

II.3 Перечень заданий для контроля уровня сформированности практических умений при проведении промежуточной аттестации студентов в форме экзамена.

ЗАДАЧА 1

Мальчик, 3 лет 5 месяцев, заболел остро, с утра отмечались жалобы на головную боль, была двукратная рвота, температура тела повысилась до 38,8°C. Ребенок получал ибупрофен, активированный уголь, регидрон. Вечером у мальчика появились судороги в конечностях, пена изо рта. Бригадой скорой медицинской помощи доставлен в больницу с направляющим диагнозом «Фебрильные судороги?». Эпидемиологический анамнез: ребенок посещает детское дошкольное учреждение. Профилактическая вакцинация проведена в соответствии с календарем прививок, включая вакцинацию против пневмококковой инфекции, гемофильной инфекции типа b и гриппа.

При поступлении в стационар: состояние очень тяжелое, сознание спутанное, судорог нет, температура тела 37,6°C, АД 70/40, кожа бледная, акроцианоз. На коже живота и нижних конечностей единичные геморрагические элементы сыпи различной величины и формы. В легких жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца аритмичные, ЧСС 60 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Однократная рвота. Отмечается ригидность затылочных мышц.

Клинический анализ крови: HGB – 104 г/л, RBC – $3,6 \times 10^{12}$ /л, PLT – 185×10^9 /л, WBC – $17,0 \times 10^9$ /л, миелоциты – 1%, метамиелоциты – 1%, палочкоядерные – 27%, сегментоядерные – 51%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 10%, моноциты – 8%, СОЭ – 25 мм/час.

ЗАДАНИЕ

1. Предполагаемый диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Причина появления геморрагической сыпи.
4. Назовите неотложные лечебные мероприятия на догоспитальном этапе. Назначьте лечение.
5. Противоэпидемические мероприятия в очаге.
6. Профилактика данного заболевания.



ЗАДАЧА 2

Девочка 9 лет 01.08 обнаружила покраснение в области правой ушной раковины. 2.08 участок гиперемии увеличился в размерах, приобрел округлую форму, отмечалось повышение температуры тела до 37,8 С, обратились к врачу.

Эпидемиологический анамнез: в июле отдыхала в деревне, ходила в лес.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 38,0 С. На коже головы в области правой ушной раковины определяется участок гиперемии округлой формы с просветлением в центре, диаметром 10 см, не выступающий над поверхностью кожи, безболезненный при пальпации. Пальпируется увеличенный заушный лимфоузел справа, безболезненный, не спаян с окружающими тканями, остальные группы лимфоузлов мелкие, безболезненные. Слизистая ротоглотки розовая, чистая. Сердечные тоны ясные, ритмичные. В легких хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул, диурез в норме. Менингеальных и очаговых знаков нет.

Клинический анализ крови: HGB – 121 г/л, RBC – $4,3 \times 10^{12}$ /л, PLT – 298×10^9 /л, WBC – $10,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 33%, лимфоциты – 60%, моноциты – 6%, СОЭ – 10 мм/час.

ЗАДАНИЕ

1. Предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. С какими заболеваниями необходимо поводить дифференциальный диагноз?
3. Назовите предполагаемый путь заражения. Какие еще инфекции могут передаваться этим путем?
4. Назначьте обследование.
5. Назначьте лечение.
6. Назовите способы профилактики.



ЗАДАЧА 3

Мальчик 10 лет заболел 20.07, когда повысилась температура тела до 37,8°C, сохранялась в течение 2-х дней. С 22.07 самочувствие улучшилось, не лихорадил, жалоб не предъявлял. 24.07 вновь повышение температуры тела до 38,4°C, жалобы на интенсивную головную боль, тошноту, болезненность при взгляде на свет, боли в мышцах. Получал парацетамол, после чего температура тела снижалась, головная боль сохранялась.

Из эпидемиологического анамнеза известно, что мальчик в июле отдыхал в деревне, купался в пруду. Присасывание клещей отрицает.

Госпитализирован в стационар 25.07. При осмотре: состояние средней степени тяжести, в сознании, предпочитает лежать. Кожа чистая, слизистая ротоглотки - гиперемия небных дужек, единичные везикулы на передних небных дужках. Сердечные тоны ясные, ритмичные. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стула не было. Мочится, дизурии нет. Выявляется ригидность мышц затылка. Симптом Кернига положительный. Очаговых симптомов не выявляется.

Клинический анализ крови: HGB-125г/л, RBC-4,7x10¹²/л, PLT-180x10⁹/л, WBC-10x10⁹/л, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 29%, лимфоциты - 70%, СОЭ – 17 мм/час.

Анализ мочи: цвет светло-желтый, плотность 1023, белок - abs, глюкоза - abs, лейкоциты -1-2 в поле зрения, эритроциты – abs.

Исследование цереброспинальной жидкости: ликвор бесцветный, прозрачный, цитоз 220 клеток в мкл, 70% лимфоциты, 30 % нейтрофилы, белок 0,4 г/л, сахар 2,5 ммоль/литр.

ЗАДАНИЕ

1. Предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Как подтвердить этиологию заболевания?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Принципы терапии данного заболевания.
5. Каков прогноз заболевания?
6. Какие способы специфической профилактики данного заболевания Вы знаете?

ЗАДАЧА 4

Мальчик 2 года 6 месяцев. Родился доношенным с массой тела 2900 г. Не привит из-за отказа родителей от вакцинации. Посещает частный детский сад.

Заболел остро, когда на фоне полного здоровья 26.08 поднялась температура тела до 37,8°C, была однократная рвота. На следующий день 27.08 температура тела нормализовалась, был активным. 28.08 в утренние часы вновь повышение температуры до 38,5°C, мать заметила у ребенка слабость в правой ноге ("стал спотыкаться"), к вечеру перестал ходить. Лихорадка до 37,9°C сохранялась в течение 3-х дней, присоединилась общая слабость, стал плаксивым, вялым.

Госпитализирован 29.08 с диагнозом ОРВИ.

При поступлении: вялый, сонливый, временами беспокоен. При перемене положения в кровати кричит, резкое снижение двигательной активности, более выраженное в правой ноге.

Объективно: кожа чистая от сыпи, гиперемия дужек мягкого неба. Регионарные лимфоузлы незначительно увеличены. В легких хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. Живот мягкий, болезненность при пальпации кишечника. Печень на 2 см выступает из-под реберного края, селезенка не увеличена. Выявляется ригидность мышц затылка. В правой ноге движений нет, выраженная гипотония мышц, сухожильные рефлексы не вызываются. Болевая и тактильная чувствительность сохранены. Дизурии нет.

Клинический анализ крови: HGB - 120 г/л, RBC - $3,5 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,87, PLT 250×10^9 /л, WBC - $10,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 42%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 45% , моноциты - 7%, СОЭ - 15 мм/час.

Анализ мочи: цвет светло-жёлтый, удельный вес 1018, глюкоза – abs, белок - abs, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, эритроциты - отсутствуют.

Исследование цереброспинальной жидкости (от 29.08): бесцветная, прозрачная, цитоз 230 клеток в мкл, 80% лимфоцитов, 20% нейтрофилов, белок 0,35 г/л, глюкоза 2,4 ммоль/литр.

ЗАДАНИЕ

1. Предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Между какими инфекционными заболеваниями можно проводить дифференциальный диагноз? Какой эпидемиологический анамнез необходимо уточнить в данном случае?
3. Какие лабораторные и инструментальные исследования позволят уточнить диагноз?
4. Каков патогенез двигательных нарушений при данном заболевании?
5. Назначьте лечение.
6. Каков прогноз заболевания?
7. Назовите способы профилактики данного заболевания.

ЗАДАЧА 5

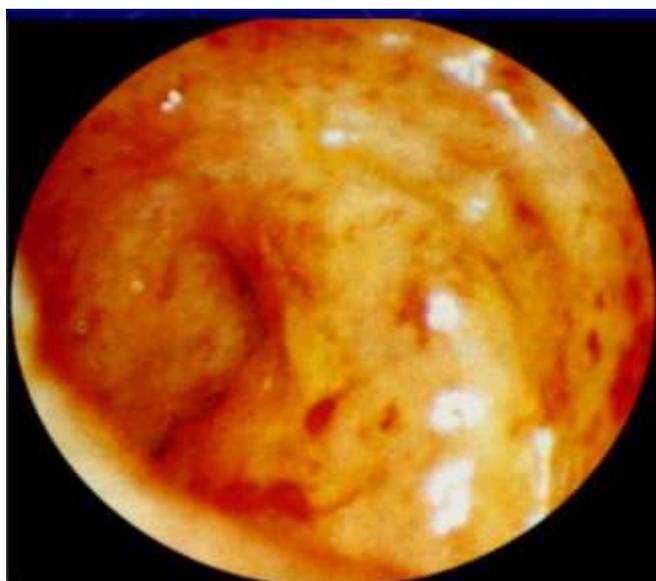
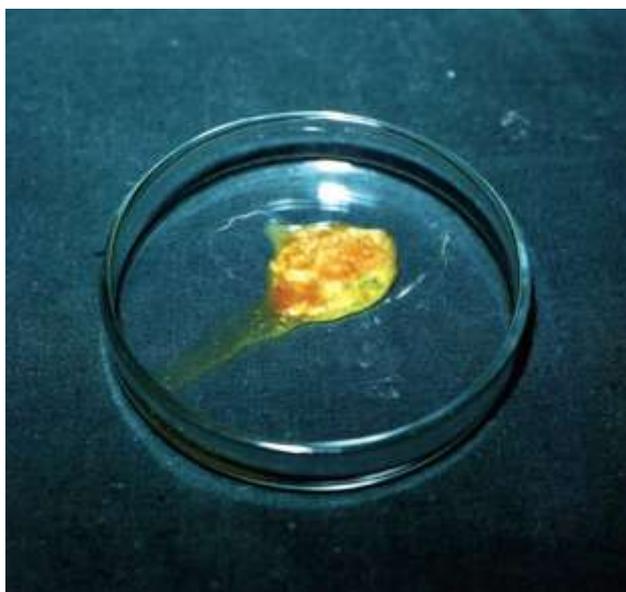
Мальчик 4-х лет, посещает детский сад, где одновременно заболело несколько детей с однотипной клинической симптоматикой. Заболевание началось остро: повысилась температура тела до $40,5^{\circ}\text{C}$, отмечалась повторная рвота, головная боль и кратковременные судороги клонического характера. Затем появились боли в левой подвздошной области и жидкий стул с примесью большого количества мутной слизи и прожилками крови. Боли в животе носили постоянный характер, но усиливались перед актом дефекации.

Ребенок госпитализирован через 6 часов от начала заболевания. При поступлении состояние тяжелое, температура тела $39,5^{\circ}\text{C}$, в сознании. Жалуется на головную боль и боли в левой подвздошной области. Отмечается ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского - сомнительные. Кожа бледная, сыпи нет. Язык густо обложен серовато-белым налетом, суховат. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ясные. Пульс 150 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Живот мягкий, втянут, сигмовидная кишка спазмированная, болезненная при пальпации, анус податлив, явления сфинктерита. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает на 0,5 см. из-под реберного края, селезенка не увеличена. Стул скудный (в виде «ректального плевка»), с большим количеством мутной слизи и прожилками крови до 10 раз от начала заболевания. Диурез снижен.

Клинический анализ крови: HGB - 130 г/л; RBC - $4,5 \times 10^{12}$ /л; WBC - $19,6 \times 10^9$ /л; палочкоядерные нейтрофилы - 12%; сегментоядерные - 60%; эозинофилы - 2%; лимфоциты - 20%; моноциты - 6%; СОЭ-12 мм/час.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз с указанием ведущего синдрома, определяющего тяжесть заболевания.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения этиологического диагноза?
3. Дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение – неотложные мероприятия, диета, этиотропная, симптоматическая терапия и др.
5. Противозидемические мероприятия.



ЗАДАЧА 6

Миша 5 лет заболел остро: повысилась температура тела до 38,5°C, появилась рвота (3 раза), головная боль, затем жидкий стул (8 раз) и боли в животе, в основном в левой подвздошной области, которые усиливались перед актом дефекации. Стул вначале жидкий обильный, затем скудный с большим количеством мутной слизи и прожилками крови. Через 12 часов от начала заболевания ребенок был госпитализирован.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести, продолжает лихорадить (38,6°C), вялый, отказывается от еды, пьет неохотно. Жалуется на головную боль и боли в животе. Кожа бледная, умеренной влажности, «синева» под глазами. Язык густо обложен налетом, влажный. Дыхание везикулярное, хрипы не прослушиваются. Тоны сердца ясные, громкие, пульс 140 в минуту. Живот втянут, передняя брюшная стенка мягкая, атоничная. При пальпации отмечается болезненность в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненная, анус податлив, явления сфинктерита. Стул скудный с большим количеством мутной слизи и прожилками алой крови.

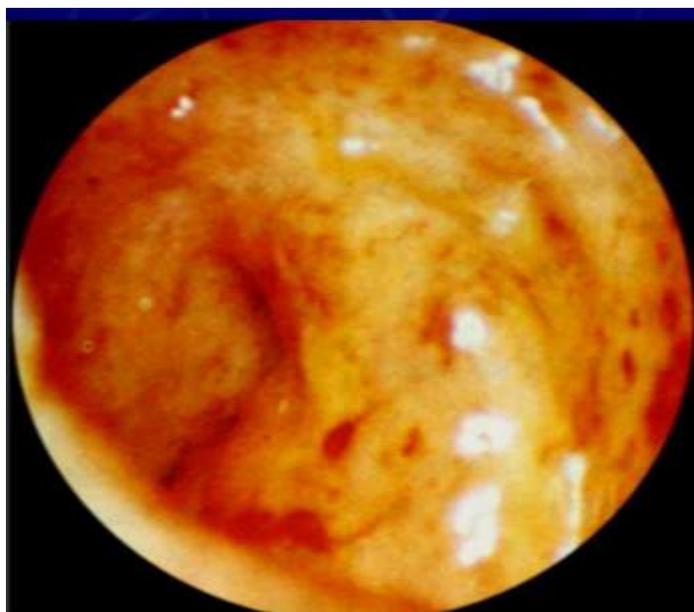
На 2-й день болезни температура тела снизилась до 37,8°C, рвота прекратилась, схваткообразные боли в животе и жидкий стул с патологическими примесями (до 8 раз в сутки) остаются.

Эпидемиологический анамнез: в группе детского сада, который посещает ребенок, на данный момент все дети здоровы. Мать ребенка работает поваром в школьной столовой, здорова.

Клинический анализ крови: HGB -125 г/л; RBC - $4,2 \times 10^{12}$ /л., WBC - $19,6 \times 10^9$ /л; палочкоядерные нейтрофилы. - 9%; сегментоядерные - 68%; эозинофилы - 4%; лимфоциты - 14%; моноциты - 5%; СОЭ -18 мм/час.

ЗАДАНИЕ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения этиологического диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать в первую очередь?
4. Назначьте лечение (диета, этиотропная, симптоматическая терапия и др.)
5. Показания для выписки больного из стационара и допуска в детское учреждение.
6. Противозидемические мероприятия в очаге инфекции.



ЗАДАЧА 7

Девочка 2 года 8 месяцев. Заболела 18.02. в детском саду: повторная рвота, повышение температуры тела до 38,5°C, жидкий стул - водянистый с примесью слизи в виде плавающих хлопьев, обильный пенистый, желтого цвета с резким кислым запахом и неперевавшими комочками пищи 8 раз/сутки.

При поступлении в стационар (2-й день болезни) состояние средней тяжести, температура тела 37,8°C, вялая, пьет неохотно, отказывается от еды. Кожа бледная, сухая, с мраморным рисунком, тургор тканей снижен. Язык обложен серовато-белым налетом, сухой. Слизистая оболочка полости рта суховата, гиперемия небных дужек и задней стенки глотки. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке сердца, пульс 140 в минуту. Живот умеренно вздут, при пальпации безболезненный, урчит во всех отделах. Печень и селезенка пальпируются у края реберной дуги. За прошедшие сутки рвота была 6 раз, стул - 10 раз. Позывы на дефекацию возникали внезапно, сопровождались болями и урчанием в животе, заканчивались отхождением газов и жидкого водянистого стула с небольшим количеством прозрачной слизи. На 3-й день болезни состояние улучшилось, появился аппетит, прекратилась рвота, стул до 5 раз в сутки, кашицеобразный, без патологических примесей, нормализовалась температура тела.

Клинический анализ крови: HGB - 128 г/л; RBC - $3,8 \times 10^{12}$ /л; WBC - $8,0 \times 10^9$ /л; палочкоядерные нейтрофилы - 2%; сегментоядерные - 30%; эозинофилы - 2%; лимфоциты - 50%; моноциты - 6%; СОЭ - 8 мм/час.

Анализ кала на кишечную группу: отрицательный.

РНГА с дизентерийным и сальмонеллезным диагностикумами - отрицательная.

ЗАДАНИЕ

1. Предполагаемый диагноз.
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения этиологического диагноза?
3. Дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение с обоснованием проводимых мероприятий.
5. Противоэпидемические мероприятия.
6. Существует ли активная иммунизация против этой инфекции? Если да, назовите вакцины.

ЗАДАЧА 8

Мальчик 10 лет, вернулся из 2-х дневного похода за город. Питался консервами, жареными грибами, ел копченую колбасу, купался в озере. По возвращении жаловался на слабость, отсутствие аппетита, однократную рвоту, боли в животе, кратковременное расстройство стула. Ухудшилось зрение: («туман» перед глазами, двоение предметов). Затем состояние продолжало ухудшаться: прогрессировала мышечная слабость, быстрая утомляемость, сухость во рту, жажда. Жаловался на ощущение тяжести и распирания в эпигастрии, головную боль, головокружение. Температура тела не повышалась. Участковым педиатром поставлен диагноз: «Отравление грибами», и ребенок направлен в стационар.

Госпитализирован на 2-ой день болезни. При поступлении состояние среднетяжелое. Температура тела нормальная. Кожа бледная, резкая мышечная слабость. Зрачки расширены, слабо реагируют на свет. Сухой кашель, першение в горле, осиплость голоса. В легких дыхание везикулярное, ЧД – 44 в минуту. Тоны сердца приглушены, пульс 120 в минуту. Слизистая полости рта чистая, суховата, небная занавеска слегка провисает, голос гнусавый. Язык слегка обложен, сухой. Живот несколько вздут, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка у края реберной дуги. Стула не было 2-й день. Сознание ясное, менингеальных знаков нет.

Клинический анализ крови: HGB -134 г/л, RBC - 4,06x10¹²/л. WBC - 9,0x10⁹ /л; палочкоядерные -5%; сегментоядерные -52%; эозинофилы -1%; лимфоциты -30%; моноциты -12%; СОЭ-6 мм/час.

Анализ мочи: без патологии.

ЗАДАНИЕ

1. Предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Профилактические мероприятия.



ЗАДАЧА 9

Девочка 1 г. 2 мес., поступила в стационар на 4-й день болезни с направляющим диагнозом: "Острая дизентерия".

Эпидемиологический анамнез: за 3 дня до заболевания мать девочки жаловалась на боли в животе, была 2-х кратная рвота и разжиженный стул, что связывалось с употреблением несвежего творога. В семье есть еще ребенок 5-и лет, посещающий детский сад, здоров.

Девочка заболела остро: повысилась температура тела до 37,8⁰С, появился обильный водянистый стул до 4 раз в сутки. На 2-й день болезни температура повысилась до 39,0⁰С, девочка отказывалась от еды, но пила охотно, была 3-х кратная рвота, стул участился до 10 раз в сутки. Получала жаропонижающие, смекту, рисовый отвар. На 3-и сутки заболевания температура 38,3⁰С, была 3-х кратная рвота, стул 8 раз такого же характера, отдельные порции с примесью крови.

При поступлении в стационар: состояние средней тяжести: вялая, адинамичная, сонливая, температура тела 37,9⁰С, отказывается от еды и питья. Кожа бледная, суховатая, синева под глазами, периоральный цианоз, тургор тканей снижен. Язык густо обложен, сухой. В легких хрипов нет, дыхание пуэрильное. Тоны сердца приглушены. PS – 148 ударов в минуту. Живот умеренно вздут, при пальпации болезненный, урчит во всех отделах. Раздражение кожи вокруг ануса и на ягодицах. Печень и селезенка пальпируются на 2 см ниже реберного края. Стул жидкий, обильный, зловонный до 10 раз/сутки. Мочеиспускание редкое.

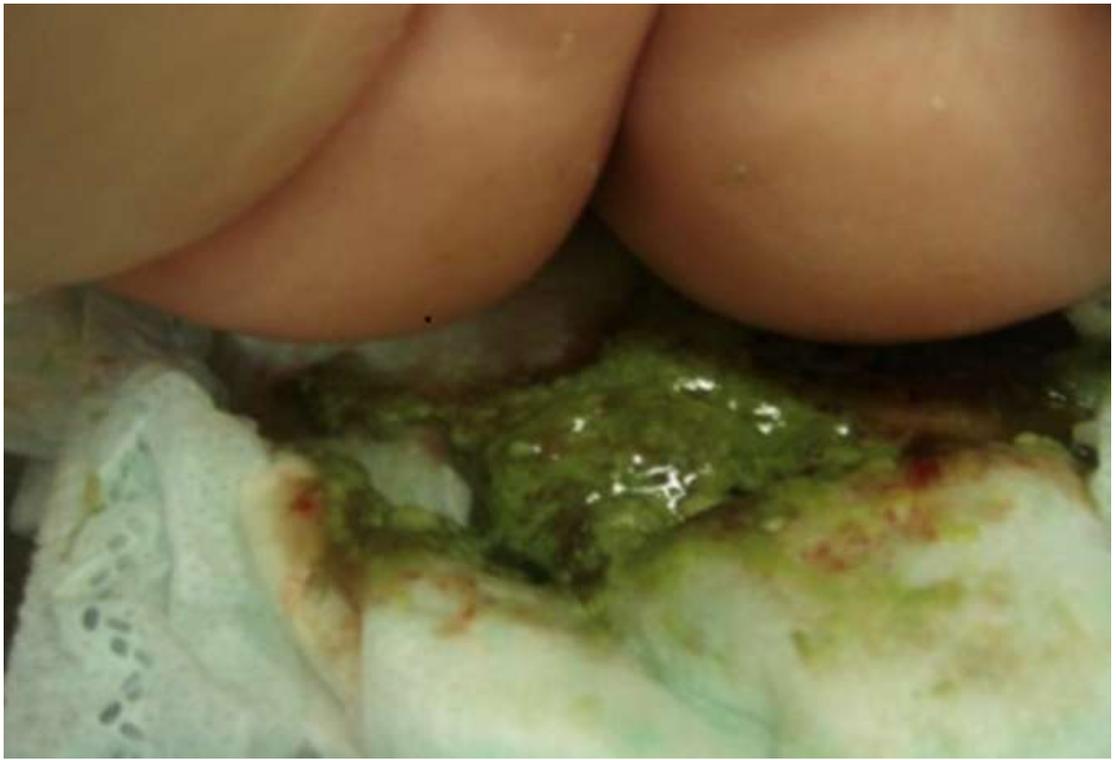
Клинический анализ крови: HGB – 120 г/л, RBC – 3,8x10¹² /л., WBC – 12x10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы –9%, сегментоядерные – 52%, лимфоциты – 26% моноциты – 9%, эозинофилы – 4%, СОЭ – 16 мм/час.

Копрограмма: большое количество неизмененных мышечных волокон, жирные кислоты ++, крахмал (внеклеточный) ++, эритроциты – 5-7, лейкоциты – 32 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: калий плазмы 3,5 ммоль/л, натрий 130 ммоль/л.
КОС: Ht 45%. рН 7,25; PCO₂ 35 мм рт. ст., BE (-10).

ЗАДАНИЕ

1. Предполагаемый диагноз.
2. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения этиологического диагноза?
3. Дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.



ЗАДАЧА 10

Девочка М., 2-х месяцев, от нормально протекавшей беременности и родов. Массой тела при рождении 3200 г. Находится на искусственном вскармливании.

Поступила в стационар на 4-й день болезни в состоянии ближе к тяжелому с массой тела 4400 г. Заболевание началось с учащения стула до 5 раз/сутки (жидкий, обильный водянистый, желтовато-оранжевого цвета с примесью небольшого количества прозрачной слизи и зелени). На 2-й день болезни повысилась температура тела до 37,5°C, была 2-х кратная рвота и срыгивания, стул оставался жидким до 15 раз/сут. На 3-4-й день продолжала лихорадить (37,6-38,0°C), рвота и срыгивания (3-4 раза/сутки) оставались, стул участился до 18 раз/сут. Девочка стала беспокойной, отказывалась от еды, плохо пила воду.

При поступлении в стационар кожа умеренной влажности, бледная с мраморным рисунком, акроцианоз, кожная складка расправляется медленно, тургор снижен, большой родничок западает. Сухость слизистой полости рта, язык обложен. Частота дыхания 60, пульс 152 в минуту, ритм правильный Тоны сердца приглушены. Живот резко вздут газами. При пальпации - урчание во всех отделах. Печень и селезенка у края реберной дуги. Диурез снижен. Менингеальных симптомов нет, сухожильные рефлексы снижены.

Клинический анализ крови: HGB -110 г/л, RBC - 3,9x10¹²/л, WBC -10,0x10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы -5%, сегментоядерные - 53%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 33%, моноциты - 6%, СОЭ 16 мм/час.

Копрограмма: консистенция кала – жидкая, реакция – кислая. Слизь – небольшое количество, стеркобилин (+), билирубин (+). мышечные волокна (-), нейтральный жир (+++), жирные кислоты (-), мыла (-), крахмал внутриклеточный (+++), внеклеточный (++++) , йодофильная флора (+++), лейкоциты (-), эритроциты (-), яйца глист (-), дрожжевые грибы (++) .

ЗАДАНИЕ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения этиологического диагноза?
3. Дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Противоэпидемические мероприятия.



ЗАДАЧА 11

Девочка, 5 лет, посещает детский сад. Заболела остро: температура тела 38,5°C, жалобы на боли в горле при глотании. Участковый врач диагностировал ангину, назначил макропен, полоскание ротоглотки раствором фурацилина. Проведено бактериологическое исследование слизи из зева и носа на *Corynebacterium diphtheria*.

В последующем состояние не ухудшалось, но наложения на миндалинах сохранялись в виде белых пленок покрывающих миндалины, на фоне слабой гиперемии слизистой ротоглотки. Пальпировались регионарные переднешейные лимфоузлы. Сохранялся субфебрилитет. Изменений со стороны сердца и легких не наблюдалось.

Из зева выделена культура коринебактерий дифтерии *gravis*, токсигенная.

Девочка привита против дифтерии двукратно: в 3 мес. АКДС-вакциной, в 5 месяцев - АДС-М анатоксином.

Клинический анализ крови: HGB-136 г/л; RBC - $4,5 \times 10^{12}$ /л; WBC- $9,6 \times 10^9$ /л; палочкоядерные - 4%; сегментоядерные - 65%; базофилы - 1%; лимфоциты - 18%; моноциты - 12%; СОЭ-16 мм/час.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Дайте характеристику возбудителя.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Оценить проведенную иммунизацию ребенка.
6. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в семье и группе детского сада?



ЗАДАЧА 12

Мальчик 1 года 10 мес., заболел остро, температура тела 37,3°C, появилась осиплость голоса, покашливал. На третий день кашель сохранялся, но стал менее звучным, присоединилась инспираторная одышка, в связи с чем ребенок был госпитализирован с диагнозом: ОРВИ, обструктивный ларингит, стеноз гортани II - ст.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок в 3-х месячном возрасте перенес коклюш в тяжелой форме, после чего наблюдается невропатологом по поводу энцефалопатии. Имел отвод от профилактических прививок.

При поступлении состояние ребенка тяжелое, выражена инспираторная одышка, кашель беззвучный, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. При вдохе отмечаются умеренные втяжения межреберных промежутков, эпигастрия.

Миндалины без наложений. В легких жестковатое дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца несколько приглушены, тахикардия. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Менингеальных знаков нет. Сознание ясное.

Через 30 минут отмечено резкое беспокойство ребенка, дыхание стало более затрудненным, появились потливость волосистой части головы, парадоксальный пульс.

Ребенок переведен в реанимационное отделение, где произведена прямая ларингоскопия: на голосовых связках и в подсвязочном пространстве обнаружены пленки серовато-белого цвета.

КОС: рН 7,26, рСО₂ 48,5 мм. рт. ст., ВЕ (- 10,22) ммоль/л, рО₂ 55,3 мм. рт. ст.

Клинический анализ крови: HGB - 153 г/л; RBC - 5,1x10¹²/л; WBC - 9,6x10⁹ /л; палочкоядерные - 6%; сегментоядерные - 67%; базофилы - 1%; эозинофилы - 3%, лимфоциты - 18%; моноциты - 5%; СОЭ - 25 мм/час.

ЗАДАНИЕ

1. Предполагаемый диагноз.
2. Какие исследования позволят уточнить этиологию заболевания?
3. Характеристика возбудителя.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Назначьте лечение.
6. Какими препаратами проводится вакцинопрофилактика данного заболевания?

ЗАДАЧА 13

Девочка 12 лет. Заболела остро, повысилась температура тела до 38,6°C, появилась боль в горле при глотании. На 2-й день болезни осмотрена участковым врачом, который госпитализировал ребенка с диагнозом: перитонзиллярный абсцесс.

Из анамнеза жизни известно, что девочка родилась недоношенной, массой, имела отвод от профилактических прививок, после 1 года привита двукратно АДС-М анатоксином.

При поступлении состояние девочки тяжелое, вялая, бледная, адинамичная. Голос сдавленный. Из рта приторно сладковатый запах. Кожные покровы чистые. Отмечается отек клетчатки шеи до середины шеи с обеих сторон. Зев резко отечен, миндалины смыкаются по средней линии, отек распространяется на дужки и мягкое небо. На миндалинах с обеих сторон сероватые плотные налеты, распространяющиеся на заднюю стенку глотки. Тоны сердца приглушены. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Мало мочится.

В клиническом анализе крови: HGB - 130 г/л; RBC - $3,5 \times 10^{12}$ /л; WBC- $15,0 \times 10^9$ /л; палочкоядерные - 8%; сегментоядерные - 68%; лимфоциты - 17%; моноциты - 7%; СОЭ-25 мм/час.

ЗАДАНИЕ

1. Предполагаемый диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Какие лабораторные исследования Вы назначите для уточнения этиологии заболевания?
4. Назначьте лечение.
5. Назовите осложнения, возникающие при данной форме болезни.

ЗАДАЧА 14

Девочка 6 лет, посещает детский сад. Заболела остро вечером, когда повысилась температура до 38,5°C, отказалась от ужина, пожаловалась на боль в горле, была 2-х кратная рвота, появилась сыпь. Ребенок был госпитализирован в стационар бригадой «скорой помощи» с диагнозом: ОРВИ, аллергическая сыпь.

При поступлении состояние средней тяжести, температура тела 38,2°C, жалуется на головную боль и боль в горле. На щеках яркий румянец, бледный носогубный треугольник. Кожа сухая, на туловище, в естественных складках кожи обильная мелкоточечная розовая сыпь на гиперемизированном фоне. В зеве яркая отграниченная гиперемия, на миндалинах наложения беловато-желтого цвета. Язык обложен белым налетом. Стойкий белый дермографизм. Дыхание через нос свободное, кашля нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, тоны сердца звучные, ритмичные, тахикардия до 120 ударов в мин. Живот безболезненный. Печень, селезенка не увеличены, стул оформлен. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

В последующие дни язык очистился от налета, стал «малиновым», сосочковым.

Осмотр отоларинголога: лакунарная ангина.

Клинический анализ крови: HGB - 125 г/л, RBC - $3,5 \times 10^{12}$ /л, WBC - $14,3 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 12%, сегментоядерные – 60%, эозинофилы – 3%, лимфоциты - 20%, моноциты – 5%, СОЭ – 30 мм/час.

ЗАДАНИЕ

1. Предполагаемый диагноз.
2. Укажите типичные симптомы заболевания.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Возможны ли осложнения при данном заболевании?
5. Назначьте лечение.
6. Какие профилактические мероприятия необходимо провести дома и в детском саду?
7. Когда ребенок может быть допущен в детский коллектив?



ЗАДАЧА 15

Мальчик 4 месяцев родился с признаками внутриутробной гипотрофии, не вакцинирован.

Поступил в боксированное отделение с диагнозом: "ОРВИ, пневмония?"

Из анамнеза болезни известно, что неделю назад у ребенка появился кашель, который имел тенденцию к учащению, беспокоил в ночное время, температура тела не превышала субфебрильных цифр. Наблюдался амбулаторно с диагнозом ОРВИ.

К концу недели кашель стал приступообразным, сопровождался беспокойством ребенка, покраснением лица, заканчивался отхождением густой вязкой мокроты, рвотой.

Перед поступлением во время приступа кашля произошла кратковременная остановка дыхания.

При поступлении состояние тяжелое, вялый, бледный, кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза. Слизистая ротоглотки розовая, чистая, лимфатические узлы не увеличены.

В легких укорочение перкуторного звука в средне-медиальном отделе справа. Дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца отчетливые. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул, диурез в норме.

В отделении отмечалось до 20 приступов кашля в сутки, которые заканчивались отхождением вязкой мокроты, иногда с кратковременной остановкой дыхания.

Рентгенография органов грудной клетки: усиление бронхо-сосудистого рисунка, повышение прозрачности легочных полей, треугольная тень в средней доле правого легкого.

Клинический анализ крови: HGB - 120 г/л, RBC - $4,0 \times 10^{12}/л$, WBC - 40×10^9 , палочкоядерные-3%, сегментоядерные-20%, лимфоциты-70%, моноциты-7%, СОЭ-3 мм/ч.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Перечислите лабораторные исследования, необходимые для подтверждения диагноза.
4. Оцените данные рентгенографического исследования.
5. Назначьте лечение.
6. Профилактические мероприятия.



ЗАДАЧА 16

Мальчик 10 лет заболел остро с повышения температуры тела до 37,6°C, с появления припухлости в области околоушной слюнной железы справа, более при жевании. Через 2 дня появилась и болезненность слева. Лечился домашними средствами, тепловыми компрессами.

На 5-й день болезни мальчик стал жаловаться на боли в паховой области, усиливающиеся при ходьбе. Госпитализирован.

При поступлении состояние средней тяжести, температура тела 38,6°C. Отмечается увеличение околоушных слюнных желез с обеих сторон и под нижней челюстью.

Слизистая щек слегка гиперемирована. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот мягкий, правое яичко увеличено в размере. Кожа над ним гиперемирована, отечна.

Клинический анализ крови: HGB -137 г/л, RBC - $4,3 \times 10^{12}$ /л, WBC - $8,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные - 57%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 31%, моноциты - 8%, СОЭ –10 мм/час.

Анализ мочи: цвет светло-желтый, относительная плотность 1018, белок – 0,033 г/л, глюкоза - abs, лейкоциты - 3-4 в поле зрения, эритроциты - единичные в препарате.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте обследование.
4. Назначьте лечение.
5. Перечислите меры профилактики в очаге заболевания.
6. Специфическая профилактика данного заболевания.



ЗАДАЧА 17

Ребенок 6 месяцев страдает атопическим дерматитом.

После нарушения диеты отмечено появление на коже новых участков гиперемии с мокнутием, сильный зуд. На фоне гипоаллергенной диеты, десенсибилизирующей терапии и применения гормональной мази отмечалось некоторое улучшение. Однако, на 6-й день болезни состояние резко ухудшилось, повысилась температура до 39°C, стал беспокойным, нарушился сон, ухудшился аппетит, усилился зуд, на коже появились везикулезные высыпания, и ребенок был госпитализирован.

При поступлении состояние тяжелое, высоко лихорадит, беспокоен, сон непродолжительный, отказывается от еды, выраженный кожный зуд. На коже лица, туловища, ягодиц, в меньшей степени конечностей, имеются обширные эритематозные участки с воспалением, мокнутием, следы расчесов на лице. На пораженных участках кожи отмечаются мелкие везикулезные высыпания, сгруппированные, с прозрачным, местами с желтоватым содержимым, мокнущие эрозированные поверхности. Пальпируются увеличенные до 1,5-2см подчелюстные, шейные, подмышечные и паховые лимфоузлы подвижные, эластичные, безболезненные. В легких дыхание пуэрильное, проводится с обеих сторон, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, тахикардия до 120 уд. в 1 мин. Слизистая оболочка полости рта и глотки без патологии. Живот слегка вздут, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень+2+3+в/3 из-под края реберной дуги, селезенка+1см. Стул и мочеиспускание не нарушены. Очаговых и менингеальных симптомов нет. Органы чувств без видимой патологии.

Клинический анализ крови: HGB 118 г/л, RBC $3,0 \times 10^{12}$ /л, WBC 10×10^9 /л, палочкоядерные 5%, сегментоядерные 34%, эозинофилы 3%, лимфоциты 50%, моноциты 8%, СОЭ 18мм/час.

ЗАДАНИЕ

1. Предполагаемый диагноз.
2. Какие лабораторные тесты подтвердят этиологию заболевания?
3. Дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Профилактические мероприятия.



ЗАДАЧА 18

Мальчик 12 лет заболел остро с повышения температуры до 38,5°С, появилась слабость, вялость, заложенность носа, во сне - храпящее дыхание, отмечено увеличение шейных лимфоузлов. Участковый педиатр диагностировал ангину, назначил амоксициллин. Эффекта от терапии не отмечалось, на 5 день приема амоксициллина на коже появилась обильная сыпь. Ребенок был госпитализирован.

При поступлении – состояние тяжелое, фебрильно лихорадит, вялый, аппетит снижен. Кожа бледная с иктеричным оттенком с обильной пятнисто-папулезной, ярко розовой, местами сливной сыпью с геморрагическим компонентом. Склеры субиктеричны. Периферические лимфоузлы увеличены, определяются конгломераты шейных лимфоузлов до 3х4 см, изменяющие конфигурацию шеи. Дыхание через нос полностью отсутствует, дышит ртом. Дыхание «храпящее», лицо одутловатое, веки пастозны. В легких дыхание везикулярное, проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 110 ударов в 1 минуту. Слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, небные миндалины увеличены, покрыты белыми наложениями. Печень +4см +5см верхняя треть, селезенка +5см из-под края реберной дуги. Стул осветлен, моча насыщенного цвета.

Клинический анализ крови: HGB - 130 г/л, RBC - $3,8 \times 10^{12}$ /л, WBC - 25×10^9 /л, палочкоядерные - 6%, сегментоядерные - 13%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 35%, моноциты -10%, атипичные мононуклеары-35%. СОЭ-20мм/ч

Биохимический анализ крови: АЛТ 483 Ед/л, АСТ 467 Ед/л, билирубин общий 67 мкмоль/л, билирубин конъюгированный 51 мкмоль/л.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте обследование.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Что необходимо рекомендовать в периоде реконвалесценции?
6. Профилактические мероприятия.



ЗАДАЧА 19

Ребенок 14 лет заболел остро, повысилась температура тела до 38,5°C, появилась слабость, тошнота, снизился аппетит, стали беспокоить боли в животе. На 6 день болезни отмечена желтушность кожи и склер, увеличились шейные лимфатические узлы, потемнела моча и обесцветился кал. Ребенок госпитализирован с подозрением на гепатит в инфекционное отделение.

При осмотре состояние средней тяжести, температура 38°C, слабость, аппетит снижен, тошнота, кожный покров и склеры с иктеричным оттенком, лицо пастозно, увеличены шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы до 1,5-2 см, мягкие, безболезненные, подвижные. Отмечается болезненность и припухлость при пальпации в околоушной области с обеих сторон, носовое дыхание умеренно затруднено, отделяемого в носовых ходах нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны ритмичные, звучные. Слизистая оболочка ротоглотки и небных миндалин гиперемирована, миндалины увеличены до 2 степени, без наложений. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации, больше в эпигастриальной области, печень +3 см, +4 см, средняя треть из-под края реберной дуги, край эластичный, селезенка +2 см. Кал осветлен, моча темная. Очаговых, менингеальных симптомов нет.

Клинический анализ крови: HGB - 120г/л, RBC - $3,9 \times 10^{12}$ /л, WBC - 15×10^9 /л, палочкоядерные - 6%, сегментоядерные - 20%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 51%, моноциты - 10%, атипичные мононуклеары - 11%, СОЭ-22мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок 65г/л, общий билирубин 72 мкмоль/л, конъюгированный 66 мкмоль/л, АЛТ 440 ед/л, АСТ 335 ед/л., протромбин 90%.

Серологическое обследование: маркеры гепатитов А, В, С, G, ТТ, Эпштейн –Барр вируса, вируса герпеса человека 6 типа, токсоплазма не обнаружены.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие лабораторные и инструментальные методы обследования необходимо провести для этиологической расшифровки диагноза?
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение.
5. Профилактика.

ЗАДАЧА 20

Девочка 5 лет, заболела остро: температура тела 39°C , головная боль, слабость, снижение аппетита, мышечные боли. На 5-й день болезни температура тела $37,3-37,5^{\circ}\text{C}$, отмечалось увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов. В последующие дни сохранялась субфебрильная температура, снижение аппетита, слабость, головная боль, боли в животе.

Была госпитализирована на 12-й день болезни с диагнозом «Лимфогранулематоз?»

В доме есть котенок, с которым девочка часто играет.

При поступлении состояние средней тяжести, субфебрилитет, отказ от еды, вялость, жалобы на боли в мышцах верхних и нижних конечностей. Кожные покровы бледные, периорбитальный цианоз, тургор тканей снижен. Увеличены все группы лимфоузлов до 0,5-1 см в диаметре, уплотненные, болезненные; шейные, до 1,5 см в диаметре, плотные. Тоны сердца средней звучности, пульс 108 в мин; в легких везикулярное дыхание. Гипертрофия небных миндалин II степени, без воспалительных явлений. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 2-3 см, селезенка – на 1 см. Стул, диурез не изменены. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики нет. Осмотр окулиста: явления хориоретинита.

Температура нормализовалась на 19 день болезни, лимфаденопатия отмечалась в течение 1,5 мес.

Клинический анализ крови: HGB - 110 г/л, RBC - $3,2 \times 10^{12}$ /л, WBC - $5,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 38%, эозинофилы – 6, лимфоциты - 44%, моноциты – 7%, СОЭ – 23 мм/час.

ЗАДАНИЕ

1. Предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные исследования для подтверждения диагноза.
3. Предполагаемый источник инфекции.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Назначьте этиотропное лечение.
6. Профилактические мероприятия.



ЗАДАЧА 21

Мальчик 12 лет, заболел остро: пожаловался на недомогание, боли в животе, снижение аппетита. Температура тела 38,5°C в течение 2-х дней. На 3-й день потемнела моча. На 4-й день болезни заметили желтушность склер и кожи. Госпитализирован в стационар.

Из анамнеза известно, что ребенок накануне приехал из Краснодарского края, где проживал в сельской местности. По словам родителей, соседские дети «болели желтухой».

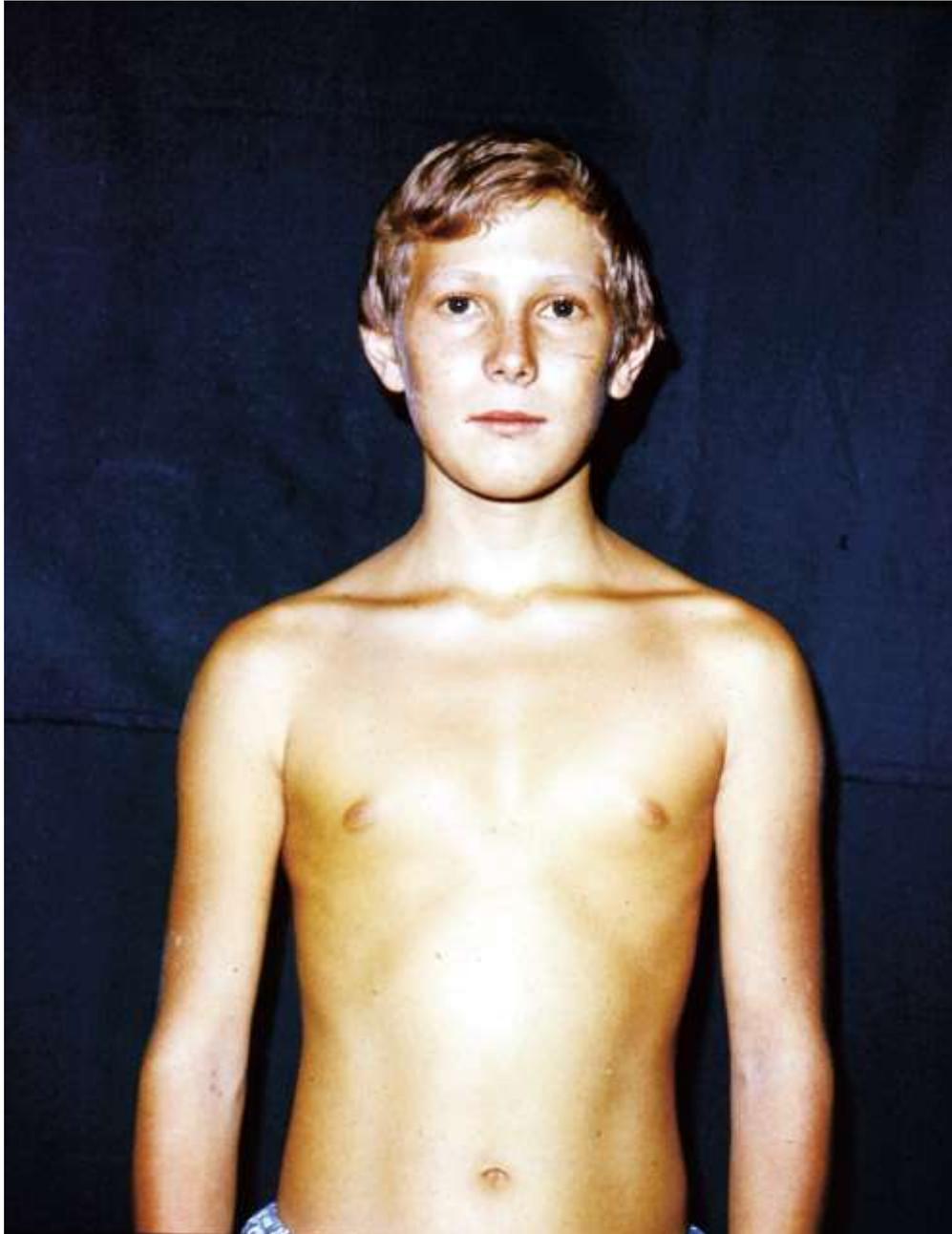
При поступлении в стационар состояние средней тяжести, активен, жалоб не предъявляет, температура тела 36,7°C. Склеры и кожные покровы умеренно иктеричны. Слизистая оболочка ротоглотки влажная с желтушным окрашиванием. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье и в эпигастрии. Печень выступает из подреберья на 2,5 см; 2,5см; верхняя треть, плотноватой консистенции, чувствительная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Моча темная. В последующие 4 дня отмечалось уменьшение желтухи, моча приобрела нормальный цвет, улучшился аппетит, состояние расценивалось как удовлетворительное.

Биохимический анализ крови: билирубин общий - 133 мкмоль/л., конъюгированный - 90 мкмоль/л., АлАТ - 2300 ЕД/л, АсАТ - 1850 ЕД/л., ГГТП – 111 ед/л.

Клинический анализ крови HGB - 130 г/л., RBC - 4×10^{12} /л, WBC - $6,8 \times 10^9$ /л; палочкоядерные - 4%, сегментоядерные - 47%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 38%, моноциты - 10% , СОЭ – 10мм/ч.

ЗАДАНИЕ

1. Предварительный диагноз.
2. Назначьте обследование для этиологической расшифровки диагноза.
3. Объясните причину появления «темного» цвета мочи.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Назначьте лечение.
6. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге





ЗАДАЧА 22

Мальчик 12 лет, заболел остро с подъема температуры тела до 39,0°C. Жаловался на общую слабость, головную боль, головокружение, плохой аппетит, тошноту, боли в правой подвздошной области, в суставах и жидкий стул до 4 раз в сутки.

Эпидемиологический анамнез: за 2-3 дня до заболевания ел салат из свежей капусты.

При поступлении на 3-й день болезни продолжает лихорадить до 38,7°C, при осмотре выявляется одутловатость и гиперемия лица, гиперемия тыльных поверхностей кистей и стоп. На коже выявляется точечная сыпь, на лице и шее, дистальных отделах конечностей в виде «перчаток» и «носков». Разлитая гиперемия слизистой ротоглотки. Язык густо обложен сероватым налетом, боковые поверхности малинового цвета с выраженными сосочками. Пальпируются увеличенные переднешейные и подчелюстные лимфоузлы, безболезненные. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот доступен глубокой пальпации, болезненный в правой подвздошной области. Печень +2 см из-под края реберной дуги, селезенка +1 см от края реберной дуги. Стул, диурез в норме. Менингеальных знаков нет.

Клинический анализ крови: HGB-140 г/л, RBC-4,5 $\times 10^{12}$ /л, WBC-15 $\times 10^9$ /л, палочкоядерные -10%, сегментоядерные - 68%, лимфоциты -21%, СОЭ- 32 мм/час.

Анализ мочи: без патологии.

Бактериологический анализ кала на кишечную группу: патогенные бактерии семейства кишечных не выявлены.

ЗАДАНИЕ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие лабораторные исследования необходимы для уточнения этиологии заболевания?
3. Укажите возможный путь и источник инфицирования.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Назначьте лечение.
6. Профилактические мероприятия.



ЗАДАЧА 23

Девочка 10 лет, воспитанница интерната, заболела остро с повышения температуры тела до 38,6°C, снижения аппетита, слабости. Жаловалась на головную боль, озноб, боль в животе в правой подвздошной области, была 2-х кратная рвота и 3 раза жидкий кашицеобразный стул с примесью небольшого количества слизи. Бригадой скорой помощи была госпитализирована в стационар с подозрением на «острый аппендицит».

При поступлении состояние средней тяжести, температура тела 39,0°C. Жалуется на боль в мышцах и суставах, боли в животе справа. Кожа чистая, сыпи нет. Слизистые ротоглотки слегка гиперемированы. В легких хрипов нет, тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, болезненный при пальпации, больше в правой подвздошной области. Стул разжиженный, до 5 раз в сутки, с небольшим количеством мутной слизи и зелени, в некоторых порциях примесь крови. После консультации хирурга диагноз аппендицита был снят. На 3-й день пребывания в стационаре лихорадка (37,8° С) и жидкий стул до 5-8 раз сохранялись, но появилась легкая иктеричность кожи и склер, темная моча и пятнисто-папулезная сыпь в основном в области коленных суставов, на кистях рук и стопах, увеличались размеры печени до 2 см ниже края реберной дуги.

Клинический анализ крови: HGB 140 г/л, RBC 4,0 x 10¹²/л, WBC 15,3 x10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы 11%; сегментоядерные 62%; эозинофилы 4%; лимфоциты 19%; моноциты 4%; СОЭ 22 мм/час.

Биохимический анализ крови: билирубин общий 56 мкмоль/л, конъюгированный 46 мкмоль/л, АлАТ 260 ЕД./л, АсАТ 198 ЕД/л.

Иммуноферментный анализ: HBsAg и anti-HCV - отрицательные.

Бактериологический анализ кала на кишечную группу: патогенные бактерии семейства кишечных не выявлены.

ЗАДАНИЕ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для окончательного подтверждения диагноза?
3. Дифференциальный диагноз.
4. Назовите источник данной инфекции и пути передачи.
5. Назначьте лечение.
6. Профилактические мероприятия.



ЗАДАЧА 24

Мальчик 5 лет заболел остро, когда повысилась температура тела до 38,2-39,4°C в течение двух дней без катаральных явлений, симптомы интоксикации не выражены. Ребенок получал ибупрофен. На вторые сутки в перiorальной области, на верхних и нижних конечностях появились элементы везикулезной сыпи, в связи с чем ребенок бригадой скорой медицинской помощи доставлен в больницу с направляющим диагнозом «Ветряная оспа?».

Профилактическая вакцинация проведена в соответствии с национальным календарем прививок. Эпидемиологический анамнез: контакты с инфекционными больными мама отрицает. Ребенок вместе с мамой посещает бассейн.

При поступлении в стационар: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, температура тела 36,6°C. При осмотре ротоглотки отмечаются везикулы на дужках. Кожный покров бледно-розовый, везикуллезная сыпь на ладонях и стопах. Ребенок активный, аппетит хороший. В легких пуэрильное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул кашицеобразный 2 раза в сутки. Мочеиспускание не затруднено. Менингеальной и очаговой симптоматики не выявлено.

Клинический анализ крови при поступлении: HGB 129 г/л, RBC $4,46 \times 10^{12}$ /л, PLT 192×10^9 /л, WBC $5,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 13%, эозинофилы 1%, лимфоциты 76%, моноциты 8%, СОЭ 13 мм/час.

ЗАДАНИЕ

1. Предварительный диагноз.
2. Каким образом можно подтвердить данный диагноз?
3. Дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Профилактические мероприятия.



ЗАДАЧА 25

Мальчик 6 лет заболел с повышения температуры тела до 37,8°C, головной боли, вялости. На 3-й день болезни температура тела повысилась до 39,2°C и оставалась на высоких цифрах (39,0 – 40,1°) вплоть до поступления больного в стационар (7-й день болезни). Одновременно ухудшился аппетит (анорексия), усилилась головная боль, появились сонливость, заторможенность, сыпь на коже живота. Стул все дни кашицеобразный, без патологических примесей.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, продолжает высоко лихорадить, отмечается резкая слабость, вялость, адинамия, сонливость. Аппетит отсутствует. Лицо одутловатое, бледное, синева под глазами. На коже живота и боковых поверхностях груди – необильная розеолезная сыпь. Губы сухие, потрескавшиеся. Язык густо обложен желтовато-коричневым налетом, утолщен, со следами зубов по краям. Пульс 64 удара в минуту, ритм правильный. Тоны сердца приглушенные. Живот незначительно вздут газами, при пальпации отмечается урчание в правой подвздошной области, там же – укорочение перкуторного звука (симптом Падалки). Печень выступает ниже края реберной дуги на 2 см, селезенка – на 1,5 см. Стул разжиженный 3 раза в день, типа «горохового супа». Анус сомкнут.

Эпидемиологический анамнез: за 10 дней до начала заболевания приехал из Таджикистана, где провел все лето у родственников, пил некипяченую воду, ел немывые овощи и фрукты.

Клинический анализ крови: HGB – 124 г/л, RBC – $3,8 \times 10^{12}$ /л, PLT – 240×10^9 /л, WBC – $3,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 6%, сегментоядерные – 41%, лимфоциты – 50%, эозинофилы – 0%, моноциты – 3%, СОЭ – 22 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

Бактериологический анализ кала на кишечную группу: патогенные бактерии семейства кишечных не выявлены.

ЗАДАНИЕ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Возможные осложнения заболевания.
4. Назначьте лечение.
5. Показания для выписки больного из стационара.
6. Профилактические мероприятия.

ЗАДАЧА 26

Мальчик 7 лет, гражданин Таджикистана, доставлен в инфекционное отделение в связи с появлением зелени и слизи в стуле, лихорадки до 38,0 С. В течение последних 2-х месяцев отмечается жидкий стул, субфебрилитет. При беседе с матерью установлено, что ребенок родился и проживает в Москве, на учете в детской поликлинике не состоит, так не имеет гражданства и медицинского полиса. Не привит. Детские учреждения не посещал. Отец ребенка умер 6 лет назад в результате передозировки героина. В течение последнего года нарастает кахексия, вялость, отмечается неустойчивый стул.

При осмотре состояние тяжелое за счет инфекционного токсикоза. Ребенок вялый, адинамичный. Аппетит снижен. Мальчик правильного телосложения, резко пониженного питания. Масса тела – 17 кг. Температура тела 37,7⁰С. Кожа сухая, смуглая, чистая от сыпи. Подкожно-жировая клетчатка практически отсутствует, отеков нет. Слизистые полости рта влажные, на слизистой оболочке щек, неба, языка – обильные рыхлые белые островчатые наложения; миндалины увеличены до II степени, в лакунах – белые творожистые наложения. Отмечается увеличение периферических лимфоузлов – шейных групп, подмышечных, паховых, размером до 1 х 2 см, эластичные, не спаяны с кожей и между собой, безболезненные. В легких дыхание жесткое, проводится симметрично с обеих сторон. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Живот подвздут, мягкий, доступен глубокой пальпации, печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул при осмотре разжиженный, с примесью зелени и слизи, за сутки 5 раз. Мочился утром в день госпитализации. Менингеальных знаков нет.

ЗАДАНИЕ:

1. Предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные исследования для подтверждения диагноза.
3. Предполагаемый источник заражения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Консультацию каких специалистов необходимо назначить больному?
6. Профилактические мероприятия.

ЗАДАЧА 27

Девочка 7 лет, приведена матерью на амбулаторный прием к участковому педиатру с просьбой вылечить «чесотку».

При сборе анамнеза выяснилось, что ребенка в течение несколько месяцев беспокоит кожный зуд, преимущественно в области ягодиц, промежности. Зуд усиливается в ночные часы; девочка плохо засыпает и беспокойно спит. Днем сонливая, раздражительная, после уроков в школе приходит домой и ложится спать.

Контакт с больными чесоткой и инфекционными больными отрицают; за пределы Российской Федерации не выезжала.

Аллергоанамнез не отягощен, привита по возрасту.

При осмотре ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Температура тела $36,7^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы обычной окраски, в области ягодичной складки и промежности многочисленные экскориации, свежие и покрытые корочкой. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот мягкий, безболезненный, печень пальпируется у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный, диурез не изменен. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики нет.

ЗАДАНИЕ:

1. Предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные исследования для подтверждения диагноза.
3. Предполагаемый источник заражения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Назначьте этиотропную терапию.
6. Профилактические мероприятия.



ЗАДАЧА 28

Мальчик 1 года 8 месяцев, 20 октября доставлен на прием с жалобами на вялость, капризность, снижение аппетита, неустойчивый стул. Сегодня утром при смене подгузника мать обнаружила среди каловых масс червя розовато-белого цвета длиной около 20 см.

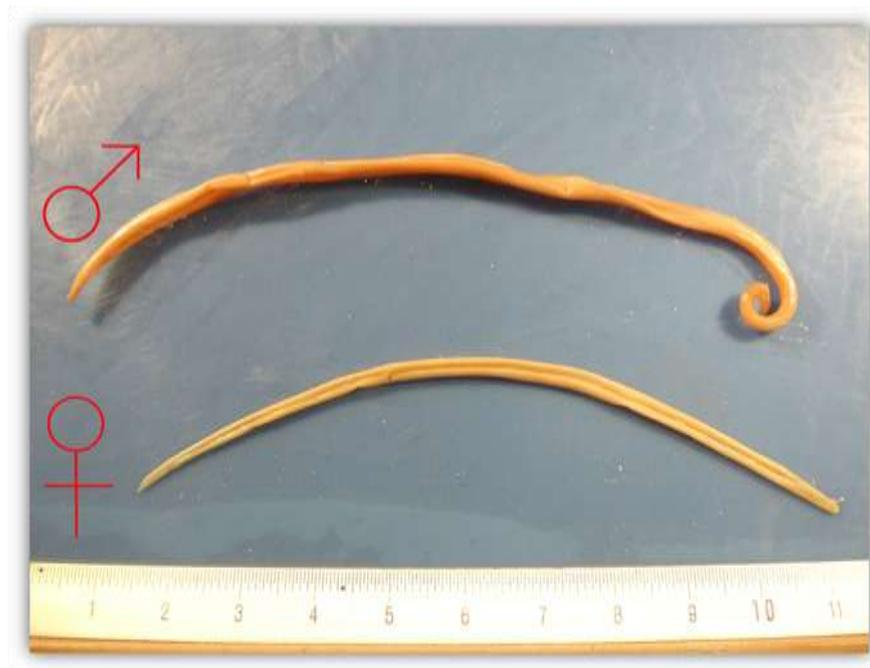
При сборе анамнеза выяснилось, что все лето провел в частном доме в Подмоскowie, ел немывые ягоды, фрукты, овощи со своего огорода.

Контакт с инфекционными больными отрицают; за пределы Российской Федерации не выезжал. Аллергоанамнез не отягощен, не привит (отказ родителей).

При осмотре ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Реакция на осмотр негативная, капризен. Температура тела $36,7^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы бледно-розовые, чистые от сыпи. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот подвздут, мягкий, доступен глубокой пальпации, печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул при осмотре кашицеобразный, диурез не изменен. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики нет.

ЗАДАНИЕ:

1. Предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные исследования для подтверждения диагноза.
3. Предполагаемый источник заражения.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Назначьте этиотропную терапию.
6. Профилактические мероприятия.



ЗАДАЧА 29

В детское боксированное отделение поступил мальчик 3 лет 8 месяцев. Со слов мамы в течение последних 3-х дней ребенок беспокойный, высоко лихорадит, температура тела 38-39°C, аппетит снижен. Отмечается влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа, правосторонний конъюнктивит.

При поступлении состояние средней тяжести, температура 38,3°C, веки отечны. Конъюнктура правого глаза гиперемирована, обильное отделяемое. На нижнем веке справа белая пленка, снимающаяся свободно, поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены до 1-2-х см, безболезненные, эластичные. Миндалины и фолликулы на задней стенке глотки увеличены, зев гиперемирован. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизистое отделяемое из носа. В легких жесткое дыхание, обильные проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные, ЧСС-122 удара в минуту. Печень +3,5 см из-под края реберной дуги, селезенка +1,5 см. Стул оформленный.

Неделю назад мама перенесла ОРЗ.

Клинический анализ крови: HGB - 133 г/л, RBC- $4,3 \times 10^{12}$ л, WBC - $7,9 \times 10^9$ л, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 38%, эозинофилы – 2%, лимфоциты - 53%, моноциты - 4%, СОЭ 4 мм/ч

ЗАДАНИЕ

1. Обоснуйте предварительный диагноз. Какая форма заболевания предполагается?
2. Дифференциальный диагноз.
3. Консультация каких специалистов потребуется для динамического наблюдения и назначения терапии?
4. Какие лабораторные тесты подтверждают диагноз.
5. Назначьте лечение.
6. Профилактические мероприятия.



ЗАДАЧА 30

Мальчик, 6 лет, поступил в стационар с жалобами на головокружение, шаткость походки.

При поступлении состояние тяжелое, вялый, адинамичный, температура тела 37,3°C. На коже лица, туловище, конечностях элементы высыпаний, покрытые корочками.

Катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей нет.

Лимфатические узлы шейные, подмышечные, паховые до 1,0 см, безболезненные. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются.

Тоны сердца приглушены, легкий систолический шум на верхушке сердца.

Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Стул, диурез в норме.

Ребенок в сознании, речь невнятная. Сидит неустойчиво, пошатываясь, не стоит, не ходит, выражен тремор рук. Небольшая сглаженность носогубной складки слева, менингеальных симптомов нет.

Горизонтальный нистагм.

В детском саду несколько случаев ветряной оспы.

Клинический анализ крови: HGB-136 г/л; RBC $4,2 \times 10^{12}$ /л; WBC $5,5 \times 10^9$ /л; палочкоядерные - 2%; сегментоядерные - 25%; лимфоциты - 65%; моноциты - 5%; эозинофилы – 3%, СОЭ-7 мм/час.

ЗАДАНИЕ

1. Предварительный диагноз.
2. Назначьте обследование.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Консультации каких специалистов необходимы?
5. Назначьте лечение.
6. Профилактические мероприятия.

ЗАДАЧА 31

Мальчик, 6 лет, заболел остро: температура тела 38°C, кашель, насморк, конъюнктивит. Диагноз участкового врача - ОРВИ. В анамнезе черепно-мозговая травма в возрасте 11 месяцев, после чего мать отказалась от профилактических прививок.

В последующие дни температура сохранялась, катаральные явления усилились, кашель грубый, частый, отечность век, появилась светобоязнь. На 3-й день болезни температура 39,5°C, на лице, за ушами, появилась пятнисто-папулезная сыпь, головная боль, повторная рвота, нарушение сознания, клонико-тонические судороги. Госпитализирован.

При поступлении состояние очень тяжелое, без сознания, часто возникают приступы общих тонико-клонических судорог.

На коже лица, шеи, груди яркая, сливная пятнисто-папулезная сыпь. Слизистая ротоглотки гиперемирована, налетов нет. Слизистая щёк шероховатая, с участками отшелушивания эпителия. Выражены явления конъюнктивита, блефароспазм. В легких жесткое дыхание, единичные сухие хрипы. ЧД- 28 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 120 ударов в минуту. Живот мягкий, печень и селезенка не прощупываются. Стула не было в течение суток. Отмечается легкая ригидность затылочных мышц, анизокория.

На рентгенограмме органов грудной клетки усиление легочного рисунка.

Исследование цереброспинальной жидкости: жидкость прозрачная, вытекает частыми каплями, цитоз - 200 клеток в мкл, лимфоциты – 98%, нейтрофилы – 2%, белок - 2,6 г/л.

Клинический анализ крови: HGB - 120 г/л, RBC - $3,5 \times 10^{12}$ /л, WBC - $4,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 42%, лимфоциты - 48%, моноциты - 7%, СОЭ – 22 мм/час.

ЗАДАНИЕ

1. Предполагаемый диагноз и клиническая форма болезни.
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. В консультации каких специалистов нуждается больной?
4. Дифференциальный диагноз.
5. Назначьте лечение.
6. Профилактические мероприятия.

ЗАДАЧА 32

Ребенок 3 лет, посещает дет/сад, заболел остро, температура тела 39°C, рвота, жаловался на головную боль. На второй день болезни мальчик потерял сознание, появились судороги, пена у рта. Доставлен в больницу машиной «скорой помощи» с направляющим диагнозом ОРВИ, эпилепсия?

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 –80/40 мм.рт.ст. В легких жесткое дыхание. Тоны сердца аритмичные, тенденция к брадикардии. Живот мягкий, печень +1см.

Через 2 часа состояние ухудшилось. Лежит в вынужденной позе с запрокинутой головой, стонет, увеличилось количество геморрагических элементов на коже, некоторые из них с некрозом в центре. Многократная рвота. Пульс частый, слабый. Зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая.

Клинический анализ крови: HGB - 104 г/л, RBC- $3,6 \times 10^{12}$ /л, PLT - 185×10^9 /л, WBC - $17,0 \times 10^9$ /л, миелоциты – 1%, метамиелоциты –1%, палочкоядерные –27%, сегментоядерные –51%, эозинофилы –2%, лимфоциты - 10%, моноциты – 8%, СОЭ –25 мм/час.

Исследование цереброспинальной жидкости: цвет – мутный, цитоз – 3000 клеток в мкл, белок- 0,420 г/л, лимфоциты – 15%, нейтрофилы – 85%.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Каких специалистов следует пригласить на консультацию?
3. Какие лабораторные исследования могут подтвердить клинический диагноз?
4. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены на догоспитальном и госпитальном этапах?
5. Противоэпидемические мероприятия в очаге.
6. Профилактика заболевания.

ЗАДАЧА 33

Мальчик, 6 месяцев, поступил в стационар на 2-й день болезни с направляющим диагнозом: краснуха.

Заболел остро: температура тела 38°C, насморк. Затем состояние ухудшилось, на теле появились высыпания темно-багрового цвета.

При поступлении состояние крайне тяжелое. Ребенок вял, адинамичен, зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая. Кожа серого цвета. По всей поверхности множественные, различной величины и формы темно-багровые участки геморрагической сыпи некоторые элементы с некрозом в центре. В легких жестковатое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца глухие. Артериальное давление не определяется. Живот умеренно вздут. Не мочится. Печень +1см.

Данные дополнительных исследований:

Осмотр окулиста - расширение вен сетчатки, кровоизлияния на глазном дне.

Клинический анализ крови: HGB- 109 г/л; RBC - $3,6 \times 10^{12}$ /л; PLT- 137×10^9 /л; WBC- $17,2 \times 10^9$ /л; палочкоядерные - 17%; сегментоядерные - 53%; эозинофилы - 2%; лимфоциты - 25%; моноциты - 3%; СОЭ-35 мм/ч.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести?
3. Дифференциальный диагноз.
4. Консультация каких специалистов требуется?
5. Назначьте лечение.
6. Профилактические мероприятия.

ЗАДАЧА 34

Мальчик 4 лет, заболел накануне вечером: повысилась температура тела до 38,5°C; на следующий день утром мать заметила сыпь на лице, туловище, конечностях.

При осмотре участковым врачом отмечены: температура тела 37,8°C, увеличение заднешейных, заушных и затылочных лимфоузлов, болезненные при пальпации. Сыпь розовая, мелкая, пятнисто-папулезная на всем теле.

При осмотре ротоглотки выявлялась энантема в виде красных пятен на небе и небных дужках. Отмечались также конъюнктивит и редкий кашель. В легких хрипов нет. Тоны сердца отчетливые. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены.

Клинический анализ крови: HGB-128 г/л; RBC-3,5x10¹²/л, WBC - 4,2x10⁹ /л, палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 32%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 54%, моноциты - 3%, плазматические клетки - 8%, СОЭ-12 мм/ч.

ЗАДАНИЕ

1. Предварительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Лабораторное обследование для подтверждения диагноза.
4. Назначьте лечение.
5. Профилактика заболевания.

ЗАДАЧА 35

Мальчик 3 месяцев поступил в клинику на 5-й день болезни, 2 день желтухи. Ребенок от 1 беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, срочных родов. Масса тела при рождении 3400,0 г. В родильном доме получал трансфузии препаратов крови по поводу геморрагической болезни новорожденных.

Настоящее заболевание началось с подъема температуры до субфебрильных цифр. Стал вялым, срыгивал, была однократная рвота. На 4 день от начала болезни появилась желтуха, состояние ухудшилось: повторная рвота, на лице, ягодицах - единичные геморрагические высыпания. Госпитализирован.

При поступлении состояние больного очень тяжелое: желтуха кожи и склер, резкая вялость с периодическим беспокойством, аппетит снижен, рвота «кофейной гущей». Число дыхательных движений - 60 в 1 минуту, пульс 160 в минуту. Живот вздут. Печень пальпировалась на 3 см ниже края реберной дуги.

Состояние больного продолжало ухудшаться. На третий день пребывания в клинике (7 день болезни, 4 день желтухи) потерял сознание, не глотает, тонические судороги, на коже геморрагические высыпания, кровоточивость в местах инъекций. Атония мышц. Арефлексия. Размеры печени сократились.

Биохимический анализ крови: билирубин общий 202,6 мкмоль/л, билирубин конъюгированный 76 ммоль/л, АлАТ 316 ЕД/л, АсАТ 380 ЕД/л, общий белок 47, альбумины 17 %, протромбиновый индекс –15%.

ЗАДАНИЕ

1. Предварительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Какие серологические маркеры подтвердят диагноз?
4. Назначьте лечение.
5. Профилактические мероприятия.

ЗАДАЧА 36

Девочка 3 лет, воспитанница дома ребенка, куда доставлена месяц назад. Поступила в клинику с жалобами на вялость, сниженный аппетит, боли в животе. При поступлении определялась иктеричность склер, легкая иктеричность кожи. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации без четкой локализации. Печень плотноватая, пальпировалась на 1,5-2,0 см ниже реберной дуги. Селезенка не увеличена. Моча "насыщенного" цвета, цвет кала не менялся.

Биохимический анализ крови: билирубин общий 68 мкмоль/л, конъюгированный 60 мкмоль/л, АЛАТ-1280 ЕД/л, АсАТ-880 ЕД/л.

Клинический анализ крови: HGB-120 г/л; RBC- $3,8 \times 10^{12}$ /л; WBC - $5,0 \times 10^9$ /л.; эозинофилы-2%; палочкоядерные 3%; сегментоядерные - 53%; лимфоциты - 40%; моноциты - 2%; СОЭ-10 мм/час.

Серологическое исследование: анти-HCV не обнаружены, анти-HAV IgM не обнаружены.

ЗАДАНИЕ

1. Предварительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Профилактика заболевания
6. Назовите возможные варианты исхода этой болезни.

ЗАДАЧА 37

Девочка, 8 лет родилась от здоровых родителей. В возрасте 1 г. 3 мес. перенесла острое респираторное заболевание, осложнившееся пневмонией.

Лечилась в стационаре, получала переливания плазмы. В возрасте 5 лет при обследовании по контакту (случай вирусного гепатита в детском саду) в сыворотке крови обнаружено повышение АлАТ и HBsAg. Поставлен диагноз: «Гепатит В, безжелтушная форма». В дальнейшем наблюдалась по катамнезу. Через год активность гепатоцеллюлярных ферментов нормализовалась, однако сохранялось присутствие HBsAg.

За 3 месяца до поступления в клинику лечилась у стоматолога. За неделю до поступления в клинику у девочки ухудшилось самочувствие, стала быстро уставать, отмечалось повышение температуры тела до 37,5°C, потемнела моча. При поступлении состояние средней тяжести, умеренная иктеричность кожи и склер, единичные телеангиэктазии на коже лица и шеи. В легких и сердце без патологии. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье. Печень плотная, выступает из-под реберной дуги на 4 см, селезенка ниже реберной дуги на 2 см. Моча темная.

Биохимический анализ крови: билирубин общий 165 мкмоль/л, конъюгированный - 112 мкмоль/л, АлАТ- 1300 ЕД/л, АсАТ- 1200 Ед/л, альбумин- 35%, гамма-глобулины - 23%.

Серологические маркеры вирусных гепатитов HBsAg обнаружено, anti-HBcore IgG обнаружено, anti-HBe обнаружено, anti-HDV IgM обнаружено, anti-HCV не обнаружено, anti-HAV IgM не обнаружено.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Объясните причину ухудшения состояния и появления желтухи у больного.
3. Каковы возможные пути инфицирования?
4. Объясните причину «потемнения» мочи.
5. Назначьте лечение.
6. Профилактические мероприятия.

ЗАДАЧА 38

Мальчик 1 года 8 месяцев заболел остро, с подъема температуры тела до 38,8°C, «лающего» кашля, осиплости голоса, слизистого отделяемого из полости носа. К вечеру состояние ухудшилось, появилось затрудненное дыхание, беспокойство. Ребенок был доставлен в отделение реанимации.

При поступлении температура 38,2°C, состояние тяжелое, выражена одышка ЧД 44 в минуту инспираторного характера с раздуванием крыльев носа и участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, западение яремной ямки. Отмечается цианоз носогубного треугольника и кончиков пальцев, «мраморный» оттенок кожи. Голос осиплый. Зев гиперемирован, умеренно выражены катаральные явления. Беспокоит частый непродуктивный кашель. Тоны сердца приглушены, аритмичны ЧСС 100-130 в минуту, выпадение пульсовой волны на вдохе. В легких дыхание жесткое.

Проведена ларингоскопия: вход в гортань 1-2 мм, во входе в гортань - большое количество слизистой мокроты прозрачного цвета, яркая гиперемия черпаловидных хрящей, подсвязочного пространства, отек голосовых связок.

На рентгенограмме грудной клетки усиление сосудистого рисунка, правая доля вилочковой железы увеличена, у корня правого легкого треугольная тень - ателектаз?

КОС: pH 7,31, PCO₂ 41,4, PO₂ 70, BE (- 3,6).

Клинический анализ крови: HGB 130 г/л, RBC 3,5 x 10¹²/л, ЦП 0,89, лейкоциты 8,3 x 10⁹/л, палочкоядерные 3%, сегментоядерные 41%, эозинофилы 2%, лимфоциты 45%, моноциты 9%, СОЭ-10 мм/ч.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Назначьте лечение.
6. Необходимые рекомендации при выписке больного из стационара.

ЗАДАЧА 39

Мальчик 5 лет, поступил в стационар с направляющим диагнозом: Гепатит А, безжелтушная форма.

В группе детского сада, которую посещает мальчик, неделю назад был госпитализирован в стационар воспитатель с диагнозом "Гепатит". При обследовании по контакту у ребенка было выявлено увеличение печени до 2 см от края реберной дуги, в биохимическом анализе крови отмечено повышение активности АлАТ до 180 Ед/л. Самочувствие ребенка не страдало, желтухи не отмечалось. Из анамнеза: в периоде новорожденности лечился в стационаре по поводу пневмонии (получал инфузионную терапию, трансфузии плазмы). Рос и развивался нормально.

При осмотре температура тела 36,6°C. Кожные покровы обычной окраски, на щеках явления капиллярита. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Печень уплотнена, безболезненна, край ее выступает из-под реберной дуги на 2 см. Отмечается болезненность при пальпации в области проекции желчного пузыря. Пальпируется край селезенки.

Биохимический анализ крови: белок общий 70 г/л, альбумины 36 г/л, билирубин общий 17 мкмоль/л, конъюгированный 10 мкмоль/л, АлАТ 180 ЕД/л, АсАТ 140 ЕД/л.

Сывороточные вирусные маркеры anti-HAV IgM не обнаружено, HBsAg обнаружено.

УЗИ органов брюшной полости: ткань печени повышенной эхогенности за счет мелкоочаговых и среднеочаговых структур. Стенки желчного пузыря не утолщены, в полости желчного пузыря осадок. Поджелудочная железа без патологии. Почки не изменены.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Оцените результаты УЗИ органов брюшной полости.
4. Назначьте лечение.
5. Определите прогноз заболевания.
6. Проведите профилактические мероприятия в семье и детском учреждении.

ЗАДАЧА 40

Ребенок 5 лет, заболел утром, на 3-й день после возвращения в Москву из Танзании, где отдыхал вместе с родителями. Заболевание началось остро с появления частого обильного жидкого стула без патологических примесей, затем появилась повторная рвота. Температура тела не повышалась. К вечеру состояние ухудшилось – появилась резкая слабость и адинамия, кратковременные боли и судорожные подергивания в икроножных и жевательных мышцах. Выпитая жидкость не утоляла жажду, а лишь усиливала рвоту. На машине скорой помощи был госпитализирован в инфекционный стационар с направляющим диагнозом «Инфекционный гастроэнтерит».

При поступлении в стационар состояние ребенка тяжелое. Кожа бледная, черты лица заострены, глаза запавшие, синева вокруг глаз, цианоз носогубного треугольника, конечности холодные на ощупь. Кожная складка на животе не расправляется, тургор снижен. Язык сухой, обложен, отмечается также и сухость слизистой оболочки полости рта, осиплость голоса и затруднение глотания. Судорожные подергивания мышц кратковременные. В легких дыхание везикулярное до 30 в минуту. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. Пульс удовлетворительного наполнения 120 ударов в минуту, ритм правильный. АД 90/50 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий безболезненный. Печень и селезенка пальпируются у края реберной дуги. Стул жидкий обильный без патологических примесей до 10 раз с момента заболевания, рвота 6 раз. Диурез снижен. Ребенок в сознании, менингеальных симптомов нет.

Клинический анализ крови: HGB – 148 г/л, RBC – $5,6 \times 10^{12}$ /л., WBC – 12×10^9 /л., палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные – 52%, лимфоциты – 30% моноциты – 6%, эозинофилы – 2%, СОЭ – 12 мм/час.

Биохимический анализ крови: калий плазмы 2,2 ммоль/л, натрий 129 ммоль/л, хлор 85 ммоль/л.,

КОС: Ht 47%. pH 7,2; BE (-22).

ЗАДАНИЕ

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения этиологического диагноза?
3. Ведущий синдром, определяющий тяжесть заболевания
4. Дифференциальный диагноз
5. Назначьте лечение
6. Противозидемические мероприятия



ЗАДАЧА 41

Девочка 6 лет воспитанница детского дома. Заболела с повышения температуры тела до субфебрильных цифр, снижения аппетита, кашля. Поставлен диагноз ОРВИ, получала амоксициллин без эффекта. Через десять дней от начала болезни на фоне участвующих приступов кашля поднялась температура тела до 37,8 С. Направлена на госпитализацию.

При поступлении состояние средней тяжести, вялая. Беспокоит сухой навязчивый кашель. Кожные покровы чистые. Зев слегка гиперемирован, налетов нет, явления фарингита. В легких выслушиваются мелкопузырчатые хрипы, неотчетливое притупление перкуторного звука. ЧД - до 34 в 1 мин. Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС-90 в 1 мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул нормальный, диурез сохранен. Менингеальных симптомов нет.

Клинический анализ крови: HGB-124 г/л, RBC - $4,5 \times 10^{12}$ /л, WBC - $9,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 60%, лимфоциты - 29%, моноциты - 6%, СОЭ – 16 мм/час., PLT – 230×10^9 /л.

На рентгенограмме грудной клетки с обеих сторон определяются множественные очаги снижения пневматизации, усиление легочного рисунка за счет интерстициального и сосудистого компонентов.

Серологические исследования:

M. pneumoniae IgM обнаружены, IgA обнаружены

Chl. pneumoniae IgM не обнаружены, IgG не обнаружены.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Дифференциальный диагноз
3. Оцените результаты рентгенологического исследования.
4. Назначьте лечение.
5. Противоэпидемические мероприятия

ЗАДАЧА 42

Мальчик, 8 лет, поступил в клинику с жалобами на повышенную утомляемость. Привит по возрасту. В 5 лет перенес аппендицит, осложнившийся перитонитом. С 6-летнего возраста у мальчика обнаруживается увеличение размеров печени, повышение активности АлАТ и АсАТ в 2-3 раза.

При поступлении состояние средней тяжести, жалобы на слабость и утомляемость.

Мальчик правильного телосложения, удовлетворительного питания. На коже лица в области скуловой дуги слева и на тыле кисти правой руки имеются телеангиэктазии. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень уплотнена, выступает от края реберной дуги на 2,5 см; селезенка на 0,5 см.

Биохимический анализ крови: билирубин общий 20 мкмоль/л, конъюгированный 9 мкмоль/л, АлАТ 120 ЕД/л, АсАТ 98 ЕД/л, общий белок 70 г/л, альбумины 36%, гамма-глобулины 23%.

Клин анализ крови: HGB - 126 г/л; RBC - $4,6 \times 10^{12}/л$; WBC - $5,3 \times 10^9/л$; палочкоядерные - 2%; сегментоядерные - 43 %; эозинофилы - 1%; лимфоциты - 50 %; моноциты - 4 %; СОЭ - 6 мм/час, PLT - $180 \times 10^9 /л$.

Серологические исследования: HBsAg (-), анти-HBs (+), анти-HAV IgM (-), анти HCV (+).

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Необходимые дополнительные исследования
3. Дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Прогноз заболевания.
6. Профилактические мероприятия

ЗАДАЧА 43

Мальчик 7 месяцев заболел остро: температура 38,0°C, отказ от еды, двукратная рвота, стул однократный кашицеобразный.

При осмотре состояние средней тяжести, вялый, кожные покровы бледно-розовые, чистые от сыпи, слизистая оболочка дужек и мягкого неба гиперемирована, с выраженной зернистостью; на передних дужках, мягком небе - везикулезные и афтозные элементы. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области пупка. Менингеальных симптомов нет.

На 3-й день болезни температура снизилась до нормальных цифр, а на теле появилась розовая пятнисто-папулезная сыпь.

Клинический анализ крови: HGB - 125 г/л, RBC - $4,0 \times 10^{12}$ /л, WBC - $6,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 2 %, сегментоядерные – 40 %, эозинофилы - 2 %, лимфоциты – 48 %, моноциты – 8 %, СОЭ – 12 мм/час.

ЗАДАНИЕ

1. Предполагаемый диагноз.
2. Лабораторные исследования для уточнения диагноза.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Противоэпидемические мероприятия.



ЗАДАЧА 44

Мальчику 8 лет подарили попугая. Через 3 недели у ребенка появился сухой кашель, головная боль, мышечные боли, повысилась температура тела до 37,6 °С. В последующие дни кашель усилился. Мальчик госпитализирован на 5 день болезни.

При поступлении состояние средней тяжести, вялый. Одышка до 28 в минуту, кашель малопродуктивный, навязчивый, приступообразный. В легких с обеих сторон выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы, температура тела 37,7 С, тоны сердца приглушены, ЧСС 88 ударов в мин. Гиперемия слизистой миндалин, дужек, задней стенки глотки. Инъекция сосудов склер и конъюнктив. Увеличение шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов до 1,0 см в диаметре

Клинический анализ крови: HGB-122г/л, RBC- $4,2 \times 10^{12}$ /л, WBC - $11,3 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные - 47%, эозинофилы – 0%, лимфоциты - 34%, моноциты -11%, СОЭ –30 мм/час.

На рентгенограмме грудной клетки очаговые тени в прикорневых отделах обоих легких.

ЗАДАНИЕ

1. Предполагаемый диагноз.
2. Дополнительные лабораторные исследования.
3. Перечислите клинические формы заболевания.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Назначьте лечение.
6. Профилактические мероприятия

ЗАДАЧА 45

Девочка, 2,5 лет, посещает детский сад. Заболела остро, с подъема t тела до $37,5^{\circ}\text{C}$ 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 $38,0^{\circ}\text{C}$, 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 $40,0^{\circ}\text{C}$, вялая, отказывается от еды. На коже элементы сыпи покрыты 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 - $3,8 \times 10^{12}$ /л, WBC - $17,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные –23%, сегментоядерные – 60%, эозинофилы – 3%, лимфоциты - 10%, моноциты - 4%, СОЭ –35 мм/час.

ЗАДАНИЕ

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

ЗАДАЧА 46

Мальчик 11 месяцев. Заболел остро: повысилась температура до 38,0°С, появился кашель, насморк, конъюнктивит. В последующие дни катаральные явления нарастали, конъюнктивит стал более выраженным, появилась светобоязнь. На 4-й день болезни температура тела 39,5° С, появилась пятнисто-папулезная сыпь на лице, в последующие дни сыпь распространилась на туловище и на конечности, катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей усилились. С подозрением на пневмонию направлен на госпитализацию.

Состояние при поступлении средней тяжести, температура 38,2° С, вялый. На лице, туловище, конечностях обильная пятнисто-папулезная сыпь, местами сливная. Лимфоузлы всех групп, особенно шейные увеличены, безболезненные. Дыхание через нос затруднено, обильное слизисто-гнойное отделяемое. Кашель влажный. Конъюнктивит, слезотечение. В легких дыхание жесткое, влажные хрипы с обеих сторон. Сердечные тоны громкие, ритмичные. Зев гиперемирован, энантема на слизистых полости. Живот мягкий, безболезненный.

Клинический анализ крови: HGB-132 г/л, RBC- $4,6 \times 10^{12}$ /л, WBC - $4,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 35%, лимфоциты – 59%, моноциты – 1%, СОЭ – 20 мм/час.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Лабораторные исследования для уточнения этиологии заболевания.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Профилактические мероприятия.

ЗАДАЧА 47

Ребенок 1,5 месяцев от 1-й нормальной беременности. Роды в срок, без патологии. На грудном вскармливании. Психическое и физиологическое развитие соответствует возрасту. Отец ребенка последние две недели кашлял.

14 июля у ребенка появился кашель при нормальной температуре. Кашель в последующие дни усиливался. Участковый врач диагностировал ОРВИ.

22 июля ребенок госпитализирован.

Состояние при поступлении средней тяжести. Бледный. Кашель приступообразный, сопровождается цианозом лица, иногда рвотой, отхождением густой, вязкой мокроты. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы, ЧД 66 в минуту. Сердечные тоны громкие, ЧСС до 160 в минуту. Живот мягкий, не напряжен.

Клинический анализ крови: HGB - 132 г/л, RBC - $4,0 \times 10^{12}/л$, WBC - $36 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 10%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 79%, моноциты – 4%, СОЭ-20 мм/час .

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Лабораторные исследования для уточнения этиологии заболевания.
3. Дифференциальный диагноз
4. Назначьте лечение.
5. Профилактические мероприятия

ЗАДАЧА 48

Мальчик 4-х лет, заболел остро 25 декабря, когда появилась температура до 39,3°C, мышечные боли, вялость, озноб; на следующие сутки появился сухой кашель, лихорадка сохранялась. Направлен на госпитализацию.

При поступлении состояние средней тяжести, температура 39,0°C, вялость. Кожа чистая, гиперемия щек, склеры инъекцированы. Необильные слизистые выделения из носа, сухой кашель. ЧД до 26 в 1 минуту. В легких единичные сухие хрипы, перкуторно - звук ясный легочный, с обеих сторон симметричен. Тоны сердца учащены, чистые, ЧСС 120 в 1 минуту. Слизистые ротоглотки гиперемированы, на миндалинах налетов нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены. Менингеальных симптомов нет.

Клинический анализ крови HGB 126 г/л, RBC $4,2 \times 10^{12}$ /л, WBC - $3,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 45%, лимфоциты - 45%, моноциты - 8%, СОЭ – 8 мм/час, PLT – 176×10^9 /л .

ЗАДАНИЕ

1. Предполагаемый диагноз.
2. Лабораторные исследования для уточнения этиологии заболевания.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Профилактические мероприятия

ЗАДАЧА 49

Мальчик, 8 месяцев, заболел остро, когда повысилась температура тела до 39,2°C. Ежедневно лихорадил до 38,8-39°C, катаральных явлений не отмечалось, аппетит сохранен, достаточно активный после снижения температуры. Ребенок получал ибупрофен. На третьи сутки температура 40.1, в связи с чем ребенок бригадой скорой медицинской помощи доставлен в больницу с направляющим диагнозом «Инфекция мочевых путей?».

Профилактическая вакцинация проведена в соответствии с календарем прививок. Наследственность не отягощена.

При поступлении в стационар: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, температура тела 37,6°C, кожа бледная, чистая. На 4-е сутки заболевания на спаде лихорадки появилась мелкая пятнисто-папулезная сыпь на коже лица, туловища, верхних конечностях, единичные элементы на нижних конечностях. Ребенок активный, аппетит хороший. В легких пуэрильное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

В клиническом анализе крови при поступлении: HGB – 129 г/л, RBC – $4,46 \times 10^{12}$ /л, PLT – 192×10^9 /л, WBC – $5,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 13%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 76%, моноциты – 8%, СОЭ – 13 мм/час.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предположительный диагноз
2. Какие изменения в общем анализе крови характерны для данного заболевания?
3. Каким образом можно подтвердить данный диагноз?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?



ЗАДАЧА 50

Мальчик 2,5 лет заболел остро с подъема температуры тела до 39,0°C, болей в горле, затруднения глотания. Госпитализирован с диагнозом «ОРВИ».

При поступлении в стационар состояние тяжелое, температура тела 39,5°C, голос «сдавленный», слюнотечение. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника, раздувание крыльев носа. Слизистая ротоглотки слабо гиперемирована, налетов нет. При надавливании на корень языка виден отечный, вишнево-красного цвета надгортанник. Выраженная одышка, число дыханий до 46 в 1 мин. В легких дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ЧСС-120 в 1 мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул нормальный, диурез адекватный. Менингеальных симптомов нет.

Клинический анализ крови: HGB - 125 г/л, RBC - $4,7 \times 10^{12}$ /л, PLT - 280×10^9 /л, WBC - $20,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 12%, сегментоядерные – 67%, лимфоциты-21%, СОЭ –27 мм/час.

ЗАДАНИЕ

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные обследования для уточнения этиологии заболевания.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Профилактические мероприятия.

