

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)**

Клинический институт детского
здоровья имени Н.Ф.Филатова
Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней

Методические материалы по дисциплине:

Инфекционные болезни у детей

основная профессиональная образовательная программа высшего
образования - программа специалитета

по специальности: 31.05.02 – Педиатрия

Тестовые задания для прохождения промежуточной аттестации

№	ВОПРОС	ВЕРНЫЙ ОТВЕТ
1.	К ХАРАКТЕРИСТИКАМ СЫПИ ПРИ КОРИ ОТНОСЯТ А) сыпь пятнистая, папулезная, геморрагическая, «звездчатая», неправильной формы, с уплотнением (некрозом) в центре Б) сыпь мелкопятнистая, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей, спине, ягодицах В) полиморфная сыпь, характерны симптомы «капюшона», «перчаток», «носков», сгущение сыпи вокруг суставов Г) сыпь крупнопятнистая, пятнисто-папулезная, склонная к слиянию, характерна этапность высыпания	Г
2.	ДАЙТЕ ПОДРОБНУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ СЫПИ ПРИ ТИПИЧНОЙ КОРИ У ДЕТЕЙ А) мелкопятнистая, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей Б) мелкоточечная, на сгибательных поверхностях конечностей В) пятнисто-папулезная, характерна этапность высыпания Г) полиморфная, характерны симптомы «капюшона», «перчаток», «носков»	В
3.	КАКОЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ КОРИ? А) пятнисто – папулезная сыпь Б) увеличение селезенки В) пятна Филатова – Бельского – Коплика Г) конъюнктивит	Б
4.	К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ КОРИ ОТНОСЯТ А) энцефалит, менингоэнцефалит, менингит Б) колит, энтерит В) эндокардит, миокардит Г) орхит, паротит	А
5.	ИЗМЕНЕНИЯ В РОТОГЛОТКЕ ПРИ КОРИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ А) везикул на дужках миндалин	В

	Б) налетов на миндалинах В) пятен Филатова-Коплика Г) застойной гиперемии слизистых	
6.	КАКОЙ МЕТОД ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КОРИ? А) бактериоскопия Б) бактериологическое исследование В) ПЦР Г) РПГА	В
7.	ПРИ КОРИ К РАННИМ ГЛАЗНЫМ СИМПТОМАМ ОТНОСИТСЯ А) птоз и косоглазие Б) катаральный конъюнктивит и светобоязнь В) иридоциклит Г) хореоретинит	Б
8.	БОЛЬНОЙ КОРЬЮ ЗАРАЗЕН А) в первые 5 дней инкубационного периода Б) в течение всего катарального периода В) до конца клинических проявлений заболевания Г) до 5 дня высыпаний	Г
9.	ДЛЯ РАННИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КОРИ ХАРАКТЕРНО А) появление пятен Бельского-Филатова-Коплика на слизистой полости рта Б) наличие положительного симптома Пастернацкого В) появление менингеального симптомокомплекса Г) развитие диспептических явлений	А
10.	ПРИ КОРИ СЫПЬ БЫВАЕТ А) милиарной Б) пятнистой-папулезной склонной к слиянию В) петехиальной Г) мелкоточечной	Б
11.	ПЯТНА ФИЛАТОВА-КОПЛИКА-БЕЛЬСКОГО - ЭТО А) мелкие серовато-белесоватые папулы, сливающиеся между собой, легко удаляются шпателем Б) белесоватые образования размером с чечевицу, легко снимаются шпателем, поверхность кровоточит	В

	В) мелкие серовато-белесоватые папулы, окруженные каймой гиперемии, несливаются между собой, не снимаются шпателем Г) серовато-белые образования размером с чечевицу, окруженные каймой гиперемии, сливающиеся, не снимаются шпателем	
12.	ПРИ КОРИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ НАЗНАЧАЕТСЯ А) в разгаре болезни Б) при наличии осложнений В) в продромальном периоде Г) в периоде реконвалесценции	Б
13.	РЕВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ КОРИ ПРОВОДИТСЯ А) в 5 лет Б) в 2 года В) в 6 лет Г) в 10 лет	В
14.	ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ КОРИ У НЕ ПОЛУЧИВШИХ ИММУНОГЛОБУЛИН НЕПРИВИТЫХ ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ А) 10 дней Б) с 11 по 21 день В) от 9 до 21 дня Г) от 9 до 17 дней	Г
15.	ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА КОРИ ПРОВОДИТСЯ А) инаktivированной вакциной Б) живой вакциной В) субъединичной вакциной Г) инаktivированным токсином	Б
16.	ДЛЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КОРИ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ А) быстрое распространение Б) средний уровень контагиозности В) иммунитет после перенесенного заболевания 15-18 лет Г) восприимчивость к заболеванию преимущественно в детском возрасте	А
17.	НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ	Г

	КОРИ ВКЛЮЧАЮТ А) введение противовирусных препаратов болевшим корью Б) госпитализацию контактных детей до 5 дня с момента контакта В) экстренную вакцинацию Г) раннее выявление и изоляцию источника инфекции	
18.	КАК СЛЕДУЕТ ПОСТУПИТЬ В ОЧАГЕ ИНФЕКЦИИ С ДЕТЬМИ, НЕ ПРИВИТЫМИ ПРОТИВ КОРИ? А) назначить интерферон Б) вакцинировать до 4-го дня с момента контакта с больным В) назначить антибиотики Г) вакцинировать до 10 дня с момента изоляции больного	Б
19.	СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ТОЛЬКО ДЛЯ КОРИ – ЭТО А) кашель Б) повышенная температура В) пятна Бельского–Филатова Г) ринит	В
20.	СИМПТОМ, ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ ДЛЯ ТИПИЧНОЙ КОРИ – ЭТО А) кашель Б) ринит В) светобоязнь Г) пятна Бельского–Филатова	Г
21.	ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ КОРЕВОЙ СЫПИ ЯВЛЯЕТСЯ А) этапность высыпания Б) милиарная сыпь В) сыпь на волосистой части головы Г) начало сыпи с нижних конечностей	А
22.	БЕЛЕСОВАТЫЕ ПЯТНА НА СЛИЗИСТОЙ ЩЕК ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ А) иерсиниоза Б) эпидпаротита В) краснухи Г) кори	Г

23.	ДЛЯ ТИПИЧНОЙ КОРИ ХАРАКТЕРНА _____ СЫПЬ А) везикулезная Б) пятнисто-папулезная В) уртикарная Г) мелкоточечная	Б
24.	К ПРИЗНАКАМ, ПОМОГАЮЩИМ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ АДЕНОВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ И КОРЬ, ОТНОСЯТ А) влажный кашель Б) обильный насморк В) пятна Бельского-Филатова Г) повышение температуры	В
25.	НЕПРИВИТЫМ ДЕТЯМ СТАРШЕ 12 МЕСЯЦЕВ, КОНТАКТНЫМ ПО КОРИ, РЕКОМЕНДУЮТ А) срочную госпитализацию Б) провести пассивную иммунизацию γ-глобулином В) проводить только наблюдение 21 день Г) провести активную иммунизацию вакциной	Г
26.	ДЛЯ КОРИ ХАРАКТЕРНА _____ СЫПЬ А) везикулезная Б) мелкоточечная В) пятнисто-папулезная Г) уртикарная	В
27.	К РАННИМ СИМПТОМАМ КОРИ ОТНОСЯТСЯ А) бледный носогубный треугольник и точечная сыпь Б) пятна Бельского-Филатова-Коплика В) появление сыпи на волосистой части головы и зуд кожи Г) увеличение затылочных лимфоузлов и геморрагическая сыпь	Б
28.	АКТИВНАЯ ИММУНИЗАЦИЯ ПРОТИВ КОРИ ПРОВОДИТСЯ А) живой вирусной вакциной Б) АКДС-вакциной В) гамма-глобулином Г) инактивированной вирусной вакциной	А
29.	ВАКЦИНАЦИЯ ПО ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ ПРИ КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМ	Г

	КОРЬЮ ПРОВОДИТСЯ _____ КОНТАКТА А) с 11 по 21 день Б) в первые 5 дней В) с 9 по 17 день Г) в первые 72 часа	
30.	ВЫСОКИЙ ИНДЕКС КОНТАГИОЗНОСТИ ИЗ УКАЗАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИМЕЕТ А) Корь Б) Инфекционный мононулеоз В) Дифтерия Г) Коклюш	А
31.	САМОМУ ВЫСОКОМУ РИСКУ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОРЬЮ ПОДВЕРГАЮТСЯ ДЕТИ А) Невакцинированные Б) Недоношенные В) Доношенные Г) Часто болеющие	А
32.	ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОРЬ МОЖНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С А) Аденовирусной инфекций Б) Энтеровирусной инфекцией В) Ротавирусной инфекцией Г) Менингококковой инфекцией	А
33.	ПЕРВАЯ ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ КОРИ ПРОВОДИТСЯ А) 12 месяцев Б) 8 месяцев В) 10 месяцев Г) 6 месяцев	А
34.	ХАРАКТЕРНАЯ СЫПЬ ПРИ КОРИ А) Пятнисто-папулезная Б) Мелкоточечная В) Везикулезная Г) Геморрагическая	А
35.	МАКСИМАЛЬНОЕ ВИРУСОВЫДЕЛЕНИЕ ПРОИСХОДИТ В ____ ПЕРИОДЕ КОРИ А) катаральном Б) инкубационном В) высыпания Г) пигментации	А

36.	МЕТОДОМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КОРИ ЯВЛЯЕТСЯ А) Вакцинопрофилактика Б) Вторичная профилактика В) Третичная профилактика Г) Иммунокорректирующая профилактика	А
37.	ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД КОРИ ПРОДОЛЖАЕТСЯ А) 9-21 дней Б) 5-7 дней В) 7-15 дней Г) 11-21 дней	А
38.	ПО СРОКАМ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА А) Ранние и поздние Б) Первичные и вторичные В) Локальные и генерализованные Г) Нейрогенные и кардиогенные	А
39.	ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ КОРИ УСТАНОВЛИВАЮТ НА ОСНОВАНИИ А) Клинико-лабораторных данных Б) Эпидемиологических данных В) Инструментальных данных Г) Анамнестических данных	А
40.	К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ КРАСНУХИ ОТНОСЯТ А) поражение ЦНС, геморрагическую сыпь Б) увеличение затылочных и заднешейных лимфоузлов В) выраженные симптомы интоксикации и диарею Г) боли в животе, мышечную гипотонию	Б
41.	ПОЯВЛЕНИЕ СЫПИ ПРИ КРАСНУХЕ ПРОИСХОДИТ А) молниеносно Б) поэтапно в течение 3-х дней В) в течение 1-2-х суток Г) одномоментно в течение нескольких часов	Г
42.	КРАСНУХА – ЭТО ОСТРОЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ А) протекающее с увеличением шейных лимфоузлов и налетами в зеве	В

	Б) протекающее с поражением ЦНС, сыпью В) протекающее со слабо выраженными симптомами интоксикации и катаральным синдромом, сыпью, увеличением затылочных и заднешейных лимфоузлов Г) характеризующееся симптомами интоксикации и диареей	
43.	ПРИ КРАСНУХЕ СЫПЬ ПОЯВЛЯЕТСЯ А) молниеносно Б) в течение 1-2-х суток В) этапно в течение 3-х дней Г) одномоментно в течение нескольких часов	Г
44.	В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ ПРИОБРЕТЕННОЙ КРАСНУХЕ ОТМЕЧАЮТСЯ А) лейкопения, лимфоцитоз, плазматические клетки, СОЭ в норме Б) лейкопения, лимфопения, моноцитоз, СОЭ в норме В) лейкоцитоз, лимфопения, СОЭ ускорена Г) лейкоцитоз, лимфопения, моноцитоз, СОЭ в норме	А
45.	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КРАСНУХИ ПРИМЕНЯЕТСЯ МЕТОД А) бактериологический Б) иммунофлюоресценции В) РПГА Г) РНГА	Б
46.	НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ КРАСНУХЕ ЯВЛЯЕТСЯ А) миокардит Б) пневмония В) менингоэнцефалит Г) артрит	В
47.	ПРИ КРАСНУХЕ СЫПЬ БЫВАЕТ А) геморрагической Б) уртикарной, неправильной формы В) папулезно-везикулезной Г) пятнисто-папулезной, розового цвета на неизменном фоне кожи	Г
48.	КРАСНУХА - ЭТО ОСТРОЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ	А

	А) протекающее со слабо выраженными интоксикацией и катаральным синдромом, сыпью и увеличением затылочных и заднешейных лимфоузлов Б) характеризующееся поражением ЦНС, сыпью В) протекающее с увеличением шейных лимфатических узлов и налетами на миндалинах Г) характеризующееся симптомами интоксикации и диареи	
49.	ПРОФИЛАКТИКА КРАСНУХИ ВКЛЮЧАЕТ А) пассивную иммунизацию Б) активную иммунизацию В) лечение контактных антибиотиками Г) введение лечебной сыворотки	Б
50.	ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ КРАСНУХЕ ЯВЛЯЕТСЯ А) больной только врожденной краснухой Б) вирусоноситель В) больной врожденной или приобретенной краснухой Г) больной только приобретенной краснухой	В
51.	КРАСНУХОЙ ЧАЩЕ БОЛЕЮТ ДЕТИ В ВОЗРАСТЕ А) 2-9 лет Б) до 1 года В) 10-15 лет Г) 1-2 лет	А
52.	ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ ОЧАГЕ КРАСНУХА ПЕРЕДАЕТСЯ _____ ПУТЕМ А) трансмиссивным Б) воздушно-капельным В) пищевым Г) контактно-бытовым	Б
53.	СЛУЧАЙНАЯ ВАКЦИНАЦИЯ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ ЖИВОЙ КРАСНУШНОЙ ВАКЦИНОЙ А) требует назначения женщине противовирусной терапии Б) приводит к возникновению врожденной патологии плода В) не является основанием для прерывания	В

	беременности Г) ассоциирована с повышенным риском патологии беременности	
54.	СРОКИ КАРАНТИНА ПРИ КРАСНУХЕ СОСТАВЛЯЮТ А) 26 дней Б) 10 дней В) 7 дней Г) 21 день	Г
55.	ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРАСНУХИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ____ ВАКЦИНА А) полисахаридная Б) живая В) рекомбинантная Г) субъединичная	Б
56.	КАКОЙ ИЗ ПРИЗНАКОВ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ КРИТЕРИЕМ ТЯЖЕСТИ ПРИ КОКЛЮШЕ? А) длительность по времени репризы Б) частота спазматического кашля за сутки В) лихорадка Г) общий цианоз	В
57.	КОКЛЮШ У ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ ПРОТЕКАЕТ А) в легкой форме Б) с развитием апноэ В) с обструктивным синдромом Г) с синдромом крупа	Б
58.	В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ КОКЛЮШЕ ОТМЕЧАЕТСЯ А) лейкоцитоз с лимфоцитозом Б) лейкопения с лимфоцитозом В) лейкоцитоз с нейтрофилезом Г) лейкоцитоз с лимфопенией	А
59.	ВОЗБУДИТЕЛЕМ КОКЛЮША ЯВЛЯЕТСЯ ПАЛОЧКА А) Коха Б) Леффлера В) веретенообразная Г) Борде-Жангу	Г
60.	В КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ	В

	КОКЛЮШЕ ОТМЕЧАЕТСЯ А) тромбоцитопения Б) лейкопения В) лейкоцитоз Г) лимфопения	
61.	ПРОЯВЛЕНИЯ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ КОКЛЮША А) характерной рентгенологической картиной Б) наличием короткой температурной реакции В) отсутствием симптомов интоксикации Г) наличием спазматического кашля	А
62.	ПРИ ОСМОТРЕ ГЛАЗ У БОЛЬНОГО КОКЛЮШЕМ ВЫЯВЛЯЮТ А) увеит Б) конъюнктивит В) блефарит Г) кровоизлияния в оболочке глаза	Г
63.	КАКИЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ КОКЛЮША? А) моноцитоз Б) лимфоцитоз В) тромбоцитопения Г) анемия	Б
64.	СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРИ ТИПИЧНОМ НЕОСЛОЖНЕННОМ КОКЛЮШЕ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ А) брадипноэ Б) постоянного кашля с мокротой В) патологического приступообразного кашля Г) патологического дыхания	В
65.	ТЯЖЕСТЬ ПРИ КОКЛЮШЕ ОЦЕНИВАЮТ ПО СИМПТОМАМ А) частоты и характера приступов кашля Б) вялости, недомогания, снижения аппетита В) частоты и характера стула Г) снижение массы тела, сухость кожных покровов	А
66.	ПРИ КОКЛЮШЕ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ А) линкомицина Б) оксациллина В) пенициллина	Г

	Г) эритромицина	
67.	АПНОЭ ПРИ КОКЛЮШЕ – ЭТО А) остановка дыхания на вдохе Б) остановка дыхания на кашлевом выдохе В) остановка сердца во время приступа кашля Г) рвота после приступа кашля	Б
68.	ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОКЛЮША ПРОВОДИТСЯ А) трехкратное бактериологическое обследование в очаге инфекции Б) изоляция контактных на 25 дней от момента контакта В) иммунизация детей АКДС-вакциной Г) введение иммуноглобулина контактным	В
69.	МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ КОКЛЮША ЯВЛЯЕТСЯ А) гемоконтактный Б) фекально-оральный В) трансплацентарный Г) капельный	Г
70.	РАЗОБЩЕНИЕ ДЕТЕЙ, КОНТАКТИРОВАВШИХ С БОЛЬНЫМ КОКЛЮШЕМ, ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ НА А) 14 дней Б) 10 дней В) 21 день Г) 1 месяц	А
71.	ПОД ТЕРМИНОМ «РЕПРИЗЫ» ПРИ КАШЛЕ ПОНИМАЮТ А) затрудненное дыхание во время приступа кашля Б) затрудненный выдох во время приступа кашля В) свистящий вдох вслед за приступом кашля Г) приступы кашля, преимущественно в ночное время	В
72.	ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В РАННЕМ ПЕРИОДЕ КОКЛЮШНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ А) амоксициллин-клавуланат Б) амоксициллин В) цефексим Г) азитромицин	Г

73.	РЕБЕНОК ЗАЩИЩЕН ОТ КОКЛЮША МАТЕРИНСКИМИ АНТИТЕЛАМИ В ТЕЧЕНИЕ А) первых недель жизни Б) первых месяцев жизни В) периода грудного вскармливания Г) первых двенадцати месяцев жизни	А
74.	ГОВОРЯ ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ КОКЛЮША, СПРАВЕДЛИВО УТВЕРЖДЕНИЕ, ЧТО А) длительность периода контагиозности не зависит от получаемой пациентом антибиотикотерапии Б) наиболее высокой является контагиозность пациента в стадии спазматического кашля В) в катаральной стадии инфекции контагиозность пациента наиболее высока Г) для <i>Bordetella pertussis</i> не характерно бессимптомное хроническое носительство	В
75.	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА К КОКЛЮШУ ПОСЛЕ ЗАКОНЧЕННОЙ СХЕМЫ ВАКЦИНАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ А) 3-4 года Б) 5-5,5 лет В) 10-15 лет Г) более 15 лет	Б
76.	В КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ КОКЛЮШЕ ОТМЕЧАЕТСЯ А) лейкоцитоз, лимфопения, ускоренная СОЭ Б) лейкоцитоз, лимфопения, нормальная СОЭ В) лейкоцитоз, лимфоцитоз, ускоренная СОЭ Г) лейкоцитоз, лимфоцитоз, нормальная СОЭ	Г
77.	КАШЕЛЬ С РЕПРИЗАМИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ А) коклюша Б) кори В) парагриппа Г) аденовирусной инфекции	А
78.	ОСОБЕННОСТЬЮ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ А) катаральный синдром Б) влажный кашель В) апноэ	В

	Г) геморрагический синдром	
79.	ТИПИЧНЫМИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПРИ КОКЛЮШЕ ЯВЛЯЮТСЯ А) лейкопения, нейтропения, ускоренное СОЭ Б) лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, ускоренное СОЭ В) лейкоцитоз, лимфоцитоз, появление атипичных мононуклеаров, нормальное СОЭ Г) лейкоцитоз, лимфоцитоз, нормальное СОЭ	Г
80.	ВОЗБУДИТЕЛЕМ КОКЛЮША ЯВЛЯЕТСЯ А) Bordetella pertussis Б) Streptococcus pneumonia В) Haemophilus influenzae Г) Yersinia pestis	А
81.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ КОКЛЮША ЯВЛЯЮТСЯ А) менингит, менингоэнцефалит Б) миокардит, полинейропатия В) пневмония, ателектаз легкого Г) орхит, бесплодие	В
82.	ИЗОЛЯЦИЯ БОЛЬНОГО КОКЛЮШЕМ ПРОВОДИТСЯ СРОКОМ НА А) 5 дней кашля Б) 14 дней от начала заболевания В) 21 день болезни Г) 30 дней от начала спазматического кашля	Б
83.	КОНТАКТНЫМ С БОЛЬНЫМ КОКЛЮШЕМ ПРОВОДИТСЯ А) назначение превентивного приема антибактериальных препаратов Б) экстренная вакцинация в первые 72 часа В) изоляция с 11 по 21 день контакта Г) бактериологическое обследование	Г
84.	ЭКЗАНТЕМОЙ СОПРОВОЖДАЕТСЯ А) энтеровирусная инфекция Б) грипп В) аденовирусная инфекция Г) респираторно-синцитиальная инфекция	А
85.	ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ	Б

	А) пневмонией Б) серозным менингитом и миокардитом В) отоанtritом Г) пиелонефритом	
86.	К ГРУППЕ ЭНТЕРОВИРУСОВ ОТНОСЯТСЯ А) коронавирусы Б) вирусы кори В) вирусы полиомиелита Г) аденовирусы	В
87.	КАКОЙ ВИРУС ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ЭНТЕРОВИРУСОВ? А) аденовирус Б) ротавирус В) ретровирус Г) вирус Коксаки	Г
88.	ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТМЕЧАЕТСЯ А) лихорадка Б) боль в суставах В) некротическая ангина Г) фолликулярная ангина	А
89.	КАКОЕ ЛАБОРАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ»? А) общий анализ мочи Б) вирусологическое исследование (слизь из зева и носа) В) общий анализ крови Г) бактериологическое исследование кала	Б
90.	СЕРОЗНЫЙ МЕНИНГИТ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ ПРИ А) норовирусной инфекции Б) шигеллезах В) энтеровирусной инфекции Г) ротавирусной инфекции	В
91.	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАН А) ацикловир Б) левомецетина сукцинат В) цефотаксим	Г

	Г) виферон в свечах	
92.	ОСНОВНЫМ СПОСОБОМ ПЕРЕДАЧИ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ А) водный Б) парентеральный В) контактный Г) трансмиссивный	А
93.	НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОРМОЙ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ А) поражение слизистой ротоглотки, герпетическая ангина Б) неспецифическое лихорадочное заболевание В) вирусная пузырчатка полости рта и конечностей Г) поражение нервной системы, асептический менингит	Б
94.	ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОСТРОГО ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО (ЭПИДЕМИЧЕСКОГО) КОНЬЮНКТИВИТА У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ А) вирус герпеса человека тип 1 Б) аденовирус серотип 3 В) энтеровирус тип 70 Г) Chlamydia trachomatis	В
95.	90% ВСЕХ СЛУЧАЕВ АСЕПТИЧЕСКОГО МЕНИНГИТА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ И 50% У СТАРШИХ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ ВЫЗЫВАЕТ А) Haemophilus influenzae type b Б) вирус клещевого энцефалита В) вирус эпидемического паротита Г) энтеровирус	Г
96.	ОСНОВОЙ ЛЕЧЕНИЯ МАНИФЕСТНЫХ ФОРМ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ А) регидратация и симптоматические средства Б) противовирусные препараты прямого действия В) антибактериальные препараты широкого спектра Г) кортикостероидные препараты в среднетерапевтических дозировках	А
97.	ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ	Б

	МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ, ЧТО А) симптоматические формы развиваются, преимущественно, у детей младшего возраста Б) непрямая передача энтеровируса связана с плохими санитарными условиями В) энтеровирусная инфекция распространена, главным образом, в условиях тропического климата Г) для энтеровирусных заболеваний не характерен ятрогенный путь передачи инфекции	
98.	КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛИКВОРЕ ОТМЕЧАЮТСЯ ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ МЕНИНГИТАХ? А) нормальный ликвор Б) нейтрофильный плеоцитоз В) лимфоцитарный плеоцитоз Г) появление эритроцитов	В
99.	ПРИ ОСТРОМ ПАРАЛИТИЧЕСКОМ ПОЛИОМИЕЛИТЕ ВИРУСОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ: А) мягкие мозговые оболочки Б) кора головного мозга В) передние рога спинного мозга Г) задние рога спинного мозга	Б
100.	ДЛЯ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ПОЛИОМИЕЛИТА ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ: А) источником инфекции могут быть больной человек или вирусоноситель Б) более подвержены заражению дети старшего возраста В) вирус выделяется с носоглоточным или кишечным содержимым Г)) выделение вируса с фекалиями может продолжаться несколько недель	А
101.	ЧАЩЕ БОЛЕЮТ ПОЛИОМИЕЛИТОМ ДЕТИ _____ ЛЕТ А) 0-1 Б) 1-3 В) 4-7 Г) 8-15	А
102.	ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ВЫДЕЛЕНИЯ	Г

	ВИРУСА ПОЛИОМИЕЛИТА СОСТАВЛЯЕТ: А) 1–6 дней Б) 6–12 дней В) 13–20 дней Г) 30–45 дней	
103.	СРЕДНЯЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ВЫДЕЛЕНИЯ ВИРУСА ПОЛИОМИЕЛИТА СОСТАВЛЯЕТ: А) 1 неделю Б) 3–4 недели В) 6–8 недель Г) 10–12 недель	Б
104.	К ПУТЯМ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПОЛИОМИЕЛИТА ОТНОСЯТСЯ: А) энтеральный, воздушно-капельный Б) трансплацентарный, трансмиссивный В) водный, пищевой Г) контактно-бытовой	В
105.	В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ПАРАЛИТИЧЕСКОГО ПЕРИОДА ПОЛИОМИЕЛИТА ДОМИНИРУЮТ: А) выраженная интоксикация, лихорадка Б) болевой синдром, вялые парезы и параличи В) кожный синдром, катаральные явления Г) судорожный синдром, спастические парезы	В
106.	ИЗМЕНЕНИЯ В ЛИКВОРЕ ПРИ ПОЛИОМИЕЛИТЕ СООТВЕТСТВУЮТ: А) гнойному менингиту Б) серозному менингиту В) менингоэнцефалиту Г) паранеопластическому процессу	Г
107.	ПАРЕЗЫ И ПАРАЛИЧИ ПРИ ПОЛИОМИЕЛИТЕ ВОЗНИКАЮТ НА ____ ДЕНЬ БОЛЕЗНИ: А) 3–5 Б) 7–10 В) 11–15 Г) 14–21	А
108.	ПРИ ПОЛИОМИЕЛИТЕ РАЗВИВАЮТСЯ А) периферические параличи с преимущественным поражением проксимальных отделов конечностей Б) периферические параличи с преимущественным поражением дистальных отделов конечностей	В

	В) периферические параличи с нарушением болевой чувствительности Г) спастические параличи без нарушения чувствительности	
109.	РЕЗИДУАЛЬНЫЕ ПАРЕЗЫ И ПАРАЛИЧИ ПОСЛЕ ПОЛИОМИЕЛИТА СОХРАНЯЮТСЯ: А) первые 3-4 недели Б) первые 6 месяцев В) до 6–24 месяцев Г) пожизненно	А
110.	ПРИ МЕНИНГЕАЛЬНОЙ ФОРМЕ ПОЛИОМИЕЛИТА В ПЕРВЫЕ 3 ДНЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ КЛЕТочный СОСТАВ ЛИКВОРА: А) нейтрофильный Б) лимфоцитарный В) смешанный Г) геморрагический	В
111.	ПРИ ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СЕРОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА ПОЛИОМИЕЛИТ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ СЧИТАЕТСЯ А) выявление специфических антител в любом титре Б) нарастание специфических антител не менее, чем в 2 раза. В) нарастание специфических антител не менее, чем в 4 раза. Г) снижение титра специфических антител более, чем в 4 раза	В
112.	ЗА КОНТАКТНЫМИ В ОЧАГЕ ПОЛИОМИЕЛИТА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НАБЛЮДЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ: А) 1-ой недели Б) 2-х недель В) 3-х недель Г) 4-х недель	А
113.	КЛАССИФИКАЦИЯ ВИРУСОВ ПОЛИОМИЕЛИТА, КОКСАКИ, ЕСНО А) сем. Picornaviridae, род Enterovirus Б) сем. Picornaviridae, род Hepatovirus В) сем. Picornaviridae, род Rhinovirus	Б

	Г) сем. Flaviviridae, род Flavivirus	
114.	ПОЛИОВИРУС ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ДРУГИХ ВИРУСОВ РОДА ENTEROVIRUS ПО А) типу нуклеиновой кислоты Б) антигенным свойствам В) размерам Г) числу капсомеров	Б
115.	ЛИКВИДАЦИЯ ПОЛИОМИЕЛИТА КАК ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ – РЕЗУЛЬТАТ А) использования высокоэффективных дезинфектантов Б) санации вирусоносителей В) вакцинопрофилактики живой вакциной Г) вакцинопрофилактики убитой вакциной	А
116.	РОЛЬ ЖИВОЙ ПОЛИОМИЕЛИТНОЙ ВАКЦИНЫ В ЛИКВИДАЦИИ ЭПИДЕМИИ ПОЛИОМИЕЛИТА А) создание местного иммунитета слизистых оболочек носоглотки и кишечника Б) формирование иммунологической толерантности В) создание гуморального иммунитета Г) прерывание циркуляции диких штаммов полиовируса	В
117.	ИНАКТИВИРОВАННАЯ ПОЛИОМИЕЛИТНАЯ ВАКЦИНА А) содержит первый серовар полиовируса Б) вводится перорально В) не препятствует репродукции диких штаммов полиовируса в слизистых оболочках носоглотки и кишечника Г) обеспечивает местный и общий гуморальный иммунитет	Г
118.	ЖИВАЯ И ИНАКТИВИРОВАННАЯ ПОЛИОМИЕЛИТНЫЕ ВАКЦИНЫ – ТРЕХВАЛЕНТНЫЕ, Т. К. СЕРОВАРЫ ПОЛИОВИРУСА А) в отдельности не способны индуцировать иммунный ответ Б) обладают низкой иммуногенностью В) отличаются по степени вирулентности	Г

	Г) не формируют перекрестного иммунитета	
119.	ПРИ ПАРАЛИТИЧЕСКОМ ПОЛИОМИЕЛИТЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ А) нейтрофильный цитоз в ликворе Б) расстройство чувствительности В) эритроциты в ликворе Г) расстройство двигательных функций	Г
120.	ПРИ ПОЛИОМИЕЛИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ А) задние рога спинного мозга Б) передние рога спинного мозга В) большие полушария мозга Г) мозжечок и ствол мозга	Б
121.	ПАРАЛИЧИ ПРИ ПАРАЛИТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ПОЛИОМИЕЛИТА БЫВАЮТ А) острые, спастического характера Б) постепенно нарастающие, сопровождаются потерей чувствительности В) острые, вялые, с ранним развитием мышечной атрофии Г) вялые, с быстрым полным восстановлением	В
122.	К МЕРАМ ПРОФИЛАКТИКИ, ИМЕЮЩИМ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ЛИКВИДАЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОЛИОМИЕЛИТОМ, ОТНОСЯТ А) специфическую иммунизацию Б) текущую и заключительную дезинфекцию В) карантинные мероприятия Г) подворные обходы заболевших	А
123.	ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ ЖИВОЙ ОРАЛЬНОЙ ПОЛИОМИЕЛИТНОЙ ВАКЦИНОЙ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ВАКЦИНАССОЦИИРОВАННОГО ПОЛИОМИЕЛИТА У ПРИВИТОГО ЧЕРЕЗ _____ ДНЕЙ А) 60-120 Б) 30-40 В) 40-60 Г) 4-30	Г
124.	ПАРАЛИТИЧЕСКОЙ _____ ФОРМОЙ ПОЛИОМИЕЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ А) абортивная Б) спинальная	Б

	В) менингеальная Г) инаппарантная	
125.	РЕСПИРАТОРНО-СИНТИЦИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЕТ А) бронхиолит Б) острый ринит В) пневмонию Г) вирусную диарею	А
126.	СТЕПЕНЬ СТЕНОЗА ГОРТАНИ ОПРЕДЕЛЯЕТ А) наличие в легких сухих хрипов Б) наличие экспираторной одышки В) степень дыхательной недостаточности Г) шумное дыхание	В
127.	О НАЛИЧИИ КРУПА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ А) экспираторная одышка Б) грубый лающий кашель В) осиплый голос Г) шумный затрудненный вдох	Г
128.	ПОКАЗАНИЕМ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ОРВИ ЯВЛЯЕТСЯ А) цефалгия Б) наличие осложнений В) анемия легкой степени Г) фарингит	Б
129.	ОСОБЕННОСТЬЮ КЛИНИКИ РЕСПИРАТОРНО- СИНЦИТИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ А) появление кишечного синдрома Б) увеличение всех групп лимфоузлов В) наличие конъюнктивита Г) развитие бронхообструктивного синдрома	Г
130.	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОВОДИТСЯ С А) инфекционным мононуклеозом Б) геморрагической лихорадкой В) вирусным гепатитом Г) менингококковой инфекцией	А
131.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ	Г

	А) простейшие Б) бактерии В) грибки Г) вирусы	
132.	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ «РОЗОВОЙ» ГИПЕРТЕРМИИ ПРИ ОРВИ У ДЕТЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ А) антибактериальные препараты, жаропонижающие препараты Б) антибактериальные препараты, физические методы охлаждения В) противовирусные препараты, антибактериальные препараты Г) физические методы охлаждения, жаропонижающие препараты	Г
133.	К СИМПТОМАМ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТСЯ А) узловатая эритема и импетиго Б) боли в суставах, мышцах В) катаральные явления в ротоглотке, конъюнктивит Г) менингеальные знаки	В
134.	ФАРИНГОКОНЪЮНКТИВАЛЬНАЯ ЛИХОРАДКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ А) парагриппе Б) гриппе В) риновирусной инфекции Г) аденовирусной инфекции	Г
135.	ДИАГНОЗ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ А) исследование мазка из зева и носа на флору Б) посевом крови на сахарный бульон В) выделением вируса из носоглоточных смывов Г) биохимическим исследованием крови	В
136.	БАКТЕРИАЛЬНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РИНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ А) дерматит Б) синусит В) хореоретинит Г) увеит	Б
137.	АДЕНОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ ОТЛИЧАЕТСЯ	В

	ОТ РИНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НАЛИЧИЕМ А) обильных серозных выделениях из носа Б) слабовыраженной интоксикации В) фарингоконъюнктивальной лихорадки Г) субфебрильной температуре	
138.	СТЕНОЗ ГОРТАНИ ПРИ ОРВИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ПРИСТУПА КОКЛЮША А) отсутствием реприз Б) отсутствием втяжения при вдохе уступчивых мест грудной клетки В) наличием удлиненного затрудненного выдоха Г) наличием реприз	А
139.	К СИМПТОМАМ РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСИТСЯ А) гепатомегалия Б) кашель В) конъюнктивит Г) спленомегалия	Б
140.	ТЯЖЕЛАЯ ФОРМА РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ А) острым бронхитом, фарингитом, тонзиллитом, бронхиолитом, ДН 0-I Б) назофарингитом, повышением температуры тела до субфебрильных цифр В) бронхиолитом, обструктивным бронхитом, бронхопневмонией, ДН II-III Г) синуситами, простым бронхитом, лакунарной ангиной	В
141.	ОСНОВНОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ А) фекально-оральный Б) трансмиссивный В) вертикальный Г) воздушно-капельный	Г
142.	К ОСОБЕННОСТЯМ ТЕЧЕНИЯ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСЯТ А) частое развитие стеноза гортани и некротической ангины, гектическую лихорадку в первые дни заболевания Б) обильное гнойное отделяемое из носа, гнойный	В

	конъюнктивит, длительную фебрильную лихорадку В) резко выраженный катаральный синдром, обильное серозное отделяемое на фоне невыраженной температурной реакции Г) частое осложнение в виде мезаденита, стойкой диареи, диспепсического синдрома	
143.	К КАРАКТЕРНЫМ СИПТОМАМ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСИТСЯ А) «малиновый» язык Б) мелкоточечная сыпь В) менингеальные знаки Г) пленчатый конъюнктивит	Г
144.	РАЗВИТИЕ ПЛЕНЧАТОГО КОНЪЮНКТИВИТА КАРАКТЕРНО ПРИ ____ ИНФЕКЦИИ А) аденовирусной Б) гриппозной В) энтеровирусной Г) ротавирусной	А
145.	АДЕНОВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ ОТ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ОТЛИЧАЕТ НАЛИЧИЕ А) увеличенных шейных лимфатических узлов Б) пленчатого конъюнктивита В) симптомов интоксикации Г) заложенности носа	Б
146.	ФАРИНГОКОНЪЮНКТИВАЛЬНАЯ ЛИХОРАДКА КАРАКТЕРНА ДЛЯ А) гриппа Б) респираторно-синцитиальной инфекции В) аденовирусной инфекции Г) парагриппа	В
147.	ПОРАЖЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ А) грибы Б) бактерии В) спирохеты Г) вирусы	Г
148.	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ	А

	А) стеноз гортани I–II степени Б) обильный насморк В) частый кашель Г) головная боль	
149.	ДЛЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ РЕАКЦИЯ _____ А) связывания комплемента Б) иммунофлюоресценции В) торможения гемагглютинации Г) непрямой гемагглютинации	Б
150.	ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РС-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ А) отит Б) ларингит В) бронхиолит Г) гриппоподобный синдром	В
151.	ДЛЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ ОРВИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ А) метод иммунофлюоресценции Б) вирусологический метод В) реакция торможения гемагглютинации Г) реакция связывания комплемента	А
152.	ПЦР ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ ДНК А) ортомиксовируса Б) аденовируса В) риновируса Г) энтеровируса	Б
153.	АДЕНОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ А) конъюнктивитом Б) артритом В) миозитом Г) уретритом	А
154.	БРОНХИОЛИТ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЕТ А) РС-вирус Б) Риновирус В) Аденовирус Г) Вирус гриппа	А

155.	ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД БОЛЬШИНСТВА ВИРУСОВ ОРВИ А) 1-3 сут Б) 3-5 сут В) 5-7 сут Г) 7-21 сут	А
156.	К ПУТЯМ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСОВ ОРВИ НЕ ОТНОСИТСЯ: А) Пищевой Б) Контактный В) Воздушно-капельный Г) Капельно-ядрышковый	А
157.	ТРОПНОСТЬЮ К ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТКАНИ И, КАК СЛЕДСТВИЕ, ЧАСТЫМ РАЗВИТИЕМ ТОНЗИЛИТА ОБЛАДАЕТ: А) Аденовирус Б) Риновирус В) Вирус гриппа Г) Вирус парагриппа	А
158.	ВСЕМ ЛИХОРАДЯЩИМ ДЕТЯМ БЕЗ ВЫРАЖЕННЫХ КАТАРАЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ СЛЕДУЮЩЕГО АНАЛИЗА: А) Общий анализ мочи Б) Общий анализ крови В) Биохимический анализ крови Г) ПЦР на возбудителей ОРВИ	А
159.	ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ С СИМПТОМАМИ ОРВИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ СЛЕДУЮЩЕГО ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: А) Отоскопия Б) Пикфлоуметрия В) Рентгенография ОГК Г) Экспресс-тест на БГСА	А
160.	В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ С СОСУДОСУЖИВАЮЩЕЙ ЦЕЛЬЮ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ КАПЛИ: А) Оксиметазолин Б) Ксилометазолин В) Нафазолин Г) Трамазолин	А

161.	КАТЕГОРИЧЕСКИ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ у ДЕТЕЙ С ЖАРОПНИЖАЮЩЕЙ ЦЕЛЬЮ: А) Аспирин Б) Нурофен В) Парацетамол Г) Физических способов охлаждения	А
162.	К СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ОРВИ ОТНОСИТСЯ: А) Занамивир Б) Оксиметазолин В) Бутамират Г) Цефалоспорины 2 поколения	А
163.	ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ А) <i>Mycoplasma pneumoniae</i> Б) <i>Staphylococcus pneumoniae</i> В) <i>Streptococcus pneumoniae</i> Г) <i>Chlamydia pneumoniae</i>	В
164.	САМАЯ ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА НОСИТЕЛЬСТВА ПНЕВМОКОККА ОТМЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ А) младших школьников Б) дошкольников В) старших школьников Г) пожилых людей	Б
165.	ОСНОВНОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ А) трансмиссивный Б) фекально-оральный В) контактно-бытовой Г) воздушно-капельный	Г
166.	КОЛОНИЗАЦИЯ ПНЕВМОКОККАМИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ОСОБЕННО ВЫСОКА В _____ А) закрытых коллективах Б) любых коллективах В) любой семье Г) семье с детьми	А
167.	ФАКТОРОМ РИСКА, ПРИВОДЯЩИМ К	Б

	ТЯЖЕЛЫМ ФОРМАМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ А) возраст до 2 месяцев Б) возраст до 2 лет В) возраст до 6 месяцев Г) период новорожденности	
168.	ВОЗБУДИТЕЛЬ ПНЕВМОКОККА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ А) грамположительный диплококк Б) грамотрицательный кокк В) грамотрицательную коккобациллу Г) грамположительную палочку	А
169.	ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ ВИРУЛЕНТНОСТИ ПНЕВМОКОККА ЯВЛЯЕТСЯ А) нейротоксин Б) полисахаридная капсула В) гемолизины Г) ядерный антиген	Б
170.	ПОЛИСАХАРИДНАЯ КАПСУЛА ПНЕВМОКОККА ПРЕПЯТСТВУЕТ А) выработке антител Б) распознаванию Т-клетками В) опсонизации и фагоцитозу Г) завершенности фагоцитоза	В
171.	ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ПАТОГЕНЕЗА ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ А) шок Б) инвазия В) воспаление Г) адгезия	Г
172.	ИНВАЗИЯ ПНЕВМОКОККА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ А) нейраминидазы Б) гемолизина В) пневмолизина Г) эндотоксина	В
173.	РЕСНИЧКИ РЕСПИРАТОРНОГО ЭПИТЕЛИЯ А) облегчают развитие болезни Б) препятствуют развитию болезни В) облегчают колонизацию бронхов Г) препятствуют колонизации альвеол	Б

174.	К МУКОЗАЛЬНЫМ ПНЕВМОКОККОВЫМ ИНФЕКЦИЯМ ОТНОСЯТ А) острый средний отит Б) крупозную пневмонию В) эпиглоттит Г) менингит	А
175.	К ИНВАЗИВНЫМ ПНЕВМОКОККОВЫМ ИНФЕКЦИЯМ ОТНОСЯТ А) острый бронхит Б) острый средний отит В) менингит Г) острый синусит	В
176.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ А) острый ринит Б) острый средний отит В) крупозная пневмония Г) менингит	Б
177.	ОСОБЕННОСТЬЮ ПНЕВМОКОККОВОГО МЕНИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ А) медленное развитие клинической картины Б) самое легкое и благоприятное течение В) самый высокий уровень летальности и инвалидности Г) нетипичное для бактериальных менингитов изменение ликвора	В
178.	ПОЛНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ СТРУКТУРЫ И ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ ПРИ КРУПОЗНОЙ ПНЕМОНИИ ПРОИСХОДИТ ЧЕРЕЗ _____ А) 6 месяцев Б) 1 – 1,5 недели В) 2 недели Г) 1 – 1,5 месяца	Г
179.	ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ А) иммуноферментный анализ Б) бактериологический метод В) метод латекс-агглютинации Г) иммунохроматографический тест	Б
180.	ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ	Б

	ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ АНТИБИОТИКИ ИЗ ГРУППЫ А) макролидов Б) пенициллинов В) фторхинолонов Г) аминогликозидов	
181.	ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА И СИНУСИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ А) цефтриаксон Б) азитромицин В) амоксициллин Г) ко-тримоксазол	В
182.	СХЕМА ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОТ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В НАШЕЙ СТРАНЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ А) двукратную вакцинацию (2 и 4,5 мес.) и двукратную ревакцинацию (18 и 24 мес.) Б) трехкратную вакцинацию (3; 4,5; 6 мес.) и однократную ревакцинацию (18 мес.) В) двукратную вакцинацию (2 и 4,5 мес.) и однократную ревакцинацию (15 мес.) Г) трехкратную вакцинацию (3; 4,5; 6 мес.) и двукратную ревакцинацию (18 и 24 мес.)	В
183.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗАБОЛЕВАЮТ ГЕМОФИЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ДЕТИ В ВОЗРАСТЕ _____ А) до 1 месяца жизни Б) от 6 месяцев до 4 лет В) от 2 месяцев до 2 лет Г) после 7 лет	Б
184.	ВОЗБУДИТЕЛЬ ГЕМОФИЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ А) грамотрицательные коккобациллы Б) грамположительные диплококки В) грамотрицательные кокки Г) грамположительные палочки	А
185.	КОЛОНИИ ГЕМОФИЛЬНОЙ ПАЛОЧКИ ПРИ ПОСЕВЕ НА ПИТАТЕЛЬНЫЕ СРЕДЫ ИМЕЮТ ВИД А) «грозди винограда»	Б

	Б) «капель росы» В) «жемчужного ожерелья» Г) «головы медузы»	
186.	НАИБОЛЕЕ ВИРУЛЕНТНЫЙ СЕРОТИП ГЕМОФИЛЬНОЙ ПАЛОЧКИ А) f Б) c В) b Г) d	В
187.	ИНВАЗИВНОСТЬ ГЕМОФИЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СВОЙСТВОМ КАПСУЛЫ ПОДАВЛЯТЬ А) Т-киллеры Б) антителообразование В) фагоцитоз Г) Т-хелперы	В
188.	ОСОБЕННОСТЬЮ ГЕМОФИЛЬНОГО МЕНИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ А) медленное развитие клинической картины Б) нетипичное для бактериальных менингитов изменение ликвора В) самое легкое и благоприятное течение Г) самый высокий уровень летальности и инвалидности	А
189.	К ИНВАЗИВНЫМ ГЕМОФИЛЬНЫМ ИНФЕКЦИЯМ ОТНОСЯТ А) средний отит Б) эпиглоттит В) крупозную пневмонию Г) синусит	Б
190.	ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПРИ ЭПИГЛОТТИТЕ -ЭТО А) лежа на спине с приведенными к животу ногами Б) сидя, опершись на кровать руками В) лежа на боку, запрокинув голову и поджав ноги Г) сидя, подавшись вперед и вытянув подбородок	Г
191.	ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОГО РЯДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОФИЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ А) ципрофлоксацин, кларитромицин Б) меропенем, имипенем/циластатин	В

	В) амоксициллин/клавуланат, цефуроксим Г) хлорамфеникол, азитромицин	
192.	СХЕМА ВАКЦИНАЦИИ ОТ ГЕМОФИЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ В НАШЕЙ СТРАНЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ А) трехкратную вакцинацию (3; 4,5; 6 мес.) и двукратную ревакцинацию (18 и 24 мес.) Б) двукратную вакцинацию (2 и 4,5 мес.) и однократную ревакцинацию (15 мес.) В) трехкратную вакцинацию (3; 4,5; 6 мес.) и однократную ревакцинацию (18 мес.) Г) двукратную вакцинацию (2 и 4,5 мес.) и двукратную ревакцинацию (18 и 24 мес.)	В
193.	ЛИМФАДЕНОПАТИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ А) генерализованная, с конца первой недели, сохраняется в течение нескольких месяцев Б) генерализованная, с первых дней болезни до периода реконвалесценции В) локализованная (шейная, подчелюстная), с первых дней болезни и до конца 2 недели заболевания Г) локализованная (любая группа лимфоузлов), продолжается весь лихорадочный период	Б
194.	ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ А) вирус герпеса 1 типа Б) парвовирус В) вирус Эпштейн-Барр Г) вирус герпеса 6 типа	В
195.	ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ В ГЕМОГРАММЕ ВЫЯВЛЯЮТ А) лейкопению, относительный лимфоцитоз, эозинофилию Б) нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево В) лейкопению, лимфопению, моноцитоз Г) лейкоцитоз, абсолютный лимфоцитоз, моноцитоз	Г
196.	КАКОЕ СОЧЕТАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ	А

	СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА? А) длительная лихорадка, генерализованная лимфаденопатия, тонзиллит Б) лимфаденопатия, гепатолиенальный синдром, фебрильная лихорадка В) генерализованная лимфаденопатия, язвенно-некротический тонзиллит Г) локальная лимфаденопатия, выраженная лихорадка, катаральный тонзиллит	
197.	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛАКУНАРНОЙ АНГИНЫ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ПРИМЕНЯЮТ А) амоксициллин Б) вильпрафен соллютаб В) аугментин Г) цедекс	Б
198.	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА? А) усиление бронхосудистого рисунка на R-грамме Б) экспираторная одышка В) эозинофилия в ОАК Г) атипичные мононуклеары в ОАК	Г
199.	НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ А) гепатоспеномегалия Б) кратковременная лихорадка В) рвота и диарейный синдром Г) сыпь и головная боль	А
200.	К ПРОЯВЛЕНИЯМ ПАТОГЕНЕЗА ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ОТНОСЯТ А) наиболее выраженные изменения в кишечнике Б) начало септического процесса В) внедрение вируса на небных и носоглоточных миндалинах Г) Т-лимфоциты, содержащие вирус, активируют Т-киллеры	В
201.	ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ	А

	ВЫЯВЛЯЮТСЯ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ А) атипичные мононуклеары + лимфоцитоз Б) лимфопения + атипичные мононуклеары В) нейтрофилез + лимфопения Г) нейтрофилез + атипичные мононуклеары	
202.	ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ А) диарея Б) паратонзиллит В) обильная ринорея Г) увеличение шейных лимфоузлов	Г
203.	ВОЗБУДИТЕЛЕМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ А) Varicella - zoster virus Б) Listeria monocytogenes В) Epstein–Barr virus Г) HBV	В
204.	ОТЛИЧИЕ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ОТ ОРВИ А) отсутствие катаральных явлений (насморк, кашель) Б) содержание атипичных мононуклеаров в периферической крови более 10% В) выраженность интоксикации Г) выраженность нейротоксикоза	Б
205.	ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА А) используется цитостатическая терапия Б) рекомендуется ацикловир В) применяются антибиотики Г) применяется только симптоматическая терапия	В
206.	ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ РЕКОМЕНДУЮТ А) рекомбинантные интерфероны Б) гепатопротекторы В) ампициллин Г) ацикловир	А
207.	ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ А) пищевой	Б

	Б) капельный В) водный Г) трансмиссивный	
208.	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ПРОВОДИТСЯ С А) аденовирусной инфекцией Б) коклюшем В) ротавирусной инфекцией Г) полиомиелитом	А
209.	ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ А) диареи, эксикоза Б) ларингита, развития стеноза гортани В) вялых парезов, параличей Г) лимфаденопатии, гепатоспленомегалии	Г
210.	СРЕДИ ФОРМ АКТИВНОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ НЕ НУЖДАЕТСЯ В ЛЕЧЕНИИ ПРОТИВОВИРУСНЫМИ СРЕДСТВАМИ А) цитомегаловирусная болезнь Б) инфекционный мононуклеоз В) цитомегаловирусный ретинит Г) цитомегаловирусный пневмонит	Б
211.	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ КОРТИКОСТЕРОИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ А) выраженная тромбоцитопения Б) значительная обструкция дыхательных путей, связанная с гипертрофией небных и носоглоточной миндалин В) длительность заболевания Г) клиническое подозрение на миокардит	В
212.	У ПРЕДВАРИТЕЛЬНО ЗДОРОВЫХ ПАЦИЕНТОВ С НЕТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ А) зависит от того, насколько достоверно подтверждена этиология мононуклеозоподобного	Г

	синдрома Б) является полезным поскольку даже при легких формах болезни эти препараты влияют в значительной степени на ее тяжесть и длительность В) является обязательным, поскольку эти препараты могут предотвратить возникновение осложнений Г) не является рациональным, поскольку заболевание носит самокупирующийся характер	
213.	ПОКАЗАТЕЛЬ ТЯЖЕСТИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА А) интоксикационный синдром Б) диарейный симптом В) бронхообструктивный синдром Г) менингеальный синдром	А
214.	КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ А) геморрагически-некротическая сыпь Б) геморрагический конъюнктивит В) лимфополиадения Г) милиарная сыпь	В
215.	УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ ЯВЛЯЮТСЯ ОБЩИМИ СИМПТОМАМИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА И А) дифтерии ротоглотки Б) аденовирусной инфекции В) краснухи Г) кори	Б
216.	К ВОЗБУДИТЕЛЯМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ОТНОСИТСЯ А) аденовирус Б) стафилококк В) стрептококк Г) вирус Эпштейна -Барра	Г
217.	ЗАЛОЖЕННОСТЬ НОСА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ СВЯЗАНА С А) наличием фибринозной пленки Б) катарально-экссудативным ринитом В) увеличением носоглоточной миндалины Г) грибковыми наложениями	В

218.	К КАКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ВОЗБУДИТЕЛЬ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА А) герпес-вирусы Б) грибы В) простейшие Г) стрептококки	А
219.	ПОРАЖЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ А) увеличением затылочных лимфатических узлов Б) увеличением переднешейных лимфоузлов с выраженным отеком подкожной клетчатки В) увеличением паховых лимфоузлов Г) полиаденией с преимущественным поражением шейных лимфоузлов	Г
220.	ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ А) нейтрофильный лейкоцитоз Б) появление атипичных мононуклеаров В) эозинофилия Г) анемия	Б
221.	ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ _____ ПРЕПАРАТЫ А) витаминные Б) антибактериальные В) противовирусные Г) десенсибилизирующие	В
222.	ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРОСТОГО ГЕРПЕСА ВКЛЮЧАЕТ А) ПЦР Б) бактериоскопию В) посев содержимого везикул на питательные среды Г) РПГА	А
223.	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА ИСПОЛЬЗУЮТ А) мазь с антибиотиками Б) мазь, содержащую глюкокортикостероиды	Г

	В) крем с антисептиками Г) ацикловир таблетированный	
224.	ПРИ ИНФИЦИРОВАНИИ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА-БАРРА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ А) синдром инфекционного мононуклеоза Б) бессимптомная форма В) вторичное иммунодефицитное состояние Г) генерализованная лимфаденопатия	Б
225.	ОБНАРУЖЕНИЕ ВИРУСНЫХ ЧАСТИЦ ЭПШТЕЙНА-БАРРА В СЛЮНЕ А) указывает на репликацию вируса в лимфатических узлах Б) является патогномоничным признаком острой симптоматической инфекции В) требует начала специфической противовирусной терапии Г) возможно в различные сроки после инфицирования	Г
226.	ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ АКТИВНОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ А) ацикловир Б) ганцикловир В) валацикловир Г) фоскарнет	Б
227.	НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ ПРОТИВОГЕРПЕТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ А) ацикловир Б) валацикловир В) пенцикловир Г) фамцикловир	А
228.	К БАКТЕРИАЛЬНЫМ КИШЕЧНЫМ ИНФЕКЦИЯМ ОТНОСЯТ А) энтеровирусную инфекцию Б) ротавирусную инфекцию В) сальмонеллёз Г) грипп	В
229.	ОСОБЕННОСТЬЮ КЛИНИКИ ХОЛЕРЫ ЯВЛЯЕТСЯ	А

	А) начало заболевания с жидкого стула с дальнейшим появлением рвоты Б) начало заболевания с рвоты с дальнейшим появлением жидкого стула В) острое начало с многократной рвотой, гипертермическим синдромом, сильными болями в животе, с одновременным или несколько часов спустя появлением жидкого стула Г) интоксикация, менингеальный синдром, высокая летальность	
230.	КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЭКСИКОЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ А) вздутие краев большого родничка Б) полиурия В) бледность кожных покровов Г) сухость кожных покровов	Г
231.	СТУЛ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ЧАЩЕ НАПОМИНАЕТ А) ректальный плевок Б) малиновое желе В) болотную тину Г) серую глину	В
232.	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ШИГЕЛЛЕЗА ИСПОЛЬЗУЮТ _____ МЕТОД А) копрологический Б) бактериологический В) гематологический Г) вирусологический	Б
233.	ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ ОСНОВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ _____ СИНДРОМ А) колитический Б) судорожный В) геморрагический Г) энтеритный	А
234.	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ А) невозможность проведения терапевтических мероприятий на дому Б) развитие обезвоживания с потерей массы тела 10% В) появление неврологической симптоматики	Г

	(судороги, потеря сознания, бред) Г) наличие второго ребенка в семье	
235.	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЕГКИХ ФОРМ БАКТЕРИАЛЬНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ДОМУ ПРЕИМУЩЕСТВО ОТДАЕТСЯ А) антибиотикам Б) ферментам В) бактериофагам Г) противовирусным препаратам	В
236.	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЕГКИХ ФОРМ ВИРУСНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ДОМУ ПРЕИМУЩЕСТВО ОТДАЕТСЯ А) сорбентам Б) ферментам В) антибиотикам Г) противовирусным препаратам	А
237.	КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ ПЕРЕДАЮТСЯ _____ ПУТЕМ А) перкутанным Б) половым В) трансмиссивным Г) фекально-оральным	Г
238.	ЗАРАЖЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ ПРОИСХОДИТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО _____ ПУТЕМ А) трансплацентарным Б) водным В) контактно-бытовым Г) алиментарным	В
239.	ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ А) регидрона Б) имодиума В) энтерофурила Г) смекты	Б
240.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ А) гастроэнтерит Б) ларингит	А

	В) гастрит Г) панкреатит	
241.	ОСОБЕННОСТЬЮ ХОЛЕРЫ ЯВЛЯЕТСЯ А) интоксикация, менингеальный синдром, высокая летальность Б) начало заболевания с рвоты, затем появляется жидкий стул В) острое начало с многократной рвоты, гипертермического синдрома, сильных болей в животе, одновременно или несколько часов спустя появляется жидкий стул Г) начало заболевания с жидкого стула, затем появляется рвота	Г
242.	ДЛЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ШИГЕЛЛЕЗАХ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ А) токсикоза Киша Б) токсикоза с эксикозом В) нейротоксикоза Г) ИТШ	В
243.	СИМПТОМОМ ЭКСИКОЗА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ А) полиурия Б) западение большого родничка В) шелушение кожных покровов Г) влажный кашель	Б
244.	СТУЛ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ЧАЩЕ БЫВАЕТ В ВИДЕ А) болотной тины Б) рисового отвара В) малинового желе Г) «мясных помоев»	А
245.	ОСОБЕННОСТЬЮ ШИГЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ А) развитие непроходимости кишечника Б) развитие менингоэнцефалита В) появление экзантемы Г) возможность развития токсикоза с эксикозом	Г
246.	ПО ТИПУ РАЗВИТИЯ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА ОТНОСИТСЯ К «ИНВАЗИВНЫМ» КИШЕЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ А) торовирусная инфекция	В

	Б) калицивирусная инфекция В) шигеллез Г) холера	
247.	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ШИГЕЛЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ А) копрологический Б) бактериологический В) гематологический Г) вирусологический	Б
248.	ЭЛЕКТИВНОЙ СРЕДОЙ ДЛЯ САЛЬМОНЕЛЛ ЯВЛЯЕТСЯ СРЕДА А) Борде-Жангу Б) Эндо В) Левина Г) Раппопорта	Г
249.	ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА ПРИ ШИГЕЛЛЕЗАХ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ А) скудного, без калового запаха стула с примесью мутной слизи и крови Б) обильного жидкого стула с большим количеством зелени и слизи В) обильного зловонного стула с примесью слизи Г) жидкого, пенистого, не переваренного стула	А
250.	НА СКОЛЬКО ПОДГРУПП КЛАССИФИЦИРОВАНЫ БАКТЕРИИ РОДА SHIGELLA? А) шесть Б) три В) четыре Г) пять	В
251.	КАКОЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ТЕЧЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ПО ТИПУ «ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ»? А) энтероколит Б) гастроэнтерит В) гемоколит Г) гастрит	Г
252.	ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВИРУСНОЙ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ А) ротавирус	А

	Б) тоговирус В) риновирус Г) РС-вирус	
253.	ФИМБРИИ (ПИЛИ) ОБРАЗУЮТ БАКТЕРИИ РОДА SHIGELLA А) Бойда Б) дизентерии В) Флекснера Г) Зонне	В
254.	ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НА САЛЬМОНЕЛЛЕЗ ИСПОЛЬЗУЮТ КАК ОСНОВНОЙ МАТЕРИАЛ А) ликвор Б) слизь из носоглотки В) соскоб из розеол Г) каловые массы	Г
255.	ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ДИЗЕНТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ А) иерсинии Б) шигеллы В) клебсиелы Г) эшерихии	Б
256.	ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ОСТРЫХ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ А) вирусы Б) риккетсии В) бактерии Г) простейшие	В
257.	КЛИНИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ ВЫСТУПАЕТ А) мезентериальный Б) септический В) аппендикулярный Г) колитический	Г
258.	У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ПИЩЕВЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРОВОДЯТ ЗАБОР А) кала Б) крови В) мочи Г) спинномозговой жидкости	А

259.	МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ А) аллергологический Б) клинико-эпидемиологический В) биологический Г) инструментальный (ректороманоскопия)	Б
260.	НА ЧТО УКАЗЫВАЕТ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ В КОПРОГРАММЕ? А) дисбактериоз Б) тяжесть поражения кишечника В) воспалительный процесс в толстом кишечнике Г) воспалительный процесс в тонком кишечнике	В
261.	У БОЛЬНОГО С УМЕРЕННОЙ ЖАЖДОЙ И СУХОСТЬЮ СЛИЗИСТЫХ, НЕБОЛЬШОЙ ЛАБИЛЬНОСТЬЮ ПУЛЬСА, ЖИДКИМ СТУЛОМ 3-10 РАЗ В СУТКИ, СТЕПЕНЬ ДЕГИДРАТАЦИИ А) III, потеря жидкости 7-10% от массы тела Б) II, потеря жидкости 4-6% от массы тела В) I, потеря жидкости 1-3% от массы тела Г) 0, нет потерь жидкости	В
262.	ЗАПРЕЩЕННЫМИ ПРОДУКТАМИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ЯВЛЯЮТСЯ А) каши на воде Б) молочно-кислые продукты (кефир, творог) В) сухари из белого хлеба Г) каши на цельном молоке	Г
263.	ПРИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С ЭКСИКОЗОМ, ОРАЛЬНАЯ РЕГИДРАТАЦИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ ДОПОЛНЕНА ПАРЕНТЕРАЛЬНОЙ ПРИ А) наличии признаков гиповолемического шока Б) дефиците массы тела за счет обезвоживания 3-5% В) наличии синдрома первичного нейротоксикоза Г) эпизодической рвоте	А
264.	ПРИ ШИГЕЛЛЕЗАХ ЛЕЧЕНИЕ ОБЫЧНО ПРОВОДИТСЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ А) цитостатической терапии Б) гормонотерапии В) иммунотерапии	Г

	Г) антибиотикотерапии	
265.	СРЕДСТВОМ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ, КОТОРОЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ ШИГЕЛЛЕЗАХ У ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ А) стрептомицин Б) эрцефурил В) ципрофлоксацин Г) доксициклин	Б
266.	ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕОБХОДИМОГО ОБЪЁМА ВВОДИМОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ОБЕЗВОЖИВАНИИ НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ А) плотности мочи и крови Б) цветового показателя крови В) процента потери жидкости Г) степени анемии	В
267.	ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ ДЛЯ ОРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИМЕНЯЮТ А) регидрон Б) энтеродез В) смекта Г) лактофильтрум	А
268.	ПРИ РАЗВИТИИ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ПИЩЕВЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ПРИМЕНЯЮТ А) сердечные гликозиды Б) коллоидные растворы внутримышечно В) кристаллоидные растворы внутривенно Г) прессорные амины	В
269.	ВЕДУЩИЙ ПРИНЦИП ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХОЛЕРОЙ СОСТОИТ В ПРИМЕНЕНИИ А) иммуномодуляторов Б) коллоидов с целью дезинтоксикации В) гормональных средств для борьбы с шоком Г) регидратационных средств	Г
270.	ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА ПРИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ А) смекту Б) имодиум	А

	В) диакарб Г) фуросемид	
271.	ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ А) эритромицин Б) цефепим В) пенициллин Г) тетрациклин	Б
272.	В ЛЕЧЕНИИ ЛЕГКОЙ ФОРМЫ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ПРИМЕНЯЮТ А) витамины Б) ампициллин внутримышечно В) энтеросорбенты + обильное питье Г) парентеральное введение солевых растворов	В
273.	ОСТРЫЕ Кишечные инфекции ИНФЕКЦИИ ИМЕЮТ _____ МЕХАНИЗМ ИНФИЦИРОВАНИЯ А) фекально-оральный Б) воздушно-капельный В) трансмиссивный Г) парентеральный	А
274.	ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫЙ ПУТЬ ЗАРАЖЕНИЯ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ А) трансплацентарный Б) пищевой В) водный Г) контактно-бытовой	Г
275.	У ДЕТЕЙ ПО ЭПИДПОКАЗАНИЯМ ПРОВОДИТСЯ АКТИВНАЯ ИММУНИЗАЦИЯ (ВАКЦИНАЦИЯ) В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРИ А) протейной инфекции Б) сальмонеллезе В) холере Г) шигеллезе	В
276.	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ ПЕРЕДАЧИ САЛЬМОНЕЛЛ? А) цельные злаки Б) молочные продукты	Б

	В) кровососущие насекомые Г) иксодовые клещи	
277.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИАРЕЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ А) судороги Б) токсикоз В) септическое состояние Г) эксикоз	Г
278.	ОТНОСИТЕЛЬНО ПОЗДНИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЭКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ А) низкий тургор тканей Б) снижение объема диуреза В) тахикардия и тахипноэ Г) задержка заполнения капилляров ногтевого ложа	А
279.	ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ E.COLI А) всем пациентам первого года жизни с затяжным диарейным синдромом Б) всем пациентам с диареей, имеющим примесь крови в кале В) педиатрическим пациентам (любого возраста) с водянистой диареей Г) всем педиатрическим пациентам с эксикозом тяжелой степени тяжести	Б
280.	У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ С ТЯЖЕЛОЙ ГИПОТРОФИЕЙ ДИЗЕНТЕРИЯ ЧАЩЕ ОСЛОЖНЯЕТСЯ А) реактивным артритом Б) гемолитико-уремическим синдромом В) лейкомоидной реакцией Г) бактериемией	Г
281.	ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГАСТРОЭНТЕРИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ А) симптоматическое лечение противорвотными и антидиарейными средствами Б) рациональную антибиотикотерапию препаратами максимально широкого спектра В) поддержание нормальной гидратации и водно-электролитного баланса	В

	Г) терапию препаратами, содержащими пробиотические культуры микроорганизмов	
282.	СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ НЕТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ЭНТЕРОТОКСИГЕННЫХ И ЭНТЕРОАГГРЕГАТИВНЫХ ЭШЕРИХИОЗОВ У ДЕТЕЙ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В А) отказе от эмпирической антибактериальной терапии Б) выборе в качестве стартового препарата пероральных антибиотиков, не всасывающихся в ЖКТ В) выборе в качестве стартового препарата парентеральных антибиотиков широкого спектра действия Г) сокращении продолжительности курсов антибактериальной терапии	А
283.	ОРАЛЬНАЯ РЕГИДРАТАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ВЫБОРА КОРРЕКЦИИ ПОТЕРЬ ЖИДКОСТИ ПРИ ОСТРЫХ ГАСТРОЭНТЕРИТАХ У ВСЕХ ДЕТЕЙ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ А) пациентов с сопутствующей соматической или неврологической патологией Б) случаев заболевания детей первого года жизни В) пациентов с рвотой в течение нескольких часов Г) пациентов с тяжелым обезвоживанием	Г
284.	ПРИ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ А) жаропонижающих препаратов Б) антидиарейных средств В) антибиотиков из группы макролидов Г) антибиотикотерапии при легких формах заболевания	Б
285.	ЕСЛИ ПРОВОДИТЬ КОРРЕКЦИЮ ДИАРЕЙНЫХ ПОТЕРЬ ВОДОЙ, ТО У РЕБЕНКА МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ А) гиповолемический шок Б) гипернатриемический эксикоз В) внутриклеточный отек Г) уменьшение объема плазмы	В
286.	ИСХОД КИШЕЧНОГО ЭКСИКОЗА У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ЗАВИСИТ	А

	ОТ А) оперативности начала регидратации Б) организации рациональной антибиотикотерапии В) скорости транспортировки пациента в специализированное отделение Г) сроков прекращения потерь жидкости	
287.	МЕТОДОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ЭКСИКОЗА У ПЕДИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЕТСЯ А) парентеральная регидратация с внутрикостным доступом Б) парентеральная регидратация с внутрисосудистым доступом В) оральная регидратация высокоосмолярными растворами Г) оральная регидратация низкоосмолярными растворами	Г
288.	ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЭНТЕРОГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ЭШЕРИХИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ А) контакт со здоровым носителем энтерогеморрагических эшерихий Б) пребывание на эндемичных территориях, даже в туристических зонах В) контаминация пищевых продуктов или контакт со скотом Г) употребление в пищу птицы с плохой термической обработкой	В
289.	НАИБОЛЕЕ ВЫСОКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДИЗЕНТЕРИИ ОТМЕЧАЕТСЯ СРЕДИ А) дошкольников Б) детей первых месяцев жизни В) детей школьного возраста Г) взрослых на территориях, эндемичных по дизентерии	А
290.	ПЕРОРАЛЬНАЯ РЕГИДРАТАЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ А) инфекционно-токсическом шоке Б) токсикозе В) нейротоксикозе Г) эксикозе	Г
291.	ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВНУТРИВЕННОЙ	В

	РЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ОКИ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ОСЛОЖНЕНИЕ А) острая почечная недостаточность Б) острая печеночная недостаточность В) отек легких Г) инфекционно-токсический шок	
292.	ЛЕТНЕ-ОСЕННИЙ ПОДЪЕМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИМЕЕТ А) дизентерия Б) грипп В) ротавирусная инфекция Г) менингококковая инфекция	А
293.	ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДИЗЕНТЕРИИ КАЛ ИМЕЕТ ВИД А) горохового пюре Б) ректального плевка В) малинового желе Г) болотной тины	Б
294.	ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ БОЛЬ В ЖИВОТЕ А) постоянная, ноющего характера Б) появляется только после акта дефекации В) схваткообразная, усиливается перед актом дефекации Г) острая («кинжальная») после дефекации	В
295.	ПРИ ХОЛЕРЕ КАЛ ИМЕЕТ ВИД А) болотной тины Б) ректального плевка В) малинового желе Г) рисового отвара	Г
296.	ПРИ ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ РВОТА А) приносит облегчение Б) не приносит облегчения В) возникает при резком вставании больного Г) не связана с приемом пищи	А
297.	К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ХОЛЕРЕ ОТНОСИТСЯ А) серологический Б) бактериологический В) биологический Г) аллергологический	Б

298.	ЛЕТНЕ-ОСЕННИЙ ПОДЪЕМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ А) гриппе Б) дизентерии В) бруцеллезе Г) менингококковой инфекции	Б
299.	ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ ХАРАКТЕРЕН СТУЛ А) жидкий, пенистый, без патологических примесей Б) обильный, водянистый, типа «рисового отвара» В) скудный, с грубой слизью, патологическими примесями Г) жидкий, обильный, зловонный, с примесью жира	В
300.	РОТАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ ПРОТЕКАЕТ ПО ТИПУ А) гастроэнтерита Б) энтероколита В) дистального колита Г) псевдомембранозного колита	А

Ситуационные задачи для прохождения промежуточной аттестации

Задача 1.

Девочка, 3 лет, посещает детский сад. Заболела остро, с подъема температуры тела до 37,5°C и появления на коже волосистой части головы, туловища и конечностей пятнисто-папулезной сыпи. На следующий день отдельные элементы пятнисто-папулезной сыпи сформировались в везикулы, заполненные прозрачным содержимым. В последующие 2 дня температура тела 38,0°C, сыпь на тех же участках подсыпала, подобные высыпания обнаружены и на слизистой полости рта. Мать не купала ребенка. На 6-й день болезни состояние ребенка ухудшилось, температура тела 40,0°C, вялая, отказывается от еды. На коже элементы сыпи, покрытые корочками. В области спины появилась значительная зона гиперемии кожи, инфильтрация тканей, резкая болезненность. Пульс 120 в 1 минуту, тоны сердца приглушены. Менингеальных и очаговых симптомов нет. Стул, диурез не нарушены.

Клинический анализ крови: HGB -130 г/л, RBC - 3,8 x 10¹² /л, WBC - 17,5 x10⁹ /л, палочкоядерные –23%, сегментоядерные – 60%, эозинофилы – 3%, лимфоциты - 10%, моноциты - 4%, СОЭ –35 мм/час.

Вопросы

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Назначьте лабораторное обследование. Каких специалистов пригласите для оказания помощи больному?
3. Назначьте лечение и профилактические мероприятия

Ответ

1. Ветряная оспа. Осложнение: флегмона подкожно-жировой клетчатки.
2. Биохимический анализ крови: С-реактивный белок, прокальцитонин. Мазок с рото-носоглотки на микрофлору и чувствительность, ПЦР из зева и отделяемого из раны. Пригласить на консультацию хирурга.
3. Оказание хирургической помощи (вскрытие флегмоны) с назначением антибактериальной и иммунотерапии. Профилактические мероприятия – соблюдение санитарно-гигиенических норм ухода за ребенком (ежедневное мытье ребенка, обработка элементов спиртовыми растворами).

Задача 2.

Мальчик, 5 лет, заболел ветряной оспой. Получал лечение амбулаторно, поскольку заболевание протекало в легкой форме. На 8-й день от начала болезни, после нормализации температуры, состояние ребенка ухудшилось: вновь повысилась температура до 38°C, была однократная рвота, стала невнятной речь, при попытках ходить - ребенок падает. Участковым врачом направлен на госпитализацию в стационар.

При осмотре: состояние тяжелое, сознание спутанное, адинамичен. На коже лица, туловища, конечностей - единичные элементы высыпаний, покрытые корочками. Катаральных явлений нет. Тоны сердца приглушены. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот доступен пальпации, мягкий. Стоит неуверенно. Речь дизартрична. Положительные пальце-носовая и коленно-пяточная пробы. Менингеальных симптомов нет.

Эпидемиологический анамнез: в детском саду - несколько случаев ветряной оспы.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 136 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $5,5 \times 10^9/л$; п/я-2%, с/я- 25%, э-3%, л- 65%, м-5%, СОЭ- 4 мм/час.

Общий анализ мочи: - без патологии.

Спинномозговая жидкость: прозрачная, вытекает каплями, цитоз- 30/3, из них нейтрофилов 19%, лимфоцитов 81%, белок- 0,165 г/л, сахар - в норме, реакция Панди - отрицательная.

Вопросы

1. Поставьте клинический диагноз. Проведите обоснование диагноза.
2. Какие симптомы со стороны ЦНС и анализы свидетельствуют в пользу данного осложнения?
С какими заболеваниями будете проводить дифференциальный диагноз?
3. Назначьте медикаментозное лечение.

Ответ

1. Ветряная оспа. Осложнения: вирусный менингоэнцефалит. Повторное повышение температуры тела, рвота, неврологическая симптоматика – речь дизартрична, адинамия, спутанное сознание.
2. Речь дизартрична, адинамия, спутанное сознание, пункция спинного мозга (ликвор – цитоз 30, лимфоцитарного характера, белок 0,165 г/л). Бактериальный менингит, менингококцемия, энтеровирусный менингит
3. Противовирусная терапия внутривенно (Ацикловир 400 мг х 4 раза в сутки парентерально). Симптоматическая терапия. Наблюдение врачом-неврологом.

Задача 3.

Ребёнок 2 лет заболел остро, поднялась температура до 38,5°C. 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. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Назначьте план лечения.
3. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.

Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Ответ

1. Ветряная оспа. Среднетяжелая форма. Классическая форма. (Полиморфизм сыпи, повышение температуры тела, классические высыпания на волосистой части головы, слизистой полости рта и половых органах).

2. Обработка элементов на коже спиртовым раствором, слизистой рта и половых органов 1 % водный раствор метиленовый синий. Соблюдение санитарно-гигиенических норм (купание ребенка)

3. Всем контактным введение вакцины. Специфическая профилактика – проведение вакцинации против ветряной оспы дважды с интервалом 6-10 недель (Варилрикс, Окавакс, Варивакс).

Задача 4.

Девочка 2,5 лет заболела остро сутки назад, когда появилась многократная рвота, учащенный до 9 раз в сутки водянистый стул без патологических примесей на фоне фебрильной лихорадки до 38,7°C.

Из анамнеза: жалобы возникли остро с многократной рвоты (6 раз за прошедшие сутки) и фебрильной лихорадки, также отмечались жалобы на боли в горле, 3 ч спустя от появления первых симптомов присоединился учащенный до 9-10 раз в день водянистый стул без патологических примесей. Масса тела до заболевания 12 кг.

Объективно: температура тела 38,7°C. Состояние средней тяжести. Рост 91 см, масса тела 11,5 кг. Девочка активна. Эластичность кожи несколько снижена, слизистые ротовой полости суховаты, отмечается гиперемия и зернистость слизистой оболочки задней стенки глотки. Язык обложен белым налетом у корня. В легких пузырьное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 28 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 112 ударов в минуту. Живот умеренно вздут, болезненный в околопупочной области. Печень +1 см из-под края реберной дуги по правой среднеключичной линии, селезенка не пальпируется. Дизурии нет. Число мочеиспусканий – 5 раз за последние сутки, скудным объемом. Симптом поколачивания отрицательный. Стул жидкий, водянистый, без патологических примесей, до 10 р/сутки.

За пределы региона не выезжала. Девочка посещает группу короткого пребывания детского сада. В этой группе детского сада за последние 5 дней отмечается 6 сходных случаев заболевания. Привита по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 123 г/л, тромбоциты $254 \times 10^9/л$, лейкоциты – $4,6 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 35%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 57%, моноциты – 4%, СОЭ – 23 мм/ час.

Копрограмма: рН 5,2, йодофильная флора++, крахмал+, мышечные волокна ++, лейкоциты, эритроциты отсутствуют, эпителий++. Бактериологическое исследование кала – роста патогенной кишечной флоры не обнаружено.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Предложите план лабораторной диагностики данного заболевания.
3. Сформулируйте основные принципы терапии данного состояния у ребенка.

Ответ

1. Вирусный гастроэнтерит (предположительно ротавирусный), Осложнение: эксикоз-1 ст. На основании данных анамнеза (остро возникшая триада - рвота,

водянистая диарея, лихорадка, сопровождающаяся быстрым развитием обезвоживания, респираторными симптомами (фарингит)), данных эпиданамнеза (вспышка в детском организованном коллективе), физикального осмотра (оклопупочные боли в животе, водянистый стул, признаки эксикоза 1 ст.), данных лабораторного обследования (ОАК – умеренный лимфоцитоз, повышение СОЭ (вирусная инфекция), признаки нарушения переваривания углеводов в копрограмме, отрицательный бактериологический анализ кала). Эксикоз до 5% у детей – легкий.

2. Экспресс-тест кала на ротавирус: обнаружение АГ ротавируса в кале (иммунохроматография)\ или ПЦР кала на ротавирус (обнаружен).

3. А. Регидратация оральная

Признаки эксикоза 1 ст (потеря первоначальной массы тела до 5%) требуют применения дробной оральной регидратации детскими растворами со сниженной осмолярностью (250 мкосмоль/л) в 2 этапа: этап I — в первые шесть часов ликвидируют водно-солевой дефицит, возникший до начала лечения, 2 этап – компенсация дальнейших потерь.

Б. Диета с ограничением пищевых волокон и молочных продуктов

Пищевые волокна ограничиваются в диете для снижения ускоренной на фоне инфекции перистальтики, переваривание молочных продуктов ограничено вследствие вторичной дисахаридазной недостаточности при повреждении энтероцитов тонкой кишки.

В. Применение сорбентов

Сорбенты (смектит) – является патогенетической и этиотропной терапией вирусных диарей.

Задача 5.

Ребенок 6 месяцев. Родился в 38-39 недель от 2 беременности. Роды самопроизвольные. Мать страдает наркоманией, во время беременности в женской консультации не наблюдалась. Масса при рождении 2800г, рост 50 см. К груди не прикладывался. Мать в роддоме отказалась от ребенка.

В массе прибывает недостаточно. Масса в 6 месяцев 6050г. В период новорожденности перенес пиодермию. До настоящего времени 2-хкратно ОРВИ, кандидоз слизистых ротоглотки, в 3 месяца - сальмонеллез. Сохраняется неустойчивый стул до настоящего времени. Имеет место субфебрилитет в течение последнего месяца. Увеличены шейные, подчелюстные, подмышечные и паховые лимфоузлы в течение 3 месяцев. При осмотре обнаружено увеличение печени и селезенки.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Составьте план ведения данного ребенка.

Ответ

1. ВИЧ-инфекция (анамнез – мать из группы риска, рецидивирующие инфекции у ребенка с раннего возраста, длительный субфебрилитет, лимфаденопатия).
2. ОАК, ОАМ, ПЦР крови на РНК- ВИЧ; ИФА сыворотки крови на ВИЧ-инфекцию. При положительном результате – вирусная нагрузка, CD4-лимфоциты.
3. Наблюдение инфекционистом, назначение антиретровирусной терапии, лечение сопутствующих заболеваний. Вакцинация по индивидуальному календарю (после установления иммунологического статуса).

Задача 6.

Девочка 2,5 лет заболела сутки назад, когда после посещения бассейна повысилась температура тела до 38,6°C, появились насморк, кашель. Применение парацетамола в сиропе дало кратковременный эффект. Температура снизилась до 38,2°C.

Из анамнеза: стала посещать бассейн месяц назад. Респираторными инфекциями болеет 2-3 раза в год. Аллергологический, наследственный анамнезы не отягощены. Привита по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Посещает группу раннего дошкольного развития 3 раза в неделю.

Объективно: состояние тяжелое, температура 39,7°C, кожные покровы бледные, конечности цианотичные, холодные на ощупь, без сыпи. Носовое дыхание умеренно затруднено, обильное серозно-слизистое отделяемое из носовых ходов. Инъекция склер, скопление слизистой слизи в углах глаз. Слизистая небных дужек, миндалин розовая, умеренная гиперемия задней стенки глотки. В легких пуэрильное дыхание, крупнопузырчатые хрипы с обеих сторон, после кашля ослабевают. ЧДД – 38 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 132 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,0 см, селезенка не пальпируется. Стул размягчен, 2 раза за день. Мочеиспускание безболезненное.

Вопросы:

1. Сформулируйте имеющийся симптомокомплекс, сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Назовите показания к симптоматической терапии. Обоснуйте назначение этого/этих препаратов. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией.

Ответ

1. Гипертермический синдром («бледная лихорадка») на фоне ОРИ: на фоне гипертермической температуры конечности цианотичные, холодные на ощупь. Признаки ОРИ: Носовое дыхание умеренно затруднено, обильное серозно-слизистое отделяемое из носовых ходов. Инъекция склер, скопление слизи в углах глаз. При аускультации крупнопузырчатые хрипы в легких с обеих сторон, после кашля ослабевают. Размягчение стула. Возможно, аденовирусная инфекция.
2. План обследования:
 - общий анализ крови – нормальный или пониженный уровень лейкоцитов, повышение уровня лимфоцитов, нормальная или повышенная СОЭ;
 - экспресс-тест на грипп А, В, РС-вирус, стрептатест – возможен отрицательный результат.
 - при подтверждении вирусной инфекции – назначить противовирусные препараты.
3. Постельный режим;
 - жаропонижающие (парацетамол, ибупрофен в возрастной дозировке – сироп или суппозитории) + сосудорасширяющие (наличие спазма периферических сосудов вследствие централизации кровообращения) + антигистаминные (продолгование действия жаропонижающих препаратов)
 - санация полости носа, закапывание деконгестантов (нарушение носового дыхания);
 - промывания глаз раствором фурациллина (инъекция сосудов склер, скопление слизи в углах глаз);
 - дробное частое питье (профилактика потерь жидкости с повышенным обменом веществ, частоты дыхательных движений при лихорадке, при потении при снижении температуры). Госпитализация: при наличии фебрильных судорог, «устойчивости» лихорадки к проводимым мероприятиям, лихорадка неясного генеза, геморрагическая сыпь, нарушение сознания, возраст до 3 лет.

Задача 7.

Ребенок 3,5 лет заболел сегодня утром. Родители отметили, что утром после сна ребенок вялый, горячий на ощупь, ребенок жалуется на боли в ногах. Отмечено повышение температуры тела до 39,1°C. Других изменений не

выявлено. Применение парацетамола в сиропе дало кратковременный эффект. Температура снизилась до 37,9°C, однако к середине дня вновь поднялась до 39,2°C.

Из анамнеза: респираторными инфекциями болеет 2-3 раза в год. Аллергологический, наследственный анамнезы не отягощены. Привит по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Посещает ДДУ с 3 лет.

Объективно: состояние тяжелое, температура 39,7°C, кожные покровы розовые, гиперемия щек, конечности горячие на ощупь, без сыпи. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Слизистая небных дужек, миндалин, задняя стенка глотки розовые, налетов нет. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 34 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 132 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,0 см, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план экспресс-обследования. Какие результаты ожидаете получить? Назовите показания к этиотропной и симптоматической терапии. Обоснуйте назначение этого/этих препаратов.
3. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией. Назовите профилактические мероприятия для предотвращения данного заболевания.

Ответ

1. Гипертермическая лихорадка («розовая») на фоне ОРВИ: на фоне гипертермической температуры щеки гиперемированы, конечности горячие на ощупь, боли в ногах. Возможно, грипп.
2. План обследования:
 - экспресс-тест на грипп А, В – ожидается положительный результат, РС-вирус, стрептатест – отрицательный результат.
 - общий анализ крови – пониженный уровень лейкоцитов, повышение уровня лимфоцитов, нормальная или повышенная СОЭ;
 - при подтверждении гриппа назначить противогриппозные (осельтамивир) – прямое действие на нейраминидазу вируса гриппа.
 - жаропонижающие (парацетамол, ибупрофен в возрастной дозировке – сироп или суппозитории) + антигистаминные (продолгование действия жаропонижающих препаратов)
 - дробное частое питье (профилактика потерь жидкости с повышенным обменом веществ, частоты дыхательных движений при лихорадке, при

потении при снижении температуры).

3. При наличии фебрильных судорог, «устойчивости» лихорадки к проводимым мероприятиям, геморрагическая сыпь, нарушение сознания, возраст до 3-х месяцев. Профилактика: ежегодная вакцинация от гриппа.

Задача 8.

Мальчик 9 лет заболел остро, с повышения температуры тела до 38°C, появилась боль в горле при глотании.

Из анамнеза жизни известно, что мальчик привит двукратно против дифтерии

АДС-М анатоксином в возрасте до 1 года. В последующем имел отвод в связи с тем, что был диагностирован эписиндром.

На 2-й день болезни состояние средней тяжести, бледный, адинамичный. Из рта приторно-сладковатый запах. Кожные покровы чистые. На миндалинах с обеих сторон сероватые, плотные налёты в виде островков, не 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. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Составьте план обследования, подтверждающий этиологию заболевания. Назначьте лечение.
3. Меры профилактики инфекции.

Ответ

1. Дифтерия ротоглотки, типичная, локализованная форма. Диагноз поставлен на основании данных клинического осмотра: сдавленного голоса, наличия сероватых, плотных налётов в виде островков, не распространяющиеся на нёбо и заднюю стенку глотки, плохо снимающихся и оставляющих кровоточащую поверхность, что является типичным признаком дифтерии: фибринозная плёнка + ткань. Плотность налётов в ротоглотке обусловлена действием экзотоксина дифтерийной палочки, приведшего к выпадению нитей фибрина (фибринозный характер плёнки). Общее состояние средней тяжести, умеренная интоксикация, приторно-сладковатого запаха изо рта типичны для дифтерии ротоглотки. Анамнез подтверждает отсутствие у ребёнка вакцинальных антител, так как ребёнок не получил полной вакцинации от дифтерии: мальчик привит от дифтерии только двукратно в возрасте до 1 года: в 3 мес. - АКДС и в 4,5 мес. - АДС-М анатоксином, последующие вакцинации ребёнку не проводились из-за мед. отвода, что не позволило сформироваться достаточному иммунному ответу.
2. Бактериоскопическое (предварительное), позволяющее обнаружить Gr+ коринебактерии, расположенные под углом друг к другу с булавовидными

утолщениями на концах. Ведущее значение имеет бактериологическое исследование: мазки из зева, носа на *C. diphtheriae*; 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.

Лечение в инфекционном отделении стационара. Постельный режим на 30-45 суток. Питание: пища жидкая и полужидкая с достаточным калоражем. Антитоксическая противодифтерийная сыворотка (АПДС) в дозе 60 тыс. МЕ в/м и/или в/в. Доза АПДС зависит от формы дифтерии и определяется в соответствии с приказом МЗ РФ. Критерий эффективности – исчезновение плёнок с миндалин. Антибактериальная терапия: цефалоспорины 3 поколения курсом 7-10 дней.

Стабилизация гемодинамики и детоксикация. Инфузионная терапия в объёме, не превышающем физиологическую потребность в жидкости или 2/3 объёма (при сердечно-сосудистой недостаточности); гормоны (преднизолон, дексаметазон) в дозе от 2 до 15 мг/кг/сут (по преднизолону). Синдромальная терапия.

3. Специфическая профилактика: вакцинация от дифтерии проводится в плановом порядке АКДС вакциной согласно национальному календарю профилактических прививок начиная с 3 месячного возраста, вторая вакцинация в 4,5 месяца, третья в 6 месяцев. Ревакцинация проводится в 18 месяцев и в 6-7 лет вакциной АКДС (по медицинским показаниям АДС-анатоксином), затем в 14 лет (АДС-анатоксином) и далее каждые 10 лет.

Мероприятия в очаге: 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 *C. diphtheriae*. Допуск переболевших в коллектив при клиническом выздоровлении и 2 отрицательных результатах бак. обследования.

Задача 9.

Девочка 6 лет заболела тяжёлой ангиной. Назначено лечение антибактериальным препаратом амоксициллин/клавуланат, взят мазок из зева и носа на коринебактерии дифтерии.

Эпидемиологический анамнез: ребёнок из группы часто болеющих, не вакцинирована.

Объективный статус: бледная, вялая, температура 38°C, ЧДД - 30 в минуту; ЧСС -125 уд в мин, АД - 80/50мм рт. ст. Плёнчатые наложения выходят за пределы миндалин, отмечается отёк шейной клетчатки до ключиц. Из рта приторно-сладковатый запах. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выходит из-под края рёберной дуги,

безболезненная. Мочится регулярно. Масса - 21 кг.

Общий анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – $14,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные - 53%, лимфоциты - 28%, моноциты - 7%, СОЭ - 38 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1018 г/л, белка нет, эпителий пл. – ед. в поле зрения.

Получены результаты бак. посева отделяемого из носа и ротоглотки: выделена токсигенная коринебактерия дифтерии тип *gravis*.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Назначьте план обследования и лечения.
3. Профилактические мероприятия при данном заболевании. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Ответ

1. Дифтерия ротоглотки, типичная, токсическая форма, 2 степень. Диагноз «дифтерия ротоглотки» поставлен на основании данных анамнеза и осмотра: заболевание началось с синдрома интоксикации (повышение температуры до 38°C), а также боли в горле, гиперемии зева. При осмотре: миндалины отёчные с плёнчатыми наложениями, выходящими за пределы миндалин, отёком шейной клетчатки. Выделена коринебактерия дифтерии.

Критериями токсической формы являются отёк подкожно-жировой клетчатки, выраженность симптомов интоксикации, наличие осложнений в виде миокардита.

2. Обязательная госпитализация в инфекционную больницу.

Добследование – ЭКГ, ЭХО КГ для исключения дифтеритического миокардита. Биохимический анализ крови – для определения функции почек, печени.

Строгий постельный режим. Этиотропное лечение: введение противодифтерийной антитоксической сыворотки.

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

Патогенетическая терапия: дезинтоксикация (реополиглюкин и глюкозосолевые растворы в соотношении коллоидов и кристаллоидов 1:2 внутривенно капельно с учётом физиологической потребности в жидкости и потерь на интоксикацию).

Гормонотерапия (Преднизолон 1–2 мг/кг.).

Местно: полоскание зева антисептиками.

3. Специфическая профилактика осуществляется вакцинацией АКДС-вакциной (АДС анатоксином) в 3, 4,5 и 6 месяцев, R1 – в 18 месяцев, R2 – в 7 лет, 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.

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 очаге: при выявлении больного дифтерией в детском учреждении устанавливается карантин на 7 дней. Все контактные, в том числе персонал, одновременно обследуются на носительство дифтерийной палочки и наблюдаются в течение 7 дней с ежедневной термометрией.

Осмотр ЛОР. При выявлении носителей токсигенных коринебактерий, все контактные обследуются еще раз до получения у всех отрицательного результата. Выявленные носители изолируются и лечатся в стационаре. Условия выписки: больные, перенёсшие 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.

Задача 10.

Девочка 11 лет в течение нескольких дней жаловалась на слабость, затруднение носового дыхания. Отмечались низкий субфебрилитет, гнусавость голоса. Последние 3 дня температура повысилась до 38-39,0°C. Родители давали девочке жаропонижающие средства в возрастной дозировке.

Из анамнеза: болеет респираторными инфекциями 4-5 раз в год. Аллергологический и наследственный анамнезы не отягощены. Привита по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Последнюю неделю школу не посещала в связи с каникулами.

Осмотрена на дому участковым врачом. Объективно: температура тела 38,6°C, кожные покровы розовые, высыпаний нет. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки гиперемированы. Миндалины увеличены в размерах, в лакунах бело-желтые легко снимающиеся наложения без распространения за пределы миндалин. Лимфатические узлы всех групп увеличены, особенно - шейные; по заднему краю каждой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы определяется «цепочка» лимфатических узлов размерами около 2 см в диаметре. Во всех группах лимфатические узлы эластической консистенции, подвижные, не спаянные между собой, умеренно чувствительные при пальпации; цвет кожных покровов над ними не изменен. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД – 25 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 102 удара в минуту, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, селезенка на 2 см. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул оформленный, 1 раз в сутки.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 132 г/л, ЦП - 0,86, лейкоциты – $16,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 1%,

сегментоядерные – 34%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 30%, моноциты – 16%, атипичные мононуклеары - 18%, СОЭ – 23 мм/ час.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Какой режим необходимо применить у ребенка с данной патологией. Составьте план лечения данного ребенка.

Ответ

1. Инфекционный мононуклеоз
2. Обследование:
 - АТ класса IgM к Ag капсида вируса Эпштейна-Барр, их avidность;
 - молекулярно-генетическая ПЦР диагностика.
3. Лечение:
 - В острой фазе заболевания необходимо соблюдение постельного режима.
 - Противовирусные средства: интерферон альфа-2b + таурин (Генферон лайт), меглюмина акридонацетат (Циклоферон), Анаферон детский, Эргоферон, симптоматическое лечение.
 - При высокой температуре тела назначают антипиретики (парацетамол, ибупрофен).
 - При бактериальных суперинфекциях необходима антибиотикотерапия.
 - При развитии обструкции дыхательных путей назначают глюкокортикоиды (преднизолон по 2 мг/кг в сутки с постепенным снижением дозы в течение 5–7 суток).

Задача 11.

Мальчик 8 месяцев, госпитализирован в стационар с приступообразным кашлем, сопровождающимся появлением цианоза.

Из анамнеза: заболел около недели назад, когда появился редкий сухой кашель, который в последующие дни усилился, участился и стал приступообразным, в том числе в ночное время. Приступы кашля сопровождаются покраснением, а затем посинением лица. Температура тела не повышалась. У матери ребенка отмечается сухой кашель в течение 1,5 месяцев. Наследственный анамнез не отягощен. Профилактические прививки не проводились в связи с отказом родителей.

Объективно: температура тела 36,8⁰С. Кожа бледно-розового цвета, на веках — петехии. Кашель приступообразный, после кашлевых толчков следует глубокий затрудненный вдох, ребенок краснеет, затем синеет. Некоторые приступы кашля оканчиваются рвотой со скудным слизистым отделяемым или апноэ. Приступы кашля повторяются до 18 раз в сутки. Слизистая оболочка

небных дужек, задней стенки глотки слегка гиперемированы. Носовое дыхание слегка затруднено, отделяемого из носа нет. Частота дыхания 32 в мин. Отмечается вздутие грудной клетки, коробочный звук при перкуссии. В легких выслушиваются рассеянные сухие хрипы. ЧСС 130 в мин. Тоны сердца звучные. Границы сердца не изменены. Печень пальпируется на 2 см ниже реберной дуги, селезенка не пальпируется. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 129 г/л, лейкоциты – $18 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 15%, лимфоциты – 77%, моноциты – 6%, СОЭ – 9 мм/ час.

Общий анализ мочи: цвет – желтый, прозрачность – полная, относительная плотность – 1012 г/л, белок – не обнаружен, лейкоциты – 3-4 в поле зрения, эритроциты – отсутствуют, слизь – немного, соли, бактерии – отсутствуют.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией. Составьте план лечения данного ребенка. Назовите подходы к профилактике данного заболевания

Ответ

1. Коклюш, период спазматического кашля, среднетяжелая форма.
2. Определение ДНК *Bordetella pertussis* методом ПЦР в мазке из носоглотки/ротоглотки, определение специфических антител IgM, IgG к *Bordetella pertussis* методом ИФА. Рентгенография органов грудной клетки.
3. Госпитализируют детей первых месяцев жизни, больных с тяжелым коклюшем и по социальным показаниям. Антибиотики показаны в ранние сроки — в катаральном и в начале спазматического периода (макролиды, амоксициллины, цефалоспорины). Прогулки на свежем воздухе. Профилактика — вакцинация.

Задача 12.

Вызов участкового врача на дом к девочке 5 лет с жалобами на приступообразный навязчивый кашель.

Из анамнеза: заболела 8 дней назад, когда появился редкий сухой кашель. В последующем кашель участился и стал приступообразным, возникал преимущественно в ночное время. Приступы кашля сопровождаются высовыванием языка, между кашлевыми толчками отмечается звучный громкий вдох, в конце приступа кашля отделяется небольшое количество

вязкой светлой мокроты, некоторые приступы кашля оканчиваются рвотой. Приступы кашля повторяются 15-18 раз в сутки. Лихорадки не было. Наследственный анамнез неотягощен. Профилактические прививки проводились по индивидуальному календарю, после первого введения АКДС отмечалась припухлость и болезненность в месте введения, в связи с чем от дальнейшего введения вакцины родители отказались. Девочка посещает детский сад.

Объективно: температура тела 36,4°C. Кожа бледно-розового цвета, на веках, висках — петехии. Кашель приступообразный. Слизистая оболочка небных дужек, миндалин, задней стенки глотки слегка гиперемированы. На уздечке языка обнаружена язвочка. Носовое дыхание несколько затруднено, отделяемого из носа нет. Частота дыхания 25 в мин. В легких выслушиваются рассеянные сухие хрипы. ЧСС 102 в мин. Тоны сердца звучные. Границы сердца не изменены. Печень пальпируется на 1 см ниже реберной дуги, селезенка не пальпируется. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

Общий анализ крови: эритроциты — $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 135 г/л, лейкоциты — $17 \times 10^9/л$, эозинофилы — 2%, палочкоядерные — 2%, сегментоядерные — 17%, лимфоциты — 75%, моноциты — 5%, СОЭ — 8 мм/ час.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией. Составьте план лечения данного ребенка. Назовите подходы к профилактике данного заболевания

Ответ

1. Коклюш, период спазматического кашля, среднетяжелая форма.
2. Определение ДНК *Bordetella pertussis* методом ПЦР в мазке из носоглотки/ротоглотки, определение специфических антител IgM, IgG к *Bordetella pertussis* методом ИФА.
3. Госпитализируют детей первых месяцев жизни, больных с тяжелым коклюшем и по социальным показаниям. Антибиотики показаны в ранние сроки — в катаральном и в начале спазматического периода (макролиды, амоксициллины, цефалоспорины). Прогулки на свежем воздухе. Для купирования сухого мучительного кашля — противокашлевые (бутамират). Вакцинация. Ребенка изолируют на дому на 25–30 дней от начала болезни. Дети в возрасте до 7 лет, общавшиеся с больным коклюшем, не привитые и не болевшие коклюшем, подлежат разобщению на 14 дней с момента контакта. В детских коллективах проводят двукратное бактериологическое обследование детей и персонала.

Задача 13.

Мальчик 12 лет в течение 5 дней находился на амбулаторном лечении по поводу острого респираторного заболевания, отмечались выраженные катаральные явления, конъюнктивит. В качестве симптоматического лечения получал жаропонижающие препараты, полоскание горла, сосудосуживающие капли в нос. На 5-ый день болезни состояние ухудшилось: температура тела повысилась до 40°C, появилась сыпь за ушами и на лице, усилился кашель. На 6-ой день болезни госпитализирован в инфекционный стационар с диагнозом «Острая респираторная инфекция, тяжелое течение, токсико-аллергическая реакция на ибупрофен?».

В приемном отделении: состояние средней тяжести, лихорадка 39,5°C, на лице, туловище обильная пятнисто-папулезная, местами сливная сыпь, без зуда, фон кожи не гиперемирован. Пальпируются подчелюстные, переднешейные лимфоузлы, диаметром около 1-1,5 см, мягкие, безболезненные. Гиперемия задней стенки глотки, небных дужек, налетов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 100 в минуту. В легких выслушиваются рассеянные сухие хрипы на фоне жесткого дыхания, ЧДД 22 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, физиологические отправления не нарушены. На следующий день мальчик продолжает высоко лихорадить, сыпь распространилась на конечности, в то время как на лице и туловище приобрела бурый оттенок, на лице появилось мелкочешуйчатое шелушение. Отмечается малопродуктивный кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, ЧДД 28 в минуту, усилилась слабость. В проекции нижних отделов левого легкого сзади выслушиваются крепитирующие хрипы.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз ребенка.
2. Составьте комплекс лабораторно-инструментальных исследований для подтверждения диагноза.
3. Определите тактику ведения больного.

Ответ

1. Клиническая картина болезни соответствует коревой инфекции, периоду сыпи (разгара). Для кори характерна этапность течения: катаральный период протекает с симптомами интоксикации, катаральными явлениями, явлениями конъюнктивита, на 5-6 день появляется сыпь с поэтапным распространением с лица на туловище, в дальнейшем на конечности, с поэтапным же ее угасанием и шелушением. На коревую указывает и характер сыпи: пятнисто-папулезная на неизменном фоне, не зудящая. Сохранение интоксикации на фоне угасания сыпи, усиление кашля, одышки, появления крепитации в проекции нижних отделов

левого легкого позволяют предположить осложнение кори в виде левосторонней нижнедолевой пневмонии.

2. Для лабораторного подтверждения диагноза следует сделать серологическое исследование на антитела к кори класса IgM методом ИФА. В общем анализе крови возможно выявление лейкоцитоза с нейтрофилезом (т.к. это корь, осложненная бактериальной пневмонией, при неосложненной характерна лейкопения с лимфоцитозом) и повышения СОЭ. Необходимо также выполнить рентгенологическое исследование легких и посев мокроты для возможной коррекции антибактериальной терапии.
3. Госпитализация больного в данном случае обоснована из-за высокой интоксикации и наличия осложнений коревой инфекции. Показана антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия (защищенные пенициллины/цефалоспорины 3 поколения), обильное питье, отхаркивающие препараты.

Задача 14.

Педиатр повторно осматривает девочку 5 лет. Из анамнеза известно, что заболевание началось остро, 6 дней назад, когда девочка пожаловалась на слабость, головную боль, появилась лихорадка до 38,4°C. На следующий день развился сухой кашель, появился насморк, конъюнктивит. Врач диагностировал острую респираторную инфекцию, назначил симптоматическое лечение. Через 5 дней температура тела снизилась до 37,0-37,3°C, но самочувствие оставалось плохим. Сегодня утром вновь отмечено повышение температуры тела до 39,2°C, усилилась головная боль. Мама заметила появление сыпи на лице и шее. Подъем температуры и сыпь послужили причиной повторного вызова врача.

Из анамнеза жизни: ребенок от 1-й физиологически протекавшей беременности, срочных родов, массой тела – 3150 г, длиной – 51 см. Развивалась по возрасту. Прививалась по индивидуальному календарю в связи с частыми респираторными инфекциями. Есть младшая сестра 3,5 лет, которая посещает детский сад, не вакцинирована.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 38,7°C. Ребенок капризен. Гиперемия задней стенки глотки, небных дужек. На слизистой щек в области верхних премоляров – единичные бледные элементы энантемы. За ушами, на лице – яркая крупнопятнистая сыпь сливного характера. Пальпируются подчелюстные, переднешейные лимфоузлы диаметром около 1,5 см, мягкоэластической консистенции, не спаянные, безболезненные. Веки отёчные, конъюнктив гиперемирован. Обильные выделения из носа. ЧД – 20 в 1 мин. Малопродуктивный кашель. Дыхание жесткое, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. ЧСС – 104 в 1 мин. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет.

Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень, селезенка не увеличены. Стул был утром, оформленный, мочится безболезненно.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз ребенка.
2. Назовите заболевания, которые необходимо исключить в ходе дифференциально-диагностического поиска.
3. Назовите мероприятия, необходимые в отношении младшей сестры девочки.

Ответ

1. Клиническая картина болезни соответствует коревой инфекции, которой характерна этапность течения: катаральный период протекает с симптомами интоксикации, катаральными явлениями, явлениями конъюнктивита, постепенным снижением температуры на фоне плохого самочувствия и нарастающих катаральных симптомов. В конце первого периода на слизистой оболочке полости рта можно заметить патогномичный симптом кори – пятна Филатова-Бельского-Коплика, которые как раз угасали к моменту визита врача. В настоящий момент девочка находится во втором периоде течения заболевания – периоде высыпаний, характеризующимся повторным подъемом температуры до фебрильных цифр и появлением крупнопятнистой, иногда сливной, сыпи вначале за ушами и на лице, в течение 3-4 дней распространяющейся на туловище и конечности.
2. В катаральном периоде коревую инфекцию дифференцируют с острой респираторной инфекцией (ОРИ) (особенно аденовирусной), однако при ОРИ самочувствие улучшается вместе со снижением лихорадки, в конце катарального периода при кори – пятна Филатова-Бельского-Коплика. В периоде сыпи – с аллергическими проявлениями (аллергодерматозы зудят, уменьшаются после приема антигистаминных), краснухой (нет этапности, минимальные катаральные явления), скарлатиной (нет этапности, сыпь мелкоточечная, тонзиллит), др. инфекциями с синдромом сыпи.
3. Невакцинированной девочке была бы показана экстренная вакцинация от кори в течение первых 72 часов с момента контакта или экстренная профилактика путем введения иммуноглобулина в течение 5 дней с момента контакта. Поскольку диагноз кори поставлен на 6 сутки заболевания, в настоящий момент младшей сестре необходимо будет соблюдать карантин с 7 по 17 день от контакта с заболевшим ребенком.

Участковый педиатр вызван на дом к мальчику 8 лет, у которого сегодня утром на лице, груди, спине, ягодицах, руках и ногах мать обнаружила мелкопятнистую сыпь. Семья проживает в отдельной квартире. Мальчик посещает школу (2-й класс).

Мальчика беспокоят недомогание, небольшой насморк, повышение температуры тела.

Мальчик от 1-й беременности, протекавшей с анемией у матери в 3-м триместре. Роды в срок, масса тела при рождении 3500 г, длина 51 см. Закричал сразу. К груди приложен в родильном блоке, сосал активно. На грудном вскармливании находился до 1 года. Рос и развивался по возрасту. На первом году жизни отмечался атопический дерматит. До 2-х лет вакцинопрофилактика проводилась в соответствии с Национальным календарём профилактических прививок РФ, позже не прививался в связи с частыми ОРВИ. Реакция Манту отрицательная.

Недомогание, небольшой насморк наблюдаются второй день. Вчера вечером съел много шоколадных конфет. При осмотре: повышение температуры тела ($37,3^{\circ}\text{C}$), небольшая гиперемия зева, мелкопятнистая сыпь на лице, туловище, конечностях (преимущественно на разгибательных поверхностях), увеличение и болезненность заднешейных и затылочных лимфатических узлов.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Методы обследования при атипичном течении заболевания.
2. Выберите лечебную тактику. Показания к госпитализации детей с данным заболеванием.
3. Профилактика данного заболевания.

Ответ

1. Краснуха. Клиническая картина заболевания (характер сыпи, увеличение и болезненность заднешейных и затылочных лимфоузлов, невыраженные катаральные явления) типична для краснухи.

В диагностике заболевания при атипичном течении помогают характерная картина периферической крови (лейкопения, относительный лимфоцитоз, увеличение числа плазматических клеток), выявление специфических антител класса Ig M к вирусу краснухи методом ИФА.

2. При неосложненной краснухе терапия симптоматическая.

Лечение больных легкой и средней степени тяжести осуществляется при отсутствии противопоказаний в амбулаторных условиях. Обязательная госпитализация показана при тяжелом течении заболевания, детям из учреждений с круглосуточным пребыванием независимо от формы болезни.

3. Карантин по краснухе не устанавливают. Больного изолируют на 5 дней. Контактировавшие с больным дети подлежат ежедневному осмотру в течение 21 дня.

В соответствии с Национальным календарём профилактических прививок в РФ вакцинация против краснухи проводится в регламентированные сроки (в 12 месяцев, ревакцинация в 6 лет). Не болевшие, не привитые, привитые однократно, не имеющие сведений о прививках против краснухи подлежат вакцинации до 18 лет, женщины – до 25 лет включительно.

Задача 16.

Больной Д. 15 лет доставлен в инфекционный стационар бригадой скорой медицинской помощью из летнего детского лагеря с диагнозом «менингококковая инфекция». Состояние при поступлении тяжелое. Сознание угнетено до сопора. Температура тела $40,0^{\circ}\text{C}$. На коже туловища, конечностей обильная геморрагическая сыпь звездчатого характера, возвышающаяся над поверхностью кожи, местами сливная. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 128 уд/мин. АД 90/60 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, ЧД – 32 в мин. Язык сухой обложен. Печень и селезенка не пальпируются. Резко выражен менингеальный синдром: ригидность затылочных мышц, симптом Кернига и верхний симптом Брудзинского. Очаговой симптоматики нет.

Из анамнеза известно, что заболел остро, с озноба, температуры до $38,5^{\circ}\text{C}$, головной боли, рвоты 3-5 раз. На 2-ые сутки состояние больного ухудшилось, на окружающее реагирует неадекватно, на коже туловища заметили геморрагическую сыпь.

Эпидемиологический анамнез: за неделю до настоящего заболевания у больного в области носогубного треугольника отмечался фурункул, который он самостоятельно выдавил.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Наметьте план дополнительного обследования и санитарных мероприятий в детском лагере.
3. Составьте план лечения данного ребенка.

Ответ

1. Предварительный диагноз: Менингококковая инфекция, генерализованная форма (менингококцемия), тяжелое течение. Диагноз ставится на основании: анамнеза (острое начало, выраженная

интоксикация: головная боль, лихорадка, рвота), характерного кожного синдрома (геморрагическая звездчатая сыпь), тахикардия, тахипноэ, падение АД, положительные менингеальные знаки.

2. Бактериологическое исследование слизи из носоглотки (менингококк), крови на менингококк, спинно-мозговая пункция с лабораторным исследованием ликвора (вытекает под давлением, нейтрофильный цитоз, цвет желто-зеленый, повышение уровня белка), коагулограмма (возможно изменение свертывающей системы крови). В детском лагере необходимо объявить карантин на 10 дней. Всем контактным измеряется температура, дважды делается посев со слизистой носа и глотки на менингококк. У выявленных носителей проводят антибиотикотерапию до получения отрицательных результатов.
3. Данная инфекция относится к нейроинфекциям, протекающим тяжело, часто вызывающим осложнения и, возможно, при отсутствии своевременной помощи и адекватной терапии – смертельный исход. Госпитализация обязательна. Необходим постельный режим, наблюдение в условиях палаты интенсивной терапии. Антибактериальная терапия (бензилпенициллин или хлорамфеникол), детоксикационная (инфузионная) терапия солевыми и коллоидными растворами; глюкокортикостероиды, жаропонижающие.

Задача 17.

Девочка 3-х лет заболела сегодня, повысилась температура тела до 39,5°C, появились единичные геморрагические высыпания в области бедер. Девочка беспокойна, запрокидывает голову, плачет, отказывается от еды.

Из анамнеза: 4 дня назад у ребенка отмечался насморк, слизисто-гнойное отделяемое из носа. 6 месяцев назад стала посещать ДДУ. Респираторными инфекциями болеет до 6 раз в год. Аллергологический, наследственный анамнезы не отягощены. Привита по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

Объективно: состояние тяжелое, постанывает, температура 39,7°C, кожные покровы гиперемированы, в области бедер и нижней части брюшной стенки единичные геморрагические высыпания звездчатого характера от 3 до 6 мм, при надавливании не исчезают и возвышаются над кожей. Слизистая ротоглотки с краевой гиперемией, влажная, язык на всем протяжении обложен белым налетом. Ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 40 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 120 ударов в минуту. АД 70\30мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2см, селезенка не пальпируются. Стула сегодня не было. Мочеиспускания безболезненное, 5-6 раз в сутки.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 110 г/л, лейкоциты – $12,4 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы – 2%, п\я – 6%, с\я – 60%, лимфоциты – 25%, моноциты – 7%, СОЭ – 33мм/ час.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Составьте план лечения данного ребенка. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией.

Ответ

1. Предварительный диагноз: Менингококковая инфекция, генерализованная форма (менингококцемия), тяжелое течение. Диагноз ставится на основании: анамнеза (предшествовал назофарингит, острое начало, выраженная интоксикация: головная боль, лихорадка), характерного кожного синдрома (геморрагическая звездчатая сыпь), тахикардия, тахипноэ, падение АД, положительные менингеальные знаки.
2. Бактериологическое исследование слизи из носоглотки (менингококк), крови на менингококк, спинно-мозговая пункция с лабораторным исследованием ликвора (вытекает под давлением, нейтрофильный цитоз, цвет желто-зеленый, повышение уровня белка), коагулограмма (возможно изменение свертывающей системы крови).
3. Данная инфекция относится к нейроинфекциям, протекающим тяжело, часто вызывающим осложнения и, возможно, при отсутствии своевременной помощи и адекватной терапии – смертельный исход. Госпитализация обязательна. Необходим постельный режим, наблюдение в условиях палаты интенсивной терапии. Антибактериальная терапия (бензилпенициллин или хлорамфеникол), детоксикационная (инфузионная) терапия солевыми и коллоидными растворами; глюкокортикостероиды, жаропонижающие.

Задача 18.

Мальчик 7 лет, амбулаторный прием у педиатра. Жалобы на подъем температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, насморк со слизистым отделяемым, кашель.

Из анамнеза: заболел 3 дня назад, когда появился насморк, заложенность носа, слизистое отделяемое из носа, сухой кашель, лихорадка до 38°C . Принимал ибупрофен, в нос – сосудосуживающие капли. На 3 день кашель

стал малопродуктивным.

Ребенок от 2 беременности, протекавшей физиологически, 2 срочных родов. Масса тела при рождении 3350 г, длина 51 см. На грудном вскармливании до 1,5 лет. Профилактические прививки в соответствии с Национальным календарем, без реакций. Перенесенные заболевания – ОРВИ 5-6 раз в год. Наследственность неотягощена. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: состояние ближе к удовлетворительному. Отмечается малопродуктивный кашель. Кожные покровы чистые. Слизистая оболочка небных дужек, миндалин, задней стенки глотки гиперемирована, налетов на миндалинах нет. Носовое дыхание затруднено, слизистое отделяемое. Лимфоузлы не увеличены. Частота дыхания 25 в мин, ЧСС 88 в мин. Тоны сердца звучные, ритмичные. Границы сердца в пределах нормы. Перкуторно над легкими звук ясный легочный. Дыхание в легких проводится по всем полям, жесткое, выслушиваются диффузные непостоянные грубые сухие и разнокалиберные влажные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и диурез без особенностей.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 138 г/л, лейкоциты – $5 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 54%, лимфоциты – 38%, моноциты – 6%, СОЭ – 8 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования (лабораторные и/или инструментальные методы). Какие результаты ожидаете получить?
3. Составьте план лечения данного ребенка.

Ответ

1. Острый бронхит. ОРВИ, острый назофарингит.
2. Не требуется
3. Теплое питье в достаточном объеме (до 100 мл/кг/сут), орошение носа солевыми растворами. Антибиотики не показаны. Возможно назначение мукоактивных препаратов.

Задача 19.

Девочка 7 лет жалуется на быструю утомляемость ребенка, плохую успеваемость в школе, частые головные боли и боли в животе, иногда боли в

суставах летучего характера.

Роды на 37 неделе, масса при рождении – 2910 г, рост - 49 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. В периоде новорожденности до 3 недель сохранялась желтушность кожных покровов. До 1 года грудное вскармливание. Привита согласно национальному календарю – без патологических реакций. Реакция Манту в 7 лет – папула 4 мм. В 6 лет из-за последствий автомобильной аварии находилась в отделении реанимации (получала препараты крови), наблюдалась у травматолога. С 6,5 лет у девочки отмечаются частые головные боли, повышенная утомляемость. После еды периодически отмечаются боли в животе. Последние 6 месяцев плохо переносит физическую нагрузку (быстро устает), стала периодически жаловаться на боли в коленных и голеностопных суставах.

При объективном осмотре: девочка эмоционально лабильна, пониженного питания. Кожа бледная, на бедрах и тыльной поверхности левой кисти – единичные сосудистые звездочки. Пальпируются подчелюстные и паховые лимфоузлы размером до 1 см, безболезненные. Тоны сердца звучные, ритмичные, пульс 85 ударов в минуту. В легких дыхание проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. Краевая субиктеричность склер. При глубокой пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень выступает из подреберья на 1,5 см, край ее закруглен, болезненный. Селезенка не пальпируется. Стул преимущественно через день, оформленный. Дизурических явлений нет.

При обследовании выявлено: общий билирубин – 30 мкмоль/л (норма до 21 мкмоль/л), прямой – 7 мкмоль/л (норма до 5), АСТ – 150 ед/л (норма до 40), АЛТ – 124 ед/л (норма до 40). Серологическое обследование на вирусные гепатиты: Anti-HCV сумм +, анти-HBs, HBs Ag – отриц., IgM, IgG анти-HAV – отриц.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Обоснуйте возможные пути заражения.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Составьте план лечения данного ребенка. Профилактические мероприятия.

Ответ

1. Острый гепатит С, безжелтушная форма (фактор риска - переливание крови, клиническая картина – астенический синдром, артралгии, гепатомегалия; положительные серологические маркеры, цитолитический синдром), заражение вероятное при переливании крови.
2. Лабораторные исследования: ОАК (лейкопения, лимфоцитоз, тромбоцитопения, анемия, замедление СОЭ), общий анализ мочи (билирубиновый обмен), б/х расширенная (ГГТ, ЩФ, белковый обмен), коагулограмма. ПЦР РНК вируса гепатита С. УЗИ органов брюшной полости.

3. Лечение: режим, диета, дезинтоксикационная терапия, желчегонная терапия. При хронизации процесса (высокий риск): интерферон альфа, пегинтерферон, индукторы интерферона (меглумина акридонацетат и тилорон), рибавирин

Профилактические мероприятия: специфической профилактики нет. Неспецифическая профилактика: использование разовых инструментов и медицинских предметов, тщательная правильная стерилизация медицинструментов, отбор доноров; строгие показания к переливанию крови и её препаратов; индивидуальные шприцы, наблюдение и обследование лиц, получивших гемо-, плазмотрансфузии, переливание препаратов крови в течение 6 месяцев с обязательным специфическим серологическим обследованием на парентеральные гепатиты, ограничение парентеральных и инвазивных процедур.

Задача 20.

Мальчик 13 лет заболел остро 2 суток назад, когда после двукратной рвоты съеденной пищей, отмечался подъем температуры до 38,2°C, схваткообразные боли в животе, учащённый до 5 раз в сутки разжиженный стул. Эпизодов рвоты более не отмечалось. Боли в животе частые, схваткообразные, сопровождаются тенезмами, дважды ночные дефекации. Стул в течение последних суток стал более скудный, кашицеобразной консистенции, дважды отмечалась примесь крови и слизи в стуле. Температура за весь период заболевания сохраняется на фебрильном уровне 38,0-38,6°C. Масса тела до заболевания 42,5 кг.

Из анамнеза: за 5 дней до первых симптомов заболевания ребенок ходил в лесной поход с классом, где пил воду из непроверенных источников. Привит по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

Объективно: температура 38,1°C. Состояние средней тяжести. Рост 158 см, масса тела 41 кг. Эластичность кожи несколько снижена, слизистые ротовой полости розовые, чистые, суховаты. Язык обложен густым белым налетом у корня. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 19 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 92 ударов в минуту. Живот умеренно вздут, болезненный по ходу толстой кишки, больше в левых отделах, кишка урчит при пальпации. Печень +1 см из-под края реберной дуги по правой среднеключичной линии, селезенка не пальпируется. Дизурии нет. Симптом поколачивания отрицательный. Стул разжижен, скудный, примесь слизи и крови при каждой дефекации, каломазание. Периаанальная область не изменена, наружный анальный сфинктер сомкнут не полностью.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 123 г/л, тромбоциты $412 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты – $12,5 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные – 7%, сегментоядерные – 67%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 23%, моноциты – 1%, СОЭ – 48 мм/ час.

Копрограмма: рН 6,8, йодофильная флора++, крахмал+, мышечные волокна ++, лейкоциты до 13 в п/зр, эритроциты до 35 в п/зр., слизь +++, эпителий++.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Предложите план лабораторной диагностики данного заболевания.
3. Сформулируйте основные принципы терапии данного состояния у ребенка.

Ответ

1. Острый инфекционный колит (предположительно шигеллезный),

Осложнение: эксикоз-1 ст.

На основании данных анамнеза (острое начало в виде короткого эпизода рвоты, далее синдром дистального колита (боли в животе, тенезмы, учащенный стул с примесью крови, податливость ануса), эпиданамнеза – употребление воды из непроверенных источников, данных физикального осмотра (снижение эластичности кожи, болезненность при пальпации толстой кишки, податливость ануса, патологические примеси крови\слизи в стуле), данных лабораторного обследования (ОАК – лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, повышение СОЭ (бактериальная инфекция), синдром дистального колита в копрограмме). Эксикоз до 5% у детей – легкий.

2. Этиологическая расшифровка патогена:

Бактериологическое исследование кала: Отмечается рост *Shigella* spp.

Выявление возбудителей кишечных инфекций методом ПЦР (в кале) - ДНК *Shigella* spp. обнаружена

3. А. Диета с ограничением пищевых волокон и цельномолочных продуктов

Б. Регидратация оральная

Признаки эксикоза 1 ст (потеря первоначальной массы тела до 5%) требуют применения дробной оральной регидратации детскими растворами со сниженной осмолярностью (250 мкосмоль/л) в 2 этапа: этап I — в первые шесть часов ликвидируют водно-солевой дефицит, возникший до начала лечения, 2 этап – компенсация дальнейших потерь.

В. Антибактериальная терапия: нифуроксазид – 7 дней

Г. Применение сорбентов: смектит

Д. Применение пробиотиков, содержащих *Lactobacillus reuteri* GG

Задача 21.

Мальчик 2 лет заболел остро, с подъема температуры 38°C, не может встать на ножки, плачет в покое и при прикосновении к телу. За две недели до этого отмечался ринит, жидкий стул дважды, боли в животе, вялость, отказывался от еды.

Из анамнеза известно, что ребенок с 2 месячного возраста страдает атопическим дерматитом, с 8 месяцев часто болеет ОРВИ с обструктивным синдромом. Не вакцинирован из-за отказа родителей. С 1,5 лет стал посещать детский сад. Неделю назад в ясельной группе детского сада проводилась ревакцинация от полиомиелита оральная вакциной, наш пациент не вакцинировался.

При осмотре: состояние тяжелое, температура 38,5°C, лежит в кровати на спине, ноги раскинуты в тазобедренных суставах, самостоятельно ногами двигать не может, при дотрагивании до ног плачет от боли, тонус мышц и сухожильные рефлексы резко снижены. Движения в правой руке сохранены, тонус снижен, рефлексы вызываются. Левая рука приведена к туловищу, согнута в локтевом суставе, самопроизвольных движений в руке нет, сухожильные рефлексы не вызываются, тонус снижен. Мальчик плачет при перемене положения в кроватке и попытке посадить его, не может встать на ноги. Сохранены болевая и тактильная чувствительность. Кожа бледно-розовая, папулезные элементы сыпи, экскориации. расчесы на лице и туловище, в подколенных, локтевых сгибах, за ушами - лихенизация. В легких пуэрильное дыхание хрипов нет. Сердечная деятельность удовлетворительная. Живот вздут. Болезненный при пальпации по ходу кишечника, печень +1.5 см, пальпируется селезенка + 0.5 см. Зев гиперемирован.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования, какие изменения могут быть при данном заболевании при лабораторном обследовании?
3. План лечения данного пациента.

Ответ

1. Диагноз:

Острый паралитический полиомиелит, ассоциированный с вакциной, спинальная форма, средней степени тяжести, паралитический период.

Диагноз установлен на основании жалоб: не может встать на ножки, плачет в покое и при прикосновении к телу; сопутствующего эпизода диспепсии и лихорадки; анамнеза: мальчик не вакцинирован от полиомиелита и был в контакте с детьми вакцинированными живой вакциной; клинической картины - асимметричный паралич конечностей.

Диагноз вакцин-ассоциированного полиомиелита достоверный когда к 60 суткам заболевания сохраняются характерные признаки паралитического полиомиелита, устанавливается при наличии типичной картины полиомиелита

(острый асимметричный вялый паралич), при выделении вакцинного штамма полиовируса в референс-лаборатории и при четырёхкратном увеличении титра специфических антител в динамике.

2. Обследование:

вирусологические исследования (кал – 2-кратно, смывы из носоглотки, кровь, посев ликвора); серологические исследования парных сывороток (РСК, РН), консультация невропатолога, ортопеда.

3. Лечение:

Обязательная госпитализация с выпиской после 30-го дня от момента заболевания;

Лечение всех форм полиомиелита проводится только в стационарных условиях, т.к. все дети требуют изоляции на период вирусывыделения. Кроме того, учитывая тяжесть заболевания и высокий риск дефицита в исходе болезни необходимо проведение тщательного обследования вне зависимости от клинической формы. Госпитализацию проводят не только паралитических и непаралитических форм, но и абортивных и инаппарантных для проведения полного обследования, лечения и уточнения распространенности процесса

Острый период- постельный режим и лечение «положением»; щадящая диета; этиотропная терапия (лейкоцитарный интерферон, реаферон, рибонуклеаза, нормальный человеческий иммуноглобулин); дезинтоксикационная терапия; дегидратация (диакарб, фуросемид); антихолинэстеразные препараты (прозерин, галантамин) с одновременным назначением дибазола в восстановительный период; большие дозы аскорбиновой кислоты, витаминов группы В, НПВС; болеутоляющие в сочетании с тепловыми процедурами; восстановление обменных процессов в ЦНС; улучшение мозгового кровообращения (трентал, кавинтон, танакан).

В восстановительном периоде- методы немедикаментозного лечения: – протезирование нарушенных витальных функций; – методы экстракорпоральной иммунокоррекции и детоксикации; – физиотерапевтические методы лечения; – массаж, лечебная физкультура; – гигиенические мероприятия; – диетотерапия; – роботизированная механотерапия; – нейропсихологические и логопедические занятия

Диспансерное наблюдение при спинальной форме проводится не менее 5 лет (продление периода наблюдения - в зависимости от длительности сохранения неврологического дефицита)

Задача 22.

Мальчик 4-х лет заболел остро, с подъема температуры тела до 38,2°C, была однократная рвота, боли в животе. На следующий день температура нормализовалась, но через 4 дня – повторный подъем температуры тела до 38,0°C. Перестал вставать на ножки, жалуется на боли в ногах, головную боль. Госпитализирован.

Из анамнеза известно, что родился на 35 неделе беременности, путем экстренного кесарева сечения масса 2100 г, длина 38 см, по Апгар 7\7 б,

получал лечение в отделении патологии новорожденных по поводу перинатальной энцефалопатии, недоношенности. Прививался по индивидуальному графику с 12 мес. жизни – БЦЖ, АКДС - однократно, от пневмококковой и гемофильной инфекции, кори, краснухи, паротита. Вернулся с отдыха на Гоа 2 недели назад.

При осмотре: состояние тяжелое, лихорадит, температура тела 39°C, вялый, сонливый, временами беспокойный, при перемене положения в кровати кричит, лежит в вынужденной позе - ноги раскинуты в тазобедренных суставах-"поза лягушки". При осмотре- двигательная активность снижена, кричит от боли при переворачивании, встать не может, прикосновение к конечностям вызывают боль и плач у мальчика. Выражена гипотония мышц в ногах; ослаблены сухожильных рефлексы на руках, справа больше чем слева; отсутствуют рефлексы на ногах. Болевая и тактильная чувствительность сохранены. Кожа бледная, чистая, микрополиадения. Зев – гиперемирован. В легких дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. Живот мягкий, болезненность при пальпации кишечника. Печень + 1см , край эластичный, селезенка не пальпируется. Отмечалась непродолжительная задержка мочеиспускания и стула.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Где следует проводить лечение данного пациента? Составьте план лечения данного ребенка.

Ответ

1. Диагноз: Острый паралитический полиомиелит, спинальная форма, средней степени тяжести, паралитический период.

Диагноз поставлен на основании жалоб на слабость и боль в ногах, подъем температуры, рвота, боли в животе. Данных анамнеза - ребенок не вакцинирован от полиомиелита; приехал из эпидемиологически неблагоприятного региона. Данных физикального осмотра - мышечная гипотония, боли при дотрагивании к мышцам, асимметричное снижение рефлексов в руках, отсутствие рефлексов с ног. сохраненная болевая и тактильная чувствительность.

2. Обследование: вирусологические исследования (кал – 2-кратно, смывы из носоглотки, кровь, посев ликвора); серологические исследования парных сывороток (РСК, РН), консультация невропатолога, ортопеда.

3. Лечение: Обязательная госпитализация с выпиской после 30-го дня от момента заболевания;

Лечение всех форм полиомиелита проводится только в стационарных условиях, т.к. все дети требуют изоляции на период вирусывыделения. Кроме того, учитывая тяжесть заболевания и высокий риск дефицита в исходе болезни необходимо проведение тщательного обследования вне зависимости

от клинической формы. Госпитализацию проводят не только паралитических и непаралитических форм, но и абортивных и инаппарантных для проведения полного обследования, лечения и уточнения распространенности процесса

Острый период - постельный режим и лечение «положением»; щадящая диета; этиотропная терапия (лейкоцитарный интерферон, реаферон, рибонуклеаза, нормальный человеческий иммуноглобулин); дезинтоксикационная терапия; дегидратация (диакарб, фуросемид); антихолинэстеразные препараты (прозерин, галантамин) с одновременным назначением дибазола в восстановительный период; большие дозы аскорбиновой кислоты, витаминов группы В, НПВС; болеутоляющие в сочетании с тепловыми процедурами; восстановление обменных процессов в ЦНС; улучшение мозгового кровообращения (трентал, кавинтон, танакан).

В восстановительном периоде - методы немедикаментозного лечения: – протезирование нарушенных витальных функций; – методы экстракорпоральной иммунокоррекции и детоксикации; – физиотерапевтические методы лечения; – массаж, лечебная физкультура; – гигиенические мероприятия; – диетотерапия; – роботизированная механотерапия; – нейропсихологические и логопедические занятия.

Диспансерное наблюдение при спинальной форме проводится не менее 5 лет (продление периода наблюдения - в зависимости от длительности сохранения неврологического дефицита)

Задача 23.

Ребенок от III беременности, I родов (первые 2 беременности – выкидыши). Мать ребенка в женской консультации не наблюдалась. Социальный анамнез неблагополучный (в течение 2-х лет употребляет наркотики в/в). При обследовании матери обнаружены АТ к ВИЧ.

Роды преждевременные 36 – 37 недель. Вес при рождении – 2000 г, длина – 45 см. Оценка по Апгар – 6/7.

Состояние при рождении тяжелое, обусловленное неврологической симптоматикой: резко беспокоится, кричит, мышечный тонус повышен. Тремор конечностей. Множественные стигмы дисэмбриогенеза. На 3 сутки появилось желтушное окрашивание кожных покровов. Тоны ритмичные, слегка приглушены. Дыхание проводится равномерно, одышки нет. Печень и селезенка не увеличены.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие мероприятия необходимы в отношении ребенка в настоящее время?
3. Что включает профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку?

Ответ

1. Перинатальный контакт по ВИЧ. Недоношенность 1 степени. Задержка внутриутробного развития. Конъюгационная желтуха. Абстинентный синдром.
2. Исключение грудного вскармливания, назначение антиретровирусных препаратов, вакцинация живыми вакцинами не проводится. Обследование у специалиста по ВИЧ-инфекции для установления клинической стадии, иммунной категории, выявления вторичных заболеваний и решения вопроса о начале АРТ.
3. Тестирование на ВИЧ дважды во время беременности, при выявлении ВИЧ у беременной – назначение антиретровирусных препаратов с 28 недели беременности (ранее – по показаниям), в родах, и ребенку после рождения. Исключение грудного вскармливания.

Задача 24.

Девочка 5 лет заболела 2 дня назад, когда температура тела повысилась до 38,8°C, появились боли в горле, усиливающиеся при глотании, ребёнок отказывался от еды. Дважды отмечалась рвота. К вечеру первого дня появилась мелкоточечная сыпь на гиперемизованном фоне по всему телу.

Из анамнеза: привита по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Аллергологический и наследственный анамнезы не отягощены. Посещает детский сад.

Объективно: девочка вялая, раздражительная, капризничает, отказывается от еды и питья, жалуется на головную боль. Температура тела 38,9°C. На коже туловища и конечностей распространенная ярко-розовая мелкоточечная сыпь на гиперемизованном фоне более насыщенная в подмышечных и паховых областях, в подколенных ямках и локтевых сгибах, где также отмечаются петехиальные высыпания в виде ярко-красные полос. Область носогубного треугольника чистая от сыпи, бледная. Отмечается яркая гиперемия миндалин, нёбных дужек и язычка. Миндалины увеличены, в лакунах - наложения сероватого цвета. Язык у корня густо обложен белым налётом, кончик и боковые поверхности языка чистые, ярко-красного цвета с гипертрофированными сосочками. Пальпируются увеличенные до 2 см передне-шейные лимфоузлы. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧДД – 30 в минуту. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца звучные, дыхательная аритмия, ЧСС – 124 - 128 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см. Селезенка не пальпируется. Стул и диурез без особенностей.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 123 г/л, лейкоциты – $15,1 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 4%, палочкоядерные – 9%, сегментоядерные – 49%, лимфоциты – 29 %, моноциты – 8%, базофилы 1 %, СОЭ – 25 мм/ час.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией. Составьте план лечения данного ребенка. Какие осложнения возможны?

Ответ

1. Скарлатина (средне-тяжёлое течение - некротическая лакунарная ангина на фоне лихорадки выше 38,5 и симптомов интоксикации: двукратная рвота, головная боль, вялость, раздражительность)

1) наличие некротической лакунарной ангины

2) типичное время появления и характер высыпаний:

- сыпь мелкоточечная, на гиперемизированном фоне, более насыщенная на боковых поверхностях туловища и внизу живота (симптом сгущения сыпи). Появилась одномоментно, через несколько часов от начала заболевания
- симптом Пастиа (геморрагическое пропитывание кожи в виде тёмно-красных полос над сгибательными поверхностями конечностей - в подколенных ямках, в локтевых сгибах, в области паха. Также может наблюдаться в естественных складках кожи)

- бледный носогубный треугольник, чистый от сыпи

3) изменения в зеве:

- яркая, четко очерченная гиперемия миндалин, нёбных дужек и язычка

- «малиновый язык» - язык с гипертрофированными, выступающими сосочками. В 1й день заболевания покрыт налётом, со 2 - 3 дня очищаются и становятся ярко-розовыми его боковые поверхности языка и кончик, на 3 - 5 день язык полностью очищается от налёта, имеет ярко-розовый цвет. Данные изменения сохраняются в течение 2 - 3 недель от начала заболевания

4) увеличение регионарных (передне-шейных) лимфоузлов, их болезненность (что отражает остроту процесса).

5) сердечно-сосудистая система - изменения, связанные с преобладанием симпатической иннервации : тахикардия и повышение АД (с учётом усугубления на фоне лихорадки)

6) лабораторные данные:

- Общий ан. крови: изменения, характерные для бактериальной инфекции: лейкоцитоз с нейтрофилёзом (для возраста 5 лет, когда происходит второй физиологический перекрёст, 58% нейтрофилов является нейтрофилёзом) со сдвигом формулы влево (палочкоядерные - 9%), ускорение СОЭ (более 10 мм/ч)

- Общий ан. мочи: при скарлатине могут отмечаться небольшая протеинурия и лейкоцитурия.

2. Дополнительное обследование

А) Посев мазка из зева для выявления β -гемолитического стрептококка группы А (может быть ложноотрицательным (в связи с нарушением правил взятия))

Б) Стрептотест выполнить можно, но он менее информативен (может быть ложно-отрицательным).

В) Определение уровня С-реактивного белка - у части детей повышен.

Г) В динамике, через 2-4 недели от дебюта можно посмотреть АСЛО - повышение титров

Д) В динамике - ЭХО-КГ. С учётом этиологического агента (бета-гемолитический стрептококк группы А) возможно развитие поражения митрального клапана (вальвулит), или/и миокардита

3. В данном случае показаний к госпитализации нет.

Показания к госпитализации:

1) Тяжёлые (септические и токсико-септические) формы скарлатины (высокая лихорадка, спутанность сознания, менингеальные симптомы и др. неврологическая симптоматика)

2) отсутствие возможности изолировать больного

Лечение:

1. Антибактериальная терапия:

1) Или пенициллины, препарат выбора - Амоксициллин - 50 - 80 мг/кг в сутки (максимально - 1 г в сутки) - 10 дней.

2) Или цефалоспорины (цефиксим, цефалексин, цефуроксим) в возрастных дозировках - 10 дней

3) при невозможности применения пенициллинов (например, аллергические реакции) - или а) макролиды (препараты выбора - джозамицин, кларитромицин), или б) цефалоспорины III поколения (цефиксим) - в возрастных дозировках, длительность лечения - 10 дней.

2. Строгий постельный режим

3. Симптоматическое лечение (обильное питьё, механически щадящая диета, витаминотерапия). Текущая дезинфекция.

Задача 25.

На приёме девочка 8 лет, с жалобами на быструю утомляемость, шелушение кожи.

Из анамнеза известно, что 9 дней назад у девочки отмечалось повышение температуры тела до 38,7°C, беспокоили боли в горле, усиливающиеся при глотании, головная боль. Получала нурофен. На второй день болезни появилась мелкоточечная сыпь на коже туловища, больше выраженная по боковым поверхностям грудной клетки и живота, со слов матери более яркая в подмышечных и паховых областях, в области локтевых сгибов, расцененная

как «аллергическая». На фоне приёма антигистаминных препаратов сыпь не угасала. Мама отмечает, что «горло было красное, на гландах были сероватые наложения». К врачу не обращались, на 3-й день заболевания мама самостоятельно назначила кларитромицин, который девочка принимала в течение 7 дней. Сыпь сохранялась на протяжении 3-4-х дней, температура нормализовалась к пятому дню болезни, боли в горле прошли в эти же сроки. Мать заметила, что у ребенка «пластами сходит кожа с пальцев», в связи с чем обратились к педиатру.

Из анамнеза жизни: из детских инфекций перенесла ветряную оспу в 3 года. Привита по возрасту в соответствии с Национальным календарём профилактических прививок. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: температура тела 36,7⁰С. На коже лица нежное, мелкопластинчатое шелушение. На коже шеи, туловища, за ушами - отрубевидное шелушение. На коже кистей и стоп - шелушение пластинчатого характера, отслоение кожи пластами. В ротовой полости: язык незначительно обложен налётом, обращают внимание рельефно выступающие гипертрофированные сосочки. Слизистая задней стенки глотки, миндалин, нёбных дужек и язычка ярко-розовая. Миндалины рыхлые, налетов нет. Пальпаторно определяются лимфоузлы шейной, подмышечной и паховой групп: единичные, максимально до 1,5 см в диаметре, плотно-эластической консистенции, безболезненные. Аускультативно тоны приглушены, ЧСС 68 в минуту. АД 92/58мм рт.ст. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией. Составьте план лечения данного ребенка.

Ответ

1.Скарлатина в периоде реконвалесценции (средне-тяжёлое течение - ангина с гнойными наложениями на фоне фебрильной лихорадки (температура выше 38,5), симптомы интоксикации: рвота, головная боль).

Обоснование:

В анамнезе - гнойная ангина.

При лёгком течении скарлатины ангина - катаральная. При средне-тяжелом и тяжёлом течении - гнойная (фолликулярная, лакунарная) и некротическая. При тяжёлой токсической форме может быть катаральной.

Характер и сроки высыпаний:

- сыпь мелкоточечная, более насыщенная на боковых поверхностях туловища и

внизу живота, в естественных складках кожи, над разгибательными поверхностями суставов (симптом сгущения сыпи). Появилась одномоментно, в течение суток от начала заболевания, купировалась через 3 дня, не оставив пигментации

- симптом Пастиа (геморрагическое пропитывание кожи в виде тёмно-красных полос над сгибательными поверхностями конечностей - в подколенных ямках, в локтевых сгибах, в области паха. Также может наблюдаться в естественных складках кожи).

- шелушение кожи (отслоение пластами на кистях и стопах, нежное, мелкопластинчатое на лице, отрубевидное - на туловище), возникшее с конца 1 - начала 2й недели заболевания.

Изменения в зеве:

- выступающие, гипертрофированные сосочки («малиновый язык») - сохраняются в течение 2 - 3 недель от начала заболевания

Увеличение регионарных лимфоузлов, при этом они не спаяны, подвижны, безболезненны (что свидетельствует о перенесённой недавно инфекции).

Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы («скарлатинозное сердце»), обусловленное преобладанием парасимпатической регуляции: Границы относительной сердечной тупости расширены. Аускультативно тоны приглушены, систолический шум в I и V точках, брадикардия (68 в минуту), снижение АД до 92/58 мм.рт.ст. Данные изменения носят функциональный характер, бесследно проходят в течение 2 - 4 недель. В редких случаях данные изменения являются следствием поражения миокарда.

2.Обследование: А) Посев мазка из зева на предмет *Streptococcus pyogenes* (Бета-гемолитический стрептококк группы А) с определением чувствительности к антибиотикам - с учётом того, что девочка принимала кларитромицин в течение 7 дней, а не 10ти, возможно, элиминации стрептококка не произошло.

Б) Общий анализ крови - возможны изменения, характерные для бактериальной инфекции (лейкоцитоз с нейтрофилёзом и сдвигом формулы влево) и ускорением СОЭ.

В) Общий анализ мочи - возможна небольшая лейкоцитурия и протеинурия

Г) Определение уровня С-реактивного белка - может быть повышение в связи с бактериальной инфекцией

Д) АСЛО - повышение титров на 10 - 14 день от начала заболевания с нарастанием в динамике

Е) ЭКГ - синусовая брадиаритмия (из-за преобладания парасимпатической регуляции)

Ж) ЭХО-КГ - с учётом этиологического агента (бета-гемолитический стрептококк группы А) возможно развитие поражения митрального клапана (вальвулита), миокардита.

3.В данном случае показаний к госпитализации нет.

Показания к госпитализации:

Тяжёлые (септические и токсико-септические) формы скарлатины (высокая лихорадка, спутанность сознания, менингеальные симптомы и др. неврологическая симптоматика),

отсутствие возможности изолировать больного

Лечение: в данной ситуации, в случае отрицательных результатов посева мазка

из зева, нормальных контрольных результатов крови и мочи терапия не требуется.

Лечение скарлатины:

1. Антибактериальная терапия:

Или пенициллины, препарат выбора - Амоксициллин - 50 - 80 мг/кг в сутки (максимально - 1 г в сутки) - 10 дней.

Или цефалоспорины (цефиксим, цефалексин, цефуроксим) в возрастных дозировках - 10 дней

при невозможности применения пенициллинов (например, аллергические реакции) - или а) макролиды (препараты выбора - джозамицин, кларитромицин), или б) цефалоспорины III поколения (цефиксим) - в возрастных дозировках, длительность лечения - 10 дней.

2. Строгий постельный режим

3. Симптоматическое лечение (обильное питьё, механически щадящая диета, витаминотерапия). Текущая дезинфекция.

Задача 26.

В отделение гастроэнтерологии поступила девочка в возрасте 5 лет с диагнозом: хронический гастродуоденит. Данное заболевание было установлено 1,5 года назад на основании диспептических жалоб, абдоминалий, данных ЭГДС. Поводом для настоящей госпитализации явилась субфебрильная лихорадка в вечернее время в течение трёх месяцев, самочувствие при этом оставалось удовлетворительным, гастроинтестинальные жалобы отсутствовали.

При сборе анамнеза выяснилось, что 1 год назад пациентка отдыхала в деревне, где был тесный длительный (2 месяца) контакт с кашляющим, выделяющим мокроту дедушкой, который считал себя здоровым, кашель объяснял курением.

Ежегодно ребёнку в плановом порядке проводилась реакция Манту: в 1 год - папула 10 мм, в 2 г. – 3 мм, в 3 г. – 3 мм, в 4 г. – 11 мм. БЦЖ проводилась в роддоме.

При осмотре в отделении: масса тела – 17 кг, рост – 107 см. Кожа – чистая, «тени» под глазами, сниженный тургор тканей, пальпировались периферические лимфоузлы (тонзиллярные, подмышечные, локтевые, паховые) размером до 1 см, плотные. Слизистые полости рта, зева – чистые, миндалины не увеличены. По внутренним органам – тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 104 в 1 мин. Дыхание в лёгких пуэрильное, проводилось во все отделы. Живот мягкий, безболезненный, печень выступала из-под рёберной дуги на 1,5 см, селезёнка не пальпировалась. Стул ежедневный, оформленный, мочеиспускание безболезненное.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 128 г/л, лейкоциты – $8,4 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 38%, лимфоциты – 52%, моноциты – 6%, СОЭ – 17 мм/ час.

Проведены иммунологические пробы: р.Манту – папула 9мм, диаскинтест - папула 20мм. На обзорной рентгенограмме грудной клетки – лёгочные поля прозрачны, инфильтрации нет, корни не расширены, тень сердца без особенностей. На компьютерной томограмме грудной клетки – правый корень расширен за счёт увеличенных внутригрудных лимфоузлов.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз, который явился причиной субфебрильной лихорадки.
2. Где должна пациентка получать терапию данного заболевания?
3. Назовите необходимые профилактические мероприятия.

Ответ

1. Туберкулёзный бронхоаденит, учитывая изменения на КТ грудной клетки в виде увеличенных бронхопульмональных лимфоузлов справа, положительную р. Манту и гиперэргический диаскинтест в 5 лет; признаки хронической интоксикации, субфебрильную лихорадку. Заражение, вероятно, произошло в 4 года. Потенциальный источник инфекции – дедушка с кашлем, выделяющий мокроту.
2. Ребёнок должен наблюдаться и получать этиотропную терапию во фтизиатрическом стационаре.
3. Необходимо уточнить контакты пациентки на предмет источника туберкулёза. Кашляющий, выделяющий мокроту дедушка подлежит обследованию у фтизиатра с выполнением КТ грудной клетки.

Задача 27.

Мальчик 1 год на приеме у участкового педиатра с жалобами на: быструю утомляемость, слабость, периодически боли в животе, тошноту, плохой аппетит.

Беременность протекала с токсикозом, анемией, носительством Hbs Ag. Роды на 39 неделе через естественные родовые пути, масса при рождении – 2830 г, рост - 49 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. В периоде новорожденности длительная желтуха, мышечная гипотония. БЦЖ в роддоме, далее родители от вакцинации отказались. *Семейный анамнез: у матери – хронический гастрит, отец – химическая зависимость.*

При объективном осмотре: мальчик негативен к осмотру, пониженного питания. Кожа бледная, чистая от сыпи. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы размером до 1 см, безболезненные. Тоны сердца звучные, ритмичные, пульс 122 удара в минуту. В легких дыхание проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. Краевая субиктеричность склер. При глубокой пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень выступает из подреберья на 2 см, край ее закруглен. Селезенка не

пальпируется. Стул ежедневный, кашицеобразный. Дизурических явлений нет.

При обследовании: общий билирубин – 23,2 мкмоль/л (норма до 21 мкмоль/л), прямой – 5,2 мкмоль/л (норма до 5), АСТ – 126 ед/л (норма до 40), АЛТ – 103 ед/л (норма до 40), коэффициент де Ритиса – 1,2 (норма-1,3+-). Серологическое исследование: HBsAg+, Анти-HBcor IgG++, HBsAg+.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Составьте план лечения данного ребенка. Методы профилактики.

Ответ

1. Хронический гепатит В, передача от матери к ребенку (HBs Ag у матери). Симптомы: серологические маркеры (HBsAg+, Анти-HBcor IgG++, HBsAg+), биохимические маркеры (синдром цитолиза). Клинические проявления: гепатомегалия, краевая субиктеричность склер, гипотрофия.
2. Общий анализ крови (лейкопения, лимфоцитоз, тромбоцитопения, анемия, замедления СОЭ), Б/х расширенная (общий белок, альбумин, ГГТ, ЩФ), коагулограмма., Определение ДНК вируса гепатита В методом ПЦР общий анализ мочи (уробилиноген и желчные пигменты), УЗИ органов брюшной полости.
3. Щадящая диета, дезинтоксикационная терапия, энтеросорбция. При хроническом процессе (высокая вероятность): интерфероны α -2a и α -2b (виферон, реаферон, реальдирон, роферон, интрон А и др.). Профилактика: вакцинация детям, рождённым от матерей, инфицированных HBV, иммунизация проводится по схеме 0–1–2–12 месяцев.

Задача 28.

Мальчик 15 лет болен в течение 5 дней. Из анамнеза установлено, что заболел остро, повысилась температура до 38,0°C, появилась головная боль. На 2-й день болезни заметили припухлость в области правой околоушной слюнной железы. На 4-й день – болезненность и припухлость в левой околоушной области. На 5-й день – болезненность и припухлость левого яичка. Температура все дни – 37,6-38,2°C.

При осмотре отмечается припухлость в области правой и левой околоушной, и левой подчелюстной слюнных желез. Кожа над ними не изменена. Заушная ямка справа и слева сглажены. На слизистой правой щеки и

под языком выводные протоки слюнных желез гиперемированы. Левое яичко увеличено в размерах, болезненно при пальпации, кожа над ним гиперемирована.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз
2. Обоснуйте необходимость госпитализации
3. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции

Ответ

1. Эпидемический паротит, железистая форма: паротит, левосторонний орхит. Диагноз «эпидемический паротит» выставлен на основании данных анамнеза заболевания (заболел остро, температура до 38°C, с появления болей в околоушной области), данных объективного осмотра (припухлость в области правой и левой околоушной, и левой подчелюстной слюнных желез. Кожа над ними не изменена. Заушная ямка справа и слева сглажены. На слизистой правой щеки и под языком выводные протоки слюнных желез гиперемированы). Диагноз «левосторонний орхит» поставлен на основании клинических данных (повторный подъем температуры на 5 день болезни, болезненность и припухлость левого яичка).
2. Госпитализации подлежат тяжелые формы эпидемического паротита к которым относится и орхит.
3. Изоляция больного. Экстренное извещение в органы Роспотребнадзора в течение 12 часов с момента выявления больного. Заключительная дезинфекция не проводится. Медицинское наблюдение за контактными детьми 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.

Задача 29.

Мальчик 13 лет, заболел остро с повышения температуры тела до 38°C, появления припухлости в области околоушной железы справа, болей при жевании. Жаловался на боли в животе в области эпигастрия. Через 2 дня присоединилась припухлость и болезненность в области левой околоушной железы. Мать к врачу не обращалась, лечила ребенка домашними средствами, тепловыми компрессами. На 5-й день болезни стал жаловаться на боли в яичке и правом паху, боли усиливались при ходьбе. Госпитализирован.

Состояние при поступлении средней степени тяжести, температура тела – 39°C. Обе околоушные железы увеличены в размерах, слегка болезненны. Пальпация в области эпигастрия болезненна, беспокоит тошнота, периодически повторяющаяся рвота. Правое яичко увеличено в размере в 2 раза, плотное, болезненное, кожа над ним гиперемирована. По другим органам – без патологии.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, Ц.п. – 0,95, лейкоциты – $8,2 \times 10^9/л$; п/я - 3%, с/я- 63%, л- 21%, м-12%, плазматические клетки – 1%, СОЭ- 8 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1020, белок – нет, глюкоза – нет, эритроц. – единицы, лейкоциты – 2 – 3 в п/з,

Биохимия крови – панкреатическая амилаза 250 ед/л (норма до 80), липаза – 170 ед/л), СРБ – 8,1 г/л (норма до 8,2)

В посеве слизи из ротоглотки: патогенная микрофлора не обнаружена.

Задания

1. Поставьте клинический диагноз. Какие методы обследования необходимы для подтверждения этиологии заболевания?
2. Как может проявляться синдром поражения нервной системы при данном заболевании?
3. Перечислите контингент контактных лиц для экстренной иммунизации и сроки ее проведения?

Ответ

1. Эпидемический паротит, типичная форма, средней степени тяжести
Молекулярно-биологический метод (ПЦР диагностика) – выявление РНК вируса, серологический метод (РСК, РТГА) - выявление иммуноглобулинов класса М (IgM) к вирусу эпидемического паротита; исследуют парные сыворотки (первая берется в начале заболевания, вторая – через 2-3 недели).

2. При эпидемическом паротите возможно поражение центральной и периферической нервной системы (менингит, менингоэнцефалит, миелиты, энцефаломиелиты, мононевриты)

3. Иммунизации против эпидемического паротита по эпидемическим показаниям подлежат лица, имевшие контакт с больным (при подозрении на заболевание): не болевшие эпидемическим паротитом ранее, не привитые (или однократно привитые), с неизвестным инфекционным и прививочным анамнезом, а также лица, у которых при серологическом обследовании не выявлены антитела в защитных титрах к вирусу эпидемического паротита. Иммунизация против эпидемического паротита по эпидемическим показаниям проводится в течение 7 дней с момента выявления первого больного в очаге.

Задача 30.

Мальчик 5 лет, болен в течение 5 дней. Заболел остро с повышения температуры тела до 38,3С, кашля, боли в горле.

Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными отрицают. От профилактических прививок отказ.

При осмотре состояние тяжелое за счет выраженного интоксикационного синдрома, билатерального отека шеи. Вялый, аппетит отсутствует.

Кожные покровы чистые от сыпи. Миндалины отечные, с белыми пленками, кровоточат. Выражен отек в области шеи, распространяющийся до ключиц.

При аускультации легких, сердца патологические шумы не выслушиваются.

АД 110/90, ЧСС 153 уд/мин, ЧДД 22 в мин. Живот мягкий, безболезненный.

Паренхиматозные органы не увеличены.

Результаты анализа крови: лейкоциты – $22,6 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы 74%, лимфоциты 12%, моноциты 11%, тромбоциты $80 \times 10^9/\text{л}$.

Тест Элека положительный.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте.
2. Определите круг диагностического поиска до получения результата посева.
3. Сформулируйте тактику лечения врача-педиатра.

Ответ

1. Поставьте диагноз, обоснуйте.

Основной: Дифтерия ротоглотки, вызванная токсигенными коринебактериями, токсическая форма II степени.

Обоснование:

- Синдром интоксикации (слабость, отсутствие аппетита) с фебрильной лихорадкой;
- Характерные наложения на миндалинах;
- Наличие отека с распространением до ключицы определяет тяжесть заболевания;
- Положительный результат посева с определением токсигенности бактерии.

2. Определите круг диагностического поиска до получения результата посева.

- инфекционный мононуклеоз;
- заглоточный абсцесс;
- острый эпиглоттит;
- острый стрептококковый тонзиллит

3. Сформулируйте тактику лечения врача-педиатра.

- Постельный режим в течение всего острого периода болезни в условиях инфекционного стационара;
- Введение антитоксической противодифтерийной сыворотки внутривенно после проведения теста на гиперчувствительность;
- Антибактериальная терапия (1 линия - бензилпенициллины, при непереносимости: цефалоспорины);
- ГКС с целью уменьшения отека

Задача 31.

Больной 10 лет госпитализирован с жалобами на слабость, головокружение, холодный пот. Дважды была рвота с примесью крови, разжиженный стул черного цвета.

При осмотре: вялый, бледный, сознание сохранено. Язык обложен густым серовато-белым налетом.

Анамнез: со слов мамы у ребенка в течение 3-х недель наблюдается повышение температуры до 38-38,5С, сопровождаемое слабостью, недомоганием и склонностью к запорам. Лечился амбулаторно по поводу ОРВИ анальгином, парацетамолом, положительной динамики не отмечено.

При осмотре состояние больного тяжелое, температура 36,5С. Кожные покровы бледные, покрыты холодным потом. Вес 25 кг, рост 145 см. Язык сухой, утолщен, покрыт налетом грязно-серого цвета с отпечатками зубов по краям. Губы сухие в трещинах. Живот вздут, в правой подвздошной области определяется урчание, умеренная болезненность. Стул дегтеобразный. АД 70/30 мм рт.ст. Тоны сердца глухие, систолический шум на верхушке сердца. Пульс 52 в минуту, дикротия пульса. Дыхание везикулярное. Мочится мало.

ОАК: гемоглобин – 76 г/л, эритроциты – $2,2 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,6, лейкоциты – $3,2 \times 10^9$ /л, п/я-6%, с/я-12%, л-71%, м-11%, СОЭ – 32 мм/ч.

ОАМ: цвет – соломенно-желтый, уд.вес – 1022, лейкоциты 3-4 в п/зр, эритроциты – нет, плоский эпителий – 1-2 в п/зр.

Копрограмма: кал черного цвета, лейкоциты – 3-5 в п/зр, эритроциты – сплошь. Кровь на гемокультуру: положительная, выделена *Salmonella typhi*.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Профилактические мероприятия при данном заболевании.

Ответ

1. Брюшной тиф, типичный, тяжелой степени тяжести. Бактериологически подтвержденный (*Salmonella typhi*). Осложненный кишечным кровотечением.
2. Диагноз брюшного тифа ставится на основании клинико-лабораторных данных: синдром интоксикации (повышение температуры до 38-38,5 оС, вялость, слабость), сохраняющийся в течение трех недель при отсутствии адекватной терапии, абдоминальный синдром (склонность к запорам), наличие специфических признаков заболевания (язык сухой, утолщен, покрыт налетом грязно-серого цвета с отпечатками зубов по краям, губы сухие в трещинах, вздутие живота в правой подвздошной области, определяется урчание, брадикардия и глухость сердечных тонов); в ОАК – лейкопения, лимфоцитоз, ускорена СОЭ, посев крови на гемокультуру – выявлена *Salmonella typhi*. Кишечное кровотечение ставится на основании данных осмотра: слабость, головокружение, холодный пот; рвота с примесью крови, разжиженный стул черного

цвета, снижение АД, урежение мочеиспускания, в ОАК – анемия тяжелой степени тяжести, гипохромная, в копрограмме – кал черного цвета, эритроциты- сплошь, а также учитывая сроки заболевания (3-я неделя).

3. По эпидемическим показаниям на эндемичных территориях с высоким уровнем заболеваемости проводится плановая вакцинация населения (с 3 летнего возраста в зависимости от вакцин) брюшнотифозной вакциной; ревакцинация проводится через 3 года. Постэкспозиционная профилактика – проводится брюшнотифозным бактериофагом per os в дозировке от 6 месяцев до 3 лет – 10 мл, от 3-10 лет – 15 мл, старше 10 лет – 25 мл на прием. Бактериофаг дается в течение 5 дней, затем перерыв 3 дня. Всего таких циклов – 3 (общий курс 15 дней).

Задача 32.

На приёме к врачу-педиатру участковому обратилась мама с мальчиком 1,5 лет с **жалобами** на повышение температуры тела до высоких значений, боль в правом ухе, гноетечение из правого уха.

Анамнез заболевания: заболел 4 дня назад, когда повысилась температура тела до 37,8°C, появилось обильное серозное отделяемое из носа. Лечились самостоятельно, мама промывала нос спреем «Аквामарис», давала парацетамол при повышении температуры тела. Вчера вечером состояние ухудшилось, ребенок стал жаловаться на боль в правом ухе, температура тела повысилась до 39,2°C. Утром мама заметила гноетечение из правого уха.

Анамнез жизни: ребенок от 2 нормальной беременности, 2 срочных, физиологических родов. Находился на естественном вскармливании до 3 месяцев, затем искусственное. На первом году жизни не прививался в связи с отказом родителей. Три месяца назад начата вакцинация против коклюша, дифтерии, столбняка и полиомиелита. Болеет респираторными инфекциями до 8 раз в год. Старший ребенок 4 лет, соматически здоров, посещает детский сад, также привит с нарушением графика в связи с негативным отношением родителей к вакцинации. Неделью назад перенес острый назофарингит. Наследственный, аллергологический анамнезы не отягощены.

Объективно: состояние мальчика средней тяжести, температура тела 37,6°C (после приема ибупрофена), кожа наружного слухового прохода справа гиперемирована, инфильтрирована, наружный слуховой проход справа сужен, есть гнойные выделения из правого уха, пальпация козелка резко болезненна. Пальпируются подчелюстные и переднешейные лимфатические узлы до 1,5 см в диаметре, симметричные, единичные, мягкоэластической консистенции, безболезненные. Справа пальпируется единичный заушной лимфоузел, до 0,5 см в диаметре, мягкоэластической консистенции, чувствительный при пальпации, кожа над ним не изменена. Слизистая нёбных дужек, миндалин

гиперемирована, отечная. Носовое дыхание затруднено, из носа умеренное слизистое отделяемое. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Назовите предполагаемый диагноз, обоснуйте.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Перечислите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальный диагноз в данной ситуации.
3. Назначьте терапию данному ребенку.

Ответы:

1. Острый назофарингит. Правосторонний острый гнойный отит.

Острый назофарингит диагностирован на основании умеренно выраженного синдрома интоксикации, катарального синдрома и явлений ринита. Диагноз «правосторонний острый гнойный отит» установлен на основании

- жалоб: боль в правом ухе, гноетечение из правого уха;
 - анамнестических данных: частые респираторные инфекции, не привит, в семье есть старший ребенок, посещающий детское дошкольное учреждение; заболевание началось с симптомов острого назофарингита, высокая вероятность занесения инфекции из носоглотки в полость среднего уха (ухудшение состояния на фоне промываний носа)
 - объективных данных: кожа наружного слухового прохода справа гиперемирована, инфильтрирована, наружный слуховой проход справа сужен, есть гнойные выделения из правого уха, пальпация козелка резко болезненна
2. Показана консультация отоларинголога для согласования терапии. Бактериологический посев отделяемого из уха на микрофлору и антибиотикограмму для определения возбудителя гнойного воспаления и определения его чувствительности к антибиотикам, что необходимо для выбора рациональной антибактериальной терапии. Клинический анализ крови. Дифдиагноз проводить с фурункулом наружного слухового прохода, карбункулом наружного слухового прохода, мастоидитом.
 3. Учитывая наиболее вероятную этиологию данного заболевания, необходимо проведение системной антибактериальной терапии препаратами пенициллинового ряда в сочетании с ингибиторами бета-лактамаз. Топические антибактериальные препараты: ушные капли с рифамицином, выбор препарата основан на эмпирических знаниях основных возбудителей острого гнойного отита и их чувствительности к антибиотикам и возможности назначения этого лекарственного средства у детей без возрастных ограничений. Комбинированные ушные капли

(Феназон, Дексаметазон, Лидокаин), выбор основан на наличии противовоспалительного, антибактериального и местного обезболивающего действия препарата, отсутствие возрастных ограничений. Нестероидные противовоспалительные препараты применяются для снятия болевого синдрома. Деконгестанты в нос для снятия отёка слизистой носоглотки.

Задача 33.

Девочка, 8 лет, больная в течение 8 дней. Заболела остро, с повышения температуры тела до 38,2С, слабости. Со 2 дня заболевания на фоне общего недомогания отмечает бессонницу, миалгии. С 5 дня лихорадка до 40С, сыпь на животе и груди, боли в животе, водянистый стул 1-2 раза в сутки, в связи с чем госпитализирована в инфекционное отделение.

При поступлении температура тела 39С, выраженная слабость, сонливость, анорексия. Лицо бледное, на коже груди, живота, спине отмечаются розеолезные элементы. Язык утолщен, густо обложен сероватым налётом, больше у корня. Живот вздут, перистальтика прослушивается. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпируются увеличенные печень и селезёнка.

Анамнез жизни: ОРВИ 1-2 раза в год. Хронических заболеваний нет. В течение последнего месяца находилась у бабушки в деревне.

Результаты анализа крови: гемоглобин – 110 г/л, лейкоциты – $3,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 42%, лимфоциты – 45%, моноциты – 3%. нейтрофилы 74%, лимфоциты 12%, моноциты 11%, тромбоциты 180×10^9 /л.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте.
Тифо-паратифозное заболевание. Брюшной тиф?
2. Укажите лабораторные исследования, необходимые для постановки диагноза.
3. Укажите возможные осложнения заболевания.

Ответ

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте.
Тифо-паратифозное заболевание. Брюшной тиф?
Обоснование:

- длительная лихорадка в анамнезе, анорексия, миалгии, цефалгия;
- данные объективного осмотра: бледность лица, розеолезная сыпь, «тифозный» язык, гепатоспленомегалия;
- лейкопения в общем анализе крови

2. Укажите лабораторные исследования, необходимые для постановки диагноза.

- Бактериологическое исследование крови (обнаружение *S. Typhi* – абсолютный показатель), а также фекалий, мочи. При необходимости – желчи, пунктата костного мозга.
- РПГА двукратно с интервалом 7-10 дней с оценкой нарастания титра антител в динамике.

3. Укажите возможные осложнения заболевания.

- Кишечное кровотечение;
- перфорация брюшнотифозных язв;
- инфекционно-токсический шок

Задача 34.

Ребенок 3 года, заболел остро с повышения температуры до 38°C, которая плохо снижалась. На второй день болезни появилась боль в горле, затрудненное носовое дыхание, пастозность лица, припухлость в области боковых поверхностей шеи. К врачу не обращались, самостоятельно принимали жаропонижающие средства. На 3 день болезни доставлен в стационар с диагнозом: пленчато-некротическая ангина.

Объективно при поступлении состояние средней степени тяжести. Лихорадит на фебрильных цифрах. Лицо пастозное, дышит открытым ртом. В ротоглотке умеренная гиперемия, миндалины гиперплазированы до III ст., наложения на миндалинах бело-желтого цвета (+) ткань. На верхнем полюсе правой миндалины участок некроза до 0,7 см в диаметре. Пальпируются множественные заднешейные лимфоузлы до 1,5 см, тонзиллярные до 2,5 см, чувствительные при пальпации, кожа над ними не изменена. Печень на 3,5 см ниже края реберной дуги, селезенка на 1,0 см из-под края реберной дуги.

В клиническом анализе крови: Нб 124 г/л, Л – $19,7 \times 10^9/\text{л}$, п/я-7%, с/я-6%, л-59%, м-11%, широкоплазменные лимфоциты –17%, СОЭ 25мм/час.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите основные клинические симптомы, патогномоничные для данного заболевания.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

Ответ

1. Диагноз: Инфекционный мононуклеоз, типичный, среднетяжелая форма.

2. Симптомы: высокая или фебрильная длительная лихорадка; поражение ротоглотки в виде фарингита или тонзиллита; гиперплазия лимфоидной ткани в месте входных ворот (небные миндалины, заднеглоточная миндалина, аденоидит), а также генерализованная лимфаденопатия с обязательной реакцией шейной группы лимфоузлов (при ЭБВ инфекции); гепатолиенальный синдром.
3. Серологическое подтверждение инфицирования ВЭБ: Ig M, G к капсидному и раннему антигенам, а также обнаружение фрагментов генома вируса в крови методом ПЦР; характерные изменения в клиническом анализе крови в виде умеренного лейкоцитоза с лимфоцитозом, моноцитозом, увеличением числа палочкоядерных нейтрофилов и нейтропенией за счет сегментоядерных.

Задача 35.

Ребенок 3 года, заболел остро с повышения температуры до 38°C, которая плохо снижалась. На второй день болезни появилась боль в горле, затрудненное носовое дыхание, пастозность лица, припухлость в области боковых поверхностей шеи. К врачу не обращались, самостоятельно принимали жаропонижающие средства. На 3 день болезни доставлен в стационар с диагнозом: пленчато-некротическая ангина.

Объективно при поступлении состояние средней степени тяжести. Лихорадит на фебрильных цифрах. Лицо пастозное, дышит открытым ртом. В ротоглотке умеренная гиперемия, миндалины гиперплазированы до III ст., наложения бело-желтого цвета (+) ткань. На верхнем полюсе правой миндалины участок некроза до 0,7 см в диаметре. Пальпируются множественные заднешейные лимфоузлы до 1,5 см, тонзиллярные до 2,5 см, чувствительные при пальпации, кожа над ними не изменена. Печень на 3,5 см ниже края реберной дуги, селезенка на 1,0 см из-под края реберной дуги.

В клиническом анализе крови: Нб 124 г/л, Л – $18,7 \times 10^9/\text{л}$, п/я-7%, с/я-6%, л-59%, м-11%, широкоплазменные лимфоциты –17%, СОЭ 25мм/час.

Вопросы:

1. Проведите дифференциальную диагностику.
2. Назначьте терапию данному ребенку.
3. Когда этот ребенок может быть выписан из стационара? Укажите критерии.

Ответ

1. В данном случае, в первую очередь необходимо дифференцировать с острым бактериальным (стрептококковым) тонзиллитом, для которого НЕ характерно наличие гепатолиенального синдрома, нарушение носового

дыхания, пастозность лица. Лимфопролиферативные заболевания протекают с лимфаденопатией, гепатолиенальным синдромом и лихорадкой с интоксикацией, однако для них НЕ характерно выраженные локальные воспалительные изменения в ротоглотке и нарушение носового дыхания, а также другие изменения в клиническом анализе крови.

2. Постельный режим на лихорадочный период, диета механически, химически, термически щадящая. Дополнительное выпаивание в связи с гипертермическим синдромом. Местно – антисептики в виде спрея для ликвидации явлений тонзиллита. В нос – деконгестанты (не дольше 5-7 дней, топические ГКС: флутиказон, мометазон). При повышении температуры до 39° и плохой её переносимостью парацетамол 15 мг/кг (РД) до 60 мг/кг/сутки или ибупрофен 10 мг/кг (РД) до 30 мг/кг/сутки. После нормализации температуры тела – щадящий режим с ограничением физической нагрузки в течение 1-3 месяцев.
3. Стойкая нормализация температуры тела (3 сут), отсутствие интоксикации, ликвидация воспалительных изменений на миндалинах, уменьшение размеров печени и селезенки.

Задача 36.

Ребенок 8 лет, заболел остро с повышения температуры до 38,3°C, к вечеру появилась боль в горле, артралгии, ночью тошнота, однократная рвота, боль в животе. Обратились к педиатру, врач предположил развитие фолликулярной ангины и назначил амоксициллин. На второй день приема амоксициллина появилась сыпь на теле. Направлен на госпитализацию с диагнозом: Иерсиниозная инфекция?

Госпитализирован на 4 сутки от начала заболевания.

Объективно при поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, сыпь без четкой локализации полиморфная – на плечах, спине, конечностях. Легкая пастозность лица, «сопит» носом, отделяемого нет, голос с гнусавым оттенком. В ротоглотке яркая разлитая гиперемия, миндалины II степени, наложения по лакунам, (-) ткань. Увеличены все группы лимфатических узлов, тонзиллярные до 3 см, в других группах мелкие. Живот мягкий, умеренно болезненный во фланках, печень на 0,5 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка у края реберной дуги.

В клиническом анализе крови: Нб 135 г/л, Л – $16,8 \times 10^9/\text{л}$, п/я-5, с/я-28, л-40, м-10, атипичные мононуклеары – 17%, СОЭ 29мм/час.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Обоснуйте диагноз.

Ответ

1. Инфекционный мононуклеоз, типичная форма, среднетяжелое течение. Антибиотик ассоциированная экзантема.
2. Серологическое подтверждение инфицирования ВЭБ методом ИФА: Ig M, G к капсидному и раннему антигенам, а также обнаружение фрагментов генома вируса в крови методом ПЦР; определение уровня АЛТ, АСТ; УЗИ органов брюшной полости; мазок с миндалин для исключения дифтерии; контроль клинического анализа крови в динамике.
3. Диагноз на основании: острое начало с повышения температуры тела, симптомов интоксикации, наличие генерализованной лимфаденопатии и гепатолиенального синдрома, явления тонзиллита и признаки гиперплазии заднеглоточной миндалины (сопит носом, гнусавый оттенок голоса), одутловатость лица как признак центральной лимфаденопатии; характерные изменения в клиническом анализе крови в виде умеренного лейкоцитоза с лимфоцитозом, моноцитозом, увеличением числа палочкоядерных нейтрофилов и нейтропенией за счет сегментоядерных нейтрофилов

Задача 37.

Ребенок 8 лет, заболел остро с повышения температуры до 38,3°C, к вечеру появилась боль в горле, артралгии, ночью тошнота, однократная рвота, боль в животе. Обратились к педиатру, врач предположил развитие фолликулярной ангины и назначил амоксициллин. На второй день приема амоксициллина появилась сыпь на теле. Направлен на госпитализацию с диагнозом: Иерсиниозная инфекция?

Госпитализирован на 4 сутки от начала заболевания.

Объективно при поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, сыпь без четкой локализации полиморфная – на плечах, спине, конечностях. Легкая пастозность лица, «сопит» носом, отделяемого нет, голос с гнусавым оттенком. В ротоглотке яркая разлитая гиперемия, миндалины II степени, наложения по лакунам, (-) ткань. Увеличены все группы лимфатических узлов, тонзиллярные до 3 см, в других группах мелкие. Живот мягкий, умеренно болезненный во фланках, печень на 0,5 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка у края реберной дуги.

В клиническом анализе крови: Нб 135 г/л, Л – $16,8 \times 10^9/\text{л}$, п/я-5, с/я-28, л-40, м-10, атипичные мононуклеары – 17%, СОЭ 29мм/час.

Вопросы:

1. Чем обусловлено увеличение печени у данного ребенка?
2. Длительность диспансерного наблюдения?
3. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести к школе и семье этого ребенка?

Ответ

1. С гистологической точки зрения в печени развивается перипортальная лимфоидная инфильтрация, что дополнительно нарушает процесс желчеотделения и приводит к развитию холестаза. В некоторых случаях возможно развитие гепатита, однако в данном случае нет признаков цитолиза.
2. Длительность диспансерного наблюдения – 12 мес. Осмотр педиатра 1 раз в 3 месяца с исследованием трансаминаз и проведением УЗИ ОБП, ограничение физической нагрузки в течение 3 – 6 месяцев.
3. Карантинные мероприятия, текущая и заключительная дезинфекция не проводятся. Достаточно соблюдения санитарно-гигиенического режима. Специфической профилактики не существует. Профилактическое лечение контактным не назначается.

Задача 38.

Ребенок 5 лет, заболел остро с повышения температуры до 40°C , слабости, припухлости в области шеи, умеренной болезненности в горле. Доставлен в стационар с диагнозом: лакунарная ангина на 3-и сутки от начала заболевания.

Объективно при поступлении состояние тяжелое за счет симптомов интоксикации. Кожные покровы бледные. Лицо пастозное, веки припухшие. Дышит открытым ртом. Шея деформирована за счет «пакетов» передне- и заднешейных групп лимфатических узлов. Пальпируются паховые и подмышечные лимфатические узлы до 1,5 см. В ротоглотке умеренная разлитая гиперемия, миндалины III степени, наложения серо-зеленого цвета с шероховатой тусклой поверхностью. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2,5 см ниже края реберной дуги, мягко-эластической консистенции, чувствительная при пальпации, селезенка выступает из-под левого подреберья на 6 см

В клиническом анализе крови: Нб 115 г/л, Л – $23,7 \times 10^9/\text{л}$, п/я-5, с/я-15, л-65, м-15, СОЭ 35мм/час.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика? Проведите дифференциальную диагностику.

Ответ

1. Инфекционный мононуклеоз, типичная форма, тяжелое течение.
2. Серологическое подтверждение инфицирования ВЭБ методом ИФА: Ig M, G к капсидному и раннему антигенам, а также обнаружение фрагментов генома вируса в крови методом ПЦР; определение уровня АЛТ, АСТ; УЗИ органов брюшной полости; мазок с миндалин для исключения дифтерии; контроль клинического анализа крови в динамике.
3. Дифтерия, острый бактериальный тонзиллит.

Задача 39.

Ребенок 5 лет, заболел остро с повышения температуры до 40°C , слабости, припухлости в области шеи, умеренной болезненности в горле. Доставлен в стационар с диагнозом: лакунарная ангина на 3-и сутки от начала заболевания.

Объективно при поступлении состояние тяжелое за счет симптомов интоксикации. Кожные покровы бледные. Лицо пастозное, веки припухшие. Дышит открытым ртом. Шея деформирована за счет «пакетов» передне- и заднешейных групп лимфатических узлов. Пальпируются паховые и подмышечные лимфатические узлы до 1,5 см. В ротоглотке умеренная разлитая гиперемия, миндалины III степени, наложения серо-зеленого цвета с шероховатой тусклой поверхностью. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2,5 см ниже края реберной дуги, мягко-эластической консистенции, чувствительная при пальпации, селезенка выступает из-под левого подреберья на 6 см

В клиническом анализе крови: Нб 115 г/л, Л – $23,7 \times 10^9/\text{л}$, п/я-5, с/я-15, л-65, м-15, СОЭ 35мм/час.

Вопросы:

1. Дайте рекомендации по лечению данного ребенка.
2. Какие осложнения возможны при данном заболевании? Какое неотложное состояние может развиваться в данном случае?

3. Какие мероприятия необходимо проводить в период диспансерного наблюдения?

Ответ

1. Постельный режим на лихорадочный период, диета механически, химически, термически щадящая. Дополнительное выпаивание в связи с гипертермическим синдромом. Местно – антисептики в виде спрея для ликвидации явлений тонзиллита. В нос – деконгестанты (не дольше 5-7 дней, топические ГКС: флутиказон, мометазон). При повышении температуры до 39° и плохой её переносимостью парацетамол 15 мг/кг (РД) до 60 мг/кг/сутки или ибупрофен 10 мг/кг (РД) до 30 мг/кг/сутки. После нормализации температуры тела – щадящий режим с ограничением физической нагрузки в течение 1-3 месяцев.
2. Возможны гематологические осложнения в виде аутоиммунной гемолитической анемии, тромбоцитопении и гранулоцитопении; неврологические в виде менингоэнцефалита, энцефалита, параличей черепных нервов, в том числе паралич Белла или прозоплегия (паралич мимической мускулатуры, обусловленный поражением лицевого нерва), синдрома Гийена-Барре, полиневрита, поперечного миелита, психоза; возможно развитие кардита, интерстициальной пневмонии и бактериальные осложнения. Самое опасное – разрыв селезенки, требующий экстренного хирургического вмешательства.
3. Длительность диспансерного наблюдения – 12 мес. Осмотр педиатра 1 раз в 3 месяца с исследованием трансаминаз и проведением УЗИ ОБП, ограничение физической нагрузки в течение 3 – 6 месяцев.

Задача 40.

Подросток, 14 лет, заболел остро. Температура повысилась до 38,0°С, появились головная боль, слабость, снижение аппетита. На 2-й день болезни на коже туловища и лица замечена мелкопятнистая сыпь, что послужило причиной обращения к участковому педиатру, был направлен в детскую инфекционную больницу с диагнозом “Краснуха”. При осмотре в приёмном отделении: температура 39,0°С, больной вял, адинамичен. На коже волосистой части головы обнаружены единичные плотные однокамерные везикулы, на коже туловища и конечностей обильная пятнисто-папулёзная сыпь. Зев умеренно гиперемирован, единичные афты на мягком нёбе. Пульс 94 удара в минуту, АД - 110/70 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий,

безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Менингеальной и очаговой симптоматики не выявлено. Физиологические отправления в норме.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз врача приёмного покоя.
2. Какие данные эпиданамнеза и за какой временной период необходимо выяснить у больного?
3. Врачебная тактика в отношении данного больного

Ответ

1. Диагноз “Ветряная оспа, среднетяжёлое течение” следует поставить на основании начала заболевания с продромального периода длительностью в 2 дня, протекающего с умеренной интоксикацией, повышения температуры с момента появления экзантемы на 2-й день болезни, распространение сыпи в 1 день ее появления на лицо, волосистую часть головы, туловище и конечности, характер экзантемы - одновременное наличие пятен, папул, везикул (ложный полиморфизм). Особенность данного случая, явившегося причиной ошибочной диагностики краснухи, состоит в наличии продромального периода, что встречается редко, появлении сыпи только на 2 сутки болезни, отсутствие типичных везикулёзных элементов на момент первичного осмотра пациента.
2. Необходимо выяснить болел ли пациент раньше ветряной оспой, был ли он вакцинирован, имел ли контакты с больными ветряной оспой в рамках максимального инкубационного периода (21 дня) до момента заболевания.
3. Данному больному показана госпитализация по клиническим и эпидемическим показаниям. Патогенетическая терапия: дезинтоксикационная терапия в виде обильного дробного питья под контролем диуреза, витаминотерапия, жаропонижающие средства, обработка везикул 1% раствором бриллиантового зелёного, полоскание ротовой полости водным раствором фурациллина в концентрации 1:5000. Может быть выписан из больницы после клинического выздоровления не ранее 5 дня с момента появления последней везикулы.

Задача 41.

Пациентка 26 лет, беременность 6 месяцев. Первому ребенку 4 года (посещает детский сад). Обратилась к врачу на 3-й день болезни ввиду повышения температуры до 38,4°C, значительного увеличения количества новых элементов сыпи (единичные высыпания появились одновременно с повышением температуры на первый день болезни). На момент осмотра: температура тела 38,0°C. На коже волосистой части головы, лице, туловище, множественная, полиморфная - макуло-папуло-везикулёзная сыпь. Слизистая ротоглотки умеренно гиперемирована, в области дужек единичные везикулы и

эрозии. Пульс 84 удара в минуту, АД 120/70. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие данные эпидемиологического анамнеза следует уточнить?
3. Тактика ведения больной. Прогноз беременности.
4. Может ли ребенок посещать детский сад?

Ответ

1. Ветряная оспа, среднетяжёлое течение. Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания с интоксикационного синдрома с одновременным появлением типичной сыпи.
2. Болела ли раньше пациентка ветряной оспой? Были ли контакты с больными ветряной оспой за 21 дня до начала заболевания? Не вводился ли беременной пациентке с профилактической целью донорский иммуноглобулин? Имели ли место случаи заболевания ветряной оспой в детском саду? Имел ли ребенок контакт с больным ветряной оспой в детском саду?
3. Показана госпитализация в инфекционный стационар для наблюдения динамики развития инфекционного заболевания у беременной. В случае утяжеления состояния и/или развития осложнений (менингоэнцефалит, вирусная пневмония) показано безотлагательное начало противовирусной терапии (Ацикловир). Прогноз для развития плода при заболевании ветряной оспой в эти сроки беременности благоприятный - пороки развития плода формируются крайне редко;
4. В случае, если ребенок имеет контакт с заболевшими ветряной оспой в детском саду, посещение им детского сада продолжается. Если в детском саду контактов у ребёнка не было, следует изолировать его от посещения детского сада на срок с 10 по 22 дни от момента контакта с больной матерью.

Задача 42.

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

При осмотре на 2-е сутки заболевания кожные покровы бледно-розовые, на коже туловища, рук, волосистой части головы отмечаются везикулы. На лица,

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.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз, обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Какие осложнения возможны при данном инфекционном заболевании?
3. Назначьте лечение. Обоснуйте свой выбор.

Назовите сроки изоляции больного с данной инфекцией. Куда госпитализируются такие больные в случае необходимости?

Ответ

1. Ветряная оспа, типичная, лёгкой степени тяжести. Диагноз «ветряная оспа, типичная». Поставлен на основании типичной клинической картины: острое начало заболевания с подъёма температуры, характерной сыпи (мелкие пятна, папулы, превращающиеся через несколько часов в везикулы с прозрачным содержимым на неинфильтрированном основании, размером 0,2-0,5 см, элементы не сливаются, ложный полиморфизм сыпи, характерное расположение сыпи - на лице, туловище, конечностях, волосистой части головы. Лёгкая степень на основании минимальных симптомов интоксикации, необильные высыпания, отсутствие высыпаний на слизистых оболочках.
2. Осложнения:
Специфические осложнения, обусловленные непосредственным действием возбудителя: энцефалит, менингоэнцефалит, реже - миелиты.
В результате присоединения бактериальной инфекции (флегмона, абсцесс).
3. Лечение амбулаторно. Режим постельный на период лихорадки. Диета в соответствии с возрастом. Обильное дробное питьё. Этиотропная терапия – не показана. Обработка элементов сыпи растворами анилиновых красителей. Антигистаминные препараты при выраженном зуде.
Период контагиозности за 1-2 дня до появления признаков болезни, заканчивается на 5й день после появления последних высыпаний.
Срок изоляции – весь период высыпаний и 5 дней после последних высыпаний. Госпитализация в боксированное отделение, мельцеровский бокс.

Задача 43.

Девочка 4 лет жалуется на повышение температуры до 37,6°C, появление сыпи. Из анамнеза известно, что заболела 2 дня назад: появилась субфебрильная температура, недомогание. К вечеру мама заметила появление на коже мелких розоватых пятнышек, которые затем превратились в пузырьки с прозрачным содержимым. Перенесенные заболевания ОРВИ, кишечная инфекция в возрасте 1 - года.

Эпиданамнез: была в контакте с бабушкой, у которой 2 недели назад были везикулёзные 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 папулезного характера, единичные корочки. Слизистые розовые. На мягком небе единичные везикулы. Миндалины не увеличены, налётов нет. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, громкие, ЧСС - 92 в минуту. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезёнка не пальпируется. Стул и мочеиспускание без особенностей.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз, обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Укажите средства этиотропной терапии и показания к их применению, а также показания для назначения антибиотиков в данном случае.
3. Укажите общие подходы к профилактике этого заболевания

Ответ

1. Ветряная оспа, типичная, легкая форма. Диагноз поставлен на основании жалоб на повышение температуры до 37,6 ° C, появление сыпи везикулярного характера; анамнеза заболевания: ребенок болен 2 день, имеет место стадийность элементов пятно, папула, везикула; эпиданамнеза: контакт с больным герпесвирусной инфекцией III типа в сроки инкубационного периода; данных осмотра: на всей поверхности везикулёзные элементы с прозрачным содержимым, единичные корочки и папулы, везикулы на мягком небе. Вышеперечисленное отражает типичность.

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

Средства этиотропной терапии:

- 1) нуклеозиды: Ацикловир показания: тяжёлые формы заболевания.

Показания для назначения антибиотиков: развитие осложнений со стороны кожных покровов (пиодермии и др.) как вирусно-бактериальной микстинфекции.

3. Изоляция больного в домашних условиях (лёгкая форма заболевания) до 5 суток с момента появления последнего элемента везикулёзной сыпи. Детей в возрасте до 7 лет, не болевших ветряной оспой, бывших в контакте, разобщают с 9 по 21 день с момента контакта с больным.

Пассивная специфическая профилактика (введение Иммуноглобулина) показана контактными детям группы риска (с заболеваниями крови, различными иммунодефицитными состояниями, а также контактными беременным, не болевшим ветряной оспой (опоясывающим герпесом)).

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

Задача 44.

Из анамнеза: ребёнок от 1 беременности, 1 срочных родов, росла и развивалась соответственно возрасту, привита по календарю. Из перенесенных заболеваний: кишечная инфекция, ОРЗ - до 3 раз в год, краснуха. Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными не установлен.

Больна 3 день, заболевание началось с повышения температуры тела до 38,0°C. обильного отделяемого из носа, покашливания. На 2-й день болезни на волосистой части головы, лице и туловище появились единичные пятнисто-папулезные элементы сыпи, некоторые из них к концу суток превратились в везикулы. На следующий день появились новые высыпания, сопровождающиеся выраженным кожным зудом.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 38,9°C, ребенок вялый. Кожные покровы бледные. На лице и волосистой части головы, туловище и конечностях отмечается обильная полиморфная сыпь: пятна, узелки, везикулы. Тоны сердца слегка приглушены, частота сердечных сокращений 120 в минуту. В легких аускультативно-пуэрильное дыхание, хрипов нет. Число дыханий 30 в минуту. На слизистой твердого неба несколько поверхностных эрозий размером 2х3 мм. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Стул без патологических примесей. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз, обоснуйте.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести
3. Назначьте лечение.

Укажите противоэпидемические мероприятия в очаге. Существует ли активная иммунизация при этом заболевании?

Ответ

1. Основной: «ветряная оспа типичная форма, период высыпания, средней степени тяжести». Диагноз «ветряная оспа» выставлен на основании жалоб на повышение температуры, слабость, высыпания на коже, данных анамнеза (не болел ветряной оспой ранее, постепенное развитие клиники, сначала повышение температуры, умеренные катаральные проявления, затем появление на волосистой части головы, лице и туловище единичных пятнисто-папулезных элементов, которые затем превратились в везикулы, толчкообразное появление сыпи, наличие сильного зуда кожи), данных осмотра (гипертермия, «ложный» полиморфизм сыпи, наличие на слизистой твердого неба нескольких поверхностных эрозий).

2. Обследование: Общий анализ крови; общий анализ мочи. Типичная форма ветряной оспы не требует лабораторного подтверждения. При нетипичном течении, для подтверждения ветряной оспы применяют исследование мазков жидкости из везикул, окрашенных методом серебрения или иммунофлюоресцентный метод, определение Am-VZV M.

3. При средне-тяжёлом течении ветряной оспы возможно лечение в амбулаторных условиях. Госпитализация показана при осложненном и тяжёлом течении заболевания эпидемиологическим показаниям;

Мероприятия:

Подать экстренное извещение в СЭС.

- Изолировать больного до 5 дня с момента появления последних свежих среднем 10-12 дней).
- На детей до 7 лет, бывших в контакте с больным и не болевших ранее этой инфекцией, накладывается карантин с 11 до 21 дня, считая с момента изоляции.

За контактными устанавливают медицинское наблюдение (опрос, осмотр, термометрия один раз в 5-6 дней).

- Контактировавшим из группы риска (иммунодефицитные состояния, заболевания неболевшим беременным) проводится пассивная иммунизация специфический (Варицелло-зостерный иммуноглобулин) или нормальный (при возможности предварительным определением титра антител к VZV в

препарате) Иммуноглобулин в течение 96 часов (предпочтительно в течение 72 часов) после вероятного контакта с больным ветряной оспой. Активная иммунизация (вакцинация) против ветряной оспы проводится детям и взрослым, не имеющим медицинских противопоказаний к введению вакцины, в первые 72-96 часов после вероятного контакта с больным ветряной оспой.

Допуск реконвалесцентов ветряной оспы коллектив разрешается В после клинического выздоровления даже при наличии вторичных случаев ветряной оспы В очаге, но не ранее 5 дня со времени появления у реконвалесцента последнего свежего элемента сыпи.

Задача 45.

Ребёнок 6 лет (масса тела - 21 кг), посещающий школу, заболел с повышения температуры тела до 39,5°C. На 2 день заболевания мама заметила маленькие, единичные красные папулы на лице и туловище. Утром на следующий день элементов сыпи стало больше, они распространились по всему телу, обильно появились на волосистой части головы, сохранялась высокая температура тела. На следующий день мама вызвала врача-педиатра на дом.

Пришедший на вызов врач-педиатр расценил состояние ребёнка как среднетяжёлое. Температура тела - 40,1°C. Ребёнок вялый. Пьёт неохотно, резко снижен аппетит. На коже туловища, лица, конечностях папулезные элементы красного цвета, на волосистой части головы имеются полиморфные элементы сыпи в виде папул, пузырьков. Отмечается выраженный зуд кожи. Слизистые оболочки ротовой полости ярко гиперемированы, на твёрдом 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 – 115 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у рёберного края. Селезёнка не пальпируется. Физиологические отправления в норме. Менингеальной и очаговой симптоматики нет.

Даны рекомендации: домашний режим, местная + жаропонижающая терапия.

1. Поставьте диагноз.
2. Оцените правильность постановки диагноза участковым врачом, тактику ведения больного при данной форме заболевания.
3. Где должен лечиться больной? Составьте план лечения больного.

Перечислите возможные осложнения данного заболевания.

Ответ

1. Ветряная оспа, типичная форма, период высыпаний, тяжелое течение.

2. Диагноз участковым педиатром поставлен неверно. Учитывая высоту лихорадки, степень интоксикации, обилие элементов на коже, волосистой части головы, слизистых полости рта - у ребенка имеет место тяжелая форма заболевания. При данной форме течения заболевания показана терапия в условиях стационара с применением этиотропного лечения.

3. Где должен лечиться больной? Составьте план лечения больного.

Учитывая тяжелую степень заболевания, высокую вероятность осложнений при таком течении, ребенок должен лечиться в стационаре.

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

Лечение симптоматическое: обильное питье, при температуре выше 38,5°C - жаропонижающие препараты, при антигистаминные препараты. наличии выраженного кожного зуда

- Гигиенические мероприятия частая смена нательного и постельного белья, обработка везикул и эрозий раствором бриллиантового зеленого.

Все осложнения ветряной оспы можно разделить на две группы: специфические вирусные осложнения и осложнения в результате присоединения вторичной бактериальной инфекции. Первая группа: ветряночный энцефалит, миокардит, миелит, нефрит и др. Они относятся к категории наиболее тяжёлых. Ко второй группе относят гнойные поражения кожи абсцессы, фурункулы, флегмоны. Редко развиваются пневмонии.

Задача 46.

Мальчик 2,5 г., заболел около 2 недель назад, когда появился сухой кашель. Не лихорадил, симптомов интоксикации не отмечалось. Осмотрен врачом, назначена симптоматическая терапия. В течение последней недели кашель усилился, участился, приобрел приступообразный характер, представляет собой следующие друг за другом дыхательные толчки на выдохе, прерываемые свистящим судорожным вдохом. Приступ заканчивается отхождением густой, вязкой, стекловидной мокроты. Приступы кашля преимущественно в ночное время.

Повторно осмотрен педиатром. Самочувствие страдает умеренно за счет выраженности кашля. Одышки нет. Не лихорадит. За последние сутки у ребенка отмечалось 9 приступов кашля. Лицо во время приступа кашля краснеет, отмечается набухание подкожных вен шеи, лица, головы, слезотечение. Язык высовывается из ротовой полости, кончик его

поднимается кверху. Вне приступа кашля отмечается небольшая пастозность лица, бледность кожи. Перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком. Аускультативно над всей поверхностью легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный клинический диагноз и обоснуйте его. Назовите критерии оценки степени тяжести заболевания
2. Какие методы лабораторной диагностики необходимо использовать для подтверждения диагноза?
3. Назовите противоэпидемические мероприятия в очаге при данном заболевании

Ответ

1. Клинический диагноз: Коклюш, типичное течение, легкая форма. На основании типичных клинических проявлений: наличия катарального периода длительностью 2 недели без симптомов интоксикации, усиления кашля в ночное время, появления приступов спазматического кашля концу 2-й недели заболевания, сопровождающихся покраснением лица, набуханием подкожных вен шеи, лица, головы, слезотечением, высунутым языком с приподнятым кончиком, свистящим судорожным вдохом (репризами), и завершающимися отхождением вязкой стекловидной мокроты.

Критерии оценки степени тяжести заболевания:

- выраженность симптомов кислородной недостаточности (появление цианоза носогубного треугольника при средней степени тяжести, цианоз лица во время кашля при тяжелой степени);
- длительность предсудорожного периода (от 7 до 14 дней - легкая, от 7 до 10 дней - средней тяжести, от 3 до 5 дней - тяжелая)
- частота и характер приступов судорожного кашля (менее 10 приступов в сутки - легкая, от 10 до 20 - средней тяжести, чаще 20 приступов - тяжелое течение);
- состояние ребенка в межприступном периоде (не страдает при легкой степени тяжести, снижен аппетит при средней тяжести, при тяжелом течении отмечается вялость, отказ от еды);
- выраженность отека синдром нарастает пропорционально тяжести течения;
- наличие специфических и неспецифических осложнений;
- выраженность гематологических изменений (легкая степень - количество лейкоцитов не превышает $10-15,0 \cdot 10^9 /л$, содержание лимфоцитов — до 70%; при средней степени тяжести - лейкоцитоз до $20-25,0 \cdot 10^9 /л$, лимфоцитоз — до 80%; при тяжелом течении - лейкоцитоз достигает $30-40,0 \cdot 10^9 /л$ и более, лимфоцитоз — до 85% и более)
- судорожный синдром (появляется при тяжелом течении)

-выраженность сердечно-сосудистых нарушений нарастает по мере тяжести.

2. Методы диагностики:

Бактериологический метод – выделение *Bordetella pertussis* из слизи с задней стенки глотки (метод плоских кашлевых пластин). Метод более информативен в ранние сроки заболевания (до 2-й недели периода спазматического кашля)

Высокоспецифичным является молекулярно-генетический метод — полимеразная цепная реакция (ПЦР). Метод ПЦР позволяет в течение 4 – 6 часов обнаружить ДНК возбудителя на более поздних сроках заболевания, чем бактериологический метод, и на фоне проведения антибиотикотерапии. При этом наличие в анамнезе вакцинации против коклюша не влияет на результаты ПЦР. Однако в ПЦР обнаруживается ДНК не только живых, но и погибших микробов, которая сохраняются в биологическом материале от 1 недели до 1 месяца.

Серологический метод (РА) применяют для диагностики коклюша на поздних сроках или эпидемиологического анализа (обследование очагов). Диагностический титр при однократном обследовании непривитых пациентов — 1:80; наибольшее значение имеет четырехкратное нарастание титра специфических антител в парных сыворотках, взятым с интервалом 7-14 дней в зависимости от вакцинального статуса.

Методом иммуноферментного анализа определяют в крови антитела класса IgM (в ранние сроки) и IgG (в поздние сроки болезни). Метод отличается большей чувствительностью, по сравнению с РА и позволяет выявлять антитела к отдельным антигенам возбудителя (коклюшному токсину, филаментозному агглютинирующему), что важно для контроля эффективности иммунизации бесклеточными вакцинами.

3. Противоэпидемические мероприятия:

В очаге коклюшной инфекции профилактические прививки против коклюша не проводят. Новорожденным в родильных домах, детям первых 3 месяцев жизни и непривитым детям в возрасте до 1 года, имевшим контакт с больным коклюшем, профилактически вводится внутримышечно нормальный иммуноглобулин человека.

В помещении, расположенном в очаге инфекции, осуществляют ежедневную влажную уборку с использованием дезинфицирующих средств, разрешенных к применению, и частое проветривание.

Контактные с больным коклюшем дети при наличии кашля, независимо от прививочного анамнеза, подлежат отстранению от посещения дошкольных образовательных и общеобразовательных организаций. Их допускают в детский коллектив после получения двух отрицательных результатов бактериологического или одного отрицательного результата молекулярно-генетического исследований.

В семейных (в семьях, где есть больные коклюшем) очагах за контактными лицами устанавливают медицинское наблюдение в течение 14 календарных дней. Всем кашляющим детям и взрослым проводят двукратное бактериологическое (два дня подряд или с интервалом в один День) или однократное молекулярно-генетическое исследования.

За лицами, общавшимися с больными коклюшем в организациях,

осуществляющих образовательную деятельность, организациях отдыха детей и их оздоровления, организациях для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домах ребенка, санаториях для детей, детских больницах, родильных домах (отделениях), устанавливается медицинское наблюдение в течение 14 календарных дней со дня прекращения общения.

В организациях, осуществляющих образовательную деятельность, организациях отдыха детей и их оздоровления, организациях для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домах ребенка, санаториях для детей, детских больницах, родильных домах (отделениях) при появлении вторичных случаев заболевания медицинское наблюдение осуществляется до 21 календарного дня со дня изоляции последнего заболевшего.

Лабораторное обследование контактных лиц в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, специальных учебно-воспитательных учреждениях открытого и закрытого типа, организациях отдыха детей и их оздоровления, организациях для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домах ребенка, санаториях для детей, детских больницах, родильных домах (отделениях), осуществляют бактериологическим методом на 10 - 14 календарный день или молекулярно-генетическим методом без учета длительности очага.

Взрослые, работающие в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, организациях отдыха детей и их оздоровления, организациях для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домах ребенка, санаториях для детей, детских больницах, родильных домах (отделениях), общавшиеся с больным коклюшем по месту жительства/работы, при наличии кашля подлежат отстранению от работы. Их допускают к работе после получения двух отрицательных результатов бактериологического (два дня подряд или с интервалом в один день) или одного отрицательного результата молекулярно-генетического исследования.

Задача 47.

Девочка 5 лет поступила с жалобами на слабость, сердцебиение, одышку. Неделю назад: появились симптомы острого респираторного заболевания: подъем температуры до 39 °С, насморк, кашель; беспокоили боли в животе, жидкий стул 3 раза за сутки. Состояние ухудшилось 2 дня назад, выросла одышка, сердцебиение, вялость, появилась пастозность нижних конечностей, увеличение печени.

Анамнез: в течение недели высоко лихорадила. Заболевание связывает с приемом в пищу салата из капусты.

Объективный статус: бледная, вялая, температура 37,5 °С, ЧДД 30 в мин.; АД 80/50 мм рт.ст. Отмечаются пятнисто-папулезные высыпания на коже, располагающиеся вокруг суставов и на голенях. Границы относительной сердечной тупости: правая – правая парастеральная линия, верхняя – 3 ребро, левая – 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии.

Тоны сердца приглушены, короткий систолический шум на верхушке. В легких – единичные сухие хрипы. Живот мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области. Печень +3,0 см от края реберной дуги. Селезенка +1,5 см. Стул неустойчивый, разжиженный. Мочится регулярно. Масса 19 кг.

Результаты анализов.

ОАК: Нв – 110 г/л, эр. – $3,7 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,9, лейкоциты – $14,2 \times 10^9/л$, п-12%, с-53%, л-28%, м-7%, СОЭ 38 мм/ч.

ОАМ: цвет – соломенно-желтый, удельный вес – 1018, белок – нет, эпителий плоский – 2-3 в п/зр.

Анализ кала: кал жидкий, слизь ++, лейкоциты 15-20 в п/зр, эпителий пл. – 4-8 в п/зр.

ЭКГ: низкий вольтаж зубцов, нарушение проводимости, атриовентрикулярная блокада 1 степени.

ФКГ: систолический шум, занимает всю систолу.

ЭХО КС: снижение сократительной способности миокарда.

Бактериальное исследование кала: выделена *Yersinia enterocolitica*.

РПГА с иерсиниозным диагностикумом 1:1600.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.

Ответ

1. Иерсиниоз, типичный, генерализованная форма, осложненный миокардитом, СН ПА. Серологически подтвержденный. Анемия легкой степени. Нормохромная. Смешанного генеза.
2. Диагноз иерсиниоза поставлен на основании данных анамнеза, объективных данных, связь заболевания с приемом в пищу салата из сырых овощей; а также на основании результатов анализов: в ОАК – лейкоцитоз, сдвиг ядерного индекса влево, ускорена СОЭ до 38 мм/час; в копрограмме – признаки воспаления (слизь+++; лейкоциты 15-20 в п/зр.), подтверждением диагноза являются данные бактериологического исследования кала – выделена *Yersinia enterocolitica*, в РПГА с иерсиниозным диагностикумом обнаружены антитела в титре 1:1600. Генерализованная форма – так как поражены дыхательная, пищеварительная, сердечно-сосудистая системы. Осложнение – миокардит. СН ПА – на основании жалоб (слабость, сердцебиение, одышка), объективных данных (границы относительной сердечной тупости); результатов анализов (ЭКГ: низкий вольтаж зубцов, нарушение проводимости, атриовентрикулярная блокада 1 степени; ФКГ: систолический шум, занимает всю систолу; ЭХО КС: снижение сократительной способности миокарда.)

3. Госпитализация в инфекционную больницу. Обильное теплое питье. Стол № 4. 4. Этиотропное лечение: антибиотикотерапия – цефалоспорины 3 поколения. Патогенетическая терапия: дезинтоксикация (глюкозо-солевые растворы внутривенно капельно с учетом физиологической потребности в жидкости и потерь на интоксикацию). Энтеросорбенты. При повышении температуры выше 38,5 °С – нурофен 10 мг/кг или нимесулид 50 мг 2 раза в день. Лечение миокардита, СН ПА: Преднизолон, Дигоксин, Фуросемид.

Задача 48.

Ребенок М., 10 месяцев, поступил с жалобами на слабость, вялость, снижение аппетита, жидкий обильный стул, похудание.

Анамнез жизни: ребенок с 1 месяца на искусственном вскармливании, из группы часто болеющих детей, с 2-х месяцев беспокоили запоры, с 8 месяцев – периодически частый обильный стул.

Анамнез заболевания: ребенок заболел остро два дня назад, когда остро повысилась температура до 39 °С, была однократная рвота и появился обильный, водянистый желто-зеленого цвета стул с неперевавшими частицами пищи 10 раз в сутки.

Результаты анализов.

ОАК: гемоглобин – 96 г/л, эритроциты – $3,6 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,8; гематокрит – 41%, лейкоциты – $16,2 \times 10^9$ /л, э-2%, п/я-7%, с/я-34%, л-49%, м-8%, СОЭ–10 мм/ч.

ОАМ: цвет – желтый, удельный вес – 1016, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, белок – отрицательный, эритроциты – нет, эпителий плоский – 3-4 в поле зрения.

Копрограмма: желтый, жидкий, крахмал – зерна, нейтральный жир – в большом количестве.

Бактериологическое исследование кала: на шигеллы и сальмонеллы – отрицательный.

Количественное определение микроорганизмов (в 1 г кала): бифидобактерии менее 10⁷ КОЕ/г, выделена *Klebsiella pneumonia* 10⁷ КОЕ/г.

Серологические реакции: с аутоштаммом в титре 1/16 ++.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.

Ответ

1. Клебсиеллез. Типичный. По типу энтерита. Средней степени тяжести. Бактериологически подтвержденный (*Klebsiella pneumonia* 10⁷ КОЕ/г). Анемия легкой степени тяжести. Гипохромная. Смешанного генеза.

2. Диагноз клебсиеллезной кишечной инфекции поставлен на основании жалоб и данных анамнеза: у ребенка с 2-х месяцев отмечался неустойчивый характер стула; острое начало заболевания с кишечного синдрома (однократная рвота, обильный, водянистый стул желто-зеленого цвета с непереваarenными частицами пищи), интоксикации (повышение температуры до 39 °С), результатов анализов: в ОАК – лейкоцитоз, сдвиг ядерного индекса влево, в копрограмме – амило- и стеаторея, в бактериологическом анализе количественного определения микроорганизмов (в 1 г кала) выделена *Klebsiella pneumonia* 107КОЕ/г. По типу энтерита – так как стул обильный, водянистый, не переваренный, в копрограмме – нарушение переваривающей функции кишечника (амило- и стеаторея). Критериями степени тяжести является выраженность кишечного синдрома и интоксикации.
3. Госпитализация в инфекционную больницу. Обильное теплое питье. Этиотропное лечение: амикацин 10 мг/кг в сутки в 2 введения внутримышечно. Дезинтоксикационная терапия: глюкозо-солевые растворы внутривенно капельно с учетом физиологической потребности в жидкости и потерь на диарею и интоксикацию. Энтеросорбенты. Ферменты. При повышении температуры выше 38,5С – нурофен 10 мг/кг или нимесулид 50 мг 2 раза в день.

Задача 49.

Ребенок 6 месяцев, заболел около 5 дней назад с появления сухого кашля, незначительной заложенности носа с серозным отделяемым, повышения температуры тела до 37,3°С. Был осмотрен участковым врачом, выставлен диагноз: ОРВИ, легкая форма, назначено амбулаторное лечение. Эффекта от проводимой терапии не наблюдалось. Вчера мама заметила, что кашель принял приступообразный характер, приступ заканчивался отхождением вязкой мокроты и рвотой, ребенок начал отказываться от еды. Повторно был вызван участковый врач, ребенок направлен в инфекционный стационар.

Из анамнеза: от I нормальной беременности и родов. На смешанном вскармливании. Не привит в связи с отказом родителей.

При осмотре в стационаре ребенок капризный, бледный, лицо и веки пастозные. Кашель частый, приступообразный с высовыванием языка, лицо во время приступа краснеет, затем синеет. Увеличены шейные лимфатические узлы. Носом дышит свободно. В зеве умеренная разлитая гиперемия, язвочка на уздечке языка. Легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно над всеми полями легкого жесткое дыхание, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. Сердечные тоны ритмичные, умеренная тахикардия (120 в минуту). Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул густой кашицей без патологических примесей.

Число приступов кашля в отделении до 28 в сутки, до 5-7 реприз в

приступе, рвота в течение суток 3-4 раза. Отмечалась задержка дыхания до 15 – 20 секунд.

Вопросы

1. Поставьте клинический диагноз.
Проведите обоснование диагноза
2. Составьте план обследования
3. Составьте план лечения
Назовите методы профилактики заболевания.

Ответ

1. Клинический диагноз: Коклюш, типичное течение, тяжелая форма. На основании эпидемиологического анамнеза (не привит), типичных клинических симптомов: (умеренные катаральные явления, сухого кашля, заложенность носа с серозным отделяемым, отечный синдром, гиперемия и цианоз лица при кашле, эпизоды рвоты и остановки дыхания при кашле, характерное положение языка, изъязвление уздечки языка, коробочный звук над легкими при перкуссии, множественные сухие свистящие хрипы при аускультации). Критерии тяжести: короткий инкубационный период (до 7 дней), частота эпизодов спазматического кашля (свыше 20 приступов в сутки), частая рвота в конце приступа кашля, цианоз лица, эпизод спазматического апноэ, отказ от еды, сердечно-сосудистые нарушения (бледность, цианоз лица, тахикардия).
2. План обследования:
 - клинический анализ крови (лимфоцитарный лейкоцитоз)
 - определение сатурации, КЩС крови (степень гипоксемии, дыхательной недостаточности, респираторно-метаболического ацидоза)
 - рентгенография органов грудной клетки (общее вздутие легочной ткани, горизонтальное стояние ребер, повышенная прозрачность легочных полей, низкое расположение и уплощение купола диафрагмы; усиление легочного рисунка, возможны ателектазы, пневмоторакс, легочное сердце)
 - электрокардиография (смещение ЭОС вправо, тахикардия, перегрузка правых отделов, гипоксические изменения в миокарде)
 - специфическая диагностика – 1)бактериологический метод - выделение *Bordetella pertussis* из слизи с задней стенки глотки (метод плоских кашлевых пластин); 2)молекулярно-генетический метод — полимеразная цепная реакция (ПЦР) позволяет в течение 4 – 6 часов обнаружить ДНК возбудителя (экспресс-метод);
 - 3) серологический метод (РА) применяют для диагностики коклюша на поздних сроках или эпидемиологического анализа (обследование очагов) (диагностический титр при однократном обследовании непривитых пациентов — 1:80; наибольшее значение имеет четырехкратное нарастание титра специфических антител в парных сыворотках)
3. План лечения:

Лечение коклюша включает: медикаментозные и немедикаментозные методы - мероприятия, направленные на эрадикацию возбудителя(этиотропная

- терапия) – препараты выбора – макролиды, резерв – комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз (Амксициллин+клавулановая кислота), при тяжелом, осложненном течении – Цефалоспорины 3-го поколения;
- мероприятия, направленные на прерывание патологического очага возбуждения с приступами судорожного кашля, в том числе максимальное устранение внешних раздражителей (болевого, тактильного, психоэмоционального и др.) – седативная терапия, уменьшающая потребность головного мозга в кислороде (барбитураты), противокашлевые препараты центрального действия (бутамирата цитрат) у детей до 3-х лет противопоказаны, глюкокортикостероиды в комплексной терапии отека головного мозга,
 - терапия дыхательной недостаточности - ингаляционная терапия увлажненным кислородом, бронхолитики, ингаляционные стероиды;
 - симптоматическое и местное лечение
 - мероприятия, направленные на повышение иммунологической реактивности и репаративных процессов - аскорбиновая кислота, витамин «Е» внутрь, кокарбоксилаза.

Задача 50.

На приеме у врача-педиатра участкового мама с ребенком 3 лет с жалобами на непродуктивный приступообразный кашель, периодически до рвоты, снижение аппетита, появление шумного дыхания при физической нагрузке.

Девочка заболела около двух недель назад, когда повысилась температура тела до 37,4°C, редкое покашливание, снизился аппетит. Состояние начало ухудшаться 3 дня назад: на фоне нормальной температуры тела кашель участился, приобрел приступообразный характер, стал навязчивым, усиливается в ночное время, иногда приступы кашля заканчиваются рвотой.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился доношенным, с весом 3500 г, к груди приложен в родовом зале. Вскармливание грудное до 6 месяцев, затем переведен на искусственное. Развитие по возрасту. Привита в роддоме БЦЖ, далее отказ матери, начали вакцинировать два месяца назад. Аллергических проявлений не отмечалось. Наследственность: у бабушки по линии мамы – экзема. Мама не переносит пенициллин.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Ребенок возбужден, на осмотр реагирует негативно. Лицо одутловатое. Единичные петехии на коже век. Кожные покровы бледные, параорбитальный и периоральный цианоз. Слизистые сухие. Катаральные изменения в ротоглотке не выражены. Во время осмотра развился приступ кашля, во время которого отмечалось некоторое покраснение лица, свистящий вдох. Носовое дыхание свободное. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы. ЧД – 32 в минуту. Перкуторно по всем полям определяется

коробочный звук. При аускультации жесткое дыхание с удлиненным выдохом, диффузные сухие свистящие и единичные влажные хрипы на вдохе и выдохе. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 110 в минуту. Живот несколько вздут, пальпации доступен, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

При обследовании в общем анализе крови: лейкоциты – $19,3 \times 10^9/\text{л}$; эозинофилы – 3%, п/я нейтрофилы - 2%; с/я нейтрофилы - 28%; лимфоциты - 64%; моноциты - 3%. СОЭ – 9 мм/ч.

Вопросы

1. Сформулируйте вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
2. Назначьте лечение. Показаны ли антибактериальные препараты в данном случае?
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?.

Ответ

1. Клинический диагноз: Коклюш, типичное течение, тяжелая форма. Осложнение: Бронхообструктивный синдром, Дыхательная недостаточность II степени. Обоснование: Коклюш на основании эпиданамнеза (не привит), длительности катарального периода 2 недели, характерного субфебрилитета, неявные проявления катаральных явлений в ротоглотке. появление типичных приступов спастического кашля, сопровождающегося покраснением лица, репризами, рвотой, одутловатость (отечность), единичные петехиальные элементы, наличие в гемограмме лимфоцитарного лейкоцитоза. Синдром эмфиземы и бронхиальной обструкции – на основании формы грудной клетки (цилиндрическая), перкуторно- коробочный звук, аускультативно – удлиненный выдох, множественные свистящие хрипы, единичные влажные хрипы. С-м дыхательной недостаточности – бледность, периорбитальный цианоз, тахипноэ – ЧДД - до 32 в мин, нарушения со стороны нервной системы (возбуждение, негативность).

В плане обследования:

- определение сатурации и кислотно-щелочного состояния крови (степень дыхательной недостаточности)
- рентгенография органов грудной клетки (общее вздутие легочной ткани, горизонтальное стояние ребер, повышенная прозрачность легочных полей, низкое расположение и уплощение купола диафрагмы; усиление легочного рисунка, возможны ателектазы, пневмоторакс, легочное сердце)
- электрокардиография (смещение ЭОС вправо, тахикардия, перегрузка правых отделов, гипоксические изменения в миокарде)
- специфическая диагностика – 1)бактериологический метод - выделение *Bordetella pertussis* из слизи с задней стенки глотки (метод плоских кашлевых пластин); 2)молекулярно-генетический метод — полимеразная цепная реакция (ПЦР) обнаружить ДНК возбудителя (экспресс-метод);

3) серологический метод (РА) применяют для диагностики коклюша на поздних сроках или эпидемиологического анализа (обследование очагов) (диагностический титр при однократном обследовании непривитых пациентов — 1:80; наибольшее значение имеет четырехкратное нарастание титра специфических антител в парных сыворотках)

2. Лечение будет включать:

- этиотропная терапия – препараты выбора – макролиды, резерв – комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз (Амксициллин+клавулановая кислота), при тяжелом, осложненном течении – Цефалоспорины 3-го поколения. В связи с отягощенным аллергоанамнезом и при отсутствии признаков наложения вторичной бактериальной инфекции от антибактериальной терапии следует воздержаться.
- терапия бронхообструктивного синдрома – ингаляционная терапия с применением бронхолитиков (ипратропия бромид+фенотерол), ингаляционные стероиды (будесонид)
- мероприятия, направленные на прерывание патологического очага возбуждения с приступами судорожного кашля, в том числе максимальное устранение внешних
- терапия дыхательной недостаточности - ингаляционная терапия увлажненным кислородом,
- местная и симптоматическая терапия

3. В периоде судорожного кашля необходимо проводить дифференциальную диагностику коклюша с паракоклюшем и заболеваниями, протекающими с синдромом коклюшеподобного кашля (микоплазменной, хламидийной и респираторносинцитиальной (RS) инфекциями, муковисцидозом, а также с аспирацией инородного тела. В редких случаях приходится исключать заболевания, сопровождающиеся увеличением внутригрудных лимфатических узлов (лимфогрануломатоз, лейкозы, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов). При наличии отягощенного семейного аллергоанамнеза по материнской линии, раннего искусственного вскармливания, клинических проявлений бронхиальной обструкции и дыхательной недостаточности следует также проводить дифференциальный диагноз с приступным периодом бронхиальной астмы.

Задача 51.

Менингококковая инфекция, смешанная форма. Гнойный менингит, менингококцемия

Ребенок 2 лет, посещает детский сад, заболел остро с повышением температуры тела до 39°C, была повторная рвота, жаловался на головную боль.

В конце дня - кратковременные судороги, потеря сознания. Доставлен в больницу с диагнозом токсический грипп.

При осмотре: состояние очень тяжелое, кожа серого цвета, акроцианоз. На коже живота, груди, конечностей - геморрагическая сыпь различной величины и формы. Ребенок сонлив. Температура тела 39°C. Артериальное давление - 50/25 мм рт.ст. В легких жесткое дыхание, тоны сердца аритмичные, тенденция к брадикардии. Живот мягкий, печень +1 см. Не мочится. Через 2 часа состояние ухудшилось.

Лежит в вынужденной позе с запрокинутой головой, стонет, увеличилось количество геморрагических элементов на коже. Многократная рвота. Пульс частый, слабый. Зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая.

Клинический анализ крови: НЬ - 120 г/л, Эр - $3,6 \times 10^{12}$ /л, Тромб - $170,0 \times 10^9$ /л, Лейк - $17,0 \times 10^9$ /л; п/я - 27%, с/я - 53%, э - 2%, л - 10%, м - 8%; СОЭ-30 мм/час.

Ликворограмма: цвет - мутный, опалесцирует, цитоз - 1800/3, белок - 0,460 г/л, лимфоциты - 10%, нейтрофилы - 90%.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены на догоспитальном и госпитальном этапах?
3. Противоэпидемические мероприятия в очаге и существует ли специфическая профилактика данного заболевания?

Ответ:

1. Дз:Менингококковая инфекция, смешанная форма. Гнойный менингит, менингококцемия.
2. Лечебные мероприятия на догоспитальном + госпитальном этапе: догоспитальный –левомецетин (400тыс.ЕД на 4введ. + инфуз) + немедленная госпитализация; антибактериальная терапия большими дозами (до1г-400тыс ч/з 3ч,1-3г-300тыс ч/з 4ч,>3л-200тыс ч/з4ч; по тяжести м.увел.на 100тыс.7дн. Повторная пункция – лимфоцитарный цитоз 100 => отменить антибиотики, приближается к 100, нейтрофильно-лимфоцитарный =>еще 3д. лечения, без пункции, цитоз >100+ >нейтр =>смена(ЦСП) 7дн,еще пункция)+ интенс.инфуз(V=75% от возрастной нормы. Дегидратация: стартовый р-р 20% маннитол-0,25-1г/кг 10-30'. Через 60-90'-форс.диурез(фуросемид-1-2мг/кг). Базовые растворы: 10% глюкоза на физ.р-ре или р-р Рингера. Для улучшения микроциркуляции - реополиглюкин 10мл/кг, профилактика + лечение ДВС-синдрома - плазма. Коллоиды:кристаллоиды = 1:3. При развитии ОПН, отека легких – коллоиды исключить; дексаметазон – сначала 0,15мг/кг, потом - 0,25 на 4р
3. Профилактика/эпидемиология: больные с генерализованной формой – госпитализация, о каждом случае извещение в СЭС. Карантин -10дней с момента изоляции больного. В очаге – клиническое наблюдение с осмотром носоглотки, кожи, измерение t в теч.10дней. Бактериологическое обследование контактных не менее 2р. с интервалом 3-7дн. Выявленные носители – изоляция + санация. Через 3д. после санации – однократно бактериологическое обследование. Контакт с

больными - допуск в коллектив после мед. осмотра, однократно бактериологическое обследование с “-” рез. Заключительной дезинфекции нет. Специфическая профилактика: РФ - менингококковая А-вакцина –специфические полисахариды Mening. grA. Куба – менингококковая В-вакцина, США - квадριвалентная, Франция – бивалентная. РФ-детям>1г.1-8л-25мкг,>8л-50мкг.

Задача 52.

Ребенок 2,5 лет, посещает детский сад, заболел остро с повышением температуры тела до 39°C, была повторная рвота, жаловался на головную боль. В конце дня - кратковременные судороги, потеря сознания. Доставлен в больницу с диагнозом токсический грипп.

При осмотре: состояние очень тяжелое, кожа серого цвета, акроцианоз. На коже живота, груди, конечностей - геморрагическая сыпь различной величины и формы. Ребенок сонлив. Температура тела 39°C. Артериальное давление - 50/25 мм рт.ст. В легких жесткое дыхание, тоны сердца аритмичные, тенденция к брадикардии. Живот мягкий, печень +1 см. Не мочится. Через 2 часа состояние ухудшилось.

Лежит в вынужденной позе с запрокинутой головой, стонет, увеличилось количество геморрагических элементов на коже. Многократная рвота. Пульс частый, слабый. Зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая.

Клинический анализ крови: НЬ - 120 г/л, Эр - $3,6 \times 10^{12}/л$, Тромб - $170,0 \times 10^9/л$, Лейк - $17,0 \times 10^9/л$; п/я - 27%, с/я - 53%, э - 2%, л - 10%, м - 8%; СОЭ-30 мм/час.

Ликворограмма: цвет - мутный, опалесцирует, цитоз - 1800/3, белок - 0,460 г/л, лимфоциты - 10%, нейтрофилы - 90%.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие симптомы заболевания могут быть выявлены при осмотре?
3. Каких специалистов следует пригласить на консультацию?

Ответ

1. Дз:Менингококковая инфекция, смешанная форма. Гнойный менингит, менингококцемия.
2. Симптомы: общемозговые (головная боль - диффузная, усиливается в ответ на сильные звуковые, световые раздражители, движения). Рвота, не связанная с приемом пищи, клонико-тонические судороги, беспокойство, расстройство сна, выбухание, пульсация родничка), менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига (нога больного, лежащего на спине, пассивно сгибается под углом 90° в тазобедренном и коленном суставах, попытка разогнуть эту ногу в коленном суставе невозможна), симптомы Брудзинского: верхний (непроизвольное сгибание ног и подтягивание их к животу при попытке пассивного сгибания головы)+нижний (при проверке с одной стороны симптома Кернига другая нога, сгибаясь в коленном и

тазобедренном суставе, подтягивается к животу), Поза с запрокинутой головой, притянутыми ногами + геморрагическая сыпь неправильной (звездчатой) формы, плотная, выступает над поверхностью кожи, могут быть некрозы в центре – отторжение, формирование рубцов + синовиты, артриты, увеит, плеврит, флебит. Может быть эндомиокардит (одышка, тахикардия, цианоз, глухость сердечных тонов, расширение границ), гломерулонефрит, может быть гепато-лиенальный синдром.

3. Специалисты: реаниматолог, невропатолог.

Задача 53.

Менингококковая инфекция, смешанная форма. Гнойный менингит, менингококцемия

Ребенок 3 лет, посещает детский сад, заболел остро с повышением температуры тела до 39°C, была повторная рвота, жаловался на головную боль. В конце дня - кратковременные судороги, потеря сознания. Доставлен в больницу с диагнозом токсический грипп.

При осмотре: состояние очень тяжелое, кожа серого цвета, акроцианоз. На коже живота, груди, конечностей - геморрагическая сыпь различной величины и формы. Ребенок сонлив. Температура тела 39°C. Артериальное давление - 50/25 мм рт.ст. В легких жесткое дыхание, тоны сердца аритмичные, тенденция к брадикардии. Живот мягкий, печень +1 см. Не мочится. Через 2 часа состояние ухудшилось.

Лежит в вынужденной позе с запрокинутой головой, стонет, увеличилось количество геморрагических элементов на коже. Многократная рвота. Пульс частый, слабый. Зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая.

Клинический анализ крови: НЬ - 120 г/л, Эр - $3,6 \times 10^{12}/л$, Тромб - $170,0 \times 10^9/л$, Лейк - $17,0 \times 10^9/л$; п/я - 27%, с/я - 53%, э - 2%, л - 10%, м - 8%; СОЭ - 30 мм/час.

Ликворограмма: цвет - мутный, опалесцирует, цитоз - 1800/3, белок - 0,460 г/л, лимфоциты - 10%, нейтрофилы - 90%.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз и дайте характеристику возбудителя
2. Объясните патогенез токсического синдрома. Причины появления геморрагической сыпи.
3. Какие лабораторные исследования могут подтвердить клинический диагноз?

Ответ:

1. Дз: Менингококковая инфекция, смешанная форма. Гнойный менингит, менингококцемия. Возбудитель: Грам(+) *Neisseria meningitidis*. Располагаются попарно, внутри/внеклеточно. Чувствительна к окружающей среде, болеет только человек. Выделяет эндотоксин + аллергизирующие субстанции. Образует L-формы.

2. Патогенез токсического синдрома и геморрагической сыпи. Входные ворота – слизистая носо-, ротоглотки. При преодолении защитных барьеров попадает в кровь, может быть занос в кожу, суставы, легкие. Проникает через ГЭБ. Эндотоксин воздействует на эндотелий сосудов + клетки крови => расстройство микроциркуляции => геморрагии. Воспалительный процесс в мягкой мозговой оболочке => их нейтрофильная инфильтрация => нарушение проницаемости ГЭБ, отек + набухание вещества головного мозга.
3. Лабораторно: слизь из носоглотки - бактериологический посев на питательную среду. Серология: РПГА(специфические антитела), ВИЭФ(менингококковый токсин) **Люмбальная пункция:** ребенок в положении сидя или лежа на боку, голова + ноги согнуты. Стерильная пленка, марля, йод, игла 22 калибра с мандреном, 1% лид, перчатки. Уровень L4-L5. Обезболивание 1% лидокаина. Иглу вводят по средней линии по направлению к пупку. Продвинув иглу, удаляют мандрен, проверяют, течет ли ликвор. По 1мл в 3 проб(1я-б/л, б/ск, 2я-сах, бел, 3я-цитоз), в иглу мандрен, удаляют. Ликвор: вытекает под давлением, мутный, молочно-белый или желто-зеленый. Нейтрофильный плеоцитоз (неск. тыс до 95%), повышенный белок (1-4,5 г/л при N 0,22-0,33), глюкоза (N 2,78-3,89 ммоль/л), хлор (N 120-128 ммоль/л) = сниж. **Кровь:** лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг влево, анэозинофилия, увеличение СОЭ.

Задача 54.

Ребёнок 4 лет заболел остро, около 5 дней назад, когда повысилась температура тела до 38,4°C появилась заложенность носа, редкий кашель. Мама давала парацетамол, закапывала в нос сосудосуживающие капли. Через день появилась боль в горле, затем мама заметила «шишки» на шее. Самотеком обратились в приемное отделение инфекционного стационара.

Объективные данные: масса – 16 кг, рост – 108 см. Ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Отмечается умеренная одутловатость лица. Кожные покровы бледно-розовые, чистые от инфекционной сыпи. Пальпируются множественные увеличенные до 2,5-3,0 см передне- и заднешейные, подчелюстные лимфатические узлы, симметричные, не спаянные с подлежащей тканью. Слизистая небных дужек, миндалин ярко гиперемирована, на миндалинах беловато-сероватые налёты, легко снимаются, растираются шпателем. Носовое дыхание затруднено, отделяемого нет. В легких пуэрильное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 110/мин. Печень до 3 см ниже края реберной дуги, селезёнка выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см.

Общий анализ крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – $21,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 14%, лимфоциты – 62%, моноциты – 16%, 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 капсидному антигену вируса Эпштейн-Барра.

Вопросы

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Назначьте план лечения.
3. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Ответ:

1. Инфекционный мононуклеоз, типичный, среднетяжелое течение, Эпштейн Барр-вирусной этиологии. Диагноз поставлен на основании типичной клинической картины: острое начало с повышения температуры тела,

длительная (более 3 дней) фебрильная лихорадка, явления тонзиллита, гиперплазии заднеглоточной миндалины, генерализованная лимфаденопатия (шейные, подчелюстные лимфоузлы, одутловатость лица за счет лимфостаза), гепатолиенальный синдром. Типичные изменения в гемограмме в виде лимфо-моноцитарного лейкоцитоза, палочкоядерного сдвига формулы влево на фоне уменьшения числа сегментоядерных нейтрофилов. Этиология подтверждена обнаружением специфических антител класса IgM к капсидному антигену ЭБВ, что соответствует острой фазе инфекции.

2. Постельный режим на лихорадочный период, диета механически, химически, термически щадящая. Дополнительное выпаивание в связи с гипертермическим синдромом. Местно – антисептики в виде спрея для ликвидации явлений тонзиллита. В нос – деконгестанты (не дольше 5-7 дней, топические ГКС: флутиказон, мометазон). При повышении температуры до 39° и плохой её переносимостью парацетамол 15 мг/кг (РД) до 60 мг/кг/сутки или ибупрофен 10 мг/кг (РД) до 30 мг/кг/сутки. После нормализации температуры тела – щадящий режим с ограничением физической нагрузки в течение 1-3 месяцев.
3. Карантинные мероприятия, текущая и заключительная дезинфекция не проводятся. Достаточно соблюдения санитарно-гигиенического режима. Больной изолируется в отдельную комнату, ему выделяются отдельная посуда и гигиенические принадлежности. Индекс контагиозности считается невысоким. Специфической профилактики не существует. Профилактическое лечение контактным не назначается.

Задача 55.

У мальчика 6 лет, после инъекции антибиотика ухудшилось состояние. Стал беспокойным, резко побледнел, появилось чувство страха, головная боль. Затем ребенок потерял сознание.

Анамнез заболевания: заболел остро 2 дня назад с повышения температуры до 40 °С, болей в животе, отмечались однократная рвота, жидкий водянистый стул 1 раз. Мама связывает заболевание с употреблением в пищу “гоголь-моголь” (желток, взбитый с сахаром).

Объективно: ребенок бледный, ЧСС= 120 в мин, ЧД= 28 в мин, не мочится. АД 60/40 мм рт.ст. Стул 5 раз за сутки скудный, по типу «болотной тины», с примесью прожилок крови в кале.

Результаты анализов.

ОАК: гемоглобин – 124г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,9, лейкоциты – $13,1 \times 10^9$ /л, э-1%, п/я-12%, с/я-48%, л-30%, м-9%; СОЭ – 21 мм/ч.

ОАМ: цвет – желтый, белок – следы, удельный вес – 1020, лейкоциты – 3-6 в п/зр.

Копрограмма: детрит – сниженное количество, слизь – мутная, лейкоциты – 35 в п/зрения, эритроциты – 20 в поле/зрения.

Бактериологическое исследование: из кала выделена *Salmonella enteritidis*.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Профилактические мероприятия при данном заболевании.

Ответ

1. Сальмонеллез, типичный, по типу энтерогемоколита, тяжелой степени тяжести. Бактериологически подтвержденный (*Salmonella enteritidis*). Инфекционно-токсический шок II степени.
2. Диагноз поставлен на основании клинических данных: острое начало заболевания с синдрома интоксикации (повышение температуры до 40 °С) на фоне кишечного синдрома (однократная рвота съеденной пищей, водянистый жидкий стул 1 раз, затем – скудный, по типу «болотной тины», с прожилками крови до 5 раз, боли в животе), данных эпид.анамнеза (связь заболевания с употреблением в пищу сырого желтка), а также на основании результатов анализов: в ОАК – лейкоцитоз, сдвиг ядерного индекса влево, ускорение СОЭ, в копрограмме – признаки гемоколита, при бактериологическом исследовании кала выделена *Salmonella enteritidis*. Критерии степени тяжести – выраженность синдрома интоксикации, наличие ИТШ. Инфекционно-токсический шок 2 степени поставлен на основании данных осмотра: потеря сознания после введения антибиотика (вероятно бактерицидного действия), кожа бледная, тахикардия, тахипноэ, снижено АД 60/40 мм рт.ст., ребенок не мочится.
3. Неспецифическая профилактика – соблюдение технологии приготовления пищи, соблюдение правил личной гигиены, надзор за качеством продуктов питания. Постэкспозиционная профилактика – не проводится.

Задача 56.

В инфекционное отделение поступила девочка Таня В., 8 лет.

Анамнез заболевания. Заболела остро, температура 38,2°С, головная боль, однократная рвота. Заложенность носа, гиперемия зева. Температура нормализовалась на следующий день, но сохранялась общая вялость, сниженный аппетит. На четвертый день болезни появились слабые ноющие боли в животе. На шестой день болезни потемнела моча, а на следующий день появилась желтушность кожи и склер.

Анамнез жизни. Без особенностей. Эпидемиологический анамнез: учится

во втором классе школы, где месяц назад зарегистрирован случай вирусного гепатита. Вакцинирована по национальному календарю.

При поступлении самочувствие удовлетворительное, аппетит сохранен, симптомов интоксикации нет. Отмечается умеренная иктеричность склер и кожи. Язык обложен белым налетом. Зев рыхлый, слегка гиперемирован. Со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем патологии не выявлено. Пульс - 68 ударов в минуту. Живот мягкий, не вздут. Печень пальпируется на 2,5 см + 3,0 см + 3,5 см из подреберья, уплотнена, болезненная. Селезенка пальпируется на 0,5 см ниже реберного края и уплотнена. Моча темная. Кал обесцвечен.

В биохимическом анализе крови: общий билирубин - 96 мкмоль/л, конъюгированный билирубин - 64 мкмоль/л, АЛТ – 2650 Ед/л, АСАТ – 1950 Ед/л, общий белок - 65 г/л, альбумины - 59,6 %; альфа-1 глобулин - 2,5 %; альфа-2 глобулин - 9,1 %; бета глобулины - 11,0 %; гамма глобулины - 17,5 %.

Вопросы к задаче

1. Поставьте развернутый клинический диагноз. Обоснуйте.
2. Назовите источник инфекции и пути передачи в данном случае. Какой наиболее вероятный маркер данного заболевания можно обнаружить в сыворотке крови больного?
3. Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференцированную диагностику в преджелтушном периоде.

Ответ

1. Вирусный гепатит А, желтушная форма, легкое течение.

Эпидемиологический анамнез: месяц назад в школе зарегистрирован случай вирусного гепатита. От ВГВ привита.

Клиническая картина: начало заболевания (преджелтушный период) с катаральных и диспептических явлений, лихорадки. Появление желтухи через 6 дней от начала заболевания с одновременным улучшением самочувствия, уменьшением симптомов интоксикации. При осмотре – желтушность кожи и склер, увеличение, уплотнение и болезненность печени, потемнение мочи, посветление кала.

Лабораторные исследования: гипербилирубинемия за счёт конъюгированной фракции, повышение печёночных трансаминаз, АЛТ>АСТ.

2. Источник инфекции – больной человек начиная с 7-10 дней инкубационного периода, больные бессимптомными, стёртыми и безжелтушными формами ВГА. Механизм передачи фекально-оральный. Пути передачи – водный, пищевой, контактно-бытовой.

Наиболее вероятно обнаружение IgM anti-HAV

3. Острая респираторная вирусная инфекция, острые кишечные инфекции вирусной и бактериальной этиологии, аденовирусная инфекция, инфекции, связанные с вирусом Эпштейна-Барр и цитомегаловирусом.

Задача 57.

Мальчик 10 лет госпитализирован экстренно.

Анамнез заболевания. Заболел остро с повышения температуры до 38 – 38,5°C в течение 6 дней, снижения аппетита, слабости, появления катаральных явлений (насморк, боли в горле). С первого дня болезни беспокоили сильные боли в правой подвздошной и околопупочной области, повторная рвота, кашицеобразный стул до 6-8 раз в сутки с примесью слизи в течение 4-х дней.

Анамнез жизни. Без особенностей. Вакцинирован по национальному календарю. Эпидемиологический анамнез: семь дней назад вернулся из деревни, где проводил зимние каникулы, там ел салат из свежей капусты и моркови, хранившейся в подвале.

Врач «скорой помощи» обнаружил симптомы раздражения брюшины и госпитализировал ребенка в хирургическое отделение, где диагноз острого аппендицита был снят, мальчик был переведен в инфекционное отделение с диагнозом: «Кишечная инфекция. ОРВИ». В последующие дни, появились мышечные и суставные боли, легкая иктеричность склер и кожи, темная моча, увеличение печени и селезенки. Возникло подозрение на вирусный гепатит.

В общем анализе крови: гемоглобин - 133 г/л, эритроциты - $4,0 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,9, лейкоциты - $14,2 \times 10^9/л$, нейтрофилы п/я - 10%, с/я нейтрофилы - 45%, эозинофилы - 10%. лимфоциты - 20%. моноциты - 15%, СОЭ - 25 мм/ч

В биохимическом анализе крови: билирубин общий - 36 мкмоль/л, конъюгированный - 26 мкмоль/л, АлАТ- 600 ед., маркеры вирусных гепатитов не обнаружены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный клинический диагноз.

На основании, каких патогномичных признаков поставлен диагноз?

2. Какие следует провести дополнительные исследования для подтверждения диагноза?

Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику у данного больного.

3. Какие противоэпидемические мероприятия в очаге необходимо проводить?

Ответ

1. Иерсиниозная инфекция, смешанная форма, среднетяжелое течение. В пользу выставленного диагноза свидетельствуют: данные эпидемиологического анамнеза – употребление в пищу салата из свежих овощей (капусты и моркови), хранившихся в подвале. Клинические проявления - острое начало заболевания, стойкое повышение температуры, умеренно выраженные симптомы интоксикации, дебют

заболевания с лихорадки, катаральных и диспептических проявлений, диареи с примесью слизи в стуле, развитие клиники «псевдоаппендицита», появление в более поздние сроки заболевания миалгий и артралгий, клинические признаки развития гепатита (иктеричность склер и кожи, темная моча, гепатомегалия), спленомегалия. Лабораторные данные: в клиническом анализе крови нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ, в биохимическом анализе крови повышение уровня билирубина за счет, конъюгированной фракции, повышение активности АЛТ свыше 10 норм. Отрицательные маркёры вирусных гепатитов.

- Бактериологический: посев кала на *Yersinia enterocolitica* и *Yersinia pseudotuberculosis*
- 2. (по возможности до начала антибактериальной терапии.
- Серологический: РПГА или РНГА с псевдотуберкулезными и иерсиниозными диагностикумами на 2-й и 4-й неделе болезни (достоверным диагностическим критерием является нарастание в динамике заболевания титра специфических антител при исследовании парных сывороток в 4 раза и более); ИФА крови с определением титров IgA, IgM, IgG к *Yersinia enterocolitica* (критерием диагностики острого иерсиниоза является повышенный титр IgM).
- Молекулярно-генетический: ПЦР кала на *Yersinia enterocolitica* и *Yersinia pseudotuberculosis*

Дифференциальная диагностика проводится с острыми вирусными гепатитами (прежде всего А и Е), бактериальными кишечными инфекциями (эшерихиоз, шигеллёз, сальмонеллёз и т.д.), брюшным тифом и паратифом, лептоспирозом.

3. Противоэпидемические мероприятия:

- активное выявление больных методом опроса, осмотра и подворных (поквартирных) обходов;
- медицинское наблюдение за лицами, находящимися в одинаковых с больным условиях по риску заражения (18 дней);
- взятие материала от больных и подозрительных на заболевание, а также проб из объектов окружающей среды для бактериологических, серологических и молекулярно-генетических исследований (ПЦР). Объем и число проб определяется специалистом, отвечающим за организацию эпидемиологического расследования;
- Дератизация

Задача 58.

Ребенок, 1 год, заболел 10 часов назад, когда повысилась температура до 39,5°C, появился озноб, общее беспокойство, повторная рвота. Затем, через 4 часа температура стала снижаться, ребенок стал сонливый, адинамичный,

бледный. Вызвана скорая помощь, госпитализирован в инфекционный стационар.

При поступлении состояние крайне тяжелое. Температура 36,0°C, кожные покровы бледные с серым оттенком, руки и ноги холодные, слизистые цианотичные. Множественная, геморрагически – некротическая сыпь от точечной до 1,5 см в диаметре. Высыпания появились в момент транспортировки больного, начиная с лица и верхней части туловища, затем сыпь распространилась по всему телу и конечностям, появились высыпания на слизистых. Симптом "белого" пятна 14 сек., тахикардия -180 в мин. Тоны сердца приглушены, печень + 3см. АД – 70/50 мм.рт.ст. Мочится редко. Симптом Кернига под углом 130°, ригидность мышц затылка 2 см.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз. Обоснуйте диагноз.
2. Назначьте план обследования для подтверждения диагноза.
3. Распишите антибактериальное лечение и принципы патогенетической терапии.

Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Ответ

1. Менингококковая инфекция, генерализованная форма, смешанная (менингококкемия, менингит), тяжёлое течение. ИТШ II - III степени.

Острое начало заболевания на фоне полного здоровья с повышения температуры до 39,0°C, появления озноба, беспокойства, общемозговой симптоматики (рвота, вялость, адинамия. Появление через 10 часов – снижение Т тела, блдность и цианотичность кожных покровов, холодные конечности, появление геморрагически – некротической сыпи, высыпания начались с лица, верхней части туловища, сыпь на слизистых, менингеальные симптомы (симптом Кернига, ригидность затылочных мышц), крайне тяжелое состояние ребенка, тахикардия, приглушение сердечных тоном, гепатомегалия, артериальная гипотензия, признаки нарушения капиллярного кровообращения, снижение диуреза.

2. План обследования
 - a. Клинический анализ крови
 - b. Клинический анализ мочи
 - c. Бактериологический посев крови на стерильность
 - d. Бактериологический посев крови на менингококк
 - e. Бактериологический посев из носоглотки на менингококк
 - f. ПЦР крови на менингококк, пневмококк, гемофильную палочку
 - g. РПГА, РНГА – определение общих антител к менингококку в парных сыворотках.
 - h. После купирования ИТШ – люмбальная пункция, ликворограмма
 - i. Бактериологический посев ликвора на менингококк
 - j. Бактериологический посев ликвора на стерильность
 - k. РЛА ликвора на АГ менингококка, АГ пневмококка, АГ гемофильной палочки

1. ПЦР ликвора на менингококк, пневмококк, гемофильную палочку
3. Необходимо как можно скорее начать парентеральную антибактериальную терапию:
 - Цефтриаксон 50 мг/кг (но не более 2 г.) внутривенно каждые 12 часов
 - Инфузионная терапия сбалансированными кристаллоидами: болюсно 10-20 мл/кг в течение 5-10 минут с последующей оценкой состояния и возможностью последующих болюсов до 40-60 мл/кг в течение первого часа.
 - При отсутствие стабилизации гемодинамики на фоне инфузионной терапии – инфузия эпинефрина
 - При отсутствие стабилизации гемодинамики дексаметазон 0,15 мг/кг в/в болюсно

Противоэпидемические мероприятия:

- В круг лиц, общавшихся с больным, подвергшихся риску заражения, включают всех находившихся в радиусе 1 метра от больного ГФМИ. В очаге ГФМИ врач проводит осмотр лиц, общавшихся с больным, с целью выявления лиц с признаками ГФМИ и острого назофарингита.
- Выявленные лица с признаками острого назофарингита подлежат госпитализации

После госпитализации больного с ГФМИ или подозрением на ГФМИ в очаге накладывается карантин сроком на 10 дней. На период карантина медицинский работник ежедневно проводит медицинское наблюдение за лицами, общавшимися с больным ГФМИ, с термометрией, осмотром носоглотки и кожного покрова. В дошкольные образовательные организации, общеобразовательные организации, учреждения стационарного социального обслуживания с круглосуточным пребыванием (дома ребенка, детские дома, интернаты) не допускается прием новых и временно отсутствовавших на момент выявления больного детей, перевод персонала и детей из групп (класса, отделения) в другие группы (классы, отделения).

- Лицам, общавшимся с больным ГФМИ, не имеющим воспалительных изменений в носоглотке, медицинский работник (врач, фельдшер, медицинская сестра) проводит экстренную химиопрофилактику (ампициллин в возрастной дозировке в течение 4 дней)
- В очаге лицам, общавшимся с больным ГФМИ, проводится экстренная специфическая профилактика актуальной вакциной (в соответствии с серогруппой менингококка, выделенного из ликвора и (или) крови больного ГФМИ). В случае отсутствия возможности проведения определения серогруппы менингококка, экстренную иммунопрофилактику проводят без ее установления многокомпонентными вакцинами.
- Выписку из стационара реконвалесцентов ГФМИ и острого назофарингита и их допуск в дошкольные образовательные организации, общеобразовательные осуществляют после полного клинического выздоровления.

Ребенок 3-х лет заболел остро с подъема температуры до 39,5°C, общего беспокойства, возбуждения. Через 2-3 часа стал жаловаться на головную боль, появилась повторная рвота. При осмотре участковым педиатром отмечены сомнительные менингеальные знаки, гиперемия слизистой ротоглотки, тахикардия. Направлен на госпитализацию в инфекционный стационар.

В приемном покое состояние расценено как тяжелое. Лежит с закрытыми глазами на боку, с подтянутыми к животу ногами, температура 39,5°C. Была повторная рвота. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига под углом 110-120°. В анализе СМЖ: мутная, цитоз - 2000 клеток, 98% сегментоядерные нейтрофилы, 2% - лимфоциты, белок - 0,9 г/л, глюкоза 1,8 ммоль/л, реакция Панди - +++. На фоне проводимой терапии через 3 дня состояние улучшилось, температура нормализовалась, исчезла рвота и головная боль. Значительно уменьшились менингеальные знаки.

При проведении люмбальной пункции на 8 день болезни ликвор нормализовался. РЛА с ликвором - обнаружен менингококковый антиген.

Вопросы

1. Поставьте клинический диагноз. Приведите обоснование диагноза.
2. Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
3. Назначьте этиотропную терапию, варианты стартовой антибактериальной терапии, принципы. Дайте рекомендации по диспансерному наблюдению.

1. Диагноз: Менингококковая инфекция, генерализованная форма, гнойный менингит.

Обоснование диагноза: Острое начало, температура 39,5°C, общее беспокойство, возбуждение, выраженная головная боль, повторная рвота, раннее появление менингеальных знаков, изменение в спинномозговой жидкости, а именно плеоцитоз 2 тыс. клеток, 98% сегментов, повышение белка 1600 мг/литр, снижение сахара, реакция Панди (+++), РЛА с ликвором (обнаружен менингококковый антиген), быстро наступившая положительная динамика свидетельствуют о менингококковой инфекции, генерализованной форме, гнойном менингите.

2. План обследования
 - a. Клинический анализ крови
 - b. Клинический анализ мочи
 - c. Бактериологический посев крови на стерильность
 - d. Бактериологический посев крови на менингококк
 - e. Бактериологический посев из носоглотки на менингококк
 - f. ПЦР крови на менингококк, пневмококк, гемофильную палочку
 - g. РПГА, РНГА – определение общих антител к менингококку в парных сыворотках.
 - h. После купирования ИТШ – люмбальная пункция, ликворограмма

- i. Бактериологический посев ликвора на менингококк
 - j. Бактериологический посев ликвора на стерильность
 - k. РЛА ликвора на АГ менингококка, АГ пневмококка, АГ гемофильной палочки
 - l. ПЦР ликвора на менингококк, пневмококк, гемофильную палочку
4. Необходимо как можно скорее начать парентеральную антибактериальную терапию:
- Цефтриаксон 50 мг/кг (но не более 2 г.) внутривенно каждые 12 часов
 - Альтернативный режим: - Меропенем 40 мг/кг внутривенно каждые 8 часов
 - При тяжёлых аллергических реакциях на бета-лактамы – левофлоксацин 500 мг каждые 12 часов или хлорамфеникол 25 мг/кг каждые 6 часов.

Диспансерное наблюдение проводится у невролога 2 года для выявления и лечения последствий (церебро-астенического, гипертензионного, судорожного синдромов, эндокринных нарушений и т.д.). На первом году осмотр 1 раз в 3 месяца, на втором году 1 раз в 6 месяцев. Щадящий физический и психический режим. Мед.

отвод от занятий физкультурой – 6 месяцев, спортом – 12 месяцев.

Задача 60.

Мальчик М., 12 лет.

Заболел остро около месяца назад, когда впервые повысилась температура тела до 39-40°C, появилась выраженная слабость, выраженная потливость, снижение аппетита, головная боль, ломота в суставах и мышцах. Состояние расценено родителями как «простуда». Получал симптоматическое лечение жаропонижающими препаратами, антигриппин, терафлю, без эффекта. Спустя неделю вместе с родителями обратился за медицинской помощью к участковому педиатру, назначен Цефиксим по 400 мг 1 раз в день в течение 7 дней. Состояние не улучшилось. Появилась боль в правом коленном и голеностопном суставах, отечность, ограничение подвижности в них. Отмечается снижение массы тела на 3 кг за последний месяц. С диагнозом «лихорадка неясного генеза» больной направлен в инфекционный стационар. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 38,7°C. Сосуды склер инъектированы. Шейные, подмышечные, надключичные, паховые лимфоузлы увеличены до 0,5-1,0 см в диаметре, с окружающими тканями не спаяны, чувствительные при пальпации. Печень +2 см, край чувствительный при пальпации. Селезенка не увеличена. Правые коленный и голеностопный суставы отечны, отмечается локальная гипертермия, ограничение подвижности в этих суставах из-за боли.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование.

2. Тактика дальнейшего обследования пациента.
3. Этиотропная терапия.

Ответ:

1. Острый бруцеллез в фазе генерализации инфекции и формирования вторичных очаговых поражений средней степени тяжести.

Осложнения основного диагноза: Реактивный артрит правого коленного и правого голеностопного суставов, НФС 1.

Обоснование предположительного диагноза: данные эпидемиологического анамнеза (житель сельской местности), жалобы больного (лихорадка, повышенная потливость, боли в суставах, припухлость, ограничение движений), данные объективного осмотра (общий гипергидроз, полилимфаденопатия, гепатомегалия, артрит).

2. План обследования: реакция Хеддльсона, реакция Райта, РПГА с бруцеллезным эритроцитарным диагностикумом, проба Кумбса, ИФА на определение IgM, A, G к бруцелле, ПЦР ДНК бруцеллы в крови, кожно-аллергическая проба Бюрне.

3. Антибактериальная терапия: доксициклин 100 мг * 2 раза в сутки – 45 дней (6 недель) в сочетании с Рифампицином 0,6-0,9 г в сутки в 1-2 приема – 45 дней (6 недель).

Задача 61.

Девочка К., 7 лет. Родители обратились в приемное отделение инфекционной больницы с жалобами на выраженную боль и периодические судороги в икроножных мышцах и коленных суставах, усиливающуюся при физической нагрузке, повышенную потливость, слабость, утомляемость, онемение рук и ног. Также родители отмечают у К. нарушение сна, плаксивость, раздражительность в течение последних 15 дней. В дальнейшем отмечалось прогрессирование вышеуказанных жалоб. За медицинской помощью не обращались, лечение симптоматическое: системные и местные противовоспалительные препараты с временным непродолжительным эффектом (Ибупрофен, Диклофенак).

Эпидемиологический анамнез: живет в сельской местности, родители имеют личное подсобное хозяйство: овцы, козы.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, на осмотре капризна, контактирует с медицинским персоналом неохотно. Положение малоактивное из-за выраженных болей в суставах конечностей. Коленные, голеностопные суставы сглажены, болезненные при пальпации и движении, ограничение активных движений на сгибание – разгибание, отведение – приведение, ротацию. Выраженная болезненность при пальпации обоих крестцово-подвздошных сочленений. Положительные симптомы Эриксона, Кушелевского, Ласега, Джона-Бера. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 92 в минуту, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень и селезенка не увеличены, безболезненные. Физиологические отправления не нарушены.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз и его осложнения.
2. Обследование, необходимое для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику.

Ответ:

1. Резидуальный бруцеллез с сочетанным поражением сосудистой и периферической нервной систем. Осложнения: Остеоартрозы плечевых, локтевых, коленных, голеностопных суставов. НФС 2. Двусторонний сакроилеит.
2. План обследования: реакция Хеддльсона, реакция Райта, РПГА с бруцеллезным эритроцитарным диагностикумом, проба Кумбса, ИФА на определение IgM, A, G к бруцелле, ПЦР ДНК бруцеллы в крови, кожно-аллергическая проба Бюрне.
3. Дифференциальный диагноз: ревматоидный артрит, псориатический артрит.

Задача 62.

Девушка З., 14 лет.

Предъявляет жалобы на выраженные боли в крестце, усиливающиеся в фиксированных позах и при физических нагрузках, периодическое повышение температуры тела до 37,0-37,2°C, потливость, слабость, снижение работоспособности в школе.

Из анамнеза: считает себя больной в течение полутора лет, когда впервые стали беспокоить вышеописанные жалобы. Из анамнеза известно, что живет в сельской местности, помогает родителям на ферме. Регулярно контактирует с овцами, козами.

Объективно: температура тела 37,2°C, состояние умеренно страдает, капризная. Общий гипергидроз. Резкая болезненность при пальпации обоих крестцовоподвздошных сочленений. В области крестца пальпируются плотные узелки около 1 см в диаметре, болезненные при пальпации. Отмечается похолодание дистальных отделов верхних и нижних конечностей, стойкий красный дермографизм.

Общий анализ крови: гемоглобин – 102 г/л, эритроциты – $3,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $7,2 \times 10^9/л$, цветовой показатель – 0,8, нейтрофилы – 25%, лимфоциты – 64%, моноциты – 11%, СОЭ – 36 мм/час.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. План обследования.
3. Тактика лечения пациентки.

Ответ:

1. Первично-хронический бруцеллез.
2. План обследования: реакция Хеддльсона, реакция Райта, РПГА с бруцеллезным эритроцитарным диагностикумом, проба Кумбса, ИФА на определение IgM, A, G к бруцелле, ПЦР ДНК бруцеллы в крови, кожно-аллергическая

проба Бюрне.

3. Лечение: антибактериальная терапия: доксициклин 100 мг * 2 раза в сутки – 45 дней (6 недель) в сочетании с рифампицином 0,6-0,9 г в сутки в 1-2 приема – 45 дней (6 недель), НПВС

Задача 63.

Девочка 10 лет поступила в стационар по направлению врача-педиатра участкового по поводу болей и припухлости левого коленного сустава, лихорадки до 39°C, 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.

Общий анализ крови: гемоглобин – 104 г/л, эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $8,1 \times 10^9/л$, цветовой показатель – 0,8, нейтрофилы – 38%, лимфоциты – 51%, моноциты – 11%, СОЭ – 38 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1022, белок – нет, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий плоский – 2-3 в поле зрения.

Копрограмма: детрит – значительное количество, полуоформленный, слизь – нет, лейкоциты – нет, эритроциты – нет. Серологические реакции: реакция Райта и Хеддельсона в разведении 1/800 ++++. РПГА с бруцеллёзным диагностикумом – 1/400. Бактериологический посев крови: отрицательный результат. Бактериологические посевы кала: на диз. группу и сальмонеллы отрицательные

Вопросы

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План обследования и лечения больной.
3. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.

Ответ:

1. Бруцеллёз, типичный, острая форма, средней степени тяжести. Серологически подтверждённый.
2. В остром периоде применяют антибиотики, обычно хлорамфеникол, тетрациклин, эритромицин в возрастной дозе в течение 7-10 дней. Курс лечения нередко повторяют через 2 нед, реже проводят и 3й курс.
3. Для активной профилактики применяют вакцину для профилактики бруцеллеза (вакцина бруцеллезная живая сухая). Вакцинацию проводят по эпид показаниям детям с 7 летнего возраста. В эпид очагах вакцинация показана лицам, обслуживающим сельскохозяйственных животных, и работникам предприятий, обрабатывающим продукты от животных, а также детям старшего возраста, которые помогают взрослым в уходе за животными или при обработке продуктов животноводства. Поскольку поствакцинальный иммунитет нестойкий, по эпид показаниям проводят ревакцинацию.

Задача 64.

Ребенок, 1 год, заболел 10 часов назад, когда повысилась температура до 39,5°C, появился озноб, общее беспокойство, повторная рвота. Затем, через 4 часа температура стала снижаться, ребенок стал сонливый, адинамичный, бледный. Вызвана скорая помощь, госпитализирован в инфекционный стационар.

При поступлении состояние крайне тяжелое. Температура 36,0°C, кожные покровы бледные с серым оттенком, руки и ноги холодные, слизистые цианотичные. Множественная, геморрагически – некротическая сыпь от точечной до 1,5 см в диаметре. Высыпания появились в момент транспортировки больного, начиная с лица и верхней части туловища, затем сыпь распространилась по всему телу и конечностям, появились высыпания на слизистых. Симптом "белого" пятна 14 сек., тахикардия -180 в мин. Тоны сердца приглушены, печень + 3см. АД – 70/50 мм.рт.ст. Мочится редко. Симптом Кернига под углом 130°, ригидность мышц затылка 2 см.

Вопросы к задаче

1. Поставьте клинический диагноз. Обоснуйте диагноз.
2. Назначьте план обследования для подтверждения диагноза.
3. Распишите антибактериальное лечение и принципы патогенетической терапии.

Ответ:

1. Менингококковая инфекция, генерализованная форма, менингококцемия, менингит? ИТШ II степени. 2. Обоснование: на основании острого начала заболевания с повышения температуры до 39°C, появления озноба, общего беспокойства, затем развитие адинамии, сонливости, появления через 10 часов геморрагической с некрозами сыпи, признаков нарушения периферического кровообращения и менингеальных знаков – это классические симптомы менингококковой инфекции, генерализованной формы, менингококцемия, менингит? ИТШ II степени.
2. Клинический анализ крови. Бактериологическое исследование слизи носоглотки, крови, ликвора на менингококк. Исследование цереброспинальной жидкости (цитоз, белок), ПЦР для выявления нуклеиновой кислоты бактерий и вирусов, ИФА – выявление антител класса IgM к вирусам. Латекс агглютинация крови (антигены менингококка).
3. Цефалоспорины III поколения: Цефотаксим 200 мг/кг/сут - внутривенно или Цефтриаксон 100 мг/кг/сут внутривенно или пенициллин 300–400 тыс/кг/сут. Принципы антибиотикотерапии: антибиотик должен проходить через гематоэнцефалический барьер, дозы и кратность должны быть максимальные, весь курс лечения доза не должна снижаться и не должна уменьшаться кратность введения, отменять препарат только после санации спинномозговой жидкости.

Задача 65.

Ребенок 3-х лет заболел остро с подъема температуры до 39,5°C, общего беспокойства, возбуждения. Через 2-3 часа стал жаловаться на головную боль, появилась повторная рвота. При осмотре участковым педиатром отмечены сомнительные менингеальные знаки, гиперемия ротоглотки, тахикардия. Направлен на госпитализацию в инфекционный стационар.

В приемном покое состояние расценено как тяжелое. Лежит с закрытыми глазами на боку, с подтянутыми к животу ногами, температура 39,5°, сохраняется повторная рвота. Отмечается ригидность мышц затылка, симптом Кернига под углом 110-120°. В анализе СМЖ: мутная, цитоз - 2000 клеток, 98% сегментоядерные нейтрофилы, 2% - лимфоциты, белок - 1600 мг/л, сахар 2,8 ммоль/л, реакция Панди - ++++. На фоне проводимой терапии через 3 дня состояние улучшилось, температура нормализовалась, исчезла рвота и головная боль. Значительно уменьшились менингеальные знаки.

При проведении люмбальной пункции на 8 день болезни ликвор нормализовался. РЛА с ликвором - обнаружен менингококковый антиген.

Вопросы к задаче

1. Поставьте клинический диагноз. Приведите обоснование диагноза.
2. Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
3. Назначьте этиотропную терапию, варианты стартовой антибактериальной терапии, принципы. Дайте рекомендации по диспансерному наблюдению.

Ответ:

1. Менингококковая инфекция, генерализованная форма, гнойный менингит. Обоснование: Острое начало, температура 39,5°C, общее беспокойство, возбуждение, выраженная головная боль, повторная рвота, раннее появление менингеальных знаков, изменение в спинномозговой жидкости, а именно плеоцитоз 2 тыс. клеток, 98% сегментов, повышение белка 1600 мг/литр, снижение сахара, реакция Панди (+++), РЛА с ликвором (обнаружен менингококковый антиген), быстро наступившая положительная динамика свидетельствуют о менингококковой инфекции, генерализованной форме, гнойном менингите
2. Клинический анализ крови. Бактериологическое исследование слизи носоглотки, крови, ликвора на менингококк. Исследование цереброспинальной жидкости (цитоз, белок), ПЦР для выявления нуклеиновой кислоты бактерий и вирусов, ИФА – выявление антител класса IgM к вирусам. Латекс агглютинация крови (антигены менингококка).
3. Цефалоспорины III поколения: Цефотаксим 200 мг/кг/сут - внутривенно или Цефтриаксон 100 мг/кг/сут внутривенно или пенициллин 300-400 тыс/кг/сут. Принципы антибиотикотерапии: антибиотик должен проходить через гематоэнцефалический барьер, дозы и кратность должны быть максимальные, весь курс лечения доза не должна снижаться и не должна уменьшаться кратность введения, отменять препарат только после санации спинномозговой жидкости. Диспансерное наблюдение проводится у невролога 2 года для выявления и лечения

последствий (церебро-астенического, гипертензионного, судорожного синдромов). На первом году осмотр 1 раз в 3 месяца, на втором году 1 раз в 6 месяцев.

Задача 66.

Ребенку 8 лет, заболел остро с повышения температуры до 38,7°C, головной боли, повторной рвоты, болей в животе и мышцах спины. Машиной скорой помощи доставлен в инфекционный стационар.

При осмотре: состояние средней тяжести, беспокоит головная боль, повторная рвота. Кожа бледная, сыпи нет. Явления катарального конъюнктивита, склерита. Пальпируются заднешейные, подмышечные и паховые лимфатические узлы до 1 см в диаметре. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс – 96 в минуту. Над легкими выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, болезненный. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Слизистая ротоглотки ярко гиперемирована, задняя стенка глотки бугристая, на дужках единичные элементы везикулезных высыпаний. Стул оформленный. Мочится достаточно.

Сознание ясное. Выявлена ригидность мышц затылка на 1 см, положительный симптом Кернига слева под углом 160°, справа - 140°. Сухожильные рефлексy оживлены. Черепно-мозговые нервы интактны. Параличей, парезов конечностей – нет.

Вопросы к задаче

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования
3. Составьте план лечения, антибактериальную терапию. План диспансерного наблюдения ребенка после выписки из стационара.

Ответ:

1. Менингококковая инфекция, генерализованная форма, гнойный менингит.
2. Клинический анализ крови. Бактериологическое исследование слизи носоглотки, крови, ликвора на менингококк. Исследование цереброспинальной жидкости (цитоз, белок), ПЦР для выявления нуклеиновой кислоты бактерий и вирусов, ИФА – выявление антител класса IgM к вирусам. Латекс агглютинация крови (антигены менингококка).
3. Цефалоспорины III поколения: Цефотаксим 200 мг/кг/сут - внутривенно или Цефтриаксон 100 мг/кг/сут внутривенно или пенициллин 300-400 тыс/кг/сут. Принципы антибиотикотерапии: антибиотик должен проходить через гематоэнцефалический барьер, дозы и кратность должны быть максимальные, весь курс лечения доза не должна снижаться и не должна уменьшаться кратность введения, отменять препарат только после санации спинномозговой жидкости. Диспансерное наблюдение проводится у невролога 2 года для выявления и лечения

последствий (церебро-астенического, гипертензионного, судорожного синдромов). На первом году осмотр 1 раз в 3 месяца, на втором году 1 раз в 6 месяцев.

Задача 67.

Мальчик 2-х лет. Заболел остро, отмечено повышение температуры тела до 38,6°C, повторная рвота, адинамия.

Из анамнеза известно, что два дня назад мальчик с матерью был на приеме в поликлинике, каждый день гуляет на детской площадке. В семье все здоровы. У матери ребенка около недели назад отмечались незначительные выделения из носа и першение в горле. Профилактические прививки по возрасту, в том числе против ротавирусной, пневмококковой и гемофильной инфекций. Хронических заболеваний нет. После осмотра участковым врачом направлен на госпитализацию с диагнозом «острый инфекционный гастроэнтерит».

При осмотре в приемном отделении состояние тяжелое, температура тела 37,6°C. При осмотре рвота. Выраженная слабость, сознание спутанное. Кашля нет, голос звонкий. На коже сыпи нет. Слизистые ротоглотки умеренно гиперемированы. Отделяемого из носовых ходов нет. В легких дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, тахикардия. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см, селезенка не пальпируется. Стул был 1 раз, разжиженный, без примесей. Мочится. Ригидность затылочных мышц.

Клинический анализ крови: Нв– 108 г/л, тромб. – 165,0 x 10⁹ /л, лейкоц. – 16,0 x 10⁹ /л, п/я – 27%, с/я – 53%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 10%, м– 8%, СОЭ – 16 мм/час. Ликворограмма: цвет – мутный, опалесцирует, цитоз – 1250/3, белок 0,420 г/л, лимфоциты – 15%, нейтрофилы – 85%.

Вопросы к задаче:

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования, консультация каких специалистов необходимы для подтверждения диагноза?
3. Перечислите другие клинические формы этого заболевания.

Ответ:

1. Гнойный менингит, предположительно менингококковой этиологии.
2. Клинический анализ крови. Бактериологическое исследование слизи носоглотки, крови, ликвора на менингококк. Исследование цереброспинальной жидкости (цитоз, белок), ПЦР для выявления нуклеиновой кислоты бактерий и вирусов, ИФА – выявление антител класса IgM к вирусам. Латекс агглютинация крови (антигены менингококка). Консультация реаниматолога, невролога, окулиста (глазное дно)

Задача 68.

Мальчик, 10 месяцев, доставлен в приемное отделение стационара на 2-й день болезни с направляющим диагнозом «ОРВИ, крапивница».

Из анамнеза известно, что ребенок заболел остро, отмечалось повышение температуры тела 38,8°C, выраженная вялость, отказ от еды. Мать для снижения температуры давала ибупрофен, который использовала впервые. На 2-й день болезни на коже стали появляться элементы пятнистой сыпи, в связи с чем была вызвана «скорая помощь». Дома все здоровы. Привит по возрасту, в том числе против пневмококковой и гемофильной инфекций.

При поступлении состояние очень тяжелое. Сознание спутанное, три раза отмечены срыгивания. Лихорадит до 38,4°C. Сатурация кислорода 95%. Кашля нет. Артериальное давление 60/30. Кожа бледная, с мраморным оттенком. Многочисленные геморрагические элементы сыпи разных размеров неправильной формы, некоторые с некрозом в центре. В легких жестковатое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Живот умеренно вздут. Печень +2 см. Не мочился. Стула не было. Симптом Лессажа отрицательный. Большой родничок не напряжен. Судорог не было.

Клинический анализ крови: Нб– 98 г/л; тромб.– 110,0 x 10⁹ /л лейкоц.– 2,5 x 10⁹ /л; п/я - 17%; с/я - 53%; э - 2%; л - 25%; м - 3%; СОЭ – 10 мм/час.

Вопросы к задаче:

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Какой этиотропный препарат применяется для лечения данного заболевания?

Ответ:

1. Генерализованная форма менингококковой инфекции, менингококкемия, инфекционно-токсический шок 2-3 степени.
2. Клинический анализ крови. Бактериологическое исследование слизи носоглотки, крови, ликвора на менингококк. Исследование цереброспинальной жидкости (цитоз, белок), ПЦР для выявления нуклеиновой кислоты бактерий и вирусов, ИФА – выявление антител класса IgM к вирусам. Латекс агглютинация крови (антигены менингококка).
3. Цефалоспорины III поколения: Цефотаксим 200 мг/кг/сут - внутривенно или Цефтриаксон 100 мг/кг/сут внутривенно или пенициллин 300-400 тыс/кг/сут. Принципы антибиотикотерапии: антибиотик должен проходить через гематоэнцефалический барьер, дозы и кратность должны быть максимальные, весь курс лечения доза не должна снижаться и не должна уменьшаться кратность введения, отмена препарата только после санации спинномозговой жидкости.

Задача 69.

Ребенок 5 лет болеет первые сутки. Жалобы родителей на острое начало болезни, лихорадку до 38,0 °C, заложенность носа, першение в горле, головную боль. Эпидемиологический анамнез – контакт с больным

менингококковым назофарингитом, лабораторно подтвержденным.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Правильного телосложения, достаточного питания. Кожа чистая, бледная. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы, мелкие, безболезненные. Слизистая задней стенки ротоглотки гиперемирована, гиперплазия лимфоидных фолликулов. В легких перкуторно легочный звук, аускультативно – жесткое дыхание. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, глубокая пальпация не затруднена, безболезненная. Паренхиматозные органы не увеличены. Физиологические опражнения в норме. Симптомы раздражения мозговых оболочек отсутствуют.

Вопросы к задаче:

1. Сформулировать предварительный диагноз.
2. Назначить план обследования больного.
3. Определить принципы лечения больного.

Ответ:

1. Менингококковая инфекция, локализованная форма (назофарингит), средней тяжести.
2. Клинический анализ крови. Бактериологическое исследование слизи носоглотки, крови, ликвора на менингококк. Исследование цереброспинальной жидкости (цитоз, белок), ПЦР для выявления нуклеиновой кислоты бактерий и вирусов, ИФА – выявление антител класса IgM к вирусам. Латекс агглютинация крови (антигены менингококка).
3. Постельный режим. Щадящая диета. Антибактериальная терапия (рифампицин – 3–5 дней). Симптоматическая терапия.

Задача 70.

Из **анамнеза** известно, что ребенок проживает в Москве, в начале мая гостил у бабушки в Удмуртии в сельской местности, помогал при уборке территории около дома. Контакт с инфекционными больными не имел. Но известно, что в деревне бывают случаи «мышинной лихорадки». Употреблял только домашнюю еду. Привит по возрасту в соответствии с календарем профилактических прививок.

Подросток 15 лет **заболел остро** с подъема температуры до 40°C. 24.05. - повышение температуры до фебрильных цифр (40°C) в течение 4-х дней, с первого дня заболевания получал жаропонижающие препараты (ибупрофен), предъявлял жалобы на слабость, боли в мышцах, головную боль. Катаральных явлений не было, стул был в норме. 28.05. появились боли в животе без четкой локализации, кашицеобразный стул без патологических примесей – двукратно. 28.05 присоединилась рвота – 5 раз за сутки. Амбулаторно получал спазмолитики, сорбенты. Состояние ребенка на фоне терапии с отрицательной динамикой. 29.05 ребенок госпитализирован по скорой помощи в многопрофильный стационар.

Состояние при поступлении тяжелое. Выражены явления интоксикации. Сознание ясное, в неврологическом статусе без очаговой и менингеальной симптоматики нет. Температура 37 °С, ЧД -18 в/мин, ЧСС – 60 в/мин, АД - 150/90 мм рт. ст. Кожные покровы бледные, мраморность, фолликулит, отеков нет. На боковой поверхности грудной клетки элементы мелкой геморрагической сыпи в виде полос, симптом щипка положительный. Отмечается инъекция сосудов склер, гиперемия конъюнктивы век. Губы розовые, сухие. Сердечные тоны громкие, ритмичные, брадикардия. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастрии, по ходу толстой кишки. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания резко положителен с обеих сторон. Диурез снижен (300 мл/сут.). Моча соломенно-желтого цвета.

В приемном отделении стационара были проведены следующие анализы:

- Ан.крови. Нв Тр. Л п\я с\я э л м
СОЭ

120г\л 60 ×10⁹/л 15,2×10⁹/л 3% 55% 4% 26% 12%
30 мм\час

- Б\х крови. АЛТ - 13 ед\л, АСТ - 21 ед\л, амилаза - 53 г\л, общий белок - 72 г\л, альбумин - 44г\л, мочевины – 17,4 ммоль\л (повышена) , креатинин - 658 мкмоль\л (значительно повышен, норма 38-84 мкмоль/л) - , билирубин общий – 6 мкмоль\л, глюкоза – 4.73 ммоль\л, кальций общий - 2.43, хлориды - 110 ммоль\л, калий – 3.6, натрий - 131 ммоль\л.

- СРБ – 58 мг/л

- Общий ан.мочи: уд.вес- 1010, р-ция кислая, б-1,2 г/л, Л- 3-4, эритроциты – 30-40 в п/зр, патологические цилиндры – 4 кол/мкл

- Коагулограмма: антитромбин III – 97 (норма), АЧТВ – 38 (норма), протромбиновое время - 12,4 (норма), тромбиновое время – 13,6 сек (норма), фибриноген – 6,5 (повышен, норма 1,68 – 5,29), плазминоген – 113% (норма). Д-димер – 1400 нг/мл (повышен)

- УЗИ почек: Увеличение размеров почек с диффузными изменениями в паренхиме.

Вопросы:

1. Кратко опишите клинические проявления болезни с учетом этапности появления.
2. Оцените изменения в лабораторных показателях.
3. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.

Ответы:

1. В дебюте заболевания у ребенка отмечается появление фебрильной температура, интоксикационного синдрома, боли в мышцах, головная боль, далее появляется абдоминальный синдром, далее геморрагический синдром, синдром артериальной гипертензии, снижается диурез. Температура снижается до субфебрильной на

2. В клиническом анализе крови отмечается тромбоцитопения, лейкоцитоз, ускорения СОЭ. В общем анализе мочи – протеинурия, эритроцитурия, патологические цилиндры. В биохимическом анализе крови – значительное повышение креатинина, мочевины. В коагулограмме – повышение фибриногена, Д-димера.
3. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, тяжелое течение. Острое повреждение почек, 3 стадия (по KDIGO)

Обоснование диагноза:

- пребывание ребенка в районе эндемичном по ГЛПС за 3 недели до начала заболевания;
- характерная клиническая картина с развитием этапности периодов заболевания (лихорадочный период, олигурический период)
- характерные лабораторные показатели для описанных периодов (тромбоцитопения, гиперфибриногенемия, в анализе мочи – протеинурия, эритроцитурия, патологические цилиндры; значительное повышение креатинина и мочевины).

Задача 71.

Ребенок 6,5 лет заболел остро в период эпидемии гриппа с подъема температуры тела до 39°C, озноба. Присоединились слабость, головная боль, боль в мышцах, чихание. Мама вызвала участкового врача-педиатра на дом.

При осмотре: кожные покровы бледные, сухие. Слизистые ротоглотки гиперемированы, небольшая зернистость задней стенки глотки. Из носа – скудное серозное отделяемое.

В легких: перкуторно по всем легочным полям – легочный звук, аускультативно - дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД – 36 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 118 в минуту, АД – 90/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Диурез сохранен, мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул оформленный. Менингеальные симптомы отрицательные.

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

Вопросы:

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

Ответы:

1. Грипп, типичная форма, средней степени тяжести.

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).

2. Общий анализ крови, мочи. Смывы со слизистых ротоглотки для постановки реакции ПЦР с респираторными вирусами (для определения этиологии).

3. 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 теплое питье. Противовирусные препараты - Осельтамивир в течение 5 дней. Симптоматическая терапия: при высокой температуре (свыше 38,5°C) жаропонижающие препараты.

Задача 72.

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

При осмотре врач отметил заложенность носа (ребенок дышит ртом), бледность кожных покровов, цианоз вокруг рта, втяжение межреберий, яремной 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, небных миндалин, мягкого неба, зернистость задней стенки глотки. Налетов нет. Аускультативно дыхание жесткое, 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, селезенка не увеличены. Стул (со слов мамы) был оформленным. Мочится обычно. Моча светлая.

Пульсоксиметрия – насыщение крови кислородом 92%.

Вопросы:

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

Составьте план лечения больного

Ответы:

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, затрудненное, шумное дыхание в покое); клинической картины (бледность кожных покровов, цианоз вокруг рта, инспираторный стрidor, участие в дыхании вспомогательной мускулатуры в покое - втяжение межреберий, яремной и надключичной ямок при вдохе, одышка в покое - ЧДД 42 в минуту); пульсоксиметрия - насыщение крови кислородом 92%.

ПЦР диагностика - определение РНК вируса парагриппа из носоглоточных смывов, метод флюоресцирующих антител (РИФ) - основан на выявлении вирусных антигенов в клетках эпителия носовых ходов, конъюнктивы.

3. Учитывая тяжесть состояния и скорость развития - госпитализация в инфекционное респираторное отделение.

Госпитализация в стационар. Режим полупостельный. Обильное теплое питье. 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 °C.

Задача 73.

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

Врач-педиатр участковый при осмотре на 4 день болезни расценил состояние ребенка как средне-тяжелое. Температура - 38,3°C. Веки отечны, конъюнктивит гиперемирован. На нижнем веке справа небольшая белая пленка, 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 легких аускультативно жесткое дыхание, проводные влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 132 ударов в минуту. Печень +3,5 см, селезенка +1,5 см из-под реберной дуги. Стул оформленный.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 133 г/л, эритроциты - $4,3 \times 10^{12}/л$,

цветовой

показатель - 0,9, лейкоциты - $7,9 \times 10^9/\text{л}$; палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 38%, базофилы - 1%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 52%, моноциты - 4%, СОЭ - 4 мм/час.

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

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

На рентгенограмме органов грудной клетки - легочный рисунок усилен, легочные поля без очаговых и инфильтративных теней, корни структурны, срединная ткань без особенностей, диафрагма четкая, синусы дифференцируются.

Вопросы:

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

Ответы:

1. Основной: «ОРВИ», вероятно аденовирусной этиологии: фарингит, пленчатый конъюнктивит, средней степени тяжести.

Аденовирусная этиология ОРВИ. Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания с выраженной температурной реакцией, наличия у ребенка катара верхних дыхательных путей, лимфоаденопатии, фарингита, пленчатого конъюнктивита, гепатоспленомегалии.

2. Учитывая ранний возраст больного (7 месяцев) и слизисто-гнойное отделяемое (присоединение бактериальной инфекции) из носа могут быть показаниями к назначению антибактериальной терапии.

План лечения: 1. Антибактериальная терапия - Амоксициллин (125 мг в табл.) по ½ т. 3 раза в день, курс 5 дней.

Препараты рекомбинантного интерферона в виде ректальных суппозиторий (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.

3. Специфической активной профилактики нет. Проводится ранняя изоляция

больного, проветривание, УФ облучение помещений, текущая дезинфекция.

Задача 74.

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

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

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

Вопросы:

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

Ответы:

1. Острая респираторная инфекция. Правосторонний острый гнойный отит.

Острая респираторная инфекция диагностирована на основании умеренно выраженного синдрома интоксикации, катарального синдрома и явлений ринита.

Диагноз «правосторонний острый гнойный отит» установлен на основании

- жалоб: боль в правом ухе, гноетечение из правого уха;
- анамнестических данных: заболела 2 дня назад, когда после купания в реке появилась заложенность правого уха, боль в правом ухе, затем гноетечение из него;
- объективных данных: кожа наружного слухового прохода справа

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

1. Консультация врача-оториноларинголога для уточнения диагноза и согласования терапии; Диффдиагноз проводить с Фурункул наружного уха, карбункул наружного уха, мастоидитом.

2. Общий анализ крови для уточнения характера воспаления;

3. Бактериологический посев отделяемого из уха на микрофлору и антибиотикограмму для определения возбудителя гнойного воспаления и определения его чувствительности к антибиотикам, что необходимо для выбора рациональной антибактериальной терапии.

3.1. Антибиотики: аминопенициллины, пенициллины с ингибитором бета-лактамаз, цефалоспорины, макролиды. Выбор препаратов основан на эмпирических знаниях основных возбудителей острого гнойного среднего отита и их чувствительности к антибиотикам.

- Топические антибактериальные препараты: ушные капли с рифамицином, выбор препарата основан на эмпирических знаниях основных возбудителей острого гнойного отита и их чувствительности к антибиотикам и возможности назначения этого лекарственного средства у детей без возрастных ограничений. Комбинированные ушные капли (Феназон, Дексаметазон, Лидокаин), выбор основан на наличии противовоспалительного, антибактериального и местного обезболивающего действия препарата, отсутствие возрастных ограничений.

- Нестероидные противовоспалительные препараты применяются для снятия болевого синдрома.

- Деконгестанты в нос для снятия отека слизистой носоглотки.

Задача 75.

Девочка 9 лет больна вторые сутки, заболела остро: повышение температуры тела до 39,1°C, озноб, головная боль, боль в горле при глотании, однократная рвота.

Состояние средней тяжести. Температура тела - 38,9°C. Кожные покровы чистые, румянец на щеках. Губы яркие, гиперемированы. Слизистая ротоглотки (дужек, миндалин) ярко гиперемирована. Миндалины увеличены до II размера, с обеих сторон в лакунах бело-желтый налет, легко снимающийся шпателем, подлежащая поверхность миндалин не кровоточит. Язык суховат. Переднешейные лимфоузлы увеличены до 1,5 см, болезненны при пальпации. Дыхание везикулярное, без хрипов, ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 112 в минуту. Живот мягкий,

безболезненный. Паренхиматозные органы не увеличены. Физиологические отправления не нарушены.

Анализ крови: гемоглобин – 124 г/л, эритроциты – $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – 22×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 72%, лимфоциты – 17%, моноциты – 3%, СОЭ – 35 мм/час.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Составьте план обследования, обоснуйте назначения.
3. Какие препараты этиотропной терапии можно рекомендовать в данном случае, обоснуйте их назначение, длительность терапии.

Ответы

1. Острый тонзиллит (лакунарный), средней степени тяжести.

Диагноз поставлен на основании:

- Острого начала.
 - Интоксикационного синдрома: повышение температуры, слабость, головная боль.
 - Синдрома поражения ротоглотки (о. тонзиллита): четкая гиперемия, резкая боль при глотании, увеличение миндалин до II размера, в лакунах бело- желтый налет, 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 $39,1^{\circ}\text{C}$, гипертрофия небных миндалин до 2 ст. с лакунарными налетами, увеличение лимфатических узлов до 1,5 см.
2. 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 $\geq 60\text{мг/л}$), ASLO в динамике.
Полный анализ крови и мочи через 2 недели (диагностика инфекционно-аллергических осложнений: острого гломерулонефрита и др.).
 3. Препараты стартовой терапии: феноксиметилпенициллин и амоксициллин (Амосин, Флемоксин и т.д.), в случае неэффективности смена на защищенные аминопенициллины (с Клавулановой кислотой или Сульбактомом). Неэффективность стартовой терапии может быть обусловлена продукцией β -лактамаз нормальной микрофлорой ротоглотки, бактериальной

ко-ассоциацией, низким комплаентностью пациентов.

Доказанная аллергическая реакция на все β -лактамы является поводом для назначения препаратов из группы макролидов (Азитромицин, Кларитромицин и др).

Длительность антибактериальной терапии 10 дней.

Задача 76.

Девочка 10 лет заболела 5 дней назад, остро, когда повысилась температура до 39°C, появилось недомогание, снижение аппетита, общая слабость, отмечалась тошнота, рвота. На 4-й день болезни температура тела снизилась, однако сохранялась общая слабость и снижение аппетита, присоединилась боль в правом подреберье, заметили темный цвет мочи, светлую окраску кала. На 5-й день болезни появилась иктеричность склер.

Эпиданамнез: 3 недели назад вернулась с отдыха на морском побережье.

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

Общий анализ крови: гемоглобин - 127 г/л, лейкоциты - $3,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные

нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 40%, лимфоциты - 54%, моноциты - 5%, СОЭ - 13 мм/час.

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

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

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

2. Составьте план лечения пациента.

3. Специфическая профилактика этой инфекции: вакцины и схема вакцинации.

Ответы:

1. Вирусный гепатит А, желтушная форма, легкая степень тяжести.

Диагноз поставлен на основании:

- типичного для гепатита А эпид. анамнеза: отдых на морском побережье позволяет думать о фекально-оральном механизме передачи инфекции;
- характерной клиники: наличие короткого преджелтушного периода, протекающего с повышением температуры, тошнотой, рвотой, снижением аппетита, общей слабостью, появление желтухи кожи и склер на фоне нормальной температуры и улучшения самочувствия на 5 день болезни, изменения цвета мочи и кала, увеличение печени, что соответствует типичному течению гепатита;
- лабораторных данных: в ОАК – лейкопения, относительный лимфоцитоз, нормальная СОЭ, что типично для вирусной этиологии процесса, в б/х анализе – повышение АлАТ, АсАТ, билирубина и его фракций, преобладание связанного билирубина; анти-HAV IgM – положительный в ИФА подтверждает этиологию вирусного гепатита.

В б/х исследовании крови отмечается повышение уровня АлАТ до 10-15 норм – выраженный цитолиз. Концентрация общего билирубина 57,5 (в 3 раза больше нормы) мкмоль/л, что с учетом умеренно выраженного интоксикационного синдрома типично для легкой степени тяжести заболевания.

2. 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 копчености, маринады, тугоплавкие жиры, пряности, экстрактивные вещества.

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

В России используются следующие вакцинные препараты: Хаврикс 1440 и Хаврикс 720 (детская); Аваксим, ГЕП-А-ин-ВАК (Россия). Эти вакцины представляют собой убитые вирусы гепатита А и обладают высокой иммуногенностью. Вакцина вводится по эпидемическим показаниям детям старше года двукратно с интервалом 6-12 месяцев.

Задача 77.

Ребенок 7 месяцев болен в течение 3 дней. Температура - 38-39°C,

беспокойный, аппетит снижен. Отмечается влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа. Состояние ребенка средней тяжести: температура - 38,3°C, веки отечны, конъюнктив гиперемирован. На нижнем веке справа белая пленка, 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 легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС - 132 удара в минуту. Печень +3,5 см, селезенка +1,5 см. Стул разжиженный, непереваренный, до 5 раз в сутки.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Какие другие клинические формы встречаются при этом заболевании?

Проведите дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями.

3. Составьте план лечения больного.

Ответы:

1. Аденовирусная инфекция: ринофарингоконъюнктивальная лихорадка, энтерит, средней тяжести.

Диагноз поставлен на основании типичных клинических проявлений аденовирусной инфекции: наличие умеренно выраженного интоксикационного синдрома, ярких катаральных явлений с выраженным экссудативным компонентом, пленчатого конъюнктивита, являющегося патогномоничным симптомом аденовирусной инфекции, распространенной 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.

2. Клинические формы аденовирусной инфекции: катаральная, кератоконъюнктивит, аденовирусная пневмония, мезаденит, тонзиллофарингит.

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 бронхоолита, для риновирусной инфекции – отсутствие интоксикации и выраженная ринорея. При инфекционном мононуклеозе, в отличие от аденовирусной инфекции отсутствуют катаральные явления, конъюнктивит, диарея, увеличиваются преимущественно шейные лимфоузлы, более выражен гапатолиенальный синдром, в периферической крови – лейкоцитоз лимфомоноцитарного характера, более 10% атипичных мононуклеаров.

3. Полупостельный режим на весь период лихорадки.

Обильное питье, 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.

Задача 78.

Ребенок 7 лет заболел остро: появилась заложенность носа, боль в горле при глотании, повысилась температура тела до 38°C. На 3 день заболевания осмотрен участковым врачом, был диагностирован лакунарный тонзиллит, назначен эритромицин. На фоне проводимой терапии сохранялась высокая температура, наложения на миндалины, появилась припухлость в области шеи с обеих сторон. В связи с сохраняющейся лихорадкой, на 7 день от начала заболевания направлен на госпитализацию.

При поступлении: состояние средней степени тяжести, температура 38,5°C, лицо одутловатое, дыхание через нос затруднено, отделяемого нет, голос с гнусавым оттенком. В области шеи с обеих сторон, больше справа, заметны увеличенные передне- (до 2,5 см) и заднешейные (до 1,5-2,0 см) лимфатические узлы. Подчелюстные, подмышечные, паховые лимфоузлы до 1,5 см в диаметре. Периферические лимфоузлы множественные, плотноэластической консистенции, чувствительные при пальпации, подвижные, кожа над ними не изменена. В ротоглотке – яркая разлитая гиперемия, выражена зернистость задней стенки глотки, миндалины II степени, на миндалинах сплошные наложения беловато-желтого цвета, (–) ткань, легко снимаются, растираются шпателем. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 100 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,0 – 2,5 см, селезенка – 0,5-1,0 см. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, Эр - $3,8 \times 10^{12}$ /л, Ц.п - 0.89, лейкоциты - $19,3 \times 10^9$ /л; э-1%, п/я-5%, с/я-13%, л-51%, м-13%; атипичные мононуклеары -17%, СОЭ- 23 мм/час.

Положительный результат на ДНК EBV (ПЦР), в реакции ИФА обнаружены антитела к EBV – IgM VCA (капсульный) и IgG EA (ранний).

Вопросы к задаче

1. Поставьте клинический диагноз. Обоснуйте диагноз.
2. Какие лабораторные данные подтверждают диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо провести больному?
3. Составьте план лечения.

Ответ

1) Поставьте клинический диагноз.

Инфекционный мононуклеоз ВЭБ этиологии (ВЭБ-позитивный), типичный, среднетяжелая форма, острое, гладкое течение.

Обоснуйте диагноз.

Диагноз установлен на основании типичной клинической картины заболевания: острое начало с появления симптомов интоксикации, боли в горле, явлений заднего ринита, аденоидита. Наличие лимфопролиферативного синдрома в виде лимфополиадении, гепатолиенального синдрома; синдрома острого лакунарного тонзиллита, гранулезного фарингита.

Среднетяжелая форма – на основании умеренно выраженной лихорадки (до $38,5^{\circ}\text{C}$), продолжительностью в течение недели; лимфополиадения, но признаки увеличения мезентериальных лимфоузлов отсутствуют; умеренное увеличение печени и селезенки (до 2,5 и 1,0 см соответственно); по результатам лабораторной диагностики лейкоцитоз менее 25×10^9 /л, лимфоцитоз менее 60%, количество атипичных мононуклеаров менее 20%.

Гладкое течение на основании отсутствия признаков осложнений.

Острое течение – менее 3 месяцев.

2) Какие лабораторные данные подтверждают диагноз?

Характерные изменения в гемограмме: лейкоцитоз, с лимфоцитозом, моноцитозом, появление атипичных мононуклеаров.

Обнаружение ДНК ВЭБ методом ПЦР.

ВЭБ этиология подтверждается также выявлением антител класса IgM VCA и IgG EA.

Какие дополнительные исследования необходимо провести больному?

- Учитывая гепатолиенальный синдром, характерный для инфекционного мононуклеоза синдром цитолиза гепатоцитов и синдром холестаза показано исследование уровня билирубина, аланин- и аспартатаминотрансферазы (АлТ, АсТ), лактатдегидрогеназы, гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ).
- Инструментальное обследование – УЗИ органов брюшной полости комплексное для уточнения размеров печени, селезенки, внутрибрюшных лимфатических узлов и оценки их структуры.

3) Составьте план лечения.

- Госпитализация в инфекционный стационар по клиническим показаниям (госпитализируются среднетяжелые и тяжелые формы заболевания)
- Постельный режим на период лихорадки.
- Диета в соответствии с возрастом механически, химически, термически щадящая (синдром острого тонзиллита).
- Обильное теплое питье.
- Орошение слизистой ротоглотки растворами антисептиков для лечения острого тонзиллита.
- Антибактериальная терапия в связи с развитием острого лакунарного тонзиллита как вирусно-бактериальной микст-инфекции: цефалоспорины III поколения (цефотаксим) в связи с применявшимся амбулаторно эритромицином в суточной дозе 50 – 100 мг/кг в течение 7-10 дней. Препараты пенициллинового ряда противопоказаны в связи с частым развитием тяжелых аллергических реакций.
- Симптоматическая терапия (деконгестанты в нос, жаропонижающие препараты при повышении температуры выше 38,5°).
- Возможно применение препаратов рекомбинантного α -интерферона, ацикловир рекомендуется только при тяжелых формах заболевания.

Задача 80.

Мальчик, 3г., заболел остро с повышением температуры до 39,7°C, которая плохо снижалась. На второй день болезни появилась боль в горле, затрудненное носовое дыхание, пастозность лица, припухлость в области боковых поверхностей шеи. На 3 день болезни доставлен в стационар с диагнозом: пленчато-некротическая ангина.

При поступлении в стационар состояние тяжелое. Вялый. Отказывается от еды. Температура тела 38,9°C. Лицо пастозное, дышит открытым ртом. Из носа отделяемого нет. Пальпируются увеличенные переднешейные (до 3,0 см), заднешейные (до 2,5 см), подчелюстные, подмышечные, паховые лимфоузлы (до 1,5-2,0 см), множественные («пакеты»), чувствительные при пальпации, плотноэластической консистенции, не спаянные между собой и окружающими тканями, кожа над ними не изменена. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки умеренно гиперемирована, миндалины III ст., островки белых пленчатых наложений (+) ткань. На верхнем полюсе правой миндалины некроз до 0,5 см в диаметре. По задней стенке глотки стекает обильное слизистое отделяемое. Со стороны органов грудной клетки без патологических изменений. Живот мягкий, умеренно болезненный в околопупочной области. Печень на 3,5 см ниже края реберной дуги, селезенка пальпируется у края реберной дуги. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 115 г/л, Эр - $3,8 \times 10^{12}/л$, Ц.п - 0.89, лейкоциты - $29,1 \times 10^9/л$; э-1%, п/я-6%, с/я-11%, л-49%, м-12%; атипичные мононуклеары -21%, СОЭ- 27 мм/час.

УЗИ органов брюшной полости: визуализируются увеличенные

мезентериальные лимфатические узлы.

Вопросы к задаче

1. Поставьте клинический диагноз. Обоснуйте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
3. Составьте план диспансерного наблюдения.

Ответ

1. Поставьте клинический диагноз.

Инфекционный мононуклеоз, типичный, тяжелая форма, острое течение.

Обоснуйте диагноз.

- Диагноз установлен на основании типичной клинической картины заболевания: острое начало с появления выраженных симптомов интоксикации, боли в горле, явлений заднего ринита, аденоидита. Наличие лимфопролиферативного синдрома в виде выраженной лимфоопиаления, гепатолиенального синдрома; синдрома острого лакунарного тонзиллита, фарингита.
 - Тяжелая форма – на основании высокой лихорадки (до 39,7°C); лимфоопиаления с увеличением периферических лимфоузлов до 2,5-3,0 см, «пакеты» лимфоузлов, признаки увеличения мезентериальных лимфоузлов по данным УЗИ брюшной полости; выраженное увеличение печени (до 3,5 см); по результатам лабораторной диагностики лейкоцитоз более $25 \times 10^9/\text{л}$, количество атипичных мононуклеаров более 20%.
 - Острое течение – острый период заболевания, менее 3 месяцев.
- 2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?**
- Для определения этиологического фактора заболевания: выявление ДНК вируса (Эпштейн-Барр, CMV) методом ПЦР в крови, слюне; выявление гетерофильных АТ в периферической крови (реакции Пауля-Буннеля, Гоффа-Бауэра); выявление АТ IgM VCA и IgG EA, АТ класса IgM, IgG к CMV.
 - Исследование уровня билирубина, аланин- и аспартатаминотрансферазы (АлТ, АсТ), лактатдегидрогеназы, гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ) для выявления синдрома цитолиза гепатоцитов и синдрома холестаза.
 - Бак. посев из зева и носа на коринебактерии дифтерии (трехкратно) и флору.
 - УЗИ органов брюшной полости комплексное для уточнения размеров печени, селезенки, внутрибрюшных лимфатических узлов и оценки их структуры.

С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?

- дифтерия зева
- стрептококковый острый тонзиллит
- стафилококковый острый тонзиллит
- неспецифический бактериальный лимфаденит

3. Составьте план диспансерного наблюдения.

- Длительность диспансерного наблюдения – 12 месяцев.

- Осмотр врача педиатра участкового 1 раз в 3 месяца, врач-инфекционист – по показаниям.
- Клинический анализ крови, АлТ, АсТ 1 раз в 3 месяца; УЗИ органов брюшной полости по показаниям; ИФА крови, ПЦР по показаниям.
- Медицинский отвод от вакцинации – 3 месяца при легкой и среднетяжелой форме заболевания и 6 месяцев при тяжелой.
- Медицинский отвод от занятий физкультурой 3 месяца.
- Ограничение инсоляции до 12 месяцев.
- Критерии эффективности диспансеризации – отсутствие рецидива заболевания, отсутствие хронического течения заболевания.

Задача 81.

Ребенку 5 лет. Заболел 5 дней назад, когда повысилась температура до 38,7°C, которая сохраняется до настоящего времени, жалуется на боль в горле, затруднение носового дыхания. Бригадой «скорой помощи» доставлен в стационар с диагнозом: Лакунарный? некротический? тонзиллит.

Из анамнеза: ребенок часто болеет респираторными инфекциями. Не привит в связи с отказом родителей.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, вялый, гнусавый оттенок голоса, заложенность носа. Температура тела 38,3°C. В ротоглотке – яркая распространенная гиперемия, выражена зернистость задней стенки глотки, наложения по лакунам (+) ткань, желто-белого цвета, легко снимаются, растираются шпателем. Увеличены подчелюстные, передне-, заднешейные лимфоузлы до 2,0 см, подмышечные, паховые – 1,5-2,0 см, множественные, плотные, безболезненные, подвижные, кожа над ними не изменена. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 105 в минуту. Живот мягкий, печень на 2,0 см ниже края реберной дуги, пальпируется край селезенки. Стул, мочеиспускание не нарушены.

В клиническом анализе крови: гемоглобин - 121 г/л, Эр - $4,1 \times 10^{12}$ /л, Ц.п - 0.88, лейкоциты - $19,5 \times 10^9$ /л; э-1%, п/я-7%, с/я-13%, л-56%, м-10%; атипичные мононуклеары -13%, СОЭ- 23 мм/час.

Температура нормализовалась к 8 дню болезни. Самочувствие улучшилось через 3 – 4 дня. Через 6 дней исчезли наложения, к 10 – 12 дню значительно уменьшились лимфатические узлы, размеры печени.

Вопросы к задаче

1. Поставьте клинический диагноз. Обоснуйте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Составьте план лечения. Назначьте противоэпидемические мероприятия при данном заболевании.

Ответ

1. Поставьте клинический диагноз.

Инфекционный мононуклеоз, типичный, среднетяжелая форма, острое, гладкое течение.

Обоснуйте диагноз.

- Диагноз установлен на основании типичной клинической картины заболевания: острое начало с появления симптомов интоксикации, боли в горле, затруднения носового дыхания. Наличие лимфопролиферативного синдрома в виде лимфополималии, гепатоспленомегалии, синдрома острого лакунарного тонзиллита, гранулезного фарингита.
- Среднетяжелая форма – на основании умеренно выраженной лихорадки (до 38,7°C), продолжительностью в течение недели; лимфополималии, но признаки увеличения мезентериальных лимфоузлов отсутствуют; умеренное увеличение печени и селезенки (до 2,0 печень, небольшое увеличение селезенки); по результатам лабораторной диагностики лейкоцитоз менее $25 \times 10^9/\text{л}$, лимфоцитоз менее 60%, количество атипичных мононуклеаров менее 20%.
- Гладкое течение на основании отсутствия признаков осложнений.
- Острое течение – менее 3 месяцев.

2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

- Для определения этиологического фактора заболевания: выявление ДНК вируса (Эпштейн-Барр, CMV) методом ПЦР в крови, слюне; выявление гетерофильных АТ в периферической крови (реакции Пауля-Буннеля, Гоффа-Бауэра); выявление АТ IgM VCA и IgG EA, АТ класса IgM, IgG к CMV.
- Исследование уровня билирубина, аланин- и аспартатаминотрансферазы (АлТ, АсТ), лактатдегидрогеназы, гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ) для выявления синдрома цитолиза гепатоцитов и синдрома холестаза.
- Бак. посев из зева и носа на флору и коринебактерии дифтерии (трехкратно).
- УЗИ органов брюшной полости комплексное для уточнения размеров печени, селезенки, внутрибрюшных лимфатических узлов и оценки их структуры.

3. Составьте план лечения.

- Госпитализация в инфекционный стационар по клиническим показаниям (госпитализируются среднетяжелые и тяжелые формы заболевания)
- Постельный режим на период лихорадки.
- Диета в соответствии с возрастом механически, химически, термически щадящая (синдром острого тонзиллита).
- Обильное теплое питье.
- Орошение слизистой ротоглотки растворами антисептиков для лечения острого тонзиллита.
- Антибактериальная терапия в связи с развитием острого лакунарного тонзиллита как вирусно-бактериальной микст-инфекции: препаратами выбора являются макролиды (азитромицин 5-10 мг/кг/сутки в течение 5 дней, кларитромицин 7,5 мг/кг/сутки в течение 7-10 дней) или цефалоспорины III поколения (цефотаксим 50 – 100 мг/кг/сутки в течение 7-10 дней). Препараты пенициллинового ряда противопоказаны в связи с частым развитием тяжелых аллергических реакций.

- Симптоматическая терапия (деконгестанты в нос, жаропонижающие препараты при повышении температуры выше 38,5°).
- Возможно применение препаратов рекомбинантного α -интерферона, ацикловир рекомендуется только при тяжелых формах заболевания.

Назначьте противоэпидемические мероприятия при данном заболевании.

- Больного изолируют в домашних условиях или условиях стационара в отдельном боксе или с детьми, имеющими аналогичную нозологию до полного клинического выздоровления (в среднем 2-3 недели).
- Мероприятия в очаге не проводятся.
- Больного обеспечить отдельной посудой, предметами ухода.
- После клинического выздоровления ребенок допускается в коллектив без противоэпидемических ограничений.
- Карантинно-изоляционные мероприятия в отношении контактных лиц не проводятся.
- Специфическая профилактика не разработана.

Задача 82

Мальчик 13 лет, заболел остро с повышения температуры тела до 38°C, появления припухлости в области околоушной железы справа, болей при жевании. Жаловался на боли в животе в области эпигастрии. Через 2 дня присоединилась припухлость и болезненность в области левой околоушной железы. Мать к врачу не обращалась, лечила ребенка домашними средствами, тепловыми компрессами. На 5-й день болезни стал жаловаться на боли в яичке и правом паху, боли усиливались при ходьбе. Госпитализирован.

Состояние при поступлении средней степени тяжести, температура тела – 39°C. Обе околоушные железы увеличены в размерах, слегка болезненны. Пальпация в области эпигастрии болезненна, беспокоит тошнота, периодически повторяющаяся рвота. Правое яичко увеличено в размере в 2 раза, плотное, болезненное, кожа над ним гиперемирована. По другим органам – без патологии.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты – $4,3 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,95, лейкоциты – $8,2 \times 10^9$ /л; п/я - 3%, с/я- 63%, л- 21%, м-12%, плазматические клетки – 1%, СОЭ- 8 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1020, белок – нет, глюкоза – нет, эритроц. – единицы, лейкоциты – 2 – 3 в п/з,

Биохимия крови – панкреатическая амилаза 250 ед/л (норма до 80), липаза – 170 ед/л), СРБ – 8,1 г/л (норма до 8,2)

В посевах слизи из ротоглотки: патогенная микрофлора не обнаружена.

Вопросы к задаче

1. Поставьте клинический диагноз. Какие методы обследования необходимы для подтверждения этиологии заболевания?
2. Как может проявляться синдром поражения нервной системы при данном заболевании?

3. Назначьте консервативное лечение паротитного орхита? Перечислите контингент контактных лиц для экстренной иммунизации и сроки ее проведения?

Ответ

1. Поставьте клинический диагноз.

Эпидемический паротит, типичная форма, средней степени тяжести

Какие методы обследования необходимы для подтверждения этиологии заболевания?

Молекулярно-биологический метод (ПЦР диагностика) – выявление РНК вируса, серологический метод (РСК, РТГА) – выявление иммуноглобулинов класса М (IgM) к вирусу эпидемического паротита; исследуют парные сыворотки (первая берется в начале заболевания, вторая – через 2-3 недели).

2. Как может проявляться синдром поражения нервной системы при данном заболевании?

При эпидемическом паротите возможно поражение центральной и периферической нервной системы (менингит, менингоэнцефалит, миелиты, энцефаломиелиты, мононевриты)

3. Назначьте консервативное лечение паротитного орхита?

Ношение суспензория (поддерживающая повязка), в первые 2-4 дня показано применение холода, затем тепловые процедуры, нестероидные противовоспалительные препараты для купирования болевого синдрома, глюкокортикостероиды коротким курсом (5-7) дней для купирования воспаления

Перечислите контингент контактных лиц для экстренной иммунизации и сроки ее проведения?

Иммунизации против эпидемического паротита по эпидемическим показаниям подлежат лица, имевшие контакт с больным (при подозрении на заболевание): не болевшие эпидемическим паротитом ранее, не привитые (или однократно привитые), с неизвестным инфекционным и прививочным анамнезом, а также лица, у которых при серологическом обследовании не выявлены антитела в защитных титрах к вирусу эпидемического паротита. Иммунизация против эпидемического паротита по эпидемическим показаниям проводится в течение 7 дней с момента выявления первого больного в очаге.

Задача 83

Мальчик 14 лет, заболел остро с подъема температуры до 38,5°C, появления припухлости справа в околоушной области, через 2 дня присоединилась припухлость в левой околоушной области и в подчелюстных областях. Вызван участковый врач. Кроме указанной выше, другой патологии не выявлено. Назначено лечение. На 6 день болезни состояние ребенка ухудшилось: повысилась температура до 39,5°C, появились боли в животе, боль в области правого яичка, многократная рвота.

При осмотре участковым врачом: состояние ребенка тяжелое, вялый, адинамичный, нарушен сон и аппетит, кожные покровы чистые, в околоушных и подчелюстных областях опухолевидные плотные безболезненные образования. Живот болезненный при пальпации в области эпигастрии. Стул разжиженный до 3 раз в сутки. Правое яичко увеличено в 3 раза, болезненное при пальпации. Менингеальных знаков нет.

Вопросы к задаче

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие лабораторные и инструментальные методы обследования подтвердят поражение поджелудочной железы, какие вы ожидаете результаты?
Каков прогноз заболевания и какие возможные последствия поражения яичек и поджелудочной железы?
3. Назовите факторы риска тяжелого течения заболевания, требующие госпитализации
Какие профилактические меры могли бы предупредить развитие заболевания у ребенка?

Ответ

1. **Поставьте клинический диагноз.**
Эпидемический паротит, типичная форма, тяжелое течение
2. **Какие лабораторные и инструментальные методы обследования подтвердят поражение поджелудочной железы, какие вы ожидаете результаты?**
Биохимический анализ крови – увеличение концентрации панкреатической амилазы более 2 норм, липазы – более 2 норм, диастаза мочи – увеличение диастазы более 2-3 норм, УЗИ брюшной полости – увеличение поджелудочной железы в размерах, повышение эхогенности
Каков прогноз заболевания и какие возможные последствия поражения яичек и поджелудочной железы?
Прогноз для жизни благоприятный, однако, после перенесенного орхита возможна атрофия яичек и последующее бесплодие, вследствие перенесенного панкреатита – хронический панкреатит, сахарный диабет.
3. **Назовите факторы риска тяжелого течения заболевания, требующие госпитализации.**
 - ранний возраст ребенка;
 - пороки развития сердца;
 - энцефалопатия;
 - тяжелые аллергические заболевания;
 - иммунодефицитные состояния**Какие профилактические меры могли бы предупредить развитие заболевания у ребенка?** Вакцинация в 12 мес. и ревакцинация в 6 лет.

Задача 84.

Ребенок 5 лет, заболел остро во второй половине дня в детском саду с

повышения температуры до 37,8°C, отказался от еды, на коже выявлены элементы пятнисто-папулезной сыпи. С диагнозом: "Корь" отправлен домой. На второй день болезни участковый педиатр диагноз кори снял, т.к. на коже были выявлены элементы везикулезной сыпи. Самочувствие больного нарушено незначительно, ребенок оставлен дома. Дома температура повышалась до 38,5°C, новые высыпания появлялись еще в течение 3 дней, обильные, были отмечены единичные элементы сыпи на слизистой полости рта.

Вопросы к задаче

1. Поставьте клинический диагноз и приведите его обоснование.
2. Составьте план обследования и лечения.
3. Составьте план проведения противоэпидемических мероприятий в детском саду.

Существует ли специфическая профилактика данного заболевания. Если да, то назовите препараты для вакцинации?

Ответ

1. Поставьте клинический диагноз и приведите его обоснование.

Ветряная оспа, типичная форма, средней степени тяжести, гладкое течение.

Обоснование диагноза: острое начало заболевания, умеренно выраженные симптомы интоксикации, обильность высыпания везикулезной сыпи на коже и слизистых оболочках рта свидетельствуют в пользу ветряной оспы.

2. Назначьте обследование.

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- Кал, соскоб на яйца глистов
- в сомнительных случаях – ПЦР – диагностика.

Назначьте лечение.

- Постельный режим на период лихорадки
- Гигиенические ванны
- Полоскание рта после приема пищи
- Диета механически щадящая, витаминизированная
- Обильное питье
- Антигистаминный препарат
- Витамин "С"
- Туширование элементов сыпи 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени, раствором перманганата калия, спиртовыми растворами левомецетиновым, эритромициновым спиртом)
- Обработка слизистой рта водным раствором анилинового красителя.

3. Составьте план проведения противоэпидемических мероприятий в детском саду.

- Экстренное извещение в территориальный Госсанэпиднадзор.
- Изоляция больного до 5 дня с момента последнего высыпания
- Карантин на группу на 21 день с прекращением приема не болевших детей
- Влажная уборка, проветривание, кварцевание.

Существует ли специфическая профилактика данного заболевания. Если да, то назовите препараты для вакцинации?

- На сегодня существуют средства специфической активной профилактики ветряной оспы – живые аттенуированные вакцины: Варилрикс, Окавакс, Варивакс. В нашей стране используется вакцина «Варилрикс».
- Рекомендуемая схема вакцинации: дети от 12 месяцев до 13 лет: 1 доза вакцины (0,5 мл) подкожно однократно; лица от 13 лет и старше (включая контактных с группами высокого риска и заболевшими): по 1 дозе (0,5 мл) подкожно двукратно с интервалом между введениями 6-10 недель; Экстренная профилактика: однократно 1 дозой вакцины (0,5 мл) в течение первых 96 часов после контакта (предпочтительно в течение первых 72 часов).

Задача 85.

Ребенок 6 дней жизни поступил в инфекционный стационар по поводу везикулезной сыпи. Ребенок от I беременности. Роды на 38-й неделе беременности, масса тела при рождении 2 850 г, длина 49 см. Матери ребенка 18 лет. Беременность протекала с угрозой выкидыша в I половине. За 17 дней до рождения ребенка мать перенесла типичную форму ветряной оспы средней степени тяжести (последние элементы сыпи отмечались за 12 дней до родов). На 4 день жизни у ребенка выявлена необильная папулезно-везикулезная сыпь на голове, руках, ягодицах, животе.

При поступлении общее состояние новорожденного удовлетворительное. На коже волосистой части головы, туловища, конечностей, ягодиц необильная папулезно-везикулезная сыпь, располагающаяся на неизменном фоне кожи. Везикулы однокамерные, с серозным содержимым, окружены венчиком гиперемии. Слизистые оболочки розовые, чистые. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,0 см, селезенка не пальпируется. Новые элементы появлялись в течение 2 дней, в последующем подсыхали с образованием корочек.

Температура тела в течение всего времени оставалась нормальной. Клинических признаков поражения нервной системы не было. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии на 12-й день жизни.

Вопросы к задаче

1. Поставьте клинический диагноз. Обоснуйте диагноз.
2. Назначьте лечение. Назовите показания для госпитализации больных с данной патологией.
3. Противоэпидемические мероприятия в роддоме.

Ответ

1. Поставьте клинический диагноз.

Врожденная ветряная оспа, типичная, легкая форма, гладкое течение.

Обоснуйте диагноз.

Выявление с момента рождения у ребенка необильной папулезно-везикулезной сыпи на голове, руках, ягодицах, животе на фоне удовлетворительного общего состояния ребенка и нормальной температуры

тела, появление новых элементов в течение 2 дней, в последующем образование корочек свидетельствуют о типичной врожденной ветряной оспе, протекающей в легкой форме.

2. Назначьте лечение.

- Ежедневные лечебно-гигиенические теплые ванны с 0,05% р-ром перманганата калия и последующим промоканием кожи мягким полотенцем или салфеткой досуха.
- Туширование везикул 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени или 2% раствором перманганата калия.
- Возможно с этиотропной целью использование виферона в суппозиториях.
- Тщательный ежедневный осмотр слизистых, глаз, рта, половых органов.
- Оценка состояния органов грудной клетки, брюшной полости, нервной системы.

Назовите показания для госпитализации больных с данной патологией.

- Клинические - тяжелые, осложненные формы, врожденная ветряная оспа, дети с сопутствующими заболеваниями
- Эпидемиологические - случаи заболевания в закрытых детских учреждениях, в многодетных семьях, в общежитии
- Социальные - невозможность обеспечить лечение больного на дому.

3. Противоэпидемические мероприятия в роддоме.

- Экстренное извещение в территориальный центр Госсанэпиднадзора
- Перевод больного и изоляция в боксе до 5 дня с момента последнего высыпания.
- Влажная уборка, проветривание кварцевание помещения.
- Введение нормального человеческого иммуноглобулина контактным детям из расчета 0,2 – 0,5 мл/кг/массы.
- Своевременная выписка детей из родильного дома с указания даты разобщения с больным и срока карантина (21 день)

Задача 86.

Мальчик, 5 лет, заболел ветряной оспой. Получал лечение амбулаторно, поскольку заболевание протекало в легкой форме. На 8-й день от начала болезни, после нормализации температуры, состояние ребенка ухудшилось: вновь повысилась температура до 38°C, была однократная рвота, стала невнятной речь, при попытках ходить - ребенок падает. Участковым врачом направлен на госпитализацию в стационар.

При осмотре: состояние тяжелое, сознание спутанное, адинамичен. На коже лица, туловища, конечностей - единичные элементы высыпаний, покрытые корочками. Катаральных явлений нет. Тоны сердца приглушены. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот доступен пальпации, мягкий. Стоит неуверенно. Речь дизартрична. Положительные пальце - носовая и коленно-пяточная пробы. Менингеальных симптомов нет.

Эпидемиологический анамнез: в детском саду - несколько случаев

ветряной оспы.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 136 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $5,5 \times 10^9$ /л; п/я-2%, с/я- 25%, э-3%, л- 65%, м-5%, СОЭ- 4 мм/час.

Общий анализ мочи: - без патологии.

Спинномозговая жидкость: прозрачная, вытекает каплями, цитоз- 30/3, из них нейтрофилов 19%, лимфоцитов 81%, белок- 0,165 г/л, сахар - в норме, реакция Панди - отрицательная.

Вопросы к задаче

1. Поставьте клинический диагноз. Проведите обоснование диагноза.
2. Какие симптомы со стороны ЦНС и анализы свидетельствуют в пользу данного осложнения?
С какими заболеваниями будете проводить дифференциальный диагноз?
3. Назначьте медикаментозное лечение.

Ответ

1. Поставьте клинический диагноз.

Вирусный серозный менингоэнцефалит, вызванный вирусом V-Z, атаксическая форма

Проведите обоснование диагноза.

Данные эпидемиологического анамнеза, наличие типичной везикулезной сыпи, появление на 8 день неврологических симптомов (нарушение речи, походки, положительная пальце-носовая, колено-пяточная пробы, поза Ромберга), изменение ликвора свидетельствуют в пользу данного диагноза.

2. Какие симптомы со стороны ЦНС и анализы свидетельствуют в пользу данного осложнения?

О менингоэнцефалите свидетельствуют: нарушение речи, походки, положительная пальце-носовая, колено-пяточная пробы, поза Ромберга, изменение ликвора.

С какими заболеваниями будете проводить дифференциальный диагноз?

Дифференцировать с менингоэнцефалитами другой этиологии (бактериальной и вирусной природы).

3. Назначьте медикаментозное лечение.

- Госпитализация в отделение нейроинфекций.
- Строгий постельный режим 14 дней.
- Парентеральное введение (внутривенно струйно) глюкокортикостероидов, мочегонных препаратов с последующим переходом на прием диакарба по схеме.
- Антибактериальная терапия в связи с активацией микробной флоры (препараты пенициллинового ряда или макролиды)
- Через 3-5 дней после госпитализации винпоцетин и пирацетам

Задача 87

Ребенок 3 лет из группы часто болеющих детей заболел остро ночью, повысилась температура до $37,6^{\circ}\text{C}$, озноб, боли в животе. На следующий день

на фоне высокой температуры дважды вырвало, появился жидкий стул 6-8 раз, в последних порциях стула - гной, кровь. Скорой помощью доставлен в стационар.

В стационаре состояние очень тяжелое. Стойко температурит, 38,5-39,5°C. Ребенок вялый, от еды отказывается. Кожные покровы бледные. Определяется выраженная тахикардия, приглушенность сердечных тонов. Выраженные боли в животе, тенезмы. Стул без счета, без каловых масс, с большим количеством слизи, гноя, крови. Живот втянут, сигмовидная кишка резко болезненная, спазмирована. Анус податлив, сфинктерит.

На фоне лечения симптомы токсикоза сохранялись в течении 7 дней, дисфункция кишечника - 15 дней, гемоколит - 8 дней. На 4 сутки госпитализации возникло кишечное кровотечение.

При бак. исследовании кала на 4 сутки выделена в. Sh. flexneri 2a, чувствительная к амикацину, рифампицину, бактериофагу.

Вопросы к задаче

1. Сформулируйте окончательный клинический диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

2. Какие дополнительные исследования можно назначить пациенту для подтверждения диагноза?

3. Укажите препараты для этиотропной терапии.

Когда больной может быть выписан из стационара и допущен в детский коллектив?

Ответ

1. Сформулируйте окончательный клинический диагноз.

Шигеллез Флекснера 2a, типичный, тяжелая форма В, острое течение.

Осложнение: кишечное кровотечение.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Острое начало заболевания с повышения температуры, появления болей в животе, рвоты, жидкого стула с патологическими примесями, нарастающая тяжесть состояния, стойкая гипертермия, бледность кожи, приглушенность сердечных тонов, тахикардия, выраженные боли в животе, тенезмы, стул без счета, по типу «ректального плевка» со слизью, гноем, кровью, болезненная, спазмированная сигмовидная кишка, податливость ануса, сфинктерит, присоединение на 4 сутки с момента госпитализации кишечного кровотечения и выделение при бак. исследовании кала Sh. flexneri 2a

2. Какие дополнительные исследования можно назначить пациенту для подтверждения диагноза?

РПГА с дизентерийным диагностикумом, ИФА, РЛА.

3. Укажите препараты для этиотропной терапии.

Нифуроксазид, Цефалоспорины III поколения, фторхинолоны

Когда больной может быть выписан из стационара и допущен в детский коллектив?

Больной может быть выписан из стационара и допущен в коллектив при наличии клинического выздоровления, нормализации лабораторных показателей и однократного отрицательного результата бактериологического исследования кала на шигеллез.

Задача 88.

Больной 10 лет поступил в инфекционное отделение на 6 день болезни.

Из анамнеза известно, что заболевание началось остро с повышения температуры до 39°C, головной боли, слабости. Периодически беспокоили боли в животе, на второй день присоединилась рвота 2-3 раза в день, стул задержан. Температура все дни высокая, с размахами между утренней и вечерней, носит стойкий характер, кратковременно снижается после применения жаропонижающих средств. Амбулаторно лечился участковым врачом с диагнозом «ОРВИ». Отсутствие положительной динамики явилось основанием для госпитализации в стационар.

Состояние при поступлении тяжелое: вялый, заторможен, жалуется на головную боль, боли в животе, аппетит отсутствует. Кожа бледная, суховатая, отмечается желтушность подошв и ладоней. Над легкими жесткое дыхание. Тоны сердца приглушены, пульс 64 удара в минуту. Язык обложен густым коричневым налетом. В зеве умеренная гиперемия. Живот слегка вздут, при пальпации отмечается болезненность и урчание в правой подвздошной области, крепитация. Печень на 2,5 см выступает из-под края реберной дуги. Стула не было 3 дня, мочится достаточно. Менингеальных знаков нет.

Из эпиданамнеза известно, что месяц назад ребенок отдыхал в городе Ташкенте.

Вопросы к задаче

1. Укажите наиболее вероятный диагноз.
Обоснуйте поставленный вами диагноз?
2. Назначьте необходимое лабораторное обследование.
3. Назовите препараты для этиотропной терапии.
Назовите критерии для выписки из стационара.

Ответ

1. Укажите наиболее вероятный диагноз.

Брюшной тиф, типичный, тяжелая форма.

Обоснуйте поставленный вами диагноз?

Диагноз поставлен на основании длительно сохраняющейся лихорадки, симптомов интоксикации, анорексии, болей в животе, запоров, выявление при объективном осмотре бледности кожного покрова на фоне гипертермии, «тифозный язык», симптома Филипповича (желтушное окрашивание ладоней и стоп), угнетение сознания (сонливость, заторможенность), урчание, болезненность в правой подвздошной области, увеличении размеров печени, (+) симптом Падалки, а также принимая во внимание данные эпидемиологического анамнеза (пребывание в регионе с высоким уровнем заболеваемости брюшным тифом).

2. Назначьте необходимое лабораторное обследование.

- Общий анализ крови и мочи;
- Бактериологическое исследование: кровь, кал, моча;

- Серологическое исследование: обнаружение специфических антител в крови больного (реакция Видаля, РНГА, РПГА с эритроцитарным О-диагностикумом, Н- и Vi антигеном, ИФА).

3. Назовите препараты для этиотропной терапии.

Левомецитин, Фторхинолоны, Цефалоспорины 3 поколения.

Назовите критерии для выписки из стационара.

- клиническое выздоровление;
- нормализация лабораторных показателей и ЭКГ;
- 3-х кратные отрицательные результаты посева кала и мочи, по показаниям - желчи.

Задача 89.

Мальчик, 10 лет, семь дней назад вернулся из деревни, где проводил зимние каникулы, там ел салат из свежей капусты и моркови, хранившейся в подвале. Заболел остро с повышения температуры до 38 – 38,5°C в течение 6 дней, снижения аппетита, слабости, появления катаральных явлений (насморк, боли в горле). С первого дня болезни беспокоили сильные боли в правой подвздошной и околопупочной области, повторная рвота, кашицеобразный стул до 6-8 раз в сутки с примесью слизи в течение 4-х дней.

Врач «скорой помощи» обнаружил симптомы раздражения брюшины и госпитализировал ребенка в хирургическое отделение, где диагноз острого аппендицита был снят и мальчик был переведен в инфекционное отделение с диагнозом: «Кишечная инфекция. ОРВИ». В последующие дни, появились мышечные и суставные боли, легкая иктеричность склер и кожи, темная моча, увеличение печени и селезенки. Возникло подозрение на вирусный гепатит.

В биохимическом анализе крови: билирубин общий - 36 мкмоль/л, конъюгированный – 26 мкмоль/л, АлАТ- 600 ед., маркеры вирусных гепатитов не обнаружены.

В общем анализе крови: гемоглобин - 133 г/л, эритроциты - $4,0 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,9, лейкоциты – $14,2 \times 10^9/л$, нейтрофилы п/я - 10%, с/я нейтрофилы - 45%, эозинофилы - 10%. лимфоциты - 20%. моноциты - 15%, СОЭ - 25 мм/ч

Вопросы к задаче

1. Предположите наиболее вероятный клинический диагноз.
На основании, каких патогномоничных признаков поставлен диагноз?
2. Какие следует провести дополнительные исследования для подтверждения диагноза?
Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику у данного больного.
3. Какие противоэпидемические мероприятия в очаге необходимо проводить?

Ответ

4. Предположите наиболее вероятный клинический диагноз.

Иерсиниозная инфекция, типичная, среднетяжелая форма.

На основании, каких патогномоничных признаков поставлен диагноз?

В пользу выставленного диагноза свидетельствуют: данные эпидемиологического анамнеза – употребление в пищу салата из свежих овощей (капусты и моркови), хранившихся в подвале, клинические проявления - острое начало заболевания, стойкое повышение температуры, умеренно выраженные симптомы интоксикации, мышечные и суставные боли, боли в правой подвздошной области и вокруг пупка, стул до 6-8 раз в сутки кашицеобразный с примесью слизи, появление желтушности кожного покрова, гепатоспленомегалия, воспалительные изменения со стороны анализа периферической крови (лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, увеличение СОЭ), в биохимическом анализе крови повышение общего билирубина за счет конъюгированной фракции, повышение активности печеночно-клеточных ферментов.

5. Какие следует провести дополнительные исследования для подтверждения диагноза?

- Бактериологический: посев испражнений (до начала применения антибиотиков);
- Серологический: РА и РНГА с псевдотуберкулезными и иерсиниозными эритроцитарными диагностикумами на 2-й и 4-й неделе болезни (достоверным диагностическим критерием является нарастание в динамике заболевания титра специфических антител при исследовании парных сывороток в 4 раза и более);
- Экспресс диагностика: РКА и/или РЛА и/или ИФА и/или РНИФ (выявление возбудителя (антигенов) псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза в копрофильтратах и крови).

Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику у данного больного.

Необходимо дифференцировать с вирусными гепатитами, кишечными инфекциями, острым аппендицитом, ревматизмом, тифопаратифозными заболеваниями.

6. Какие противоэпидемические мероприятия в очаге необходимо проводить?

- Госпитализация по клиническим показаниям.
- Экстренное извещение.
- Медицинское наблюдение за контактными 7-10 дней (термометрия, осмотр кожи, слизистых, печени, селезенки, бактериологическое обследование).
- Тщательное мытье и дезинфекция посуды.
- Бактериологическое исследование овощей. Бактериологическое исследование смывов с посуды.
- Уничтожение грызунов.
- Наблюдение за очагом иерсиниоза в течение 3-х недель.

Задача 90.

Больной М., 5 лет, заболел остро с повышения температуры тела до

38,0°C, появления двукратной рвоты, жидкого стула со слизью до 4 раз в день. Участковым педиатром диагностирована кишечная инфекция, назначено лечение. В течение 2 дней состояние ребенка не улучшалось, температура тела повысилась до 38,7°, стул сохранялся жидким до 3 раз в сутки, появились боли в суставах, мелкоточечная сыпь на туловище и вокруг суставов. Ребенок повторно был осмотрен участковым врачом и направлен в инфекционный стационар.

При поступлении (на 3-й день болезни) состояние больного средней степени тяжести, температура тела 37,8° С. В зеве умеренная разлитая гиперемия, бугристость задней стенки глотки. Язык обложен налетом, влажный. Пальпируются увеличенные шейные и тонзиллярные лимфатические узлы. На коже в области живота, в подмышечных и паховых складках, вокруг коленных и локтевых суставов обильная, яркая мелкоточечная сыпь. Ладони отечны и гиперемизированы. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, болезненный при пальпации в околопупочной и правой подвздошной области. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка не пальпируется. Мочится свободно. Стул 2 раза в сутки, жидкий, с небольшим количеством слизи.

РНГА с кишечной иерсиниозной инфекцией на 3-й и 10-й день болезни (-);

РНГА с псевдотуберкулезной инфекцией (+) в разведении 1:50 3-й день болезни) и 1:200 (10-й день).

Результаты 3-кратного бактериологического исследования кала на шигеллы, сальмонеллы.

Вопросы к задаче

1. Поставьте наиболее вероятный клинический диагноз.
Обоснуйте поставленный вами диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Назовите препараты для этиотропной терапии.
Назовите критерии для выписки из стационара.

Ответ

1. **Поставьте наиболее вероятный клинический диагноз.**

Псевдотуберкулез (*Yersinia pseudotuberculosis*), типичный, среднетяжелая форма, острое гладкое течение.

Обоснуйте поставленный вами диагноз.

Острое развитие заболевания с повышением температуры до 37,9 – 38,7°C, жидкого стула, болезненность живота в околопупочной и правой подвздошной области, изменения в зеве, увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов, увеличение печени, отечность и гиперемия ладоней, появление на 3-й день болезни обильной яркой мелкоточечной сыпи с типичной локализацией в области живота, подмышечных и паховых складок, вокруг коленных и локтевых суставов, нарастание титра специфических антител в РНГА с ПТБ – диагностикумом (от 1:50 до 1:200).

2. **С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?**

С кишечным иерсиниозом, инвазивными диареями инфекционной этиологии,

скарлатиной, корью, краснухой, вирусными гепатитами, инфекционным мононуклеозом, энтеровирусной инфекцией, ревматоидным артритом.

3. Назовите препараты для этиотропной терапии.

Левомецитин, Цефалоспорины 2-3 поколения, аминогликозиды 2 поколения.

Назовите критерии для выписки из стационара.

Удовлетворительное состояние на фоне стойкой (7-10 дней и не менее 3-5 дней после отмены, антибактериальной терапии) нормализации температуры. Отсутствие симптомов интоксикации и локальных очагов. Нормализация показателей периферической крови, мочи, биохимического анализа крови, ЭКГ.

Задача 91.

Мальчик 6 месяцев на искусственном вскармливании. Болен в течение 3 дней: повысилась температура тела до 37,5- 38,6°C, ухудшился аппетит, появилась вялость, срыгивания, затем рвота (2-3 раз в сутки), жидкий стул (5-6 раз в сутки).

На третий день состояние ухудшилось, выросла адинамия, сонливость, отказался от еды, стул участился до 12 раз в сутки (жидкий, обильный, водянистый, с большим количеством слизи и зелени, в некоторых порциях примесь крови). На 4-й день болезни госпитализирован в тяжелом состоянии: резкая вялость, адинамия, отказ от еды, температура тела 38,8°C. Кожа сухая, бледная с мраморным рисунком, периоральный цианоз, конечности холодные. Тургор снижен. Язык сухой, обложен налетом. Дыхание пуэрильное, ЧД 46 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 140 в мин. Живот умеренно вздут газами, при пальпации урчание и болезненность во всех отделах. Сигмовидная кишка не спазмирована, анус сомкнут, кожа вокруг ануса мацерирована. Печень +2,5 см, селезенка +2,0 см., стул за прошедшие сутки 10 раз, энтероколитного характера, сохраняется примесь слизи, зелени и крови. Накануне заболевания ел творог, хранившиеся в холодильнике 3 дня. В семье есть сестра 4-х лет, посещает детский сад, где были случаи сальмонеллеза.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $12,5 \times 10^9$ /л; п/я-10%, с/я- 60%, л- 28%, м-2%, СОЭ- 25 мм/час.

КОС: рН крови - 7,32; PCO₂ - 30 мм рт. Ст., BE - (- 8,0), PO₂ - 78мм. рт.ст. Электролиты крови: калий плазмы - 2,5 ммоль/л, натрий - 130 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,033%, глюкоза - нет, ацетон (++) , лейкоциты - 3-5 в п/з.

Вопросы к задаче

1. Поставьте предварительный клинический диагноз с указанием ведущего клинического синдрома, определяющего тяжесть состояния больного.
Предполагаемая этиология заболевания и тип диареи у данного пациента.
2. Укажите патогенетические механизмы развития диарейного синдрома при этом заболевании.
3. Назовите какие глюкозо – электролитные растворы могут быть использованы для пероральной регидратации данного пациента.

Назовите какие полиионные растворы могут быть использованы для внутривенного введения у данного пациента.

Ответ

- 4. Поставьте предварительный клинический диагноз с указанием ведущего клинического синдрома, определяющего тяжесть состояния больного.**

Кишечная инфекция, гастроэнтероколит, тяжелая форма, токсикоз с эксикозом II степени, соледефицитный тип дегидратации.

Предполагаемая этиология заболевания и тип диареи у данного пациента.

Инвазивный тип диареи (экссудативная диарея), предположительно сальмонеллезной этиологии.

- 5. Укажите патогенетические механизмы развития диарейного синдрома при этом заболевании.**

В основе патогенетических механизмов развития диарейного синдрома лежат: адгезия, колонизация и инвазия бактериальных агентов в эпителий кишечника с развитием воспалительного процесса, нарушение всасывания воды и электролитов из просвета кишечника в результате усиления перистальтики и быстрой эвакуации химуса, гиперосмолярности, за счет продуктов воспаления и нарушенного пищеварения.

- 6. Назовите какие глюкозо – электролитные растворы могут быть использованы для пероральной регидратации данного пациента.**

Гидровит, Нумана Электролит, Нипп ORS-200

Назовите какие полиионные растворы могут быть использованы для внутривенного введения у данного пациента.

В инфузионной терапии используются растворы «Трисоль», «Ацесоль», «Хлосоль»

Задача 92.

Ребенок 6 лет посещает детский сад, где зарегистрировано несколько случаев заболевания кишечными инфекциями. Заболел остро: повысилась температура тела до 39 С, была повторная рвота и жидкий стул с примесью слизи и зелени. К концу суток температура повысилась до 40,5°С, участился стул до 14 раз, появились прожилки крови в кале, боли в животе перед актом дефекации.

При поступлении в стационар: состояние тяжелое, отмечается общая вялость, сменяющаяся беспокойством. Продолжает высоко лихорадить. В сознании, на вопросы отвечает неохотно. Кожа бледная, конечности горячие на ощупь. Язык густо обложен, сухой. Зев гиперемирован, наложений нет. В легких хрипы не выслушиваются, частота дыхания 40 в мин., тоны сердца звучные, систолический шум на верхушке сердца. Живот мягкий, втянут, болезненный в подвздошной области. Печень выступает на +1 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена, сигмовидная кишка спазмирована, болезненная. Анус податлив, явления сфинктерита. Стул скудный, с большим количеством мутной слизи, сгустков крови. Не мочился 6 часов.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 150 г/л, эритроциты - $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $9,6 \times 10^9$ /л; п/я-12%, с/я- 60%, э-2%, л- 20%, м-6%, СОЭ- 22 мм/час.

Копрограмма: консистенция- жидкая, слизь - большое кол-во, реакция кала - щелочная, стеркобилин (-), билирубин (-), мышечные волокна (+), нейтральный жир (+), жирные кислоты (-), мыла (+), Крахмал (-), йодофильная флора (++) , лейкоциты -30-50 в п\з, эритроциты - до 100-150 в п\з, яйца глистов - отрицательно.

РНГА: с сальмонеллезным диагностикумом – отрицательная.

Вопросы к задаче

1. Поставьте клинический диагноз с указанием ведущего синдрома, определяющего тяжесть заболевания

Определите тип диареи, предполагаемую этиологию заболевания.

2. Какие результаты дополнительных исследований могут подтвердить предполагаемый диагноз?

3. Укажите препараты для этиотропной терапии.

Когда больной может быть выписан из стационара и допущен в детский коллектив?

Ответ

4. Поставьте клинический диагноз с указанием ведущего синдрома, определяющего тяжесть заболевания.

Кишечная инфекция, гастроэнтероколит, тяжелая форма, токсикоз I степени.

Определите тип диареи, предполагаемую этиологию заболевания.

Инвазивный тип диареи, предположительно шигеллезной этиологии.

5. Какие результаты дополнительных исследований могут подтвердить предполагаемый диагноз?

Бактериологический посев кала на кишечную группу, РПГА с дизентерийным диагностикумом, ИФА, РЛА.

6. Укажите препараты для этиотропной терапии.

Нифуроксазид, Цефалоспорины III поколения, фторхинолоны

Когда больной может быть выписан из стационара и допущен в детский коллектив?

Больной может быть выписан из стационара и допущен в коллектив при наличии клинического выздоровления, нормализации лабораторных показателей и однократного отрицательного результата бактериологического исследования кала на шигеллез.

Задача 93.

Ребенок 4 лет заболел остро вечером с повышения температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, недомогания, снижения аппетита, болей в горле при глотании. Отмечалась двукратная рвота. Утром появилась сыпь на лице, туловище и конечностях. В семье есть ребенок 3 месяцев. «Скорой помощью» ребенок был доставлен в стационар.

При осмотре в приемном покое: состояние больного средней степени тяжести, температура тела - $39,0^{\circ}\text{C}$. Жалобы на головную боль и выраженную

боль в горле.

На щеках яркий румянец, носогубный треугольник бледный. Кожные покровы сухие, горячие. На туловище, сгибательных поверхностях конечностей обильная мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне. Слизистые оболочки чистые, влажные. Переднешейные лимфатические узлы до 1 см в диаметре, безболезненны. Рот открывает свободно. Яркая отграниченная гиперемия зева, мелкоточечная энантема на мягком небе. Небные миндалины II ст., в лакунах островчатые наложения бело-желтого цвета, легко снимаются и растираются шпателем.

Дыхание через нос свободное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия до 130 уд/мин, патологические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочится свободно, дизурии нет. Стул был накануне вечером оформленный.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 125 г/л, эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/л$, тромбоциты - $185,5 \times 10^9/л$, лейкоциты - $15,5 \times 10^9/л$; п/я-10%, с/я- 65%, э- 3%, л- 17%, м-5%, СОЭ- 25 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

Стрептотест – положительный.

Вопросы к задаче

1. Поставьте клинический диагноз

Проведите обоснование диагноза

2. Проведите дифференциальный диагноз с иерсиниозом

3. Составьте план лечения

Составьте план противоэпидемических мероприятий дома и в детском коллективе (ребенок посещает детский сад)

Ответ

1. Поставьте клинический диагноз.

Скарлатина, типичная форма

Проведите обоснование диагноза.

- Диагноз Скарлатина выставлен на основании

1.характерной клинической картины: острое начало заболевания, лихорадка, синдромом интоксикации (слабость, снижение аппетита, рвота, головная боль), острый тонзиллит с регионарным лимфаденитом, мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне со сгущением в естественных складках, бледный носогубный треугольник (симптом Филатова); 2. бактериальных изменений в клиническом анализе крови (лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ), 3.стрептококковая этиология заболевания подтверждена при помощи экспресс-анализа (стрептотест). Типичная форма, протекает со специфическими для скарлатины симптомами: интоксикацией, тонзиллитом и характерной сыпью, а также отмечается четкая цикличность развития скарлатины со сменой 4 периодов болезни: инкубационного, начального, высыпания (в настоящее время у данного пациента) и реконвалесценции.

2. Проведите дифференциальный диагноз с иерсиниозом.

Необходимо обратить внимание на следующие общие симптомы для скарлатины и псевдотуберкулеза (иерсиниоза):

наличие точечной сыпи на коже; наличие «белого» дермографизма; появление «малинового» языка в разгар болезни; наличие лейкоцитоза с увеличением палочкоядерных клеток, и увеличенной СОЭ; появление шелушения кожи в периоде реконвалесценции.

При псевдотуберкулезе: мелкоточечная сыпь или мелкая пятнисто-папулезная сыпь, местами сгущающаяся и приобретающая синюшный оттенок кожи в области шеи, лица, кистей рук и стоп (синдром «капюшона», «перчатки», «носков»). Сыпь при псевдотуберкулезе может быть крупнопятнистой, геморрагической или по типу крапивницы, или узловатой эритемы, сопровождающейся зудом. Поражение кишечника, печени, селезенки, суставов. Отсутствие гнойного тонзиллита.

3. Составьте план лечения.

- Постельный режим на период лихорадки.
- Термически, химически и механически щадящая диета (физиологически полноценная, богатая биологически ценными веществами: незаменимыми аминокислотами, ненасыщенными жирными кислотами, витаминами).
- Дробное обильное теплое питье.
- Методы медикаментозного лечения:
 - этиотропная терапия (препаратом выбора является бензилпенициллин натриевая соль 100 тыс. ед/кг/сут 4 раза в день в течение 7-10 дней в/м или ампициллин + сульбактам 100-150 мг/кг/сут в/м 2-3 раза в сутки, максимальная суточная доза 8 гр. 7- 10 дней ,при невозможности пенициллинотерапии используются цефалоспорины: цефтриаксон 50-80мг/кг/сут в 2 введения в течение 7-10 дней или цефуроксим 50-100 мг/кг/сутки 3 раза в день в течение 7-10 дней или макролиды: мидекамицин 20- 40 мг/кг в сутки через рот 3 раза в день в течение 7 дней или азитромицин в первые сутки 10 мг/кг, далее еще четыре дня 5 мг/кг через рот один раз в день или кларитромицин с 6 мес. до 12 лет 7,5 мг/кг каждые 12 часов максимальная доза по 500мг каждые 12 часов в течение 7 дней);
 - патогенетическая терапия (с целью десенсибилизирующей терапии антигистаминные препараты (хлоропирамин 1-2 мг/кг в сутки через рот или парентерально два раза в сутки в течение 5- 7 дней);
 - симптоматическая терапия (для купирования гипертермического синдрома выше 38,5°C парацетамол 10 - 15 мг/кг с интервалом не менее 4 часов, не более трех дней через рот или per rectum или ибупрофен в дозе 5-10 мг/кг не более 3-х раз в сутки через рот);
- Методы немедикаментозного лечения:
 - физические методы снижения температуры;
 - санация ротоглотки (полоскание/орошение зева растворами антисептиков не менее 3 раз в сутки);
 - аэрация помещения;
 - гигиенические мероприятия.

Составьте план противоэпидемических мероприятий дома и в детском коллективе (ребенок посещает детский сад).

- Обязательному учету и регистрации в установленном порядке подлежит одна из клинических форм стрептококковой инфекции – скарлатина.

Информация о каждом выявленном случае заболевания скарлатиной передается из ЛПУ в Росздравнадзор по телефону в течение 2 часов с момента установления диагноза, экстренное извещение направляется в течение 12 часов.

- Выписку детей из стационара проводят не ранее чем на 10-е сутки от начала заболевания после клинического выздоровления при отрицательном результате бактериологического исследования на стрептококк группы
- Реконвалесцентов скарлатины не допускают в детские дошкольные учреждения и первые два класса школы в течение 12 суток (т.е. изоляция 22 дня).
- Такие же сроки изоляции (22 сут.) рекомендуются и для больных ангиной из очага скарлатины.
- На контактных дошкольников и школьников 1-2 классов накладывают карантин на 7 дней с момента изоляции больного (осмотр кожи, зева). В детском саду - разобщение групп.
- В течение карантина прекращается допуск новых и временно отсутствовавших детей, ранее не болевших скарлатиной.
- Персонал ДДУ осматривается на наличие тонзиллита и других стрептококковых заболеваний.
- Проводится текущая дезинфекция. Заключительная дезинфекция не проводится.

Задача 94.

У ребенка 5 лет, находившегося в хирургическом отделении по поводу ожога II степени мягких тканей правого бедра, на 5-й день болезни повысилась температура до 38,0°C, ухудшилось общее состояние и появилась сыпь.

При объективном осмотре: состояние ребенка средней степени тяжести за счет интоксикационного синдрома, самочувствие нарушено, вяловат, капризен. На туловище и конечностях на гиперемизированном фоне мелкоточечная сыпь, со сгущением в естественных складках и с преимущественной локализацией вокруг ожога. Увеличены паховые лимфатические узлы справа. Катаральных явлений нет, зев спокоен, язык обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, пульс 110 уд/мин, АД - 100/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Менингеальных знаков нет.

Вопросы к задаче

1. Поставьте клинический диагноз
Объясните механизм развития заболевания
2. Где должен лечиться больной?
Составьте план лечения
3. С какими заболеваниями следует дифференцировать атипичную форму скарлатины?

Ответ

1. Поставьте клинический диагноз.

Скарлатина, атипичное течение, экстрафарингеальная (ожоговая) форма.

Объясните механизм развития заболевания.

Стрептококк вызывает воспалительные изменения поврежденной кожи в месте внедрения. По лимфатическим путям и поверхностным сосудам возбудитель попадает в лимфатические узлы. В крови появляются токсические субстанции β -гемолитического стрептококка влияющие на сердечно – сосудистую, нервную, эндокринную системы.

2. Где должен лечиться больной?

Бокс хирургического или инфекционного отделения. Мельцеровский бокс.

Составьте план лечения.

- постельный режим на период лихорадки;
- диета по возрасту (физиологически полноценная, богатая биологически ценными веществами: незаменимыми аминокислотами, ненасыщенными жирными кислотами, витаминами). Дробное обильное теплое питье;
- этиотропная терапия парентеральное введение (препаратом выбора является бензилпенициллин натриевая соль 100 тыс. ед/кг/сут 4 раза в день в течение 7-10 дней в/м или ампициллин + сульбактам 100-150 мг/кг/сут в/м 2-3 раза в сутки, максимальная суточная доза 8 гр. 7- 10 дней ,при невозможности пенициллинотерапии используются цефалоспорины: цефтриаксон 50-80мг/кг/сут в 2 введения в течение 7-10 дней или цефуроксим 50-100 мг/кг/сутки 3 раза в день в течение 7-10 дней или макролиды: мидекамицин 20- 40 мг/кг в сутки через рот 3 раза в день в течение 7 дней или азитромицин в первые сутки 10 мг/кг, далее еще четыре дня 5 мг/кг через рот один раз в день или кларитромицин с 6 мес. до 12 лет 7,5 мг/кг каждые 12 часов максимальная доза по 500мг каждые 12 часов в течение 7 дней);
- патогенетическая терапия (с целью десенсибилизирующей терапии антигистаминные препараты (хлоропирамин 1-2 мг/кг в сутки через рот или парентерально два раза в сутки в течение 5- 7 дней);
- дезинтоксикация проводится по общепринятым схемам (оральная или по тяжести парентерально). Инфузионная терапия показана больным с тяжелой формой болезни, объем инфузии до 30-50 мл/кг массы тела в сутки;
- симптоматическая терапия (для купирования гипертермического синдрома свыше $38,5^{\circ}\text{C}$ парацетамол 10 - 15 мг/кг с интервалом не менее 4 часов, не более трех дней через рот или per rectum или ибупрофен в дозе 5-10 мг/кг не более 3-х раз в сутки через рот);
- местное лечение ожогов,
- осмотр хирурга или комбустиолога

3. С какими заболеваниями следует дифференцировать атипичную форму скарлатины?

Стафилококковая инфекция со скарлатиноподобным синдромом, рожа, флегмона.

Задача 95.

В поликлинику на прием к педиатру в пятницу родители привели ребенка 7 лет на 2-й день болезни. Мальчик заболел остро с подъема температуры тела до 38,8⁰С, появились боли в горле при глотании. Дома принимал парацетамол (снижение температуры тела через 50 минут на 2 часа), полоскал зев отваром ромашки. Ночью ребенок просыпался от стреляющей боли в правом ухе. Вакцинирован по возрасту.

При осмотре: состояние средней тяжести за счет симптомов интоксикации, температура тела 39,2⁰С, аппетит снижен. Носовое дыхание свободно. Кожные покровы бледные, горячие и сухие, чистые от сыпи; периорбитальные тени. Зев ярко гиперемирован. Небные миндалины отечные, рыхлые; легко снимающиеся шпателем наложения в лакунах желтоватого цвета. Переднешейные лимфатические узлы мягкоэластичные, не спаяны между собой и прилежащими тканями до 1 см, умеренно болезненны при пальпации. Реакция на tragus справа положительная. Отделяемого из уха нет. Внутренние органы без особенностей. Физиологические отправления в норме. Дизурических явлений нет. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Вопросы к задаче

1. Поставьте диагноз

Проведите обоснование диагноза

2. Какова тактика ведения больного с данной патологией?

Как оформите диагноз, если через 3 дня придет ответ из лаборатории – из зева и носа выделена ТКБД *mitis*? Ваша тактика.

3. Перечислите инфекционно-аллергические осложнения данной инфекции

Ответ

1. Поставьте диагноз.

Острый лакунарный тонзиллит, среднетяжелая форма.

Осложнение: правосторонний катаральный отит.

Проведите обоснование диагноза.

Острое начало заболевания с повышения температуры до фебрильных цифр, интоксикационный синдром, боли в горле при глотании, синдром острого тонзиллита: рыхлые, легко снимающиеся шпателем наложения в лакунах желтоватого цвета; увеличение регионарных лимфатических узлов, полностью проведенная вакцинация против дифтерии.

Степень тяжести указана с учетом повышения температуры тела и выраженности симптомов интоксикации.

Осложнение местное – на основании жалоб на стреляющие боли в ухе у ребенка с течением острого тонзиллита, отсутствия отделяемого из уха.

2. Какова тактика ведения больного с данной патологией?

- Амбулаторное лечение
- При первом осмотре врачом на дому должен быть взят мазок из зева и носа на ТКБД и микрофлору флору однократно, который необходимо

доставить в бактериологическую лабораторию не позднее 3-х часов после взятия материала.

- Постельный режим на период лихорадки
- Термически, химически и механически щадящая диета (физиологически полноценная, богатая биологически ценными веществами: незаменимыми аминокислотами, ненасыщенными жирными кислотами, витаминами).
- Дробное обильное теплое питье.
- этиотропная терапия (препаратом выбора является бензилпенициллин натриевая соль 50 тыс. ед/кг/сут 4 раза в день в течение 10 дней в/м ; при пероральном введении защищенные пенициллины – 10 дней)
- патогенетическая терапия (с целью десенсибилизирующей терапии антигистаминные препараты (хлоропирамин 1-2 мг/кг в сутки через рот или парентерально два раза в сутки в течение 5-7 дней) и оральная дегидратация);
- симптоматическая терапия (для купирования гипертермического синдрома выше 38,5°C парацетамол 10 - 15 мг/кг с интервалом не менее 4 часов, не более трех дней через рот или per rectum или ибупрофен в дозе 5-10 мг/кг не более 3-х раз в сутки через рот; витамины группы С);
- физические методы снижения температуры;
- местная терапия: санация ротоглотки (полоскание/орошение зева растворами антисептиков не менее 3 раз в сутки); антисептики в форме леденцов, при выраженном болевом синдроме с анестетиком.
- На 8-9 день болезни больной должен сдать анализ крови и мочи, на 10 день осмотр участкового врача и отоларинголога, по показаниям кардиолога.

Как оформите диагноз, если через 3 дня придет ответ из лаборатории – из зева и носа выделена ТКБД mitis? Ваша тактика.

- Диагноз: дифтерия ротоглотки локализованная, островчатая форма
- Больной срочно госпитализируется в инфекционное отделение, мельцеровский бокс.
- Сообщить заведующему поликлиникой о случае дифтерии.
- Сообщить по телефону, а затем направить экстренное извещение в Росздравнадзор
- Провести противоэпидемические мероприятия в очаге.

3. Перечислите инфекционно-аллергические осложнения данной инфекции.

Постстрептококковый гломерулонефрит, острая ревматическая лихорадка, миокардит, артрит.

Задача 96.

Ребенок 6 лет, заболел остро, когда после переохлаждения повысилась температура до 38,5°C, появилась боль в горле при глотании. На следующий день температура тела выросла до 39,0°C и сохранялась весь день. Лечились самостоятельно (полоскание горла отваром ромашки, парацетамол), без

эффекта. На третий день был вызван участковый врач.

При осмотре: ребенок вялый, адинамичный, аппетит снижен, $37,8^{\circ}\text{C}$, румянец на щеках, увеличены тонзиллярные и переднешейные лимфоузлы до 1 см в диаметре, отека подкожной шейной клетчатки нет. В зеве яркая разлитая гиперемия, миндалины I-II степени, по лакунам наложения желто-зеленоватого цвета, рыхлые, «±» ткань, легко снимаются шпателем, тонут в воде; справа на миндалине на верхнем полюсе поверхностный некроз до 0,5 см в диаметре, отека в зеве нет. По органам без особенностей.

Вопросы к задаче

1. Поставьте диагноз.

Проведите обоснование диагноза.

2. Ваша тактика ведения больного

3. Что нужно выяснить из анамнеза для грамотного оформления направления в стационар?

Какие обследования и консультации необходимо провести в стационаре для постановки окончательного диагноза?

Ответ

1. Поставьте диагноз.

Острый лакунарно – некротический тонзиллит, тяжелая форма.

Проведите обоснование диагноза.

Острое начало заболевания с повышением температуры до $38,5^{\circ}\text{C}$ - $39,0^{\circ}\text{C}$, болей в горле при глотании, симптомов интоксикации, данных объективного обследования (увеличение тонзиллярных лимфоузлов до 1 см в диаметре, в зеве яркая разлитая гиперемия, миндалины I-II степени, по лакунам желто-зеленоватого цвета наложения, рыхлые, «±» ткань, легко снимаются шпателем, тонут в воде; справа на миндалине на верхнем полюсе поверхностный некроз до 0,5 см в диаметре, отека в зеве и на шее нет).

Степень тяжести указана с учетом повышения температуры тела и выраженности симптомов интоксикации.

2. Ваша тактика ведения больного.

Госпитализация в инфекционный стационар после забора мазка из носоглотки на бак. посев на ТКБД и микрофлору однократно.

3. Что нужно выяснить из анамнеза для грамотного оформления направления в стационар?

В направлении на госпитализацию больным с острым тонзиллитом необходимо указывать дату заболевания, первоначальные симптомы, их выраженность, лечение, если оно проводилось, динамику клинических симптомов на фоне проводимого лечения, дату взятия мазка на ТКБД, его результат, если уже готов. Указать профилактические прививки против дифтерии, контакт с больным острым тонзиллитом и другими инфекционными заболеваниями, страдает ребенок или нет хроническим тонзиллитом, как часто болеет ангинами и их характер.

Какие обследования и консультации необходимо провести в стационаре для постановки окончательного диагноза?

- бак. посев слизи из зева и носа на ТКБД – трехкратно
- стрептотест

- бак.посев слизи из ротоглотки на микрофлору – однократно
- ОАК – 2-раза – при поступлении и перед выпиской
- ОАМ – 2-раза – при поступлении и перед выпиской
- Соскоб и кал на я/гл
- консультация отоларинголога
- консультация кардиолога при необходимости.

Задача 97.

Ребенок 10 месяцев, болен в течение 3-х дней: вялый, капризен, аппетит снижен, повышение температуры до 39,1°C, беспокоит влажный кашель, обильное отделяемое из носа. Осмотрен участковым врачом, направлен на госпитализацию в стационар.

При поступлении в стационар: состояние средней тяжести, температура 38,5°C, отмечается отечность век, гиперемия конъюнктив. На нижнем веке справа белая пленка, снимающаяся свободно, поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены до 1-2 см, безболезненные, эластичные. В зеве разлитая гиперемия, миндалины I степени, задняя стенка глотки гиперемирована, отечна, бугриста. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное отделяемое из носа слизисто-гнойного характера. В легких жесткое дыхание, выслушиваются проводные хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС-120 в минуту. Печень +3,0 см, селезенка +1,5 см. Мочится свободно, стул оформленный.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 133 г/л, эритроциты - 4,3 x10¹²/л, Ц.п. - 0,93, лейкоциты - 10 x10⁹/л; п/я-3%, с/я- 38%, б-1%, э-2%, л- 51%, м-4%, СОЭ- 4 мм/час.

На рентгенограмме органов грудной клетки: легочный рисунок усилен, легочные поля без очаговых и инфильтративных теней, корни структурны, срединная тень без особенностей, диафрагма четкая, синусы дифференцируются. Реакция иммунофлюоресценции: парагрипп (-), грипп (-), РС (-), аденовирус (+)

Вопросы к задаче

1. Поставьте клинический диагноз.
Проведите обоснование диагноза.
2. Проведите дифференциальный диагноз с дифтерией глаза.
3. Назначьте лечение.

Когда ребенок может быть выписан из стационара?

Ответ

1. Поставьте клинический диагноз.

Аденовирусная инфекция, типичная, среднетяжелая форма, фарингоконъюнктивальная лихорадка.

Проведите обоснование диагноза.

- Острое начало заболевания, наличие выраженных катаральных симптомов с обильной экссудацией, изменение в ротоглотке, увеличенных периферических лимфоузлов всех групп,

гепатоспленомегалия, развитие пленчатого конъюнктивита, результаты иммунофлюоресценции, позволяют выставить диагноз: "Аденовирусная инфекция".

- Среднетяжелая форма – на основании умеренно выраженного синдрома интоксикации с максимальным подъемом температуры тела до 39,1°C, наличие фарингоконъюнктивальной лихорадки, I степень гипертрофии миндалин, увеличение периферических лимфоузлов до 2,0 см, наличие гепатолиенального синдрома, пленчатого конъюнктивита.
- Фарингоконъюнктивальная лихорадка на основании триады симптомов: лихорадки, фарингита, негнойного фолликулярного конъюнктивита.

2. Проведите дифференциальный диагноз с дифтерией глаза.

При дифтерии глаза, в отличие от аденовирусной инфекции, протекающей с пленчатым конъюнктивитом, отсутствует катаральный синдром, конъюнктивита умеренно гиперемирована, отделяемое из глаза сукровичное. Пленка фибринозная, не снимается, переходит на глазное яблоко, отек век плотный, нарастает параллельно с воспалительными изменениями конъюнктивы, может распространяться на периорбитальную область и щеки. Возможно сочетание с другими локализациями дифтерийного поражения. Наблюдается быстрый положительный эффект при введении антитоксической противодифтерийной сыворотки.

3. Назначьте лечение.

- Постельный режим на весь острый период болезни;
- Диета соответственно возрасту, богатая витаминам;
- Этиотропная терапия: лейкоцитарный человеческий интерферон, виферон, анаферон детский, нормальный человеческий иммуноглобулин.
- Учитывая ранний возраст ребенка, наличие слизисто-гнойного отделяемого, лейкоцитоза и нейтрофилеза в ОАК следует назначить антибиотик (аминопенициллины, цефалоспорины в возрастной дозировке, в/м, 5-7 дней);
- Для лечения конъюнктивита: 0,5% флореналевая или 0,25% оксолиновая мазь (закладывают за веки х 3 раза в день), в конъюнктивальный мешок закапывают - 20% раствор сульфацил-натрия, 0,25% раствор левомицетина, 0,2% раствор дезоксирибонуклеазы (в конъюнктивальный мешок и носовые ходы) 3-4 раза в день;
- При малопродуктивном кашле применяют препараты с отхаркивающим действием: микстуры с алтеем, термопсисом, бромгексин, бронхikum;
- При повышении T выше 38,5°C – физические методы охлаждения, парацетамол 10 мг/кг веса, литические смеси.

Когда ребенок может быть выписан из стационара?

Выписка больного возможна при купировании всех клинических симптомов заболевания, нормальных анализах крови и мочи.

Задача 98.

Ребенок 10 лет заболел остро 1 февраля с повышения температуры до 38,4°C, головной боли, болей в мышцах. На второй день температура

повысилась до 40°C, появились озноб, тошнота, рвота после приема лекарств. Вызвана «скорая помощь», ребенок госпитализирован в стационар.

Состояние тяжелое, вялый, адинамичный. Кожа бледная, в области плеч редкие петехиально-геморрагические элементы сыпи, отмечается инъекция сосудов склер. Пальпируются заднешейные и тонзиллярные лимфоузлы до 0,5 см в диаметре. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Умеренная тахикардия. Живот мягкий, печень не увеличена. Стула не было. При осмотре ротоглотки: яркая разлитая гиперемия, точечные кровоизлияния на мягком небе, зернистость на дужках, бугристость, сухость задней стенки глотки. Менингеальные знаки отрицательные.

Известно, что в школе, которую посещает ребенок, зарегистрированы случаи гриппа.

Вопросы к задаче

1. Поставьте клинический диагноз.

Обоснуйте диагноз.

2. Назначьте обследование, необходимое для подтверждения диагноза.

3. Составьте план лечения.

Назовите меры профилактики данного заболевания.

Ответ

4. Поставьте клинический диагноз.

Грипп, типичный, тяжелая форма.

Обоснуйте диагноз.

- Острое начало заболевания с повышением температуры до фебрильных цифр, симптомов интоксикации, болей в мышцах, рвоты, скудных катаральных явлений, наличие геморрагического и гипертермического синдромов, данные эпидемиологического анамнеза и объективного обследования позволяют поставить диагноз: грипп.
- Тяжелое течение гриппа на основании наличия геморрагического синдрома.

5. Назначьте обследование, необходимое для подтверждения диагноза.

- Мазок из носоглотки на респираторные вирусы (РИФ)
- ПЦР обследование
- ИФА крови – определение IgM и IgG к вирусу гриппа
- РТГА крови на определение титра антител к вирусу гриппа в парных сыворотках РИФ
- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи

6. Составьте план лечения.

- постельный режим на весь период лихорадки
- обильное теплое питье
- этиотропная терапия: осельтамивир (тамифлю), умифеновир (арбидол) или ремантадин в возрастной дозировке в течение 5 дней
- донорский нормальный иммуноглобулин с высоким содержанием противовирусных антител: –4,5-6,0 мл, дозу иммуноглобулина можно повторить через 12 часов

- жаропонижающие препараты: парацетамол, ибупрофен. При отсутствии эффекта у больных с выраженной гиперемией кожи (розовый тип лихорадки) проводят физическое охлаждение (обтирание водой 37°C, холод к магистральным сосудам). При «белом» типе лихорадки (спазм сосудов) необходимо согревание: грелки, ножные ванны и введение спазмолитических препаратов (дротаверина гидрохлорид, папаверин)
- симптоматическая терапия

Назовите меры профилактики данного заболевания.

- Сезонная вакцинопрофилактика в доэпидемический период. Для вакцинации возможно использование как живых, так и инактивированных вакцин субъединичных и расщепленных.

Неспецифическая профилактика (своевременная изоляция больных, профилактический прием противогриппозных препаратов в случае с контактом с больным гриппом, ограничение или запрещение проведения массовых культурных, спортивных и других мероприятий, а также санитарно-гигиенические и оздоровительные мероприятия предусматривающие формирование здорового образа жизни, закаливающие процедуры, физическое воспитание).

Задача 99.

Ребенок 1,5 лет заболел 2 дня назад, когда появился кашель, насморк, повысилась температура тела до 37,9°C. На следующий день появилась осиплость голоса, кашель стал грубым, «лающим», мама отмечала шумное дыхание.

При осмотре врачом-педиатром состояние оценено как тяжелое за счет дыхательной недостаточности. Одышка с затруднением вдоха при беспокойстве. Кашель лающий, ребенок беспокойный, голос осипший. Наблюдается втяжение межреберных промежутков, яремной ямки, цианоз носогубного треугольника. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичны, ЧСС - 124 в минуту. В легких дыхание жесткое, проводится по всем легочным полям, ЧДД - 52 в минуту. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах. Стул, мочеиспускание не нарушены.

При обследовании: клинический анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты - $3,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,89, лейкоциты - $5,3 \times 10^9$ /л; п/я-1%, с/я- 31%, э- 2%, л-59%, м-7%, СОЭ- 10 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1015, белок – нет, лейкоциты – 0-1 в поле зрения.

Рентгенография органов грудной клетки - усиление сосудистого рисунка.

Вирусологическое исследование мазка из носоглотки в реакции иммунофлюоресценции: парагрипп (+), грипп (-), рино-синцитиальный вирус (-), аденовирусы (-)

Вопросы к задаче

1. Поставьте клинический диагноз.
Обоснуйте поставленный Вами диагноз
2. Назначьте план лечения.

3. Назовите профилактические мероприятия при данном заболевании.

Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Ответ

4. Поставьте клинический диагноз.

Парагрипп, тяжелая форма. Острый стенозирующий ларинготрахеит, стеноз гортани II степени.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Диагноз «парагрипп» поставлен на основании данных анамнеза: острое начало заболевания с катарального синдрома (кашель, насморк), интоксикации (повышение температуры до 37,9°C), поражение гортани с развитием стенозирующего ларингита (осиплость голоса, «лающий» кашель, шумное стридильное дыхание) и стеноза гортани 2 степени (инспираторная одышка с ЧД 52 в минуту, втяжением межреберных промежутков, яремной ямки, цианозом носогубного треугольника в покое, ребенок беспокойный), а также на основании результатов анализов: в ОАК – тенденция к лейкопении, лимфоцитоз, выделение вирус парагриппа из носоглоточного смыва при вирусологическом обследовании.

5. Назначьте план лечения.

- Ингаляции через небулайзер с будесонидом (пульмикорт) и беродуалом, щелочные ингаляции.
- Обильное теплое щелочное питье.
- Термически и механически щадящая диета.
- Антигистаминные препараты.
- При присоединении бактериальных осложнений – антибиотикотерапия.

6. Назовите профилактические мероприятия при данном заболевании.

- Специфическая профилактика не разработана
- Неспецифическая профилактика (своевременная изоляция больных, санитарно-гигиенические и оздоровительные мероприятия предусматривающие формирование здорового образа жизни, закаливающие процедуры, физическое воспитание).

Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

- Экстренное извещение не подается.
- Госпитализация
 - по клиническим показаниям: госпитализируются дети раннего возраста, больные со среднетяжелыми и тяжелыми 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.

Задача 100.

Мальчик 2,5 г., заболел около 2 недель назад, когда появился сухой кашель. Не лихорадил, симптомов интоксикации не отмечалось. Осмотрен врачом, назначена симптоматическая терапия. В течение последней недели кашель усилился, участился приобрел приступообразный характер, представляет собой следующие друг за другом дыхательные толчки на выдохе, прерываемые свистящим судорожным вдохом – репризом. Приступ заканчивается отхождением густой, вязкой, стекловидной мокроты. Приступы кашля преимущественно в ночное время.

Повторно осмотрен педиатром. Самочувствие страдает умеренно за счет выраженности кашля. Одышки нет. Не лихорадит. За последние сутки у ребенка отмечалось 9 приступов кашля, 1-3 репризы в одном приступе. Лицо во время приступа кашля краснеет, отмечается набухание подкожных вен шеи, лица, головы, слезотечение. Язык высовывается из ротовой полости, кончик его поднимается кверху. Вне приступа кашля отмечается небольшая пастозность лица, бледность кожи. Перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком. Аускультативно над всей поверхностью легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Вопросы к задаче

1. Поставьте предварительный клинический диагноз.
Обоснуйте поставленный диагноз.
2. Назовите критерии оценки степени тяжести заболевания
Какие методы лабораторной диагностики необходимо использовать для подтверждения диагноза?
3. Назовите противоэпидемические мероприятия при данном заболевании

Ответ

1. Поставьте предварительный клинический диагноз.

Коклюш, типичный, период спазматического кашля, легкая форма.

Обоснуйте поставленный диагноз.

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.

Легкая форма на основании частоты приступов кашля до 10 в сутки с редкими репризами, отсутствие признаков гипоксии (нет цианоза), отсутствие симптомов интоксикации, осложнений, длительный катаральный период (10-14 дней).

2. Назовите критерии оценки степени тяжести заболевания.

- Частота приступов спазматического кашля за сутки.
- Число репризов в течение одного приступа кашля.
- Апноэ во время приступа кашля.
- Появление цианоза лица при приступе кашля
- Наличие рвоты после приступа кашля

Какие методы лабораторной диагностики необходимо использовать для подтверждения диагноза?

- Клинический анализ крови (гиперлейкоцитоз, лимфоцитоз, низкая СОЭ);
- Выделение из слизи ротоглотки *B. pertussis* культуральным методом или её ДНК методом ПЦР
- Обнаружение IgM антител и повышение IgG
- Определение нарастания титра противокклюшных антител в парных сыворотках в реакциях агглютинации (РА, РПГА, РСК)
- Положительный результат экспресс-диагностики в мазках слизи из ротоглотки (иммунофлюоресцентный метод)

3. Назовите противоэпидемические мероприятия при данном заболевании.

- Изоляция больных коклюшем - на 25 суток от начала заболевания при условии этиотропного рационального лечения.
- На контактных детей в возрасте до 7 лет накладывается карантин сроком на 14 суток от момента изоляции больного (контактными считаются как не привитые, так и привитые против коклюша дети).
- С целью раннего выявления кашляющих (больных) в очаге коклюша проводят ежедневное медицинское наблюдение за контактными детьми и взрослыми.
- С целью локализации и ликвидации очага коклюша всем контактным детям и взрослым после изоляции больного рекомендуется прием 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.