л/уз / 1 не лимф. орг; II - пор. 2 и > л/уз с одной стор. от диафр; III - пор. л/уз - ов с обеих ст. диафр + селез; IV - г/г расп. в печ. КМ, легк и др.

2. Доп: алгоритм - л/уз 3 см и > + рост => анамн, предш. леч-е с длит-тью, все л/уз + печ, селез. Общ. кр, б/х (знач. пов. ЛДГ > 500 ед), Rg гр. кл. - прям, бок. проек => опер. биоп (опр-е хир. стадии, гистол, иммунофенотипир, мазки-отпечат). 4 вар-та по гистол:

смеш-клет.вар-т,нодуляр.склероз, лимфоидн.преоблад-е,лимф.истощ.

4.Ошибки уч.врача:д.б.заподозр.при abs леч.аб,УВЧ нельзя.

5,6,14.Леч-е+мех-м д-я:протокол Dall-90 по принц.мин достат-ти от 2 до 6 курс-полихимио(винкристин,интубан,предниз,адриомицин)+ лучев.терапия-на зону пораж.органов(мст-печ,КМ,легк)+сопров.

Осл.тер:эндокринопат,пневмосклер,кардиомиопат,индукц.лейкоза

7.Лаб.пок-ли акт-ти:ЛДГ+с IIIст-неспец.восп.р-ция,рост СОЭ+анем

8.Консульт.спец-та:хирург,фтизиатр,гематолог

9.Ддз:лим/ад,лейкоз,мст зла,tbs в/гр.л/у,саркоидоз,тимома,дерм.киста

10,16.морф.ос-ти кл.Берез-Штенб,их предшест:d=30-80мкм,>-я часть кл.занята одним/неск.ядрами ов.или круг.формы,в них-1-2 ярко-окраш.крупн.ядрышка.Бледн,ячеист.цтпл,много вакуол.Предшест-В-лимфоцит(d-6-8мкм,пр-ки всю кл.заним.ядро,базофильн.цтпл)

11.тах част.пораж.л/уз средост:в ср.средост:паратрах,тр-бр,бр-пульм

12.Прогноз:в целом благопр,90% вызд при Iст,50%-при IV.

13.Диспанс:набл-е пац-тов 2 года,далее-снят.Дза.

15.Лих-ка(пролив.поты ночью):при генерализ-пироген.д-е прод.расп.

1.пед,фтиз:д.б.вакц.до2мес без предв.туб-дэтики,после2х до 6-делать Манту и вакц.До вакц-Манту 2рвг.Набл-е поVIг(гр.риска)Фтиз-прав.

2.пр-ки заб:гипотроф(? ,д.б.10,5+2),инф.алл,инток,лим/ад/пат-5-7гр, жес.дых.ЧД,Ps=N(д:ps=1:4)+лим/пен,+м.б.ув.эоз,СОЭ.токс-алл.реакц

3.лаб+Rg:анемияIст,ув.нейтр,лимфопен;моч:мн.эпит,лей.Rg-см.п.б

4.обсл:фтиз.анамн,туб.проба с 2ТЕ(+можно кожна.градуир.пробу-с 100,25,5,1%туберкулином), мокр.на mic.tub+доп:мокр,пром. воды
бронхов(флотация,посев),томогр,белково-гемо-туберк.проба, п/к проба
Коха(с20ТЕ),иммун.иссл,тест-терап.(при необх-инстр:бр/ск+ катетеробиопс, транстрах.и
трансбронх.биопс,пункц.биопс.легк,плев, л/уз,сп-мозг.ж-ти,
цитол.пунктата,откр.биопс.легк,плевроскопия)

5. пок-ли туберк. проб: инфекц. алл. "+" нормерг. р-ция. Инф. с неуст. ср.

6. кл. Дз: 2 стор. tbs в/гр. л/уз (прав. паратр, тр-бр, бр-пуль; лев. бр-пул), фаза инфиль, осложн. бр-лег. пор-ем с разв-ем ателект (III ст). 3 го сег. пр. лег.

7. Леч-е: химио-1 эт=3 мес (рифампицин за 30' до еды в сут. дозе 8-10 мг/кг, не > 0,45 г м. per rect (12 мг/кг), per os + изониазид (доза та же) + стрептомицин 15-20 мг/кг, не > 0,5 г per os не быв (в/м, аэроз)). Стрепт. отмен. при "+" динам, продолж. 2 мя до 12 мес. и > + детокс (тиосульф. Na, гемодез), десенс, симпт, имм/корр, вит (B6!). Сан. леч! Приемст! Непрер!

Контроль выдел. ГИНК (изониаз, фтив) с мочой.

8. патог. звенья пат. проц: аэрогенн-на слиз. пол. рта-лимфогл. кольцо-цирк. в орг-ме-лимфотропность-пор-е в/гр л/уз-tbs бронх-изм-е в дист. отд. легких сегм. или долев. протяж-ти-наруш. прох (ателект, очаг спец. восп-я, если + банальн. флора-гнойн. восп-е)

9. способств. ф-ры: не прив. в р/д, недонош, перенес. ОРВИ.

10. Ддз: гиперпл. тим (тимомы), ЛГМ, дерм. кисты, терат, аденопат (кокл, корь, vir. инф), невриномы, саркоидоз (гранулемы в л/уз. печ, коже, селез + сдав. брон), лимфолейкоз, инор. тело, доп. доля легк, пневмон (динам)

11. исходы брон-лег. процесса = вызд + осл: см. 8 + очаг Симона (г/г), распад тк. (каверна), хр-тек. 1 вич. tbs, плеврит, дессемин, казеоз. пневм

12. мер-я после выпис: сан-кур. леч-е. Дисп. учет-3-5 лет клин. благопол.

[07:15, 22.6.2019] Мурад: Билет 29

1. Дз: Полиомиелит, паралитическ. спинальная форма.

2, 3. Этиол: Vir picornoviridae-род Энтеровир. РНК-сод. Выз. выр-ку типоспец. ат (3 типа); способств. ф-ры-не привит по схеме, част. ОРВИ.

4. Лаб. иссл: сп-мозг. ж-ть = прозр. под давл, незнач. цитоз (1 н-нейтр, пот-лимф), бел-N или чуть пов. На 2-3 н-цитоз ум, бел. ув. Эл-миограф-уреж. ритма осцилляций х-но для передне-рогов. лок-ции или полн. биоэлектр. молчание. Забор мат-ла для выдел. vir-в 1 е дни, лучше-кал. С/л-ат, 4х кратн. ув. титра в парн. сыв+Ддз вакцинн. и дикого вар-та

5. Спец-ты: невропатолог, реаниматолог, инфекционист.

6. Кл. форма: м. б. вируснонос, аборт. форма-без пор-я ЦНС. С пор-ем: менингеальн, паралитическ. У нас-последн. Спинальн. форма

7. ПЗ: размнож. в носогл+киш => вiremия => размнож. в тк. и орг (луз, селез, печ, мыш), проник. в ЦНС (по

периф.нервам+эндот.мелк.сос)=> 1-2сут-нараст.титра вир,затем-исчез.Пораж.крупн.двиг.кл, распол.в пер.рог.сп.моз+ядрах двиг.ЧМН=они набух,м.распад=>разраст.глии

8.Специф.симпт:препаралит.п-д=от нач.б-ни до 1х призн.пор-я двиг.

сферы-выс.т,общ.интокс,г.б,б.в кон-тях,вздраг.отд.мыш.групп;парал. п-д=разв-е вялых парезов и параличей(боли,нар-е f),восстан.п-д= актив.двиг.появ.снач.в <пораж.мыш,затем расшир.Мах пострадавш. восстан.не происх.Резид.п-д=если были необр.изм-я=нараст.мыш. атроф+контрактуры+остеопороз+костн.деформ.

9.Лаб:моча-N,кр-лимфоцитоз,ув.СОЭ

10.Есть ли менингит-регидн.зат.мыш,беспок,боль пальп.нерв.вол-Да!

11.Леч-е:физ.и псих.покой,обезб,тепло,дегидр,избег.инъекц.ГК-отек мозга,коллапс.В

ранн.восст.п-д=прозерин 0,001на г.ж,галантамин, вит.гр.В,АДФ,профил.контрактур-массаж+ЛФК.Ig не эфф-н.

12.Прогноз:легк.парез-м.б.полн.восст-е. Глуб=>формир.остат.явл-я.

1.Дз:Респираторное заб-е.О.бронхит.

2,3.План обсл,нужен ли Rg:ОАМ,б/х кр.Rg не нужен

4.Пок-я к провед.Манту: всем детям,вакцинир.БЦЖ с 12мес. и подросткам 1рвг,независ.от предыдущ.рез-та.Детям,не привит. БЦЖ в п-де н/р-ти по пок-2рвг,с 6мес.до получения вакц.БЦЖ-М.Далее- раз в год.+Затяжн.патол.легк.Для ревакц.БЦЖ-6-7,14-15л с“-”Манту.

5.Леч:жаропониж-парацетамол,аскорутин,тавегил,глюк.Са,капли в нос-санорин,колларг.Ингал.с картофель,содой,микст.от каш,бромгекс.

6.План пр/эпид.мер-й:ребенок дома,индив.посуда+текущ.дезинф.

7.Профил:вит,дибазол,гомеопат-антигриппин,эхинац,иммунал, закал.

8.АФО орг.дых.у дет:экспират.стр-е гр.кл(гориз.ребра),узк,коротк.

носов.дыхат.ходы,трах,бронхи.Незаверш.разв-е придат.пазух носа. Много слиз.желез в ВДП,богат.кр/снабж,рыхл.клетч-ка подсвяз.апп-та гортани.Больше подвиж-ть средостен,богат.васкуляриз.легких,> развитие междольков.соед.тк,меньше эласт.тк.в легк,недоразвит.их хрящей.Меньше измен.д трахеи во вр.дых.цикла,кашля.Пр.бронх-шире,отход.под туп.углом.< выраж-ть дых.муск,ее слаб-ть.

9.Р/изот.иссл.ОД:сканирован.легк-показ.сост-е лег.вентил.и перфуз

10. Возб-ли: чаще 2 рич. на фоне ОРВИ (аденовир, риновир, RS) + при аспир. инородн. тел, интубац, трахеостомии. Staph, Strept, гемоф. палоч.

11. Физикальн. пр-ки бр-обстр. синдр: экспират. одышка, жестк. дых. с удлинн. выдоха, свист, жужж. хрипы, больше на выдохе, эмфизема, перк. зв. с короб. отт. М.б. ателектазы (тупость, ослабл. дых)

12. Показана ли физиотер: щелочн. ингаляции в лихорад. п-д

1. Врожденная краснуха. Недоношенность. Гестационный возраст 35-36 нед., низкая масса тела.

2. РТГА – увел титра а/т к вирусу краснухи в парных сыворотках в течении 10 дней.

3. Катаракта, глухота, порок с.

4. Определение титра а/т к краснухе в крови беременных 10, 20 дн и решение вопроса о прерывании беременности

5. Сниж Тг – петех сыпь

6. Катаракта (пор хрусталика)

7. Гепатит, спленомегалия – обусл диссем возб-ля в крови

8. Менингоэнцефалит, гидроцефалия

9.

10. Специального лечения краснухи не треб

11. Инфек-т, окулист, ЛОР, невропатолог

12.

13.

14. Эмбриопатии возникают с 16 дн по 10 нед беременности. Пороки развития (истин уродства), зад развития или гибель плода. Берем м.б. закончена (с уродствами, выкидыш, мертворожд). Фетопатии – заб-я, возн у плода под влиянием экзоген возд-я с 11 нед до рожд. Возн пороки развития (повр в 1 триместре бер-ти) или воспаление – с 20-24 нед.

[07:23, 22.6.2019] Мурад: Билет 30

1.Дз:Ветр.оспа.Ср-тяж.форма.Осл-е-флегмона спины.

2,3,6.Типич.симпт: “ложн.полиморфизм” появивш.пузырь(округл.или ов.везикула на неинфиль.основ, венчик гиперемии,напряж.стенка, прозр.сод-е. М.б.пупков.вдавл)
Посых,опад,превр.в коричн.короч. Слиз: эл-ты сыпи нежн, быстро превр.в
поверхн.эрозии,м.б.незнач. болезн-ть.Заживл.эрозий на 3-5д.от выс.М.б.энцефал,нефр,миок,2рич
осл-абсцесс,импетиго,рожа,лимфаденит

4.ПЗ экзант:слиз.ВДП(вх.вор)-1вич.размнож-л/г в кр-фикс.в коже и слиз+ троп.к нерв.тк-пор-е
межпоз.гангл,коры,подкор,>коры мозг.

5.Инfiltrат.на спине-бакт.осложн=флегмона

7.ан.кр:лей-з,ней-з,ув.СОЭ

8.Доп: выдел.телец Арагао(скопл.vir в окраш.серебр-ем по Морозову мазках везик.ж-ти при N или
электр.м/ск)+РСК,ИФА,имм-флюор.

9.Спец-ты:хирург,инфекционист.

10.Леч-е: общ.гиг.ванны со слаб.р-ром KMnO_4 ,смаз.1%зеленкой.КС- при энцеф,аб при
гн.осл+вскрыт.флегм.Тяж-Ig 0,5мл/кг,ацикловир, ганцикл.по5мг/кг в 100мл физ.р-ра вв-при
осл-ях.Инфуз.терап.

11.Ошибки:если не мыли,не дезинфецир.

12.Пр/эп: пр/эп: инк.пер-11-21д.Больн: в стац.Контактн.до 3л,не бол-изол.с 11-21д.с
мом.конт.Проветр, влаж.убор(тек+закл.дезин).Есть varicella zoster-Ig-1амп/10кг,1е 48ч. Когда
выпис:изол.прекратить ч/з 5д.после посл. подсып при легк, ч/з 10-при тяж.

13.Сущ-ет ли акт.иммуниз-неск.вар-тов жив.ослабл.вакц.В США- запрет(осл-я).Пастер-Мерье-новая
вакц.

1/DS-Миконияльная аспирация, НМК-2,

2/ см условие.

3/ патогенез-поражение бронхов,трахеи,лёгочной паренхимы аспирированным миконием=>
ателектазы ,инактивация сурфоктанта ,спадение альвиол на выдохе.,отёк.пневмоторакс.

4/Высокое стояние диафрагмы,горизонтальное расположение рёбер,

5/ изменения на РГ-сочетание участков апневматоза с эмфизематозными областями(снежная буря), кардио мигалия, пневмоторакс.

6/ Диф.DS.-СДР, дефицит сурфактанта, врожденные пневмонии.

7/ Профилактика гипоксии внутриутробной.

8/ Отсасывание микония, бронхо-лёгочный лаваж, ИВЛ.

9/ А/Б, ИВЛ, коррекция КОС, Симптоматическое леч.

10/ показания к ИВЛ-апноэ более 20сек., $PO_2 < 50$ мм рт ст., $PCO_2 > 60$ мм рт ст., $pH < 7,25$, ЧД > 80 или < 30 , нарастание цианоза.

11/ Гиповентиляционная пневмония, пневмоторакс.

12/ Лёгочная гипертензия, трахиобронхит, постасфиктическая пневмония, хр. бронхолёгочные заболевания.

13/ Индивидуально.

1. Дз: ЧМТ, тяж. форма. Сдавл. гол. мозга. Внутричерепн. гематома.

2. М. ли угрож. жизни: может. Сдавл. мозга, вклинен. продолг. мозга

3. Д-я школьн. вр: Дз, сказать, чтобы вызв. ск. пом. Улож. в пологорота, приподн. головн. конец. Центр. нар-я дых. на догосп. не лечат. Обеспеч. и подд-е своб. прох. ДП, O_2 -тер. Искл-ть все манипул, способств. ув. внутричер. давл.

4,5. Тактика, госпит: раннее примен. барбитур (3-5 мг/кг/час), ИВЛ на фоне миорелакс, лазикс 1-2 мг/кг кажд. 6-8 ч или маннитол 0,25 мг/кг кажд. 4 ч, если м. мерить осмолярн. плазмы (> 340 -ППОК), дексаметазон, Это на 40% глю-1-2 мл/кг. Огранич. суммар. водн. нагруз. на 1/3 от возр. Срочн. госпит. в нейрохирургию, иссл-я, трепанация.

6. Иссл-я: осмотр глаз (гемилатер. анизокория), контрлатер. гемипарез.

Краниеография 2 проекц, М-эхо, КТ, сп-м. пункция. Ан. крови-гр, резус.

7. ПЗ: давл-е, обеспеч. перфузию мозга = средн. артер + внутричер. Чем $>$ внутричер, тем $<$ кр/снабж. мозга. Внутричер. давл > 30 мм рт ст - набух. со сдавл. тонкостенн. вен, нар-ем ауторегуляции мозг. кр/тока. Длительн. гиперемия мозга-вазогенный отек, еще ув. внутричер. гипертенз.

8. X-ка клин. карт. о. п-да: 1 стад-аккомодат-удовл. сост + слаб, г. б, сонлив.

2-венозн. застоя-ув. г. б, появл. г/кр, многокр. рв, постеп. утрата созн.

Увел.очаг+ствол.симпт-анизокор,парезы,параличи.3-увел.компресс-

сопор-кома, четк.очаг+ствол.симпт.Угнет.рефл.4-достиж.бульбарн.
центров-ув.PS,сниж.АД,аритм,Чейн-Стокс,кома.Нет р-ции зр.на св.

9.Рекоменд.ребенку и родит:госпитализировать!

10,11.Дальнейш.набл-е за реб+реабил:госпит,исслед,при необх-опер.

12.Прогноз:в резид.п-де м.б.эпиприпадки,2ричн.водянка,атроф.глиоз

[08:02, 22.6.2019] Мурад: Билет 31

1. Корь типичная, среднетяжелая форма.Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания, интоксикационного синдрома, катарального синдрома (ринит, конъюнктивит, гиперемия зева), синдрома экзантемы (на четвертый день болезни появилась на лице обильная ярко-розовая сыпь пятнисто-папулезная, местами сливная, которая в последующие дни сыпь распространилась на туловище и на конечности), поражения дыхательной системы (кашель влажный, в легких дыхание жесткое, выслушивается небольшое количество сухих и единичные влажные хрипы); данных общего анализа крови (увеличение СОЭ).

2. Ребенок находился на диспансерном учете у невропатолога с диагнозом: «Перинатальная энцефалопатия: синдром внутричерепной гипертензии, судорожный синдром», страдает поливалентной пищевой аллергией, не привит.

3. В общем анализе крови умеренный увеличение СОЭ. Дополнительно – серологическая диагностика: выявление IgM к вирусу кори методом ИФА, нарастание в 4 раза специфических IgG методом парных сывороток (реакция нейтрализации, РТГА, РПГА); выявление вирусной РНК методом ПЦР, антигенов вируса методом иммунофлюоресценции; R-графия грудной клетки.

4. В катаральный период корь дифференцируют с ОРВИ: грипп, парагрипп, аденовирусная, риновирусная. В период высыпания – от краснухи, энтеровирусной, аллергической экзантемы, инфекционного мононуклеоза, редко от скарлатины, псевдотуберкулеза, менингококкцемии.

5. а) постельный режим, молочно-растительная диета, обильное питье, б) гигиенические мероприятия: промывание глаз кипяченой водой или 2% раствором гидрокарбоната натрия, закапывание в глаза 20% альбумида, полоскание рта после еды, в) противовирусная терапия (виферон-1 1 св.х2 раза), г) амоксиклав 200 мг х 3 раза, д) отхаркивающие препараты (амбробене 2,5 млх3 раза), е) антигистаминные препараты (супрастин 1/3 таб.х2 раза), ж) в нос 0,5% диоксидин.

6. Изоляция больного ребенка до 5 дня от появления высыпаний. Заключительная дезинфекция не проводится, помещение проветривается, влажная уборка. Разобщение контактных с 8 до 17 дня. Возможно введение иммуноглобулина в первые 5 дней после контакта, тогда разобщение

удлиняется до 21 дня. Для экстренной вакцинации используется живая коревая вакцина контактными не болевшим детям старше 12 мес. Вводится в течение первых 5 дней от момента контакта.

7. Входными воротами являются слизистые оболочки верхних дыхательных путей, здесь происходит фиксация вируса и дальнейшее распространение в подслизистую и в регионарные лимфатические узлы. В лимфоузлах происходит первичная репродукция вируса и с 3 дня инкубационного периода проникновение в кровь (первая волна вирусемии). Происходит фиксация и репродукция вируса в клетках ретикулоэндотелиальной системы: в миндалинах, лимфоузлах, селезёнке, печени, в лимфоидных узелках и фолликулах различных органов и тканей, миелоидной ткани костного мозга. Конъюнктивит обусловлен прямым эпителиотропным действием вируса и возникновением катарального воспаления.

На протяжении катарального периода кори отмечается новое и более значительное нарастание вирусемии (2 волна виремии). Наряду с поражением РЭС всех органов, в патологический процесс вовлекается центральная нервная система, межтканевая ткань, слизистые оболочки трахеи, бронхов, кишечника с дистрофическими изменениями в их клетках. Очаги воспаления подвергаются некрозу и отторжению, что ведет к освобождению вируса и массивному выделению его с экскретами во внешнюю среду. Патологические изменения слизистых оболочек губ и щек проявляются патогномичными для кори пятнами Филатова-Коплика. Характерным свойством воспалительного процесса при кори является проникновение в глубину тканей, поражение не только слизистой оболочки, но и подлежащих тканей, в результате чего могут возникать перибронхиты, мезоперибронхиты с переходом воспалительного процесса на интерстициальную ткань.

Патологические изменения достигают максимального развития на первый-второй день высыпаний. Поражение кожи характеризует аллергическую фазу развития процесса. Коревая сыпь представляет собой гнездный инфекционно-аллергический дерматит, который формируется в результате реакции между инфицированными клетками кожного покрова и иммунокомпетентными клетками. Нарушение локальных барьеров, системное поражение лимфоидной ткани, поражение нервной системы отрицательно влияет на состояние иммунитета. Своеобразие патогенеза кори обуславливает частоту возникновения и этиологию осложнений. В соответствии с поражаемыми органами и системами различают осложнения со стороны дыхательной системы (пневмонии, ларингиты, ларинготрахеиты, бронхиты, плевриты); пищеварительной (стоматиты, энтериты, колиты); нервной (энцефалиты, менингоэнцефалиты, менингиты); органов зрения (конъюнктивиты, блефариты, кератиты, кератоконъюнктивиты); органов слуха (отиты, мастоидиты); кожи (пиодермии, флегмоны); выделительной системы (циститы, пиелиты, пиелонефриты). Осложнения могут быть ранними, начало которых относится к острому периоду кори (катаральному, высыпания) и поздними, возникающими в период пигментации. Ранние осложнения обусловлены непосредственно вирусом кори, но часто в сочетании с вторичной инфекцией. Ранние коревые пневмонии или «корь легкого» развиваются в

катаральном периоде и связаны с нарушением лимфо- и кровообращения, вызываемым коревым вирусом. Поздние осложнения обусловлены вторичной бактериальной инфекцией (стафилококк, пневмококк, стрептококк).

1.Дз: целиакия(жал,осм,ж.к.в кале,гистол,ЭГДС), акт.стадия;синдр. экссуд.энтеропатии(ээ),вторичная лакт. недост(?), гипотроф II ст,реакт.панкр.дисбакт.киш-ка,рахит в ст.разгара.

2.Доп.мет.иссл-я:титр IgA,G к глиадину:антиглиадин,антиретикулин, антиэндомизиальн,к тканев.глутаминазе.Проба на всас(глюк,лакт)

Зр.биопс-снач(энтерит),ч/з 6мес.без глют(N),проба с глют(10г/сут 6нед)-энтерит.Продукты с глют.НЕ ДАВАТЬ!

3.Дз сопут: ээ=сниж.белк,альб,кал на сыв.белок;лн(газы,ур.ж-ти на Rg,pHкала<5.5,нагр.пробы с моно-дисах(неNлакт),сахар в моче и кале, хроматогр. мочи и кала, опред-е ферм в биоптатах и смывах. Морфол.к-ки=целиак, при лн=N.N2 во выдых.возд.после пр.лактозы. дисбакт(б/л),реакт.панк(крахм.и мыш.вол.в копр,липидогр.),рахит (ам/ацидур>10м/к/с,ЩФ>200,Са м.б.N(2.6ммоль/л),Рдо0,65(N1,3-2,3)

4.знач.Salm-провокац,осл.имм.сист.

5,6,7.изм-е повед- из-за целиакии(мальабс).подавл,раздраж.карпо-пед.спазм-уменьш.Са в кр;отечн.синдр-гипопрот-,гипоальб-емии

8.копрограмма:целиак-жирн.к-ты,кашица;патол.п/ж-крахмал,ней.жир

9,10,11,12.диета:искл.глютен(мука,макар,пшен,рожь,овес,ячм)-м.рис, гр,кук.6 нед.без лактозы,огр.жира 3-5дн,далее-увел.белка, Нжир-1-2мес.Замест.тер.ферм.п/ж,пробиотики,витА,Е-втир.в кожу жив,Д-20кап(1к=500МЕ) 30дн ч/з 2нед.после нач.леч.,после -глицерофосфат Са(50 мг/сут 2-3р 0,5года,100-сл.0,5года)Контроль Са-Р.Фе в/м после его опр-я в сыв. ГК при тяж.сост,коротк.п-дами-имм/супр,пр/восп.

13.прогноз-хороший при собл-нии пожизн.диеты.

1. У данного ребенка отмечаются следующие транзиторные состояния: физиологическая убыль массы тела, физиологическое шелушение, половой криз, транзиторный катар кишечника, мочекислый инфаркт почек.

2. Убыль веса обусловлена потерей жидкости с перспирацией (дыхание, потоотделение), отхождением мекония, «голоданием» (дефицит молока и воды) в первые дни жизни.
3. У доношенного новорожденного восстановление массы при рождении происходит к 7-10 дню жизни, затем ребенок в весе прибавляет.
4. Нагрубание грудных желез обусловлено транзиторным повышением в крови ребенка материнских гормонов – эстрогенов и пролактина. В данном случае консультация хирурга не требуется, так как нет признаков инфекционного заболевания (мастита).
5. Шелушение возникает после простой эритемы в ответ на механическое раздражение кожи в процессе родов и первичного туалета новорожденного. Осмотр дерматолога не требуется.
6. Изменение характера стула связано с транзиторным катаром кишечника, возникающим в ответ на смену характера питания и заселение кишечника микрофлорой. Экстренная коррекция в данном случае не требуется.
7. Общий анализ крови в пределах возрастной нормы. В общем анализе мочи много плоского эпителия, незначительная лейкоцитурия и микрогематурия, а также уратурия. Данные изменения обусловлены транзиторным состоянием – мочекишечным инфарктом почек, связанным с катаболической направленностью белкового обмена веществ. Консультация нефролога не требуется, поскольку данное состояние является физиологическим на протяжении первой недели жизни. Если подобные изменения будут сохраняться дольше, то необходимо будет дообследование ребенка.
8. В биохимическом анализе крови отмечается умеренное повышение непрямого билирубина, обусловленное физиологическими особенностями билирубинового обмена, прежде всего, повышенным распадом эритроцитов с фетальным гемоглобином. Кроме того, возможно снижение активности глюкуронилтрансферазы печени, а также повышенная энтерогепатогенная циркуляция билирубина из-за стерильности кишечника ребенка, функционировании аранциева протока, высокой активности бета-глюкуронидазы в энтероцитах.
9. Половой криз необходимо дифференцировать с маститом, транзиторный катар кишечника – с кишечной инфекцией, мочекишечный инфаркт почек – с инфекцией мочевых путей.
10. При данных транзиторных состояниях необходимо организовать адекватный режим вскармливания ребенка – грудь по требованию, с проведением контрольного взвешивания. В помещении, где находится ребенок, должна быть комфортная температура воздуха (22-24°C). При более высокой температуре необходимо обеспечить допаивание ребенка кипяченой водой в перерывах между кормлениями. На грудные железы можно приложить сухие марлевые повязки, чтобы избежать травмирования желез. Выдавливать содержимое желез не нужно. Специальных мероприятий для коррекции транзиторного катара кишечника и мочекишечного инфаркта почек не требуется.

[08:31, 22.6.2019] Мурад: Билет 32

1. Дз: Коклюш. тяж. форма.

2. Тип. симпт. Кашель: начинающийся-сухой, м.б. навязч, чаще ночью или п/д сном. Спазмат. п-д: прист/обр. кашель=ряд быстро следующ. др. за др. выдыхат. толчков, сменяющ. судорожн. свистящ. вдохом-репризом. Лицо напряженн, гиперем. надбровн. дуг, затем всего лица. М.б. цианоз лица, слиз. рта. Язык выталкивается. Закан-ся отделением вязк. прозр. мокр/рвотой. Частота-5-50р в сут(легк-до15, ср-до25, тяж>). Чаще во вр. сна, ослаб. на свеж. возд. Длит-ть 4-6 нед, мах-на 2н. М.б. ателектаз. П-д разреш-я: теряют типич. х-р, реже, легче. После вызд-склон. к рецид. спазм. каш. на фоне ОРВИ.

Редко-геморр. проявл. Носов. кр/теч, энц-т, диар. синдр.

3. Предпол. ист-к: папа, выясн. эпиданамн. в д/с.

4. Лаб. иссл=кр: лей-з, абс. и отн. ув. лим. при N или ум. СОЭ. б/л-осн. м-д. Слизь из ВДП 2мя тамп-сух. и в физ. р-ре +м-д кашл. толчков. С/л: РПГА, РА(ув. титра в 4и>раз. >Ретраспек).

5. ПЗ кашля: возб-е токсином м/о рецепторов аффер. волокон, вход. в сост. блужд. нерва, иннерв. слиз. дых. пут=>передача возб-я в дых. ц=> форм-е очага стац. возб-я. +токсин возд-ет на дых. ц=>сниж. ч-ть хеморец. к ур. CO₂=>измен. ритм дых+гипокс

6. Rg="коклюшн. легкое"-эмфизема легк, инфильтраты, усил. лег. рис.

7. Осл-я: пневмония(2ричн. микробн. флора) с ДН.

8,9. Ан. кр: лей-з. Отд-е-инфекц, боксир.

10. Ос-ти данн. заб. в ранн. возр: значит. тяжесть, укор. продрома до неск. дней, удлинн. спазмат. п-да до 50-60дн. Abs характерн. репризов. Зад. дых. при кашле вплоть до апноэ, наблюд. синкопальн. апноэ. Чаще осложн. пневм, энц/патией.

11. Спец-т для конс: педиатр-пульмонолог, реаним.

12. Леч-е: O₂-тер. в кислор. палатках(O₂ не>40%), остан. дых- восст-е N дых. движ: освоб. дых. пути, ИВЛ(30-40в', Vрот. пол. взр(30мл)). Для улучш. бронх. прох-ти-эуфф. 4-5мг/кг, разжиж. мокр-мукопронт, ингал. аэрозоли-бикарбNa, эуфф, Нов, аск.к-та. На 1 ингал-3-5мл +постур. дренаж. Ум. частоты прист. кашля-седуксен п/д сном-0,3мг/кг. Стим. анаэр. дых. при гипокс-ККБ50мг/сут, аск.к-та и токофер. 1мг/кг, дибазол-0,001/сут. Аб-в ранн. сроках-эр/миц, рулид. Тяж-ГК по предн-2мг/кг, гидрокор-5-7мг/кг. Противокашл-синекод(кодилак)-малоэфф.

13. Вакц: комплекс. преп-т АКДС-кокл. вакц, дифт, столб. анатокс. Или тетракокк0,5 (дифт, стол, кокл,

полио). Всем от 3мес до 3л, за искл. мед. п-пок(судор. или шок на 1е введ. АКДС, фибр. суд. в анамн) и перебол. коклюшем. 3 в/м инъек. по 0,5 с ин-лом 45д. Ревак. ч/з 1,5-2г. Прив старше 3л не проводят.

1,2. Дз+гр. здор: п-д н/р-ти. В/у гипотроф. Ист. Гипокс. плода. Ист. Ранний восстанов. п-д. Гр. здор- IIб (т.к. отяг. анамн=ф-ры риска+вял. сос, срыг).

3. Ф-ры риска: 2 степ= "риска": 2 гр-н/р с риском в/у тр. инфицир=хрон.

генит+экстраген. патол. мат(п/нефр, бронхит, хц, колит), перенесш. ОРВ и бактер. заб-я в конце бер, + красн, тох, ЦМВ на протяж. всей берем. + пат. роды!! 5 группа — н. из гр. соц. риска, угрож. по ранн. разв-ю рахита, анемии, гипотрофии, судор. синдрома, гнойно-септ. инфекции, синдр. внезапн. смерти, ранн. искусств. вскарм. 6 гр-риск развития аллерг. заб-й

4. Вл-е вентолина на плод: угнет. род. деят-ти (токолитик). Вообще а/м-тахикар, гипогликем. На животн-дисморфия лица, пах. гр, косолап.

5. План дисп. набл. на уч-ке: выявл-е особ-тей теч-я ранн. н/нат п-да, наличия гнойничк. эл-тов на коже, отделяем. из пуп. ранки, оцен. повед. ребенка (беспок, отказ от еды, жидк. стул, срыгив, пов. т), позднее отпад. остатка пупов. (после 6д), поздн. эпителиз. пуп. ранки (после 14д), длит. не отпад. геморр. корочка в центре пупка+оценка сост, назнач. оптим. режима, беседа с родителями о возм-ти возникн-я сепсиса, пневмон. и необход-ти выполн. врач. рекоменд; при пок-ях — госпит-ция+обязат. консульт. зав. отд+ежедн. патрон. м/с+осмотр реб. врачом-пед 5р за 1й мес. +учащ. посещ. вр. и м/с+разъяс. правильн-ти ест. вскарм-т. к. студ.

Назнач. желчегонн, ферм, тройчатки (пантотенат Са, эуфилл, папаверин)

6. Дей-е анест, аналгез. при родах: асфикс. при рожд, депресс. н/р, ацидоз

7. Физиол. парам. шк. Апгар: ЧСС (abs, <100, >100), дых (abs, брадипноэ, нерегул; N-ное, громк. крик), тонус (кон-ти свис, некот. сгиб. кон, акт. движ), рефлекс (носов. катет-не реаг, гримаса, кашель+чих+крик), кожа (генерализ. блед/циан, розов. тело+акроциан, роз. все тело). Кажд. пок-ль оцен. до 2б. на 1 и 5 мин. жизни 8-10б-N. 0-3б на 1' или если на 1й и 5й <7б-тяж. асфикс. Ср. тяж-1'-4-6б, 5'-8-10.

8. Массо-рост. коэф: $2800/50=56$ -гипотроф. Ист (55-60; 2ст-55-50, 3ст=<50).

9. Критер. для Дзтики пренат. расст-ва пит. у донош: см. 8+по центилям- если m ниже 10%=>ЗВУР по гипотроф. типу (несоотв. mт гест. возр-его оцен. по шк. Боллард=кожа, лануго, складки стопы, гр. железы, ухо, генит, поза...) Если и рост, и m ниже 10%-гипопласт. вар-т. Аном+ пороки-диспласт. вар-т ЗВУР.

10. Совет по пит: 7рвд ч/з 3ч. С 10дня- $V_{\text{сут}}=1/5m$. До 30мин. на кормл.

Расчет до 14д на фактич. массу, с 14 при N прибав-на долженствующ.

11,12. Ппок БЦЖ в р/д: тут НЕТ! Ппок=н/нош, генер. БЦЖ- инфекц. у др. детей в семье, гипот. II-III, сепс, пор-е ЦНС, ГБН, геморр. синдр. календ. привив-(с 3м 3хкрат. ч/з 45д-ОПВ, АКДС-следить за реакц! Вместе с 2й, 3й-геп. В, 12-15м-корь, крас, парот+геп. В, 18м-ОПВ, АКДС, 24м-ОПВ. При реакц. на прив-проведение на фоне десенс. тер)

1. Дз, обосн: ГБН, обусл АВО-несовм. Обосн: мать-1(0), отец-2(А), аборт при 1й бер-ти, желтуха на 1х сут. Интоксик. Незнач. ув. печ. Н.б/р-180, анем-Нб-141, белок-54.

2. Доп: опред-е гр.кр. ребенка, ОАК+ретикулоциты, опред-е титра агглютининов в крови и молоке матери. Пр. проба Кумбса.

3. Что м.б. в анал: Гр.кр2 (А) в ОАК-ретик-з. Ув. титра иммун ат, прям. проба Кумбса слабо+.

4. ПЗ симпт: Иктеричность кожи и склер – гиперб/р-емия. Вялость, мыш гипот, гипорефлекс – б/р-вая интокс. (1 фаза б/р энцефалопатии)

5. Невропатол: монотонный крик, неполн. выраженность рефлекса Моро (только 1 фаза), “блуждающий взгляд”.

6. На УЗИ: увеличение печени и селезенки.

7. Ддз: желтуха на гр. вскарм-нии, инфекц. субдур.к/изл, кефалогемат, деф-т Г-6-ФД, пирувакиназы, насл. сфероцитоз, с-м Криглера-Найяра, Люцея-Дрисполла (семейн н/нат желтуха), гипотиреоз.

8. Вскармливание: кормление начин. чз 2-6 часов после рожд. донорск. молоком (10хп), до исчезнов. изоантител в молоке матери (2-3 нед).

9,11. Леч-е: ЗПК: раннее 1-2 сут м-дом Даймонда. Абсол: у донош=

н.б/р>342, прирост>6мкмоль/ч, желтуха/выраж. бледн. при рожден, НБ в пупов.кр.>60 мкмольл, низк. Нв<100 гл-несовм-ть по гр.и ф-ру д.б. доказана.

Н/нош: прирост>3,4, пупов.-34, н.б/р>170(каф). Заменяют 2мя ОЦК(=170мл/кг). При Rh

конфликте-вводят однокрупн кро, Rh-, не>2-3д. консервации, 170-180мл/кг, если

н.б/р>400=>250-300мл/кг. При АВО эр-массу 1(0) и однокрупн.с кровью ребенка или 4(AB) плазму в соотн 2:1. Заведение на 5см, снач. ввод. плазму или 10% альб-для связ.токс. б/р-5-8мл/кг.

Кр. подогрет. до 35-37град. Отсас. желуд. сод-ое. Вывод. 30-40мл(н/нош-20). Ввести на

50мл>выведенной. При полицитемии-одинаково. Медл, 3-4мл/мин. Чередуют вывод/введ по

20мл(н/нош-10). После кажд. 100мл-10%глюкса=1,0; 5%глюкоза-2,0 (борьба с ацидозом).

Заканч. 20-25мл плазмы или 10%альб+5%сода- 5-10мл. Ан. мочи- сразу, ч/з 2ч- глюкоза
кр. Фототерап= начин. при н.б/р у донош-205, н/нош-171, низк. мт-100-150. Фотоокисл. н.б/р с
обр-ебм биливердина, он водораств=> выв. с мочой и стулом+конфигурационн. изм-я н.б/р на
водораств. изомеры+структ. изомер с длит-тью полувыв. 2ч. Лампы синего и белого света. Длит-ть
72-96ч, перерыв в фототер. не>3ч+инфуз. тер: 5%глюк, адсорб(смекта, агар-агар, холестирамин)
+фенобарб(20мкг/кг/сут на 3приема-1д, далее-3,5-4мг/кг), зиксарин.

10. Группы. кр: ABO-сист-эритро. содерж. аг-агглютинин 1(0), 2(A), 3(B), 4(AB). Плазма. содержит
ат-агглютиногены (1a, b, 2b, 3a, 4-0). Гемолиз, если встреч. Аиа, Виб. Rh-ф-р по
Виннеру—Rh1(C), Rh0(D), Rh''(E), hr1(c), hr0(d), hr''(e), Rh0=Rh+Др. сочетан-оч. редко. Еще есть гр. кр. по
Келли, Дабби, Кид, Льюис, С, М.

Перелив. эр-массы: 1ю-всем, 2ю-2, 4, 3ю-3, 4, 4ю-4й. Rh+=>Rh+. Rh-=>всем. Перелив. плазм: 4ю-всем, 3ю-
3, 1; 2ю-2, 1; 1ю-1 (в плазме Rh нет)

12. Ребенок вакцинируется БЦЖ ч/з 1г, после постанов. р-ции Манту.

13. Наблюд-е участк. педиатра: на 1 мес ж.— 3р, в 1я 1/2г — 2 рвмес, во 2я 1/2г — 1рмес, на 2 г. ж.—
1р3мес. Невропатолог: 1мес—2 осмотра, 1я 1/2г— 1р3мес, далее по показ. Обслед: ОАК—1 рмес в
теч. 3мес. жизни, ОАМ — 2рвг. Однокр. бх крови (обмен Fe), функц. тесты печени, проба Кумбса, УЗИ
печени и желчн. пуз. Если к 1г н.б/р=N-перевод в 1гр.зд.

14. Группа здоровья 3 (?).

[09:04, 22.6.2019] Мурад: Билет 33

1. ВИЧ-инфекц(?). Стад. оппортунистич. инфекц. Гипотроф III. Анем III.

2. иссл-я: кровь на ВИЧ (ИФА-прям. обнаруж. vir и специф. ат в кр), олек. гибридизац (ПЦР)-аг во всех
биол. мат-лах, непрям. Имм-флюор.

Оконч. подтвержд-иммуноблотинг-ат к вир. белкам-P24, P41. Второстеп: опр-е
CD4 (Т-хелп), соот. 4:8 (N 1,8-2,2), при ВИЧ<1. Ув. IgA, G, E, ЦИК. Ум. бластогенн. р-ции лимф. на
митогены. Анерг. при кожн. пробах. Периф: прогресс. лимфопен, эр-пен (тут есть), тцпения, ув. эоз.

3. мех-м передачи: парентер (полов, трансфуз, ч/з молоко), вертикальн.

4, 8. типичн. симпт: л/ад/пат, гипотроф, пневмон (>пневмоцистн), пор-е ЖКТ-ГСМ, диарея (сальм
+др.), токсопл, герп, ЦМВ, кандид+внелег. tbs, множ. рецид. бакт. инф
(абсц, пневм, отит, менинг, остеомиел, септицем) опух. редко, быстр. разв-е, энцефалопат. с
зад. психомот. и физ. разв.

5. Классиф: 1. по Берке бстад (хр. генерал. опп. инф), Покровский-3ст (2ричн. заб-й);
каф-4я (1-нулев, 2-клин, 3-л/ад/пат, 4-оппортунист. б-ней)

6.ан.кр:анемII,гипохромн,нейтрофилез

7.есть ли мононуклеозопод.синдр:есть.Ув.шейн.л/уз,пов.t,ГСМ

9.спец-ты:инфекционист,реаниматолог,пульмонолог,кл.фармаколог

10.леч-е:этиотроп(азидотимидин(у дет.основн-20-30 мг/кг в 4рвд-ингиб.обратн.транскриптазу vir),зидовудин,диданозин,циклосп.А, ретровар,интерферон),имм-корр(тималин,левомизол,ИЛ-2),иммуно-замест(перелив.лейкомассы,I g-200-400 мг/кг ежемес,профилактич; плазмоферез),подавл.усл-пат.флоры(рано резервн,часто комбин), противогриб(амфотерицин В). Прив.ДЕЛАТЬ!

11.Профил.в семье:отд.палаты и боксы для ВИЧ-инф,маски,перчат. у обслуж.перс; стерилиз,биол.мат-л п/д спуском в канализ-гипохлоридNa.Все родств-1рвг обслед.

1/DS:Физиологическая желтуха новорожденных.

2/Массово/Ростовойпоказатель=60,7 (N-60-80/)

3/ретикулоцитоз связан с гемолизом фетального гемоглобина, С.я.Лф.(физ.перекрест.)

4/норма.

5/повышен не прямой Б. т.к.повышен распад фетального гемоглобина.,незначительно повышен холестерин т.к.имеется холестаза.

6/ 1.Повышенным образованием Б.(N-в пуповинной крови-26-34 мкмоль/л)145 мкмоль/кг./сут. в следствии :

а) укороченной продолжительности жизни Эр.из-за преобладания Эр.с фетальным гемоглобином;

б) выраженного неэффективного эритропоэза;

в) увеличенного образования Б.в катоболическую фазу обмена из неэритроцитарных источников гема (миоглобина,печеночный цитохром и др.)

2.Пониженной функциональной способностью печени ,проявляющейся:

а) сниженном захвате НБ.гепатоцитами,

б) низкой способностью к глюкуранированию Б.из-за низкой активности глюкуранилтрансферазы и уридиндифосфоглюкозодегидрогеназы в основном по причине угнетения их гормонами матери,

в) сниженной способности к экскреции Б.из гепатоцита

3.Повышенным поступлением НБ.из кишечника в кровь в связи:

а) высокой активностью В-глюкуронидазы в стенке кишечника,

б)поступлением части крови от кишечника через аранцев проток в нижнюю полую вену, минуя печень.е.нарушением гепатоэнтерогенной циркуляции Б.

в) стерильностью кишечника и слабой реабсорбцией желчных пигментов.

7/ ГБН .не разовьется (ГБН- по Rh- фактору, по ABO системе когда у матери 1 (O) гр.крови ,ау ребенка 2(A) или 3 (B) гр.крови.

8/ гемолиз Н b, низкая ферментативная активность печени.

9/ физ.желтуха-появляется на 2-3 день, Б.непрямо 140-150мкмоль/кг/сут.,Б.пуповинной кр.26-34мкмоль/л.,общее состояние не страдает,проходит к 10 дню.-Гемолитическая ж.- имеются при рождении и появляются в первые сутки или на второй неделе жизни,длится более 7-10 дней у доношенных и 10-14 дней у недоношенных детей, протекают волнообразно, темп прироста НБ.более 5мкмоль/л/час или 85мкмоль/л/сут., уровень НБ.в сыворотке пуповинной крови –более 60мкмоль/л –на 2-е сут.жизни , максимальный уровень ПБ.более 25мкмоль/л.

10/ При высоких цифрах Б. 340мкмоль/л у доношенных и 170мкмоль/л у недо-х. риске развития билирубиновой Энцефалопатии 4 фазы –

1) билирубиновая интоксикация : вялость,снижение мышечного тонуса и аппетита вплоть до отказа от пищи,бедность движений,монотонный крик,неполная выраженность рефлекса Морро,срыгивания ,рвота, патологическое зевание, блуждающий взгляд.

2.ядерная желтуха : спастичность, ригидность затылочных мышц, вынужденное положение тела с опистотонусом, периодическое возбуждение и резкий мозговой крик, выбухание большого родничка, подёргивание мышц лица, крупноразмашистый тремор рук,судороги,симптом заходяще солнца, нистагм, симптом Грефе, брадикардия, летаргия, повышение температуры тела.

3.пер.мнимого благополучия и исчезновения спастичности (начиная со 2-й нед. жизни),

4.пер.формирования неврологических осложнений начинается в конце периода новорождённости или на 3-5 мес.жизни: ДЦП, атетоз, хореоатетоз, параличи, парезы, глухота и др.

11/ Показания к ЗПК – Б. выше 342 мкмоль/л, темп нарастания Б. выше 6,0 мкмоль/л-ч.и уровень его в пуповинной крови выше 60 мкмоль/л, тяжёлой анемии (Hb менее 100г/л),у детей с гипотрофией в зависимости от степени гипотрофии от 342 до 222 мкмоль/л

12/ желтуха лечения не требует.

13/ кормить грудным молоком

14/ прогноз благоприятный.

1. Поставьте диагноз.

Постнатальная вирусно-бактериальная пневмония, очагово-сливная, острое течение, тяжелая, ДН II степени, неосложненная.

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

У данного больного имеется характерная клиническая и рентгенологическая картина постнатальной домашней пневмонии. Поэтому вопрос о дифференциальной диагностике не возникает. В дальнейшем при отсутствии ожидаемого эффекта от лечения и торпидном течении болезни следует исключить атипичную пневмонию, лёгочную форму муковисцидоза, пороки развития лёгких.

3. Назначьте лечение.

I. Госпитализация в палату интенсивной терапии детского стационара (II этап выхаживания).

II. Организация выхаживания:

1. свободное пеленание;
2. спокойная и термонейтральная обстановка;
3. оптимальное освещение (не очень яркое);
4. частые перемены положения тела;
5. тщательный уход за кожей и слизистыми оболочками;
6. оксигенация в кислородной палатке или через биназальный катетер 35-40% кислородом.

III. Адекватное и оптимальное питание ребенка с учетом толерантности к пище. К груди прикладывать при достижении стабильного компенсированного состояния.

IV. Инфузионная терапия.

Суточное количество жидкости ограничивают физиологической потребностью плюс патологические потери:

- при $t \geq 37^{\circ}\text{C}$ добавляют 10 мл/кг/сут на каждый 1°C ;
- при диарее – 10 мл/кг/сут;
- при рвоте – 10 мл/кг/сут;
- при тахипноэ – 10 мл/кг/сут на каждые 15 дыханий/мин свыше 60.

Рекомендуется 75-80% жидкости восполнить оральным путем, а внутривенно вводить не более 20-30 мл/кг/сут со скоростью 6-8 мл/час, равномерно в течение суток с помощью инфузионного насоса.

Инфузионная терапия при пневмонии заканчивается введением лазикса, чтобы снизить нагрузку объемом малого круга кровообращения.

V. Коррекция ацидоза. Вводится в вену 2% раствор натрия гидрокарбоната после расчета по формуле: $4\% \text{ р-р NaHCO}_3 (\text{мл}) = \text{BE} \times \text{массу тела (в кг)} \times 0,3$.

VI. Антибиотикотерапия – основа успеха в лечении пневмонии у новорожденных детей. Эмпирически в начале проводят терапию ампициллином с амикацином (реже с гентамицином). При уточнении этиологии парентерально назначают антибиотики целенаправленного действия:

1. При стрептококковой инфекции – ампициллин или пенициллин + аминогликозид.
2. При стафилококковой инфекции эффективны защищенные пенициллины (амоксиклав, аугментин) + аминогликозид (гентамицин, амикацин и др.). Альтернативная схема: цефалоспорины и/или аминогликозиды. Препаратами резерва являются ванкомицин + рифампицин и/или аминогликозиды.
3. При клебсиеллезной инфекции: азлоциллин или тикарциллин, пиперациллин + цефотаксим (клафоран) /аминогликозид или азтреонам.
4. При синегнойной пневмонии: тикарциллин или пиперациллин, цефтазидим + аминогликозид.
5. При атипичных пневмониях на фоне хламидиоза и микоплазмоза эффективны макролиды – эритромицин (эригран), сумамед, спирамицин (ровамицин), а также макропен.
6. При анаэробной инфекции (пептококки, пептострептококки, бактероиды и др.) назначают амоксициллин/клавулант или клиндамицин, аминогликозиды + метронидазол (по 0,015 г/кг/сут в 2 приема).
7. При пневмоцистной пневмонии: бисептол (30 мг/кг/сут, доза по триметоприму 20 мг/кг/сут),

трихопол (7 мг/кг/сут) 2 курса по 10 дней.

8. При легионеллёзной пневмонии эффективны эритромицин, рокситромицин, рифампицин, азитромицин (сумамед), клиндамицин, бактрим.

Курс антибиотикотерапии обычно составляет 2 недели, при стафилококковой пневмонии – до 3-4 нед.

VII. Биопрепараты назначают для нормализации биоценоза кишечника (бифидумбактерин, лактобактерин, линекс, бифиформ и др.).

VIII. Пассивная иммунотерапия проводится иммуноглобулинами (антистафилококковый, антисинегнойный, пентаглобин и др.).

IX. Симптоматическая терапия (посиндромная):

☞ гипертермии: физические способы охлаждения, парацетамол;

☞ судорожного синдрома: ликвидация гипоксии, гипогликемии, гипокальциемии, гипомagneмии, гиповитаминоза B6, по показаниям – антиконвульсанты внутривенно: фенobarбитал, дифенин, диазепам, реже - натрия оксibuтират и др.;

☞ сердечно-сосудистой недостаточности: сердечные гликозиды быстрого действия – коргликон, строфантин; инотропные и сосудодативные препараты допамин или добутамин при шоке, артериальной гипотензии и снижении почечного кровотока; при выраженной легочной гипертензии – изадрин;

☞ гипомоторики кишечника: прозерин 0,5% р-р 0,009 мг/кг подкожно или внутримышечно 2-3 раза в сутки, 5% Vit B1 0,1 мл/кг 1 раз в сутки в/м; при гипокалиемии – растворы калия хлорида внутрь или в вену, следует отметить, что оротат калия является нестероидным анаболическим и не купирует дефицит калия; при упорных срыгиваниях – 0,25% р-р новокаина внутрь за 30 мин до кормления 2-3 раза в сутки.

X. Дыхательный массаж, вибромассаж проводят в периоде реконвалесценции.

XI. При гиповолемии внутривенно вводят 0,9% раствор натрия хлорида, альбумин 10% раствор 10-15 мл/кг/сут., «Инфукол» - препарат ГЭК 6 % раствор.

XII. При лёгочной гипертензии (при ДНII-III степени) назначают лазикс 1 мг/кг 2-3 раза в сутки.

XIII. Витамины C, B1, B2, B6, B15 внутрь, витамин E по 10 мг внутримышечно.

XIV. ОРВИ (неосложненная форма) лечат без антибиотиков. Последние назначают новорожденным из группы риска по инфекции:

1) ОРВИ + гнойный очаг (мастит, омфалит и др.);

2) $t_{\text{ж}} 38,5^{\circ}\text{C}$ + сопутствующие синдромы;

3) длительная лихорадка (≥ 3 суток);

4) реинфекция (ОРВИ ≥ 2 недель).

4. Как должны наблюдаться в поликлинике дети, перенесшие острую пневмонию в возрасте до 3 месяцев?

В восстановительном периоде проводится диспансерное наблюдение в течение 1 года (в первые 6 мес участковый педиатр осматривает ребенка 2 раза в месяц, затем 1 раз в месяц). Назначается витамин ДЗ (лечение и профилактика рахита), препараты железа (лечение и профилактика железодефицитной анемии).

5. Перечислите показания для госпитализации детей с острой пневмонией.

Новорожденные дети с диагнозом острая пневмония обязательно госпитализируются.

[09:17, 22.6.2019] Мурад: Билет 34

1. Кл. Дз: Скарлатина типичн, осложн. гломерулонефр. с гематур. синдр.

2. Форма заб-я: легк. ст. тяж (интокс, изм-я в ротогл)

3. ПЗ ангины + экзант: восп. изм-я на месте внедр-> в рег. луз-> токсин в кр-> возд-е нв ССС, нерв, эндокр. Сыпь-проявл. токсич. синдр (+г.б, рв). Септ. линия ПЗ-возд-е микроб. кл (гнойн. и некр. изм-я в вх. вор + гной. осл-я). Алл. линия ПЗ-сенсеб. к Strep-высып, ГН, миокардит, синовит

4. Доп. симп. в нач. заб: кожа сух, сыпь ч/з неск. час. от нач. лицо, бок, тул, кон. Розов, точечн. на гиперем. фоне. Чист. носогуб. D. В ест. складках > насыщ. Есть темно-красн. полосы (концентр-ия сыпи + геморр. пропит) Отд. эл-ты м.б. пузырьк. Держится 3-7 д, проп. без следа. После исчезн (кон 1-нач. 2 нед)-шелуш (крупно пласт. на кист, стоп, отруб. на теле). Зев: ярк. отгран. гиперем. минд, дуж, языч. В 1 е сут. м.б. точечн. энант, она м.б. геморраг. Ангина- м.б. катар, фолликул, лакун, некрот. Язык облож-> очищ.-> малин. Ув. рег. луз. Бел. дермогр. В нач. м.б. рв (даже при легк.)

5, 10. Терапия + длит-ть с начала заб: О.п-д: пост. реж, полноценн. пит. с мех. щаж. Феноксиметилпеницил. (оспен, вепикомбин) - 50 тыс. МЕ/кг на 4р 5-7 д!! Неперенос => дурацеф, амоксиклав, рулид, СА. Вит, гипосенс. Орошен. ротоглот. ромашк, фуруцилл.

6. общ. ан. кр, мочи: анемия II, лей-з, нейтр. ув. СОЭ. протеин-, эр-, цил-ур.

7, 8. Доп. иссл. в стац + инструм: УЗИ, ан. по Зимн, б/х мочи, б/х кр (мочев, креатин), клиренс, ЭКГ, ревмат. ф-ры.

9. Спец-ты: нефролог, кардиолог.

11. Прогноз: рац. леч-90-95% вызд, хр-5%

12. Пр/эп. в очаге: Изол. в отд. ком, тек. дезинф, индив. посуда, предм. обихода. Изол. не > 10-12 дн. от нач. заб. Далее - м. в д/с (кафедра). Инструк-не < 22 д (т.к. м.б. осл-я). Инк-2-7 дн. В группе - зак. дезинф. Карантина нет, контроль сост. детей (кожа, горло, т).

1. Ювенильный ревматоидный артрит. Суставно-висцеральная форма. Ак-тивность Ш степени. Хроническое течение. Рентгено-логическая стадия процесса III степени. Функциональная недостаточность II степени.

2. ОАК-анем (Hb в н 113, 90 пограничное м/у лег и сред), лейкоцитоз (н10,5) со сдвигом влево (п/я в н 1), увел СОЭ, ОАМ-протеинурия, БАК-диспротеинемия, гипоальбуминемия (55), гиперальфа2 глобулинемия, гипербетта гаммаглобулинемия, высок серомукоиды (воспал (N=0,2)) вальб (N=56-66), ^a2 глобул (N7-10), vB-глоб (N=7-11), ^G-глоб (N=15)

3. дополн-R костей, суставов (тазобедр, колен, г/стопн, лучезап)-остеопороз, мелкокистозная перестройка костной структуры эпифиза, сужение суставной щели, костные эрозии, анкилоз, нарушение роста кости, пораж шейных позвонков) ЭКГ, ЭхоКГ, рентген ОГК, гл дно, УЗИ вн орг (полисерозит), ревм фактор, тромбоцитоз, антнуклеарные АТ, генетическое обследование (HLA DR)

4. кардиоревм, хирург-ортопед, окулист, физиотерапевт, генетик, психолог.

5. Вислера-Фанкони (особой формой ревматоидного артрита, аутоиммунный, приводящий к поражению различных органов и систем, нестойкий суставной болевой с-м, полиморфная сыпь линейная, упорная, вовлек почки-гематурия, перикардит), бнь Стилла (оч редко, суставы + с самого нач-вовлекаются внутр орг-ны, ^л/у, печени и селезенки). Ревматический полиартрит. Суставные проявления появляются через 2,5 - 3 недели после ангины, фарингита. Поражаются крупные суставы, характерны летучесть, симметричность поражения, поразительно быстрый эффект аспирина и других НПВС. Нет суставной инвалидизации. Поражение сердца обязательно для ревматизма. При этом поражаются миокард и эндокард. Эндокардит развивается по типу бородавчатого вальвулита - пороки сердца. Ревматический перикардит. Кольцевая эритема на коже внутренней поверхности рук и ног, живота, шеи, грудной клетки - редкий, но патогномоничный признак ревматизма. Характерной для ревматизма формой поражения ЦНС является хорея, встречающаяся у детей, реже подростков. Она характеризуется развитием насильственных гиперкинезов мышц лица, туловища, конечностей. Реактивный артрит. Прослеживается четкая связь с инфекцией - урогенной, энтерогенной, тонзиллогенной. Поражение

суставов по типу моно- или олигоартрита, часто признаки сакроилеита. Выраженной деформации суставов нет. Отмечается выраженный благоприятный эффект антибиотиков и НПВС. Синдром Рейтера. Триада признаков - поли-олигоартрит, конъюнктивит, уретрит. Анкилозирующий спондилоартрит. Прогрессирующее поражение позвоночника - спондилоартрит, могут поражаться крупные суставы, но без их суставной инвалидизации. Инфекционные специфические артриты. В анамнезе указания на туберкулез, гонорею, б-ь Лайма. Преимущественно асимметричные моно-олигоартриты. б-нь Пертеса-первоначально хромота при нагрузке, умеренные боли с иррадиацией в коленку, возникают днем после длительной нагрузки на сустав, пальпация болезненна, незнач атрофия мышц, ограничено отведение, внутренняя ротация, сгибатель контрактура. Рентген 5 стадий. Остеопороз. импрессион перелом. фрагментация головки. репарация. последствия.

6. Цель- купировать хроническое аутоиммунное воспаление. Симптом-модифицирующие препараты: противовоспалительные-НПВС 6-9 мес (диклофенак, напроксен, немисулид, метиндол), глюкокортикостероиды (преднизолон, дексаметазон, метипред) как пульс-терапия 20-30 мг/кг в/в при системных формах). Болезнь-модифицирующие препараты (базисные): аминохинолиновые: делагил, плаквенил; метотрексат 10 мг/м²/нед; сульфасалазин; циклоспорин А; лефлунамид, ремикейд-нельзя при поражении глаз, иммуномодулятор пентаглобин. Местно-внутрисуставное введение гормонов, массаж, ЛФК, мази, сан-кур леч. Протезирование суставов. При наличии контрактур накладывают скелетное вытяжение, проводят механотерапию на специальной аппаратуре. Ацетилсалициловая кислота - 60-80 мг/кг/сут, не более 3 г/сут. Назначают после еды 3-4 раза в день. Длительность курса 1-3 мес в зависимости от индивидуальной переносимости. Индометацин - 2-3 мг/кг/сут. Детям раннего возраста назначают 25 мг/сут (по 1/2 таблетки 2 раза в день). Детям старшего возраста назначают до 100 мг/сут (2 таблетки по 50 мг в 2 приема). Диклофенак - 2-3 мг/кг/сут, но не более 100 мг/сут в 2 приема. Ибупрофен - 200-1000 мг/сут в зависимости от возраста из расчета 40 мг/кг/сут в 3 приема. Напроксен - 250-750 мг/сут в зависимости от возраста. Не рекомендуют детям до 10 лет. Длительность курса от нескольких месяцев до нескольких лет. Глюкокортикостероиды: Преднизолон - внутрь из расчета 1 мг/кг/сут (максимальная доза). Длительность курса - по показаниям. Метилпреднизолон (метипред), бетаметазон (дипроспан) - внутрисуставно. Доза зависит (5 мл) от величины сустава. В один и тот же сустав препарат вводят не более 5 раз с интервалом 5 дней. Курс можно повторить. Базисные препараты: Хинолиновые: гидроксихлорохин (плаквенил) в дозе 200-300 мг 1 раз в день, лучше перед сном после еды. и хлорохин (хингамин, делагил) Хлорохин в дозе 125-250 мг/сут в зависимости от возраста, 1 раз в день на ночь после еды. Метотрексат назначают внутрь 2-3 раза в неделю. Обычно недельная доза составляет от 2,5 до 7,5 мг/м² поверхности тела. Сульфасалазин назначают по 0,5-1 г/сут в 2 приема. Циклоспорин назначают в дозе 2-3 мг/кг/сут в 2 приема под контролем уровня креатинина плазмы крови. При увеличении его более чем на 30% дозу препарата уменьшают или его отменяют. Курс лечения 2 мес и более по показаниям. Базисные препараты назначают на длительный срок, от одного до нескольких лет в зависимости от клинической картины болезни. Проведение базисной терапии приводит к уменьшению потребности в НПВС и глюкокортикостероидах (следовательно, снижает риск развития побочных эффектов, возникающих на фоне лечения этими препаратами), позволяет улучшить

качество жизни, снизить инвалидность, улучшить отдалённый прогноз, увеличить продолжительность жизни. Иммуноterapia Ig для внутривенного введения (например, пентаглобин, интраглобин, сандоглобулин) в дозе от 0,4-2 г/кг/сут в течение 4-5 дней. Вводят капельно по 10-20 капель в минуту в течение 15 мин, затем скорость увеличивают до 2 мл/мин. При необходимости инфузии повторяют каждые 4 нед.

7. ОАМ –пораж клубочк ЦИКаами, ГН, ИН, амилоидоз

8. прогноз неблагоприятный, половина за 10 лет-инвалидность, 70% не имеют детей, опред поражен суставов, образований анкилозов, поражен сердца почек и глаз

9. поражен глаз из-за отлож ЦИК в сосуд стенке и сродство аутоАТ к синовию обол и к внутр обол глаза, цитки в радужке-мелкие сосуды(неоангиогенез)

10. лентовидная дистрофия роговицы, осложненная катаракта, иридоциклит, вялотекущий увеит(сниж зрения, ощущ песка в глазах, усилен сосуд рис, синехии, измен зрачков р-ции, сужение полей зрения до слепоты.)

11. прогноз- суставн формы с поражен глаз, суставно висцер формы

12. утренн скован в следствии выраж экссудации в периартикул тк в ночные часы, т.к. нарушается отток+неподвижность.

[09:29, 22.6.2019] Мурад: Билет 35

1. Дз: ОРВИ, грипп, тяж. форма.

2. Лаб.иссл: экспресс-флюор-ция аг(рез. ч/з 3ч), кр-неб. лей-з+ней-з+сдв, токс. зерн-ть, ув. СОЭ, РСК, РТГА(ув. в 4р за 2н)+ИФА, РИА.

3. Клин: ин. пер-неск. час-3-4сут. О: озноб, г/кр, мыш+суст. боли, г.б, слаб. катар. явл(покашл, заложеноса, скудн. слиз. выд), боль/перш. в горле, тяж-

носов. кр/теч, пот. созн, менинг. симпт, слаб. гиперем. лица, инъекц. сос, умер. циан. губ, зерн-ть зад. ст. гл, м.б. точ. к/изл или мелк. энант. на мягк. небе, б.в жив, расст-во стула, сегмент. отек легк(только Rg). Гипертон- геморр. отек легк->геморр. пневм(одыш, крепит. хрипы).

4,5,7. ПЗ сух. кашля, абд. синд, петех: слиз. ВДП->реплик->дистроф, некр ->аутоимм. цитотокс. р-ция->виремия->пор-е ЦНС->циркулят. нар-я->геморр. отек брыж->абд. синдр+подавл. имм-та->присоед. др. флоры->пор-е горт, трах, бр, легк. Аллерг-ция vir аг->алл, ауто-алл. р-ции. Пор-е нервн. и сос. сист-капилл+прекапилл. до полн. пареза+пов. прониц.

6. Спец-ты: хирург, реанимат, инфекц-т

8. Ддз: др. ОРВИ, бр. тиф(более постеп. нач, без катара, длит. лих-ка, розеол. сыпь), менинг-емия(не

быв.катар.явл,типичн.звезч.геморр.

сыпь,гиперлейк-з),корь-резк.катар,склерит,конъ.Симп.Фил-Копл. Геп.А-нет катара,боли в жив,пальп.печ=боль.Темн.моча,светл.кал. Геморр.лих-ка(выр.гем-синдр,боли в поясн,гиперлей-з,изм-я мочи).

9.кр:лимфоцитоз,ост-N.

10.леч:пост.реж,мах изол(бокс),мол-раст,обогащ.vit диета,обильн.

питье,аск.к-та,симпт.леч-е(бруфен-сироп,тайленол,антигриппин,

сильн.возб+бессон-димедрол,кашель-либексин, тусупрекс, мукалт, кор.солод,выр.обстр.

синдр-эуф+димедр).В нос-нафтиз,галазол. Этиотроп-реаферон по 500тыс.МЕ 2рвд 2-3д(аэроз),при

тяж.гриппе-в/м-специф.прот/грипп. Ig 2дозы,abs эфф-повт.ч/з 12ч.ССН-0,06% корглик на

20%глю.Улучш. реалог-трентал.Гипертокс-гидрокорт. 5мг/кг.Аб-при бакт.осл

11.Профил:привив=гриппозн.жив.вакц.аллантоисная интранзальн. для

дет.с7л;с3-14л.Ваксигрипп-очищ.инактив.гриппозн.вакц-все группы детей с 6мес.Обяз.вакц-в

закр.дет.уч+д/с. Неспец-ранн.дз+ изол.бол.до7д,тек.дезинф,обслуж.реб.в маске,во

вр.эпидем-новые дети в д/с не прин,не перевод.из групп.в груп.Утр.фильтр.М. исп-ть

интерфероны-а,b,g(по 2-5кап.4рвд,весь п-д вспышки).Ст.возр- ремантадин-25мг 2-3рвд

2-3д.Ослабл+хр.заб-пр/грипп.Ig-0,1-0,2мл/кг