

Перечень вопросов к экзамену ПМ.02 «Лечебная деятельность»

МДК 02.04. «Лечение пациентов детского возраста»

31.02.01. «Лечебное дело»

1. Вегето - сосудистая дистония у детей. Классификация. Этиология. Клиника. Лечение.
2. Сахарный диабет. Этиология. Классификация. Патогенез.
3. Неотложная помощь при судорогах.
4. Асфиксия новорожденных. Причины. Клинические формы. Проведение реанимационных мероприятий. Мотивированный уход. Профилактика.
5. Острый гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Классификация.
6. Неотложная помощь при рвоте.
7. Гемолитическая болезнь новорожденных. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Методы лечения. Мотивированный уход. Профилактика.
8. Сахарный диабет. Клиника. Диагностика. Осложнения.
9. Неотложная помощь при обмороке.
10. Родовые травмы: повреждение скелета, родовая опухоль, кефалогематома, повреждение центральной и периферической нервной системы. Клиническая картина. Диагностика. Лечение и уход.
11. Лечение бронхиальной астмы в постприступный и межприступный периоды.
12. Неотложная помощь при гипогликемической коме.
13. Неинфекционные заболевания кожи: пузырьчатка, везикулопустулез. Этиология. Клиника. Лечение. Уход. Профилактика.
14. Острый простой бронхит. Этиология. Клиника.
15. Неотложная помощь при носовом кровотечении.
16. Сепсис новорожденных. Этиология. Клинические формы. Лечение. Мотивированный уход. Профилактика.
17. Сахарный диабет. Клиника диабетической и гипогликемической комы. Принципы оказания неотложной помощи. Самоконтроль.
18. Неотложная помощь при метеоризме.
19. Гипервитаминоз Д. Причины. Патогенез. Клинические проявления острой и хронической Д-витаминной интоксикации.
20. Асфиксия новорожденных. Причина. Клинические формы. Проведение реанимационных мероприятий. Уход. Профилактика.
21. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы.
22. Хронические расстройства питания. Разновидность хронических расстройств питания. Факторы нарушения вскармливания (количественные и качественные). Гипотрофия. Клиника, лечение. Уход. Диспансерное наблюдение. Реабилитация.
23. Острый бронхолит. Клиника. Диагностика. Прогноз.
24. Неотложная помощь при стенозирующем ларинготрахеите.
25. Врожденные и наследственные заболевания у детей. Врожденные аномалии и уродства. Наследственные ферментопатии. Синдром Дауна. Причины. Клинические проявления. Диагностика. Профилактика.
26. Стенозирующий ларинготрахеит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Прогноз. Неотложная помощь и уход за детьми.
27. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.
28. Перинатальное повреждение центральной нервной системы. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Осложнения. Прогноз. Лечение. Уход и вскармливание. Интенсивная терапия.
29. Назофарингит. Этиология. Клиника. Осложнения. Диагностика. Лечение.
30. Неотложная помощь при коллапсе.
31. Острые расстройства пищеварения. Этиология. Клиника. Лечение.
32. Ревматизм. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника поражений центральной нервной системы и суставов при ревматизме. Ревматические пороки сердца. Диагностика и

- дифференциальная диагностика. Лечение. Первичная и вторичная профилактика. Диспансерные наблюдения и реабилитация детей, больных ревматизмом.
33. Неотложная помощь при гипертермии.
 34. Рахит. Причины возникновения. Классификация. Клиническая картина. Ранние проявления заболевания. Диагностика. Лечение. Профилактика. Роль фельдшера в профилактике рахита.
 35. Обструктивный бронхит. Этиология. Клиника.
 36. Неотложная помощь при асфиксии.
 37. Спазмофилия. Этиология. Формы. Клинические проявления. Неотложная помощь. Диспансерное наблюдение. Реабилитация больных .
 38. Пиелонефрит. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Санаторно-курортное лечение.
 39. Неотложная помощь при диабетической коме.
 40. Гипервитаминоз Д. Причины. Патогенез. Клинические проявления острой и хронической Д-витаминной интоксикации.
 41. Асфиксия новорожденных. Причина. Клинические формы. Проведение реанимационных мероприятий. Уход. Профилактика.
 42. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы.
 43. Аномалии конституции. Экссудативно-катаральный, лимфатико-гипопластический, нервно-артрический диатез. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение. Прогноз. Профилактика. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.
 44. Ревматизм. Клиника миокардита, перикардита, эндокардита у детей. Клиника поражений центральной нервной системы и суставов при ревматизме.
 45. Неотложная помощь при рвоте.
 46. Стоматиты: герпетический, афтозный, грибковый. Этиология. Клиника. Лечение. Уход. Профилактика.
 47. Ревматизм. Ревматические пороки сердца. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Первичная и вторичная профилактика. Диспансерные наблюдения и реабилитация детей, больных ревматизмом.
 48. Неотложная помощь при обмороке.
 49. Острый гастрит. Этиология. Клиника. Лечение. Уход. Профилактика.
 50. Диагностика. Прогноз. Лечение острых пневмоний.
 51. Неотложная помощь при носовом кровотечении.
 52. Язвенная болезнь желудка. Этиология. Клиника. Лечение. Уход. Профилактика.
 53. Рецидивирующий бронхит. Клиника.
 54. Неотложная помощь при ларингоспазме.
 55. Дискинезия желчевыводящих путей. Этиология. Клиника. Лечение. Уход. Профилактика.
 56. Острый лейкоз. Этиология. Патогенез. Клиника.
 57. Неотложная помощь при метеоризме.
 58. Пневмонии новорожденных. Особенности этиологии, патогенеза, клиники.
 59. Острый гломерулонефрит. Диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика. Санаторно-курортное лечение.
 60. Неотложная помощь при коллапсе.
 61. Бронхиальная астма. Профилактика. Санаторно-курортное лечение. Прогноз. Диспансерное наблюдение. Реабилитация.
 62. Железодефицитные анемии. Лечение. Диспансеризация. Профилактика.
 63. Неотложная помощь при стенозирующем ларинготрахеите.
 64. Пиелонефрит. Этиология. Патогенез. Классификация.
 65. Геморрагический васкулит. Этиология. Патогенез. Классификация.
 66. Неотложная помощь при гипертермии.
 67. Дифтерия гортани. Этиология. Эпидемиология. Клинические проявления. Лечение. Профилактика
 68. Асфиксия новорожденных. Причины. Клинические формы. Проведение реанимационных мероприятий. Мотивированный уход. Профилактика.

69. Неотложная помощь при диабетической коме
70. Дифтерия ротоглотки (зева). Этиология. Эпидемиология. Клинические проявления. Лечение. Профилактика.
71. Гемолитическая болезнь новорожденных. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Методы лечения. Мотивированный уход. Профилактика.
72. Неотложная помощь при диабетической коме.
73. Родовые травмы: повреждение скелета, родовая опухоль, кефалогематома, повреждение центральной и периферической нервной системы. Клиническая картина. Диагностика. Лечение и уход.
74. Грипп. Этиология. Эпидемиология. Клинические проявления. Лечение. Профилактика.
75. Неотложная помощь при гипогликемической коме.
76. Гельминтозы. Этиология. Клиника. Лечение. Уход. Профилактика.
77. Острый лейкоз. Диагностика. Лечение. Прогноз.
78. Неотложная помощь при судорогах.
79. Острые пневмонии. Классификация. Этиология. Клинические формы. Особенности пневмоний у детей, страдающих рахитом, анемией, гипотрофией, аллергических диатезом. Врожденные пороки сердца. Клиника. Диагностика. Прогноз. Лечение. Осложнения.
80. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.
81. Кардиты неревматической этиологии. Диагностика. Лечение. Острая сердечно –сосудистая недостаточность. Клиника. Прогноз. Неотложная помощь.
82. Эпидемиологический паротит. Этиология. Эпидемиология. Клинические проявления. Лечение. Профилактика.
83. Неотложная помощь при рвоте.
84. Бронхиальная астма. Классификация. Клиника. Осложнения. Диагностика.
85. Менингококковая инфекция. Менингококковый менингит. Этиология. Эпидемиология. Клинические проявления. Лечение. Профилактика.
86. Неотложная помощь при обмороке.
87. Гипервитаминоз Д. Причины. Патогенез. Клинические проявления острой и хронической Д-витаминной интоксикации.
88. Сальмонеллез. Этиология. Эпидемиология. Клинические проявления. Особенности их проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
89. Неотложная помощь при носовом кровотечении.
90. Острый гастрит. Этиология. Клиника. Лечение. Уход. Профилактика.
91. Скарлатина. Этиология. Эпидемиология. Клинические проявления. Лечение. Профилактика.
92. Неотложная помощь при ларингоспазме
93. Язвенная болезнь желудка. Этиология. Клиника. Лечение. Уход. Профилактика.
94. Краснуха. Этиология. Эпидемиология. Клинические проявления. Лечение. Профилактика.
95. Неотложная помощь при метеоризме.
96. Стomatиты: герпетический, афтозный, грибковый. Этиология. Клиника. Лечение. Уход. Профилактика.
97. Ветряная оспа. Этиология. Эпидемиология. Клинические проявления. Лечение. Профилактика.
98. Неотложная помощь при судорогах.
99. Неинфекционные заболевания кожи: пузырьчатка, везикулопустулез. Этиология. Клиника. Лечение. Уход. Профилактика.
100. Коклюш. Этиология. Эпидемиология. Клинические проявления. Лечение. Профилактика.
101. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.
102. Рахит. Причины возникновения. Классификация. Клиническая картина. Ранние проявления заболевания. Диагностика. Лечение. Профилактика. Роль фельдшера в профилактике рахита.
103. Корь. Этиология. Эпидемиология. Клинические проявления. Лечение. Профилактика.
104. Неотложная помощь при коллапсе.

Перечень манипуляций

1. Приготовление и проведение лечебных ванн: горчичной, хвойной, солевой.
2. Постановка газоотводной трубки.
3. Постановка очистительной клизмы.
4. Взятие крови из вены
5. Техника постановки газоотводной трубки детям.
6. Техника отсасывания слизи из верхних дыхательных путей
7. Применение грелки у детей.
8. Применение пузыря со льдом
9. Техника дачи кислорода детям.
10. Техника введения инсулина детям
11. Техника дачи витамина Д с профилактической целью доношенному ребенку.
12. Техника измерения, графическая запись температуры у детей
13. Закапывание капель: в нос, в уши, в глаза.
14. Наложение согревающего компресса.
15. Постановка согревающего компресса.

Выписывание рецептов

1. Выписать раствор викасола для введения ребенку 8 лет. Рассчитайте дозу.
2. Выписать ампицилин в таблетках ребенку 5 лет.
3. Выписать раствор седуксена для внутримышечного введения ребенку 3 лет. Рассчитайте дозу.
4. Выписать сульфат магния для внутримышечного введения ребенку 5 лет. Рассчитайте дозу.
5. Выписать раствор димедрола для введения ребенку 3 лет. Рассчитайте дозу.
6. Выписать раствор адреналина для введения ребенку 8 лет. Рассчитайте дозу
7. Выписать раствор дроперидола ребенку 5 лет, рассчитать суточную дозу и разовую дозу.
8. Выписать рецепт на получение димедрола ребенку 5 лет для в/м введения. Подсчитайте суточную дозу.
9. Выписать раствор анальгина ребенку 5 лет, рассчитать суточную дозу и разовую дозу.
10. Выписать пенициллин для внутримышечного введения ребенку 7 лет. Рассчитайте
11. дозу.
12. Выписать рецепт на получение седуксена ребенку 4 лет для в/м введения. Рассчитайте дозу.
13. Выписать рецепт на получение реланиума ребенку 4 лет для в/м введения. Рассчитайте дозу
14. Выписать рецепт на получение глюконата кальция ребенку 6 лет для в/м введения. Рассчитайте дозу
15. Выписать раствор дроперидола ребенку 5 лет, рассчитать суточную дозу и разовую дозу.
16. Выписать рецепт сернокислой магнезии для внутримышечного введения ребенку 7 лет. Рассчитайте дозу.
17. Выписать раствор преднизолона для введения ребенку 3 лет. Рассчитайте дозу
18. Выписать раствор лазикса для введения ребенку 3 лет. Рассчитайте дозу.
19. Выписать раствор эфедрина для введения ребенку 2 лет. Рассчитайте дозу.
20. Выписать раствор кордиамина для введения ребенку 5 лет. Рассчитайте дозу.
21. Выписать рецепт на раствор норадреналина гидрохлорида для в/в введения ребенку 3-х лет.

ПМ.02 МДК 02.04. Лечение пациентов детского возраста

ЗАДАЧА 1

Фельдшера ФАП вызвали к ребенку 5 летнего возраста. Со слов мамы, болен 2-ой день, заболевание началось с повышения температуры до 38,5°C, гнойных выделений из глаз. На второй день появились боли в горле, покашливание, отказ от еды, держится лихорадка.

При осмотре состояние средней тяжести, $t - 39^{\circ}\text{C}$, малыш негативен к осмотру, капризничает. Кожные покровы чистые, горячие влажные. В зеве яркая гиперемия дужек, миндалин, гипертрофия фолликул задней стенки глотки. Носовое дыхание затруднительно, без экссудата отмечается гиперемия склер, конъюнктивы глаз, гнойный экссудат.

Пальпируются передние – шейные, подчелюстные лимфоузлы. В легких дыхание везикулярное, частота дыхания 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные ЧСС 120 уд в мин. Живот мягкий безболезненный. Стул оформлен, мочеиспускание свободное.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Определите неотложное состояние развившееся у пациента, обоснуйте ответ.
3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
4. Продемонстрируйте технику закапывания капель в глаза.

Эталоны ответов

1. DS: ОРВИ (аденовирусная инфекция) диагностируется на основании лихорадки в течении 3 - 4 дней; одновременного возникновения поражения слизистых глаз, катара дыхательных путей (тонзиллофарингит), увеличение шейных лимфоузлов.

1. Гипертермия («розовая лихорадка»): температура 39°C, кожа влажная, горячая.

2. Неотложная помощь:

- раскрыть, максимально обнажить ребенка;
- обеспечить доступ свежего воздуха, не допуская сквозняков;
- назначить обильное питье – чай с лимоном, клюквенные, брусничные морсы, щелочные минеральные воды, отвары шиповника;

Использовать физические методы охлаждения:

- обдувание вентилятором
- прохладная мокрая повязка на лоб, пузырь со льдом на расстоянии 10 см от головы пациента
- холод на области прохождения крупных сосудов (паховая, аксилярная области)
- обтирание водой $t-30 - 32^{\circ}\text{C}$ губкой или ватным тампоном в течение 5 минут, повторять каждые 20 – 30 минут, 2 – 3 раза
- смена нательного; постельного белья

Назначают внутрь (или ректально):

- Парацетомол в дозе 10-15 мг/кг на прием, (суточная доза не > 60 мг/кг), в идее сиропов, свечей, шипучих порошков, таблеток с названиями – «эффералган», «Калпол», «Панадол», «Тайленол» и др.
- Ибупрофен в детских формах «Ибуфен», «Нурофен» 6-10 мг/кг веса на прием (20-40 мг/кг/сути)
- Через 30 мин провести контроль t, если температура не снижается ввести в/м 50% р-р анальгина 0,1 – 0,15 мл/год жизни.

ЗАДАЧА 2

Фельдшер принимает ребенка в возрасте 8 месяцев в «доме Малютки». Во время осмотра зева малыш закричал, издал «петушиный» крик, резко побледнел, затем посинел, произошла остановка дыхания, потеря сознания. Кисти рук кратковременно приняли положение «руки акушера». Фельдшер констатировал тоническое напряжение мышц лица, разгибателей конечностей, мышц туловища, затем появились короткие сокращения различных мышц туловища, конечностей. После проведения неотложных мероприятий ребенок издал звучный вдох, заплакал, заснул через 10 минут.

При осмотре выявлены изменения скелета - уплощение затылка, лобные теменные бугры, реберные «четки», «килевидная» грудь, «браслеты» в области эпифизов костей предплечья, утолщенные фаланги пальцев, зубы отсутствуют. Выражена мышечная гипотония, разболтанность суставов. Ребенок сидит с поддержкой, не ползает, редко произносит слоги, мало эмоционален, плаксив. Кожные покровы бледные, чистые. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца умеренно приглушены, короткий систолический шум на верхушке. Живот «лягушачий», печень на 3см выступает от края реберной дуги. Физиологические отправления без отклонений от нормы

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Определите неотложное состояние развившееся у пациента, обоснуйте ответ.
3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
4. Продемонстрируйте технику подачи увлажненного кислорода.

Эталоны ответов

1. Рахит 2 степени тяжести период разгара, подострое течение. Явная спазмофилия, ларингоспазм, карпопедальный спазм, эклампсия. Диагноз выставлен на основании объективного обследования, приступе ларингоспазма, судорог.
2. Гипокальциемические судороги, ларингоспазм обусловленные снижением концентрации ионизированного кальция крови.
3. Неотложная помощь:
 - Создание доминантного очага возбуждения в мозге путем:
 - раздражения слизистой оболочки носа - дуть в нос, щекотать нос, надавить на корень языка;
 - раздражение рецепторов кожи - похлопать по ягодицам, обрызгать лицо прохладной водой;

- раздражение вестибулярного аппарата - изменить положение тела, встряхнуть ребенка;
- во время судорог уложить ребенка на твердую поверхность. Очистить дыхательные пути, ротовую полость от слизи, обеспечить доступ свежего воздуха или подать увлажненный кислород;
- при легкой форме судорожного приступа назначается 10% р-р глюконата кальция через рот 0,15г/кг веса в сутки. При тяжелых -10% глюконат кальция в/в 20 мг/кг веса на 5% глюкозе, 25% р-р магния сульфата, или 0,5% р-р седуксена 0,3 мг/кг в/м;
- при тяжелой форме приступа ребенок направляется на стационарное лечение;
- лечение основного заболевания препаратами витамина D3, цитратной смесью.

ЗАДАЧА 3

Ребенок 6 лет госпитализирован в стационар с жалобами на навязчивый, приступообразный сухой кашель, чувство сдавления в груди. Ухудшение самочувствия родители связывают с ремонтными работами в доме, контакт с лаками, красками. Из анамнеза известно, что мальчик с 6 мес. страдает пищевой аллергией на молоко, яйца, рыбу, бананы, часто болеет ОРЗ, бронхитами. У мамы и бабушки медикаментозная, пищевая аллергия, крапивница.

При осмотре: состояние средней тяжести, сидит, упираясь руками о стул, дыхание шумное, свистящие хрипы. Кожные покровы бледные, раздувание крыльев носа, цианоз носогубного треугольника. Частота дыхания 40 в минуту. Над легкими при перкуссии коробочный звук, выслушиваются сухие, свистящие хрипы, выдох удлинен. Тоны сердца умеренно приглушены, ЧСС 120 уд. в мин. В контакт вступает неохотно, отвечает короткими фразами, с трудом.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз, определите неотложное состояние.
2. Расскажите о методах дополнительной диагностики.
3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
4. Продемонстрируйте технику пикфлоуметрии.

Эталоны ответов

1. бронхиальная астма, приступный период, ДН II ст.
Острый приступ бронхиальной средней степени тяжести.
2.
 1. ОАК – нередко наблюдается эозинофилия
 2. исследование ФВД – спирометрия или пневмотахиметрия (уменьшение скорости форсированного выдоха до 60-80% от должного возрасту величин)
 3. пикфлоуметрия – мониторингирование ПКВ (снижение >80%, 60-80%)
 4. определение газов крови
 5. оценка аллергологического статуса - аллерготестирование
3. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - ингаляторные β₂ агонисты короткого действия сальбутамол (вентамин, оренотерол, беротек) через небулайзер с физ. р - ром 0,1 мг/кг веса; беродуал

через небулайзер 1 капля на кг веса или через спейсер 1-2 дозы, контроль через 20 минут, при необходимости повторить до 3-х раз.

При неудовлетворительном эффекте, переходят к оказанию помощи соответственно алгоритму:

- кислородотерапия
- в/в введение эуфиллина 5-6 мл/кг веса на физ. р-ре
- к ингаляции β_2 агонистов короткого действия добавляют ингаляционные кортикостероиды – пульмикорт 0,5 мг с физ. р-ом
- возможно дополнительное введение глюкокортикоидов системного действия (преднизолон 1-2 мг/кг веса, дексаметазон). Оценка эффективности проводится через 20 минут

ЗАДАЧА 4

Воспитатель старшей группы привела к фельдшеру детского комбината Сашу, 5-ти летнего возраста. Мальчик отказался от еды из-за болей при жевании, головных болей, однократно была рвота. В течение дня вялый, температура 38°C. При осмотре: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, впереди правого уха и в заушной области отмечается припухлость тестоватой консистенции, болезненная при давлении, кожа над слюнной железой не изменена. На слизистой правой щеки ограниченная гиперемия, отечность в области выводного протока слюнной железы. Зев спокоен. По внутренним органам без патологии. Яички обычной формы размеров, кожа не изменена. Живот мягкий, безболезненный. В детском комбинате это не первый случай заболевания.

Задания

1. Предположительный диагноз, обоснуйте ответ.
2. Определите тактику фельдшера.
3. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге, по отношению к пациенту.
4. Составьте план лечения и ухода.
5. Разложите медикаменты по листу назначений.

Препарат	Доза в таблетке	Доза в листе назначений	Сколько дать пациенту	Правила приема
1. Пиридоксина гидрохлорид	0,01	20 мг х 2 раза		
2. Супрастин	0,025	12,5 мг х 2 раза		
3. Аскорбиновая кислота	0,05	100 мг х 3 раза		
4. Ибупрофен	0,2	50 мг х 3 раза		

Эталоны ответов

1. Ds: Эпидемический паротит, типичная железистая форма средней степени тяжести.

2. Изолировать ребенка в бокс:

- оказать доврачебную помощь при гипертермии;
- вызвать родителей;
- провести беседу с мамой: информировать о причине заболевания, организации ухода, возможном прогнозе.

3.

- провести санпросветработу с сотрудниками ДООУ, родителями группы о клинических признаках заболевания, тактике родителей;
- провести учет всех контактных детей, не болевших паротитом, наложить карантин на 21 день с момента разобщения с больным, осматривать ежедневно;
- подать экстренное извещение в ГСЭН в течение 12 часов (Ф 58 У);
- в первые 3 дня провести экстренную иммунизацию не привитых контактных живой паротитной вакциной.

4.

- полупостельный режим 7 дней;
- полужидкая пища, обогащенная соками, фруктами, минеральной водой;
- полоскание полости рта после еды раствором $KMnO_4$, отваром ромашки;
- отдельные предметы ухода;
- обеспечить досуг;
- сухое тепло на заушную область;
- парацетамол 10 мг/кг веса при температуре $38^{\circ}C$.

5.

- 2 тб х 2 раза
- 1/2 тб х 2 раза
- 2 тб х 3 раза
- 1/4 тб х 3 раза

ЗАДАЧА 5

Фельдшера скорой помощи вызвали к ребенку 1 год 6 месяцев. Со слов мамы, заболел остро: начал метаться во сне, стонать, хватался руками за голову, плакал. При попытке напоить многократная рвота.

В семье еще один ребенок – здоров, посещает школу.

При осмотре: температура $39^{\circ}C$, ЧД 40 в мин, PS – 132 в минуту. В сознании, но возбужден, не вступает в контакт, вскрикивает при прикосновении к нему, ярком свете. Кожные покровы горячие на ощупь, на коже нижних конечностей, ягодицах звездчатая геморрагическая сыпь, выступающая над уровнем кожи, плотная. Несмотря на жар, конечности холодные. Определяется ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Брудзинского, Кернига. Носовое дыхание затруднено, зев умеренно гиперемирован. Пульс частый, нитевидный. В легких везикулярное дыхание. Живот запавший, стула не было, мочится редко.

Задания

1. Предположительный диагноз, проведите дифференциальную диагностику.

2. Определите тактику фельдшера, объем неотложной помощи на догоспитальном этапе.
3. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге в отношении пациента и контактных.
4. Составьте план наблюдения, ухода и лечения,
5. Покажите технику мазка из носоглотки на менингококк.

Эталоны ответов

1. Ds: Менингококковая инфекция, смешанная форма (менингит в сочетании с менингококкемией). Диф.диагноз: грипп тяжелая, гипертоксическая форма, корь, скарлатина, геморрагический васкулит, сепсис.

2. Собрать эпидемиологический анамнез:

- оказать неотложную помощь при лихорадке: НПВС - парацетамол 10 мг/кг веса при невозможности применения пероральных средств - свечи с парацетамолом 150 мг; в/м 50% р-р анальгина 0,1-0,2 мл\г, пипольфен, спазмолитики: но-шпа, папаверин;

- при шоке; дезинтоксикационная терапия - в/в капельное введение глюкозо-солевых растворов на фоне мочегонных; препараты нейровегетативной защиты (нейролептики) дроперидол 0,1 мг/кг, гормоны – преднизолон 2 мг/кг веса;

- Антибактериальная терапия (цефалоспорины 3 поколения, левомицетина сукцинат)

- экстренная госпитализация пациента в инфекционный стационар;

- в течение 2 часов сообщить по телефону, а в течение 12 часов подать экстренное извещение о случае заболевания в Центр Госсанэпиднадзора.

3. Установление карантина в очаге на 10 дней:

- ежедневное наблюдение за контактными (термометрия, осмотр носоглотки, кожные покровы, жалобы);

- всем контактным проводят однократно бактериологическое исследование слизи из носоглотки;

- влажная ежедневная уборка, проветривание (заключительная дезинфекция не проводится), согласно СП 3.1.2.2512-09;

- возможна экстренная иммунизация в течение 5-10 дней старшему ребенку.

4. Диагностические мероприятия:

- Бак. посев слизи с носоглотки на менингококк и микрофлору с определением чувствительности к АБ;

- Люмбальная пункция с посевом на микрофлору и менингококк;

- Клинический анализ ликвора;

- Клинический анализ крови

План лечения и ухода:

- Постельный режим на период лихорадки и до исчезновения менингеальных симптомов

- Гигиенические мероприятия

- Антибактериальная терапия

- Дезинтоксикационная терапия (желательно по возможности через рот через рот)

ЗАДАЧА 6

Для осмотра и плановой вакцинации АКДС на прием к фельдшеру ФАПа приглашен Алеша – 5 месяцев. Мама считает, что ребенок не здоров. По совету бабушки неделю назад в меню ребенка ввели манную кашу на коровьем молоке, свежий морковный сок. Мальчик стал беспокоиться из-за вздутия живота, кишечных колик. Два дня назад появились опрелости в паховых складках, покраснение, шелушение щек, зудящие ярко розовые пятна и узелки на туловище, конечностях. После кормления срыгивает.

Ребенок находится на искусственном вскармливании с 2-х месяцев, получает не адаптированные смеси. Из анамнеза выяснено: мама работник химической промышленности, имеет аллергию на красители, многие пищевые продукты, курит. У бабушки по линии матери бронхиальная астма. О родословной отца сведений нет.

Задания

1. Предположительный диагноз, обоснуйте ответ.
2. Наметьте план беседы с матерью по вопросам организации вскармливания, среды развития, составьте примерное меню.
3. Наметьте план лечения, определите показания к вакцинации.
4. Покажите технику массажа живота и введения газоотводной трубки.

Эталоны ответов

1. Атопический дерматит, период обострения (неблагоприятный аллергологический анамнез, нерациональное вскармливание, клинические признаки пищевой аллергии).

2.

1) Ведение пищевого дневника.

2) Рациональное вскармливание – гипоаллергенными адаптированными смесями на, соевые, безлактозные, соки из овощей и фруктов белого, зеленого цвета, овощи вымоченные, гипоаллергенные каши промышленного производства.

3) Гигиена кожи – подмывание с мылом без отдушки, воздушные ванны, лечебные ванны отваром дубовой коры, лаврового листа, детские крема с PH 5,0.

4) Гипоаллергенный быт.

5) Меню:

- Объем сут. - 1000 мл.
- Объем разов. - 200 мл.
- 600 смесь «Алфаре» - 200,0 мл.
- 1000 овощное пюре из капусты и кабачков 150,0 + растительное масло - 5,0 (без соли).
- 1400 смесь «Алфаре» 200, тертое зеленое яблоко - 30,0.
- 1800, 2200 смесь «Алфаре» - 200,0.

3. Десенсибилизирующие средства – кетотифен, задитен.

Сорбенты – полисорб, карболен.

Ферменты – пепсидил, ораза.

Эубиотики – линекс, бифифом.

Временный медотвод от прививок, вакцинация по рекомендации иммунолога.

ЗАДАЧА 7

Фельдшер дома - интерната осматривает ребенка в возрасте 8 месяцев. Девочка выписана из детской больницы, в которой лечилась по поводу правосторонней полисегментарной пневмонии, рахита II степени, в периоде разгара. При выписке на контрольной рентгенограмме органов грудной клетки патологии легких не выявлено; общий анализ крови – Hb 90 г/л, цветовой показатель 0,7, эритроциты $3,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $6 \times 10^9/л$, СОЭ 6 мм/час.

Из анамнеза известно, что девочка родилась от нежеланной беременности, женщина злоупотребляла алкоголем, курила. Роды при сроке 35 недель, масса 2200 г.

Задания

1. Укажите факторы риска развития фоновых заболеваний.
2. Оцените данные гемограммы и выставите диагноз.
3. Дополните данные клинической картины фоновых заболеваний.
4. Составьте план лечения, ухода, вскармливания, реабилитации. Составьте примерное меню ребенку на день.
5. Покажите технику кормления из рожка (бутылочки).

Эталоны ответов

1. Факторы риска фоновой патологии:
 - нежеланная беременность, нерациональное питание, токсические факторы у матери;
 - недоношенность;
 - депривация, дефекты ласки, любви, ухода.
2. Лабораторные показатели свидетельствуют о гипохромной железодефицитной анемии II степени тяжести.
3. Рахит II степени в период разгара представлен симптомами остеомаляции, остеоидной гиперплазии, гипоплазии костной ткани, мышечной гипотонией, задержкой формирования психомоторных навыков. Анемия I степени тяжести – представлена астеноневротическим синдромом, эпителиальным синдромом, сердечно-сосудистым, мышечным синдромами. Оба состояния способствуют развитию синдрома иммунодефицита.
4.
 - 1) Рациональное искусственное вскармливание – адаптированные смеси с добавкой Fe^{2+} , прикормы – темные каши со сливочным маслом, овощные пюре с растительным маслом, мясо, $\frac{1}{2}$ желтка, творог 50 гр, фруктовые соки и фруктовые пюре.
 - 2) Назначение препаратов железа (актиферрин, гемофер, мальтофер) за 40 минут до еды на 3 месяца под контролем ОАК.
 - 3) Витаминотерапия вит D3 (вигантол, аквадетрим) в суточной дозе 2000 МЕ курсовая 400,000 МЕ.

4) Лечебные ванны – с морской солью, хвойным концентратом, массаж гимнастика в соответствии с возрастом, гигиенические ванны ежедневно, прогулки в «кружевной тени деревьев» ежедневно.

5) Ферментотерапия, эубиотики.

Меню на один день:

- 700 Адаптированная смесь обогащенная железом – 200 мл.
- 1100 Молочная каша 200гр. фруктовый сок 50 мл.
- 1500 Пюре из кабачка и цветной капусты 150 гр. мясной фарш 50 гр.
- 1800 Адаптированная смесь обогащенная железом 180 мл, сухарик 20 гр.
- 2200 Адаптированная смесь обогащенная железом – 200 мл.

ЗАДАЧА 8

Фельдшера детского комбината провела пробу Манту Алексею – 6 лет, которому планируется провести ревакцинацию БЦЖ. При проверке диагностической пробы – папула 12 мм. Из учетной формы 63 установлено: ребенок привит против туберкулеза в роддоме, рубчик 5 мм. Реакция манту в 1 год – папула 5 мм, в 2 года – папула 3 мм, в 3,4,5 лет – реакция Манту отрицательная.

Из анамнеза жизни ребенка известно: ребенок часто болеет простудными заболеваниями, в течение года после развода с мужем мать и ребенок проживают у родственницы, нигде не работающей, злоупотребляющей спиртным.

При осмотре: мальчик правильного телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные, чистые. Периферические лимфоузлы определяются в 5 группах, мелкие, плотно-эластичные. В легких перкуторно легочный звук, дыхание везикулярное, тоны сердца ясные. Живот мягкий б/б.

Со слов мамы, последние месяцы у ребенка снижен аппетит, стал менее подвижным, появилась потливость, неустойчивая температура, к врачу не обращались.

Задания

1. Ваш предположительный диагноз, дифференциальный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования ребенка и членов семьи.
3. Определите тактику лечения, показания к ревакцинации БЦЖ, посещения ДДУ.
4. Покажите технику антропометрии.

Эталоны ответов

1. Ds: Первичный туберкулез? (туберкулезная интоксикация?). Диф.диагноз – туберкулез органов дыхания, пневмония, глистная инвазия.
2. Оценить эпидемиологический анамнез;
 - ОАК, ОАМ;
 - кал на яйца глистов, соскоб на энтеробиоз – 3кратно;
 - рентгенография (флюорография) органов грудной клетки;
 - при наличии кашля – бактериологическое исследование – посев, микроскопия мазка мокроты на МБТ.

Обследование всех контактных – матери, родственницы, у которой проживает семья.

3. Направить ребенка на консультацию к фтизиатру, ребенку показано лечение противотуберкулезными препаратами, в т.ч. привентивное (при отсутствии локальных форм туберкулеза) при контакте с туберкулезным больным, ребенок подлежит лечению в тубсанатории: диетотерапия – стол №11 с достаточным содержанием овощей, фруктов, белка. Химиотерапия – по назначению фтизиатра не менее 3 мес, комплекс витаминов. Ревакцинация БЦЖ – противопоказана. Допуск в ДДУ дает врач - фтизиатр.

ЗАДАЧА 9

Фельдшер посещает беременную женщину для проведения первого дородового патронажа, срок беременности 10 недель. В семье есть ребенок от 1 родов в возрасте 4-х лет. Женщина попросила осмотреть его, т.к. накануне появился насморк, недомогание, а сегодня – сыпь. С ее слов в детском комбинате карантина нет, но был случайный контакт с ребенком с сыпью 2 недели назад. При осмотре температура – 37,5°C; ЧД – 24 уд. в мин, PS – 100 в минуту. Состояние удовлетворительное, самочувствие страдает умеренно из-за нарушения носового дыхания, зуда кожи, аппетит сохранен. На коже разгибательных поверхностей конечностей, лица бледная, мелко-пятнистая, розовая сыпь, без склонности к слиянию. Зев умеренно гиперемирован, редкий кашель. Пальпируются увеличенные до горошины затылочные, заднешейные лимфоузлы. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритмичные, живот мягкий безболезненный, стул, диурез в норме.

Задания:

1. Предположительный диагноз, дифференциальный диагноз.
2. Составьте план беседы с родителями о противоэпидемических мероприятиях в отношении ребенка, беременной женщины.
3. Составьте план ухода, лечение.
4. Расскажите о специфической профилактике заболевания.
5. Покажите технику закапывания капель в нос, глаза.

Эталоны ответов

1. Ds: Краснуха, диф.диагноз – корь, аллергические сыпи.
- 2.- срок изоляции ребенка до 7 дней от начала болезни, карантин в детском комбинате до 21 дня с момента разобщения с больным;
– определение специфических антител у беременной дважды с интервалом 7-10 дней.

Консультация акушера-гинеколога, УЗИ плода для исключения врожденной краснухи;

– подать экстренное извещение в ГСЭН в течение 12 часов в письменном виде (Ф 58у).

1. Госпитализация ребенка только при тяжелом течении заболевания.
 - Постельный режим на период лихорадки.
 - Питание по возрасту.

- Гигиенические мероприятия.
 - Симптоматическое лечение.
2. Специфическая профилактика – живая краснушная вакцина вводится п/к, или в/м 0,5 мл в возрасте 12 мес., ревакцинация в 6 лет.

ЗАДАЧА 10

Мальчик 10 лет обратился с жалобами на головную боль, боли в животе, однократно была рвота. Две недели назад была ангина. Состояние средней тяжести АД 140/90 мм рт ст: температура 37,5°C, ЧД - 22 уд. в мин., PS - 100 уд. в мин. Кожа бледная, отмечается отечность лица, конечностей и половых органов. Со стороны сердца: тоны приглушены, систолический шум на верхушке сердца. Суточный диурез составляет 600 мл, В ОАМ удельный вес 1020, эпителий 4-5 в п/зр, лейкоциты 2-3 в п/зр, эритроциты 35-40 в п/зр, цилиндры гиалиновые 4-5 в п/зр, белок 0,330⁰/₀₀. ОАК Нв 110 г/л эр 3,2x10¹²/л L - 12x10¹²/л, СОЭ 30 мм/г.

Задания

1. Выделите основные симптомы болезни, сформулируйте предполагаемый диагноз.
2. Определите тактику фельдшера.
3. Составьте план дополнительного обследования, ухода.
4. Расскажите о принципах лечения, профилактике рецидивов.
5. Покажите технику сбора мочи на общий анализ., анализ по Нечипоренко.

Эталоны ответов

1. Острый постстрептококковый гломерулонефрит смешанная форма. Экстраренальные симптомы: бледность, снижение аппетита, гипертермия, отеки, гипертензия, головные боли; ренальные симптомы: олигурия, микрогематурия, боли в животе, поясничной области, протеинурия до 1 г/м² в сутки, цилиндрурия, анемия разведения, лейкоцитоз, ускорение СОЭ.
2. Показана госпитализация в детский стационар, доврачебная помощь при гипертермии.
3. Дополнительное обследование: клинический анализ крови, биохимия крови – остаточный азот, мочевины, общий белок, фракции; определение КЩС; Анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому, проба Реберга, УЗИ почек, ионограмма крови. Уход: постельный режим 7-14 дней, согревание ног, поясничной области, кормление в постели – стол №7 с ограничением мяса, жидкости, соли; учет водного баланса, разгрузочные сахарно- фруктовые дни: в фазу полиурии обогащение солями калия (изюм, чернослив, бананы, сухофрукты), ограничение физической нагрузки, контроль АД, температуры, веса, ЧД, контроль за работой кишечника. Обеспечение личной гигиены. Психологическая поддержка, организация досуга.
4. В лечении – антибактериальные средства, симптоматическое лечение: гипотензивные, мочегонные средства, улучшение почечного кровотока, - трентал, курантил, эуфиллин; в тяжелых случаях и при не эффективности лечения гормоны и цитостатики. Перевод в санаторий, санация зубов, носоглотки.

ЗАДАЧА 11

На прием у фельдшера ФАП ребенок 4-х лет, который наблюдается в группе часто болеющих ОРВИ детей, с аденоидами 3 ст. При обследовании: общий анализ крови – эритроциты $3,5 \times 10^{12}/л$; Hb - 90г/л; цветовой показатель 0,7; лейкоциты $6 \times 10^9/л$; СОЭ 5 мм/час.

Задания

1. Оцените гемограмму. Предположительный диагноз, причины.
2. Дополните клинику согласно изменениям гематологических показателей.
3. Тактика фельдшера по отношению к данному ребенку.
4. Назначьте лечение, диету.
5. Проведите антропометрию.

Эталоны ответов

1. Снижение эритроцитов, гемоглобина, ЦП в норме: эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, Hb –130 -140 г/л. Лейкоциты, СОЭ - норма. Ds: Железодефицитная анемия легкой степени тяжести. Предрасполагающие факторы – высокий инфекционный индекс, алиментарные факторы, паразитарные инфекции.
2. Клиника: астеноневротический синдром, эпителиальный синдром, синдром сердечно-сосудистый, вторичный иммунодефицит.
3. Направить на консультацию к гематологу, провести лечение анемии, направить на консультацию к ЛОР врачу для решения вопроса по лечению аденоидов.
4. Диета: мясные продукты, фрукты, соки, ягоды, молочные темные каши, овощи – капуста, горошек, фасоль, яичный желток, сливочное масло, Рыба – 1 раза в неделю. Лечение: препараты железа 5-6 мг/кг (актиферрин, гемофер, мальтифер, тотема), сначала в $\frac{1}{2}$ дозе, лечебная доза не менее 3 месяцев, запивать соками.

ЗАДАЧА 12

Ребенок в возрасте 5 месяцев на приеме у фельдшера ФАП. Родился при сроке беременности 36 недель с массой 2200 г. Беременность протекала на фоне хронического пиелонефрита, анемии, роды путем кесарева сечения. Из-за отсутствия молока находится на искусственном вскармливании коровьим молоком, иногда смесь NAN. В месяц назначен витамин Д3, получал не регулярно по 600 МЕ в день. При осмотре – асимметрия головы, уплощение, облысение затылка. Потливость волосистой части головы, вздрагивает при резких звуках, стал капризным. Голову держит с 2-х месяцев, кожные покровы чистые, бледно-розовые. Мышечный тонус снижен, кости скелета пропорциональны, большой родничок $2 \times 2,5$ см, края податливы. По внутренним органам без особенностей, стул регулярный. Моча имеет неприятный запах.

Задания

1. Предположительный диагноз, предрасполагающие факторы.
2. Составьте план беседы с матерью по обеспечению ухода, вскармливания, стимуляции развития, физического воспитания.
3. Составьте план лечения, диспансеризации.
4. Покажите технику измерения и оценку состояния большого родничка.

Эталоны ответов

1. Ds: рахит I степени тяжести, начальный период. Предрасполагающие факторы к витамин D дефицитному рахиту: дефицит солнечной инсоляции, нерациональное искусственное вскармливание (не получает соки, I прикорм), недоношенность, перинатальные факторы риска у матери, отсутствие перинатальной и регулярной специфической постнатальной профилактики рахита.

2. Рациональное питание – предпочтение отдать адаптированным смесям с витамином D, соки, фруктовые пюре 50-60 мл, I прикорм – овощное пюре, яичный желток с 5,5 мес., творог. Показаны массаж, гимнастика, закаливание воздухом, лечебные ванны с морской солью, хвойным концентратом; гигиенические ванны, прогулки, стимуляция НПП – побуждать к общению, двигательной активности.

3. Принципы лечения: лечебная доза D₃ (вигантол, аквадетрим) от 2000 МЕ до 5000 МЕ, в день в течение 2 -3 недель, на курс 400000 МЕ за 45 дней, под контролем пробы Сулковича, затем по 500 МЕ до 1-1,5 лет. Диспансеризация при рахите тяжелой степени – 1 год; контроль уровня Hb, профилактика ОРВИ.

ЗАДАЧА 13

Фельдшер посещает семью, которая относится к социально-неблагополучным. При очередном патронаже к ребенку 2-х месячного возраста, фельдшер отмечает, что комната не проветрена, температура воздуха 28-30°C, ребенок находится в плохо постиранных пеленках, отсутствуют предметы ухода. Вскармливание грудное. Но, со слов матери, последние дни молока в груди практически не остается, ребенок хуже берет грудь, капризничает, нарушена продолжительность дневного и ночного сна. При осмотре обращает внимание бледность кожи. В ягодичной, паховой области кожа гиперемирована с единичными эрозиями. На слизистой полости рта белый творожистый налет. Носовое дыхание свободное. Большой родничок 3,0x3,0 см, физиологический мышечный гипертонус выражен умеренно. По внутренним органам без патологии. Стул до 4-5 раз в сутки желтый, без примесей.

Задания

1. Оцените среду развития ребенка.
2. Определите развитие, каких фоновых заболеваний возможно у ребенка, установите диагноз.
3. Составьте план беседы с родителями по удовлетворению нарушенных жизненных потребностей ребенка, профилактике фоновых заболеваний.
4. Назначьте лечение пациенту, диету кормящей грудью матери.
5. Покажите технику подмывания грудного ребенка, профилактику опрелостей.

Эталоны ответов

1. Имеются дефекты санитарно-гигиенического содержания ребенка (нарушен режим проветривания, температурный режим помещения), отсутствуют предметы гигиены, пеленки плохо постираны.

2. У ребенка высокие факторы риска раннего перевода на искусственное вскармливание, по развитию рахита, гипотрофии, анемии. Ds: Опрелости ягодичной, паховой области II степени, молочница. Возможно гипогалактия (лактационный криз) у матери.

3. План беседы:

- Обеспечение комфортных условий для ребенка (температура воздуха 22-24°C, регулярное проветривание комнаты, влажная уборка, содержание в чистоте молочной железы, белья, мытье рук матерью);
- Необходимость обеспечения гигиенических мероприятий (ежедневные купания, утренний туалет ребенка, подмывание после каждого мочеиспускания и дефекации, применение средств гигиены и ухода за кожей - детский крем, мыло, Д-пантенол);
- Уход за кожей по протоколу «профилактика, лечение опрелостей»;
- Техника грудного вскармливания, контрольные вскармливания, контроль за стулом и количеством мочеиспусканий;
- Необходимость ежедневных прогулок, массажа, гимнастики в соответствии с возрастом.

4. - Лечение: обработка кожи ягодичной области мазью с Д-пантенолом, туширование 5% раствором KMnO₄ эрозивную поверхность. Слизистую полость рта обрабатывать 2% раствором соды, бурой с глицерином, нистатином. Обследование матери у гинеколога на предмет молочницы.

– Диета кормящей грудью матери: питание не меньше 4-х раз в день (до 0,5 литра молока, кисломолочных продуктов, ежедневно мясо, овощи, фрукты, молочные каши);

ЗАДАЧА 14

На прием к фельдшеру ФАП обратилась мама с Дашей – 6 лет. Со слов матери, девочка в течение месяца стала плаксивой, раздражительной, хуже кушает, периодически стала не удерживать мочу. Ребенка беспокоит зуд в области промежности, заднего прохода. Из-за болей в животе дважды вызывали врача скорой помощи и консультировались у детского хирурга для исключения аппендицита. По мнению мамы, девочка похудела, плохо спит днем и ночью. При осмотре: девочка пониженного питания, кожные покровы бледно-розовые, на коже промежности расчесы, гиперемия вульвы, умеренные выделения. Живот мягкий, болезненность в области пупка. По внутренним органам без патологии. В семье еще двое детей.

Задания

1. Предположительный диагноз, факторы риска заболевания.
2. Составьте план дополнительного обследования для подтверждения диагноза.
3. Составьте план ухода за ребенком, мероприятий в очаге.
4. Предложите схему лечения, диспансеризации.
5. Покажите технику соскоба с перианальных складок, выпишите направление в лабораторию.

Эталонные ответы

1. Ds: глистная инвазия, энтеробиоз.

Факторы риска: нарушение, дефицит гигиенических мероприятий – мытье рук, игрушек, предметов ухода, плохо обработанные овощи, фрукты, ягоды, контакт с инвазированными детьми, взрослыми, самозаражение.

2. Соскоб с перианальных складок. ОАК, т.к. возможно развитие анемии, ОАМ, кал на яйца глистов, осмотр гинеколога, т.к. возможно развитие вульвовагинита.

3. В очаге энтеробиоза все контактные должны быть обследованы на яйца остриц, проведено лечение привентивно. В уходе наиболее важно обучить пациентов соблюдению гигиены – стрижка ногтей, мытье рук, подмывание после каждого сна, ежедневная смена нательного и постельного белья, влажная уборка помещений, ежедневного мытья игрушек.

4. Антигельминтная терапия: пирантел однократно, мебендазол (вермокс) с 2-х лет однократно, албендазол с 2-х лет однократно, карбендацим однократно. При необходимости курс повторить через 2-3 недели. После лечения контрольный анализ; через месяц 3 контрольных анализа через 1-2 дня.

ЗАДАЧА 15

Фельдшера вызвали к ребенку 15 лет. Последнюю неделю стал быстро утомляться на уроках, уставать при подъеме по лестнице, появились боли в коленных суставах, сегодня температура 39°C. Из анамнеза: с 10 лет болеет частыми ангинами, последний раз болело горло 2 недели назад, после переохлаждения, не лечился. При осмотре: температура 38,5°C, АД 120/90 мм рт.ст., ЧД 24 в минуту, PS 100 в минуту. Кожные покровы чистые, бледные, пастозность голеней. В зеве умеренная гиперемия, гипертрофия миндалин II степени. Правый коленный, плечевой суставы увеличены в объеме, кожа гиперемирована, горячая, движения болезненные. Перкуторно границы сердца справа – правый край грудины, сверху 2 ребро, слева + 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии, I тон приглушен, дующий систолический шум на верхушке, край печени болезненный, селезенка не увеличена. Стул нормальный. Мочится редко.

Задания

1. Предположительный диагноз, факторы риска развития заболевания.
2. Назовите большие и малые критерии диагностики ревматизма.
3. Определите тактику фельдшера, объем неотложной помощи на догоспитальном этапе.
4. Составьте план обследования пациента.
5. Составьте план ухода, лечения, реабилитации.
6. Покажите технику забора мазка из зева на флору, выпишите направление в лабораторию.

Эталоны ответов

1. Ds: ревматическая лихорадка, ревмокардит, ревматический полиартрит, активная фаза НКІ. Факторы риска - частые стрептококковые инфекции (ангины), нерациональное лечение ангин, частые переохлаждения.

2. «Большие» критерии ревматизма – кальцевидная эритема, кардит, полиартрит, хорея. «Малые» критерии ревматизма – ускорение, СОЭ, появление С – реактивного белка, лейкоцитоз, повышение уровня сиаловых кислот, титра антистрептококковых антител, удлинение интервала Р-Q на ЭКГ.

3. Доврачебная помощь при гипертермии – физическое охлаждение, парацетамол. Вызов врача, транспортировка на носилках (коляске), госпитализация в детский стационар.

4. Лабораторное обследование: клинический АК, ОАМ, биохимическое исследование крови, серологическое исследование – фибриноген, СРБ, сиаловые кислоты, АСЛ, АСГ, ЭКГ, ФКГ, ЭХО-КГ

5. Уход: строгий постельный режим на 2-3 недели, ЛФК, организация досуга, лечебное питание стол №10 с ограничением жидкости, белка, соли. Дополнительно калиевая диета, разгрузочные дни; обеспечение гигиены тела; контроль за температурой, весом, ЧД, ЧСС, АД, водным балансом, опорожнением кишечника.

Лечение:

- антибактериальная терапия;
- пенициллин 10 дней, с переводом на пролонгированный препарат бициллин – 5;
- НПВС – аспирин, 100- 50 мг/год жизни в сутки после еды, запивать щелочным питьем, возможно в сочетании с преднизолоном;
- сердечные метаболиты – оротат калия, ККБ либо сердечные гликозиды.

Соблюдается этапность лечения – стационар – местный санаторий – диспансеризация в детской поликлинике 5 лет. Реабилитация предполагает санацию хронических очагов инфекций, ЛФК, лабораторная диагностика 2 раза в год, мед. отвод от иммунизации, курортное лечение через 6 месяцев после активной фазы, бициллинопрофилактика не менее 3 лет.

ЗАДАЧА 16

На приеме у фельдшера ФАП Иван Д. первого года жизни. Родился с массой 3000 г, длина 50 см, окружность головы 34 см, окружность груди 32 см. Вскармливание грудное. Группа здоровья I, НПР – I группа.

При психометрии: произносит отдельные слоги, слова ба-ба, ма-ма, на вопрос «где» находит знакомые предметы, по просьбе взрослого приносит игрушки, играет «ладушки», «дай ручку», катает машины, сам садится, встает, быстро ползает, ходит вокруг барьера, зубов 4/2. При антропометрии: масса 9400 г, рост 70,5 см, окружность головы 45 см, окружность груди 46 см. Телосложение правильное, подкожно-жировой слой выражен равномерно, достаточно. Тургор тканей и тонус мышц хорошо развиты.

Задания

1. Оцените данные НПР, определите биологический возраст ребенка.
2. Оцените физическое развитие (по эмпирическим формулам, центильным таблицам).
3. Дайте рекомендации по стимуляции НПР, физическому воспитанию, закаливанию.

4. Составьте план диспансеризации здоровых детей первого года жизни.
5. Составьте меню.

Эталоны ответов

1. Биологический возраст соответствует возрасту 10-11 мес на основании выше описанных в задаче психометрии и антропометрии .

2. Оценка физических данных ребенка по центильным таблицам:

- рост – 25ц 3 коридор
- масса – 25ц 3 коридор
- о.груди – 25ц 3 коридор
- о головы – 10ц.

Заключение: физическое развитие среднее, гармоничное.

Рекомендовано:

- соблюдение режима дня: количество кормлений 5 раз в день через 4 часа; сон - 2 раза: днем по 2-2,5 часа, ночной 10-11 часов;
- организация бодрствования – стимуляция НПР, развитие речи, гигиенических и социальных навыков;
- закаливающие мероприятия: прогулки, обтирание влажной рукавичкой, ежедневное купание, обливание;
- массаж, гимнастика – комплексы 1-7;
- иммунизация.

3. До года осмотр ребенка дома 1 раз в мес. сестринским персоналом, 1 раз на приеме в д/п; До года ребенка должны осмотреть специалисты: невролог, окулист, хирург, ЛОР; проведено: УЗИ головы – мозга и внутренних органов, анализ крови на Нб в 3, 6, 9, 12 мес, ОАМ кал на яйца гельминтов 1 раз в год, ЭКГ.

4. Меню:

- 600 – грудь матери
- 1000 – молочная каша промышленного производства 10% - 150,0г; банан ½ шт; сливочное масло 5,0г
- 1400 – мясной фарш 30,0г; сложное овощное пюре 150,0г; компот из сухофруктов
- 1800 – кефир 200 гр, сухарик
- 2200 – грудь матери.

Между кормлениями можно давать фруктовое пюре и сок до 100 гр

ЗАДАЧА 17

Фельдшера скорой помощи вызвали к ребенку в возрасте 1 год. Со слов мамы в течение недели болен ОРВИ, получает симптоматическое лечение. Вчера самочувствие ухудшилось: вновь подъем температуры до 38,5°C, дыхание стонущее, сон нарушен из-за кашля. Из анамнеза жизни: мальчик родился с весом 2200 г при сроке беременности 34 недели, с 3-х месяцев переведен на искусственное вскармливание. Получает лечение по поводу анемии, гипотрофии, за год переболел ОРВИ 5 раз. При осмотре: температура 38,5°C, ЧД – 40 в минуту, PS 136 в минуту. Состояние тяжелое, бледность кожи, цианоз носогубного треугольника, кашель малопродуктивный, болезненный, дыхание

кряхтящее. Над легкими в задненижнем отделе левого легкого определяется укорочение перкуторного звука, на высоте плача крепитирующие влажные хрипы. Справа дыхание жесткое, без хрипов. Тоны сердца умеренно приглушены, живот вздут, газы отходят с трудом, стула не было. Мочится редко.

Задания

1. Предположительный диагноз, предрасполагающие факторы к развитию заболевания, обоснуйте ответ.
2. Определите тактику фельдшера, объем доврачебной помощи на догоспитальном этапе.
3. Составьте план дополнительного обследования для подтверждения основного, сопутствующих заболеваний.
4. Наметьте план беседы с матерью по уходу за ребенком, план лечения (этиотропное, патогенетическое, вспомогательное).
5. Покажите технику санации дыхательных путей и подачи увлажненного кислорода.

Эталоны ответов

1. Ds: Очаговая левосторонняя пневмония ДН – II ст.. Предрасполагающие факторы: недоношенность, гипотрофия, анемия, дефекты ухода, нерациональное вскармливание, высокий инфекционный индекс (часто болеющий ОРВИ), высокий % вероятности носительства пневмококков, гемофильной и др. флоры. Обоснование диагноза: предшествующие ОРВИ, наличие «легочных» жалоб на фоне угасания ОРВИ – нарастание кашля, одышка в покое, цианоза, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, локальные изменения при перкуссии и аускультации. Наличие симптомов интоксикации – в виде второй волны гипертермии, нарушения самочувствия, аппетита, моторики ЖКТ, нарушения функции почек.
2. Учитывая тяжесть заболевания, возраст ребенка, наличие фоновой патологии показана госпитализация. На догоспитальном этапе оказывается помощь при гипертермии: физические методы охлаждения, введения антипиретиков per os, ректально (парацетамол, нурофен) или внутримышечно анальгин 50%. Борьба с дыхательной недостаточностью (подача увлажненного кислорода), контроль за витальными функциями: сознание, дыхание, сердечная деятельность.
3. Рентгенография органов грудной клетки, КЩС крови, клинический АК, ОАМ, бактериологический посев мокроты.
4. План беседы по уходу:
 - восполнение дефицита знаний по оценке состояния ребенка, организация режима дня;
 - в первые дни болезни уменьшение V сут, V разовой пищи (полужидкая, не горячая), кормление по желанию ребенка. Затем постепенное расширение питания 5 раз с введением 3-х прикормов, продуктов коррекции белка, жира, углеводов;
 - обеспечить адекватный питьевой режим в 1,5 раза превышающий физическую норму;

- обучить родителей эффективным способам санации дыхательных путей и разжижение мокроты – возвышенное, дренажное положение, перкуторный массаж грудной клетки, массаж живота;
- спокойная обстановка, проветривание палаты, влажная уборка, общение, игры;
- гигиена кожи, слизистых, санация дыхательных путей, смена белья;
- подача увлажненного кислорода через аппарат Боброва, кислородную палатку по назначению врача;
- контроль температуры, ЧД, PS, стула, диуреза, веса.

5. План лечения: этиотропное лечение - антибиотикотерапия, патогенетическое - отхаркивающие препараты, кислородотерапия, вспомогательное: вибрационный массаж грудной клетки.

ЗАДАЧА 18

Учитель физкультуры доставил в кабинет школьного фельдшера мальчика 13 лет. Во время соревнований подросток почувствовал себя плохо, возникла тошнота, рвота, боли в животе. При анализе истории развития ребенка, фельдшер выяснила, что подросток наблюдается по поводу атопического дерматита, поливалентной аллергии, неделю назад лечился по поводу аскаридоза. Объективно: температура 37°C, ЧД 18 в минуту, PS 90 в минуту, АД 110/80 мм рт.ст. Состояние удовлетворительное, самочувствие страдает. На коже голеней, ягодичной области папулезно-геморрагическая, симметричная сыпь, не выраженный зуд кожи в местах высыпаний. Слизистые, зев чистые. Язык обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, болезненность в области пупка. Симптомы Ортнера, Щеткина-Блюмберга, Пастернацкого отрицательны. Стула не было. Мочеиспускание свободное.

Задания

1. Предположительный диагноз, предрасполагающие факторы, дифференциальный диагноз.
2. Определите тактику фельдшера, показания к госпитализации пациента.
3. Составьте план дополнительного обследования, ухода, лечения.
4. Покажите технику использования пузыря со льдом на область живота.

Эталоны ответов

1. DS: Геморрагический васкулит кожно-абдоминальная форма. Предрасполагающие факторы – лекарственная, пищевая аллергия, гельминтоз, отягощенный анамнез по атопии. Диф.диагноз – геморрагические диатезы: тромбоцитопатия, гемофилия.
2. Следует отстранить ребенка от занятий, вызвать родителей в школу, госпитализировать в детский стационар (уточнение диагноза, лечение, профилактика хронизации процесса).
3. Лабораторная диагностика: клинический АК, ОАМ, анализ мочи по Зимницкому, антикоагуляционный тест, коагулограмма, осмотр хирурга.

План ухода:

- строгий постельный режим на 2-3 недели;

- гипоаллергенная диета, протертый стол с ограничением белка, поваренной соли;
- гигиена кожи, слизистых;
- обеспечение досуга ребенка;
- помощь при рвоте, щелочное питье, контроль температуры, ЧД, PS, характера стула, ритма мочеиспусканий.

Принципы лечения: отмена всех медикаментов на фоне которых возникло заболевание. Показаны сорбенты (полисорб, полифепан), антигистаминные препараты, витамины Р, С, спазмолитики (ношпа, папаверин), антиагреганты – гепарин, курантил, в тяжелых случаях и хронических – преднизолон.

ЗАДАЧА 19

На приеме у фельдшера ФАП мать с пятилетней дочерью. Жалобы на появление у ребенка болей в животе, болезненные мочеиспускания, ночное недержание мочи, повышение температуры тела. Больна в течение недели, накануне девочка долго купалась в реке. Из анамнеза выяснено, что подобные жалобы были и ранее. До 3-х лет часто не удерживала мочу, не обследовалась. При осмотре: температура 37,8°C, ЧД 24 в минуту, PS 94 в минуту, АД – 90/60 мм рт.ст.

Объективно: Состояние удовлетворительное, самочувствие страдает: вялая, капризна, плохой аппетит. Кожные покровы бледные, отеков нет. Зев спокоен. Глубокий кариес зубов. В легких, сердечно-сосудистой системе без патологий. Живот слегка болезненный при пальпации, боли при поколачивании по пояснице в проекции почек. Отмечаются частые позывы к мочеиспусканию, стул оформлен.

Задания

1. Предположительный диагноз, возможные причины заболевания у данного ребенка, обоснование диагноза.
2. Определите показания к госпитализации, план дополнительных обследований.
3. Составьте план беседы с матерью по уходу, подготовке ребенка к исследованиям.
4. Наметьте план лечения, диспансерного наблюдения.
5. Расскажите о технике сбора мочи на стерильность, выпишите направление в лабораторию.

Эталоны ответов

1.Ds: Инфекция мочевыводящих путей, возможен хронический вторичный пиелонефрит (на фоне врожденной аномалии мочевых путей), в периоде обострения. Условия возникновения инфекции мочевыводящих путей у данного ребенка: возможно переохлаждение (долго купалась в реке), наличие очагов хронической инфекции (глубокий кариес), возможно на фоне врожденной аномалии развития (такие симптомы отмечались ранее).

2. У ребенка впервые выявлено поражение почек, необходимо уточнение диагноза, его причины (возможность врожденной патологии), подбор лечения в условиях стационара. В плане обследования: клинический АК, ОАМ, анализ мочи по Нечипоренко, посев мочи на стерильность, УЗИ почек, цистография,

экскреторная урография, соскоб на энтеробиоз, осмотр уролога, биохимический анализ крови – остаточный азот, мочевины, общий белок.

План беседы по уходу за ребенком:

- Необходимость постельного режима на период лихорадки и дизурических расстройств.
- Необходимость соблюдения температурного режима (тепло на поясницу, теплые носочки).
- Необходимость соблюдения гигиенических мероприятий.
- Необходимость соблюдения молочно-растительной диеты.
- Необходимость соблюдения питьевого режима.
- Контроль за диурезом.
- Организация досуга ребенка.

Принципы лечения: этиологическое лечение – антибиотики, сульфаниламиды, нитрофурановые препараты длительно.

Симптоматическое лечение: спазмолитики при болевом синдроме.

Фитотерапия: травы с мочегонным и противовоспалительным эффектом.

Физиотерапия – улучшение кровообращения в области почек, тепловые процедуры для уменьшения болевого синдрома.

Диспансерное наблюдение: не менее 5 лет при обострении, в других случаях – до передачи во взрослую сеть, санация очагов хронической инфекции, контрольные анализы мочи и крови, санаторно-курортное лечение.

ЗАДАЧА 20

Фельдшера скорой помощи вызвали к ребенку в возрасте шести лет. Заболел три дня назад: появились насморк, покашливание, субфебрильная температура. Вчера во второй половине дня появился навязчивый кашель с затрудненным звучным выдохом, слышимым на расстоянии. При объективном осмотре: ребенок возбужден, температура – 37,2°C, ЧД – 36 в минуту, РС – 128 в минуту. Небольшая гиперемия зева. Перкуторно над легкими коробочный оттенок звука. При аускультации дыхание жесткое, выдох удлинен, выслушиваются сухие свистящие и единичные влажные хрипы над всей поверхностью легких. Тоны сердца выслушиваются с трудом из-за дыхательных шумов. Живот мягкий. Стул, диурез в норме.

Задания

1. Предположительный диагноз, обоснование. Факторы риска развития бронхолегочной патологии у данного ребенка, патогенез.
2. Определите тактику фельдшера, мероприятия неотложной помощи.
3. Составьте план беседы с родителями по уходу, профилактике рецидивов.
4. Наметьте план лечения.
5. Покажите технику ингаляции лекарственного средства через спейсер.

Эталонные ответы

1. Ds: Острый обструктивный бронхит. Следует выявить в анамнезе предрасполагающие факторы: пассивное курение, atopический дерматит, лимфатико-гипопластический диатез, наследственную отягощенность по

заболеваниям органов дыхания и аллергическим заболеваниям. Обструкция дыхательных путей, обусловлена сужением просвета бронхов за счет отека слизистой оболочки, гиперэксудации секрета и спазма бронхиальной мускулатуры.

2. Дети со средне тяжелым и тяжелым течением заболевания госпитализируются. Неотложная помощь на догоспитальном этапе: уменьшение обструкции (В2 адреномиметики –инголяции: сальбутамол, тербуталин, фенотерол, через небулайзер – беродуал, дача увлажненного кислорода.

3. План беседы с родителями:

- Гипоаллергенный быт.
- Гипоаллергенная диета.
- Улучшение дренажной функции бронхов (перкуторный, вибрационный массаж, дыхательная гимнастика с разрешения медицинского работника)
- Профилактика простудных заболеваний (иммунизация, закаливание, гимнастика, санаторно-курортное лечение)
- Лечение очагов хронической инфекции и глистной инвазии.

4. План лечения:

- Органичение физических нагрузок, возвышенное положение в постели.
- Гипоаллергенная диета с увеличением жидкости (щелочное питье, соки, отвары трав).
- Бронходилататоры и муколитики через небулайзер.
- Противовирусная терапия при тяжелом течении заболевания.
- Симптоматическая терапия (при лихорадке)
- Улучшение дренажной функции бронхов (перкуторный, вибрационный массаж грудной клетки, дыхательная гимнастика).

ЗАДАЧА 21

В ЦРБ фельдшером скорой помощи доставлена роженица. Беременность пятая, роды вторые. Срок беременности 37-38 недель, протекала на фоне обострения хронического пиелонефрита, трихомонадного кольпита, анемии, осложнилась угрозой прерывания беременности. Роды путем кесарева сечения из-за слабости родовой деятельности и длительного безводного периода. При рождении ребенка крик, дыхание периодическое, с приступами апноэ, кожные покровы бледные, реакция на носовой катетер слабая, спонтанные движения отсутствуют, поза расслабленная, частота сердечных сокращений 90 уд. в мин.

Задания:

1. Выделите факторы риска патологии плода, новорожденного.
2. Предположительный диагноз, обоснуйте ответ.
3. Расскажите об объеме реанимационной помощи новорожденному в родильном зале, прогнозе.
4. Составьте план ухода в палате интенсивной терапии родильного дома.
5. Покажите технику выполнения ПМУ «Пеленание новорожденного».

Эталонные ответы

1. В анамнезе беременной: прерывания беременностей медицинскими абортами, соматическая патология, венерическое заболевание, длительный безводный период, кесарево сечение. Высокий риск патологии плода, новорожденного по ПЭП, асфиксии, болезнями органов дыхания, анемии, гнойно-септическим заболеваниям.

2. DS: асфиксия новорожденного, тяжелой степени. Клинические признаки: периодическое дыхание с приступами апноэ при рождении, резко снижена рефлекторная возбудимость, бледность кожи, пульс менее 100 ударов в минуту, атония мышц позволяют расценить состояние, как тяжелое, требующее оказания первичной реанимационной помощи.

3. Строго соблюдается последовательность действий (прогнозирование необходимости реанимационных мероприятий, подготовка к их выполнению, оценка состояния ребенка сразу после рождения, восстановление проходимости верхних дыхательных путей, восстановление адекватного дыхания, сердечной деятельности, введение медикаментов). При проведении мероприятий по реанимации новорожденному должен быть обеспечен оптимальный температурный режим.

I. Начальные мероприятия при асфиксии:

6. Зафиксировать время рождения ребенка.

7. В первые секунды после рождения наложить зажимы на пуповину и пересечь ее.

8. Поместить ребенка под источник лучистого тепла, обсушить его пеленкой.

9. Придать положение на спине с валиком под плечами, со слегка запрокинутой головой и опущенными на 15% головным концом.

10. При наличии мекония в околоплодных водах, сниженном мышечном тоне, неэффективном самостоятельном дыхании, сразу после рождения провести интубацию трахеи с последующей санацией через эндотрахеальную трубку.

11. Провести тактильную стимуляцию.

Весь процесс не должен занимать более 40 сек.

II. Искусственная вентиляция легких:

Искусственная вентиляция легких может проводиться через маску или эндотрахеальную трубку. Показаниями для проведения ИВЛ является: отсутствие дыхания, нерегулярное дыхание, ЧСС менее 100 ударов в минуту.

III. Непрямой массаж сердца:

Показанием для проведения непрямого массажа сердца является ЧСС менее 60 ударов в минуту. Непрямой массаж сердца следует проводить в соотношении с частотой ИВЛ 3 : 1 (в минуту следует выполнять 90 компрессий и 30 вдохов).

IV. Лекарственная терапия:

Лекарственные препараты применяемые для реанимации новорожденного с асфиксией: адреналин – для восстановления сердечной деятельности в дозе 0,1 – 0,3 мл/кг; NaCl 0,9% - для восполнения объема циркулирующей крови в дозе 10 мл/кг, NaHCO₃ 4% - применяется с целью компенсации метаболических нарушений в крови в дозе 4 мл/кг.

Для оценки состояния во время проведения реанимационных мероприятий используют три признака – наличие и характер самостоятельного дыхания, ЧСС, цвет кожных покровов.

ЗАДАЧА 22

В родильный дом ЦРБ поступает роженица, беременность IV, срок беременности 38 -39 недель, роды I, обменной карты нет, в течение беременности не наблюдалась. Предыдущие беременности закончились 2 - медицинских аборта, 1 - выкидыш. Состоит в гражданском браке. Воды отошли 6 часов назад. Родилась девочка с массой 3200 г, ростом 51 см, оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. С рождения отмечалась желтушность склер, твердого неба, к концу первых суток появилась желтуха кожи, нарастала вялость ребенка, слабо сосала грудь, физиологические рефлексы, мышечный тонус снижены. По внутренним органам без патологии. Живот мягкий, печень плотная, пальпируется на 4 см. ниже края реберной дуги, определяется край селезенки. При лабораторном исследовании: группа крови новорожденного B (III) Rh положительная (+), уровень билирубина в пуповинной крови - 180 мкмоль/л, уровень Hb - 140 г/л, почасовой прирост билирубина 8 мкмоль/л. Группа крови матери 0 (I) Rh отрицательная (-).

Задания

1. Предположительный диагноз, обоснуйте ответ.
2. Определите группы риска, направленность риска патологии плода, новорожденного.
3. Расскажите о принципах лечения, прогнозе, профилактике заболевания.
4. Составьте план ухода и объем профилактических мероприятий.
5. Покажите технику кормления ребенка из бутылочки, обработку бутылочек.

Эталоны ответов

1. Ds: Гемолитическая болезнь новорожденного по системе ABO и Rh фактору желтушно – анемическая форма.
2. Высокая степень риска патологии плода и новорожденного – по асфиксии, гнойно-септическим заболеваниям, заболеваниям органов дыхания, ВПР.
3. Лечение – Показано проведение: очистительной клизмы, фототерапии, инфузионной терапии, применение сорбентов, в/в введение иммуноглобулина. При отсутствии эффекта от консервативного лечения необходимо проведение заменного переливания крови. Прогноз благоприятный при адекватном и своевременном лечении.
 - Профилактика ГБН – планирование, сохранение первой беременности, переливание крови девочкам только по жизненным показаниям; введения матерям после абортов и родов антирезус иммуноглобулин. Лечение анемии у беременной – гемофер, актиферрин.
4. Уход
 - поддержка матери в организации грудного кормления, ухода;
 - уход за ребенком во время в/в вливания, контроль температуры, ЧД, ЧСС, диуреза;

- вскармливание ребенка смесью в течении первых трех дней;
- гигиена кожи, слизистых.

ЗАДАЧА 23

Новорожденный в возрасте 25 дней доставлен в отделение в тяжелом состоянии. Болен 7 дней. Заболевание началось с гнойничковой сыпи. Появилась температура, ребенок отказывается от груди, срыгивает. Стул жидкий, 5-6 раз в сутки. Все дни температура 37,5 - 38°C. Вес при поступлении 3360 г, за последнюю неделю потерял в весе 250 гр. Из анамнеза: ребенок от 1 беременности, протекавшей с обострением хронического пиелонефрита. Роды срочные, в родах длительный безводный период. Закричал не сразу. Пупочная ранка эпителизировалась на 2-й неделе. Объективно: общее состояние тяжелое, температура 38°C, кожные покровы с сероватым оттенком. Черты лица заострены, большой родничок запавший. Дыхание поверхностное 60 в минуту. Пульс 160 в минуту, тоны сердца приглушены. На коже сохраняются сухие корочки и несколько новых пустул. Перечень пальпируется на 5 см ниже реберной дуги, селезенка +2 см, плотная.

Задания

1. Предположительный диагноз, обоснуйте ответ.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Составьте план беседы с матерью по уходу, поддержке грудного вскармливания.
4. Расскажите о принципах лечения, профилактики, гнойно-септических заболеваний новорожденных.
5. Покажите технику взятия мазка с кожи на бактериологическое исследование, выпишите направление.

Эталоны ответов

1. Предположительный DS: Сепсис, септицемия. Факторы риска развития ГСЗ – антенатальное инфицирование плода – у матери обострение хронического пиелонефрита, интранатальное инфицирование – длительный безводный период, возможны дефекты ухода, наличие хронических очагов инфекции в семье. Выраженный синдром интоксикации, кожные высыпания, полиорганной недостаточности (миокардиодистрофия, гепатоспленомегалия, диспепсия).
2. Клинический анализ крови, ОАМ, посев крови на гемокультуру 2-кратно, ЭКГ.
3. Убедить мать в важности длительного грудного кормления, как фактора иммунной, психологической поддержки для ребенка. Строгое соблюдение лечебно-охранительного режима и правил гигиенического ухода за кожей, слизистыми ребенка, соблюдение питьевого режима, контроля за физиологическими отправлениями, температурой. Соблюдение асептики.
4. Использование методов дезинтоксикации (в/в введение глюкозо-солевых растворов, плазмозаменителей), комбинированная антибактериальная терапия на фоне эубиотиков, десенбилизирующие, поливитаминные препараты, иммунокоррекция.

