

ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Задача № 1

Девочка 5 лет, заболела остро, t до 40°C , сухой грубый резкий кашель, двукратная рвота.

Эпиданамнез: родители отказались от сезонной вакцинации ребенка.

При поступлении состояние тяжелое, вялость, $t - 39^{\circ}\text{C}$. На коже лица и шеи петехии, склеры инъектированы. Необильные слизистые выделения из носа. ЧДД – 48 уд/мин. В легких единичные сухие хрипы. Тоны сердца чистые, ЧСС – 146 уд/мин. Зев гиперемирован, налетов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 2 см. Стул без патологии. Менингеальных симптомов нет.

Общий анализ крови: HGB – 120 г/л, RBC – $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $4,0 \times 10^9/\text{л}$, PLT – $302 \times 10^9/\text{л}$, NEUT – 27% (П – 2%, С – 25%), LYM – 67%, MON – 6%, СОЭ – 3 мм/ч.

Вирусологическое исследование мазка из носоглотки в РИФ: грипп (+), парагрипп (-), РС (-), аденовирусы (-).

Рентгенограмма органов грудной клетки: легочный рисунок усилен, легочные поля без очаговых и инфильтративных теней, корни бесструктурны, срединная ткань без особенностей, диафрагма четкая, синусы свободные.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: этиопатогенез, эпидемиология, клинические формы. Показания для госпитализации. Жизнеугрожающие синдромы. Критерии дыхательной недостаточности. Показания для перевода в ОРИТ.
3. План обследования в соответствии с клиническими рекомендациями. Методы этиологической диагностики.
4. Лечение в соответствии с утвержденными МЗ РФ КР «Грипп» возрастная группа – дети, 2025 г. Алгоритм неотложной помощи. Диспансеризация.
5. Специфическая профилактика заболевания.

Задача № 2

Мальчик 9 мес., заболел остро – с подъема t до $38,8^{\circ}\text{C}$, лающего кашля, осиплости голоса, насморка. К вечеру состояние ухудшилось, появились затрудненное дыхание, беспокойство.

Эпиданамнез: у отца ребенка отмечалась кратковременная афония.

При поступлении состояние крайне тяжелое, сознание спутанное, одышка инспираторного характера с участием вспомогательной мускулатуры. Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД – 70 уд/мин. Цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, мраморный оттенок кожи. Умеренные катаральные явления. Тоны сердца глухие, ЧСС – 160 уд/мин., выпадение пульсовой волны на вдохе. При аускультации вдох удлинен.

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 органов грудной клетки: усиление сосудистого рисунка, правая доля вилочковой железы увеличена.

Вирусологическое исследование мазка из носоглотки в РИФ: парагрипп (+), РС (-), адено (-), грипп (-).

Общий анализ крови: HGB – 130 г/л, RBC – $4,1 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $8,3 \times 10^9/\text{л}$, EO – 2%, NEUT – 41% (П – 3%, С – 38%), LYM – 48%, MON – 9%, СОЭ – 10 мм/ч.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: этиопатогенез, клинические формы. Показания для госпитализации. Критерии тяжести. Оценка степени стеноза гортани. Показания для перевода в ОРИТ.
3. План обследования. Методы этиологической диагностики.
4. Лечение в соответствии с утвержденными МЗ РФ КР «Острый обструктивный ларингит (круп, эпиглоттит, постинтубационный отек гортанит)», 2024 г., «Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ), 2022 г., Алгоритм неотложной помощи.
5. Профилактика.

Задача № 3

Мальчик 3 лет, болен в течение 4 дней. Беспокоен, аппетит снижен, t 38-39°C. Отмечаются светобоязнь, слезотечение, утром при пробуждении реснички слипшиеся. К 3 дню болезни усилились кашель, насморк.

Эпиданамнез: у старшего брата – гнойный конъюнктивит.

Объективно при поступлении: конъюнктивы гиперемированы, веки отечны. Лимфоузлы шейной группы множественные, до 1-2 см, безболезненные. В зеве гиперемия, нежный белый налет на миндалинах, зернистость задней стенки глотки. Дыхание через нос затруднено, обильное слизисто-гнойное отделяемое. В легких жесткое дыхание, выслушиваются сухие свистящие и влажные разнокалиберные хрипы. ЧДД – 46 уд/мин., ЧСС – 140 уд/мин. Печень +3,5 см, селезенка + 1 см ниже реберной дуги.

Общий анализ крови: HGB – 133 г/л, RBC – $4,2 \times 10^{12}$ /л, WBC – $7,9 \times 10^9$ /л, NEUT – 41% (П – 3%, С – 38%), LYM – 55%, MON – 4%, СОЭ – 4 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок 74 г/л, АЛТ 32 ед/л, АСТ 22 ед/л. (N до 37 ед/л).

РИФ: парагрипп (-), грипп (-), РС (-), адено (+).

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

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: этиопатогенез, эпидемиология, клинические формы. Показания для госпитализации.
3. План обследования.
4. Лечение в соответствии с утвержденными МЗ РФ клиническими рекомендациями «Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ), 2022 г.
5. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача № 4

Девочка 3 мес., поступила в стационар на 5-й день болезни с диагнозом: ОРВИ, пневмония? Заболеванию началось с насморка, редкого кашля, повышения t до 37,4°C. Получала симптоматическую терапию. Кашель имел тенденцию к учащению, оставался непродуктивным. На 4-й день болезни появились дистанционные хрипы, одышка.

Эпиданамнез: у отца ребенка в последние 2 недели отмечался насморк.

При поступлении общее состояние средней тяжести, t 37,2°C, вяловата, но аппетит сохранен. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника, при беспокойстве – акроцианоз. Кашель частый, непродуктивный. «Дистанционные» хрипы. Одышка

смешанная, с участием вспомогательной мускулатуры (яремная ямка, межреберные промежутки), ЧДД – 60 уд/мин. В легких дыхание жесткое, хрипы влажные мелкопузырчатые на вдохе и выдохе. Перкуторно – коробочный звук. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС – 140 уд/мин. В зеве – гиперемия дужек. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 2,5 см. Стул, диурез – в норме.

На рентгенограмме органов грудной клетки: без очаговых и инфильтративных теней, усиление бронхо-сосудистого рисунка, вздутие, повышение прозрачности легочных полей.

Общий анализ крови: HGB – 115 г/л, RBC – $3,5 \times 10^{12}$ /л, WBC – $3,0 \times 10^9$ /л; NEUT – 23% (П – 3%, С – 20%), LYM – 70%, MON – 7%, СОЭ – 13 мм/ч.

РИФ: носоглоточный смыв: адено (-), РС (+), парагрипп (-).

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: этиопатогенез, группы риска, клинические формы. Показания для госпитализации. Критерии неблагоприятного прогноза.
3. План обследования. Методы этиологической диагностики.
4. Лечение в соответствии с утвержденными МЗ РФ КР «Острый бронхиолит», 2024, «Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ), 2022 г., КР «Острая респираторно-синцитиальная инфекция, 2025». Алгоритм неотложной помощи.
5. Профилактика.

Задача № 5

Мальчик 8 лет, болен в течение недели: в дебюте заболевания – заложенность носа, повышение t до 38°C , боль при глотании. Диагностирована лакунарная ангина, получал амоксициллин без эффекта.

Эпиданамнез: у 2 детей в классе в течение последнего месяца отмечались аналогичные признаки.

При поступлении состояние тяжелое, t 39°C , лицо одутловатое, носом не дышит, голос с гнусавым оттенком, склеры субиктеричны. На лице, туловище – элементы пятнисто-папулезной сыпи, склонной к слиянию. Увеличены задне- и переднешейные лимфоузлы, больше слева. В ротоглотке яркая гиперемия, на миндалинах сплошные наложения беловато-желтого цвета. Язык густо обложен белым налетом. ЧСС – 120 уд/мин. Печень и селезенка выступают ниже края реберной дуги на +3 см.

Общий анализ крови: HGB – 130 г/л, RBC – $4,1 \times 10^{12}$ /л, WBC – $10,0 \times 10^9$ /л, EO – 1%, NEUT – 18% (П – 7%, С – 11%), LYM – 43%, MON – 13%, атипичные мононуклеары – 25%. СОЭ – 25 мм/час.

ИФА: анти-ВЭБ-VCAIgM (+), анти-ВЭБ-EA IgG (+), анти-ВЭБ-NAIgG (-)

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: этиопатогенез, эпидемиология, клинические формы. Показания для госпитализации. Критерии тяжести.
3. План обследования. Оценка серологических данных.
4. План лечения.
5. Диспансеризация.

Задача № 6

Ребенок 5 лет, посещает детский сад. Заболевание началось остро с повышения t до 39°C , двукратной рвоты, боли в горле. Через несколько часов мать заметила покраснение лица, сыпь на коже.

Эпиданамнез: в детском саду имелись случаи лакунарной ангины.

Состояние средней тяжести, $t - 38,2^{\circ}\text{C}$, головная боль, боль в горле. На щеках яркий румянец, бледный носогубный треугольник. Кожа сухая, на боковых поверхностях туловища, сгибательных поверхностях конечностей обильная мелкоточечная сыпь. Слизистая рта чистая, язык сухой, густо обложен белым налетом. В зеве яркая, отграниченная гиперемия миндалин, точечная энантема на небе. Миндалины гипертрофированы, в лакунах гной желтого цвета. Переднешейные лимфатические узлы до 1,5 см, болезненные. Дыхание через нос свободное, кашля нет. В легких везикулярное дыхание, тоны сердца звучные, ЧСС – 130 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Осмотр ЛОР – врача: лакунарная ангина.

На 3 день болезни t до 38°C . В подмышечных, локтевых сгибах и паховой области заметны темно-красные полосы за счет концентрации сыпи и геморрагического пропитывания, дермографизм белый, отмечается очищение языка с краев, в зеве яркая гиперемия, в лакунах следы гноя.

Общий анализ крови: HGB – 135 г/л, RBC – $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $15,0 \times 10^9/\text{л}$, EO – 3%, NEUT – 72% (П – 10%, С – 62%), LYM – 20%, MON – 5%, СОЭ – 30 мм/ч.

В посевах слизи из зева: рост гемолитического стрептококка.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: этиопатогенез, эпидемиология, клинические формы, осложнения. Показания к госпитализации. Дифференциальный диагноз экзантемы.
3. План обследования. Методы подтверждения диагноза.
4. План лечения. Диспансеризация.
5. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача № 7

Мальчик 5 мес., заболел остро, когда повысилась t до $39,5^{\circ}\text{C}$, стал вялым, периодически беспокойным, отказался от еды. На следующее утро появились судороги, ребенок госпитализирован.

Эпиданамнез: ребенок до настоящего времени не вакцинирован.

При поступлении состояние очень тяжелое. Кожные покровы бледные, чистые. ЧДД – 60 уд/мин. В легких хрипов нет, тоны сердца глухие, ЧСС – 200 уд/мин. Не мочится в течение 6 часов. Отмечается резкое выбухание большого родничка. Сознание отсутствует.

Общий анализ крови: HGB – 120 г/л, RBC – $5 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $19 \times 10^9/\text{л}$, EO – 0%, NEUT – 75% (П – 20%, С – 55%), LYM – 20%, MON – 5%, СОЭ – 27 мм/ч., токсическая зернистость нейтрофилов +++.

Анализ ликвора: мутный, молочно-белого цвета, $5000 \times 10^6/\text{л}$ – 92%, CSF MNC (лимфоциты + моноциты) – 8%, CSF RBC – 0%, PROTEIN – 1,0 г/л.

ДНК *N. meningitidis* – обнаружена.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: этиопатогенез, эпидемиология, клинические формы. Показания к госпитализации. Маршрутизация на этапе госпитализации больного.
3. План обследования. Методы этиологической диагностики. Оценка сознания по шкале Глазго. Клинические признаки отека мозга.

4. Лечение в соответствии с утвержденными МЗ РФ КР «Менингококковая инфекция у детей», 2023. Алгоритм неотложной помощи. Диспансеризация.
5. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача № 8

Мальчик 4 лет, заболел остро – с повышения t до $39,5^{\circ}\text{C}$, повторной рвоты. Через 3 часа на животе, нижних конечностях, лице появилась звездчатая геморрагическая сыпь с некрозами в центре. Ребенок стал сонлив, заторможен.

Эпиданамнез: у старшего брата в течение недели был фарингит.

При поступлении состояние крайне тяжелое, сомнолентность. Кожа серого цвета, крупные элементы сливающейся геморрагической сыпи до 5-15 см в диаметре. В зеве зернистость задней стенки глотки. Тоны сердца глухие, ЧСС – 136 уд/мин., АД – 70/50 мм рт. ст. Не мочится. Менингеальные симптомы положительные, мидриаз, анизокория, реакция зрачков на свет слабая.

Окулист: глазное дно: ДЗН застойны – бледно-розовые, границы ступеваны. Вены сетчатки расширены, извиты, кровоизлияние на глазном дне.

Общий анализ крови: HGB – 120 г/л, RBC – $3,6 \times 10^{12}/\text{л}$, PLT – $137 \times 10^9/\text{л}$, WBC – $20,7 \times 10^9/\text{л}$, EO – 2%, NEUT – 73% (П – 37%, С – 33%, Ю – 3%), LYM – 20%, MON – 5%, СОЭ – 35 мм/ч.

Методом «толстой» капли в крови обнаружены диплококки, расположенные внутриклеточно.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: этиопатогенез, эпидемиология, клинические формы, исходы. Показания к госпитализации. Маршрутизация больного. Критерии оценки септического шока.
3. Обследование. Оценка сознания по шкале Глазго. Оценка тяжести септического шока.
4. Лечение в соответствии с утвержденными МЗ РФ КР «Менингококковая инфекция у детей», 2023. Алгоритм неотложной помощи.
5. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача № 9

Ребенок 2-х лет заболел остро – с подъема до t 39°C , повторной рвоты, головной боли, кратковременных клонических судорог, госпитализирован.

Эпиданамнез: у отца ребенка в течение недели насморк и боль в горле.

При поступлении: состояние тяжелое – t $39,5^{\circ}\text{C}$, сонлив, голова запрокинута назад, стонет. Кожа серого цвета, акроцианоз. На животе, конечностях, лице – обильная геморрагическая сыпь различной величины, неправильной формы. Тоны сердца приглушены, тенденция к брадикардии. АД – 70/45 мм рт. ст. Не мочится. Положительные симптом Кернига, Брудзинского, ригидность мышц затылка на 3 см.

Общий анализ крови: HGB – 120 г/л, RBC – $3,6 \times 10^{12}/\text{л}$, PLT – $170 \times 10^9/\text{л}$, WBC – $27 \times 10^9/\text{л}$, EO – 2%, NEUT – 80% (П – 27%, С – 53%), LYM – 10%, MON – 8%, СОЭ – 30 мм/ч.

Общий анализ мочи: SG – 1017, GLU – NEG, PRO – NEG, EP. CEL – 0-1 в поле зрения, ERY – 0, LEU – 1-2 в поле зрения.

Коагулограмма: время свертывания крови по Ли-Уайт – 13 мин. (5-10), АЧТВ – 50' (35-45), ПТИ – 60% (85-105), фибриноген – 3,9 г/л (1,7-3,5).

Ликвор: цвет мутный, белесоватый, CYTOSIS – $4000 \times 10^6/\text{л}$, NEUT.– 90%, LYM. – 10%, PROTEIN – 0,9 г/л, GLU – 2,5 ммоль/л.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: этиопатогенез, эпидемиология, клинические формы. Показания к госпитализации. Маршрутизация больного. Дифференциальный диагноз.
3. План обследования. Оценка сознания по шкале Глазго. Оценка тяжести септического шока.
4. План лечения в соответствии с утвержденными МЗ РФ КР «Менингококковая инфекция у детей», 2023. Алгоритм неотложной помощи.
5. Противоэпидемические мероприятия в очаге

Задача № 10

Девочка 2 лет, заболела остро: повысилась t до $38,5^{\circ}\text{C}$, появились кашель, насморк, конъюнктивит. В последующие дни катаральные явления росли, появилась светобоязнь. На четвертый день болезни t тела – $39,5^{\circ}\text{C}$, появилась на лице сыпь.

Эпиданамнез: ребенок до настоящего времени не вакцинирован.

При осмотре на 5 день болезни: состояние средней тяжести, t – $38,2^{\circ}\text{C}$, вялость, влажный кашель. На туловище и верхних конечностях пятнисто-папулезная экзантема, местами сливная. В зеве яркая гиперемия, на мягком небе экзантема, на слизистой щек – белесоватые наложения. Из носа слизисто-гнойное отделяемое. Конъюнктивит, слезотечение. Лимфоузлы всех групп, особенно шейных, увеличены. В легких дыхание жесткое, сухие хрипы. ЧДД – 30 уд/мин. Сердечные тоны ритмичные, ЧСС – 124 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: HGB – 130 г/л, RBC – $4,85 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $7,0 \times 10^9/\text{л}$; NEUT – 59% (П – 5%, С – 54%), LYM – 37%, MON – 4%, СОЭ – 25 мм/ч.

РИФ: мазок из зева на антигены к вирусам респираторной группы отрицателен.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: этиопатогенез, эпидемиология, клинические формы. Показания к госпитализации. Критерии тяжести.
3. План обследования. Методы этиологической диагностики.
4. Лечение в соответствии с утвержденными МЗ РФ КР «Корь», 2024
5. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача № 11

Девочка 3-х лет, заболела остро, когда повысилась t до 38°C , появились насморк, кашель. В динамике кашель усилился, стал грубым, появились светобоязнь, отечность век. На 4-й день болезни температура $39,5^{\circ}\text{C}$, на лице, за ушами появилась пятнисто-папулезная сыпь, которая в последующие 2 дня распространилась на туловище и конечности. На 7 день болезни температура нормализовалась. Однако на 8-й день болезни появились головная боль, 2 раза рвота, нарушение сознания, судороги. Была госпитализирована.

Эпиданамнез: девочка родилась в срок, часто болеет ОРВИ. Не привита.

При поступлении: состояние очень тяжелое. Без сознания, клонико-тонические судороги. На коже лица, туловища и конечностей пигментация. В ротоглотке умеренная гиперемия. В легких жесткое дыхание, ЧДД – 18 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 100 уд/мин. Мышечный тонус повышен, сухожильные рефлексы оживлены. Менингеальные симптомы положительные.

На рентгенограмме органов грудной клетки– усиление легочного рисунка.

Общий анализ крови: HGB – 120 г/л, RBC – $3,5 \times 10^{12}$ /л, WBC – $8,4 \times 10^9$ /л, EO – 5%, NEUT – 35% (П – 3%, С – 32%), LYM – 53%, MON – 7%, СОЭ – 22 мм/ч.

Общий анализ мочи: SG – 1011, GLU – NEG, PRO – NEG, EP. CEL – 1-2 в поле зрения, LEU – 0-1 в поле зрения.

Спинномозговая жидкость: прозрачная, вытекает частыми каплями, CYTOSIS – 7000×10^6 /л, NEUT – 2%, л – 98%. PROTEIN – 0,56 г/л, GLU – 2,5 ммоль/л.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: этиопатогенез, эпидемиология, клинические формы. Показания к госпитализации.
3. План обследования. Методы этиологической диагностики. Оценка сознания по шкале Глазго. Критерии отека головного мозга.
4. Лечение в соответствии с утвержденными МЗ РФ КР «Корь», 2024.
5. Профилактика.

Задача № 12

Мальчик 6 лет, посещает детский сад. Заболел остро, с повышения t до $38,5^\circ\text{C}$. На следующий день появилась сыпь на лице, туловище, конечностях.

Эпиданамнез: мальчик не привит. У матери ребенка беременность 12 недель.

При осмотре ребенка участковым врачом: t – $37,8^\circ\text{C}$, редкий кашель. Сыпь розовая, мелкопятнистая на всем теле, кроме ладоней и стоп, с преимущественным расположением на разгибательных поверхностях конечностей, без склонности к слиянию. При осмотре ротоглотки: энантема в виде красных пятен на небе и небных дужках. Катаральный конъюнктивит. Затылочные лимфатические узлы увеличены до 1,0 см, умеренно болезненные. Дыхание везикулярное, ЧДД – 18 уд/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 100 уд/мин.

Общий анализ крови: HGB – 135 г/л, RBC – $4,1 \times 10^{12}$ /л, WBC – $6,3 \times 10^9$ /л; EO – 5%, NEUT – 31% (П – 1%, С – 30%), LYM – 53%, MON – 3% плазматические клетки – 4:100, СОЭ – 8 мм/час.

ИФА крови: Анти-Rub IgM – положит.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: этиопатогенез, эпидемиология, клинические формы. Показания к госпитализации. Критерии тяжести.
3. План обследования.
4. План лечения.
5. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача № 13

Мальчик 7 лет, поступил на 7 день болезни. Заболевание началось с повышения t до $37,8^\circ\text{C}$, боли и припухлости в околоушной области с 2-х сторон. На 3 день болезни появились боли в животе опоясывающего характера, тошнота и рвота. На 6 день улучшилось самочувствие, температура нормализовалась. На 7-й день вновь температура 39°C , интенсивная головная боль, повторная рвота, сонливость, адинамия.

Эпиданамнез: не вакцинирован в связи с отказом родителей.

При объективном осмотре обнаружены ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига, Брудзинского. В легких без патологии. Живот мягкий, болезненность в зоне Шоффара, точке Мейо-Робсона.

Общий анализ крови: HGB – 126 г/л, RBC – $3,5 \times 10^{12}$ /л, WBC – $5,2 \times 10^9$ /л, NEUT – 43% (П – 5%, С – 35%), LYM – 52%, MON – 8%, СОЭ – 11 мм/ч.

Общий анализ мочи: SG – 1007, GLU – NEG, PRO – NEG, EP. CEL – 1-2 в поле зрения, LEU – 2-3 в поле зрения.

Ликвор вытекал под высоким давлением, слегка опалесцирующий, CYTOSIS – 380/3, NEUT – 20%, LYM – 80%, PROTEIN – 0,5 г/л

Диастаза мочи – 128 ед. (N=16-32).

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: этиопатогенез, эпидемиология, клинические формы. Показания к госпитализации. Критерии тяжести. Возможные осложнения.
3. План обследования.
4. План лечения. Диспансеризация.
5. Профилактика.

Задача № 14

Мальчик 5 лет, заболел ветряной оспой. У ребенка в течение 3 сут. отмечались высыпания на фоне повышения температуры до 38°C. С 4-х суток заболевания «новых» элементов сыпи не появлялось, температура нормализовалась. Однако состояние ухудшилось на 6-й день, когда появились головная боль, головокружение, шаткость походки, на 7-е сут. – повышение t до 39°C, речь скандированная, начал говорить тихо и медленно, не смог встать на ноги, вялость, сонливость, повторная рвота.

Эпиданамнез: в детском саду были случаи ветряной оспы.

При осмотре: состояние тяжелое, ребенок вялый, сонливый, в контакт вступает неохотно, температура 37,5°C. На коже лица, волосистой части головы, туловища, конечностей – единичные элементы, покрытые корочками. Зрачки D=S с живой реакцией на свет. В крайних отведениях глазных яблок двусторонних горизонтальный нистагм. Самостоятельно не сидит и не стоит. Мышечный тонус снижен. Имеется тремор в руках. Тоны сердца приглушены. В легких хрипов нет. Менингеальные симптомы – отрицательны. Речь имеет скандированный характер. Дизартрия, положительные координационные пробы – пальценосовая и коленно-пяточная. Неустойчивость в позе Ромберга.

Общий анализ крови: HGB – 136 г/л, RBC – $4,2 \times 10^{12}$ /л, WBC – $3,0 \times 10^9$ /л, EO – 3%, NEUT – 27% (П – 2%, С – 25%), LYM – 63%, MON – 7%, СОЭ – 7 мм/ч.

Общий анализ мочи: SG – 1016, PRO – NEG, GLU – NEG, EP. CEL – 1-2 в поле зрения, LEU- 2-3 в поле зрения.

Спинномозговая жидкость: прозрачная, вытекает частыми каплями, CYTOSIS – 7×10^6 /л, PROTEIN – 0,138 г/л, GLU – 2,7 ммоль/л.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: свойства возбудителя, патогенез, клинические формы. Критерии тяжести. Показания для перевода в ОРИТ. Возможные осложнения.
3. План обследования.
4. План лечения.
5. Профилактика заболевания.

Задача № 15

Мальчик 3 лет, посещает детский сад. Заболел остро – с подъема t 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. На 7 день болезни состояние ухудшилось: повысилась температура тела до 39°C , сильная боль, припухлость, отёк и уплотнение кожи спины, увеличились подмышечные лимфатические узлы, озноб, общая слабость, вялость.

Эпиданамнез: в детском саду у двоих детей в течение последних 3 недель были случаи заболевания с пузырьковой сыпью.

При осмотре: на коже лица и туловища корочки. Отмечаются сильная боль, припухлость, отёк и уплотнение кожи спины, увеличиваются подмышечные лимфатические узлы, озноб, общая слабость, вялость.

В легких пуэрильное дыхание, ЧДД – 36 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 140 уд/мин. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Стул оформлен. Диурез адекватен.

Общий анализ крови: HGB – 118 г/л, RBC – $3,4 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $12,5 \times 10^9/\text{л}$; EO – 1%, NEUT – 37% (П – 8%, С – 29%), LYM – 58%, MON – 4%, СОЭ – 35 мм/ч.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: свойства возбудителя, патогенез, клиническая картина. Критерии тяжести. Показания для госпитализации. Возможные осложнения.
3. План обследования. Методы этиологической диагностики.
4. Принципы лечения. Условия выписки из стационара.
5. Профилактика и противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача № 16

Девочка 6 лет, посещает детский сад, почувствовала боль в горле при глотании, повышение t до $38,5^{\circ}\text{C}$. Участковый врач обнаружил налеты на миндалинах, диагностировал фолликулярную ангину, назначил амоксициллин внутрь. Наложения на миндалинах имели тенденцию к распространению на дужки и небный язычок, с трудом снимались шпателем, не растирались между предметными стеклами.

Эпиданамнез: в возрасте 3 мес. была проведена 1 вакцинация АКДС, после которой отмечался пронзительный крик в течение нескольких часов. Родители отказались от последующих вакцинаций.

Общий анализ крови: HGB – 126 г/л, RBC – $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $12,6 \times 10^9/\text{л}$; EO – 1%, NEUT – 78% (П – 7%, С – 71%), LYM – 18%, MON – 3%, СОЭ – 26 мм/ч.

Посев слизи из зева и носа на BL: выделена *C. diphtheriae mitis* (токсигенная).

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: свойства возбудителя, патогенез, классификация, клинические формы. Показания для госпитализации и переводу в ОРИТ.
3. План обследования. Методы этиологической диагностики.
4. План неотложной помощи. Условия выписки из стационара.
5. Профилактика и противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача № 17

Девочка 2 мес. Появился кашель без повышения температуры. Через неделю кашель стал приступообразным, до 15-20 эпизодов в сутки, сопровождался цианозом лица, иногда рвотой, отхождением густой, вязкой мокроты. При осмотре участковым врачом: $t - 36,7^{\circ}\text{C}$, ЧДД – 36 уд/мин. ЧСС – 136 уд/мин. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Со стороны других органов без особенностей. Психомоторное развитие соответствует возрасту.

К концу второй недели состояние ухудшилось, ребенок госпитализирован с диагнозом: ОРВИ, пневмония.

Эпиданамнез: у отца ребенка в последние две недели отмечался кашель. Вскармливание искусственное.

При поступлении $m - 4450$ г. Состояние тяжелое, $t - 38,5^{\circ}\text{C}$, вялость, периодически беспокойство, повторные судороги. Кашель приступообразный, до 20-30 раз в сутки с рвотой. Отмечаются остановки дыхания, во время которых ребенок синеет. Кожные покровы бледные, лицо одутловатое, цианоз носогубного треугольника. В легких влажные мелкопузырчатые хрипы, одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. ЧДД – 52 уд/мин. Сердечные тоны приглушены, ЧСС – 160 уд/мин.

Рентгенограмма органов грудной клетки: округлое затемнение с неровными нечеткими контурами воспалительного генеза в S5 правого легкого на фоне деформированного легочного рисунка, корни структурны, тяжисты за счет сосудистого компонента, правый купол диафрагмы приподнят; левый – без особенностей.

Общий анализ крови: HGB – 128 г/л, RBC – $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $18,2 \times 10^9/\text{л}$; EO – 3%, NEUT – 14% (П – 2%, С – 12%), LYM – 77%, MON – 6%, СОЭ – 8 мм/ч.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: свойства возбудителя, патогенез, клиническая картина. Критерии тяжести. Критерии оценки степени дыхательной недостаточности. Показания для госпитализации и перевода в ОРИТ.
3. План обследования. Методы этиологической диагностики.
4. Принципы лечения. Условия выписки из стационара. План диспансеризации.
5. Профилактика и противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача № 18

Ребенок 3 мес., поступил на 14-й день болезни с диагнозом: ОРВИ, пневмония. Две недели назад на фоне нормальной t появился кашель, который имел тенденцию к учащению, особенно в ночное время. Через неделю кашель стал приступообразным, сопровождался беспокойством, покраснением лица, высовыванием языка, звонким вдохом, периодически заканчивался рвотой или отхождением трудно откашливаемой мокроты.

Эпиданамнез: у брата в течение 3 недель сухой кашель. Вакцинальный анамнез: БЦЖ в роддоме.

При осмотре в отделении: $m - 5400$. Кашель до 25 приступов в сутки с отхождением вязкой мокроты или рвоты, синкопальные апноэ. Состояние тяжелое, ребенок вялый, бледный, цианоз носогубного треугольника. Кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза. Зев спокойный. В легких дыхание жесткое, хрипы единичные сухие и влажные, которые исчезают после приступа, ЧДД – 36 уд/мин. Тоны сердца отчетливые. ЧСС – 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 2,0 см, селезенка не увеличена. Стул, диурез в норме.

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

При бактериологическом исследовании слизи из носоглотки – *Haemophilus pertussis*.

Общий анализ крови: HGB – 140 г/л, RBC – $4,0 \times 10^{12}$ /л, WBC – $30,0 \times 10^9$ /л; NEUT – 23% (П – 3%, С – 20%), LYM – 70%, MON – 7%, СОЭ – 3 мм/ч.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: свойства возбудителя, патогенез, классификация. Критерии тяжести. Критерии оценки степени дыхательной недостаточности. Показания для перевода в ОРИТ.
3. План обследования. Методы этиологической диагностики.
4. План неотложной помощи. План диспансеризации.
5. Профилактика и противоэпидемические мероприятия в очаге.

КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Задача № 19

Ребенок 8 лет, заболел остро – с повышения t до 39°C , повторной рвоты, жидкого калового стула с примесью слизи и зелени. На второй день t – $40,5^{\circ}\text{C}$, однократно судороги тонического характера. Стул до 20 раз, скудный, бескаловый, с большим количеством мутной слизи и прожилками крови. Спазматические боли в животе перед актом дефекации.

Эпиданамнез: был в походе, где отмечались нарушения личной и пищевой гигиены.

При поступлении: состояние тяжелое, вялость, сменяющаяся беспокойством. Кожа бледная, сухая, конечности прохладные, тургор снижен. Язык густо обложен налетом, сухой. ЧДД – 40 уд/мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 140 уд/мин. Живот втянут, болезненный в левой подвздошной области. Печень, селезенка в норме. Сигмовидная кишка спазмирована в виде тяжа, болезненная. Анус податлив. Диурез сохранен. Ригидность затылочных мышц, синдромы Кернига и Брудзинского – отрицательные.

Общий анализ крови: HGB – 150 г/л, RBC – $4,0 \times 10^{12}$ /л, WBC – $9,6 \times 10^9$ /л; EO – 2%, NEUT – 72% (П – 12%, С – 60%), LYM – 20%, MON – 6%, СОЭ – 22 мм/ч.

КОС: pH 7,30; $p\text{CO}_2$ 40 мм рт.ст.; HCO_3^- 16 ммоль/л; Na 147 ммоль/л; K 3,2 ммоль/л; Cl 112 ммоль/л; Be -4 ммоль/л.

Копрограмма: консистенция жидкая, слизь – большое количество, кровь – большое количество, мышечные волокна (+), нейтральный жир (+), жирные кислоты (–), мыла (+), крахмал (–), йодофильная флора (++), лейкоциты – 30-50 в п/з, эритроциты – до 10-15 в п/з, яйца глистов – не обнаружены.

РПГА: с сальмонеллезным диагностикумом – отрицательная.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: свойства возбудителя, патогенез, клиническая картина. Тип диареи. Критерии тяжести. Показания для госпитализации и перевода в ОРИТ. Оценка степени инфекционного токсикоза.
3. План обследования в соответствии с клиническими рекомендациями. Методы этиологической диагностики.
4. План лечения в соответствии с клиническими рекомендациями («Шигеллез» 2024). Условия выписки из стационара. Допуск в детский коллектив.

5. Профилактика и противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача № 20

Ребенок 3 лет, заболел остро: повысилась t до $39,5^{\circ}\text{C}$, появились 3-кратная рвота, головная боль, жидкий стул до 8 раз, обильный, затем скудный, по типу «ректального плевка».

Эпиданамнез: в разных группах детского сада заболели несколько детей с повышением температуры тела, появлением повторной рвоты, жидкого стула.

При поступлении: лихорадка $39,6^{\circ}\text{C}$, вялость. Кожные покровы бледные, черты лица заострены. Язык густо обложен налетом, сухой. Тоны сердца ясные, громкие. ЧСС – 140 уд/мин. Живот втянут. При пальпации болезненность в левой подвздошной области, сигмовидная кишка спазмированная, болезненная, анус податлив. Стул скудный с большим количеством мутной слизи, зелени и прожилками крови до 15 раз в сутки, тенезмы.

Общий анализ крови: HGB – 130 г/л, RBC – $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $10,0 \times 10^9/\text{л}$; EO – 4%, NEUT – 65% (П – 10%, С – 55%), LYM – 28%, MON – 3%, СОЭ – 22 мм/ч.

КОС: pH 7,36; pCO_2 42 мм рт.ст.; HCO_3^- 23 ммоль/л; Na 142 ммоль/л; K 3,7 ммоль/л; Cl 102 ммоль/л; Be 2 ммоль/л.

Копрограмма: консистенция – жидкая, слизь – большое количество, кровь (++) , реакция кала – щелочная, мышечные волокна (++) , нейтральный жир (+), жирные кислоты (–), мыла (+), крахмал (–), йодофильная флора (++) , лейкоциты – 40-50 в п/з, эритроциты – 15-20 в п/з.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: свойства возбудителя, патогенез, клиническая картина. Тип диареи. Критерии тяжести. Осложнения. Показания для госпитализации. Оценка степени эксикоза в соответствии со шкалой дегидратации CDS.
3. План обследования в соответствии с клиническими рекомендациями.
4. План лечения в соответствии с клиническими рекомендациями («Шигеллез» 2024). Условия выписки из стационара и допуск в детский коллектив.
5. Профилактика и противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача № 21

Ребенок 4 мес., заболел остро с появления стула до 5 раз в сутки, снижения аппетита, срыгивания.

Эпиданамнез: находится на искусственном вскармливании, готовая смесь хранится в холодильнике в течение дня.

При поступлении на 4 день болезни: состояние тяжелое, t – 39°C , рвота 10 раз в сутки. Кожные покровы бледные, ячеистый рисунок. Легко собираются в складки, медленно расправляются. Тurgор тканей снижен, черты лица заострены. Слизистые оболочки сухие. Дыхание пуэрильное, ЧДД – 50 уд/мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 140 уд/мин. Живот резко вздут. Стул 15 раз в сутки, водянистый, жидкий, желтовато-оранжевого цвета с примесью слизи и зелени. Диурез снижен. Менингеальных симптомов нет.

Анализ кала на кишечную группу: *E. Coli* 0126.

Копрограмма: консистенция – жидкая, реакция – слабощелочная, мышечные волокна (–), нейтральный жир (++) , жирные кислоты (+++), мыла (++) , крахмал (+++), йодофильная флора (+); лейкоциты – 4-6 в п/з, эритроциты (–).

Общий анализ крови: HGB – 134 г/л, RBC – $4,0 \times 10^{12}$ /л, WBC – $9,0 \times 10^9$ /л; EO – 2%, NEUT – 52% (П – 2%, С – 50%), LYM – 40%, MON – 6%, СОЭ – 12 мм/ч.

КОС: pH 7,25; pCO₂ 29 мм рт.ст.; HCO₃⁻ 18 ммоль/л; Na 150 ммоль/л; K 3,0 ммоль/л; Cl 116 ммоль/л; Be -5 ммоль/л.

РПГА: с комплексным шигеллезным и сальмонеллезным диагностикумом – отрицательная.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: свойства возбудителя, патогенез, классификация, клиническая картина. Критерии тяжести. Возможные исходы. Показания для госпитализации. Оценка степени эксикоза в соответствии со шкалой CDS.
3. План обследования. Методы этиологической диагностики.
4. План лечения в соответствии с клиническими рекомендациями («Бактериальные кишечные инфекции у детей» 2025). Условия выписки из стационара.
5. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача № 22

Мальчик 12 лет, заболел остро с появления резких болей в эпигастральной области, тошноты, многократной рвоты. При поступлении $t = 38^{\circ}\text{C}$, вялость, 3-кратная рвота. Кожные покровы бледные, сухие, тургор снижен, язык густо обложен белым налетом. ЧДД – 30 уд/мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 90 уд/мин. Живот слегка вздут, при пальпации болезненный. Сигмовидная кишка эластичная. Анус сомкнут. Стул за сутки 12 раз, жидкий, обильный, зловонный, по типу «болотной тины». Мочеиспускание не нарушено.

Эпиданамнез: за 6 часов до заболевания в столовой ел пирожки с мясом.

Общий анализ крови: при поступлении в стационар: HGB – 130 г/л, RBC – $3,6 \times 10^{12}$ /л, WBC – $12,0 \times 10^9$ /л; EO – 0%, NEUT – 70% (П – 10%, С – 60%), LYM – 28%, MON – 2%, СОЭ – 25 мм/ч.

КОС: pH 7,40; pCO₂ 35 мм рт.ст.; HCO₃⁻ 22 ммоль/л; Na 140 ммоль/л; K 3,6 ммоль/л; Cl 99 ммоль/л; Be -1 ммоль/л.

Общий анализ мочи: SG – 1010, PRO – 0,033‰, GLU – neg, LEU – 3-4 в поле зрения.

Кал на кишечную группу: *S. enteritidis*.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: свойства возбудителя, патогенез, клиническая картина. Тип диареи. Критерии тяжести. Возможные исходы. Показания для госпитализации. Оценка степени эксикоза в соответствии со шкалой дегидратации CDS.
3. План обследования в соответствии с клиническими рекомендациями. Методы этиологической диагностики.
4. Лечение в соответствии с клиническими рекомендациями («Сальмонеллез у детей» 2023). Выписка из стационара и допуск в детское учреждение.
5. Противоэпидемические мероприятия в очагах (внутрибольничном и внебольничном).

Задача № 23

Девочка 2 лет 7 мес., поступила в стационар на 3-й день болезни. Заболевание началось остро с повышения t до 39°C , многократной рвоты.

Эпиданамнез: накануне заболевания ела творог со сметаной.

При поступлении на 2-ой день болезни: состояние тяжелое, $t\ 39,3^{\circ}\text{C}$, повторная рвота, стул 4 раза. Кожные покровы бледные, сухие, легко собираются в складки, медленно расправляются, конечности прохладные, ячеистый рисунок на коже. Слизистые полости рта сухие. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 150 уд/мин. Живот болезненный при пальпации в околопупочной и правой подвздошной области, вздут. Стул 10 раз, обильный, водянистый, зловонный, желто-зеленого цвета, с примесью слизи. Диурез снижен. Менингеальных знаков нет, периодически возбуждение.

Общий анализ крови: HGB – 130 г/л, RBC – $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $13,0 \times 10^9/\text{л}$; EO – 0%, NEUT – 70% (П – 33%, С – 37%), LYM – 27%, MON – 3%, СОЭ – 15 мм/ч.

КОС: pH 7,27; $p\text{CO}_2$ 30 мм рт.ст.; HCO_3^- 19 ммоль/л; Na 149 ммоль/л; K 2,9 ммоль/л; Cl 113 ммоль/л; Be -6 ммоль/л.

Копрограмма: консистенция – жидкая, слизь (++), кровь (–), реакция кала – кислая, мышечные волокна (++), нейтральный жир (++), жирные кислоты (–), мыла (++), крахмал (–), лейкоциты – 15-25 в поле зрения, эритроциты (–).

РПГА с шигеллезным диагностикумом – отрицательная.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: свойства возбудителя, патогенез, клиническая картина. Критерии тяжести. Показания для госпитализации и перевода в ОРИТ. Оценка степени инфекционного токсикоза.
3. План обследования в соответствии с клиническими рекомендациями. Методы этиологической диагностики.
4. Лечение в соответствии с клиническими рекомендациями («Сальмонеллез у детей» 2023). Выписка из стационара и допуск в детский коллектив. План диспансерного наблюдения.
5. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача № 24

Девочка 10 лет, поступила в стационар с жалобами на повышение t до $38,9^{\circ}\text{C}$, головную боль, жидкий стул. Больна в течение 8-ми дней: нарастающая гипертермия, бессонница, снижение аппетита.

Эпиданамнез: семья вернулась из Узбекистана.

При поступлении – бледная, вялая, сонливая. На коже живота – единичные розеолезные элементы, ладони и подошвы стоп желтоватой окраски. Язык густо обложен грязно-серым налетом, утолщен, по краям – отпечатки зубов. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 58 уд/мин, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот вздут, при пальпации в правой подвздошной области отмечают болезненность, урчание и притупление перкуторного звука. Печень и селезенка ниже края реберной дуги на 3 см. Стул за сутки 4-5 раз, желтого цвета, по типу «горохового пюре».

За две недели до заболевания находилась в деревне, где купалась в пруду и пила воду из колодца. В семье еще двое детей: 5 лет (посещает детский сад) и 12 лет (школьник), родители здоровы.

Общий анализ крови: HGB – 125 г/л, RBC – $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $2,6 \times 10^9/\text{л}$, EO – 0%, NEUT – 61% (П – 6%, С – 55%), LYM – 32%, MON – 7%, СОЭ – 22 мм/ч.

Копрограмма: консистенция – жидкая, реакция – щелочная, слизь – большое количество, реакция на скрытую кровь (+++), стеркобилин (+), билирубин (–), мышечные волокна – небольшое количество без исчерченности, нейтральный жир – нет, жирные кислоты (–), мыла (++), крахмал (++), йодофильная флора (+), лейкоциты (+++), эритроциты (++), яйца глистов – нет.

РПГА: с комплексным дизентерийным и сальмонеллезным диагностикумом – отрицательная.

Реакция Видалья – нарастание в динамике.

РНГА с О-антигеном (на 8 день болезни) – 1: 200

ИФА: исследования копрофильтрата на антиген ротавируса – отриц.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: свойства возбудителя, патогенез, клиническая картина. Критерии тяжести. Показания для госпитализации. Патогенез возможных осложнений.
3. План обследования. Методы этиологической диагностики. Оценка показателей гемограммы.
4. План лечения. Выписка из стационара. Допуск в детский коллектив. Диспансеризация.
5. Профилактика и противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача № 25

Мальчик 12 лет, заболел через 2 дня после возвращения из зарубежной поездки с подъема t тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, вялости, головокружения, жажды, повторной рвоты. Стул обильный, водянистый, до 12 раз в сутки. Дефекации без потуг, часто непроизвольные.

Эпиданамнез: отдыхал с родителями в Индии.

При осмотре: ребенок заторможен, черты лица заострены, глаза запавшие, язык обложен, сухой. Руки и ноги холодные. Кожа бледная с мраморным рисунком, акроцианоз, на животе – собирается в складку. ЧСС – 130 уд/мин., глухость сердечных тонов. Дыхание везикулярное, ЧДД – 38 уд/мин. Живот безболезненный, при пальпации – разлитое урчание. Стул жидкий, обильный, водянистый, типа «рисового отвара». Диурез снижен.

Общий анализ крови: HGB – 150 г/л, RBC – $5,0 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $5,0 \times 10^9/\text{л}$; EO – 2%, NEUT – 64% (П – 4%, С – 60%), LYM – 26%, MON – 8%, СОЭ – 5 мм/ч.

Общий анализ мочи: SG – 1038, PRO – 0,06%, GLU – neg. EP. CEL – ед. в препарате; LEU - 5-6 в поле зрения, ERY – neg.

КОС: рН 7,24; pCO_2 30 мм рт.ст.; HCO_3^- 16 ммоль/л; Na 126 ммоль/л; K 2,8 ммоль/л; Be - 4,3 ммоль/л.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: свойства возбудителя, патогенез, клиническая картина. Причина абдоминального синдрома при заболевании. Критерии тяжести. Показания для госпитализации.
3. План обследования. Методы этиологической диагностики.
4. Принципы лечения. План диспансерного наблюдения.
5. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача № 26

Мальчик 3 лет, заболел с повышения t до $38,3^{\circ}\text{C}$, повторной рвоты, обильного непереваренного водянистого стул светло-желтого цвета с резким кислым запахом.

Эпиданамнез: в детском саду есть случаи кишечных расстройств.

При поступлении на 2-й день болезни: t – $38,8^{\circ}\text{C}$, вялый, капризный, пьет неохотно. Кожа бледная, тургор тканей снижен. Язык сухой, обложен белым налетом, слизистая полости рта сухая, умеренная гиперемия небных дужек и задней стенки глотки. Тоны

сердца приглушены, ЧСС – 140 уд/мин. Живот умеренно вздут, урчит во всех отделах. За прошедшие сутки рвота – 8 раз, стул – 10 раз. Диурез снижен.

Общий анализ крови: HGB – 134 г/л, RBC – $4,86 \times 10^{12}$ /л, WBC – $8,0 \times 10^9$ /л; EO – 2%, NEUT – 42% (П – 3%, С – 39%), LYM – 50%, MON – 6%, СОЭ – 6 мм/ч.

КОС: pH 7,25; pCO₂ 28 мм рт.ст.; HCO₃⁻ 18 ммоль/л; Na 146 ммоль/л; K 3,1 ммоль/л; Cl 110 ммоль/л; Be -4,9 ммоль/л.

В посевах испражнений: патогенные микробы не обнаружены.

РПГА: с комплексным дизентерийным и сальмонеллезным антигеном – отрицательная.

РИФ в кале: обнаружен Rotavirus.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: свойства возбудителя, эпидемиология, патогенез, клиническая картина. Тип диареи. Критерии тяжести. Показания для госпитализации. Оценка степени эксикоза в соответствии со шкалой дегидратации CDS.
3. План обследования в соответствии с клиническими рекомендациями. Методы этиологической диагностики.
4. План лечения в соответствии с клиническими рекомендациями («Ротавирусный гастроэнтерит у детей» 2023).
5. Профилактика и противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача № 27

Мальчик 7 лет, заболел остро – с повышения t до 39,0°C, слабости, тошноты. На 3-й день болезни появились боль в животе, гиперемия лица и шеи.

Эпиданамнез: в доме есть погреб, где видели грызунов.

Объективно: одутловатость и гиперемия лица и шеи, язык обложен белым налетом, на участках очищения – малиновый. Обильная мелкопятнистая и пятнисто-папулезная сыпь на коже внизу живота, вокруг крупных суставов, в области кистей рук и стоп, на шее. В легких дыхание везикулярное, ЧДД – 25 в мин. Сердечные тоны ритмичные, приглушены, ЧСС – 100 уд/мин. Живот умеренно вздут, при пальпации болезненность в правой подвздошной области. Печень +1,5+1,5+2,5 см ниже края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Цвет мочи в течение 3 дней был насыщенным, цвет кала не менялся. Стул 3 раза в день, кашицеобразный. Мочится адекватно.

Биохимический анализ крови: общий билирубин – 48 мкмоль/л, конъюгированный – 30 мкмоль/л, АЛТ – 90 Ед/л., АСТ – 88 Ед/л. (N до 37 Ед/л)

ИФА: HBsAg – отриц., анти-HCV – отриц., анти-HAV – отриц.

Общий анализ крови: HGB – 120 г/л, RBC – $3,8 \times 10^{12}$ /л, WBC – $19,5 \times 10^9$ /л, EO – 7%, NEUT – 68% (П – 10%, С – 58%), LYM – 22%, MON – 3%, СОЭ – 30 мм/ч.

Задание

6. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
7. Характеристика заболевания: свойства возбудителя, патогенез, клиническая картина. Причина абдоминального синдрома при заболевании. Критерии тяжести. Показания для госпитализации.
8. План обследования. Методы этиологической диагностики.
9. Принципы лечения. План диспансерного наблюдения.
10. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача № 28

Ребенок 8 лет, заболел остро: t 38-38,6°C, озноб, рвота 1-2 раза, боли в животе, снижение аппетита, слабость, боли в мышцах и суставах, стул кашицеобразный со слизью и зеленью 4 раза в сутки.

Эпиданамнез: проживает в сельской местности. Консультирован хирургом в связи с появлением симптомов раздражения брюшины, диагноз «аппендицит» снят.

Поступил в инфекционное отделение с диагнозом: «Грипп? Кишечная инфекция?». Температура 37,8°C. Желтушность кожи и склер, в области локтевых, коленных суставов и на шее появились пятнисто-папулезные высыпания. Печень + 4 см, селезенки +2 см. Моча темная. С 5 дня болезни язык «малиновый».

Общий анализ крови: HGB – 133 г/л, RBC – $4,0 \times 10^{12}$ /л, WBC – $13,0 \times 10^9$; EO – 10%, NEUT – 55% (П – 10%, С – 45%), LYM – 20%, MON – 15%, СОЭ – 20 мм/ч. ASLO отриц.

Анализ кала на кишечную группу – отрицательный.

Анализ мочи на желчные пигменты (++).

Биохимический анализ крови: билирубин общий – 68,4 мкмоль/л, конъюгированный – 46,4 мкмоль/л, АЛТ – 78 Ед/л, АСТ – 72 Ед/л (N до 37 Ед/л).

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: свойства возбудителя, эпидемиология, патогенез, классификация, клиническая картина. Критерии тяжести. Показания для госпитализации.
3. План обследования. Методы этиологической диагностики.
4. Принципы лечения. Выписки из стационара. Допуск в детский коллектив. План диспансерного наблюдения.
5. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача № 29

Девочка 4-х лет, заболела остро – с подъема t тела до 37,8°C, боли в животе, однократной рвоты, недомогания, на 4-й день потемнела моча, на 5-й день появилась желтушность кожи и склер.

Эпиданамнез: в детском саду случаи заболевания детей с гепатитом.

При поступлении самочувствие удовлетворительное. Склеры и кожные покровы умеренно иктеричны. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье и в эпигастрии. Печень выступает из подреберья на +2,5+3,0+3,5 см, умеренно-эластической консистенции, болезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Моча темная. В последующие дни отмечалось постепенное исчезновение желтухи, моча стала светлой.

Биохимический анализ крови: билирубин общий – 80 мкмоль/л, конъюгированный – 50 мкмоль/л, АЛТ – 185 Ед/л (N=0-37), АСТ – 130 Ед/л, тимоловая проба – 8 ед.

Вирусные маркеры: HBsAg (-), anti-HCV (-), anti-HAV IgM (+).

Данные *УЗ-исследования органов брюшной полости:* печень повышенной эхогенности, увеличена, селезенка, почки, поджелудочная железа – без патологии.

Общий анализ крови: HGB – 130 г/л, RBC – $4,0 \times 10^{12}$ /л, WBC – $5,4 \times 10^9$ /л, EO – 1%, NEUT – 51% (П – 2%, С – 49%), LYM – 40%, MON – 8%, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: COLLT – brown, SG – 1017, GLU – NEG, PRO – NEG, LEU – 2-3 в п/зр., ERY – 1-2 в п/зр., BIL (+++).

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: свойства возбудителя, патогенез, классификация. Показания к госпитализации. Критерии тяжести.
3. План обследования. Методы этиологической диагностики.
4. Лечение в соответствии с клиническими рекомендациями. Условия выписки из стационара и допуск в детский коллектив. План диспансерного наблюдения.
5. Профилактика и противоэпидемические мероприятия.

Задача № 30

Больной С., 9 лет, заболел 5 дней назад, когда повысилась t° до $38,3^{\circ}\text{C}$, появились слабость, снижение аппетита, двукратная рвота, боли в животе. Накануне заметили желтушность кожи и склер.

Эпиданамнез: в классе есть случаи заболевания с желтухой.

При поступлении умеренная интоксикация, самочувствие улучшилось. Кожа, склеры, мягкое и твердое небо иктеричны. Отмечается зуд кожи. Печень выступает из-под края реберной дуги $+5+6+6$ см, умеренно-эластической консистенции, селезенка не пальпируется. Моча цвета "пива", стул ахоличен.

Общий анализ крови: HGB – 127 г/л, WBC – $7,0 \times 10^9/\text{л}$, EO – 2%, NEUT – 50% (П – 3%, С – 47%), LYM – 44%, MON – 4%, СОЭ – 5 мм/ч.

Общий анализ мочи: URO +, BIL + + +.

Биохимический анализ крови: билирубин общий – 207,0 мкмоль/л, прямой – 150,0 мкмоль/л, АЛТ – 640,0 Е/л (N=37 Ед/л), АСТ – 560,0 Е/л, ЩФ – 1170 Ед/л (N=100-370 Ед/л), ГГТ – 190 Ед/л (N=7-38), тимоловая проба – 20 ед (SH). Общий белок – 68 г/л, альбумины – 52%, глобулины – 48%, α – 16%, β – 14%, γ – 18%.

Маркерный спектр: HBsAg – отриц., анти-HBs – полож., анти-HAV IgM – положит., анти-HCV – отриц.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: свойства возбудителя, возможный источник и путь инфицирования, патогенез, классификация. Критерии тяжести. Показания к переводу в ОРИТ.
3. План обследования в соответствии с клиническими рекомендациями. Методы этиологической диагностики.
4. Принципы лечения в соответствии с клиническими рекомендациями (КР Острый вирусный гепатит А у детей, 2015). Условия выписки из стационара и допуск в детский коллектив. План диспансерного наблюдения.
5. Профилактика заболевания и противоэпидемические мероприятия в очаге.

НЕЙРОИНФЕКЦИИ

Задача № 31

Ребенок 11 мес., заболел остро – с появления боли в правом ухе, t° 39°C . Через сутки появилось гноетечение из уха, лечились самостоятельно (парацетамол, отипакс). На 4 день болезни рвота 2 раза, выраженная вялость, температура не снижалась на фоне жаропонижающих средств, отмечались тонические судороги.

Эпиданамнез: с рождения дефицит веса, признаки рахита. Не вакцинирован.

При поступлении состояние тяжелое: ребенок заторможен, t° до $39,5^{\circ}\text{C}$, повторная рвота. Кожные покровы бледные, единичные элементы геморрагической сыпи на лице. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 150 уд/мин, АД – 120/75 мм рт. ст. Патологии органов грудной клетки не выявлено. Живот мягкий, печень + 2 см. Стул и мочеиспускание в норме. Положительные менингеальные знаки: РМЗ ++, верхний Брудзинского +, Кернига 110° . Вялая реакция зрачков на свет. Очаговой неврологической симптоматики нет.

Общий анализ крови: HGB – 102 г/л, RBC – $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $25 \times 10^9/\text{л}$; EO – 2%, NEUT – 78% (Ю – 3%, П – 24%, С – 51%), LYM – 18%, MON – 2%, СОЭ – 26 мм/ч.

Анализ ликвора: вытекал под давлением, белый с зеленоватым оттенком, цитоз $8000 \times 10^6/\text{л}$, нейтрофилы – 95%, лимфоциты – 5%, PRO – 1,9 г/л. В ликворе методом РЛА обнаружен H1b-антиген.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: этиология, клинические формы. Гнойный менингит: классификация, критерии тяжести. Показания для перевода в ОРИТ. Критерии оценки степени отека головного мозга.
3. План обследования. Методы этиологической диагностики.
4. Принципы лечения. Алгоритм неотложной помощи при ОГМ. Диспансерное наблюдение.
5. Профилактика заболевания.

Задача № 32

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

Известно, что ребёнок заболел внезапно, когда на фоне полного здоровья появились лихорадка до 40°C и боли в горле. Через 2 часа появилось затрудненное дыхание.

Эпиданамнез: не вакцинирован.

Объективно: состояние ребенка тяжелое, температура тела – $38,8^{\circ}\text{C}$. Ребёнок капризен и возбужден. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Ребёнок отказывается от еды и питья, отмечается слюнотечение. Голос приглушённый (как будто разговаривает «с положенным в рот горячим картофелем»). Лёгкое покашливание. Болезненная пальпация остова гортани. Дыхание затруднено, инспираторная одышка, частота дыхания – 40 в 1 минуту, определяется втяжение над- и подключичных ямок, межрёберных промежутков, частота сердечных сокращений – 140 в 1 минуту, АД – 100/60 ммрт.ст.

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

Общий анализ крови: HGB – 114 г/л, RBC – $4,06 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $18,0 \times 10^9/\text{л}$; EO – 1%, NEUT – 75% (П – 10%, С – 65%), LYM – 22%, MON – 3%, СОЭ – 20 мм/ч.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: этиология, клинические признаки. Дифференциальная диагностика синдрома крупа. Критерии оценки степени дыхательной недостаточности.
3. План обследования.
4. Тактика ведения на догоспитальном этапе. Лечение в соответствии с клиническими рекомендациями.
5. Профилактика заболевания.

Задача № 33

Больной Б., 13 лет. Заболел внезапно, когда появились стойкая t° до $39,8^{\circ}$, рвота, сильная головная боль, возбуждение. На 3-е сутки – потеря сознания, судороги.

Эпиданамнез: за 4 дня до заболевания сильно ударился головой. Страдает хронической патологией ЛОР-органов.

Госпитализирован в реанимационное отделение на 3 день болезни в коматозно-судорожном статусе. Стойкая гипертермия до t° до $39,0^{\circ}\text{C}$, гипергидроз головы. Гиперпноэ. Тоны сердца глуховаты, ЧСС – от 60 до 120 уд/мин. Ригидность мышц затылка доскообразная, симптом Бабинского с двух сторон резко положительный, повышение мышечного тонуса и рефлексов. Положительные глазные симптомы: анизокория, расходящееся косоглазие.

Общий анализ крови: HGB – 115 г/л, RBC – $3,6 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $29,3 \times 10^9/\text{л}$, EO – 2%, NEUT – 85% (Ю – 5%, П – 18%, С – 60%), LYM – 12%, MON – 1%, СОЭ – 50 мм/ч.

Общий анализ мочи: SG – 1016, PRO – 0,5 г/л, GLU – neg, EP. CEL – 2-3 в поле зрения, LEU – 2-3 в поле зрения.

Анализ ликвора: вытекал под давлением, желто-зеленый с металлическим оттенком, цитоз $25000 \times 10^6/\text{л}$, нейтрофилы – 95%, лимфоциты – 5%, PROTEIN – 3,9 г/л. При микроскопии Гр «+» диплококки в форме «пламени свечи».

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: этиопатогенез, клинические формы, прогноз. Оценка глубины комы в соответствии со шкалой Глазго.
3. План обследования. Методы этиологической диагностики.
4. Лечение в соответствии с клиническими рекомендациями. Диспансеризация.
5. Специфическая профилактика.

Задача № 34

Мальчик 2,5 года заболел остро: t° до 38°C , однократная рвота, боли в животе. На 3 день болезни – боль в ногах, положительный симптом «треножника», утром – отсутствие активных движений в ногах.

Эпиданамнез: мальчик не привит в связи с отказом родителей от вакцинации.

При поступлении состояние тяжелое, беспокоен, на ногах не стоит, не удерживает предметы. Сила мышц в руках 4 балла, в ногах: слева – 4 балла, справа – 1 балл. Сухожильные рефлексы с рук сохранены, отсутствуют рефлексы с ног справа. Болевая и тактильная чувствительность сохранены, функции тазовых органов не нарушены.

В течение последующего месяца движения в правой ноге отсутствовали, сухожильные рефлексы не вызывались, появилась атрофия мышц.

Общий анализ крови: HGB – 120 г/л, RBC – $3,5 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $6,3 \times 10^9/\text{л}$; NEUT – 43% (П – 5%, С – 38%), LYM – 48%, MON – 9%, СОЭ – 15 мм/ч.

Общий анализ мочи: PRO – следы, LEU – 2-3 в поле зрения.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: свойства возбудителя, патогенез, клинические формы. Дифференциальная диагностика синдрома «острого вялого паралича».
3. План обследования. Методы этиологической диагностики.
4. Принципы лечения.
5. Специфическая профилактика.

Задача № 35

Мальчик 3-х лет заболел остро: стал жаловаться на боли в горле, отказывался от еды, отмечалась однократная рвота, t° до 38°C . С подозрением на герпангину направлен на госпитализацию.

Эпиданамнез: семья вернулась с отдыха на море 3 дня назад, аналогичные признаки отмечаются у брата.

При осмотре состояние средней тяжести, возбужден, кожные покровы гиперемированы, на кистях и стопах имеются папулезные высыпания, на слизистой оболочке щек, языка, небе, деснах и губах эрозии и единичные везикулы. Живот равномерно вздут, безболезненный при пальпации. На 3-й день болезни температура снизилась до нормальных показателей, а на кистях и стопах появились мелкие везикулы. На слизистой оболочке щек, языка, небе, деснах и губах появились изъязвления (афты). Сыпь держалась несколько суток и исчезла без пигментации. По другим органам – без патологии.

Общий анализ крови: HGB – 125 г/л, RBC – $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $12,6 \times 10^9/\text{л}$, NEUT-30 % (п/я – 4%, с/я – 26%), EO – 2%, LYM – 68%, MON – 2%, СОЭ – 15 мм/час.

Иммунофлюоресцентное исследование мазков носоглотки: грипп, парагрипп, аденовирус, RS-антигены – отрицательно; ЭВ-А71 – положительно.

РСК: 8-кратное нарастание титра антител к ЭВ-А71.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: эпидемиология, клинические формы. Показания к госпитализации. Дифференциальная диагностика синдрома экзантемы.
3. План обследования. Правила забора проб материала.
4. Принципы лечения.
5. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача № 36

Девочка 5 лет, заболела остро: t° тела – $39,0^{\circ}\text{C}$, повторная рвота, головная боль, головокружение, гиперестезия, гиперактузия.

Эпиданамнез: купалась в водоеме.

Состояние тяжелое, сонливая, лежит на боку, запрокинув голову назад. На коже лица, шеи и верхней части туловища необильная пятнисто-папулезная сыпь. На мягком небе и основании языка эритематозные папулы (пятна Нагайяма). Живот мягкий. Стул и мочеиспускание в норме. Положительные ригидность мышц затылка, симптомы Кернига, нижний симптом Брудзинского. ЧМН – без патологии.

Общий анализ крови: HGB – 120 г/л, RBC – $3,5 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $6,0 \times 10^9/\text{л}$, NEUT – 33% (П – 5%, С – 28%), LYM – 62%, MON – 5%, СОЭ – 17 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельный вес – SG – 1009, GLU – neg, PRO – neg, EP. CEL – 0-1 в поле зрения, LEU – 1-2 в поле зрения.

Ликвор вытекал под давлением, жидкость опалесцирующая, цитоз – 720/3, нейтрофилы – 10%, лимфоциты – 90%, PROTEIN – 0,4 г/л.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: свойства возбудителя, звенья патогенеза, классификация. Спектр дифференциальной диагностики серозных менингитов.

3. План обследования.
4. Принципы лечения. План диспансерного наблюдения.
5. Профилактика.

Задача № 37

Девочка 4 месяцев, рожденная женщиной, употреблявшей инъекционные наркотики.

С 2-х месяцев отмечались нарастающая анемия, увеличение всех групп лимфоузлов до 1,5 см, задержка прибавки массы тела, упорный кашель, жидкий стул. В 3 мес. ребенок госпитализирован в тяжелом состоянии с диагнозом: ВУИ: двусторонняя пневмония, энцефалопатия, энтероколит. Распространенный кандидоз слизистых и кожи. Гипотрофия 3 ст. Гипохромная анемия.

Общий анализ крови: HGB – 83 г/л, RBC – $2,8 \times 10^{12}/л$, WBC – $3,9 \times 10^9/л$, PLT – $56 \times 10^9/л$, EO – 3%, NEUT – 62% (П – 9%, С – 53%), LYM – 31%, MON – 4%, СОЭ – 8 мм/ч.

ПЦР к РНК ВИЧ-1 – 10000 копий/мл

Иммунограмма: CD3 отн. – 36% (60-80%), CD3 абс. – $0,92 \times 10^9/л$ ($1,8-5,2 \times 10^9/л$), CD4 отн. – 11% (31-49%), CD4 абс. – $0,39 \times 10^9/л$ ($1,1-4,1 \times 10^9/л$), CD8 отн. – 21% (19-37%), CD8 абс. – $0,51 \times 10^9/л$ ($0,5-1,8 \times 10^9/л$).

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: этиопатогенез, эпидемиология, клинические формы. Показания для госпитализации.
3. План обследования. Методы этиологической диагностики.
4. План лечения в соответствии с клиническими рекомендациями. Диспансеризация.
5. Перинатальная профилактика.

Задача № 38

Мальчик 16 лет, ученик 11 класса, обратился к врачу поликлиники в связи с увеличением лимфатических узлов на шее. О давности этого заболевания сообщить не может.

Объективный осмотр: t тела фебрильная, самочувствие не нарушено. Передне- и заднешейные лимфатические узлы увеличены до 1,0 см, подмышечные, надключичные, кубитальные – до 1,5 см, плотноэластической консистенции, безболезненные. Следы множественных инъекций на руках. На слизистой ротовой полости, задней стенке глотки – рыхлые наложения, густой белый налет. Со стороны внутренних органов – умеренное увеличение печени и селезенки.

Общий анализ крови: HGB – 90 г/л, RBC – $2,8 \times 10^{12}/л$, WBC – $4,1 \times 10^9/л$, EO – 3%, NEUT – 62% (П – 6%, С – 56%), LYM – 25%, MON – 10%, СОЭ – 3 мм/ч.

Иммунограмма: CD3 отн. – 44% (60-80%), CD3 абс. – $1,12 \times 10^9/л$ ($1,8-5,2 \times 10^9/л$), CD4 отн. – 19% (31-49%), CD4 абс. – $0,51 \times 10^9/л$ ($1,1-4,1 \times 10^9/л$), CD8 отн. – 24% (19-37%), CD8 абс. – $0,59 \times 10^9/л$ ($0,5-1,8 \times 10^9/л$).

Антитела к ВИЧ – полож.

ПЦР РНК ВИЧ-1 – 56000 копий/мл.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: этиопатогенез, эпидемиология, клинические формы. Показания к госпитализации.

3. План обследования.
4. План лечения в соответствии с клиническими рекомендациями. Диспансеризация.
5. Меры профилактики.

ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫЕ ИНФЕКЦИИ

Задача № 39

Больной А., 15 лет, поступил в первые сутки болезни с жалобами на повышение t тела до 39°C , головную боль, слабость, боли в животе, в пояснице, вялость, снижение аппетита.

Эпиданамнез: проживает в сельской местности, помогает в уходе за животными, неоднократно удалял клещей с коровы.

При поступлении состояние средней тяжести, больной сонлив, в контакт вступает неохотно, от еды отказывается. Кожные покровы бледные, чистые, лицо гиперемировано, катаральный конъюнктивит, склерит. В зеве гиперемия дужек и миндалин, зернистость задней стенки глотки, энантема на мягком небе. Тоны сердца ритмичные, приглушенные, систолический шум в 5 точке, на верхушке, ЧСС – 110 уд/мин. АД – 100/65 мм рт. ст.

На 3 день болезни состояние ухудшилось: на фоне фебрильной температуры появились головная и мышечные боли. Тоны сердца приглушенные, дыхательная аритмия, АД – 90/60 мм рт. ст. ЧСС – 112 уд/мин. Печень $2,0\text{ см} \times 2,5\text{ см} \times 3,0\text{ см}$.

Общий анализ крови – HGB – 120 г/л, RBC – $3,06 \times 10^{12}$ /л, PLT снизились с 260×10^9 /л до 70×10^9 /л, WBC – с $6,2 \times 10^9$ /л до $2,4 \times 10^9$ /л, NEUT – 66% (П – 8%, С – 55%, Ю – 3%), LYM – 32%, MON – 2%, СОЭ – 5 мм/ч.

Гемостазиограмма: агрегация тромбоцитов с АДФ 42% (N-50-80%), с адреналином 32% (N-50-80%), с ристомидином – 38% (N-50-80%); АЧТВ – 50 сек (N-35-45 сек), ПТИ 95%, протромбиновое время 20 сек (N- 12-20 сек); фибриноген 3,5 г/л, РКФМ $3,0 \times 10^9$ /л (n- $3-4 \times 10^9$ /л).

Методом ПЦР в крови обнаружена РНК ККГЛ.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: свойства возбудителя, эпидемиологические особенности, механизмы нарушения гемостаза. Критерии оценки тяжести. Показания к госпитализации.
3. План обследования. Методы этиологической диагностики. Мероприятия своевременной диагностики больных.
4. Принципы лечения. Противовирусная терапия.
5. Принципы профилактики.

Задача № 40

Больная О., 11 лет, поступила на 2 день болезни с жалобами на повышение t до 39°C , головную боль, однократную рвоту, вялость.

Эпиданамнез: за два дня до заболевания девочку укусил клещ.

При поступлении состояние тяжелое, вялость, слабость, фебрильная температура, отказ от еды. Кожные покровы чистые, бледные, гиперемия лица, шеи. В зеве умеренная гиперемия дужек и миндалин, зернистость задней стенки глотки, инъекция сосудов склер, лимфаденопатия. Со 2-го дня лечения – вялость, t $39,4^{\circ}\text{C}$, боль в пояснице, повторная рвота, в местах инъекций подкожные кровоизлияния, на коже груди и плечевого пояса – единичные петехиальные элементы, точечные кровоизлияния на слизистой мягкого неба,

положительный симптом «щипка», носовое кровотечение. АД – 90/60 мм рт. ст. ЧСС – 102 уд/мин.

Общий анализ крови: RBC – $3,06 \times 10^{12}$ /л, HGB – 90 г/л, PLT – 60×10^9 /л, WBC – до $1,4 \times 10^9$ /л, NEUT – 76% (П – 17%, С – 53%, Ю – 6%), LYM – 22%, MON – 2%.

Гемостазиограмма: агрегация тромбоцитов с АДФ 23% (N-50-80%), с адреналином 22% (N-50-80%), с ристомидином – 20% (N-50-80%); АЧТВ – 55 сек (N-35-45 сек), тромбиновое время 50 сек (N – 12-20 сек); фибриноген 3,0 г/л, РКФМ $6,0 \times 10^9$ /л (N-3-4 $\times 10^9$ /л).

Методом ПЦР в крови на 3 день болезни обнаружена РНК ККГЛ.

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: свойства возбудителя, эпидемиология, механизмы нарушения гемостаза. Показания к госпитализации. Оценка стадий ДВС.
3. План обследования. Критерии своевременной диагностики.
4. Принципы лечения. Противовирусная терапия. Алгоритм неотложной помощи.
5. Принципы профилактики.

Задача № 41

У мальчика 12 лет две недели назад родители самостоятельно сняли клеща с кожи головы за правым ухом. На 10 день в месте укуса появилось гиперемизированная папула, которая увеличилась в диаметре с просветлением в центре. Через 3 дня отметил боль на задней поверхности шеи справа.

Обратились к участковому педиатру. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы физиологической окраски, в области волосистой части головы эритема диаметром 10 см с просветлением в центре. Пальпируются увеличенные до 1,0 см заднешейные и затылочные лимфоузлы справа, умеренно болезненные. Слизистая ротоглотки без признаков воспаления, миндалины не увеличены. В лёгких везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 92 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Стул и диурез не нарушены.

Общий анализ крови: HGB – 134 г/л, RBC – $4,86 \times 10^{12}$ /л, WBC – $8,0 \times 10^9$ /л; EO – 1%, NEUT – 53% (П – 3%, С – 50%), LYM – 42%, MON – 4%, СОЭ – 28 мм/ч.

ИФА: anti-Borrelia burgdorferi IgG <5 Ед/мл, anti-Borrelia burgdorferi IgM – 103.3 Ед/мл

Задание

1. Обоснование клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.
2. Характеристика заболевания: свойства возбудителя, эпидемиология, клинические формы. Показания к госпитализации.
3. План обследования. Этиологическая диагностика.
4. Принципы лечения. Группы диспансерного наблюдения.
5. Профилактика. Экстренная химиопрофилактика.