**ЗАДАЧИ**

**ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К КВАЛИФИКАЦИОННОМУ ЭКЗАМЕНУ**

**ПМ 02 ЛЕЧЕБНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ**

**МДК ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА**

**Группа Ф – 40**

**Задача № 1**

Мама, с девочкой 2,5 лет, обратилась к участковому врачу по поводу учащенного и болезненного мочеиспускания у ребенка, болей в животе и повышения температуры до 37,50 С. Осмотрена хирургом. Хирургическая патология исключена. Эти симптомы наблюдались в течение года дважды, и до обследования был выставлен диагноз «цистит». Лечение проводилось амбулаторно. В анамнезе частые простудные заболевания (7 раз ОРЗ за последний год). Родители здоровы, но у бабушки со стороны маты заболевание почек.

Объективно: масса 11,5 кг, длина 85 см. окружность груди 48 см. Состояние удовлетворительное. Астеничное телосложение. Кожа и видимые слизистые чистые. Лимфоузлы: тонзиллярные безболезненные. Размером до 0,8 см, не спаянные с окружающей тканью. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Над легкими перкуторный звук легочной, выслушивается пуэрильное дыхание. Границы сердца соответствуют возрасту. Тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, болезненный над лоном. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускание болезненное, 15 раз в день.

В общем анализе мочи реакция щелочная, относительная плотность мочи 1012. Мутная, лейкоциты 20-25, плоский эпителий 3-5 в поле зрения. Анализ крови: СОЭ 25 мм/час, Л – 12х109/л, Нb – 108 г/л. Проба Зимницкого: дневной диурез 300 мл, ночной диурез 500 мл, колебания удельного веса 1005-1012.

УЗИ почек: размеры соответствуют возрасту, положение и подвижность обычные, отмечается уплотнение чашечно-лоханочной системы с обеих сторон, удвоение почки справа.

***Задания:***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Оцените физическое развитие ребенка, соответствует ли оно его возрасту?
3. Расскажите об объеме доврачебной помощи и правилах транспортировки по назначению.
4. Составьте план диагностических исследований в стационаре, расскажите о подготовке к ним пациента и принципах лечения.

**Эталон ответа**

1. У больной заболевание мочевой системы – хронический пиелонефрит на фоне врожденной патологии почек.

Заключение основано на данных анамнеза и жалоб, типичных для данного заболевания:

* Учащенное и болезненное мочеиспускание;
* Боли в животе, повышение температуры тела;
* Симптомы наблюдались в течение года.

В анамнезе жизни частые простудные заболевания, у бабушки со стороны матери заболевание почек.

Данныеобъективного обследования: ребенок астенического телосложения, в массе отстает от нормы, живот при пальпации болезнен над лоном, положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон; учащено мочеиспускание до 15 раз.

Лабораторныеданные в анализах мочи: (общий, по Зимницкому), низкий удельный вес, лейкоцитурия; никтурия. В крови повышена СОЭ до 25 мм/час, незначительный лейкоцитоз, снижен гемоглобин.

При обследовании на УЗИ отмечается уплотнение чашечно-лоханочной системы с обеих сторон, удвоение почки справа.

1. ФР микросоматотип, гармоничное
2. При заболевании почек ребенка необходимо госпитализировать в стационар.
3. В стационаре необходимо провести: анализы мочи по Нечипоренко, Аддису-Каковскому для исследования осадка мочи и подсчета форменных элементов; функциональную пробу по Зимницкому, отражающую сниженную способность почек концентрировать мочу. Информативны рентгеноурологические методы обследования – экскреторная урография, микционная цистоурография, выявляющие размер, контуры и расположение почек, неравномерность поражения паренхимы, рефлюксы и иные препятствия к оттоку мочи. Необходимо провести бактериологическое исследование мочи, чувствительность к антибиотикам; постоянно следить за артериальным давлением и количеством выпитой и выделенной жидкости.

Лечебная программа в стационаре:

* постельный режим весь лихорадочный период;
* диета в острый период стол № 7, затем стол № 5 (молочно-растительный) с ограничением острого и соленого. Дополнительное количество жидкости за счет арбуза, соков, клюквенного и брусничного морсов, щелочных минеральных вод;
* антибактериальная терапия 10-15 дней: полусинтетические пенициллины, аминогликозиды, цефалоспорины, нитрофурановые препараты (фурадонин, фуразолидон; невиграмон, 5-НОК);
* витамины С, группы В.

При достижении ремиссии после стационарного лечения назначают фитотерапию (лечебные сборы трав) по схеме.

**Задача № 2**

Во время очередного патронажного посещения ребенка 1 года фельдшер обратила внимание на резкую бледность кожи и слизистых оболочек. Мать сообщила. Что ребенок быстро утомляется, раздражителен, не активен, отметила потерю аппетита. При расспросе матери удалось установить, что питание ребенка однообразное, молочная каша дважды в день. Фрукты и овощи предпочитает не давать, боясь нарушения пищеварения. На таком питании ребенок прибавляет в весе, что радовало мать. Живут в общежитии, гуляют редко.

При осмотре: состояние малыша удовлетворительное. Выраженная бледность кожи и выделение слизистых, периферические лимфатические узлы не увеличены. Со стороны сердца: выслушивается систолический шум. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из подреберья. Из анамнеза выяснено, что ребенок родился доношенным, на смешанном вскармливании с 1 мес, часто болел ОРВИ.

***Задания:***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы и симптомы данного заболевания у детей старшего возраста.
3. Назначьте обследование и лечение.
4. Дайте рекомендации по питанию (меню на день).

**Эталон ответа**

1. У ребенка можно предположить железодефицитную анемию. Основными симптомами заболевания являются: бледность кожи, утомляемость, раздражительность, потеря аппетита, вялость. В сердце ребенка выслушивается систолический шум, печень увеличена. Причины: одностороннее молочное питание, частые заболевания, плохой уход и плохие бытовые условия.
2. Для уточнения диагноза надо провести общий анализ крови, где можно обнаружить уменьшение количества Er менее 3,5х1012 л, гемоглобина ниже 100 г/л, цветной показатель ниже 0,8. В мазках Er бледной окраски, уменьшаются в размерах, отмечаются умеренный лейкоцитоз, ретикулоцитоз.

У больных возможны дополнительные симптомы заболевания: заеды в углах рта, восковой цвет ушных раковин, сухость кожи, тусклые ломкие волосы, мышечная гипотония.

1. Лечение ребенка должно быть комплексным, со средней и тяжелой формой анемии заболевания детей госпитализируют, с легкой степенью лечат дома. Надо организовать правильный режим питания. Давать продукты, содержащие железо и другие микроэлементы: мясные продукты, печень, творог, желток, фрукты, овощи. Больше надо быть на свежем воздухе.

Ребенку первого года назначают сироп алоэ с железом, перорально по 0,3 гх3 раза в день после еды, ферамид, фероспан, витамин С, витамины группы В. Надо установить правильный режим дня для ребенка. Ребенок должен гулять на свежем воздухе, ему необходимы массаж и гимнастика, ежедневные купания.

При закаливании дети реже болеют простудными заболеваниями и анемией.

**Задача № 3**

Девочка 4-х лет больна в течение 2-х дней. Жалуется на слабость, вялость, незначительные боли в горле.

При осмотре: температура 37,90 С. Состояние средней тяжести, ребенок вялый. Отмечается гиперемия зева. На увеличенных миндалинах блестящие налеты серовато-белого цвета (не снимается тампонами). Приторно-сладковатый запах изо рта. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система без патологических изменений. Стул, мочеиспускание в норме. Не привита по медицинским показаниям.

***Задания:***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Нужна ли госпитализация в данном случае?
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Расскажите о принципах лечения.

**Эталон ответа**

1. У девочки 4-х лет локализованная форма дифтерии зева. Диагноз поставлен по данным анамнеза, жалоб объективного обследования: слабость, небольшая боль в горле, t – 37,90 С, гиперемия зева, на увеличенных миндалинах налеты серовато-белого цвета (не снимаются тампонами). Эпидемический анамнез: отсутствие вакцинации по медицинским показаниям.
2. Ребенок изолируется в инфекционный стационар, для уточнения диагноза берутся мазки из зева на дифтерийную палочку Леффлера. Постельный режим, лечение антитоксической противодифтерийной сывороткой.
3. Возможные осложнения: инфекционно-токсический шок, миокардит, полирадикулоневрит, острый гломерулонефрит.
4. Постельный режим, полноценное, витаминизированное питание.

Главное в лечении всех форм дифтерии нейтрализация дифтерийного токсина антитоксической противодифтерийной сывороткой. Доза сыворотки зависит от формы и тяжести заболевания. перед введением лечебной дозы проводят пробу по методу Безредки с помощью 0.1 мл разведенной 1:100 сыворотки, введенной внутрикожно; через 30 мин. 0,2 мл неразведенной сыворотки вводят подкожно и через 1,5 часа внутримышечно остальное количество сыворотки. При локализованных формах дифтерии сыворотку вводят обычно однократно.

1. Техника взятия мазка из зева и носа на BL, проводят согласно алгоритму выполнения манипуляций.

**Задача № 4**

В медицинский кабинет детского сада обратились с ребенком 5 лет. Сегодня мама обнаружила на всем теле ребенка высыпания при нормальной температуре. В группе переболели почти все дети, карантин не объявляли.

Объективно: состояние девочки удовлетворительное, играет. На коже лица, туловища и конечностей мелкопапуллезная сыпь розового цвета на нормальном фоне кожи. Зев гиперемирован. Пальпируются затылочные лимфоузлы до размеров боба, эластичные, безболезненные. Сердце и легкие без особенностей, живот мягкий, стул и мочеиспускание в норме.

***Задания:***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.
3. Продемонстрируйте технику пальпации лимфатических узлов у ребенка.
4. Расскажите о принципах лечения, профилактике.
5. Организуйте проведение противоэпидемических мероприятий.

**Эталон ответа**

1. Краснуха. Диагноз ставится на основании анамнеза, жалоб и эпид. обстановки: на всем теле ребенка мелкопапулезные высыпания при нормальной температуре. В детском саду переболели все дети, карантина не объявляли.

Данные объективного обследования: состояние девочки удовлетворительное. Пальпируются затылочные лимфоузлы до размеров боба, эластичные, безболезненные. Зев гиперемирован. На коже лица, туловища и на конечностях мелкопапулезная сыпь розового цвета на нормальном фоне кожи.

1. Дополнительные методы обследования: диагноз краснухи подтверждается серологическими исследованиями (обнаружением специфических, вирусных антител), выявлением увеличенных заднешейных лимфоузлов. В крови характерны лейкопения, лимфоцитоз, появление плазматических клеток.
2. Техника пальпации лимфатических узлов у ребенка.
3. Специфического лечения при краснухе нет. При необходимости назначают симптоматические средства. В случае развития тяжелых неврологических осложнений показана срочная госпитализация. Вакцинация в 1 год, ревакцинация в 6 лет «Рудивакс».
4. Больных краснухой изолируют от коллектива на 5 дней. Разобщение контактных детей не проводится.

**Задача № 5**

Родители Саши М., 3-х лет, обратились к нефрологу с жалобами на вялость, отеки в области лица и ног, снижение аппетита, боли в животе.

Из анамнеза выявлено, сто мальчик часто болеет простудными заболеваниями, а две недели назад перенес ангину. Лечение на дому: бисептол, фарингосепт, поливитамины. Генеалогический и социальный анамнез без особенностей.

Объективно: состояние средней тяжести, кожа бледная, синева под глазами, веки отечны, отеки на ногах. В зеве слизистые физиологической окраски, лимфатические узлы до 0,5 см в диаметре, слегка болезненны, не спаены с окружающей тканью. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Со стороны сердца и органов дыхания патологии не выявлено. Живот мягкий при пальпации, отмечается небольшая болезненность, печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе мочи: белок 14 г/л, относительная плотность 1030, реакция щелочная, эритроциты до 20 поле зрения, лейкоциты 8-10 в поле зрения гиалиновые цилиндры.

В общем анализе крови: Э – 4,0х1012/л, Нb – 100 г/л, L – 4,7х109/л, СОЭ - 69 мм/час. Биохимия крови: остаточный азот 35,7 ммоль/л, мочевина 13,48 ммоль/л, общий белок в крови 46,8 г/л.

***Задания:***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.
3. Расскажите об объеме доврачебной помощи и правилах транспортировки по назначению.
4. Составьте план диагностических исследований в стационаре, расскажите о подготовке к ним пациента и принципах лечения.

**Эталон ответа**

1. Острый гломерулонефрит. Заключение основано на данных анамнеза и жалоб: отеки в области лица и ног, вялость, снижение аппетита, боли в животе. Провоцирующим фактором возникновения данного заболевания послужила перенесенная 2 недели тому назад ангина. Данные объективного обследования: бледность кожных покровов, «синева» под глазами, отечность век, ног, умеренная болезненность при пальпации живота. Данные лабораторного исследования: в анализе мочи повышенное содержание белка до 14 г/л, появление эритроцитов до 20 в поле зрения, гиалиновых цилиндр, в анализе крови СОЭ - 69 мм/час (резко ускорена), Нb – 100 г/л (снижен), биохимическом анализе крови остаточный азот повышен до 35,7 ммоль/л. Повышение мочевины до13,48 ммоль/л, снижение общего белка до 46,8 г/л.
2. Дополнительные симптомы, которые можно выявить: повышение АД, головная боль, олигурия, дизурические проявления, повышение температуры тела.
3. Ребенка необходимо госпитализировать. Доврачебная помощь заключается в симптоматическом лечении и транспортировке больного в стационар в положении лежа.
4. Диагностическая и лечебная программа в стационаре:

*диагностическая программа*

* общий анализ крови;
* общий анализ мочи;
* анализ мочи по Зимницкому и Аддису-Каковскому;
* суточная экскреция белка;
* биохимический анализ крови (определение общего белка и белковых фракций мочевины, креатинина, остаточного азота, СРБ);
* клиренс креатинина;
* коагулограмма;
* УЗИ почек;
* экскреторная урография;
* биопсия почек по показаниям;
* консультация лор, генетика, уролога;

*лечебная программа*

* постельный режим 3-4 недели;
* из диеты исключить поваренную соль, раздражающие, экстрактивные, аллергизирующие продукты. Потребление белка уменьшить, количество жидкости ограничить;
* базисная терапия: диуретики, гипотензивные средства, антибиотики, витамины группы В;
* в тяжелых случаях патогенетическая терапия: кортикостероиды, цитостатики.

После выписки из стационара ребенок должен наблюдаться у нефролога, с диспансерного учета снимать через 5 лет, если в течение последнего года отмечается ремиссия.

.

**Задача № 6**

Мать Саши П., 10 месяцев, обратилась с жалобами на повышенную температуру тела ребенка, влажный кашель, слизистые выделения из носа и снижение аппетита. Ребенок от молодых, здоровых родителей, от первой беременности, которая протекала благополучно. Роды срочные нормальные. Масса при рождении 3600, длина 50 см, оценка по Апгар 8 баллов. Мальчик вскармливался грудью до 3-х месяцев. Прикормы и витамин Д введены своевременно. Режим дня соблюдался, систематически бывал на прогулках.

При осмотре температура тела 38,20 С, выражена одышка с участием крыльев носа. При плаче, крике появляется цианоз носогубного треугольника, частый влажный кашель. Мышечный тонус достаточный, питание хорошее. Пальпируются единичные, шейные, подмышечные, лимфатические узлы, подвижные, безболезненные. Большой родничок 0,5х0,5 см, края плотные. Перкуторно: звук с легким тимпаническим оттенком, при аускультации на фоне жесткого дыхания в задних нижних отделах и в подмышечных областях обилие мелких и среднепузырчатых влажных хрипов. Имеется втяжение межреберных промежутков. Дыхание 28-32 в мин. Границы сердца соответствуют возрастной норме. Тоны отчетливые, пульс 110 в мин. Живот умеренно вздут, безболезненный при пальпации, паренхиматозные органы не увеличены. Стул 2 раза в день без патологических примесей.

Общий анализ крови: Нb – 142 г/л, Э – 4,32х1012/л, L – 11,2х109/л, Э – 2%, П – 2%, С -64%, Л – 28%, М – 4%, СОЭ – 24 мм/час. Анализ мочи без особенностей. Рентгенография органов грудной клетки: усиление легочного рисунка, мелкоочаговые тени в задне-нижних отделах с обеих сторон. Корни бесструктурные, синусы свободные, сердце в пределах нормы.

***Задания:***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.
3. Расскажите об объеме доврачебной помощи и правилах транспортировки по назначению.
4. Составьте план диагностических исследований в стационаре, расскажите о подготовке к ним пациента и принципах лечения.

**Эталон ответа**

1. Острая пневмония, мелкоочаговая двухсторонняя. Заключение основано на:

* данных анамнеза заболевания: повышение температуры тела 38,20 С, влажный кашель. снижение аппетита;
* данных объективного обследования: выражены признаки дыхательной недостаточности (одышка с участием крыльев носа, цианоз носогубного треугольника, втяжение межреберий), изменеия в легких: перкуторный звук с легким тимпаническим оттенком, аускультативно: на фоне жесткого дыхания выслушивается обилие мелких, среднепузырчатых влажных хрипов. Изменения в RO-грамме: мелкоочаговые тени в задне-нижних отделах легких с обеих сторон;
* изменения в периферической крови (лейкоцитоз, нейтрофилез, повышенная СОЭ).

1. Дополнительные симптомы:

* локальная крепитация;
* бронхофония;
* нарушение функции ЖКТ;
* потеря массы тела.

1. Ребенок подлежит обязательной госпитализации. Доврачебная помощь: борьба с гипертермией, дыхательной недостаточностью, транспортировка в сопровождении медработника в пульмонологическое отделение.
2. Диагностическая программа в стационаре: общий анализ крови, общий анализ мочи, рентгенография органов дыхания в динамике после лечения курсами антибиотиков, ЭКГ, биохимический анализ крови (общий белок и его фракции, СРБ, сиаловые кислоты, электролиты), иммунограмма (при затяжном атипичном течении пневмонии). Вирусологическое бактериологическое исследование крови, мокроты. Консультации пульмонолога, аллерголога, фтизиатра. Исследование электролитов в поте (Na, Cl).

Лечебная программа в стационаре:

* постельный режим в остром периоде, часто переворачивать, брать на руки;
* питание рациональное, дополнительное введение жидкости;
* регулярное проветривание помещения, оксигенотерапия;
* антибиотикотерапия (пенициллин, 100 000 ЕД на 1 кг/ сутки внутримышечно 4 раза в день, ампициллин из расчета 50-100 мг/кг в сутки);
* дезинтоксикационная терапия (щелочные ингаляции, сироп бромгексина, 1% раствор йодистого калия по чайной ложке 3 раза в день);
* фитотерапия (мать-мачеха, термопсис, алтей, девясил);
* отвлекающая терапия после нормализации температуры (тепловые процедуры);
* витаминотерапия (витамины С, А, В1, В2, В6)4
* физиотерапия (УФО, СВЧ, УВЧ, электрофорез);
* лечебная гимнастика пассивная, массаж грудной клетки.

После выписки из стационара наблюдается в детской поликлинике, через год снимается с учета.

**Задача № 7**

К фельдшеру обратились с ребенком 6 лет, он упорно кашляет в течение 2-х недель, больше по ночам, приступообразно, иногда приступ сопровождается рвотой. После кашля отделяется небольшое количество стекловидной мокроты. Ребенку прививки не делали, так как страдает аллергодерматозом с рецидивирующим течением. Общее состояние не нарушено, температура 36,60 С. между приступами ребенок играет.

***Задания:***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Расскажите об объеме доврачебной помощи и правилах транспортировки по назначению.
4. Составьте план диагностических исследований в стационаре, расскажите о подготовке к ним пациента и принципах лечения.

**Эталон ответа**

1. Коклюш. Заключение основано на данных анамнеза, а именно жалоб: упорный кашель в течение 2-х недель, больше по ночам, приступообразный. С рвотой, с отхождением в конце кашля стекловидной мокроты. Отсутствие специфической профилактики; данных объективного исследования: слабой выраженности симптомов интоксикации (температура 36,60 С, общее состояние не нарушено), характерного приступообразного кашля.
2. Дополнительные симптомы:

* Кровоизлияния в склеры и язвочка на уздечке языка вследствие постоянной травматизации уздечки зубами;
* У детей раннего возраста может быть апноэ;
* Одутловатость лица;
* Приступы спазматического кашля можно спровоцировать при надавливании на корень языка, козелок уха.

1. Доврачебная помощь. Лечение возможно в домашних условиях, но при тяжелом течении госпитализация в инфекционное отделение. Подача экстренного извещения. Транспортировка больного в положении сидя в инфекционное отделение.
2. Диагностическая программа в стационаре:

* общий анализ крови;
* общий анализ мочи;
* посев слизи из зева на специальные питательные среды для выделения возбудителя либо используется метод «кашлевых пластин»;
* реакция агглютинации;
* реакция связывания комплемента;
* посев мокроты на флору;
* рентгенография органов дыхания;

Лечебная программа:

* лечебно-охранительный режим;
* достаточная оксигенация;
* антибиотики в остром периоде при тяжелом течении заболевания (ампициллин, 100 мг/кг в сутки внутримышечно 4 раза);
* спазмолитики (эуфиллин, Но-шпа, теофидрин);
* антигистаминные препараты (тавегил, супрастин, пипольфен);
* при частых приступах спазматического кашля седативные препараты (седуксен, фенобарбитал, препараты брома);

Больной выписывается в дошкольное учреждение не ранее 30 дня заболевания, в очаге накладывается карантин на 14 дней. Ведется наблюдение за контактными, непривитым детям проводится срочная специфическая профилактика.

**Задача № 8**

Боря Е., 15 лет, обратился в поликлинику с жалобами на длительные. Приступообразные, иногда сверлящие боли в животе с длительностью до 1-2 часов, обычно на голодный желудок. Чатые ночные боли. Облегчение приносит прием пищи. Длительность периода болей около 1 месяца. Аппетит не нарушен.

Из семейного анамнеза выяснено, что у деда по материнской линии язвенная болезнь желудка. У матери эрозивный гастрит.

Объективно: самочуствие удовлетворительное. Подкожно-жировой слой истончен. Лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание не нарушено. Пальпация, перкуссия, аускультация изменений со стороны органов дыхания не выявили. Область сердца не изменена и границы не расширены. Тоны приглушены. Ритмичные. АД 110/60 мм.рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и в области пупка. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общие анализы мочи и крови без патологии. Азотовыделительная функция не нарушена. Отклонений в белковом спектре крови, уроне липидов и сахара крови нет. Рентгенологическое исследование желудка с сульфатом бария симптом «нищи» в антральном отделе желудка.

***Задания:***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.
3. Расскажите об объеме доврачебной помощи и правилах транспортировки по назначению.
4. Составьте план диагностических исследований в стационаре, расскажите о подготовке к ним пациента и принципах лечения.

**Эталон ответа**

1. Язвенная болезнь желудка.

Заключение основано на данных:

* анамнеза заболевания и жалоб: длительные, приступообразные, иногда сверлящие боли, чаще на голодный желудок, ночные боли и облегчение после приема пищи; болевой синдром около месяца;
* семейного анамнеза: у матери больного эрозивный гастрит, у деда по материнской линии язвенная болезнь желудка;
* объективного осмотра: подкожно-жировой слой истончен, при пальпации живота определяется болезненность в эпигастральной области и в области пупка;
* при рентгенологическом исследовании желудка обнаружен симптом «ниши» в антральном отделе желудка.

1. Дополнительными симптомами при язвенной болезни могут быть выраженные диспептические расстройства: изжога, отрыжка, тошнота, рвота, запоры; наличие скрытой крови в кале, а также астеноневротический синдром: нарушение сна, головная боль, раздражительность, плаксивость.
2. Доврачебная помощь при сильном болевом синдроме заключается в назначении спазмолотических средств: метацина 0,05 внутрь, Но-шпа 2% раствор 2 мл внутримышечно, церукал 2 мл внутримышечно. Больной нуждается в госпитализации в гастроэнтерологическое отделение детского стационара. Транспортировать больного в обычном положении.
3. С целью уточнения диагноза язвенной болезни необходимо провести:

* эндоскопическое исследование желудка для определения характера язвенного дефекта слизитой оболочки (фгдс);
* определение скрытой крови в кале методом Грегерсена;
* фракционное желудочное зондирование для определения кислотности желудочного содержимого, которая у детей в возрасте 10-15 лет чаще бывает высокой.

Лечебная программа:

* в период обострения постельный режим на 2-3 недели;
* полноценная щадящая диета со слабым сокогонным действием, дробное питание 5-6 раз в день (лечебные столы № а1, 1б.1 – по Певзнеру.

Медикаментозная терапия:

* амизил по 1 мг х 2 раза, гастропин, гастроцепин, курс лечения 3-4 недели;
* репаранты: масло облепихи по 10 млх3 раза в день, масло шиповника;
* антацидные препараты: альмагель, фосфаюгель, викалин, гастрофарм, маалокс, смекта;
* с целью подавления Helicobacter назначается Де-нол по 1 таблетке в день перед едой 30 дней, трихопол 0,25 мл х 3 раза в день в течение 4-х недель, из антибиотиков: амоксициллин, ампициллин, оксациллин.

Физиолечение: иглорефлексотерапия, электросон, лазер, ионофорез и т.д.

Ребенок после выписки из стационара подлежит диспансерному наблюдению со стороны участкового педиатра и гастроэнтеролога.

**Задача № 9**

Девочка, 6 дней жизни. При первом патронаже новорожденной участковый врач при сборе анамнеза выявил жалобы матери на общую вялость ребенка, слабость сосания, температуру тела до 35,80 С и ниже, приступы цианоза 2 раза в течение 24 часов с момента выписки из роддома. Ребенок от 1 переношенной беременности, протекавшей с гестозом 2-ой половины беременности. Матери 32 года, у нее выявлено увеличение щитовидной железы. Отцу 34 года, здоров. Роды протекали без патологии. Пупочный остаток отпал на 5 день. Социально-бытовые условия хорошие. Родители с высшим образованием. Масса тела при рождении ребенка 4200 г, рост 53 см, ок. головы 37 см.

Объективно: состояние средней тяжести. Масса тела 4050 г при выписке из роддома. Ребенок отечный, грудь матери берет, но сосет слабо, вялый, температура тела 350 С, физиологические рефлексы снижены, акроцианоз, лицо одутловатое, узкие глазные щели, широко открыты швы и роднички черепа, рот открыт, большой язык, желтушность кожи. В легких дыхание пуэрильное, ЧДД 53 в мин, ЧСС 90 уд/мин, живот вздут, стул мекониальный, печень выступает на 1 см из-под края ребеной дуги, мягкоэластичной консистенции, моча желтого цвета. При лабораторном обследовании в роддоме выявлена анемия легкой степени, СОЭ 18 мм/час, увеличено содержание белка и холестерина в сыворотке крови.

***Задания:***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза.
3. Расскажите об объеме доврачебной помощи.
4. Составьте план диагностических исследований в стационаре, расскажите о подготовке к ним пациента и принципах лечения.

**Эталон ответа**

1. Врожденный гипотиреоз.

Заключение основано на данных:

* анамнеза и жалоб: ребенок слабо сосет, низкая температура тела, большая масса тела при рождении 4200. Ребенок от I переношенной беременности, которая протекала с гестозом 2-ой половины. У матери выявлено увеличение щитовидной железы;
* объективного осмотра: ребенок вялый, кожа отечная, желтушная, глазные щели узкие, акроцианоз, рот открыт, большой язык, брадикардия, низкая температура тела;
* лабораторных исследований: в крови анемия, в сыворотке крови повышены уровень белка и холестерина.

1. Для уточнения диагноза могут быть выявлены дополнительные симптомы: грубый низкий голос, стридорозное дыхание, мышечная гипотония и наблюдение в динамике за частотой пульса и дыхания, скрининг-тест для выявления врожденного гипотиреоза.
2. Ребенок нуждается в консультации детского эндокринолога с последующей госпитализацией в эндокринологическое отделение.
3. В условиях стационара необходимо сделать:
4. Рентгенографию верхних и нижних конечностей для выявления отсутствия точек окостенения в дистальных эпифизах бедер, проксимальных эпифизах большеберцовой кости, в кистях и лучезапястных суставах;
5. Определить в сыворотке содержание гормонов щитовидной железы, уровень которых снижается при врожденном гипотиреозе.

Лечение врожденного гипотиреоза проводится по принципу заместительной терапии тиреоидными гормонами соответственно тяжести заболевания, глютаминовой кислотой по 0,15-0,3 г 2 раза в день, аминолоном по 0,25 г 2 раза, витамином В12 100-200 мкг внутримышечно через день для нормализации обмена нервных клеток. Дополнительными методами лечения являюся массаж, лечебная гимнастика.

Ребенок подлежит постоянному диспансерному наблюдению детским эндокринологом и невропатологом.

**Задача № 10**

Мальчику 8 месяцев. Жалобы на вялость ребенка, снижение аппетита, неустойчивый стул. Ребенок от 5 беременности, протекавшей благоприятно, срочных родов (масса – 3700 г, длина – 50 см, окружность головы – 32 см, окружность груди – 33 см). Период новорожденности без особенностей. Вскармливание грудью до 2 мес., с 3 мес. Введена манная каша без совета врача, использовались неадаптированные смеси. Ребенок витамин Д не принимал, сок получал редко. Прогулки были ежедневно. Прибавка в массе была неравномерной. Перенес 2 раза. ОРЗ. Материально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, но ребенок вялый, бледный, потлив. Сидит с опорой на руки, спина круглая. Мышечный тонус диффузно-снижен. Голова имеет квадратную форму, с выступающими лобными и затылочными буграми. Большой родничок 2,5х2,5 см, края податливые. Затылок уплощен, облысевший. Зубов нет. Грудная клетка сдавлена с боков, нижние края развернуты, на ребрах небольшие «четки», на руках выраженные «браслетки». Имеется кифоз в поясничном отделе позвоночника, который исчезает при положении ребенка на животе. Пальпация, перкуссия и аускультация изменений со стороны органов дыхания и сердца не выявили. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул неустойчивый, мочеиспускание не нарушено.

Анализ крови: Нb – 102 г/л, Эр – 3,98х109/л, СОЭ 5 мм/час. Анализ мочи без особенностей. Биохимические данные: фосфор в сыворотке 0:034 г/л, кальций 0,09 г/л.

***Задания:***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.
3. Расскажите о принципах лечения и методах профилактике данного заболевания.
4. Рассчитайте должные показатели физического развития.

**Эталон ответа**

1. У ребенка рахит II степени, стадия разгара. Анемия железодефицитная, легкая степень. Заключение основано на данных анамнеза: грудное вскармливание только до 2-х мес, раннее введение прикорма, отсутствие в питании овощей и соков, не получал с профилактической целью витамин Д.
2. Объективное обследование: потливость, бледность кожных покровов, снижение мышечного тонуса, выраженная деформация со стороны костей черепа, грудной клетки, позвоночника, конечностей. Лабораторные исследования: в крови небольшое снижение гемоглобина, снижение фосфора и кальция в крови. Дополнительным симптомом данной формы заболевания является краниотабес, размягчение отдельных участков затылочной кости, которое определяется пальпаторно. На уровне прикрепления диафрагмы возникает западение, «гаррисонова борозда», нарушены сроки и порядок прорезывания зубов.
3. В данном случае ребенок не нуждается в срочной госпитализации в стационар, и при удовлетворительных материально-бытовых условиях можно провести лечение на дому. Необходимо обеспечить врачебный осмотр ребенка путем вызова педиатра «на себя» или направить ребенка в поликлинику ЦРБ. До осмотра педиатром назначить правильное питание, заменить неадаптированные смеси на адаптированные с достаточным количеством железа («Энфамил», «Семилак с железом»), ввести в рацион питания говяжий язык, мясо, сливочное масло, желток, творог, овощи, фрукты. Рекомендовать прогулки по 2,5-3 часа ежедневно, гигиенический уход, хвойные ванны. После консультации педиатра, контролировать лечение.

Лечебная доза препаратов витамина Д 2000-5000 МЕ.

4. ДМТ = 3700 + 600+800+800+750+700+650+600+550=9150 г

ДДТ= 50+3+3+3+2,5+2,5+2,5+2+2=70,5см

ДОг= 32+8=40см

ДОгр= 33+ (8х1,2)=42,6 см

**Задача № 11**

Алеша, 5 лет. Жалобы: появление сыпи на коже туловища и конечностях, периодически повторяющиеся боли в животе. Сыпь появилась 3 дня тому назад, но родители не придали ей должного значения, к врачу не обращались, мальчик продолжал посещать школу и спортивную секцию. Со вчерашнего дня мама заметила, что сыпь стала значительно обильнее, ночь спал беспокойно, просыпался из-за болей в животе. Две недели назад перенес ОРВИ, лечился амбулаторно.

Объективно: состояние вредней тяжести, выражены боли в животе, температура субфебрильная, обращает на себя внимание сыпь геморрагического характера на коже верхних и нижних конечностей, преимущественно на разгибательной поверхности, области ягодиц, на ушных раковинах. Сыпь рельефно выступает над поверхностью кожи. Не исчезает при надавливании, симметрично расположена, имеются участки сливного характера сыпи с некрозом в центре, на стопах. Слизистые полости рта чистые. Суставы не деформированы, активные и пассивные движения в полном объеме. В легких и сердце без патологии, пульс 98 в мин. АД 110/70 мм.рт.ст., живот обычной конфигурации, участвует в акте дыхания, при поверхностной пальпации мягкая разлитая болезненность, симптомы раздражения брюшины отрицательны. Печень и селезенка не увеличены. Стул был утром черного цвета, оформленный, регулярно. Анализ крови: эритроциты – 4,2х1012/л, тромбоциты – 245х109/л, лейкоциты – 10,8х109/л, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные - 60%, эозинофилы – 4%, лимфоциты– 22%, моноциты - 6%, СОЭ – 32 мм/час, длительность кровотечения по Дюке 3 мин. Анализ мочи без патологии.

***Задания:***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза.
3. Окажите неотложную помощь при носовом кровотечении.
4. Расскажите о принципах лечения данного заболевания.

**Эталон ответа**

1. Геморрагический васкулит, кожно-абдоминальная форма.

Заключение основано на:

* данных анамнеза заболевания: появление сыпи на коже туловища и конечностей, периодически повторяющиеся боли в животе. Провоцирующим фактором послужила ОРВИ, перенесенная 2 недели тому назад.
* данных объективного исследования: субфебрильная температура, выраженные боли в животе, сыпь на разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, в области ягодиц, на ушных раковинах, симметрично расположенная, не исчезающая при надавливании, имеются сливные участки с некрозом в центре. При пальпации живота отмечается разлитая болезненность. Стул черного цвета.
* данных лабораторного исследования (лейкоцитоз, нейтрофилез, эозинофилия, повышенная СОЭ,

1. Дополнительные симптомы: у детей может отмечаться резкая болезненность и припухлость суставов, повышение температуры тела, мелкие кровоизлияния в слизистой оболочке твердого и мягкого неба, возможны глубокие внутримышечные и полостные кровоизлияния, кишечные кровотечения и инвагинация кишок. Возможно поражение почек в виде длительно протекающего нефрита.
2. Неотложная помощь при носовом кровотечении.

|  |  |
| --- | --- |
| Этапы | Обоснование |
| 1. Усадить ребенка с опущенным головным концом. | - профилактика аспирации, заглатывания крови и появления кровавой рвоты |
| 2. Расстегнуть стесняющую одежду. | - облегчение экскурсии легких |
| 3. Расстегнуть стесняющую одежду. | - облегчение дыхания |
| 4. Создать спокойную обстановку. | - ребенок возбужден, испуган |
| 5. Прижать крыло носа к носовой перегородке соответствующей стороны. | - механическая остановка кровотечения |
| 6. Приложить холод на переносицу, грелку к ногам. | - уменьшение притока крови к полости носа |
| 7. Затампонировать соответствующий носовой ход ватным тампоном (можно смочить его в 3 % растворе перекиси водорода, растворе адреналина, викасола, гипертоническом растворе, грудном молоке). | - обеспечение местной остановки кровотечения  - перекись водорода оказывает прижигающее действие  - адреналин – сосудосуживающее действие  - викасол, гипертонический раствор обладающий кровоостанавливающим эффектом  - в грудном молоке содержится «кровоостанавливающий»  витамин К |
| 8. Ввести внутримышечно:  викасол – 0,1 мл/год;  глюконат кальция – 0,1 мл/год. | - кровоостанавливающее действие  - кровоостанавливающее действие и укрепляет сосудистую стенку |
| 9. Установить причину носового кровотечения и постараться устранить его. | - носовое кровотечение – это симптом, а не диагноз |

1. Принципы лечения:

* диета с исключением облигатных аллергенов и новых продуктов;
* постельный режим (весь активный период);
* дезагреганты (гепарин, курантил, трентал);
* антигистаминные препараты (тавегил, супрастин, пипольфен);
* витамины С и Р;
* при необходимости - антибиотики;
* В тяжелых случаях - глюкокортикоиды и плазмоферез.

С учета снимать через 3 года в стадии ремиссии.

**Задача № 12**

Девочка, 10 лет, обратилась с жалобами на носовое кровотечение, кровавую рвоту. Страдает кровотечениями с 4-х лет. Обострения бывают 4-5 раз в год в виде носовых кровотечений и геморрагий на коже. Неоднократно лечилась в стационаре, последний раз получила лечение стационарно 3 месяца назад, выписана с улучшением. Девочка от 1 беременности, родилась в срок с массой 3200 г. С месячного возраста на искусственном вскармливании. До года ничем не болела. После года частые ОРЗ. Аллергологический анамнез не отягощен. Матери и отцу по 34 года. Отец страдает поллинозом.

Объективно: состояние девочки средней тяжести. Обращает на себя внимание бледность кожных покровов и наличие на коже туловища и конечностей разного цвета «синяков», размером от 0,5х1,0 см до 3х4 см, а также петехиальной сыпи на лице и шее. Экхимозы расположены ассиметрично. Единичные петехиальные элементы на слизистой полости рта, по задней стенке глотки кровь. Миндалины не выступают из-за дужек. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 95 ударов в минуту. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено, стул оформлен, темного цвета. В анализе крови: Эр – 3,3х1012/л, Нb – 85 г/л, тромбоциты – 24,6х109/л, лейкоциты – 8,0х109/л. Длительность кровотечения по Дюке 15 мин. Анализ мочи без патологии.

***Задания:***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Расскажите о принципах лечения данного заболевания.

**Эталон ответа**

1. Болезнь Верльгофа (тробмоцитопеническая пурпура). Заключение основано на данных анамнеза заболевания: жалобы на носовые кровотечения 4-х лет, геморрагии, объективных данных: состояние средней тяжести, бледность кожных покровов и наличие на коже туловища и конечностей разного цвета «синяков», петехиальной сыпи на лице и шее. Экхимозы расположены ассиметрично. Стул темного цвета. В лабораторных данных: в анализе крови снижение эритроцитов до 3,3х1012/л, снижение гемоглобина до 85 г/л, снижение тромбоцитов до 24,6х109/л, увеличение длительности кровотечения по Дюке до15 мин.
2. Дополнительные симптомы: положительные пробы на резистентность капилляров; спленомегалия; кровотечения: десневые, маточные, желудочно-кишечные, почечные; ДВС синдром.
3. Доврачебная помощь: создать спокойную обстановку, больную усадить, голову наклонить вперед, прижать пальцем крыло носа к носовой перегородке (или оба крыла), приложить холод к переносице и затылку. При безуспешности принятых мер приступить к передней тампонаде носа, смочив марлевый тампон одним из указанных растворов: 3% перекиси водорода, 0,1% раствором адреналина, 5% раствором аминокапроновой кислоты. Экстренная госпитализация в ЦРБ в положении с приподнятой головой в сопровождении фельдшера. При необходимости в пути следования продолжить оказание доврачебной помощи.

Принципы лечения:

* борьба с геморрагическим синдромом: парентеральная терапия гемостатическими средствами;
* внутривенное введение эпсилонаминокапроновой кислоты, глюкокортикоидов, внутривенно или внутримышечно дицинон, адроксон;
* местнодействующие гемостатические средства: гемостатическая губка, фибриновая пленка, тромбин, 3% раствор перекиси водорода, 0,1% раствор адреналина;
* введение внутривенно иммуноглобулина 0,4 г/кг;
* плазмоферез;
* спленэктомия не ранее чем через 12-18 мес. после начала заболевания;
* иммуносупрессивная и цитостатическая терапия;
* средства, уплотняющие сосудистую стенку и улучшающие адгезивно-агрегационные свойства тромбоцитов.

После выписки из стационара рекомендована диета: стол № 5, с исключением облигатных аллергенов, противорецидивное лечение 2 раза в год, витамины Р, А, С, фитотерапия, санация очагов хронической инфекции.

**Задача № 13**

Дима И., 7 лет обратился к врачу с жалобами на подъем температуры до 38,50 С, выражены: общее недомогание, слабость, отсутствие аппетита. Больным ребенка считают с течение 2,5 недель, когда впервые повысилась температура до 390 С и появились боли в суставах. Припухлость сустава не отмечалась, боли носили «летучий» характер. Дважды было непродолжительное носовое кровотечение. Начало заболевания связывают с переохлаждением. За медицинской помощью не обращались, ребенок получал бисептол и панадол 5 дней. Около месяца назад мальчик перенес ОРЗ, лечился народными средствами. Из перенесенных заболеваний: 7 раз ангина, дважды бронхит, частые ОРЗ, Бабушка со стороны матери болеет ревматизмом.

Объективно: состояние средней тяжести, вялый, выражены бледность кожных покровов, умеренная пастозность нижних конечностей, одышка – частота дыханий 30 в мин. Лимфоузлы без особенностей. Костно-мышечная система без патологии, суставы без видимых воспалительных изменений, активные и пассивные движения в полном объеме. В легких без патологии. Сердце -= тоны приглушены, на верхушке выслушивается грубый дующий систолический шум, пульс 120 в мин. АД – 95/60 мм.рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. Стул регулярный. Мочится 3-4 раза в день.

Анализ крови: Эр – 4,2х1012/л, Лейк – 14,0х109/л, П – 6%, С -58%, Л – 20%, М – 3%, Э – 15%,

Нb – 120 г/л, СОЭ – 42 мм/час, Тр – 245х109/л, С-реактивный белок +++, общий белок 65%.

Анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачная, удельный вес 1015, белок отрицательный, лейкоциты 1-2 в поле зрения.

***Задания:***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.
3. Расскажите об объеме доврачебной помощи и правилах транспортировки по назначению.
4. Составьте план диагностических исследований в стационаре, расскажите о подготовке к ним пациента и принципах лечения.

**Эталон ответа**

1. Острая ревматическая лихорадка. Эндомиокардит. Заключение основано на данных анамнеза: повышение температуры, недомогание, слабость, отсутствие аппетита, боли в суставах. Провоцирующим фактором явилось переохлаждение и перенесенное простудное заболевание месяц тому назад. В анамнезе жизни частые простудные заболевания, ангины, бронхиты. Наследственный фактор – бабушка ребенка страдает ревматизмом. Данные объективного обследования: вялость, бледность кожных покровов, пастозность нижних конечностей, одышка, в сердце тоны приглушены, на верхушке грубый дующий систолический шум. Данные лабораторных исследований - в анализе крови: лейкоцитоз, нейтрофилез, повышенная СОЭ, С-реактивный белок+++.
2. Дополнительные симптомы:

* ревматические узелки;
* анулярная сыпь;
* хорея;
* боли в животе;

1. Доврачебная помощь заключается в своевременной обязательной госпитализации в кардиоревматологическое отделение.
2. Диагностическая программа в стационаре:

* общий анализ крови,
* общий анализ мочи,
* ЭКГ,
* биохимический анализ крови (общий белок, СРБ, ревматоидный фактор),
* ЭХО кардиограмма,
* серологическое исследование (увеличение титров АСЛ-О, АСГ, АСК),
* определение длительности кровотечения, скорости свертываемости крови;

Лечебная программа в стационаре:

* постельный режим 2-3 недели,
* полноценное питание. При сердечной недостаточности стол № 10,
* противомикробные препараты: антибиотики (внутримышечно пенициллин, бициллин 3),
* противовоспалительные средства (салицилаты),
* глюкокортикоиды,
* хинолиновые препараты при затяжном течении,
* симптоматическая терапия: сердечные гликозиды, антиаритмические препараты, а также улучшающие микроциркуляцию и обменный процесс в миокарде,
* витаминотерапия,
* санация очагов хронической инфекции,
* ЛФК,
* С учета не снимать, бициллинопрофилактика в течение 5 лет.

**Задача № 14**

Девочка О., 4 дней, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в 1-й половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через два часа после рождения, сосала хорошо. На 3-й сутки появилась иктеричность кожных покровов.

При осмотре на 4-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, крик громкий. Кожные покровы чистые, умеренно иктеричны, пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны звучные, живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул желтого цвета. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный.

Дополнительные данные:

*Группа крови матери*А(II) Rh-положительная.

*Группа крови ребенка*0(I) Rh-положительная.

*Общий анализ крови:*НЬ — 196 г/л, Эр — 5,9×1012/л, ретикулоциты -1,5%, Ц.п. — 0,94, Лейк — 9,0×109/л, п/я — 5%, с — 42%, э — 1%, л — 47%, м -5%, СОЭ — 2 мм/час.

*Общий анализ мочи:*цвет — соломенно-желтый, реакция — кислая, удельный вес — 1004, белок отсутствует, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет.

*Биохимический анализ крови*на 4-й день жизни: общий белок -52,4 г/л, билирубин: непрямой — 140 мкмоль/л, прямой — нет, мочевина -4,2 ммоль/л, холестерин — 3,6 ммоль/л, калий — 5,1 ммоль/л, натрий — 41 ммоль/л, АЛТ — 25 ммоль/л, ACT — 18 ммоль/л

***Задания:***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Как Вы оцениваете массо-ростовой показатель при рождении?

Оцените результаты общего анализа крови.

Оцените результаты общего анализа мочи.

Оцените результаты биохимического анализа крови. С чем связаны выявленные изменения?

1. Возможно ли развитие гемолитической болезни новорожденного в данном случае?

Каков генез желтухи в данном случае?

При каких клинических синдромах новорожденного с желтухой следует показать невропатологу?

1. При каких цифрах непрямого билирубина новорожденному с желтухой необходимо сделать заменное переливание крови?

Требует ли лечения желтуха у данного ребенка?

Как кормить этого ребенка?

Каков прогноз для этого ребенка?

**Эталон ответа**

1. DS: Физиологическая желтуха новорожденных.
2. Массово/Ростовой показатель=60,7 (N-60-80/)

результаты общего анализа крови: ретикулоцитоз связан с гемолизом фетального гемоглобина, С.я.=Лф.(физ.перекрест.)

результаты общего анализа мочи: норма.

результаты биохимического анализа крови: повышен непрямой Б. т.к.повышен распад фетального гемоглобина.,незначительно повышен холестерин т.к.имеется холестаз.

1. ГБН .не разовьется (ГБН- по Rh- фактору, по АВО системе когда у у матери 1 (О) гр.крови ,ау ребенка 2(А) или 3 (В) гр.крови.
2. гемолиз Нb, низкая ферментативная активность печени.

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

При высоких цифрах Б. 340мкмоль/л у доношенных и 170мкмоль/л у недоношенных. риске развития билирубиновой энцефалопатии

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

желтуха лечения не требует.

кормить грудным молоком

прогноз благоприятный.

**Задача № 15**

Мальчик К., 8 дней, поступил в отделение патологии новорожденных по направлению районной поликлиники.

Из анамнеза известно, что ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, гнойным гайморитом в третьем триместре. Роды в срок, физиологичные. Масса тела при рождении 3500 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен на первые сутки, сосал активно. Пуповинный остаток обработан хирургически на 2-е сутки, пупочная ранка сократилась хорошо. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались физиологическая желтуха, токсическая эритема. На 5-й день жизни ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии. На 8-й день при патронаже педиатра выявлены пузыри на туловище, в связи с чем ребенок был госпитализирован.

При поступлении состояние средней тяжести, вялый, сосет неохотно, периодически срыгивает, температура тела 37,4-37,6°С. Кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком. На коже туловища, бедрах на инфильтрированном основании имеются полиморфные, окруженные венчиком гиперемии, вялые пузыри диаметром до 2 см с серозно-гнойным содержимым. На месте вскрывшихся элементов — эрозивные поверхности с остатками эпидермиса по краям. Пупочная ранка чистая. Зев спокойный. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный.

*Общий анализ крови:*НЬ — 180 г/л, Эр — 5,5×1012/л, Ц.п. — 0,99, тромб — 270х109/л, Лейк — 17,2х109/л, метамиелоциты — 3%, п/я — 13%, с -57%, л — 24%, м — 3%, СОЭ — 9 мм/час.

*Общий анализ мочи:*цвет — соломенно-желтый, реакция — кислая, удельный вес — 1004, белок отсутствует, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет.

*Биохимический анализ крови:*общий белок — 52,4 г/л, билирубин: непрямой — 51 мкмоль/л, прямой — нет, мочевина — 4,2 ммоль/л, холестерин — 3,6 ммоль/л, калий — 5,1 ммоль/л, натрий — 141 ммоль/л, кальций -2,2 ммоль/л, фосфор — 1,9 ммоль/л.

***Задания:***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования надо провести для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Назначьте лечение.
5. Какие анатомо-физиологические особенности кожи характеризуют новорожденного ребенка?

**Эталон ответа**

1. DS: Пузырчатка новорожденных.
2. RW, посев содержимого пузыря.
3. Диф.Дз.-булёзный эпидермолиз, сифилитическая пузырчатка, экфолиативный дерматит Риттера, эритродермия Лейнера и др.виды пиодермий.
4. Прокол пузырей и обработка спирт. р-р.анилиновых красителей, симптоматическое лечение.
5. PH щелочная,тонкий мантийный слой, богатая васкулиризация, гидрофильна, в ПЖК много насыщенных жирных к-т.

**Задача № 16**

Мальчику 8 месяцев. Жалобы на вялость ребенка, снижение аппетита, неустойчивый стул. Ребенок от 5 беременности, протекавшей благоприятно, срочных 2 родов (масса – 3700 г, длина-50 см). Период новорожденности без особенностей. Вскармливание грудью до 2 мес., с 3 мес. введена манная каша без совета врача, использовались неадаптированные смеси. Ребенок витамин Д не принимал, соки получал редко. Прогулки были не ежедневно. Прибавка в массе была неравномерной. Перенес 2 раза ОРЗ. Материально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, но ребенок вялый, бледный, потлив. Сидит с опорой на руки, спина круглая. Мышечный тонус диффузно снижен. Голова имеет квадратную форму, с выступающими лобными и затылочными буграми. Большой родничок 2,5х3,0 см, края податливые. Затылок уплощен, облысевший. Зубов нет. Грудная клетка сдавлена с боков, нижние края развернуты, на ребрах небольшие "четки", на руках выраженные "браслетеки". Имеется кифоз в поясничном отделе позвоночника, который исчезает при положении ребенка на животе. Пальпация, перкуссия и аускультация изменений со стороны органов дыхания и сердца не выявили. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул неустойчивый, мочеиспускание не нарушено.

Анализ крови: Нв 102 г/л, Er-3,98х1012/л, Л-4х109/л, СОЭ 5 мм /час. Анализ мочи без особенностей. Биохимические данные: фосфор в сыворотке 0:034 г/л, кальций 0,09 г/л.

***Задания***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.
3. Расскажите об объеме доврачебной помощи и правилах транспортировки по назначению.
4. Составьте план диагностических исследований в стационаре, расскажите о подготовке к ним пациента и принципах лечения.

**Эталон ответа**

1. У ребенка рахит II степени, стадия разгара. Анемия железодефицитная, легкая степень. Заключение основано на данных анамнеза: грудное вскармливание только до 2-х месяцев, раннее введение прикорма, отсутствие в питании овощей и фруктовых соков, не получал с профилактической целью витамин Д.

Объективное обследование: потливость, бледность кожных покровов, снижение мышечного тонуса, выраженная деформация со стороны костей черепа, грудной клетки, позвоночника, конечностей.

Лабораторные исследования: в крови небольшое снижение гемоглобина, снижение фосфора и кальция в сыворотке крови.

1. Дополнительным симптомом данной формы заболевания является краниотабес - размягчение отдельных участков затылочной кости, которое определяется пальпаторно. На уровне прикрепления диафрагмы возникает западение, "гаррисонова борозда", нарушены сроки и порядок прорезывания зубов.
2. В данном случае ребенок не нуждается в срочной госпитализации в стационар, и при удовлетворительных материально-бытовых условиях можно провести лечение на дому.
3. В условиях стационара для подтверждения диагноза необходимо провести рентгенографию дистальных отделов костей предплечья и определить уровень фермента щелочной фосфтазы в сыворотке крови, играющей важную роль в процессах обызвествления костей. В первую очередь необходимо назначить правильное питание с ежедневным включением в рацион овощного пюре, коровьего молока, кефира, тертого яблока, желтка, творога, нежирных мясных бульонов, фрикаделек, печени. В течение 30-45 дней ребенок должен получать специфическое лечение рахита витамином Д в виде кальциферола 1600 МЕ в сутки. Учитывая наличие у ребенка анемии, следует назначить препараты железа (сироп алоэ с железом), аскорбиновую кислоту, витамин В1. Необходимы массаж, ежедневная лечебная гимнастика, хвойные ванны, прогулки на свежем воздухе.

**Задача № 17**

К фельдшеру обратились за помощью с годовалым ребенком. Болен третий день, жалобы на кашель, сильный насморк, плохой сон, сниженный аппетит, вялость.

Объективно: состояние ребенка средней тяжести, t - 38,9º С, беспокойный, выражены катаральные явления, обильные серозные выделения из носа, конъюнктивит, кровоизлияние в склеры, в зеве разлитая гиперемия, зернистость задней стенки глотки, увеличение подчелюстных лимфатических узлов. Кожные покровы чистые. В легких дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, тахикардия. Стул в норме.

***Задания***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Перечислите методы диагностики заболевания.

3. Расскажите о принципах лечения.

**Эталон ответа**

1. Клинический диагноз: "Аденовирусная инфекция" ставится на основании:

анамнеза: жалобы на кашель, сильный насморк, плохой сон, сниженный аппетит, вялость;

объективного осмотра: состояние средней тяжести, температура 38,9º С, выражены катаральные явления: обильные серозные выделения из носа, конъюнктивит, кровоизлияния в склеру, в зеве разлитая гиперемия, зернистость задней стенки глотки, увеличение подчелюстных лимфатических узлов.

1. Лабораторная диагностика:

а) серологическое исследование на вирусы парных сывороток крови проводится с интервалом в 7-14 дней;

б) посев слизи из носоглотки на вирусы 2-кратно;

в) иммунофлюоресцентный экспресс-метод обнаружения респираторных вирусов в цилиндрическом эпителии носовых ходов. Ответ может быть получен через 3-4 часа после взятия слизи из носа.

Постановке правильного диагноза помогает уточнение эпидемиологической ситуации.

1. Детей, больных ОРВИ, можно лечить в домашних условиях, но ребенка необходимо изолировать, с соблюдением постельного режима во время лихорадочного периода. Необходимо калорийное питание с ограничением жиров, мясных продуктов, с преобладанием кисломолочных и фруктово-овощных блюд. Необходимы обильное питье и симптоматическое лечение.

Назначают десенсибилизирующие препараты (димедрол, супрастин, тавегил), жаропонижающие (парацетамол, панадол), поливитамины, щелочные ингаляции, полоскание зева (отварами: ромашки, шалфея, эвкалипта, календулы), горчичники. Слизистую носа смазывают оксолиновой мазью (0,25%).

При лечении конъюнктивита закапывают 6-8 раз в день противовирусные препараты – интерферон, 1-2 раза в день в нос закладывают 0,25% оксолиновую или флореналевую мази.

Часто промывают конъюнктивальный мешок растворами фурациллина (1:5000), риванола (1:5000).

При тяжелых формах применяют плацентарный иммуноглобулин. При бактериальных осложнениях назначают антибиотики.

При обильных выделениях из носа отсасывают слизь при помощи резиновой груши. Нос очищают с помощью турунды, применяют сосудосуживающие капли (галазолин, санорин, нафтизин).

Специфическая профилактика: противогриппозные вакцины, но они малоэффективны.

**Задача № 18**

Ребенок 3-х лет, живет с родителями в общежитии, посещает детский сад. Заболел остро: t - 38,5º С, боли в животе, рвота 1 раз, частый жидкий стул с примесью слизи, прожилок крови, ребенок «тужится», беспокоен. При осмотре: ребенок бледен, вялый, тоны сердца приглушены, тахикардия, живот мягкий, сигма спазмирована, болезненна, анус податлив.

***Задания***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза,

3. Составьте план диагностических исследований в стационаре.

4. Перечислите возможные осложнения и расскажите о методах лечения, профилактики данного заболевания.

**Эталон ответа**

1. Дизентерия. Диагноз основан на данных анамнеза и жалоб, типичных для этого заболевания: t - 38,5º С, боли в животе, рвота 1 раз, частый жидкий стул с примесью слизи, прожилок крови, ребенок «тужится», беспокоен; а также данных объективного осмотра: мальчик бледен, вялый, тоны сердца приглушены, тахикардия, живот мягкий, сигма спазмирована, болезненна, анус податлив.
2. Дополнительно могут быть симптомы интоксикации (головные боли, слабость, снижение или отсутствие аппетита). Развиваются симптомы дистального колита: спазм и болезненность нижнего отдела толстой кишки, мучительные тянущие боли, ложные позывы на дефекацию (тенезмы).
3. Ребенок с любой кишечной инфекцией должен быть госпитализирован в детскую инфекционную больницу.

Диагностическая программа в стационаре:

1. лабораторно-инструментальные методы исследования;

бакпосев на кишечную группу; бак.посев на дизентерийную группу,

копрограмма;

ректороманоскопия;

серологическое обследование - реакция непрямой гемагглютинации.

1. При дизентерии возможны осложнения, особенно у детей раннего возраста: пневмонии, гингивиты, стоматиты, отиты, анемия, дизбактериоз. При тяжелой дизентерии иногда наблюдается выпадение прямой кишки.

Лечение проводить с учетом возраста больного, тяжести инфекционного процесса и периода болезни. В первые сутки объем питания уменьшать на 25%, назначать кисломолочные смеси, жидкие каши, слизистые супы, творог.

Этиотропная терапия: антибиотики, химиопрепараты и специфический дизентерийный бактериофаг. Назначают фуразолидон, полимиксин, хлорамфеникол. В тяжелых случаях назначать гентамицин. Курс лечения этиотропными препаратами составляет 5-7 дней. Наряду с этиотропным лечением в остром периоде целесобразно назначать витамин С, группы В, А, Е, неспецифические стимуляторы иммунитета: метилурацил, пентоксил, нуклеинат натрия.

Для снятия интоксикации внутривенно капельно вводить солевые и коллоидные растворы; 10% раствор альбумина, концентрированную плазму, реополиглюкин, 10% раствор глюкозы. Инфузионную терапию назначать из расчета 130-150 мл/кг массы тела в сутки. При гипертермии назначать средства: 50% раствор анальгина внутримышечно, парацетамол, аспирин.

Профилактика. Большую роль в борьбе с дизентерией играют: санитарное просвещение населения, повсеместное выполнение санитарно-гигиенических требований, строгий санитарный надзор за пищевыми предприятиями и водоснабжением. Обязательна госпитализация больных с дизентерией, работающих в сфере питания.

У постели больного проводится текущая дезинфекция, после госпитализации заключительная. Одновременно назначают бактериологическое обследование контактных лиц в очаге. За ребенком, общавщимся с больным, ведут наблюдение в течение 7 дней. При появлении случаев заболевания в детском коллективе производят однократное бактериологическое обследование детей и персонала.

**Задача № 19**

Сережа, 9 лет, жалуется на высокую температуру, боль в груди и правой половине живота, затрудненное дыхание, болезненность при глубоком вдохе, короткий болезненный кашель, преимущественно сухой, иногда со скудной мокротой. Заболел вчера вечером, повысилась температура до 39º С, появился озноб и все перечисленные жалобы.

Объективно: состояние ребенка тяжелое, "охающее" дыхание, частота дыхания до 40 в мин, кожные покровы бледные, отмечается румянец правой щеки. Выражен цианоз носогубного треугольника, лимфоузлы не увеличены. При осмотре грудная клетка правильной формы, отмечается некоторое отставание правой половины в акте дыхания. При перкуссии границы легких не изменены. Выявляется притупление перкуторного звука справа в подлопаточной области. Аускультативно дыхание резко ослаблено справа, хрипов нет, пульс 128 в мин. Живот правильной формы обычной конфигурации, участвует в акте дыхания. Печень и селезенка не увеличены, стул и мочеиспускание не нарушены. Анализ крови Э-4,2х1012/л, L-14,0х109/л, П-8%, С-62%, Л-24%, М-3%, Нв-134 г/л, СОЭ-32 мм/час. Анализ мочи без патологии. На рентгенограмме — легочные поля правильной формы, усиление бронхососудистого рисунка. В нижней доле правого легкого гомогенное интенсивное затемнение. Синусы свободны, сердечная тень без особенностей.

***Задания***

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.

3. Расскажите об объеме доврачебной помощи и правилах транспортировки по назначению.

4. Составьте план диагностических исследований в стационаре, расскажите о подготовке к ним пациента и принципах лечения.

**Эталон ответа**

1. Острая крупозная правосторонняя пневмония. Заключение основано на данных анамнеза заболевания: повышение температуры до 40º С, боль в груди и правой половине живота, болезненность при глубоком вдохе, болезненный сухой кашель со скудной мокротой. Данные объективного исследования: фебрильная температура, признаки дыхательной недостаточности (цианоз носогубного треугольника, учащенное дыхание до 40 в мин. отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания), изменения в легких: перкуторно притупление перкуторного звука справа, аускультативно: ослабленное дыхание справа, изменения на рентгенограмме органов дыхания: гомогенное, интенсивное затемнение справа, изменения периферической крови (лейкоцитоз, нейтрофиллез, повышенная СОЭ).
2. Дополнительные симптомы: в стадии красного опеченения может быть появление ржавой мокроты, в стадии серого опеченения — влажные хрипы, постоянная крепитация, в стадии разрешения — усиление кашля, отхождение мокроты в большом количестве, в легких множество влажных хрипов.
3. Дети с крупозной пневмонией подлежат госпитализации. Доврачебная помощь: борьба с гипертермией, дыхательной недостаточностью, транспортировка в сопровождении медицинского работника, положение больного — сидя, подача кислорода.
4. Диагностическая программа в стационаре:

общий анализ крови;

общий анализ мочи;

рентгенография органов дыхания в динамике, до и после курса лечения антибиотиками;

ЭКГ;

биохимический анализ крови (общий белок, его фракции, СРБ, сиаловые кислоты);

бактериологическое исследование крови, мокроты;

иммунограмма;

консультации пульмонолога, аллерголога, фтизиатра.

Лечебная программа в стационаре:

постельный режим в острый период;

рациональное питание, дополнительное введение жидкости;

дезинтоксикационная терапия (гемодез, 5% раствор глюкозы, нативная плазма, полиглюкин);

оксигенотерапия;

антибиотикотерапия (пенициллин, 100 000 ЕД на 1 кг/сутки внутримышечно 4 раза в день, ампициллин из расчета 50-100 мг/кг в сутки, цефалоспорины);

противокашлевая терапия (щелочные ингаляции, сироп бромгексина, 1% раствор йодистого калия по чайной ложки 3 раза в день);

иммунотерапия;

симптоматическая, посиндромная терапия;

дыхательная гимнастика, постуральный дренаж, массаж;

физиотерапевтические методы лечения (УФО, СВЧ, УВЧ, электрофорез).

После выписки из стационара наблюдается в детской поликлинике с учета снимается через год при отсутствии клиники и рентгенологических изменений.

**Задача № 20**

Во время проведения патронажа к новорожденному ребенку мать обратилась к фельдшеру за советом в связи с тем, что ее старшая дочь 5 лет стала капризной, раздражительной, ухудшился сон, аппетит, жалуется на периодические боли в животе, зуд в заднем проходе, тошноту. У девочки стало отмечаться ночное недержание мочи.

**Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза.

3. Расскажите о лечении этого заболевания.

4. Перечислите методы профилактики.

**Эталон ответа**

1. Энтеробиоз. Диагноз ставится на основе анамнеза, жалоб, типичных для этого заболевания: ребенок капризный, раздражительный, ухудшился сон, аппетит, жалуется на периодические боли в животе, зуд в заднем проходе, тошноту, отмечается ночное недержание мочи.
2. Острицы можно обнаружить на поверхности фекалий, а также снять их яйца с перианальной области липкой, прозрачной полиэтиленовой пленкой с последующим микроскопированием.
3. Лечение. Эффективен пирантел однократно в дозе 10 мг/кг, или пиперазин-адипинат в возрастной дозировке в течение 5 дней. При необходимости курс лечения повторяют через 5 дней. При лечении энтеробиоза необходимо строгое соблюдение гигиенического режима. Прогноз благоприятный. Контрольный анализ — соскоб на яйца остриц проводится через 1 месяц.
4. Профилактика. Соблюдение гигиены тела, одежды, жилища, одновременное лечение всех членов семьи. Родителям рекомендовать следить за гигиеной ребенка, мыть овощи, фрукты, игрушки и предметы обихода, кипятить, проглаживать и часто менять постельное белье. Ежедневно проводить влажную уборку с проветриванием помещения

**Задача № 21**

Во время очередного патронажного посещения ребенка 1 года фельдшер обратила внимание на наличие у него резкой бледности кожи и слизистых оболочек. Мать сообщила, что ребенок быстро утомляется, раздражителен, не активен, отметила потерю аппетита. При расспросе матери удалось установить, что питание ребенка однообразное, молочная каша дважды в день. Фрукты и овощи предпочитает не давать, боясь нарушения пищеварения. На таком питании ребенок прибавляет в весе, что радовало мать. Живут в общежитии, гуляют редко.

При осмотре: состояние у малыша удовлетворительное. Выраженная бледность кожи и выделение слизистых, периферические лимфатические узлы не увеличены. Со стороны сердца: выслушивается систолический шум. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из подреберья. Из анамнеза выяснено, что ребенок родился доношенным, на смешанном вскармливании с 1 мес, часто болел ОРВИ.

**Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.

3. Расскажите о принципах лечения заболевания.

4. План диагностического исследования.

**Эталон ответа**

1. .У ребенка можно предположить железодефицитную анемию легкой степени. Основными симптомами заболевания являются: бледность кожи, утомляемость, раздражительность, потеря аппетита, вялость. В сердце ребенка выслушивается систолический шум, печень увеличена. Причины: одностороннее молочное питание, частые заболевания, плохой уход и плохие бытовые условия.
2. У больных возможны дополнительные симптомы заболевания: «заеды» в углах рта, восковой цвет ушных раковин, сухость кожи, тусклые ломкие волосы, мышечная гипотония.
3. Лечение ребенка должно быть комплексным, со средней и тяжелой формой анемии заболевания детей госпитализируют, с легкой степенью лечат дома. Надо организовать правильный режим питания. Давать продукты, содержащие железо и другие микроэлементы: мясные продукты, печень, творог, желток, фрукты, овощи. Больше надо быть на свежем воздухе.

Ребенку первого года назначают сироп алоэ с железом перорально по 0,3 г х 3 раза в день после еды, ферамид, фероспан, витамин С, витамины группы В. Надо установить правильный режим дня для ребенка. Ребенок должен гулять на свежем воздухе, ему необходимы массаж и гимнастика, ежедневные купания.

При закаливании дети реже болеют простудными заболеваниями и анемией.

1. Для уточнения диагноза надо провести общий анализ крови, где можно обнаружить уменьшение количества Er менее 3,5х10 12 л, гемоглобина ниже 100 г/л, цветной показатель ниже 0,8. В мазках Er бледной окраски, уменьшаются в размерах, отмечаются умеренный лейкоцитоз, ретикулоцитоз.

**Задача № 22**

Ребенок 2,5 лет болен третий день. Температура 38,2º С. Кожа слегка бледная, цианоз носогубного треугольника. Напряжены крылья носа. Заболевание началось с респираторного синдрома.

Вызванный на дом врач при осмотре ребенка обнаружил: число дыхательных движений 32 в мин. Дыхание над всей поверхностью легких ослаблено. Прослушиваются диффузно-мелкопузырчатые влажные хрипы. Перкуторно — легкое укорочение звука над прикорневыми областями.

**Задания**

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Рекомендуемые диагностические исследования.

3. Какое лечение следует рекомендовать ребенку?

4. Какова профилактика этого заболевания?

**Эталон ответа**

1. У ребенка 2,5 лет ОРВИ осложнилось острой 2-сторонней бронхопневмонией.
2. Диагностические исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, рентгенография органов грудной клетки.
3. Лечить в стационаре, режим постельный, питание физиологическое с витаминизированным питьем, оксигенотерапия, антибактериальная терапия, витаминотерапия, сердечные средства, симптоматическое лечение, физиолечение.
4. Профилактика: проводить общеоздоровительные мероприятия: обливание ног холодной водой, прогулки на свежем воздухе, массаж, гимнастика.

**Задача № 23**

Ребенок 3-х лет, живет с родителями в общежитии, посещает детский сад. Заболел остро: t - 38,5º С, боли в животе, рвота 1 раз, частый жидкий стул с примесью слизи, прожилок крови, ребенок тужится, беспокоен. При осмотре: ребенок бледен, вялый, тоны сердца приглушены, тахикардия, живот мягкий, сигма сокращена, болезненна, анус податлив.

**Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза,

3. Составьте план диагностических исследований в стационаре.

4. Перечислите возможные осложнения.

5. Расскажите о методах лечения.

**Эталон ответа**

1. Дизентерия. Диагноз основан на данных анамнеза и жалоб, типичных для этого заболевания: t - 38,5º С, боли в животе, рвота 1 раз, частый жидкий стул с примесью слизи, прожилок крови, ребенок тужится, беспокоен; а также данных объективного осмотра: мальчик бледен, вялый, тоны сердца приглушены, тахикардия, живот мягкий, сигма сокращена, болезненна, анус податлив.
2. Дополнительно могут быть симптомы интоксикации (головные боли, слабость, снижение или отсутствие аппетита). Развиваются симптомы дистального колита: спазм и болезненность нижнего отдела толстой кишки, мучительные тянущие боли, ложные позывы (тенезмы).

Ребенок с любой кишечной инфекцией должен быть госпитализирован в детскую инфекционную больницу.

1. Диагностическая программа в стационаре: лабораторно-инструментальные методы исследования; бакпосев на кишечную группу; копрограмма; ректороманоскопия; реакция непрямой гемагглютинации. Бак.посев на дизентерийную группу.
2. При дизентерии возможны осложнения, особенно у детей раннего возраста: пневмонии, гингивиты, стоматиты, отиты, анемия, дизбактериоз. При тяжелой дизентерии иногда наблюдается выпадение прямой кишки.
3. Лечение проводить с учетом возраста больного, тяжести инфекционного процесса и периода болезни. В первые сутки объем питания уменьшать на 25%, назначать кисломолочные смеси, жидкие каши, слизистые супы, творог.

Этиотропная терапия: антибиотики, химиопрепараты и специфический дизентерийный бактериофаг. Назначают фуразолидон, полимиксин, хлорамфеникол. В тяжелых случаях назначать гентамицин. Курс лечения этиотропными препаратами составляет 5-7 дней. Наряду с этиотропным лечением в остром периоде целесобразно назначать витамин С, группы В, А, Е, неспецифические стимуляторы иммунитета: метилурацил, пентоксил, нуклеинат натрия.

Для снятия интоксикации внутривенно капельно вводить солевые и коллоидные растворы; 10% раствор альбумина, концентрированную плазму, реополиглюкин, 10% раствор глюкозы. Инфузионную терапию назначать из расчета 130-150 мл/кг массы тела в сутки. При гипертермии назначать средства: 50% раствор анальгина внутримышечно, парацетамол, аспирин.