**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

**для первичной аккредитации выпускников, завершающих в 2018 году подготовку по образовательной программе высшего медицинского образования в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом по специальности «Педиатрия»**

**Ситуационная задача 1 [K000011]**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть

Девочка 11 лет поступила в стационар по направлению врача-педиатра участкового по поводу болей и припухлости левого коленного сустава, лихорадки до 39°С, общей слабости. Со слов матери, 2 недели назад было повышение температуры, боли в горле при глотании. Анамнез: ребёнок из села, употребляет в пищу некипячёное коровье и козье молоко. Объективный статус: масса – 19 кг, рост – 125 см. По другим органам без патологии. Результаты анализов. Общий анализ крови: гемоглобин – 104 г/л, эритроциты – 3,5×1012/л, лейкоциты – 8,1×109/л, цветовой показатель – 0,8, нейтрофилы – 38%, лимфоциты – 51%, моноциты – 11%, СОЭ – 38 мм/час. Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1022, белок – нет, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий плоский – 2-3 в поле зрения .Копрограмма: детрит – значительное количество, полуоформленный, слизь – нет, лейкоциты – нет, эритроциты – нет. Серологические реакции: реакция Райта и Хеддельсона в разведении 1/800 +++. РПГА с бруцеллёзным диагностикумом – 1/400. Бактериологический посев крови: отрицательный результат. Бактериологические посевы кала: на диз. группу и сальмонеллы отрицательные. Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назначьте план лечения.

4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.

5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1 [K000011]**

1. Бруцеллѐз, типичный, острая форма, средней степени тяжести. Серологически подтверждѐнный.
2. Диагноз «бруцеллѐз» 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 некипячѐное 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 бруцеллѐзным 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. План лечения.
4. Антибиотикотерапия: схема из 2 препаратов - фторхинолоны, цефалоспорины на 10-15 дней.
5. Противовоспалительная терапия НПВС.
6. Гастропротекторы на время приѐма противовоспалительных препаратов.
7. Профилактические мероприятия.

Профилактика пищевых заражений: употребление термически обработанных молочных продуктов (при температуре 70°С в течение 30 минут). 2. Охранение водоисточников от загрязнения, употребление только кипячѐной воды. 3. Специфическая профилактика – вакцинация при наличии эпизоотических показаний детям с 7 лет.

1. 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 2 [K000012]**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть

Ребёнка 6 лет в течение трёх последних дней беспокоят кашель, насморк, повышение температуры до 39°С. Мать заметила подкожные кровоизлияния на коже груди, конечностях, дважды было носовое кровотечение. Анамнез: мальчик из детского сада, где регистрируются массовые заболевания гриппом. Результаты анализов. Общий анализ крови: гемоглобин – 132 г/л, эритроциты – 4,2×1012/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – 3,2×109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 28%, лимфоциты – 62%, моноциты – 2%, тромбоциты – 180 000; СОЭ – 5 мм/ч. Время свёртывания крови: начало – 6 минут, конец – 8 минут.Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1020, белок – нет, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий – 1-2 в поле зрения.Копрограмма: детрит – значительное количество, лейкоциты – нет, эритроциты – нет. Иммунофлюоресценция: выявлены РНК-содержащие вирусы. Серологические реакции: РСК с диагностикумом к вирусу гриппа В – 1/32, через две недели РСК – 1/164. Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назначьте план лечения.

4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.

5. Укажите необходимые противоэпидемические мероприятия в очаге при данном заболевании.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2 [K000012]

1. Грипп В. Типичный. Тяжѐлой 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 свѐртывания 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.

1. План лечения.

Госпитализация в инфекционную больницу. Обильное тѐплое питьѐ.

Диета по возрасту механически, химически, термически щадящая.

Этиотропное лечение: Осельтамивир 45 мг 2 раза в сутки 5 дней или Умифеновир 100 мг 4 раза в сутки 5 дней.

Патогенетическая терапия: дезинтоксикация (глюкозо-солевые растворы внутривенно капельно с учѐтом физиологической потребности в жидкости и потерь на интоксикацию).

Витамин С 100 мг 2 раза в сутки.

Симптоматическая терапия: капли в нос – по показаниям – сосудосуживающие препараты (Називин, Назол-беби и др.).

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:

свежезамороженная плазма 10 мл/кг внутривенно капельно; Аминокапроновая кислота;

Этамзилат.

1. Профилактические мероприятия.

* Вакцинопрофилактика – Ваксигрипп, Гриппол плюс, Инфлювак, Ультрикс. Ослабленным детям и детям первого года жизни – иммуноглобулин человеческий нормальный 2 дозы (3,0 мл) в/м, однократно. Неспецифическая профилактика – препараты интерферона (Альфа-интерферон интраназально).

5. Противоэпидемические мероприятия.

* Госпитализация.

По клиническим показаниям: все больные с тяжѐлыми и осложнѐнными формами, дети до 3 лет в состоянии средней тяжести.

По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых коллективов (школы- интернаты, санатории, дома ребѐнка).

* Мероприятия в очаге инфекции: заключительная дезинфекция не проводится. Осуществляется частое проветривание помещений, влажная уборка.
* Мероприятия в отношении контактных лиц: изоляция и обследование не проводится. В период подъѐма заболеваемости проводят мероприятия по ограничению общения (отмена массовых мероприятий и т.д.).
* Допуск в коллектив: по выздоровлению.

**Ситуационная задача 3 [K000013]**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть

Девочка 9 лет, со слов матери, жалуется на быструю утомляемость, головокружение, чувство тяжести в правом подреберье, периодически приступообразные боли в животе, желтушность кожи и склер. Объективный статус. При осмотре: кожа и склеры желтушные, на лице и на груди несколько элементов сыпи – телеангиоэктазии. Живот увеличен в объёме, печень +3,0 см от края рёберной дуги, селезёнка +2,0 см. Печень плотная, край закруглён. Моча тёмного цвета. Кал обесцвечен. Результаты анализов. Общий анализ крови: гемоглобин – 92 г/л, эритроциты – 2,8×1012/л, цветовой показатель – 0,8; лейкоциты – 12,3×109/л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, лимфоциты – 36%, моноциты – 2%, СОЭ – 5 мм/ч. Общий анализ мочи: желчные пигменты – положительные +++, уробилин +. Копрограмма: кал обесцвечен, стеркобилин – отрицательный, жирные кислоты ++, лейкоциты – 0-1 в поле зрения. Биохимический анализ крови: билирубин общий – 96 мкмоль/л, прямой – 74 мкмоль/л, непрямой – 22 мкмоль/л, общий белок – 68 г/л, альбумины – 32 г/л, глобулины – 36 г/л, ЩФ – 38,4 Ед/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, сулемовая проба – 1,0 мл, тимоловая проба – 14 ед., АлАТ – 128 Ед/л, АсАТ – 200 Ед/л. Иммуноферментный анализ крови: обнаружены HBsAg, анти HBcor класса IgG и IgM , анти HCV. УЗИ печени: увеличение обеих долей, повышение эхосигналов диффузного характера. Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назначьте план лечения.

4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.

5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3 [K000013]

1. Хронический гепатит В, обострение, гепатит С. Гипохромная анемия.
2. Диагноз «гепатит» поставлен на основании астеновегетативного, болевого, желтушного, гепатолиенального синдромов; лабораторно: наличие желчных пигментов в моче, в кале – отсутствие стеркобилина, жирные кислоты +++, в биохимическом анализе крови – гипербилирубинемия за счѐт 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 закруглѐн. Лабораторно – выявлены маркеры обострения хронического гепатита В (HBsAg, анти HBcor IgM и IgG) и антитела к HCV. Обнаружение антител к вирусу гепатита С требует уточнения активности процесса, необходимо определить РНК HCV.
3. План лечения.

Госпитализация в инфекционную больницу.

Щадящая диета для пищеварительного тракта с исключением экстраактивных веществ. Обильное тѐплое питьѐ.

Этиотропное лечение препаратами интерферонового ряда. Симптоматическая терапия.

1. Специфическая профилактика осуществляется генно-инженерной вакциной. Вакцинацию начинают в роддоме (1 сутки), R1 – 1 месяц, R2 – 6 месяцев. Дети, рождѐнные от HBsAg-позитивных матерей, вакцинируются по схеме 0-1-2-12 и подлежат диспансерному наблюдению врачом-педиатром участковым 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 учѐта – при наличии 5 отрицательных анализов крови на HbsAg. Профилактика гепатита С – только неспецифическая.
2. 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 4 [K000014]**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть

Ребёнок 8 месяцев поступил в стационар с приёма в поликлинике с жалобами, со слов матери, на одышку, мучительный кашель, беспокойство. При осмотре ребёнка отмечается цианоз носогубного треугольника. Ребёнок беспокоен, плачет, бледный. Анамнез: ребёнок болен в течение недели, стал кашлять, температура не повышалась. В последние 2 дня кашель участился, особенно в ночное время, стал приступообразным. Во время приступа лицо краснеет, затруднен вдох во время приступа кашля. Приступ заканчивается отхождением густой, вязкой мокроты. За сутки отмечается до 15 приступов кашля. Родители ребёнка с рождения отказывались от вакцинации. Результаты анализов. Общий анализ крови: гемоглобин – 126 г/л, эритроциты – 4,2×1012/л, цветовой показатель – 0,9; лейкоциты – 33,0×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 28%, лимфоциты – 66%, моноциты – 2%; СОЭ – 7 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1018, белок – нет, эпителий плоский – 2-3 в поле зрения, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – нет. Иммуноферментный анализ крови: обнаружены IgM АТ к Bordetellapertussis. Рентгенография органов грудной клетки: усиление бронхо-сосудистого рисунка, повышенная воздушность лёгочной ткани, очаговых теней нет. Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назначьте план лечения.

4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.

5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4 [K000014]

1. Коклюш. Типичный. Период спазматического кашля. Средней степени тяжести. Серологически подтверждѐнный.
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 учѐтом результатов анализов – в ОАК – гиперлейкоцитоз, лимфоцитоз, методом ИФА IgM AT к возбудителю коклюша, на рентгенограмме – повышенная воздушность лѐгочной ткани и усиление лѐгочного рисунка.
3. План лечения.

Госпитализация в боксированное отделение. Обильное тѐплое питьѐ.

Этиотропное лечение: антибиотикотерапия ‒ макролиды и защищѐнные аминопенициллины.

Патогенетическая терапия: в периоде приступообразного кашля – препараты, подавляющие кашель (Синекод, Тусупрекс, Либексин), вплоть до кодеинсодержащих. В периоде появления мокроты – муколитики, отхаркивающие препараты.

1. Специфическая профилактика проводится вакциной АКДС (возможно Пентаксим и Инфанрикс) в 3, 4, 5 и 6 месяцев жизни с последующей ревакцинацией в 18 месяцев.
2. Подача экстренного извещения не позднее 12 часов после выявления больного. Госпитализация. По клиническим показаниям госпитализируются дети раннего возраста, среднетяжѐлые и тяжѐлые 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 дезинфекции не проводятся. Осуществляется влажная уборка, проветривание и кварцевание помещений. Мероприятия в отношении контактных лиц: контактировавшие с больным дети и взрослые обследуются на коклюш бактериологически двукратно с интервалом в 1-2 дня. Дети с упорным кашлем (в течение 5-7 дней) изолируются на дому и обследуются в поликлинике (двукратно). Условия выписки: по выздоровлению. Допуск в коллектив: по выздоровлению, но не ранее, чем через 25 дней от начала заболевания. Если кашель прекратился раньше, то ребѐнка можно принять в ДДУ при наличии двух отрицательных бактериологических анализов на коклюш. Бактерионосителей коклюшной палочки изолируют и допускают в коллектив при наличии двух отрицательных бактериологических анализов, но не ранее, чем через 14 дней после первичного выделения возбудителя.

**Ситуационная задача 5 [K000015]**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть

У ребёнка 6 лет, со слов матери, повышение температуры, вялость, недомогание, кожные высыпания, кашель. Анамнез: ребёнок болен около недели, когда впервые повысилась температура до 38,5°С и появились катаральные явления (насморк, кашель), которые ежедневно нарастали, кашель стал грубым, хриплым; из носа обильное серозное отделяемое, развился конъюнктивит. При осмотре: обращает на себя внимание фебрильная лихорадка, одутловатость лица, веки слегка гиперемированы, припухшие, слезотечение, светобоязнь, серозные выделения из носа. На слизистой оболочке мягкого нёба видны красные неправильной формы пятна. На коже лица, в заушных областях, на туловище и конечностях розовая сыпь пятнисто-папулёзного характера. Результаты анализов. Общий анализ крови: гемоглобин – 126 г/л, эритроциты – 4,2×1012/л, цветовой показатель – 0,9; лейкоциты – 3,0×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 34%, лимфоциты – 60%, моноциты – 2%, СОЭ – 17 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1018, белок – нет, эпителий плоский – 2-3 в поле зрения, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – нет. Рентгенография органов грудной клетки: усиление бронхо-сосудистого рисунка, очаговых теней нет. Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назначьте план лечения.

4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.

5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5 [K000015]

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-папулѐзные 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. Госпитализация в боксированное отделение. Обильное тѐплое питьѐ. Молочно- растительная диета.

Симптоматическая терапия: дезинтоксикация, антигистаминные и антипиретические препараты, сосудосуживающие капли в нос при необходимости.

Глазные капли – Офтальмоферон.

1. 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 среднетяжѐлыми и тяжѐлыми 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 осложнѐнных формах – через 10 дней.

**Ситуационная задача 6 [K000016]**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть

Ребёнок 5 лет поступил с жалобами, со слов матери, на повышение температуры, заложенность носа, боли в горле. Анамнез: болен 2 день, наблюдаются катаральные явления (насморк, чихание, кашель) и покраснение глаз, отёчность век. При осмотре: температура – 38,9°С, в зеве разлитая гиперемия, на задней стенке глотки зернистость, миндалины увеличены, налётов нет. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфоузлы в диаметре до 1,5 см, мягкоэластичные. В лёгких: аускультативно – жёсткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, тахикардия. Физиологические отправления в норме. Результаты анализов. Общий анализ крови: гемоглобин – 112 г/л, эритроциты – 3,8×1012/л, цветовой показатель – 0,9; лейкоциты – 3,2×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%; сегментоядерные нейтрофилы – 38%, лимфоциты – 47%, моноциты – 13%; СОЭ – 6 мм /ч. Общий анализ мочи: цвет – жёлтый, белок – следы, удельный вес – 1020, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения, цилиндры – 1-2 в поле зрения. Вирусологическое исследование: из носоглотки выделен аденовирус. Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назначьте план лечения.

4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.

5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6 [K000016]

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. Обильное тѐплое питьѐ. Молочно-растительная диета. Глазные капли – Офтальмоферон. Местно – полоскание зева антисептиками. Симптоматическая терапия по показаниям – сосудосуживающие капли в нос, при повышении температуры выше 38,5°С

* антипиретики.

1. Специфическая профилактика не разработана.
2. Госпитализация. По клиническим показаниям госпитализируются дети раннего возраста, больные со среднетяжѐлыми и тяжѐлыми 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 7 [K000017]**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть

Ребёнок 4 лет заболел остро, появились кашель, заложенность носа, повысилась температура до 38,0°С. Врач-педиатр участковый обнаружил увеличение шейных и подчелюстных лимфатических узлов, гепатоспленомегалию. Объективные данные: масса – 16 кг, рост – 108 см. При осмотре увеличены шейные и подчелюстные лимфатические узлы в виде пакетов с двух сторон, спаянные с подлежащей тканью, в зеве яркая гиперемия, на миндалинах беловато-сероватые налёты, плохо снимаются, не растираются шпателем, при снятии их поверхность кровоточит. Дыхание затруднено, храпящее. Печень + 5 см. Селезёнка + 3 см. Результаты анализов. Общий анализ крови: гемоглобин – 115 г/л, эритроциты – 4,2×1012/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – 11,2×109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 24%, лимфоциты – 57%, моноциты – 11%, СОЭ – 16 мм/ч; 20% лимфоцитов – атипичные мононуклеары.Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1019, белок – нет, эпителий плоский – 2-3 в поле зрения, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты – нет. Бактериологическое исследование мазка из носоглотки на дифтерийную палочку: не обнаружена. Микроскопия мазка из ротоглотки: кокковая флора в виде цепочек. Кровь на иммуноферментный анализ: определены антитела класса IgM к вирусу Эпштейн-Барра. Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назначьте план лечения.

4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.

5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7 [K000017]

1. Инфекционный мононуклеоз. Типичный. Средней степени тяжести. Серологически подтверждѐнный.
2. Диагноз «инфекционный мононуклеоз» поставлен на основании данных анамнеза и осмотра: заболевание началось с синдрома интоксикации (повышение температуры до 38°С), лифопролиферативного 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 налѐты), 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 BL исключает диагноз

«дифтерия зева».

3. Госпитализация по показаниям в боксированное отделение. Постельный режим.

Обильное тѐплое питьѐ.

Термически и механически щадящая диета. Противовирусная терапия.

С учѐтом присоединения бактериальной инфекции (при бактериологическом исследовании мазка из ротоглотки - кокковая флора в виде цепочек) показано назначение антибиотикотерапии (за исключением препаратов ампициллинового ряда).

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: все больные с тяжѐлыми и осложнѐнными формами, дети до 3 лет в состоянии средней тяжести. По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых коллективов (школы-интернаты, санатории, дом ребѐнка). 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 налѐтов на миндалинах, сокращение размеров печени и селезѐнки). Сохранение полиаденопатии и мононуклеаров в крови не являются противопоказанием к выписке из стационара. Допуск в коллектив: по выздоровлению.

**Ситуационная задача 8 [K000018]**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть

Ребёнок 3 лет заболел остро, появились кашель, насморк, повысилась температура до 38,0°С. Вызванный врач-педиатр участковый обнаружил увеличение шейных и подчелюстных лимфатических узлов, гепатоспленомегалию. Анамнез: со слов матери, повышение температуры отмечается в течение недели с постепенным нарастанием. Объективный статус: рост – 104 см, вес – 18 кг, увеличены шейные, подчелюстные лимфоузлы в виде пакетов с двух сторон, не спаяны с подлежащей тканью, в зеве – яркая гиперемия. Печень + 5,0 см. Селезенка +3,0 см. Результаты анализов. Общий анализ крови: гемоглобин – 115 г/л, эритроциты – 4,2×1012/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – 11,2×109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 12%, сегментоядерные нейтрофилы – 32%, лимфоциты – 49%, моноциты – 6%; СОЭ – 16 мм/ч; 20% лимфоцитов – атипичные мононуклеары.Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1021, белок – нет, эпителий плоский – 0-1 в поле зрения, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – нет. Обнаружена ДНК цитомегаловируса (ЦМВ) в моче и слюне. Кровь на иммуноферментный анализ: анти-ЦМВ класса IgM. Бактериологическое исследование мазка из носоглотки на дифтерийную палочку: не обнаружена. Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назначьте план лечения.

4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.

5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8 [K000018]

1. Цитомегаловирусный мононуклеоз, средней тяжести. ИФА и ПЦР подтверждѐнный.
2. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза и осмотра: заболевание началось с синдрома интоксикации (повышение температуры до 38°С), заложенность носа, лифопролиферативного синдрома (увеличены шейные и подчелюстные лимфатические узлы в виде пакетов с двух сторон, неспаянные с подлежащей тканью), гепатолиенального синдрома, наличия синдрома ангины, обнаружения антител класса IgM к цитомегаловирусу и обнаружения ДНК вируса в слюне и моче; на основании результатов анализов: в ОАК – лимфо- и моноцитоз, атипичные мононуклеары – 20%. Отрицательный мазок из зева на BL исключает диагноз дифтерии зева. Критериями степени тяжести является выраженность синдромов интоксикации, ангины и лимфаденопатии, гепатоспленомегалии.
3. Госпитализация в боксированное отделение.

Постельный режим. Обильное тѐплое питьѐ.

Термически и механически щадящая диета.

Этиотропное лечение: противовирусная терапия (Ацикловир).

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: все больные с тяжѐлыми и осложненными формами, 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 налѐтов на миндалинах, сокращение размеров печени и селезѐнки). Сохранение полиаденопатии и мононуклеаров в крови не являются противопоказанием к выписке из стационара. Допуск в коллектив: по выздоровлению

**Ситуационная задача 9 [K000020]**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть

Девочка 5 лет заболела тяжёлой ангиной. Назначено лечение Амоксиклавом, взят мазок из зева и носа на коринебактерии дифтерии. Эпидемиологический анамнез: ребёнок из группы часто болеющих, не вакцинирована. Объективный статус: при осмотре бледная, вялая, температура – 37,2°С, ЧДД – 30 в минуту, АД – 80/50 мм рт.ст. Плёнчатые наложения выходят за пределы миндалин, отмечается отёк шейной клетчатки до середины шеи. Изо рта приторно-сладковатый запах. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2,0 см от края рёберной дуги, безболезненная. Мочится регулярно. Масса – 19 кг. Результаты анализов. Общий анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – 3,9×1012/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – 14,2×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 12%, сегментоядерные нейтрофилы – 53%, лимфоциты – 28%, моноциты – 7%, СОЭ – 38 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1018, белка нет, эпителий плоский – 2-3 в поле зрения. Получены результаты бак.посева отделяемого из носа и ротоглотки: выделена токсигеннаякоринебактерия дифтерии тип gravis. Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назначьте план лечения.

4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.

5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9 [K000020]

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 отѐчные с плѐнчатыми наложениями, выходящими за пределы миндалин, отѐком шейной клетчатки, выделением коринебактерии дифтерии.

Критериями токсической формы являются отѐк 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).

1. Госпитализация в инфекционную больницу. Строгий постельный режим.

Этиотропное лечение: ведение противодифтерийной антитоксической сыворотки. Патогенетическая терапия: дезинтоксикация (Реополиглюкин и глюкозо-солевые растворы в соотношении коллоидов и кристаллоидов 1:2 внутривенно капельно с учѐтом физиологической потребности в жидкости и потерь на интоксикацию).

Гормонотерапия (Преднизолон 1-2 мг/кг). Местно: полоскание зева антисептиками.

1. 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.
2. Подача экстренного извещения не позднее 12 часов после выявления больного. Госпитализация: все формы заболевания, включая носительство токсигенных коринебактерий. Изоляция контактных: не проводится. Мероприятия в очаге инфекции: проводится текущая и заключительная дезинфекция. Мероприятия в отношении контактных лиц: при выявлении больного дифтерией в детском учреждении устанавливается карантин на 7 дней. Все контактные, в том числе персонал, одномоментно обследуются на носительство дифтерийной палочки и наблюдаются в течение 7 дней с ежедневной термометрией. Всех детей осматривает врач- оториноларинголог. При выявлении в очаге носителей токсигенных коринебактерий, все контактные обследуются ещѐ раз и так до получения у всех отрицательного результата. Выявленные носители токсигенных коринебактерий изолируются и лечатся в стационаре. Условия выписки: больные, перенѐсшие 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 10 [K000021]**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть

Ребёнок С. 3 лет болен третий день, заболел остро, стали беспокоить кашель, насморк, температура повысилась до 37,2°С. Развился приступ затруднённого дыхания. При осмотре врачом-педиатром участковым состояние оценено как тяжёлое за счёт дыхательной недостаточности. Одышка с затруднением вдоха при беспокойстве. Кашель лающий, ребёнок беспокойный, голос осипший. Наблюдаются втяжение межрёберных промежутков, ярёмной ямки, цианоз носогубного треугольника. Масса ребёнка – 15 кг, ЧДД – 52 в минуту, ЧСС – 101 в минуту. Мать ребёнка от госпитализации отказалась. Результаты анализов. Общий анализ крови: гемоглобин – 122 г/л, эритроциты – 4,7×1012/л, цветовой показатель – 0,8, лейкоциты – 4,3×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 34%, лимфоциты – 57%, моноциты – 5%, СОЭ – 5 мм/ч. Общий анализ мочи: удельный вес – 1015, белок – нет, лейкоциты – 0-1 в поле зрения. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: усиление сосудистого рисунка. Вирусологическое исследование: выделен вирус парагриппа типа 3 из носоглоточного смыва. Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назначьте план лечения.

4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.

5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10 [K000021]

1. Парагрипп, тяжѐлая 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 стенотическое дыхание) и стеноза гортани

2 степени (инспираторная одышка с ЧД 52 в минуту, втяжением межрѐберных промежутков, ярѐмной ямки, цианозом носогубного треугольника в покое, ребѐнок 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.

1. Ингаляции через небулайзер с Пульмикортом и Беродуалом, щелочные ингаляции.

Обильное тѐплое щелочное питьѐ.

Термически и механически щадящая диета. Антигистаминные препараты.

При присоединении бактериальных осложнений - антибиотикотерапия.

1. Специфическая профилактика не разработана.
2. Информация в ЦГСЭН не подаѐтся. Госпитализация. По клиническим показаниям госпитализируются дети раннего возраста, больные со среднетяжѐлыми и тяжѐлыми 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 11 [K000023]**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть

Ребёнок М. 10 месяцев поступил с жалобами на слабость, вялость, снижение аппетита, рвоту 4 раза в сутки, жидкий обильный стул 10 раз в сутки, потерю массы тела, повышение температуры до 39°С. Анамнез жизни: ребёнок на искусственном вскармливании с рождения, из группы частоболеющих детей, с 2 месяцев беспокоили запоры. Анамнез заболевания: настоящее заболевание началось 5 дней назад, когда на фоне субфебрильной температуры и снижения аппетита участился стул, который в течение 2-3 дней стал водянистым, «брызжущим», отмечается вздутие живота. Родители самостоятельно сдали анализы в лабораторию. Результаты анализов. Общий анализ крови: гемоглобин – 91 г/л, эритроциты – 3,63×1012/л, цветовой показатель – 0,75, гематокрит – 41%, лейкоциты – 16,2×109/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 53%, лимфоциты – 30%, моноциты – 8%, СОЭ – 10 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1016, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, белок – нет, эритроциты – нет, эпителий плоский – 3-4 в поле зрения.Копрограмма: жёлтый, жидкий, крахмал – зёрна, нейтральный жир – в большом количестве. Бактериологическое исследование кала: выделена энтеропатогенная кишечная палочка – О111. Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назначьте план лечения.

4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.

5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11 [K000023]

1. Энтеропатогенный эшерихиоз (бактериологически подтверждѐнный ЭПКП – О111), 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 непереваренными 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 – О111. 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. Госпитализация в инфекционную больницу. Оральная регидратация.

Дробное питание с уменьшением суточного количества пищи на 20% в остром периоде с исключением фруктов и овощей.

Этиотропное лечение: цефалоспорины II–III поколения внутримышечно.

Дезинтоксикационная терапия: глюкозо-солевые растворы внутривенно капельно с учѐтом физиологической потребности в жидкости и потерь на диарею и интоксикацию.

Энтеросорбенты: Диоктаэдрический смектит по ⅓ пакета 3 раза в сутки. Ферменты: Панкреатин (Креон) 10 тыс. ЕД по ⅓ капсулы 3 раза во время еды.

При повышении температуры выше 38,5°С – Ибупрофен 10 мг/кг (интервал 8 часов) или Парацетамол 15 мг/кг (интервал не менее 4 часов).

Биопрепараты (бифидум-, лактобактерии).

1. Специфическая и неспецифическая профилактика – не регламентирована. Постэкспозиционная профилактика: детям, подвергшимся риску заражения в очаге, а также лицам, посещающим неблагополучные по эшерихиозу регионы, может быть проведѐн курс антибиотикотерапии.
2. Противоэпидемические мероприятия.
3. Информация в Роспотребнадзор (эпидотдел) – экстренное извещение в течение 12 часов после выявления больного.
4. Госпитализация. По клиническим показаниям: все тяжѐлые и среднетяжѐлые формы у детей до года, с отягощѐнным преморбидным фоном; острый эшерихиоз у резко ослабленных и отягощѐнных 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.

1. Мероприятия в отношении контактных лиц: за контактными осуществляется медицинское наблюдение в течение 7 дней. Контактные дети обследуются трѐхкратно бактериологически. Изоляция контактных – не проводится. Карантин не накладывается.
2. Мероприятия в очаге инфекции: проводится текущая и заключительная дезинфекция.
3. Допуск в коллектив – с тремя отрицательными бактериологическими посевами на эшерихиоз.

**Ситуационная задача 12 [K000024]**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть

Пациент – ребёнок 1,5 месяцев. Мать жалуется на желтушное окрашивание кожи, отказ от груди. Анамнез заболевания: болен в течение трёх дней. У матери ребёнка во время беременности был выявлен НВs-антиген. В родильном доме ребёнок получил прививку БЦЖ. Объективный статус. При осмотре: состояние тяжёлое, рвота кофейной гущей, выражена желтушность кожи и склер, геморрагическая сыпь на коже живота и туловища, сознание спутанное. Печень +1 см. Селезёнка не пальпируется. Стул обесцвечен. Моча интенсивно прокрашивает пелёнку. Результаты анализов. Общий анализ крови: гемоглобин – 96 г/л, эритроциты – 3,7×1012/л, цветовой показатель – 0,8, лейкоциты – 12,3×109/л, эозинофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 44%, лимфоциты – 37%, моноциты – 9%, СОЭ – 2 мм/ч. Анализ мочи: цвет тёмный, удельный вес – 1018, желчные пигменты +++, уробилин +. Анализ кала: стеркобилин – отрицательно. В крови НВsAg – положительный. Биохимический анализ крови: билирубин общий – 158 мкмоль/л, прямой – 70 мкмоль/л, непрямой – 88 мкмоль/л, общий белок – 58 г/л, альбумин – 46%, АлАТ – 219 ЕД/л, АсАТ – 230 ЕД/л. Коагулограмма: протромбиновый индекс – 12%. Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назначьте план лечения.

4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.

5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12 [K000024]

1. Злокачественная форма вирусного гепатита В (перинатальная передача).
2. Диагноз «фульминантная форма вирусного гепатита В» поставлен на основании клинических данных: синдрома интоксикации – ребѐнок вялый, отказывается от груди, сознание спутанное; рвота кофейной гущей и геморрагии на коже; синдрома желтухи – выражена желтушность кожи и склер, стул обесцвечен, моча интенсивно тѐмного цвета; гепатомегалии – печень увеличена незначительно; а также результатов анализов: в биохимическом анализе крови – гипербилирубинемия за счѐт прямой и непрямой фракции при относительно невысоком повышении уровня трансаминаз, гипоальбуминемия, желчные пигменты в моче +++; отсутствие стеркобилина в кале; обнаружение НВsAg в крови. С учѐтом возраста ребѐнка (1,5 месяца) и анамнеза – обнаружение НВsAg в крови у матери во время беременности, отсутствие вакцинации от гепатита В в роддоме – предполагается перинатальная передача вируса гепатита В.
3. План лечения:

* Госпитализация в реанимационное отделение инфекционной больницы.
* Дробное кормление.
* Виферон 150 тыс. по 1 свече 1 раз ректально.
* Детоксикация: инфузия глюкозо-солевых растворов и коллоидов (5% раствор альбумина 10 мл/кг, Реополиглюкин) в соотношении кристаллоидов и коллоидов как 3:1.
* Преднизолон до 10 мг/кг.
* Ингибиторы протеолиза (Контрикал, Гордокс).
* Энтеросорбенты.
* Переливание свежезамороженной плазмы 10 мл/кг.
* Экстракорпоральные методы детоксикации (плазмаферрез, гемосорбция).
* Антикоагулянты под контролем МНО.

1. Профилактические мероприятия.

Обследование беременных на HBsAg в 1 и 3 триместрах беременности.

Беременные с хроническим гепатитом В (ГВ) подлежат наблюдению в областных (городских) перинатальных центрах, специализированных отделениях (палатах) роддомов с обеспечением строгого противоэпидемического режима.

Новорождѐнным, родившимся от матерей-носителей HBsAg, больных ГВ или перенѐсших ГВ в третьем триместре беременности, вакцинация против ГВ проводится в соответствии с национальным календарѐм профилактических прививок по схеме 0-1-2-12.

Все дети, родившиеся от женщин с вирусным ГВ и ХГВ и носителей ВГВ, подлежат диспансерному наблюдению врачом-педиатром участковым 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.

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.

1. Противоэпидемические мероприятия.

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. Приѐм в группу детей, перенѐсших 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 щѐтки, полотенца, носовые платки и другое).

Допуск в коллектив: по выздоровлению, без дополнительного обследования.

**Ситуационная задача 13 [K000025]**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть

Девочку 2 лет 7 месяцев, со слов матери, беспокоят боли в животе, коленных суставах, высокая температура, тошнота, рвота 1-2 раза в сутки. Анамнез: у ребёнка жидкий стул до 3-6 раз за сутки в течение недели, заболевание связывают с приёмом в пищу салата из капусты. Родители к врачу не обращались, лечились самостоятельно народными средствами, сдали анализы. При осмотре врача-педиатра участкового: температура – 38,7°С, вялая, беспокойная, не может встать на ножки, масса – 19 кг, АД – 90/60 мм рт.ст., ЧДД – 28 в минуту, ЧСС – 104 в минуту. Кожные покровы бледные. Пальпаторно отмечаются урчание и умеренная болезненность в правой подвздошной области, печень + 2,0 см, селезёнка у края рёберной дуги. По другим органам без патологии. Результаты анализов. Общий анализ крови: гемоглобин – 104 г/л, эритроциты – 3,2×1012/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – 16,8×109/л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 56%, лимфоциты – 27%, моноциты – 8%, СОЭ – 42 мм/ч. Общий анализ мочи: белок – не обнаружен, лейкоциты – 8-10 в поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения, цилиндры – 0-1 в поле зрения.Копрограмма: энтероколит: детрит в большом количестве, крахмал, нейтральный жир – значительное количество, слизь – значительное количество, лейкоциты – 20-30 в поле зрения, эпителий плоский – 6-8 в поле зрения. РПГА с иерсиниознымдиагностикумом в титре 1:800 ++. Бактериологическое исследование кала – посев роста не дал. Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назначьте план лечения.

4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.

5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13 [K000025]

1. Кишечный иерсиниоз, типичный, средней степени тяжести, желудочно- кишечная форма. Серологически подтверждѐнный. Анемия лѐгкой степени тяжести. Нормохромная.
2. Диагноз «иерсиниоз» поставлен на основании объективных данных и анамнеза: острое начало заболевания с кишечного синдрома (в течение недели у ребѐнка 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 приѐмом 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. План лечения:

* Госпитализация в инфекционную больницу.
* Оральная регидратация.
* Дробное питание с исключением растительной, молочной пищи и экстрактивных веществ.
* Этиотропное лечение: антибиотикотерапия – цефалоспорины 3 поколения (Цефтриаксон 50 мг/кг/сутки) или аминогликозиды – амикацин 10-15 мг/кг/сут.
* Патогенетическая терапия: дезинтоксикация (глюкозо-солевые растворы внутривенно капельно с учѐтом физиологической потребности в жидкости и потерь на интоксикацию).
* Энтеросорбенты – Лактофильтрум, Полисорб, диоктаэдрический смектит и др.

Антигистаминные препараты.

* При повышении температуры выше 38,5 °С – Ибупрофен 10 мг/кг (интервал 8 часов) или Парацетамол 15 мг/кг (интервал не менее 4 часов).

1. Профилактические мероприятия:

* Организация правильного хранения продуктов питания.
* Бактериологический контроль за продуктами питания (салаты, винегреты, фрукты и др.).
* Систематическая дератизация.
* Специфическая профилактика не разработана.

1. Противоэпидемические мероприятия:

* Подача экстренного извещения не позднее 12 часов после выявления больного.
* Госпитализация.

По клиническим показаниям: все больные с тяжѐлыми и осложнѐнными формами, дети до 3 лет в состоянии средней тяжести.

По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых коллективов (школы- интернаты, санатории, дома ребѐнка).

* Мероприятия в отношении контактных лиц: разобщение детей не проводится, карантин не накладывается. Изоляция контактных не проводится.
* Мероприятия в очаге инфекции: текущая дезинфекция: осуществляется частое проветривание помещений, влажная уборка, заключительная дезинфекция проводится после госпитализации больного.
* Допуск в коллектив: по выздоровлению

**Ситуационная задача 14 [K000027]**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть

Ребёнок 3 лет 10 месяцев заболел остро, поднялась температура до 39,5°С. Стал беспокойным, отказался от еды, через несколько часов появилась сыпь. Анамнез: мать ребёнка неделю назад перенесла ангину. При осмотре: температура – 38,5°С. Глаза блестящие, лицо яркое, слегка отёчное, «пылающие» щёки, бледный носогубный треугольник. На коже лица, боковых поверхностях туловища, конечностях розовая мелкоточечная сыпь на гиперемированном фоне, более насыщенная в естественных складках. Стойкий белый дермографизм. Увеличение тонзиллярных и переднешейных лимфоузлов до 1,0 см. Яркая, отграниченная гиперемия зева. На нёбных миндалинах, в лакунах беловато-желтый налёт с двух сторон, легко снимается. Язык густо обложен белым налётом с рельефно выступающими, набухшими сосочками. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, умеренная тахикардия. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,0 см, селезёнка не пальпируется. Стул, мочеиспускание не нарушены. Очаговой, менингеальной симптоматики нет. Стрептотест – положительный. Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назначьте план лечения.

4. Перечислите возможные осложнения заболевания. Как проводится диспансеризация детей, перенёсших такое заболевание?

5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 14 [K000027]

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 налѐт беловато-жѐлтого цвета с двух сторон) и экзантемы (розовая мелкоточечная сыпь на гиперемированном 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 ребѐнка неделю назад перенесла ангину, а также результатов анализов: положительный результат экспресс-анализа на стрептококк.
3. План лечения:

* Постельный режим на период лихорадки.
* Термически, химически, механически щадящая диета по возрасту.
* Обильное дробное, тѐплое питьѐ.
* Этиотропное лечение: Феноксиметилпенициллин 50 мг/кг/сутки в 4 приѐма или макролиды – Азитромицин 10 мг/кг или цефалоспорины 1 поколения – Цефалексин 50 мг/кг/сут в 2 приѐма. Курс – 10 дней.
* Десенсибилизирующие препараты.
* Местно – орошение зева антисептическими растворами.
* 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).

1. 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 учѐта.

1. Противоэпидемические мероприятия.

* Экстренное извещение в Роспотребнадзор (эпидотдел): извещение не позднее 12 часов после выявления больного.
* Изоляция больного на 10 дней от начала заболевания.
* Госпитализация.

По клиническим показаниям: среднетяжѐлые и тяжѐлые формы заболевания.

По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых детских учреждений, а также при отсутствии возможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства больного.

* 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.
* Мероприятия в очаге инфекции: заключительная дезинфекция не проводится, текущей дезинфекции в очагах скарлатины подлежат: посуда, игрушки и предметы личной гигиены с применением дезинфекционных средств, разрешѐнных 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.
* Допуск в коллектив: не ранее, чем через 22 дня от начала заболевания.

**Ситуационная задача 15 [K000028]**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть

Ребёнок 1 года 10 месяцев болен в течение 2 дней: температура тела до 37,5°С, лёгкий насморк, небольшой кашель, но самочувствие не страдает, к концу 2 суток появилась сыпь. При осмотре на 3 день: на коже лица, шеи, туловища, преимущественно разгибательных поверхностях конечностей розовая, необильная, мелкопятнистая сыпь, без склонности к слиянию, на неизменённом фоне. Пальпируются заднешейные, затылочные лимфоузлы. Слизистая нёбных дужек, миндалин умеренно гиперемирована. Из носа скудное слизистое отделяемое. Со стороны внутренних органов без патологии. Стул, мочеиспускание не нарушены. Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назначьте план лечения.

4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.

5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 15 [K000028]

1. Краснуха, типичная, лѐгкая форма.
2. Диагноз «краснуха» поставлен на основании типичной клиничекой картины: острое начало заболевания с умеренно выраженного синдрома интоксикации (повышение температуры до 37,5°С,), присоединения катарального синдрома (лѐгкий насморк, небольшой кашель) и экзантемы (розовая, необильная, мелко-пятнистая сыпь, без склонности к слиянию, на неизменѐнном фоне на лице, шее, по всему телу, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей), лимфаденопатии специфической локализации (увеличение заднешейных, затылочных лимфатических узлов).
3. План лечения:

* домашний режим;
* обильное дробное питьѐ;
* диета по возрасту.

Этиотропного лечения не существует.

Симптоматическое лечение: при затруднении носового дыхания – сосудосуживающие средства (Назол-беби, Називин и др.), при повышении температуры выше 38,5°С – жаропонижающие средства (Парацетамол, Ибупрофен).

1. Специфическая профилактика осуществляется живой вакциной в 12 месяцев, ревакцинация – в 6 лет. Девочки получают дополнительную ревакцинацию в 13 лет.
2. Противоэпидемические мероприятия:

* подача экстренного извещения не позже 12 часов после выявления больного;
* изоляция больного на 5 дней с момента высыпаний;
* госпитализация.

По клиническим показаниям: среднетяжѐлые и тяжѐлые 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.

1. 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 трѐх 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.
2. Мероприятия в очаге инфекции: дезинфекция не проводится. Условия выписки: по выздоровлению.
3. Допуск в коллектив: по выздоровлению, но не ранее 4-6 дней от момента появления сыпи.

**Ситуационная задача 16 [K000029]**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребёнок 2 лет заболел остро, поднялась температура до 38,5°С. Стал беспокойным, появилась сыпь. Анамнез: со слов матери, высыпания на коже у ребёнка появились одновременно с подъёмом температуры. Объективный статус: при осмотре кожных покровов обнаружен полиморфизм сыпи – пятна, папулы, везикулы округлой формы, расположены поверхностно, на неинфильтрированном основании, окружены венчиком гиперемии, с напряжённой стенкой, прозрачным содержимым. Аналогичные высыпания наблюдаются на волосистой части головы, слизистых оболочках ротовой полости, половых органов. Отмечается кожный зуд. Со стороны внутренних органов без патологии. Стул, мочеиспускание не нарушены. Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назначьте план лечения.

4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.

5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 16 [K000029]

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. План лечения. Домашний режим.

Обильное теплое дробное питьѐ.

Диета по возрасту (механически, термически и химически щадящее питание).

Гигиенические мероприятия: чистое нательное и постельное бельѐ, общие ванны со слабым раствором перманганата калия, орошение полости рта и слизистых наружных половых органов дезинфицирующими растворами.

Этиотропное лечение: не показано (только при тяжѐлых формах заболевания). Местно – туширование элементов сыпи растворами анилиновых красителей.

При повышении температуры выше 38,5°С жаропонижающие средства (Парацетамол, Ибупрофен).

1. Специфическая профилактика осуществляется живыми вакцинами. В РФ зарегистрированы Варилрикс, Окавакс. Вакцинируются дети из группы риска, с перинатальным контактом по ВИЧ, в закрытых детских учреждениях.
2. Противоэпидемические мероприятия.

Подача экстренного извещения не позднее 12 часов после выявления больного. Госпитализация.

По клиническим показаниям: дети раннего возраста, больные со среднетяжѐлыми и тяжѐлыми формами заболевания.

По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых детских учреждений, а также при отсутствии возможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства больного.

Больной изолируется на срок до 5 дней после появления последних высыпаний. Мероприятия в очаге инфекции: заключительная дезинфекция не проводится.

Осуществляется проветривание помещений, влажная уборка.

Мероприятия в отношении контактных лиц. Карантинным мероприятиям подлежат дети до 7 лет. Все контактные осматриваются на предмет выявления HVZ-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, запрещѐн перевод детей в другие детские учреждения.

Допуск в коллектив: по выздоровлению, но не ранее 9 дня от момента появления высыпаний.

**Ситуационная задача 17 [K000032]**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть

Пациент – ребёнок 11 месяцев. Мать предъявляет жалобы на беспокойство мальчика, частый жидкий стул, повторную рвоту. Анамнез: мать связывает заболевание с употреблением в пищу желтка куриного яйца, сваренного всмятку. Заболел остро, повысилась температура до 39,5°С, отмечалась рвота 6 раз, присоединился жидкий водянистый стул 7 раз, который затем стал скудным, с примесью большого количества слизи тёмно-зелёного цвета до 10 раз. Объективный статус: вес – 9 кг 600 г, рост – 71 см. Температура тела – 38,7°С. Ребёнок вялый. Аппетит значительно снижен. Кожа и видимые слизистые чистые, бледные. Тургор тканей снижен на животе, бёдрах. Потеря веса – 8%. Периферические лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены, безболезненны. Зев спокоен. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны звучные, ритмичные. АД – 80/50 мм рт.ст. ЧСС – 124 в минуту. Живот умеренно вздут, отмечается диффузная болезненность, пальпируется спазмированная сигмовидная кишка. Печень +3 см из-под правого края рёберной дуги, селезёнка по краю левой рёберной дуги. Мочеиспускание не нарушено. Стул по типу «болотной тины». Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план лечения.

4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.

5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 17 [K000032]

1. Острый гастроэнтероколит (сальмонеллѐзной 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 эпидемиологического 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: ребѐнок вялый, кожа бледная, тургор тканей снижен на животе и бѐдрах, потеря веса 8%.
3. План лечения.

Госпитализация в инфекционное отделение.

Диета по возрасту, питание дробное, с уменьшением суточного количества пищи в острый период.

Строгий постельный режим в остром периоде.

Этиотропное лечение: цефалоспорины 2 поколения. Комплексный иммунный препарат (КИП). Дезинтоксикационная терапия. Инфузионная терапия с учѐтом

физиологической потребности и потери жидкости. Оральная регидратация: дробно, часто, малыми порциями.

Энтеросорбенты: Диэктаэдрический смектит. Ферментные препараты, биопрепараты.

Симптоматическая терапия.

1. Неспецифическая профилактика – соблюдение технологии приготовления пищи, соблюдение правил личной гигиены, надзор за качеством продуктов питания. Постэкспозиционная профилактика – не проводится.
2. Противоэпидемические мероприятия.

Экстренное извещение подаѐтся в течение 12 часов после выявления больного.

Госпитализация по клиническим показаниям: все тяжѐлые и среднетяжѐлые формы у детей до 1 года, с отягощѐнным преморбидным фоном; острый сальмонеллѐз у резко ослабленных и отягощѐнных 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.

Изоляция контактных не проводится.

Мероприятия в очаге инфекции: проводится текущая и заключительная дезинфекция.

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).

Допуск в коллектив – с двумя отрицательными бак.посевами на сальмонеллѐз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 18 [K000496]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Пациент – ребёнок 5 месяцев, вес – 7 кг. Обратились на третий день болезни с жалобами на отказ от еды, рвоту до 4 раз в сутки, вялость, подъем температуры до 37,6°С. Из анамнеза известно, что мальчик родился в срок 40 недель с весом 3200 г. С трёхмесячного возраста находился на искусственном вскармливании, в весе прибавлял хорошо, перенес ОРВИ в 2 месяца.

Заболевание началось с подъёма температуры до 37,3°С, рвоты съеденной пищей. На вторые сутки появился жидкий стул, который вскоре принял водянистый характер с примесью слизи (до 6 раз в сутки). В течение заболевания отмечалась периодически повторяющаяся рвота 2-3 раза в сутки.

При осмотре состояние было расценено как среднетяжёлое. Температура – 37,4°С. Ребёнок вяловат, бледен, периодически беспокоен. Пьёт неохотно. Кожа чистая, сухая. Расправление кожной складки замедленно. Язык обложен, сухой. Большой родничок не западает. Сердечные тоны звучные, ритмичные, ЧСС – 146 в минуту. Живот умеренно вздут, при пальпации определяется урчание по ходу тонкого кишечника, печень и селезёнка не увеличены. Анус сомкнут. Стул жидкий, водянистый, с незначительным количеством слизи. Диурез в норме.

В клиническом анализе крови: эритроциты – 5,0×1012/л, гемоглобин – 126 г/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – 8,4×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 42%, лимфоциты – 48%, моноциты – 5%, СОЭ – 15 мм/ч. **Вопросы:**

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.
2. Какие исследования следует провести для уточнения этиологии заболевания?
3. Определите тяжесть заболевания.
4. Оцените тяжесть обезвоживания у больного.
5. Выберите метод и составьте план проведения регидратационной терапии для данного больного.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 18 [K000496]

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 – 5,0×1012/л, гемоглобин – 126 г/л, ЦП – 0,9, лейкоциты – 8,4×109/л, п/я – 5%, с/я –42%, лимфоциты – 48%, моноциты – 5%, СОЭ – 15мм/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.

1. Для лечения обезвоживания 1 степени используется метод оральной регидратации. Она проводится в 2 этапа. Первый этап – 4 часа, объѐм жидкости 50 мл/кг – 350 мл. Второй этап – 20 часов, объѐм жидкости на этап 100 мл/кг – 700 мл. Всего на сутки – 1050 мл. Состав жидкости – Регидрон (Оралит, Цитроглюкосолан), кипячѐной водой.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 19 [K000497]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

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

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

В общем анализе крови: эритроциты – 3,8×1012/л, гемоглобин – 120 г/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – 16,6×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 42%, лимфоциты – 36%, моноциты – 12%, эозинофилы – 2%, СОЭ – 18 мм/ч.

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 19 [K000497]

1. Острая кишечная инфекция, гастроэнтерит. Сальмонеллѐз (клинически), средней степени тяжести. Эксикоз 1 степени.
2. Средняя степень тяжести. Выставлена на основании выраженности симптомов интоксикации (температура тела 38,2°С, ЧСС – 140 в минуту, ЧД – 40 в минуту); кратности стула (5 раз в сутки); данных лабораторных анализов (лейкоциты – 16,6×109/л, 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 не прожаренной яичницы); клинических симптомов (вздутие живота, урчание по ходу кишечника); характеристики стула (жидкий, зловонный, непереваренный, типа «болотной тины»); лейкопении в общем анализе крови (лейкоциты – 16,6×109/л).
4. План обследования для уточнения этиологии заболевания. Бактериологическое исследование испражнений (посев на кишечную группу).

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

1. План лечения.

Диета с исключением экстраактивных веществ, молока и продуктов усиливающих перестальтику кишечника и вызывающих повышенное газообразование.

Оральная регидратация.

Комплексный иммунный препарат или Сальмонеллезный комплексный бактериофаг, курс 5 дней.

Энтеросорбенты в течение 3 дней.

Ферменты (Креон 10 тыс. ЕД) в течение 5 дней . Пробиотики, курс 7 дней

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 20 [K000498]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

**Основная часть**

Ребёнок 3 лет заболел остро, когда появились температура 38,0°С, недомогание, слизистое отделяемое из носа, покашливание. В течение суток лихорадил до 39,5°С, жаловался на боли в животе. К концу первых суток появился жидкий стул, сначала кашицеобразный калового характера, затем водянистый, обильный, без патологических примесей.

При осмотре на 2 сутки заболевания: температура – 37,4°С, вялый, бледный. От еды и питья отказывается. Слизистая оболочка ротовой полости и язык сухие. В зеве: гиперемия дужек, задней стенки глотки. Из носа необильное слизистое отделяемое. Со стороны сердца и лёгких без патологии. Пульс – 120 в минуту, АД – 95/60 мм рт.ст., ЧДД

– 26 в минуту. Живот сильно вздут, болезненный при пальпации в эпигастрии и околопупочной области, при пальпации отмечаются громкое урчание, шум «плеска», слышимые на расстоянии. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезёнка не увеличены. Стул за прошедшие сутки – 5 раз, жидкий, жёлтый, водянистый, пенистый, обильный, неприятного запаха, без патологических примесей. 2 раза была рвота. Мочится обычно. Менингеальные знаки отрицательные.

Из эпидемиологического анамнеза: выяснено, что в детском саду, который посещает ребёнок, есть ещё 2 случая подобного заболевания.

В общем анализе крови: эритроциты – 3,8×1012/л, гемоглобин – 128 г/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – 4,7×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 38%, лимфоциты – 53%, моноциты – 8%, СОЭ – 10 мм/ч. **Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Определите тяжесть заболевания у ребёнка.
3. Укажите методы верификации этиологического фактора.
4. Составьте план лечения больного.
5. Укажите меры профилактики заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 20 [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. Лечение в амбулаторных условиях.

Дробное питание с исключением молочных продуктов, овощей и фруктов.

Оральная регидратация – Регидрон (Оралит, Цитроглюкосолан) в комбинации с рисовым отваром, кипячѐной водой, минеральной водой без газа, Хумана-Электролит и т.д.

Энтеросорбенты (Диоктаэдрический смектит 1 пакет 3 раза в день, курс 3-5 дней). Ферменты.

Пробиотики (курс 7-10 дней).

1. Специфическая профилактика – вакцинация против ротавирусного гастроэнтерита живой ослабленной оральной вакциной (в РФ в национальный прививочный календарь не входит).

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 21 [K000499]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Ребёнок 5 лет (вес – 25 кг) заболел остро в 5 часов утра, когда внезапно появились обильная рвота и водянистый стул. В течение нескольких часов стул повторился 4 раза, был обильный. Появились судороги в икроножных мышцах, обморочное состояние.

Из анамнеза было выяснено, что ребёнок накануне заболевания вернулся из туристической поездки в Индию, где находился с родителями в течение 7 дней.

При осмотре ребёнок заторможен, на вопросы отвечает медленно. Температура – 36,1°С, руки и ноги холодные на ощупь. Кожные покровы бледные с серым оттенком, цианоз губ, акроцианоз. Глаза запавшие. Слизистая оболочка рта сухая, гиперемирована. Язык обложен белым налётом, сухой. Тургор мягких тканей и эластичность кожи снижены. Дыхание поверхностное, до 30 в минуту, в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. Тоны сердца очень глухие, ритмичные. На верхушке сердца выслушивается мягкий систолический шум. ЧСС – 140 в минуту. Пульс слабого наполнения и напряжения, АД – 80/40 мм рт.ст. Живот втянут, при пальпации умеренно болезненный в околопупочной области. Печень, селезёнка не пальпируются. При осмотре были обильная рвота «фонтаном» и жидкий водянистый обильный стул по типу «рисового отвара» без патологических примесей. Диурез снижен.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Проведите обоснование клинического диагноза.
3. Какова Ваша тактика по ведению больного?
4. Укажите методы исследования для подтверждения диагноза.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в семье больного.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 21 [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-жѐлтого 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).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.

1. Бактериологический метод (микроскопия препаратов биоматериала (испражнения, рвотные массы и др.) и посев на среду накопления).

Серологический метод: реакция агглютинации с обнаружением антител IgM. Экспресс-методы имеют только ориентировочное значение.

1. Экстренное извещение в Госсанэпиднадзор о выявленном случае заболевания в течение 12 часов.

Изоляция всех контактных на 5 дней в провизорное отделение инфекционного отделения.

Трѐхкратное обследование испражнений всех контактных на холерный вибрион в первые сутки наблюдения. Выписка осуществляется после получения трѐх отрицательных результатов бак. посева.

Заключительная дезинфекция в доме больного. Вакцинопрофилактика по эпид. показаниям.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 22 [K000500]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

**Основная часть**

Ребёнок 2 лет (масса тела – 12 кг) заболел остро: повысилась температура тела до 39,4°С, появились рвота 1 раз, боли в животе. Через три часа появился обильный стул, сначала трёхкратно жидкий, затем к концу суток стул стал скудным, жидким, в виде

«плевка» со слизью и прожилками крови. На второй день температура – 37,8°С, рвота – 2 раза, стул – 8 раз, необильный с прожилками крови, гноя. Мальчик весь день жаловался на боль в животе.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела – 38,0°С. Вялый, жалуется на периодические боли в животе. Часто просится на горшок. Аппетит снижен, пьёт охотно. Кожные покровы бледные, чистые. Тургор тканей сохранен. Слизистая оболочка полости рта розовая, влажная, налётов нет. Язык сухой, обложен белым налётом в центре. В лёгких перкуторно определяется ясный лёгочный звук. Аускультативно дыхание жёсткое, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 30 в минуту. Тоны сердца ясные, приглушены, патологических шумов нет, ЧСС – 136 в минуту. Пульс хорошего наполнения, ритмичный. Живот участвует в акте дыхания, слегка втянут, при пальпации мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Пальпируется сигмовидная кишка, спазмированная, болезненная. Отмечается урчание по ходу толстого кишечника. Симптомов раздражения брюшины нет. Анус податлив. Печень, селезёнка не пальпируются.

Во время осмотра ребёнок вновь попросился на горшок. Стул осмотрен: скудный, с большим количеством слизи и прожилками крови. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Проведите обоснование клинического диагноза.
3. Составьте план обследования больного для подтверждения этиологии заболевания.
4. Предложите препарат для этиотропной терапии и обоснуйте его выбор.
5. Составьте план лечения больного.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 22 [K000500]

1. Шигеллез, средней степени тяжести.
2. Диагноз «шигеллез» выставлен клинически на основании следующих данных (острое начало заболевания с высокой температурной реакции, 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 бактериологического посева верификация этиологии осуществляется методом выявления антител к шигеллам в крови больного (РПГА с комплексным дизентерийным диагностикумом) в парных сыворотках.

1. 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.
2. Домашний режим.

Диета с исключением экстраактивных веществ, цельного молока, продуктов, приводящих к газообразованию и усиливающих перистальтику кишечника. Пища должна быть механически обработана.

Оральная регидратация.

Антибактериальная терапия (нитрофуранового ряда, курс 5-7 дней). Энтеросорбенты (курс 3 дня).

Спазмолитики при выраженном болевом синдроме, до купирования болевого синдрома.

Ферменты.

Пробиотики (курс 7 дней).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 23 [K000501]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Ребёнок 6 лет посещает детский сад. Заболел остро с подъёма температуры тела до 39°С, появления боли в околоушной области справа, усиливающейся при глотании и жевании. На следующий день мать отметила слегка болезненную припухлость в околоушной области справа, затем слева. На 4 день болезни вновь повысилась температура тела до 38,7°С, утром появилась сильная головная боль, повторная рвота.

При осмотре состояние ребёнка средней тяжести за счет явлений интоксикации. Вялый. Температура тела – 39,1°С. Жалуется на резкую головную боль в лобной и теменной областях. При осмотре кожные покровы чистые, обычной окраски. Слизистая ротовой полости слабо гиперемирована, налётов нет. В околоушной, подчелюстной областях с обеих сторон отмечаются лёгкая припухлость и болезненность при пальпации. В лёгких – везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД – 28 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС – 128 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Стул и диурез в норме. Неврологический статус: в сознании, но заторможен, на вопросы отвечает с задержкой, неохотно. Отмечается выраженная ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига и Брудзинского. Очаговых симптомов поражения нервной системы не выявлено. Ребёнок не вакцинирован в связи с отказом матери.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова тактика ведения больного, включая план обследования?
4. Разработайте план лечения.
5. Разработайте план противоэпидемических и профилактических мероприятий в детском саду.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 23 [K000501]

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 подъѐм температуры на 4 день болезни, головной боли, повторной рвоты, положительных менингеальных знаков).
3. Госпитализация в инфекционное боксированное отделение. Клинический анализ крови и мочи.

Спинномозговая пункция с анализом спинномозговой жидкости для подтверждения менингита.

Анализ крови и мочи на амилазу (для исключения панкреатита).

Кровь на парные сыворотки (РПГА с паротитным диагностикумом в динамике) для подтверждения паротитной инфекции.

1. Постельный режим.

Этиотропная терапия не разработана.

Дегидратация при повышении внутричерепного давления.

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.

1. Изоляция больного.

Экстренное извещение в органы Роспотребнадзора в течение 12 часов с момента выявления больного.

Заключительная дезинфекция не проводится.

Медицинское наблюдение за контактными детьми в детском саду на 21 день с момента изоляции больного с ежедневным осмотром и термометрией.

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 24 [K000504]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Ребёнок в возрасте полутора лет заболел остро, когда утром повысилась температура до 39°С. После приёма Парацетамола температура снизилась до 38,7°С и сохранялась на субфебрильных цифрах в течение суток. Отмечались слабость, вялость, отказ от еды. Ребёнок был очень сонлив, заторможен, постоянно спал. На второй день утром температура тела повысилась до 40°С. Мать заметила необильную розовую сыпь на коже бедер, ягодиц и вызвала скорую помощь. Ребёнок осмотрен врачом скорой медицинской помощи, который ввёл внутримышечно литическую смесь.

При осмотре: состояние ребёнка расценено как тяжёлое. Температура – 38,5°С, ЧДД – 50 в минуту, ЧСС – 155 в минуту. АД – 90/50 мм рт.ст. В сознании, но очень вялый, на осмотр реагирует негативно, плачет. Кожные покровы бледные с цианотичным оттенком, усиливающимся при беспокойстве. На ягодицах, задних поверхностях бёдер, голеней имеется необильная геморрагическая «звёздчатая» сыпь с некрозом в центре, размером от 0,5 до 1,5 см, не исчезает при надавливании. В ротоглотке отмечается гиперемия нёбных дужек, миндалин, зернистость задней стенки глотки, налетов нет. В лёгких дыхание учащено, жёсткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Последний раз мочился час назад. Стула не было. Менингеальных знаков нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова тактика ведения больного?
4. Какова специфическая профилактика данного заболевания?
5. Укажите противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 24 [K000504]

1. Менингококковая инфекция, генерализованная форма, менингококкемия.
2. Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания с выраженных явлений интоксикации; жалоб на высокую температуру, сонливость, слабость; данных объективного осмотра (геморрагическая звѐздчатая сыпь с некрозом в центре).
3. Госпитализация в инфекционное боксированное отделение (стационар с наличием ОРИТ).

Жаропонижающая терапия.

1. 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.

1. Изоляция больного или бактерионосителя. Экстренное извещение в Роспотребнадзор.

Бактериологическое обследование контактных лиц с интервалом от 3 до 7 дней. Заключительная дезинфекция.

Выписка из стационара после двукратно отрицательного бактериологического анализа.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 25 [K000505]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

У девочки 3 лет отмечаются слабость, снижение аппетита, тошнота, боли в правом подреберье, тёмная моча, обесцвеченный кал.

Из анамнеза известно, что заболела 5 дней назад, когда повысилась температура до 37,8ºС, появились тошнота, рвота, разжиженный стул. К врачу не обращались, мать лечила ребёнка сама: давала Парацетамол, Фуразолидон. На 4 день болезни температура снизилась до 37,0ºС, но мать заметила тёмную мочу и обесцвеченный кал. Обратились к врачу-педиатру участковому.

Объективно при осмотре состояние средней тяжести. Температура тела – 36,8ºС. Отмечается иктеричность кожи и склер. В зеве без патологии. Язык обложен белым налётом. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 106 в минуту. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье. Печень выступает на 2,5 см из-под рёберной дуги по среднеключичной линии, болезненная при пальпации. Селезёнка не увеличена. Моча тёмно-жёлтого цвета.

Из эпидемиологического анамнеза известно, что в детском саду, который посещает ребёнок, были случаи подобного заболевания. Привита по возрасту. Со слов матери никаким хирургическим вмешательствам ребёнок не подвергался, кровь и плазму не переливали, за пределы города в течение последних 3 месяцев не выезжала.

В общем анализе крови: эритроциты – 4,5×1012/л, гемоглобин – 120 г/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – 5,1×109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 47%, лимфоциты – 42%, моноциты – 9%, СОЭ – 5 мм/ч.

Биохимия крови: билирубин – 126 мкмоль/л, прямой – 86 мкмоль/л, непрямой – 40 мкмоль/л, активность АЛТ – 402 Ед/л, тимоловая проба – 12 ЕД.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите методы верификации этиологического фактора.
4. Какой механизм передачи инфекции наиболее вероятен в данной клинической ситуации? Обоснуйте своё решение.
5. Составьте план противоэпидемических и профилактических мероприятий.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 25 [K000505]

1. Вирусный гепатит, желтушная форма, средней степени тяжести.
2. Диагноз поставлен на основании жалоб (субфебрильная температура, снижение аппетита, боль в правом подреберье, тѐмная 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. Обнаружение в сыворотке крови РНК вируса гепатита А методом ПЦР.

Обнаружение специфических антител анти–HAV IgM методом ИФА или нарастание в динамике титра антител класса G.

1. 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 ребѐнка прививки против гепатита В) можно думать о вирусном гепатите с фекально-оральным механизмом передачи – гепатите А.
2. Экстренное извещение в Роспотребнадзор в течение 12 часов с момента выявления больного.

Изоляция больного.

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.

Соблюдение общественной и личной гигиены, контроль за общественным питанием и качеством питьевой воды.

5. В очаге проводится текущая и заключительная дезинфекция.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 26 [K000506]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Ребёнок 6,5 лет заболел остро в период эпидемии гриппа с подъёма температуры тела до 39°С, озноба. Присоединились слабость, головная боль, боль в мышцах, чихание. Мать вызвала врача-педиатра участкового на дом.

При осмотре: кожные покровы бледные, сухие. Слизистая ротоглотки гиперемирована, небольшая зернистость задней стенки глотки. Из носа – скудное серозное отделяемое. В лёгких: перкуторно по всем лёгочным полям – лёгочный звук, аускультативно – дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧД – 36 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 118 в минуту, АД – 90/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Диурез сохранен, мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул оформленный. Менингеальные симптомы отрицательные.

Ребёнок от гриппа не привит (со слов матери, у него медицинский отвод от вакцинации – аллергия на белок куриного яйца).

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Разработайте план обследования больного.
4. Определите место лечения больного и обоснуйте Ваш выбор.
5. Разработайте план лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 26 [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.Изоляция больного в отдельной комнате. Режим полупостельный. Обильное тѐплое питьѐ. Противовирусные препараты - Осельтамивир в течение 5 дней. Симптоматическая терапия: при высокой температуре (свыше 38,5 °С) жаропонижающие препараты.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 27 [K000507]**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

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

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

Пульсоксиметрия: насыщение крови кислородом – 92%.

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 27 [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, затруднѐнное, шумное дыхание в покое); клинической картины (бледность кожных покровов, цианоз вокруг рта, инспираторный стридор, участие в дыхании вспомогательной мускулатуры в покое - втяжение межреберий, ярѐмной и надключичной ямок при вдохе, одышка в покое – ЧДД 42 в минуту); пульсоксиметрия – насыщение крови кислородом 92%.
3. Учитывая тяжесть состояния и скорость развития – госпитализация в инфекционное респираторное отделение
4. ПЦР диагностика – определение РНК вируса парагриппа из носоглоточных смывов, метод флюоресцирующих антител (РИФ) - основан на выявлении вирусных антигенов в клетках эпителия носовых ходов, конъюнктивы.
5. Госпитализация в стационар. Режим полупостельный. Обильное тѐплое питьѐ. 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 28 [K000508]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Ребёнок 7 месяцев болен в течение 3 дней. Температура – 38-39°С, беспокойный, аппетит снижен. Отмечается влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа.

Врач-педиатр участковый при осмотре на 4 день болезни расценил состояние ребёнка как средне-тяжёлое. Температура – 38,3°С. Веки отёчны, конъюнктива гиперемирована. На нижнем веке справа небольшая белая плёнка, снимающаяся свободно, поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены до 1-2 см, безболезненные, эластичные. Зев гиперемирован, миндалины и фолликулы задней стенки глотки увеличены. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа.

В лёгких аускультативно жёсткое дыхание, проводные влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 132 ударов в минуту. Печень +3,5 см, селезенка +1,5 см из-под рёберной дуги. Стул оформленный.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 133 г/л, эритроциты – 4,3×1012/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – 7,9×109/л; палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 38%, базофилы – 1%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 52%, моноциты – 4%, СОЭ – 4 мм/час.

Анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый; прозрачность – прозрачная; относительная плотность – 1021; белок – нет, глюкоза – нет; лейкоциты – 1-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 74 г/л, мочевина – 5,2 ммоль/л, АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 30 Ед/л.

На рентгенограмме органов грудной клетки лёгочный рисунок усилен, лёгочные поля без очаговых и инфильтративных теней, корни структурны, срединная ткань без особенностей, диафрагма чёткая, синусы дифференцируются.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Назовите предположительную этиологию данной патологии и обоснуйте.
3. Обоснуйте необходимость назначения антибактериальной терапии данному больному.
4. Составьте план лечения.
5. Перечислите меры профилактики заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 28 [K000508]

1. Основной: «ОРВИ», вероятно аденовирусной этиологии: фарингит, плѐнчатый конъюнктивит, средней степени тяжести.
2. Аденовирусная этиология ОРВИ. Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания с выраженной температурной реакцией, наличия у ребѐнка катара верхних дыхательных путей, лимфоаденопатии, фарингита, плѐнчатого 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. Антибактериальная терапия - Амоксициллин (125 мг в табл.) по ½ т. 3 раза в день, курс 5 дней.

Препараты рекомбинантного интерферона в виде ректальных суппозиториев (Генферон 125 тыс. ЕД 2 раза в день), курс 5 дней. Офтальмоферон (глазные капли) по 1-2 капли закапывать в конъюнктивальный мешок 5 раз в день.

Промывание носовых ходов физиологическим раствором.

Противовоспалительная терапия – Фенспирид сироп – 1 чайная ложка 3 раза в день, курс 5 дней.

1. Специфической активной профилактики нет. Проводится ранняя изоляция больного, проветривание, УФ облучение помещений, текущая дезинфекция.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 29 [K000510]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Девочка 8 лет больна в течение недели. Отмечаются заложенность носа, повышение температуры тела до 38°С. С 3 дня заболевания появились боли при глотании. Врач-педиатр участковый диагностировал лакунарную ангину. Был назначен Азитромицин. Эффекта от проводимой терапии не было. Сохранялась высокая температура, сохранялись наложения на миндалинах, появилась припухлость в области шеи с обеих сторон.

При повторном осмотре температура – 38,3°С. Лицо одутловатое, веки пастозны, носом не дышит, голос с гнусавым оттенком. Кожа бледная, чистая. В области шеи с обеих сторон, больше слева, видны на глаз увеличенные переднешейные и заднешейные лимфоузлы с некоторой отёчностью тканей вокруг них. Пальпируются передне-, заднешейные лимфоузы (до 3,0 см в диаметре), чувствительные при пальпации, плотно- эластической консистенции, подчелюстные, подмышечные, паховые лимфоузлы до 1,5 см в диаметре. Яркая гиперемия зева, на увеличенных нёбных миндалинах в лакунах наложения беловато-жёлтого цвета. Язык густо обложен белым налётом. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 24 в минуту. ЧСС – 100 в минуту. Сердечные тоны звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под рёберной дуги на +3 см, селезёнка +1 см из-под рёберной дуги. Стул, мочеиспускание не нарушены. Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – 3,8×1012/л, цветовой показатель – 0,8, лейкоциты – 12×109/л; палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 13%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 40%, моноциты –

13%; атипичные мононуклеары – 25%, СОЭ – 25 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. На основании каких симптомов поставлен диагноз?
3. Какие исследования необходимы для верификации возбудителя?
4. Составьте план медикаментозного лечения.
5. Составьте план диспансерного наблюдения за больным, перенёсшим заболевание.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 29 [K000510]

1. Инфекционный мононуклеоз, типичная форма, средней степени тяжести.
2. Длительная лихорадка; лимфопролиферативный синдром (увеличение периферических лимфоузлов, особенно шейной группы, с некоторой отѐчностью 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. Методом ПЦР выявляется ДНК вирусов (Эпштей - Барр, цитомегаловирус) в сыворотке крови, смывах с носоглотки.

Методом ИФА: специфические антитела к капсидному (VCA) и раннему (ЕА) антигену ЭБВ классов IgМ и IgG.

Определение в сыворотке крови гетерофильных антител в реакции Пауля – Буннелля (агглютинация бараньих эритроцитов).

1. Специфическая этиотропная терапия инфекционного мононуклеоза не разработана.

Диета химически, термически механически щадящая. Обильное дробное, тѐплое питьѐ.

Симптоматическая и патогенетическая терапия: жаропонижающие препараты, десенсибилизирующие средства, антисептики для курирования местного процесса, витаминотерапия, деконгестанты в нос.

Антибактериальная терапия не показана, назначается в случае присоединения бактериальной инфекции.

1. Реконвалесценты инфекционного мононуклеоза находятся на диспансерном учѐте в течение 12 месяцев. Ребѐнок наблюдается врачом-педиатром участковым и врачом-инфекционистом, по показаниям к консультациям привлекаются специалисты: врач-оториноларинголог, врач-аллерголог-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 ребѐнка 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 30 [K000511]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Ребёнок 6 лет заболел остро с повышения температуры тела до 38,5°С, заложенности носа, недомогания. На следующий день мать заметила сыпь на лице, туловище, конечностях.

При осмотре врачом-педиатром участковым: температура тела – 37,8°С, увеличение и болезненность шейных, затылочных лимфоузлов. Сыпь располагается на неизменённой коже, розовая, мелкая, пятнисто-папулёзная на всём теле, кроме ладоней и стоп, с преимущественным расположением на разгибательных поверхностях конечностей, без склонности к слиянию. При осмотре ротоглотки выявлена энантема в виде мелких красных пятен на нёбе и нёбных дужках. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД

* 25 в минуту. Тоны сердца отчетливые, ритмичные. ЧСС – 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Стул, мочеиспускание без особенностей. Неврологический статус без патологии.

Общий анализ крови: гемоглобин – 135 г/л, эритроциты – 4,1×1012/л, лейкоциты – 6,3×109/л; палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 25%, эозинофилы – 5%, лимфоциты – 58%, моноциты – 3%, плазматические клетки – 8%, СОЭ

* 12 мм/час.

Ребёнок привит только от дифтерии, столбняка, полиомиелита.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный клинический диагноз.
2. На основании каких типичных симптомов поставлен диагноз?
3. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Составьте план лечения ребёнка.
5. Назовите методы специфической профилактики заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 30 [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-папулѐзная на неизменѐнном 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). Ребѐнок не привит.
3. Для диагностики краснухи в настоящее время используют, серологический метод определение антител класса IgМ 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 тѐплое питьѐ.
5. Специфическая вакцинопрофилактика (согласно Национальному календарю прививок) проводится в возрасте 12 месяцев. Ревакцинация проводится в 6 лет. Если ребѐнок 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 31 [K000512]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Ребёнок 4 лет заболел остро с повышения температуры тела до 38,5°С, недомогания, снижения аппетита, повторной рвоты, болей в горле при глотании, появления сыпи на лице, туловище и конечностях.

При осмотре: состояние больного средней степени тяжести, температура тела – 39,0°С. Жалуется на головную боль и боль в горле. На щеках яркий румянец, при этом носогубный треугольник бледный. Кожные покровы сухие, гиперемированы, на лице, туловище, конечностях обильная мелкоточечная сыпь, со сгущением в естественных складках кожи. Отмечается белый дермографизм. Слизистые оболочки ротовой полости влажные. В ротоглотке яркая отграниченная гиперемия. Миндалины увеличены, в лакунах наложения бело-жёлтого цвета, легко снимаются. Тонзиллярные лимфатические узлы до 1 см в диаметре, болезненны. Рот открывает свободно. Дыхание через нос свободное. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 28 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, тахикардия до 100 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Мочится свободно. Стул оформленный.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты – 3,4×1012/л, лейкоциты – 13,5×109/л; эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 17%, моноциты – 5%, СОЭ – 25 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте развёрнутый клинический диагноз.
2. Дайте обоснование клинического диагноза.
3. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
4. Составьте план лечения больного.
5. Составьте план наблюдения ребёнка после выписки из стационара.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 31 [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 гиперемированном 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. Амбулаторное лечение (изоляция натдому), госпитализация по эпидемиологическим и социальным показаниям.

Обильное тѐплое питьѐ, термически и механически щадящая диета. Антибактериальная терапия – препараты аминопенициллинового ряда 50- 100 тыс.

Ед/кг веса в сутки, в 4 приѐма, курс лечения 7-10 дней или макролиды (10 дней).

Антигистаминные препараты. Симптоматическая терапия – при температуре свыше 38,5°С, местная обработка слизистой ротовой полости антисептическими растворами.

1. 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 у врача-оториноларинголога, врача-ревматолога и других специалистов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 32 [K000513]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

**Основная часть**

Ребёнок 3 лет, неорганизованный, заболел остро, поднялась температура до 37,8°С, появились кашель, насморк. В течение 2 дней температура держалась на субфебрильных цифрах. На 4 день болезни появилась сыпь на лице, и был вызван врач-педиатр участковый.

При осмотре состояние ребёнка оценено как средней степени тяжести, температура

* 38,0°С, лицо пастозное, катаральный конъюнктивит, светобоязнь, из носа слизистое отделяемое, кашель сухой. В зеве умеренная разлитая гиперемия. Слизистые щёк шероховаты, гиперемированы. На лице, шее, верхней части туловища крупная розовая пятнисто-папулёзная сыпь. На лице сыпь имеет тенденцию к слиянию. Дыхание через нос затруднено, обильные серозные выделения. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 28 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, тахикардия до 140 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Мочится свободно. Стул оформленный.

В семье ещё есть ребёнок 2 лет. Привит только БЦЖ и однократно против гепатита В в роддоме. Ясли не посещает.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз с указанием периода болезни.
2. Проведите обоснование выставленного диагноза.
3. Опишите дальнейшее течение заболевания.
4. Составьте план лечения больного.
5. Составьте план профилактических мероприятий в семье больного.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 32 [K000513]

1. Корь, типичная форма, период высыпаний, лѐгкой степени тяжести
2. Диагноз выставлен на основании следующих данных: субфебрильная температура тела, признаки катара верхних дыхательных путей, кашель; характера высыпаний (сыпь появилась на четвѐртый день заболевания на лице, шее- этапность высыпаний), пятнисто-папулѐзная на неизменѐнном фоне кожи, ребѐнок 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 начнѐт исчезать с 7 дня заболевания в той же последовательности, оставляя после себя мелкопластинчатое шелушение и пигментацию.
4. Специфического лечения кори не разработано. Учитывая лѐгкое течение заболевания – только симптоматическая терапия. Симптоматическая терапия включает: жаропонижающие (Парацетамол 0,25 через рот) (при температуре свыше 38,5°С), обильное тѐплое питьѐ.
5. Изоляция больного в отдельную комнату.

Экстренное извещение в органы Санэпиднадзора в течение 12 часов.

За лицами, общавшимися с больными корью, устанавливается медицинское наблюдение в течение 21 дня с момента выявления.

Второй ребѐнок подлежит иммунизации против кори по эпидемическим показаниям в течение первых 72 часов с момента выявления больного.

Если у второго ребѐнка 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.

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 33 [K000515]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Ребёнок 5 лет (масса тела – 24 кг), посещающий детский сад, заболел с повышения температуры тела до 38,5°С. На 2 день заболевания мать заметила маленькие, единичные красные папулы лице и туловище. Утром на следующий день элементов сыпи стало больше, они распространились по всему телу, появились на волосистой части головы. Весь день сохранялась высокая температура тела. На следующий день мать вызвала врача- педиатра участкового на дом.

Пришедший на вызов врач-педиатр участковый расценил состояние ребёнка как среднетяжелое. Температура тела – 38,4°С. Ребёнок вялый, отказывается от еды. Пьет неохотно – жалуется на боль в горле при глотании. На коже туловища, лица, конечностях, волосистой части головы имеются полиморфные элементы сыпи в виде папул, пузырьков. Отмечается выраженный зуд кожи. Слизистые оболочки ротовой полости ярко гиперемированы, на твердом нёбе отмечаются единичные афты. Пальпируются периферические лимфоузлы II-III размеров, эластичные, безболезненные. В лёгких выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов нет. ЧД – 26 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичны. ЧСС – 104 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у рёберного края. Селезёнка не пальпируется. Физиологические отправления в норме.

Менингеальной и очаговой симптоматики нет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Кто в данном случае явился источником инфекции для ребёнка? Обоснуйте свой ответ.
3. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
4. Где должен лечиться больной? Составьте план лечения больного.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в детском саду.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 33 [K000515]

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 разделит 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 тяжѐлых. Ко второй группе относят гнойные поражения кожи — абсцессы, фурункулы, флегмоны. Редко развиваются пневмонии.
4. Учитывая среднюю степень тяжести заболевания и отсутствие осложнений, госпитализация не показана, лечение в домашних условия.

Этиотропная терапия – не показана. Ацикловир назначается при тяжѐлом течении, лицам с иммунодефицитными состояниями и при наличии специфических осложнений.

Лечение симптоматическое: обильное питьѐ, при температуре свыше 38,5°С. Гигиенические мероприятия – частая смена нательного и постельного белья,

обработка везикул и эрозий раствором бриллиантового зелѐного (Кламин, анилиновые красители), купание ребѐнка со слабым раствором перманганата калия. Полоскание ротовой полости растворами антисептиков.

1. Изоляция больного не менее чем на 5 дней от последних высыпаний. Экстренно извещение в органы Санэпиднадзора. Общавшихся с больным детей (вне организованного коллектива) не допускают в дошкольные детские учреждения с 11 по 21 день с момента контакта. За контактными (в детском саду) устанавливается медицинское наблюдение сроком на 21 день с ежедневным осмотром кожных покровов, видимых слизистых и измерением температуры тела. В помещениях проводится ультрафиолетовое облучение, влажная уборка, усиливается режим проветривания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 37 [K001045]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

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

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

Объективно: состояние ребёнка средней тяжести, температура тела – 38,8°С. Ребёнок капризен и возбужден. Кожные покровы бледные, отмечается акроцианоз. Отмечается слюнотечение, ребёнок отказывается от еды и питья. Голос приглушённый (как будто больной разговаривает «с положенным в рот горячим картофелем»). Лёгкое покашливание. Болезненная пальпация остова гортани. Дыхание затруднено, инспираторная одышка, частота дыхания – 40 в 1 минуту, определяется втяжением над- и подключичных ямок, межрёберных промежутков, частота сердечных сокращений – 140 в 1 минуту, АД – 100/60 мм рт.ст.

При фарингоскопии: умеренная гиперемия задней стенки глотки, виден ярко гиперемированный, увеличенный в размерах, инфильтрированный надгортанник.

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 37 [K001045]

1. Эпиглоттит. Стеноз гортани (стадия субкомпенсации).
2. Диагноз «эпиглоттит» установлен на основании:

* жалоб (боль в горле, слюнотечение, нарушение глотания и затруднѐнное дыхание);
* анамнестических данных (внезапное начало заболевания, температура тела фебрильная до 40°С, через 2 часа присоединилось затруднение дыхания);

объективных данных (состояние ребѐнка средней тяжести, температура тела 38,8°С, кожные покровы бледные, отмечается акроцианоз, отмечается слюнотечение, голос приглушѐнный, лѐгкий 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 затруднѐнное дыхание;

объективных данных (кожные покровы бледные, отмечается акроцианоз, дыхание затруднено, инспираторная одышка, частота дыхания 40 в 1 минуту, определяется втяжением над- и подключичных ямок, межрѐберных промежутков, частота сердечных сокращений – 140 в 1 минуту, АД 100/60 мм рт.ст.).

1. 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 кандида (Candida albicans). 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.
2. Необходима вакцинация против гемофильной инфекции. Прививка от гемофильной инфекции в настоящее время считается надѐжным 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 38 [K001046]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

**Основная часть**

На приёме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком 7 лет с жалобами на повышение температуры тела до 39,0°С, боль в горле, усиливающуюся при глотании.

Заболел утром. Температура тела повысилась до 39,0°С, появилась боль в горле. Объективно: температура тела ребёнка – 39,0°С, кожные покровы бледные,

пальпируются увеличенные подчелюстные лимфатические узлы с обеих сторон, чувствительные при пальпации. При фарингоскопии определяется яркая гиперемия глотки, увеличение нёбных миндалин, на них видны жёлтые точки (нагноившиеся фолликулы).

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 38 [K001046]

1. Двухсторонняя фолликулярная ангина.
2. Диагноз «двухсторонняя фолликулярная ангина» установлен на основании:

* жалоб больного (повышение температуры тела 39,0 °С, боль в горле, усиливающуюся при глотании);
* анамнеза (острое начало);
* объективных данных (при фарингоскопии определяется гиперемия глотки, гиперемия и увеличение нѐбных миндалин с наложением в виде фолликулов).

1. 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.

1. 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. Катаральная ангина, лакунарная ангина, язвенно-некротическая ангина, дифтерия глотки, ангина при инфекционном мононуклеозе, ангины при заболеваниях крови.

**Ситуационная задача 42 [K001050]**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На приёме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком 8 лет с жалобами на повышение температуры тела до 38,0°С, боль в горле, усиливающуюся при глотании, насморк, затруднение носового дыхания. Заболел утром. Температура тела повысилась до 38,0°С, появилась боль в горле, выделения из носа, затруднённое носовое дыхание. Объективно: температура тела ребёнка – 39,0°С, кожные покровы бледные, пальпируются безболезненные подчелюстные лимфатические узлы обычных размеров с обеих сторон. Дыхание через нос затруднено, ребёнок высмаркивает прозрачную слизь. При фарингоскопии определяется яркая гиперемия задней стенки глотки, гипертрофия лимфоидной ткани, боковых валиков, нёбные миндалины 2 степени, в лакунах нет патологического отделяемого. Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препарат какой группы Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте выбор.

5. Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференцированный диагноз в данной ситуации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 42 [K001050]

1. Острый ринит. Острый катаральный фарингит.
2. Диагноз «острый ринит» установлен на основании жалоб больного (повышение температуры тела 38,0 °С, затруднѐнное 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, нѐбные 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. Ангины, синусит.

**Ситуационная задача 43 [K001053]**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На приеме у врача-педиатра участкового мать с девочкой 10 лет с жалобами на общую слабость, боль в горле, повышение температуры тела до 38,7°С, головную боль в течение 2 дней. На второй день присоединилась стреляющая боль в правом ухе. При осмотре: температура тела – 37,3°С, кожа бледная, ЧД – 20 в 1 минуту, ЧСС – 80 в 1 минуту. Подчелюстные и переднешейные лимфатические узлы увеличены до 1,5 см с обеих сторон, болезненные при пальпации. При надавливании на правый козелок – резкая болезненность.Отделяемого из уха нет. Слизистая оболочка нёбных дужек, задней стенки глотки гиперемирована. Нёбные миндалины 2 степени, спаяны с нёбными дужками, в лакунах миндалин наложения желтоватого цвета, гиперемия и утолщение передних нёбных дужек. Кожные покровы бледные, чистые. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание не нарушены. Очаговой, менингеальной симптоматики не выявлено. Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Перечислите возможные осложнения.

5. Назовите методы верификации этиологического фактора.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 43 [K001053]

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 нѐбных 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.Общий анализ крови.

Бак. посев из ротоглотки на флору и чувствительность к антибиотикам. Мазок содержимого лакун на коринебактерии дифтерии.

Консультация врача-оториноларинголога для проведения постановки диагноза и согласования терапии.

В периоде реконвалесценции - повторить общий анализ крови; общий анализ мочи; ЭКГ.

4. Местные: паратонзиллярный, заглоточный абсцессы, синуситы, мастоидит, отит. Инфекционно-аллергические (через 2-3 недели) постстрептококковый гломерулонефрит, острая ревматическая лихорадка, неревматический кардит, артрит и др.

1. Выделение возбудителя бактериологическим методом (мазок из зева). Экспресс-анализ - стрептотест.

Нарастание титра антител к антигенам стрептококка (АСЛО, антиДНКаза, антигиалуронидаза).

**Ситуационная задача 45 [K001057]**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На приёме у врача-педиатра участкового мать с девочкой 9 лет с жалобами на сильные боли в горле, которые усиливаются при глотании, повышение температуры тела до 37,3°С, заложенность носа, выделения из носа слизистого характера. Из анамнеза известно, что больна 2 дня. Не лечилась. При осмотре: температура тела – 37,3°С, ЧД – 24 в 1 минуту, ЧСС – 82 в 1 минуту, переднешейные, подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 1,5 см, при пальпации безболезненные. Носовое дыхание затруднено, отделяемое из носа светлое, слизистое. Яркая гиперемия нёбных миндалин с обеих сторон, нёбные миндалины отёчные, увеличены в размере до III степени, в лакунах нет патологического содержимого. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание не нарушены. Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Составьте план лечения данного пациента.

5. Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференцированный диагноз в данной ситуации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 45 [K001057]

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 нѐбных миндалин с обеих сторон, нѐбные миндалины отѐчные, 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.

1. Общий анализ крови для уточнения характера воспаления.

Мазок из глотки на микрофлору и еѐ чувствительность к антибиотикам для выявления возбудителя, проведения дифференциальной диагностики (вирусная, бактериальная).

Экспресс-диагностика: метод флюоресцирующих антител для лабораторного подтверждения вирусной этиологии заболевания.

1. Обильное тѐплое, дробное питьѐ.

Механически, химически, термически щадящая диета. Орошение зева растворами антисептиков. Топические назальные деконгестанты для уменьшения отѐка в полости носа и улучшения носового дыхания.

1. Лакунарная ангина, фолликулярная ангина, острый фарингит, дифтерия глотки, инфекционный мононуклеоз.

**Ситуационная задача 46 [K001058]**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На приёме у врача-педиатра участкового мать с 6 месячным мальчиком предъявляет жалобы на свистящий звонкий шум («петушиный крик»), который возникает во время вдоха при плаче ребёнка, в покое дыхание свободное, тихое, голос звонкий. Из анамнеза известно, что ребёнок родился в срок, вес – 3300 г, рост – 56 см. Беременность и роды у матери 26 лет протекали без осложнений. Мальчик нормально развивается и набирает вес. Настоящие жалобы появились с рождения, неделю назад на фоне подъёма температуры до 37,5°С, со слов матери, у ребёнка резались зубы, на высоте плача было затруднение вдоха с синюшным окрашиванием кожных покровов и западением мягких тканей в межрёберных промежутках грудной клетки при вдохе. Объективно: состояние ребёнка удовлетворительное, температура тела – 36,6°С, кожа розовая, дыхание свободное, в покое бесшумное, ЧД – 32 в 1 минуту, пульс – 110 в 1 минуту, голос звонкий. В момент плача появилось шумное дыхание на вдохе. При фарингоскопии: задняя стенка глотки розового цвета, нёбные миндалины I степени, в лакунах патологическое содержимое отсутствует. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание не нарушены. Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Выберите тактику лечения ребёнка при такой патологии.

5. Назовите наиболее вероятные причины развития данной врожденной патологии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 46 [K001058]

1. Врожденный стридор. Ларингоспазм.
2. Диагноз «врожденный стридор» установлен на основании жалоб на свистящий звонкий шум («петушиный крик»), который возникает во время вдоха при плаче ребѐнка, в покое дыхание свободное, тихое, голос звонкий; анамнеза (настоящие жалобы появились с рождения); объективных данных (состояние ребѐнка 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 подъѐма температуры до 37,5°С, со слов мамы, у ребѐнка резались зубы, на высоте плача было затруднение вдоха с синюшным окрашиванием кожных покровов и западением мягких тканей в межрѐберных промежутках грудной клетки при вдохе.

1. Консультация врача-оториноларинголога для установки диагноза и выбора тактики лечения.

Ларингоскопия с помощью ларингоскопа с целю обнаружения патологии гортани. Трахеобронхоскопия с целью обнаружения патологии трахеи и крупных бронхов.

Выбор метода лечения врождѐнного стридора зависит от причины, которая вызвала заболевание. При ларингомаляции (чрезмерная мягкость хрящей гортани) в большинстве случаев явления врождѐнного стридора уменьшаются к 6 месяцу жизни ребѐнка, а исчезают полностью к 3 годам. Рекомендуется периодическое наблюдение у врача-оториноларинголога, специального лечения не проводится.

В тяжѐлых случаях и при наличии подскладкового сужения гортани, гемангиомы, папилломатоза приходится прибегать к оперативному лечению с использованием лазера.

5. Наиболее частая причина - ларингомаляция, которая часто встречается у недоношенных детей, у детей с гипотрофией, рахитом.

Врождѐнный стридор возможен при врождѐнном параличе голосовых складок, подскладковом стенозе и врожденной рубцовой мембране гортани. А также: кисты гортани, подскладковая гемангиома, папилломатоз гортани, трахеомаляция. Врождѐнный стеноз трахеи. Сосудистое кольцо – аномальное расположение больших сосудов, которые могут вызывать сдавление трахеи.

**Ситуационная задача 75 [K001456]**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик 6 лет заболел остро с подъёма температуры тела до 38,6°С, жалобы на боли в горле, недомогание. Мать самостоятельно дала ребёнку Нурофен и Эргоферон, через час температура снизилась до 37,6°С. На следующий день температура тела вновь повысилась до фебрильных цифр, сохранялись боли в горле, ребёнок отказался от еды, предпочитал лежать. Мать вызвала врача-педиатра участкового. При осмотре больного состояние оценено как среднетяжёлое. Носовое дыхание свободное. Кожный покров чистый, кожа горячая на ощупь, на щеках «румянец», глотание затруднено. Язык у корня обложен серым налётом. При фарингоскопии: нёбные миндалины гиперемированы, увеличены, отёчны. На миндалинах с обеих сторон имеются налёты островчатые, жёлтого цвета. Пальпируются увеличенные передне-верхне-шейные лимфатические узлы. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс – 80 ударов в минуту, ЧД – 24 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Стула не было 2 дня, диурез достаточный. Из анамнеза жизни известно, что ребёнок привит в соответствии с возрастом. С 3 лет посещает детское образовательное учреждение, с этого же времени начал часто болеть респираторными инфекциями. Антибактериальную терапию (Флемоксинсолютаб) последний раз получал 6 месяцев назад. На фоне приёма антибиотика отмечена аллергическая сыпь, купированная антигистаминными лекарственными средствами (Супрастин) в течение 3 дней. Других проблем в состоянии здоровья у ребёнка не установлено. Семья социально благополучная. Ребёнок в семье один. Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз с обоснованием возможной этиологии.

2. Определите и обоснуйте показания для госпитализации.

3. Требуется ли пациенту дополнительное обследование? Обоснуйте.

4. Какие антибактериальные препараты должны быть назначены? Обоснуйте свой выбор. Укажите дозу и длительность назначения.

5. Каковы показания для выписки?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 75 [K001456]

1. Острый тонзиллофарингит, среднетяжѐлая 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, налѐты на миндалинах.
2. Оснований для госпитализации нет, ввиду отсутствия клинических, социальных и эпидемиологических показаний. Госпитализации требуют дети в тяжѐлом состоянии, требующие инфузионной терапии ввиду отказа от еды и жидкости; дети первого года жизни; дети с тяжѐлыми 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.

1. Наличие в анамнезе аллергической реакции на Амоксициллин определяет показания к стартовому лечению данного больного цефалоспоринами I-II поколения (Цефалексин 50-70 мг/кг/сутки) или Цефуроксим аксетил 40-60 мг/кг/сутки, поскольку случаи перекрѐстной аллергии пенициллинов и цефалоспоринов достаточно редки. Длительность лечения 10 дней.
2. Нормализация температуры тела, общего самочувствия, отсутствие налѐтов в зеве. Перед выпиской ребѐнку необходимо сделать исследование общего анализа периферической крови, общего анализа мочи и, по показаниям, ЭКГ, для исключения возможных осложнений.

**Ситуационная задача 76 [K001457]**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

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

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз, какое из них самое основное?

3. Определите показания для госпитализации и обоснуйте их.

4. Какова тактика врача скорой медицинской помощи?

5. Является ли целесообразным назначение Метамизола натрия у ребёнка?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 76 [K001457]

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 отѐком; дифтерийным (истинный) крупом (развивается медленнее, на фоне интоксикации); некоторыми хроническими болезнями гортани (врождѐнный стридор, подскладочная гемангиома/неоплазия, парезы) затруднение вдоха усиливается во время ОРВИ, создавая иллюзию острого стеноза.

Наиболее часто эпиглоттит приходится дифференцировать с крупом.

1. Больной эпиглоттитом госпитализируется в экстренном порядке, ему оказывается помощь в палате интенсивной терапии или отделении реанимации и интенсивной терапии, так как имеется опасность асфиксии.
2. Необходимо вызвать реанимационную бригаду. Ввести жаропонижающие препараты.

Ввести антибактериальный препарат внутривенно.

Осмотр ротоглотки ребѐнка 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.

1. Выбор антипиретика основан на его безопасности и переносимости, поэтому, по международным стандартам, предпочтение отдают двум базовым препаратам – Парацетамолу и Ибупрофену.

Учитывая тяжесть состояния ребѐнка и отсутствие эффекта от Ибупрофена, показано парентеральное введение жаропонижающих средств: введение внутривенно медленно раствора Парацетамола из расчѐта 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 расчѐта 0,1 мл на год жизни и 2% раствора Папаверина.

**Ситуационная задача 79 [K001460]**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребёнок 2,5 лет заболел остро вчера с подъема температуры до 37,6°С, появления насморка и редкого сухого кашля. В семье у отца ребёнка в течение 3 дней отмечаются респираторные симптомы (кашель, насморк). Мать ввела ребёнку Виферон в свечах и вызвала врача-педиатра участкового. При осмотре врачом-педиатром участковым состояние ребёнка оценено как среднетяжелое, температура тела – 38,0°С, активен, аппетит не нарушен, кожные покровы чистые, физиологической окраски. Из носа обильное прозрачное жидкое отделяемое, отмечается редкий сухой кашель, склерит, умеренная гиперемия конъюнктив. В зеве умеренная гиперемия слизистых оболочек, миндалины за дужками без налётов, задняя стенка глотки зернистая, стекает прозрачная слизь. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Стул и диурез не изменены. Из анамнеза жизни известно, что преморбидный фон не отягощён. Привит ребёнок по возрасту. Два дня назад сделана прививка против гриппа (Гиппол плюс). Болеет редко. Семья благополучная. Есть старший ребёнок 5 лет, в настоящее время здоров, ходит в детский коллектив. Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз. Связано ли данное заболевание с вакцинацией против гриппа?

2. Определите и обоснуйте показания для госпитализации.

3. Требуется ли пациенту дополнительное обследование? Обоснуйте свое решение.

4. Назначьте необходимое лечение и обоснуйте его.

5. При каком условии необходим повторный осмотр ребёнка?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 79 [K001460]

1. Диагноз: «острый назофарингит, среднетяжѐлая 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 назофарнгита.

1. Оснований для госпитализации нет, ввиду отсутствия клинических, социальных и эпидемиологических показаний. Клиническими показаниями для госпитализации являются осложнения, которые у данного пациента отсутствуют.
2. 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.
3. 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 ребѐнка 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 ребѐнка не отягощѐн преморбидный фон, в качестве антипиретика в этом случае допустимо назначение препаратов из группы парацетамола или ибупрофена. В момент осмотра врачом-педиатром участковым необходимо ребѐнка 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.

1. 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 120 [K002358]**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У мальчика 12 лет две недели назад сняли клеща с кожи головы над правым ухом. Заболел с повышения температуры тела до 37,4°C, появилось покраснение кожи в виде округлого пятна в месте укуса клеща, которое постепенно увеличивалось в диаметре. Вызвали врача-педиатра участкового. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы физиологической окраски, в области волосистой части головы эритема диаметром 10 см с просветлением в центре. Пальпируются увеличенные до 1,0 см заднешейные и затылочные лимфоузлы справа, безболезненные. Слизистая ротоглотки умеренно гиперемирована, нёбная миндалина справа 2 размера, слева 1 размера. В лёгких везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 92 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Стул и диурез не нарушены. Вопросы:

1. Каков Ваш предполагаемый диагноз?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие необходимо провести исследования для подтверждения диагноза?

4. Назовите препараты этиотропной терапии и длительность их применения.

5. Каким препаратом необходимо было провести экстреннуюхимиопрофилактику данного заболевания? Обоснуйте.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 120 [K002358]

1. Иксодовый клещевой боррелиоз, эритемная форма, лѐгкая степень тяжести.
2. Диагноз поставлен на основании:

эпиданамнеза: укус клещѐм 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, нѐбной миндалины.

1. 1. ИФА или (нРИФ) (в парных сыворотках).

* Иммуноблот.
* ПЦР крови.
* Антибиотики широкого спектра (пенициллины, цефалоспарины, макролиды) в течение 10-14 дней.
* 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 121 [K002363]**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Девочка 9 лет больна вторые сутки, заболела остро: повышение температуры тела до 39,1ºС, озноб, головная боль, боль в горле при глотании, однократная рвота. Состояние средней тяжести. Температура тела - 38,9ºС. Кожные покровы чистые, румянец на щеках. Губы яркие, гиперемированы. Слизистая ротоглотки (дужек, миндалин) ярко гиперемирована. Миндалины увеличены до II размера, с обеих сторон в лакунах бело-жёлтый налёт, легко снимающийся шпателем, подлежащая поверхность миндалины не кровоточит. Язык суховат. Переднешейные лимфоузлы увеличены до 1,5 см, болезненны при пальпации. Дыхание везикулярное, без хрипов, ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 112 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Паренхиматозные органы не увеличены. Физиологические отправления не нарушены. Анализ крови: гемоглобин – 124 г/л, эритроциты – 4,1×1012/л, лейкоциты – 22×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 72%, лимфоциты – 17%, моноциты – 3%, СОЭ – 35 мм/час. Вопросы:

1. Каков Ваш предполагаемый диагноз?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план обследования, обоснуйте назначения.

4. Какие препараты этиотропной терапии можно рекомендовать в данном случае? Обоснуйте их назначение, длительность терапии.

5. Составьте план диспансерного наблюдения ребёнка.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 121 [K002363]

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): чѐткая гиперемия, резкая боль при глотании, увеличение миндалин до II размера, в лакунах бело-жѐлтый налѐт, 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 нѐбных миндалин до 2 ст. с лакунарными налѐтами, увеличение лимфатических узлов до 1,5 см.

1. 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 ≥ 60мг/л), ASLO в динамике.

Полный анализ крови и мочи через 2 недели (диагностика инфекционно- аллергических осложнений: острого гломерулонефрита и др.).

1. Препараты стартовой терапии: Феноксиметилпенициллин и Амоксициллин (Амосин, Флемоксин и т.д.), в случае неэффективности смена на защищѐнные аминопенициллины (с Клавулановой кислотой или Сульбактомом). Неэффективность стартовой терапии может быть обусловлена продукцией β-лактамаз нормальной микрофлорой ротоглотки, бактериальной ко-ассоциацией, низкой 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.

1. 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 нормыснимают с учѐта.

По показаниям - ЭКГ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 125 [K002415]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Девочка 10 лет заболела 5 дней назад, остро, когда повысилась температура до 39°С, появились недомогание, снижение аппетита, общая слабость, отмечались тошнота, рвота. На 4 день болезни температура тела снизилась, однако сохранялись общая слабость и снижение аппетита, присоединилась боль в правом подреберье, заметили тёмный цвет мочи, светлую окраску кала. На 5 день болезни появилась иктеричность склер.

Эпидемиологический анамнез: 3 недели назад вернулась с отдыха на морском побережье.

При осмотре: состояние средней тяжести, самочувствие не нарушено. Температура тела нормальная. Склеры, видимые слизистые оболочки иктеричные. Кожа - лёгкая иктеричность. Язык обложен белым налётом. Патологии со стороны бронхолёгочной и сердечно-сосудистой систем не выявлено. Живот слегка вздут, при пальпации мягкий во всех отделах, болезненный в эпигастральной области и правом подреберье. Печень увеличена, пальпируется на 3 см ниже края рёберной дуги, слегка болезненная при пальпации, уплотнена, край ровный, поверхность гладкая. Селезёнка не увеличена. Моча тёмного цвета, стул был утром, со слов девочки, светлый.

Общий анализ крови: гемоглобин - 127 г/л, лейкоциты - 3,6×109/л, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 40%, лимфоциты - 54%, моноциты - 5%, СОЭ - 13 мм/час.

Биохимический анализ крови: билирубин связанный - 38,6 мкмоль/л, свободный - 18,9 мкмоль/л, АлАТ - 610 Е/л, АсАТ – 269 Е/л.

Серологическое исследование (ИФА): HbsAg - отрицательный, анти-HAV IgM - положительный.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план лечения пациента.
4. Какова специфическая профилактика этой инфекции (вакцины и схема вакцинации)?
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 125 [K002415]

1. Вирусный гепатит А, желтушная форма, лѐгкая степень тяжести.
2. Диагноз поставлен на основании:
   * типичного для гепатита А эпидемиологического 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 учѐтом умеренно выраженного интоксикационного синдрома типично для лѐгкой степени тяжести заболевания.

1. 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 копчѐности, маринады, тугоплавкие жиры, пряности, экстрактивные вещества.

Пероральная дезинтоксикация. Медикаментозная терапия: энтеросорбенты под контролем характера стула, витамины с учѐтом нарушения детоксицирующей функции печени и еѐ участия в метаболизме витаминов, белков, жиров, углеводов (группы В, С, РР). В периоде реконвалесценции по показаниям холекинетики, ферментные препараты, гепатопротекторы.

1. 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 6-12месяцев.
2. 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 126 [K002416]**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

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

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

Эпидемиологический анамнез: в детском саду имеются случаи подобного заболевания.

При осмотре врачом-педиатром участковым на 3 день болезни: состояние ребёнка средней тяжести. На коже лица, туловища, конечностей, волосистой части головы необильные высыпания: везикулы с прозрачным содержимым, окружённые венчиком гиперемии, не склонные к слиянию, некоторые элементы подсохли с образованием мелких корочек, имеются единичные мелкие папулы. Слизистая полости рта чистая. Катаральных явлений нет. В лёгких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 126 [K002416]

1. Ветряная оспа, типичная, лѐгкой 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-папулѐзных элементов сыпи на коже всех участков и волосистой части головы, быстро превращающиеся в везикулы, окружѐнные 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 лѐгкую, отсутствие осложнений свидетельствует о гладком течении болезни.

1. 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.

1. Постельный режим на 3-5 дней. Диета возрастная, обильное питьѐ.

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

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

При лѐгких и среднетяжѐлых формах болезни этиотропная терапия (Ацикловир) обычно не проводится.

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

1. 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, перенѐсшие ветряную оспу и взрослые карантинным мероприятиям не подвергаются.

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 127 [K002417]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Девочка 4 лет, посещающая детский сад, заболела остро с повышения температуры тела до 38,7°С, была однократная рвота, жалобы на боль в горле. К вечеру родители заметили у ребёнка покраснение лица, сыпь на коже.

При осмотре врачом-педиатром участковым на третий день болезни состояние средней тяжести, температура тела – 38,2°С. Жалуется на головную боль и боль в горле. На щеках яркий румянец, бледный носогубный треугольник. Кожа сухая, шероховатая, на боковых поверхностях туловища, внизу живота, в паховых складках, на сгибательных поверхностях конечностей обильная мелкоточечная сыпь на гиперемированном фоне. Отмечается синдром сгущения сыпи в местах естественных сгибов, линии Пастиа. Выраженный белый дермографизм. В зеве яркая отграниченная гиперемия мягкого нёба, миндалины гипертрофированы, в лакунах легко снимающийся желтоватый налёт. Язык у корня обложен густым белым налётом, с кончика и боков начинает очищаться, становится ярким, с выступающими грибовидными сосочками на очистившейся поверхности. Пальпируются увеличенные и умеренно болезненные подчелюстные лимфоузлы, эластичной консистенции, кожа вокруг лимфоузлов не изменена. Дыхание через нос свободное, катаральные явления не выражены. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 24 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, тахикардия до 130 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Стул оформлен. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 127 [K002417]

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 мелкоточечной 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 среднетяжѐлом течении скарлатины, отсутствие осложнений, аллергических волн – о гладком течении.

1. 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 врачом-оториноларингологом.

1. Постельный режим в острый период болезни.

Диета, соответствующая возрасту, полноценная, механически и термически щадящая обработка пищи.

Этиотропная терапия – бензилпенициллин или полусинтетические пенициллины с учѐтом природной чувствительности стрептококков, из расчѐта 50-100 тыс./кг/сутки, альтернативные препараты – цефалоспорины, макролиды.

Патогенетическая терапия – дезинтоксикация в виде обильного питья. Симптоматическая терапия – жаропонижающие препараты,

десенсибилизирующие, местное лечение тонзиллита.

1. 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 128 [K002418]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

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

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

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

При осмотре состояние средней тяжести, вялая, температура – 39°С. На лице, туловище, конечностях обильная ярко-розовая сыпь пятнисто-папулёзная размером до 7- 10 мм, местами сливная. Зев гиперемирован, на нёбе энантема, слизистая рта рыхлая, пятнистая. Язык влажный, обложен. Дыхание через нос затруднено, обильное слизисто- гнойное отделяемое. Кашель влажный. Конъюнктивит, слезотечение. Пальпируются увеличенные, безболезненные лимфоузлы преимущественно шейной группы. В лёгких дыхание жёсткое, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Стул и диурез в норме.

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 128 [K002418]

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 коньюнктивита и светобоязнью, периода высыпаний - появление на 4 день болезни обильной ярко-розовой пятнисто-папулѐзной 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 среднетяжѐлом течении кори, отсутствие осложнений – о гладком течении.

1. 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.

1. 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.

1. Изоляция больного.

Подаѐтся 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 129 [K002420]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Ребёнок 10 лет заболел остро, появились резкие боли в эпигастральной области, тошнота, повторная рвота. За 6 часов до заболевания мальчик чувствовал себя хорошо, гулял по городу, ел пирожки с мясом.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела - 38°С, вялость, повторная рвота, принёсшая облегчение. Кожные покровы бледные, слизистая полости рта сухая, язык густо обложен белым налётом. Зев спокоен, налётов на миндалинах нет. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧД - 24 в 1 минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные. Пульс - 100 ударов в 1 минуту, удовлетворительного наполнения. Живот слегка вздут, при пальпации болезненность в области пупка и эпигастрии. Печень пальпируется на 0,5 см ниже рёберной дуги, селезёнка не увеличена. Сигмовидная кишка эластична. Анус сомкнут.

Стул от начала заболевания был трёхкратно, жидкий, обильный, зловонный, по типу «болотной тины». Последний раз мочился 2 часа назад.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план и опишите ожидаемые результаты обследования пациента.
4. Назовите клинические формы данной инфекции.
5. Составьте план лечения больного.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 129 [K002420]

1. Острая кишечная инфекция, по типу гастроэнтерита. Сальмонеллѐз? Гастроинтестинальная форма, гастроэнтерит типичная, среднетяжѐлая 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 сальмонеллѐзной этиологии заболевания говорит короткий инкубационный период, характерная клиническая картина гастроинтестинальной формы сальмонеллѐза, наиболее часто встречающейся и употребление мясных продуктов, так как инфекция относится к группе антропозоонозов.

1. Общий анализ крови – лейкоцитоз от умеренного до выраженного, нейтрофилез 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 коагглютинации (РКА) и ИФА.

1. 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.

1. При сохраняющейся рвоте промыть желудок.

Постельный режим в острый период заболевания.

Диета, соответствующая возрасту ребѐнка и рекомендуемая при ОКИ: ограничение общего объѐма 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 отягощѐнного фона, при среднетяжѐлом течении инфекции не назначаются.

В качестве этиотропной терапии возможно применение комплексного иммунноглобулинового препарата (КИП) в течение 5-7 дней.

Восстановительная терапия: ферменты, биопрепараты после купирования остроты процесса.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 130 [K002425]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Ребёнок 7 месяцев болен в течение 3 дней. Температура - 38-39°С, беспокойный, аппетит снижен. Отмечается влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа. Состояние ребёнка средней тяжести: температура - 38,3°С, веки отёчны, конъюнктива гиперемирована. На нижнем веке справа белая плёнка, легко снимается и растирается, поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены до 1-2 см, безболезненные, плотно-эластичные. Зев гиперемирован, увеличены миндалины, фолликулы на задней стенке глотки. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа. В лёгких жёсткое дыхание, проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС - 132 ударов в минуту. Печень +3,5 см, селезёнка +1,5 см. Стул разжиженный, непереваренный, до 5 раз в сутки.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие другие клинические формы встречаются при этом заболевании?
4. Проведите дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями.
5. Составьте план лечения больного.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 130 [K002425]

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, плѐнчатого коньюнктивита, являющегося патогномоничным симптомом аденовирусной инфекции, распространѐнной 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, кератоконьюнктивит, 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 бронхиолита, для риновирусной инфекции – отсутствие интоксикации и выраженная ринорея. При инфекционном мононуклеозе, в отличие от аденовирусной инфекции отсутствуют катаральные явления, коньюнктивит, диарея, увеличиваются преимущественно шейные лимфоузлы, более выражен гапатолиенальный синдром, в периферической крови - лейкоцитоз лимфомоноцитарного характера, более 10% атипичных мононуклеаров.

1. Полупостельный режим на весь период лихорадки.

Обильное питьѐ, 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 131 [K002429]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Мальчик 9 лет заболел остро, с повышения температуры тела до 39°С, появилась боль в горле при глотании.

Из анамнеза жизни известно, что мальчик привит двукратно против дифтерии АДС-М Анатоксином в возрасте до 1 года. В последующем имел отвод в связи с тем, что был диагностирован эписиндром.

На 2 день болезни состояние тяжёлое, вялый, бледный, адинамичный. Голос сдавленный. Изо рта приторно-сладковатый запах. Кожные покровы чистые. Отмечается отёк клетчатки шеи до середины шеи. Мягкие ткани ротоглотки резко отёчны, миндалины смыкаются по средней линии, отёк распространяется на дужки и мягкое нёбо. На миндалинах с обеих сторон сероватые, плотные налёты, распространяющиеся на нёбо и заднюю стенку глотки. При попытке снять снимаются с трудом, оставляя кровоточащие поверхности. Тоны сердца приглушены. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не пальпируются.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования, подтверждающий этиологию заболевания.
4. Назначьте лечение.
5. Укажите меры профилактики инфекции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 131 [K002429]

1. Дифтерия ротоглотки, типичная, токсическая 1 степени, тяжѐлая форма.
2. Диагноз поставлен на основании данных клинического осмотра: сдавленного голоса, распространѐнного отѐка в ротоглотке, наличия плотных распространѐнных на нѐбо и заднюю стенку глотки налѐтов, плохо снимающихся и оставляющих кровоточащую поверхность, что является типичным признаком дифтерии: фибринозная плѐнка + ткань. Плотность налѐтов в ротоглотке обусловлена действием экзотоксина дифтерийной палочки, приведшего к выпадению нитей фибрина (фибринозный характер плѐнки).

Тяжѐлое общее состояние, интоксикация, приторно-сладковатого запаха изо рта, типичны для токсической дифтерии ротоглотки, отѐк подкожной клетчатки шеи до середины шеи говорит о 1 степени токсической дифтерии ротоглотки.

Анамнез подтверждает отсутствие у ребѐнка вакцинальных антител, так как ребѐнок 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 ребѐнку не проводились из-за мед. отвода, что не позволило сформироваться достаточному иммунному ответу.

Говорить о гладком или негладком течении ещѐ рано, так как осложнения могут развиться в конце первой недели болезни или в поздние сроки: 20-30 дней.

Для токсической дифтерии типично осложнѐнное течение.

1. 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 ВL; 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.
2. 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 плѐнок с миндалин.

Антибактериальная терапия: цефалопорины 3 поколения курсом 7-10 дней.

Стабилизация гемодинамики и детоксикация. Инфузионная терапия в объѐме, не превышающем физиологическую потребность в жидкости или 2/3 объѐма (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.

1. Специфическая профилактика: вакцинация от дифтерии проводится в плановом порядке АКДС вакциной согласно национальному календарю профилактических прививок начиная с трѐхмесячного 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 BL. Допуск переболевших в коллектив при клиническом выздоровлении и 2 отрицательных результатах бак. обследования.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 132 [K002430]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Мальчик 8 лет заболел остро с повышения температуры тела до 37,5°C. На следующий день мать заметила сыпь на лице, туловище, конечностях, появившуюся одномоментно.

При осмотре температура тела 37,8°C, увеличение и болезненность затылочных, шейных, подмышечных лимфоузлов. Сыпь розовая, мелкая пятнистая на всём теле, кроме ладоней и стоп, с преимущественным расположением на разгибательных поверхностях конечностей, без склонности к слиянию. При осмотре ротоглотки выявлялась энантема в виде красных пятен на нёбе и нёбных дужках. Отмечались также умеренная гиперемия конъюнктив и редкий кашель. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены.Стул и мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования, подтверждающий этиологию заболевания.
4. Какие осложнения возможны при этом заболевании?
5. Назовите меры специфической профилактики инфекции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 132 [K002430]

1. Краснуха приобретѐнная, типичная, лѐгкая, гладкое течение.
2. Диагноз краснухи поставлен на основании острого начала заболевания с подъѐма температуры до субфебрильных цифр, лѐгких 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 лѐгкую форму инфекции. Отсутствие осложнений – за гладкое течение.

1. Вирусологические исследование крови, носоглоточных смывов, кала, мочи на наличие вируса краснухи.

ПЦР различных сред с дальнейшим уточнением генотипа возбудителя молекулярно-биологическим методом.

Серологические методы: РН, РСК, РТГА с определением нарастания уровня специфических антител в динамике, диагностическое значение имеет нарастание титра специфических антител в крови больного через 2-3 недели в 4 и более раз.

ИФА с определением специфических краснушных антител: наличие антител класса IgM. Забор крови для исследований серологического исследования осуществляется на 4 - 5 день с момента появления сыпи. При хронической инфекции возможно обнаружение этих иммуноглобулинов в течение нескольких лет.

1. Краснуха протекает относительно легко и редко даѐт осложнѐнное течение. Возможны осложнения: артриты, тромбоцитопеническая пурпура, энцефалит, серозный менингит, менингоэнцефалит. Наиболее неблагоприятные последствия при врождѐнной краснухе, когда беременная женщина заболевает в период беременности: выкидыши, мѐртворождения, врождѐнные пороки развития.
2. 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 «ММR-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 133 [K002433]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Мальчик 11 лет заболел остро с повышения температуры тела до 38°С, появления припухлости в области околоушной железы справа, болей при жевании. Через 2 дня появилась припухлость и болезненность в области левой околоушной железы. Отмечается болезненность при надавливании на козелок, сосцевидный отросток и в области ретромандибулярной ямки. Симптом Мурсона положительный. Динамика заболевания: на 5 день болезни стал жаловаться на боли в яичке и правом паху, боли усиливались при ходьбе.

При осмотре состояние средней тяжести, температура тела – 38°С. Обе околоушные железы увеличены в размере, тестоватой консистенции, кожа над ними не изменена. Правое яичко увеличено в размере в 2 раза, плотное, болезненное, кожа над ним гиперемирована. Тоны сердца звучные, ритмичные, тахикардия. В лёгких хрипы не улавливаются. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Менингеальные знаки отрицательные.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие ещё формы заболевания Вы знаете?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Назовите меры специфической профилактики инфекции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 133 [K002433]

1. Эпидемический паротит, типичная комбинированная железистая форма: двухсторонний 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 желѐз, 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 среднетяжѐлую инфекцию.

Отсутствие осложнений – за гладкое течение.

1. Возможно поражение железистых органов: субмандибулит, сублингвит, панкреатит, мастит, тиреоидит, дакриоаденит, а также нервной системы: серозный менингит.
2. 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 слюннокаменой болезни.

1. 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 «ММR-II», «Приорикс». Прививки в очагах эпидемического паротита проводятся по эпидемическим показаниям ранее непривитым или привитым не полностью не позднее 72 часов с момента выявления больного.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 134 [K002434]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Мать девочки 4 лет жалуется на повышение температуры до 37,6°C, появление сыпи у ребёнка.

Из анамнеза известно, что девочка заболела 2 дня назад: появилась субфебрильная температура, недомогание. К вечеру мать заметила появление на коже мелких розоватых пятнышек, которые затем превратились в пузырьки с прозрачным содержимым.

Перенесённые заболевания: ОРВИ, кишечная инфекция в возрасте 1 года.

Эпидемиологический анамнез: была в контакте с бабушкой, у которой 2 недели назад были везикулезные элементы в области грудной клетки, сопровождавшиеся болью.

При осмотре состояние средней степени тяжести, самочувствие не страдает, активная. Кожные покровы физиологической окраски, на коже спины, груди, живота, волосистой части головы необильные везикулёзные элементы, диаметром 2-4 мм с прозрачным содержимым, кроме этого есть элементы папулёзного характера, единичные корочки. Слизистые розовые. На мягком небе единичные везикулы. Миндалины не увеличены, налётов нет. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, громкие, ЧСС – 92 в минуту. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1,5 см, селезёнка не пальпируется. Стул и мочеиспускание без особенностей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Обоснуйте необходимость дополнительного обследования для данного пациента.
4. Укажите средства этиотропной терапии и показания к их применению, а также показания для назначения антибиотиков в данном случае.
5. Укажите общие подходы к профилактике этого заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 134 [K002434]

1. Ветряная оспа, типичная, лѐгкая форма.
2. Диагноз поставлен на основании:

жалоб на повышение температуры до 37,6°С, появление сыпи везикулярного характера;

анамнеза заболевания: ребѐнок 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 везикулѐзные элементы с прозрачным содержимым, единичные корочки и папулы, везикулы на мягком нѐбе.

Вышеперечисленное отражает типичность.

При лѐгкой форме критериями оценки тяжести являются лихорадка не выше 38,5°С в течение 2-3 суток, симптомы интоксикации выражены незначительно, высыпания необильные.

1. Диагностика ветряной оспы осуществляется путѐм сбора анамнеза, клинического осмотра.

При типичном течении для регистрации заболевания ветряной оспы лабораторного подтверждения диагноза не требуется.

1. Методами медикаментозного лечения являются: средства этиотропной терапии, средства симптоматической терапии, средства иммунотерапии и иммунокоррекции.

Средства этиотропной терапии:

1. нуклеозиды: Ацикловир – показания: тяжѐлые 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.

1. Изоляция больного в домашних условиях (лѐгкая форма заболевания) до 5 суток с момента появления последнего элемента везикулѐзной 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 контактным детям группы риска (с заболеваниями крови, различными иммунодефицитными состояниями, а также контактным беременным, не болевшим ветряной оспой (опоясывающим герпесом)).

С целью активной специфической профилактики используют живую аттенуированную вакцину (Варилрикс).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 135 [K002435]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

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

Профилактические прививки по календарю.

Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными отрицают. При осмотре состояние средней степени тяжести, самочувствие страдает, вялая.

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

Результаты анализа крови: лейкоциты – 14,5×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 9%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 19%, моноциты

– 8%, СОЭ – 17 мм/ч.

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 135 [K002435]

1. Скарлатина, типичная, средней степени тяжести, гладкое течение.
2. Диагноз «скарлатина» поставлен на основании типичной клинической картины: острое начало с инфекционным синдромом, одномоментное появление мелкоточечной сыпи на гиперемированном фоне с бледным носогубным треугольником, еѐ 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 отдаѐтся препаратам пенициллинового ряда. Курсовая доза составляет 10 дней.
5. Реконвалесцентов скарлатины не допускают в детские дошкольные учреждения и первые два класса школы в течение 12 суток после окончания антибактериальной терапии (общий срок изоляции 22 дня).

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 136 [K002436]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Девочка 11 лет заболела остро 2 дня назад, когда появились рвота, боли в животе, поднялась температура тела до 39°С. На машине скорой медицинской помощи доставлена в детское хирургическое отделение, где диагноз аппендицита был исключён. От госпитализации в инфекционное отделение родители отказались. На 2 сутки появились жидкий стул с примесью слизи до 5 раз в сутки, рвота 1-2 раза в день, головная боль, высыпания на коже, боли в коленных суставах, сохранялась боль в животе.

Эпидемиологический анамнез: за неделю до заболевания была в гостях, ела разнообразные салаты, в том числе из сырой моркови и капусты. Дома все здоровы, в школе карантина нет.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, над суставами необильная, бледно-розовая, пятнистая сыпь. Визуально костно-мышечная система не изменена, объём движений в суставах, в том числе в коленных,в полном объёме, безболезненный. Лимфоузлы передне- и заднешейные, подмышечные увеличены до 1,0 см, безболезненные при пальпации. В зеве – миндалины увеличены до II степени, гиперемия нёбных дужек, миндалин, задней стенки глотки. В лёгких везикулярное дыхание, ЧДД – 20 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 116 в минуту. Живот обычной формы, мягкий, пальпируется урчащая и болезненная слепая кишка. Печень +1,5 см, безболезненная при пальпации. Стул жидкий, с примесью слизи. Диурез не изменен.

Согласно заключения из хирургического стационара.

Анализ крови: эритроциты – 4,1×1012/л, гемоглобин – 122 г/л, лейкоциты – 14,2×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 6%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, эозинофилы – 6%, лимфоциты – 10%, моноциты – 10%, СОЭ – 22 мм/ч.

УЗИ органов брюшной полости: увеличение мезентериальных лимфатических

узлов.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику иерсиниозов?
5. Обоснуйте цель этиотропной терапии и её продолжительность, назовите стартовые антимикробные средства.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 136 [K002436]

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
4. провести в динамике заболевания в парных сыворотках.
5. В первую очередь необходимо проводить с ОКИ бактериальной и вирусной этиологии (сальмонеллѐзом, шигеллѐзом, эшерихиозами, кампилобактериозом, вирусными гастроэнтеритами). Клиническая дифференциальная диагностика иерсиниоза и псевдотуберкулѐза только на основании клинических данных практически невозможна. А также с заболеваниями, протекающими с экзантемами, в том числе с «детскими инфекциями».
6. 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 137 [K002437]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

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

Эпидемиологический анамнез: старший брат 5 лет переносит ОРВИ, лечится на

дому.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Температура тела - 38,6ºС.

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

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 137 [K002437]

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.

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

Серологическая диагностика методом ИФА.

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.

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

1. При дифтерии глаза в отличие от аденовирусной инфекции, протекающей с плѐнчатым конъюнктивитом, отсутствует катаральный синдром, конъюнктива умеренно гиперемирована, отделяемое из глаза сукровичное. Плѐнка фибринозная, не снимается, переходит на глазное яблоко, отѐк век плотный, нарастает параллельно с воспалительными изменениями конъюнктивы. Может распространяться на периорбитальную область и щѐки.
2. Домашний режим, полноценная диета по возрасту с исключением молочных продуктов, обильное, дробное питьѐ.

Медикаментозное лечение:

Этиотропное лечение – препараты интерферона, индукторы интерферона.

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

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

Орошение зева растворами антисептиков.

Антибактериальная терапия в случае развития бактериальных осложнений. Консультация врача-офтальмолога.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 138 [K002440]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

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

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

Эпидемиологический анамнез: старший брат 8 лет кашляет в течение длительного времени.

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

Анализ крови: гемоглобин – 124 г/л, лейкоциты – 27×109/л, сегментоядерные нейтрофилы – 19%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 73%, моноциты – 5%, СОЭ – 3 мм/час.

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 138 [K002440]

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 лѐгкими), лабораторных методов (лейкоцитоз, лимфоцитоз, нормальная СОЭ).

Среднетяжѐлая форма характеризуется возникновением судорожного кашля до 15- 20 раз в сутки, в конце приступа наблюдается отхождение вязкой слизи, вне приступа кашля отмечается одутловатость лица, отѐчность век, выраженные изменения в гемограмме, лейкоцитоз 27×109/л.

1. 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.
2. 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.
3. 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 непривитые, так и привитые дети). Всем контактным детям рекомендуется приѐм 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 139 [K002442]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Мальчик 4 лет болен второй день. Заболел остро с повышения температуры, снижения аппетита, боли при жевании, слабости. В первый день заболевания появилась припухлость и болезненность в околоушной области слева, а на следующий день и справа. Температура поднялась до 37,8ºС.

Вакцинация: БЦЖ в роддоме, в дальнейшем родители отказывались от проведения прививок. Перенесённые заболевания: ОРЗ 3 раза в год.

Эпидемиологический анамнез: детский сад посещает.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Мальчик правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы физиологической окраски, чистые. В околоушной области с обеих сторон отмечается припухлость, пальпируется увеличенная до 2,5 см околоушная слюнная железа тестоватой консистенции. Кожа над припухлостью физиологической окраски, напряжена, подкожная клетчатка отёчная. Губы сухие. Дыхание везикулярное, ЧДД – 26 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС – 102 в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, паренхиматозные органы не увеличены. Стул и диурез без особенностей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите методы медикаментозного лечения детей с данной инфекцией. Укажите средства этиотропной терапии и показания к применению.
5. Назовите план противоэпидемических мероприятий.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 139 [K002442]

1. Эпидемический паротит, типичная форма, лѐгкой 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 лѐгкой форме заболевания свидетельствует незначительная выраженность интоксикации, субфебрильная лихорадка, умеренная выраженность местных изменений и отсутствие поражения центральной нервной системы и осложнений.

1. 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). Ребѐнок не вакцинирован, отсутствует наличие чѐткого контакта с больным, что требует обязательного проведения ИФА-диагностики (выявление Ig М) и ПЦР (выявление РНК).
2. 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 тяжѐлой степени тяжести, протекающей с осложнениями;
2. другие иммуностимуляторы:
   * Тилорон (Амиксин) – показания: при средней и тяжѐлой степени тяжести, протекающей с осложнениями (противопоказан детям до 7 лет),
   * Анаферон детский – показания: клинические проявления эпидемического паротита (противопоказан детям до 1 месяца).

Учитывая лѐгкую форму заболевания у пациента 2 лет 1 месяца, с этиотропной целью ребѐнку показан Анаферон.

1. 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, непривитым, не имеющим сведений о прививках против эпидпаротита, а также привитым против эпидпаротита однократно.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 140 [K002443]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Мальчик 4,5 лет заболел остро: температура - 38,5°С, кашель, насморк, конъюнктивит. В последующие дни катаральные явления усилились, появилась светобоязнь, температура в пределах 38-38,5°С. На слизистой оболочке внутренней поверхности щёк, в области малых коренных зубов мать заметила мелкие пятнышки серовато-белого цвета. На 4 день болезни отмечался новый подъём температуры до 39°С, появилась розовая сыпь на лице, за ушами, затем сыпь распространилась на туловище. Ребёнок стал вялым, отказывался от еды. Обратились к врачу-педиатру участковому.

Эпидемиологический анамнез: ребёнок посещает детский сад, не привит в связи с отказом родителей.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, температура – 38,8°С, сонлив. Лицо бледное, одутловатое, веки отёчные, склерит, конъюнктивит, светобоязнь, слезотечение, слизистые выделения из носа. На коже лица, туловища обильная розовая пятнисто-папулёзная сыпь, местами сливная. Кашель влажный, частота дыхания – 26 в минуту. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Зев диффузно гиперемирован, слизистая разрыхлена. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Стул оформленный. Мочеиспускание в норме.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования для верификации данного заболевания.
4. Составьте план лечения данного больного.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 140 [K002443]

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).

1. 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.

1. Постельный режим на период лихорадки.

Полноценное питание по возрасту. Обильное, дробное питьѐ.

Симптоматическая терапия: жаропонижающие препараты при температуре выше 38,5°С, отхаркивающие препараты в возрастных дозировках.

1. 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, непривитым, 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 141 [K002447]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

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

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

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

Врач-педиатр участковый осмотрел ребёнка через час. К этому времени у мальчика поднялась температура тела до 37,2°С, но он ни на что не жаловался, был активен, играл, съел всё за обедом. Состояние было расценено как удовлетворительное. Ярко-розовая сыпь распространилась и на нижние конечности. Элементы сыпи были пятнисто- папулёзными, размером до 0,5 см, не сливались, кожа без сыпи была обычной окраски. Особенно много элементов обнаруживалось на разгибательных поверхностях рук, ног, на ягодицах. Отмечалась небольшая заложенность носа и незначительное покраснение глаз. Врач пропальпировал задне-шейные и затылочные лимфатические узлы, эластичные, не спаянные с кожей, размером от 0,5 до 1,0 см. Дыхание в лёгких было везикулярным, ЧДД

- 24 в минуту, тоны сердца ясные, ЧСС - 100 в минуту. При осмотре зева выявлялась умеренная гиперемия, зернистость задней стенки глотки, на мягком нёбе обнаруживалась энантема. Живот был мягким, печень и селезёнка не пальпировались, стул был утром, оформленный, мочился.

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 141 [K002447]

1. Краснуха типичная, лѐгкая форма.
2. Диагноз сформулирован на основании розеолезной сыпи, одномоментного еѐ 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 лѐгкой формы: субфебрильная температура тела, самочувствие ребѐнка 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 ребѐнка дома на 7 дней.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 142 [K002454]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Во время новогодних праздников к дежурному врачу-педиатру обратились родители девочки 5 лет с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, жидкий стул и позывы к акту дефекации.

Анамнез жизни: девочка изредка болеет простудными заболеваниями, привита по возрасту. На диспансерном учёте не состоит.

Эпидемиологический анамнез: врач выяснил, что накануне девочка вместе с родителями ела салат, купленный в супермаркете. У обоих родителей ночью был жидкий стул.

Осмотр: состояние ребёнка средней тяжести. Температура тела - 38,1°С. Кожа чистая, влажная. Слизистая ротовой полости влажная, зев спокойный. Язык обложен желтоватым налётом. Патологии со стороны лёгких и сердечно-сосудистой системы не выявлено. Живот втянут, сигмовидная кишка пальпируется в виде плотного тяжа, болезненная. Стул скудный, со слизью и зеленью, за прошедшее время был 5 раз.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте свой диагноз, укажите критерии тяжести.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте и обоснуйте план лечения у данного пациента.
5. Какие санитарно-эпидемиологические мероприятия должен осуществить врач- педиатр участковый?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 142 [K002454]

1. Острая кишечная инфекция (Шигеллѐз?), лѐгкой 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.

1. Лечение амбулаторное. Диета: механически обработанная пища с исключением фруктов, овощей, острого, жирного, жаренного и экстрактивных веществ. Обильное дробное питьѐ.

Энтеросорбенты, Пробиотики.

Препараты нитрофуранового ряда на 5-7 дней. Ферментные препараты и спазмолитики по показаниям.

1. 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 (рѐбенка с дисфункцией кишечника необходимо изолировать и провести бактериологическое исследование кала).

В очаге проводят текущую дезинфекцию.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 143 [K002455]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Ребёнок 6 лет заболел остро. Вечером после возвращения из детского сада пожаловался на боли в горле, головную боль. Температура тела - 38,6°С. На фоне приёма суспензии Панадола температура тела снизилась до 37,5°С. На следующий день температура тела оставалась повышенной в пределах 38,0-38,5°С, сохранялись боли в горле, отмечалась однократная рвота, родители заметили сыпь. Вызван врач-педиатр участковый.

Анамнез жизни не отягощён. Вакцинация проведена в соответствии с Национальным календарём.

Эпидемиологический анамнез: старший брат проходит лечение по поводу ангины.

Осмотр: состояние ребёнка средней тяжести. Беспокоен, капризен, жалуется на боли в горле с обеих сторон. На коже лица, туловища, конечностей обильная мелкоточечная сыпь на гиперемированном фоне кожи со сгущением в естественных складках, элементы не сливаются между собой. Носогубный треугольник бледен, свободен от сыпи. Кожа сухая, отмечается белый дермографизм. Увеличены подчелюстные лимфоузлы. Носовое дыхание свободное, выделений из носа нет. В зеве яркая отграниченная гиперемия слизистой дужек, миндалин. Миндалины гипертрофированы до II степени, в лакунах наложения желтоватые. Температура тела - 38,4°С. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 100 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык обложен белым налётом. Живот доступен пальпации, мягкий, безболезненный, печень не увеличена, селезёнка не пальпируется. Стул оформленный, без примесей, мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Какое лечение нужно назначить данному пациенту в амбулаторных условиях?
5. Перечислите противоэпидемические мероприятия в группе детского сада.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 143 [K002455]

1. Скарлатина, типичная, среднетяжѐлая 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.

1. Постельный режим на период лихорадки. Обильное питьѐ. 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 подъѐме температуры тела выше 38,5°С.

1. 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 переболевшим после 22 дня от начала болезни.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 144 [K002457]

Инструкция Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть

Девочка 5 лет заболела остро, после возвращения из детского сада. Родители отметили вялость, недомогание, снижение аппетита. Поднялась температура тела до 38,0°С. На фоне приёма жаропонижающего препарата температура снизилась до нормальных цифр. Вечером, укладывая ребёнка спать, мать отметила появление сыпи на волосистой части головы, лице. На следующий день ребёнок оставлен дома, сохранялись вялость, снижение аппетита, утром вновь отмечен подъём температуры тела до 38,2°С. Увеличилось количество элементов сыпи. Приглашен врач-педиатр участковый.

Анамнез жизни ребёнка не отягощён. Вакцинация проведена в соответствии с Национальным календарём.

Эпидемиологический анамнез: две недели назад ребёнок гостил у бабушки, у которой отмечались везикулёзные высыпания в межребериях, по ходу рёбер, резко болезненные.

Осмотр: состояние ребёнка средней тяжести. Девочка вялая, капризная, жалуется на кожный зуд. На коже волосистой части головы, лица, туловища, конечностей сыпь в виде пятен, папул, везикул диаметром до 5 мм. Везикулы однокамерные, с прозрачным содержимым и венчиком гиперемии. Единичные везикулы имеются на слизистой полости рта, половых органов. Других изменений по органам и системам нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Определите клинические показания к госпитализации.
4. Какое лечение нужно назначить данному пациенту в амбулаторных условиях?
5. Перечислите противоэпидемические мероприятия в группе детского сада.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 144 [K002457]

1. Ветряная оспа, типичная, среднетяжѐлая 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 подъѐмом температуры тела). Средняя степень тяжести: лихорадка до 39 °С, элементы сыпи на слизистых оболочках.

1. Закрытые детские учреждения, неблагоприятная эпидемиологическая обстановка.

Тяжѐлая форма ветряной оспы.

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

1. Полупостельный режим на период лихорадки. Обильное питьѐ. Гигиенические ванны со слаборозовым 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».

1. 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 145 [K002458]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Ребёнок 6 лет заболел неделю назад с повышения температуры тела до 38,3°С,

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

Посещает детский сад с 3 лет. Профилактические прививки по возрасту.

Перенесённые заболевания: ОРЗ 5-6 раз в год.

Осмотр: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы чистые бледные. Зев гиперемирован, миндалины до III степени, налёт бело-жёлтого цвета, рыхлый, снимается легко. Язык влажный, у корня обложен белым налётом. «Храпящее» носовое дыхание, голос гнусавый. Лимфатические узлы: до 2-3 см переднешейные, подчелюстные, заднешейные, паховые, множественные , эластичные, безболезненные. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧД - 25 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - до 120 ударов в минуту. Живот мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 3 см, селезёнка +1 см. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул и диурез в норме. Менингеальные симптомы отрицательные.

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 145 [K002458]

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.

1. Лечение амбулаторное.

Обильное питьѐ, 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).

1. Аденовирусная инфекция. Гепатиты вирусной этиологии. Стрептококковая ангина.

ВИЧ-инфекция.

Лимфома.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 146 [K002514]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Пациент - мальчик 2,5 лет. Первое обращение к врачу-педиатру участковому с жалобами на сухой кашель около 1 недели назад, при удовлетворительном самочувствии ребёнка, назначена симптоматическая терапия. Кашель усилился на 2 недели от своего начала, представляет следующие друг за другом дыхательные толчки на выдохе, прерываемые свистящим судорожным вдохом – репризом. Заканчивается приступ отхождением густой, вязкой, стекловидной слизи, мокроты. Приступы кашля преимущественно в ночное время. За последние сутки 12 приступов кашля, 4-5 реприз в одном приступе. Лицо ребёнка во время приступа кашля краснеет, затем синеет, набухают подкожные вены шеи, лица, головы; отмечается слезотечение. Язык высовывается из ротовой полости, кончик его поднимается кверху. Вне приступа кашля отмечается небольшая пастозность лица, бледность кожи, периоральный цианоз.

При перкуссии лёгких определяется коробочный оттенок. Аускультативно над всей поверхностью лёгких выслушиваются непостоянные сухие проводные хрипы.

Вопросы:

1. Каков предварительный клинический диагноз?
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Назовите критерии оценки степени тяжести заболевания.
4. Какие методы лабораторной диагностики необходимо использовать для подтверждения диагноза?
5. Необходимы ли карантинные мероприятия при данном заболевании?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 146 [K002514]

1. Коклюш, типичный, период спазматического кашля, лѐгкая 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. Частота приступов спазматического кашля за сутки.

Число репризов в течение одного приступа кашля. Апное во время приступа кашля.

1. Клинический анализ крови (гиперлейкоцитоз, лимфоцитоз, низкая СОЭ).

Выделение из слизи ротоглотки B.pertussis культуральным методом или еѐ ДНК методом ПЦР.

Обнаружение IgM антител и повышение IgG.

Определение нарастания титра противококлюшных антител в парных сыворотках в реакциях агглютинации (РА, РПГА, РСК).

Положительный результат экспресс-диагностики в мазках слизи из ротоглотки (иммунофлюоресцентный метод).

1. 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 непривитые, 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 приѐм 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 участковым.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 147 [K002515]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Девочка 7 лет с выраженным катаральным синдром: обильные выделения слизистого характера из носа; гиперемирована, разрыхлена слизистая оболочка ротовой полости; сухой, грубый, навязчивый, иногда лающий кашель, осиплый голос; на слизистой мягкого и твёрдого нёба энантема – небольшие розовато-красного цвета, неправильной формы пятна размером 3-5 мм, на слизистой оболочке щёк против малых коренных зубов, на слизистой губ, дёсен - пятна 1-2 мм, серовато-белые; конъюнктивит, веки отёчны, светобоязнь, склерит.

Гипертермия: 38,6-39,5°С все дни. Сыпь появилась на лице спустя 4 дня от начала заболевания, распространилась на лицо, шею, верхнюю часть груди, плеч. На следующий день она целиком покрывала туловище и распространилась на проксимальные отделы рук. На 3 день высыпаний – на дистальные отделы верхних и нижних конечностей. Сыпь пятнисто-папулёзного характера, розового цвета, некоторые элементы сливаются, неправильной формы, на неизменённом фоне кожи.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз и его обоснование.
2. Назовите основной клинический симптом для постановки диагноза в данном случае.
3. Назовите возможные осложнения при данном заболевании.
4. Следует ли проводить антибиотикотерапию при данном заболевании?
5. Назовите мероприятия по профилактике данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 147 [K002515]

1. Корь, типичная, период высыпаний, среднетяжѐлая форма. При обосновании диагноза следует указать данные:

типичная клиническая картина для кори (выраженный интоксикационный синдром, пятна Филатова–Коплика до высыпаний, энантема, наличие сыпи, еѐ 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.

1. Патологические изменения слизистой оболочки губ, дѐсен, щѐк представляют собой участки некроза эпителия с последующим слущиванием (пятна Бельского– Филатова–Коплика).
2. Осложнения при кори могут сформироваться на любом этапе инфекции.

Чаще всего осложнения со стороны органов дыхания: ларингит, ларинготрахеобронхит, пневмония.

Отит.

Кератит, кератоконъюнктивит.

Энцефалит, менингоэнцефалит, менингит, энцефаломиелит.

1. Антибиотики при неосложнѐнной кори применять не рекомендуется. Применение антибиотиков с целью профилактики возможных осложнений не обосновано.

Для лечения осложнений, обусловленных присоединением вторичной флоры, следует назначать антибиотики.

1. 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 учѐта (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 учѐтные 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 148 [K002520]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Ребёнок 10 месяцев болен в течение 10 дней.

Эпидемиологический анамнез: контакт с братом, больным ОРВИ (кашель).

В 1 сутки отмечался подъём температуры до 37,2°С , затем температура не повышалась. С первого дня заболевания беспокоил сухой кашель. Лечились самостоятельно (таблетки от кашля, тёплое питье), не смотря на лечение, кашель стал чаще. На 5 день болезни вызван врач-педиатр участковый, который заподозрил острый бронхит (был назначен Бромгексин, Азитромицин). Самочувствие ребёнка не страдало, аппетит сохранён. Несмотря на проводимую терапию, состояние ухудшилось, на 7 день болезни кашель приобрел приступообразный характер. Во время кашля ребёнок краснел, высовывал язык, приступ заканчивался отхождением вязкой мокроты. В сутки отмечено около 10 таких приступов, 2 раза после кашля отмечалась рвота. За последние 3 дня приступы участились до 18 в сутки.

При осмотре лицо ребёнка одутловатое. Слизистые полости рта – розовые, чистые. Носовое дыхание свободное. ЧД - 30 в минуту, ЧСС - 116 в минуту. При аускультации дыхание жёсткое, выслушиваются сухие рассеянные хрипы в лёгких. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены.

Общий анализ крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты - 4,0×1012/л, лейкоциты - 18,0×109/л; палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 14%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 73%, моноциты - 6%; СОЭ - 3 мм/час.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назовите методы верификации этиологического фактора заболевания.
4. Составьте план лечения.
5. Назовите методы профилактики заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 148 [K002520]

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.

1. Бактериологическое исследование смывов из ротоглотки на выделение B.pertusis.

Серологический метод - определение IgM и IgG антител B.pertusis.

1. Госпитализация, учитывая ранний возраст.

Охранительный режим с уменьшением отрицательных нагрузок, прогулки на свежем воздухе.

Диета в соответствии с возрастом, дробное кормление.

Этиотропная терапият– антибиотик из группы макролидов, учитывая чувствительность возбудителя; предпочтение отдаѐтся пероральным средствам.

При приступе – увлажнѐнный кислород. Противокашлевое средство центрального действия. При апное – кортикостероиды.

1. 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 149 [K002521]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

У девочки 3 лет, посещающей детский сад, повысилась температура до 38,7°С, появилась боль в горле, однократная рвота. На второй день заболевания температура оставалась повышенной до 38,9°С, на теле появилась мелкоточечная сыпь.

Указаний на контакт с инфекционными больными дома и в детском саду нет.

При осмотре состояние средней степени тяжести, температура - 38,8°С. По всему телу и конечностям обильная мелкоточечная сыпь, отмечается сгущение сыпи в естественных складках, внизу живота и на боковых поверхностях туловища. Слизистая зева ярко отграничено гиперемирована, миндалины увеличены, налёты в лакунах бело- жёлтые, обильные. Лимфатические узлы подчелюстные единичные, размером от 0,7 до 1,0 см, эластичные, болезненные. ЧД - 22 в минуту, ЧСС - 110 в минуту. При аускультации дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены.

Общий анализ крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты - 4,0×1012/л, лейкоциты - 16,0×109/л; палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 65%, эозинофилы - 5%, лимфоциты - 27%, моноциты - 6%; СОЭ - 23 мм/час.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте лечение. Обоснуйте свой выбор.
5. Назовите методы профилактики заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 149 [K002521]

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 мелкоточѐчной сыпи, изменения в ОАК: лейкоцитоз, нейтрофиллѐз 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.

1. 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.
2. Госпитализация в стационар. Постельный режим на период лихорадки.Диета в соответствии с возрастом, механически и термически щадящая. Дезинтоксикационная терапия – обильное дробное питьѐ.

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

Антигистаминные препараты.

Обработка полости рта растворами антисептиков.

Парацетамол или Ибупрофен – жаропонижающие при повышении температуры.

1. Изоляция больного на 10 дней.

Допускается в ДДУ через 12 дней после выписки. Карантин на 7 дней.

Текущая дезинфекция в очаге.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 150 [K002525]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Ребёнок 6 лет после возвращения из детского сада пожаловался на недомогание, снижение аппетита. Вечером отмечался подъём температуры до 37,2°С, мать заметила на коже спины несколько пятен розового цвета. Утром температура была нормальной, и ребёнок пошел в детский сад. Когда ребёнка забирали из детского сада, обнаружили единичные пузырьки на коже лица и шеи, температура повысилась до 37,7°С.

При осмотре на 2 сутки заболевания кожные покровы бледно-розовые, на коже лица, туловища, рук, волосистой части головы отмечаются везикулы на неинфильтрированном основании, окружены венчиком гиперемии, размером 0,2-0,5 см, пятна и папулы. Содержимое везикул прозрачное. Жалуется на зуд. В полости рта слизистые розовые, чистые. Носовое дыхание свободное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие осложнения возможны при данном инфекционном заболевании?
4. Назначьте лечение. Обоснуйте свой выбор.
5. Назовите сроки изоляции больного с данной инфекцией. Куда госпитализируются такие больные в случае необходимости?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 150 [K002525]

1. Ветряная оспа, типичная, лѐгкой степени тяжести.
2. Диагноз «ветряная оспа, типичная». Поставлен на основании типичной клинической картины: острое начало заболевания с подъѐма 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. Лѐгкая степень на основании минимальных симптомов интоксикации (лихорадка до 38,5 °С), необильные высыпания, отсутствие высыпаний на слизистых оболочках.
3. Специфические осложнения, обусловленные непосредственным действием возбудителя: энцефалит, менингоэнцефалит, реже - миелиты.

В результате присоединения бактериальной инфекции (флегмона, абсцесс).

1. Лечение амбулаторно.

Режим постельный на период лихорадки. Диета в соответствии с возрастом.

Обильное дробное питьѐ. Этиотропная терапия – не показана.

Обработка элементов сыпи растворами анилиновых красителей.

Антигистаминные препараты при выраженном зуде.

Ежедневные гигиенические ванны со слабым раствором перманганата калия.

1. Срок изоляции — весь период высыпаний и 5 дней после последних высыпаний. Госпитализация в боксированное отделение, мельцеровский бокс.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 151 [K002526]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

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

При осмотре: вялый, температура - 37,6°С, отмечается увеличение околоушных слюнных желёз с обеих сторон. При пальпации отмечается умеренная болезненность, кожа не изменена, железы – тестоватой консистенции. Слизистая ротоглотки розовая, чистая. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ЧСС - 116 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Стул 1 раз в день, оформленный. Мочеиспускания не нарушены

Общий анализ крови: эритроциты – 4,5×1012/л, гемоглобин – 121 г/л, лейкоциты – 7,0×109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 46%, лимфоциты – 47%, моноциты – 6%, СОЭ – 7 мм/час.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие органы, кроме слюнных желёз, могут быть вовлечены в патологический процесс при данном заболевании?
4. Составьте план лечения данного больного.
5. Назовите меры профилактики данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 151 [K002526]

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 желѐз, усиливающиеся при жевании; данных анамнеза заболевания (острое начало, наличие симптомов интоксикации, повышение температуры, появление припухлости околоушных желѐз изменения в ОАК); данных объективного обследования: увеличение околоушных слюнных желѐз с двух сторон, тестоватая консистенция желѐз, умеренная болезненность при пальпации.
3. Поджелудочная железа (панкреатит). Половые железы (орхит, овариит). 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 питьѐ.

Обработка полости рта растворами антисептиков . Жаропонижающие при повышении температуры выше 38,5 °С. Сухое тепло на область слюнных желѐз.

1. Изоляция больного до исчезновения клинических проявлений (не более чем на 9

дней).

Среди контактных - разобщению подлежат дети до 10 лет, не болевшие

эпидемическим паротитом и не получившие активную иммунизацию - с 11 по 21 день.

Текущая дезинфекция.

Вакцинопрофилактика - в 12 месяцев с ревакцинацией в 6 лет не болевшие паротитом или по эпидпоказаниям.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 152 [K002527]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Ребёнок 5 лет. Аллергологический анамнез не отягощен. Прививки: до года однократно АКДС, в дальнейшем мать от вакцинации отказалась. Заболел 12 дней назад, когда у ребёнка появился сухой кашель. К врачу не обращались, лечили самостоятельно (таблетки от кашля, тёплое питьё), однако кашель стал чаще. Самочувствие ребёнка не страдало, аппетит сохранён. На 7 день болезни кашель приобрёл приступообразный характер с выделением в конце приступа густой, вязкой мокроты. Приступы кашля возникали у ребёнка 8-10 раз в сутки, включая ночное время. Во время кашля ребёнок краснел. За последние дни количество приступов кашля за сутки не изменилось.

При осмотре кожа розовая, чистая. Слизистые полости рта – розовые, чистые. Носовое дыхание свободное. ЧД - 24 в минуту, ЧСС - 110 в минуту. При аускультации дыхание жестковатое. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены.

Общий анализ крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты - 4,0×1012/л, лейкоциты - 16,0×109/л; палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 24%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 63%, моноциты - 6%; СОЭ - 3 мм/час.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите методы подтверждения диагноза.
4. Составьте план лечения.
5. Назовите меры профилактики данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 152 [K002527]

1. Коклюш, лѐгкая 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.

Лѐгкая форма - частота приступов кашля до 10-15 в сутки без нарушения самочувствия в межприступном периоде.

1. Бактериологическое исследование слизи из носоглотки на наличие возбудителя (Bordetella pertussis) – двукратно.

Серологическое обследование – исследование сыворотки крови методом ИФА на коклюш (антитела класса IgM, IgG).

1. 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.

1. Изоляция заболевших на 25 дней.

Контактные, в возрасте до 7 лет, не болевшие и непривитые, при отсутствии у них кашля - подлежат разобщению на 14 дней от момента последнего контакта с заболевшим.

Специфическая профилактика - вакцинация (трѐхкратная с интервалом 1,5 месяца и последующей ревакцинацией через 1-1,5 года после окончания вакцинации).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 153 [K002529]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Девочка 5 лет заболела с подъёма температуры тела до 38°С, кашля, насморка. Через три дня температура - 39,2°С, катаральные явления усилились. Беспокоил сухой кашель с болью за грудиной, сильный насморк, появились яркая гиперемия конъюнктив, светобоязнь, отёчность век. На 4 день болезни лихорадила 39,5°С, на лице за ушами появилась пятнисто-папулёзная сыпь, к вечеру сыпь распространилась на всё лицо. На следующий день мать заметила распространение сыпи на кожу туловища, затем – на конечностях. Сыпь яркая, с течением заболевания становится крупнее, местами сливается. Кожный зуд не беспокоит.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Опишите вероятные изменения на слизистой полости рта и ротоглотки на 1-2 день болезни у пациента.
4. Назовите возможные осложнения данного заболевания.
5. Назовите меры профилактики данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 153 [K002529]

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 нѐбе, 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.

1. Изоляция больного в мельцеровский бокс на весь катаральный период и до 5 дняс момента появления сыпи (при неосложнѐнном 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).

Экстренное извещение в Роспотребнадзор (эпидотдел).

Разобщение контактных на 21 день от момента выявления заболевшего. Вакцинопрофилактика - в 1 год и 6 лет ревакцинация. В данном случае -

экстренная ревакцинация контактных детей в группе детского сада по эпидпоказаниям.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 154 [K002530]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

У девочки 5 лет при осмотре на коже была обнаружена экзантема с преимущественной локализацией на разгибательных поверхностях конечностей, спине, а также на лице, груди, ягодицах, где высыпания были более скудные. Элементы сыпи размером до 5 мм, розового цвета, не возвышаются над уровнем кожи, не сливаются между собой.

При оценке объективного статуса врач-педиатр участковый отметила наличие мелкой розовой пятнисто-папуллёзной сыпи на лице, туловище, конечностях, на неизменённом фоне кожи. Увеличение затылочных и заднешейных лимфоузлов до 0,7-1,0 см, немного болезненных при пальпации. Слизистая ротоглотки слабо гиперемирована, на мягком нёбе несколько бледно-красных пятнышек. Слизистая щёк гладкая, блестящая. По внутренним органам патологии выявлено не было. Самочувствие ребёнка не страдало, хотя температура тела была 37,3°С.

Из перенесённых заболеваний отмечались ОРВИ 1 раз в год. Аллергологический анамнез не отягощён. Детскими инфекционными заболеваниями не болела, на диспансерном учёте не состоит. По религиозным взглядам семьи девочка не вакцинировалась, иммуноглобулин никогда не вводился. Контакты с инфекционными больными в окружении ребёнка отрицаются, в детском саду карантинов нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Перечислите вероятные изменения в анализе периферической крови у пациентки.
4. Укажите сроки плановой вакцинации детей данного инфекционного заболевания в соответствии с Национальным календарём профилактических прививок.
5. Назначьте лечение пациентки. Каков прогноз при этой болезни? Для какой категории населения это заболевание представляет наибольшую опасность и почему?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 154 [K002530]

1. Краснуха, типичная, лѐгкая форма.
2. Диагноз «краснуха, типичная, лѐгкой формы» установлен на основании отсутствия вакцинации против краснухи, субфебрильной температуры тела, удовлетворительного самочувствия, появления розовой пятнисто-папуллѐзной 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 заднешейных лимфоузлов.
3. Нормоцитоз или лейкопения при относительном лимфо-моноцитозе, плазмоцитоз.
4. Вакцинация – в возрасте 1 года, ревакцинация – в возрасте 6 лет.
5. Ребѐнок изолируется в домашних условиях, медикаментозного лечения не требуется.

Прогноз краснухи благоприятный. Осложнения (краснушный энцефалит) – редко.

Опасность заболевание представляет для беременных женщин, не имеющих антител против вируса краснухи из-за тератогенного воздействия вируса на плод.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 155 [K002537]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Ребёнок 1 года 6 месяцев (масса – 12 кг) заболел остро с повышения температуры тела до 38,8°С, насморка, малопродуктивного кашля. Родители лечили ребёнка самостоятельно (Бромгексин, Парацетамол, чай с мёдом, сок редьки). Ночью осиплый голос, «лающий кашель», в покое и при беспокойстве шумное дыхание.

При осмотре ребёнок беспокоится, плачет: температура тела – 38,9°С, ЧД – 32 в минуту, ЧСС – 120 в минуту; при дыхании удлинён вдох, дыхание с втяжением ярёмной ямки; кожа бледная, чистая; дыхание жёсткое, хрипов нет, тоны сердца ясные.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите методы исследования с целью верификации этиологического фактора заболевания.
4. Составьте план лечения.
5. Укажите возможные осложнения заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 155 [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. В качестве экспресс-диагностики применяют иммунофлюоресцентный метод исследования с меченными сыворотками против респираторных вирусов.

Серологические методы исследования (нарастание титра антител в парных сыворотках) в динамике заболевания.

1. Госпитализация в стационар. Постельный режим на период лихорадки.

Дезинтоксикационная терапия – обильное дробное тѐплое щелочное питьѐ. При пульсометрии меньше 92% – увлажнѐнный кислород.

Через небулайзерный ингалятор – ингаляционные кортикостероиды. Жаропонижающая терапия при температуре тела выше 38,5 °С.

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 156 [K002738]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

**Основная часть**

Мальчик 14 лет заболел остро с повышения температуры тела до 38,5°С, которая держалась 3 суток. Мать заметила сыпь на лице, туловище, конечностях.

При осмотре врачом-педиатром участковым на 2 день болезни: температура - 38,8°С, увеличение и болезненность затылочных, заднешейных, подмышечных лимфоузлов. Сыпь розовая, мелкая, пятнистая, обильная на всём теле, кроме ладоней и стоп, с преимущественным расположением на разгибательных поверхностях конечностей без склонности к слиянию. При осмотре ротоглотки: энантема в виде красных пятен на нёбе и нёбных дужках. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца чистые, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см, селезёнка +1 см из-под краёв рёберных дуг.

Привит против кори, краснухи и паротита в возрасте 1 года. Контакт не известен. Общий анализ крови: гемоглобин - 135 г/л, эритромицин - 4,1×1012/л, лейкоциты -

6,3×109/л, эозинофилы - 5%, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 30%, лимфоциты - 53%, моноциты - 3%, плазматических клеток - 8%. СОЭ - 12 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 156 [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.

1. Дифференциальный диагноз:

с корью (этапность периодов болезни, этапность высыпаний; выраженность катарального синдрома и еще более значимая интоксикация; в ОАК плазмоциты отсутствуют);

со скарлатиной - мелкоточечная сыпь на гиперемированном фоне со сгущением в естественных складках кожи, острый тонзиллит, отграниченная гиперемия в зеве, в ОАК - лейкоцитоз, нейтрофиллѐз.

1. 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.

1. 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 157 [K002765]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Ребёнок 1,5 лет заболел остро, когда повысилась температура тела до 37,8°С, появилось обильное серозное отделяемое из носа. На следующий день присоединился кашель, к вечеру появилась осиплость голоса, кашель стал грубым, «лающим». Ночью состояние ребёнка ухудшилось: кашель участился, голос осипший, появилось шумное дыхание. Утром обратились к врачу-педиатру участковому.

При осмотре: ребёнок беспокоен, шумное дыхание с участием вспомогательной мускулатуры (раздувание крыльев носа, втяжение уступчивых мест грудной клетки на вдохе). Температура тела - 37,3°С. Голос осипший. Беспокоит частый, грубый, «лающий» кашель. Кожные покровы бледные, чистые, умеренный цианоз носогубного треугольника. Слизистая нёбных дужек, задней стенки глотки гиперемирована, отёчная. Из носа обильное серозно-слизистое отделяемое. Перкуторно над лёгкими лёгочный звук, дыхание жёсткое, хрипов нет, ЧД - 32 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС - 130 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезёнка не увеличены. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать поставленный Вами диагноз?
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Составьте план неотложной помощи на догоспитальном этапе.
5. Составьте план лечения пациента с данной патологией.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 157 [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).

1. Вызвать бригаду СМП для госпитализации ребѐнка. 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 ребѐнку и прополоскать рот.

1. Щадящий голосовой режим. Обильное, дробное, тѐплое питье.

Термически, химически, механически щадящая пища.

При сохраняющихся признаках стеноза гортани повторные ингаляции глюкокортикостероидов через небулайзер.

Антибактериальная терапия не эффективна и не показана.

Симптоматическая терапия (деконгестанты в нос, орошение зева растворами антисептиков).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 160 [K002768]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

К врачу-педиатру участковому обратилась мать с ребёнком 12 лет с жалобами на приступы чихания, сопровождающиеся заложенностью носа и обильными водянистыми выделениями из него.

Болеет 3 года, ранее обращалась к врачу, который рекомендовал капать в нос раствор Називина. После введения капель состояние улучшилось, однако затем без видимой причины вновь возникали приступы чихания, слезотечение, нарушение носового дыхания и жидкие бесцветные выделения из обеих половин носа. Обострения болезни нередко возникают при нахождении в одном помещении с домашними животными.

Объективно: носовое дыхание затруднено. 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, отёчность слизистой оболочки уменьшилась.

Ребёнку проведён общий анализ крови: эритроциты - 4,1×1012/л, гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - 6,2×109/л, эозинофилы - 10%, нейтрофилы - 60%, лимфоциты - 25%, моноциты - 5%, СОЭ - 11 мм/час.

Риноцитограмма: эозинофилы - 15%.

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 160 [K002768]

1. Аллергический ринит, интермиттирующая форма. Лѐгкая 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 сосудосуживающий 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.

1. Исключить контакт с животными. Интраназальные глюкокортикостероиды. Антигистаминные препараты 2 поколения.

Барьерная профилактика (Назаваль, Аквамарис сенс, Превалин).

1. Общий и специфический IgE. Кожные скарификационные пробы.

Консультация врача-аллерголога-иммунолога.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 161 [K002769]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть**

Девочка 14 лет жалуется на выраженную боль в горле, слабость, повышение температуры. Больна 3 день. Лечилась местными антисептическими средствами и жаропонижающими препаратами.

Кожные покровы бледные, чистые, обычной влажности, температура тела – 39,8°С. Гиперемия слизистой оболочки глотки. Миндалины покрыты белыми налётами, исходящими из лакун, не распространяющимися на нёбные дужки, легко снимаются шпателем. Определяется увеличение подчелюстных, верхних шейных лимфатических узлов.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,9×1012/л, гемоглобин - 112 г/л, лейкоциты - 15,0×109/л, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 61%, лимфоциты - 28%, моноциты - 10%, СОЭ - 24 мм/час.

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 161 [K002769]

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 налѐтами, не распространяющимися на нѐбные дужки, налѐты легко снимаются шпателем, регионарный лимфаденит).
4. Постельный режим на период лихорадки. Обильное, дробное, тѐплое питьѐ.

Механически, химически, термически щадящая диета.

Антибактериальная терапия (эмпирически препаратами выбора являются защищѐнные пенициллины) на 10 дней.

Антигистаминные препараты.

Местные антисептические/антибактериальные препараты (орошение зева). Жаропонижающие препараты при температуре выше 38,5 °С.

1. Мазок из зева ни носа на коринебактерии дифтерии.

Мазок из зева на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.

ОАК, ОАМ, контроль 2 раза в месяц ОАК, ОАМ в течение месяца, ЭКГ по показаниям.