

Фонд оценочных средств
для подготовки к государственной итоговой аттестации
по специальности ординатуры «Аллергология и иммунология».
Ситуационные задачи

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Задача 1.

Пациентка 78 лет поступила с жалобами на распространенные высыпания, умеренный кожный зуд.

Из анамнеза заболевания известно, что за 3 суток до госпитализации она находилась на даче. Впервые в ночь с 26 мая на 27 мая появился отёк губ, щёк, жжение и зуд по телу и ярко-красная сыпь. В этот день из лекарственных средств принимала ингибитор АПФ периндоприл (ранее много лет принимала эналаприл), в пищу употребляла куриную печень (куплена в магазине, во время жарки пациентка отметила неприятный запах лекарств). Принимала самостоятельно антигистаминные средства, без положительной динамики. 28 мая вызвала бригаду скорой медицинской помощи (СМП). Врачом СМП был введен дексаметазон внутривенно, хлоропирамин внутримышечно, отмечалось существенное улучшение. Далее в связи с рецидивированием высыпаний вновь вызвана СМП, пациентка доставлена в стационар.

При осмотре состояние средней тяжести, стабильное, самочувствие страдает умеренно. Температура 37°C, катаральных явлений нет. Кожные покровы бледные, отмечаются генерализованная уртикарная сливающаяся сыпь на руках, ногах, туловище. Отёков нет. АД 140/80 мм.рт.ст. Пульс 78 уд/мин. По остальным органам без особенностей.

Ранее наблюдалась у дерматолога с диагнозом: экзема.

Вопросы

1.Поставьте предварительный диагноз.

2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз

3.Какую дозу дексаметазона необходимо ввести пациенту на этапе экстренной помощи?

8-12 мг с учетом степени тяжести заболевания

Доза выбрана правильно

Выбрана слишком маленькая доза (4 мг) или слишком большая (20 мг и более)

Ответ неверный: доза не предложена, названы неверные единицы измерения, предложена доза, не соответствующая терапевтическому диапазону этого препарата

4. Какова дальнейшая тактика применения антигистаминных препаратов (после однократного внутримышечного введения с положительным клиническим результатом)

5. Какова тактика при назначении диеты

Задача 2.

Пациент 23 лет поступил с жалобами на приступообразный сухой кашель, эпизоды свистящего дыхания.

Из анамнеза заболевания известно, что с раннего возраста отмечались бронхиты с обструктивным синдромом с рассеянными сухими, свистящими хрипами; обострения редкие, на фоне ОРВИ. Кроме этого, наблюдался с диагнозом: atopический дерматит. В возрасте 22 лет был госпитализирован в связи с ухудшением состояния (приступообразный кашель, свистящие хрипы). Назначена базисная терапия: будесонид+формотерол (160/4,5 мг) по 2 дозы 2 раза в день на 3

месяца. Амбулаторно у аллерголога и пульмонолога не наблюдался. При контакте с пылью, собакой – чихание, кашель, отмечает ухудшение состояния в апреле-мае. На лекарственные препараты и пищевые продукты нежелательных реакций не было. Наследственность отягощена по бронхиальной астме (дядя, сестра)
Последнее обострение в мае текущего года. Плановая госпитализация в аллергологическое отделение в июне для обследования и подбора терапии.
При осмотре в отделении состояние удовлетворительное, самочувствие не страдает. Кожные покровы физиологической окраски. Форма грудной клетки правильная. ЧД 18 в мин. Дыхание везикулярное, сухие хрипы на выдохе. По остальным органам без особенностей.
При проведении внутрикожных проб с аллергенами – приступообразный кашель, диффузные свистящие хрипы. Купировались ингаляцией фенотерол+ипратропия бромид

Вопросы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Составьте и обоснуйте план обследования для уточнения диагноза
4. Какова тактика дальнейшего ведения пациента с бронхиальной астмой
5. Может ли пациент с данным диагнозом призываться на службу в армию?

Задача 3

Пациент призывного возраста, 18 лет, направлен военно-врачебной комиссией в специализированный стационар для подтверждения диагноза бронхиальной астмы.

Анамнез заболевания: С 3-х лет частые ОРВИ с бронхитами; с первого года жизни наблюдался по поводу атопического дерматита. Методом скарификационных кожных проб выявлена бытовая и эпидермальная сенсibilизация (домашняя пыль +++, библиотечная пыль +, перо подушки ++, шерсть кошки +, шерсть собаки ++, шерсть овцы +, кролика +++). В 6 лет установлен диагноз атопической бронхиальной астмы. Проводилось лечение: недокромилем натрия, сальбутамолом, кетотифеном. Со слов пациента, с 17 лет базисную терапию не получал. Предъявляет жалобы на ежедневные приступы удушья, без кашля, в утренние часы и на фоне физической нагрузки; купируются 1 дозой сальбутамола. Наследственность по атопии не отягощена. Дома живет кот.

При поступлении в стационар, кожные покровы физиологической окраски, форма грудной клетки правильная, частота дыхания 20 в мин, дыхание везикулярное. На второй день пребывания в стационаре, утром, выслушиваются обильные проводные хрипы, больше справа. Клиники в виде кашля, одышки не наблюдается.

Вопросы

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Составьте и обоснуйте план обследования для уточнения диагноза
4. Есть ли показания для направления пациента на медико-социальную экспертизу (МСЭ) для назначения инвалидности?
5. Может ли этот пациент призываться на военную службу?

Задача 4

На приеме у аллерголога ребенок 3 лет с жалобами на высыпания по всему телу, зуд после употребления в пищу молочных продуктов (молоко, сметана). Эти жалобы беспокоят в течение 15 месяцев. Грудное вскармливание до 12 месяцев. Ранее однократно проведено взята кровь на общий IgE, результат - 285 МЕ/мл. При осмотре – явления распространенного дерматита с гиперемией, экссудацией, зудом, с локализацией в локтевых и подколенных складках, сгибательных поверхностях конечностей, в области голеностопных суставов). Наследственность по аллергическим заболеваниям - у старшего брата – нейродермит.

Вопросы

1.Поставьте предварительный диагноз.

2.Обоснуйте диагноз

3.Какое дополнительное обследование нужно провести ребенку амбулаторно?

4.Назначить программу лечения данного ребенка

5.Нужны ли ребенку эмолиенты и с какой целью?

Задача 5

15 мая на приеме у аллерголога ребенок 6 лет с жалобами на насморк с прозрачным светлым отделяемым, чихание и слезотечение. Данные симптомы возникают на улице, дома пациент чувствует себя значительно легче; сон и дневная активность нарушены. Подобные эпизоды в течение двух последних лет имеют сезонность – возникают в апреле и мае. Температура при этом не повышается, слизистая зева имеет физиологическую окраску, слизистая конъюнктив гиперемирована.

Аллергоанамнез ребенка: на первом году жизни – кратковременный дерматит на введение в рацион яблок и моркови.

Наследственность по аллергическим заболеваниям: у отца поллиноз на ранние весенние деревья (береза, ольха).

Вопросы

1.Предположите наиболее вероятный диагноз.

2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз

3.Какое обследование необходимо провести ребенку?

4. Можно ли рекомендовать аллерген-специфическую иммунотерапию (АСИТ) данному ребенку?

5.Показания для госпитализация при аллергическом рините?

Задача 6

Девочка 10 лет обратилась с жалобами на затрудненное дыхание, экспираторную одышку, связанную с запахом рыбы. Ухудшение состояния в течение 30 минут, возбуждена, частота дыхания – 40 в минуту, пиковая скорость выдоха (ПСВ) по данным пикфлоуметрии 140 л/мин (норма – 200 л/мин). Из анамнеза известно, что у ребенка с рождения отмечались явления атопического дерматита, трансформировавшиеся к 5-ти летнему возрасту в диссеминированный нейродермит с поливалентной пищевой непереносимостью. На этом фоне к 2,5 годам появились признаки дермореспираторного синдрома, с 7 лет одышки стали появляться и в ответ на неспецифические раздражители – физическую и эмоциональную нагрузку, резкие запахи. За последний год обострения с одышками 5 раз, одно из них – с госпитализацией в стационар

Вопросы
1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Как купировать приступ бронхиальной астмы?
4. Какова тактика лечения при недостаточной эффективности начальной терапии?
5. Как оценить ответ на назначенную терапию?
Задача 7
<p>Девочка 10 лет обратилась с жалобами на затрудненное дыхание, экспираторную одышку, связанную с запахом рыбы. Ухудшение состояния в течение 30 минут, возбуждена, частота дыхания – 40 в минуту, пиковая скорость выдоха (ПСВ) по данным пикфлоуметрии 140 л/мин (норма – 200 л/мин). Из анамнеза известно, что у ребенка с рождения отмечались явления атопического дерматита, трансформировавшиеся к 5-ти летнему возрасту в диссеминированный нейродермит с поливалентной пищевой непереносимостью. На этом фоне к 2,5 годам появились признаки дермореспираторного синдрома, с 7 лет одышки стали появляться и в ответ на неспецифические раздражители – физическую и эмоциональную нагрузку, резкие запахи. За последний год обострения с одышками 5 раз, одно из них – с госпитализацией. Поступила в стационар с предварительным диагнозом: Бронхиальная астма</p>
Вопросы
1. Какое обследование необходимо назначить для подтверждения диагноза.
2. Оцените степень нарушения дыхания по результатам ПСВ
3. Какие данные анамнеза свидетельствовали о формировании респираторной аллергии?
4. Какая базисная терапия может быть назначена при подтверждении диагноза бронхиальной астмы?
5. Есть ли показания для назначения аллергенспецифической терапии (АСИТ)?
Задача 8
<p>На амбулаторном приеме девочка 8-ми месяцев жизни, родившаяся от 2-й беременности, протекавшей без патологии. Мать ребенка состоит на диспансерном учете у аллерголога по поводу аллергического ринита, отец страдает пищевой аллергией на цитрусовые фрукты. Во время беременности мать диету не соблюдала. Индекс наследственной отягощенности - 0,6. Ребенок находится на естественном вскармливании. На осмотре аллерголог диагностировал пятнисто-папулезную зудящую сыпь на неизменном фоне кожи передней поверхности грудной клетки и живота, без тенденции к слиянию. По другим внутренним органам без патологии. Со слов мамы, она ввела в рацион питания ребенка домашнюю клубнику.</p>
Вопросы
1. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
2. Определите группу риска, обоснуйте.
3. Необходима ли ребенку лечебная диета?
4. Нуждается ли ребенок в диспансерном наблюдении с учетом группы риска?
5. Дайте рекомендации ребенку по профилактике развития аллергии.
Задача 9

Больной С., в период эпидемии гриппа почувствовал недомогание, слабость, появилась головная боль, температура тела до 37,2⁰ С. За медицинской помощью не обращался. Самостоятельно принял 500 мг амоксициллина. Через 2 часа на коже рук, ног и туловища заметил высыпания, сопровождавшиеся зудом. На следующий день обратился к участковому терапевту, высыпания сохранились.

Объективно: Состояние удовлетворительное. На кожных покровах верхних и нижних конечностей, туловища множественные мелкие ярко-розовые элементы сыпи, диаметром 3-4 мм, несколько возвышающиеся над поверхностью кожи, следы расчесов. Со стороны других органов – без особенностей

Вопросы

1. Поставьте прелварительный диагноз.
2. Есть ли показания для назначения консилиума из врача аллерголога-иммунолога и других специалистов? В каких случаях консилиум необходим?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз при поражении кожи (на ранних стадиях)?
4. Какова тактика применения антигистаминных препаратов у данного пациента?
5. Показана ли в данном случае наружная терапия глюкокортикостероидами, антигистаминными препаратами или эмолиентами?

Задача 10

В детскую поликлинику в отделение неотложной помощи поступил вызов: у мальчика 10 лет появился приступ удушья - затруднённое дыхание, кашель.

При посещении ребёнка на дому дежурным врачом-педиатром было выяснено, что больной в течение 4 последних лет наблюдается с диагнозом: бронхиальная астма, атопическая, средней тяжести, персистирующее течение, контролируемая. Получает базисную терапию Серетидом. В течение последних 10 дней базисная терапия не проводилась. Накануне обращения развился приступ удушья. Ребенок использовал сальбутамол (по 1 дозе 2-кратно с перерывом в 4 часа), что дало кратковременный эффект.

Из анамнеза жизни: в раннем возрасте у пациента отмечались проявления атопического дерматита, у его матери - рецидивирующая крапивница.

Объективно: состояние средней тяжести, обусловленное синдромом дыхательной недостаточности. Пиковая скорость выдоха (ПСВ) составляет 60% от нормы. Сознание ясное. Кожа бледная, температура тела – 36°С. Дистантные хрипы. Вынужденное положение – ортопноэ. Экспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры. ЧД – 30 в минуту. Перкуторно над лёгкими коробочный звук; аускультативно дыхание ослаблено, в нижних отделах не прослушивается. Тоны сердца приглушены, тахикардия, ритмичные. ЧСС –120 в минуту. АД –110/50 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный, печень увеличена на 1 см. Селезёнка не увеличена.

Вопросы

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Оцените действия ребенка по купированию приступа

4. Каким способом можно изменить тактику ребенка по купированию приступа?
5. Какие критерии свидетельствуют об улучшении состояния пациента в процессе приема бронхолитиков для купирования приступа?
Задача 11
<p>К участковому педиатру обратилась мать с просьбой оформить сыну 12 лет направление в БМСЭ.</p> <p>Клинический диагноз: бронхиальная астма, межприступный период, атопическая, средней тяжести. Эмфизема легких.</p> <p>1) Жалобы: одышка при нагрузке, периодические тяжелые приступы удушья (до 4 раз в год), требующие госпитализации.</p> <p>2) Данные анамнеза: с 2 лет часто болеет ОРВИ, в 3 года впервые развился приступ затрудненного дыхания. Повторные бронхиты в анамнезе по 3 – 4 раза в год, общая продолжительность до 3мес. Приступы удушья 3-4 раза в месяц. Отягощенный аллергологический анамнез (в 2010 г. выявлен поллиноз).</p> <p>3) Объективные данные: бочкообразная грудная клетка, выбухание верхней половины, межреберные промежутки расширены, «крыловидные» лопатки, надключичные лопатки выбухают, что свидетельствует о развитии эмфиземы легких. Экспираторная одышка характерна для бронхиальной астмы. Коробочный звук при перкуссии, ограничение подвижности нижних краев легких, жесткое дыхание и свистящие хрипы.</p> <p>При осмотре сердечной области видимых выпячиваний и пульсаций не визуализируется.</p> <p>Аускультация: ритм сердечных сокращений правильный, тоны сердца ясные, звучные, негромкий, короткий систолический шум мягкого тембра, лучше выслушивается на основании сердца, не проводится, уменьшается в вертикальном положении, усиливается во время вдоха.</p> <p>Пульсация сосудов шеи, височных артерий, артерий конечностей, в надчревной области не визуализируется. Пульс лучевой артерии: 98 /мин.</p> <p>Дыхательная аритмия, пульс средний, одинаковый на обеих руках, среднего напряжения, нормальный. А/Д = 110/65 мм рт.ст.</p> <p>4) Результаты лабораторных и дополнительных методов исследования:</p> <p>В общем анализе крови - эозинофилия и лейкоцитоз.</p> <p>Функция внешнего дыхания - вентиляционные нарушения по обструктивному типу, эмфизематозный вариант.</p> <p>Рентгенография грудной клетки: признаки эмфиземы легких.</p>
Вопросы
1. Показано ли оформление инвалидности ребенку? Обоснуйте
2. Необходимые документы для МСЭ
3. Укажите степень выраженности нарушений функций организма, обоснуйте
4. Укажите причины возможного отказа.
5. Перечислите основные категории жизнедеятельности человека.
Задача 12
Девочка 3 лет 5 мес поступила в стационар на обследование для оформления

документов в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ).

Диагноз: бронхиальная астма, смешанная форма, среднетяжелое течение, период ремиссии.

Сопутствующий: экзогенно-конституциональное ожирение II степени. Малая аномалия развития сердца (открытое овальное окно, дополнительная трабекула левого желудочка). Диффузное увеличение щитовидной железы I степени.

Пиелозктазия справа.

Жалобы при поступлении: на редкий сухой кашель, одышка при физической нагрузке

Анамнез заболевания: Со слов матери, девочка больна с 1 год 3 мес., когда по истечении трех месяцев после перенесенной очаговой пневмонии стал отмечаться частый сухой кашель, экспираторная одышка, приступы удушья с частотой до 1-2 раз в неделю. После обследования в Городской клинической больнице поставлен диагноз бронхиальная астма, назначена базисная терапия и терапия для купирования астматических приступов. В настоящее время частота обострений до 1 раза в месяц, приступы купируются ингаляциями беродуала, получает базисную терапию - серетид в дозе 25250 по 2 дозы 2 раза в день, У ребенка 4-5 раза в год наблюдаются тяжелые приступы, требующими стационарного лечения. Выявлена аллергия на шерсть кошки и собаки, яичный белок, домашнюю пыль.

Физическое развитие выше среднего, дисгармоничное, ожирение II степени. Психомоторное развитие соответствует возрасту ребенка. Детские дошкольные учреждения не посещает в связи с основным заболеванием. К другим детям относится доброжелательно.

Объективное исследование:

Грудная клетка имеет бочкообразную форму, ход ребер почти горизонтальный, межреберные промежутки расширены. Частота дыхательных движений 26 в минуту. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Одышки нет. При перкуссии над всеми полями легких выявляется легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации по всем легочным полям определяется везикулярное дыхание, с жестким оттенком, единичные сухие хрипы.

При аускультации сердца тоны сердца ритмичные, приглушенные, отмечается систолический шум на верхушке сердца. Пульс ритмичный, синхронный, с частотой 110 ударов в минуту, умеренно напряженный, полный.

На рентгенограмме органов грудной клетки: корни не расширены, структурны. Умеренно усилен легочный рисунок в прикорневых базальных отделах. Синусы плевры свободны. Тень средостения в пределах нормы.

ЭКГ: Ритм синусовый с частотой 100-110 ударов в минуту. Электрическая ось сердца отклонена вправо. Умеренные обменные нарушения в миокарде.

Вопросы

1. Определить и обосновать характер расстройств функций организма ребенка. Указать диапазон выраженности нарушений функций организма.

2. Определить категории ограничений жизнедеятельности

3. Укажите мероприятия индивидуальной программы реабилитации, необходимые ребенку.

4. Документы необходимые для освидетельствования в МСЭ

5. На какой срок может устанавливаться категория "ребенок-инвалид" (лицу до 18 лет)?

Задача 13

В детскую поликлинику в отделение оказания неотложной помощи поступил вызов: у мальчика 3,5 лет появилось затруднённое дыхание, сильный нарастающий кашель. Сухой приступообразный кашель и затруднение дыхания появились внезапно на улице, на фоне нормальной температуры тела.

Из анамнеза заболевания установлено: на 2 и 3 году жизни ребёнок до 3 раз в год болел острым бронхитом с обструктивным синдромом, в том числе с лечением в стационаре. За последний год приступы удушья возникали ежемесячно, провоцировались физической нагрузкой, но купировались самостоятельно. Связь с приёмом аллергенных пищевых продуктов отчётливо не прослеживали. Данное состояние развернулось в июне.

Наследственный анамнез: у матери мальчика хроническая экзема.

Объективно: состояние ребенка тяжёлое. Температура тела 36,6 °С. Бледность, лёгкий цианоз носогубного треугольника. Слышны дистантные хрипы, дыхание через нос затруднено, одышка с удлинённым выдохом до 40 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры. Кожа бледная, слизистые чистые. Перкуторно над лёгкими – коробочный звук. Аускультативно дыхание в лёгких диффузно ослаблено, рассеянные сухие свистящие хрипы, преимущественно на выдохе. Тоны сердца ритмичные, средней

громкости. ЧСС – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень увеличена на 1 см.

Вопросы

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз

3. Опишите тактику купирования приступа бронхиальной астмы

4. Какие средства доставки бронхолитика можно использовать ребенку с учетом возраста, ответ обоснуйте

5. Определите тактику в отношении госпитализации ребенка. Ответ обоснуйте

Задача 14

В отделение стационара поступил ребенок 3,5 лет с затрудненным дыханием и сильным приступообразным кашлем.

Из анамнеза заболевания известно, что данные жалобы появились на улице в июне, внезапно. Был дан сальбутамол 2 мг 3 раза с интервалом в 20 минут, будесонид 1 мг однократно. В связи с недостаточным эффектом от терапии в течение 1 часа ребенок госпитализирован.

Из анамнеза жизни: в последние два года ребенок до 3 раз в год болел острым бронхитом с обструктивным синдромом, в том числе с лечением в стационаре. За последний год приступы удушья возникали ежемесячно, провоцировались физической нагрузкой, но купировались самостоятельно. Связь с приёмом аллергенных пищевых продуктов отчётливо не прослеживалась. У матери мальчика хроническая экзема. У дедушки – поллиноз.

Объективно при поступлении состояние средней тяжести, температура тела 36,6 °С, бледный, лёгкий цианоз носогубного треугольника. Слышны дистантные хрипы,

одышка с удлинённым выдохом 36 - 40 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры. Кожа бледная, слизистые чистые. Перкуторно над лёгкими – коробочный звук. Аускультативно дыхание в лёгких диффузно ослаблено, рассеянные сухие свистящие хрипы, преимущественно на выдохе. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень увеличена на 1 см. При пульсоксиметрии насыщение кислородом – 91%.

Предварительный диагноз – бронхиальная астма, приступный период. Диагноз поставлен впервые

Вопросы

1. Какое обследование необходимо назначить для подтверждения диагноза

2. Какие требования к назначению терапии пациенту в условиях специализированной медицинской помощи, с учетом критериев качества?

3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный случай? Ответ обосновать

4. Если диагноз бронхиальной астмы будет подтвержден, необходима ли ребенку базисная терапия? При необходимости, обосновать ее объем

5. Какие рекомендации необходимо дать ребенку по лечению и наблюдению при выписке из стационара

Задача 15

Больная Б., 50 лет поступила в приемное отделение стационара с жалобами на одышку, приступы удушья до 2 раз в сутки (днём и ночью), кашель с выделением скудной мокроты, заложенность носа.

Из анамнеза заболевания известно, что в течение месяца отмечает дыхательный дискомфорт, чувство сдавления грудной клетки, лечение не получала. 30.05 впервые испытала приступ одышки с затруднённым выдохом, использовала 1 дозу комбинированного препарата (ипратропия бромид+фенотерол гидробромид, муж купил в аптеке), после чего приступ полностью купировался. Ночью приступ повторился (купирован 1 дозой того же препарата). На следующий день на работе повторился приступ удушья, обратилась в мед. пункт. Отмечалась экспираторная одышка, при аускультации сухие свистящие хрипы в легких. Поставлен диагноз Бронхиальная астма, приступ. Была выполнена инъекция глюкокортикостероида и антигистаминного средства с выраженным положительным эффектом.

Вопросы

1. Оцените тактику неотложной помощи медицинского работника

2. Какая тактика назначения глюкокортикостероида для купирования приступа бронхиальной астмы?

3. Какое обследование необходимо провести для уточнения диагноза?

4. Дальнейшая тактика медицинского работника после купирования приступа

Задача 16

У ребенка 8 лет после укуса пчелы через 15 минут появилось недомогание, слабость, озноб, шум в ушах, боли в нижней трети спины. Подобное состояние развилось впервые. При осмотре врачом приемного покоя отмечается бледность кожных покровов, цианоз губ, тахикардия до 120 в мин, тахипное до 40 в мин, гиперемия кожи в области укуса, там же единичные уртикарные элементы сыпи. Беспокойный,

жалуется на головокружение, затруднение дыхания
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какой препарат является средством ПЕРВОГО выбора при оказании медицинской помощи данному ребенку? Описать тактику введения.
3. Какой препарат является средством ВТОРОГО выбора при оказании медицинской помощи данному ребенку? Описать тактику введения.
4. Описать тактику коррекции гиповолемии и поддержания объема циркулирующей крови у ребенка.
5. Каким должно быть положение ребенка при оказании помощи? Ответ обосновать.
Задача 17
<p>Пациент С. поступил на обследование в отделение психоневрологии в возрасте 1 год 11 месяцев с жалобами на шаткость походки, неустойчивость в положении «стоя», повышенное слюноотделение.</p> <p>Анамнез заболевания: в возрасте 1 года 4 месяцев обратили внимание на шаткость походки; по результатам магнитно-резонансной томографии головного мозга – картина кистозного расширения периваскулярного пространства теменной доли справа, без перифокального глиоза. Направлен в отделение психоневрологии КДБ. При оценке рефлексорно-двигательной сферы определялись осцилляции туловища в положении сидя и стоя, статическая и динамическая туловищная атаксия.</p> <p>В иммунограмме: лейкоциты – $4,0 \times 10^9$/л, лимфоциты 39%, CD3⁺ 33% (норма 62-69%), CD4⁺ 20% (норма 30-40%), CD8⁺ 11% (норма 25-32%), CD19⁺ 17%, NK 47%, IgA – 0,04 г/л (норма 0,27-1,95 г/л), IgM – 0,5 г/л, IgG – 5,2 г/л, IgE <1 МЕ/мл, фагоцитоз 36%. Альфа-фетопроtein - 48,7 мкг/л (в норме – до 10 мкг/л).</p> <p>В возрасте 3 лет 7 мес при осмотре офтальмологом выявлено: Легкая конъюнктивальная инъекция, минимально выраженные телеангиэктазии в наружном отделе справа во внутреннем отделе слева.</p>
Вопросы
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Какое обследование необходимо для подтверждения данного диагноза
4. Какое лечение показано при данном заболевании?
5. Какой прогноз при данном заболевании?
Задача 18
<p>Андрей А., 6 месяцев, здоровый ребенок от нормально протекавшей беременности, находился на искусственном вскармливании. Вакцинирован согласно Национальному календарю профилактических прививок, за исключение пневмококковой инфекции (отказ родителей). Дома часто болеющий старший ребенок, посещающий детское дошкольное учреждение, и дедушка 75 лет.</p> <p>Мальчик заболел остро, в первые часы заболевания температура поднялась до 39°C. К началу вторых суток отказ от пищи, дыхание стонущее, постоянный резкий крик. При осмотре - симптомы интоксикации и выраженный менингеальный синдром. Ребенок был госпитализирован в районную больницу, начато лечение цефтриаксоном и посиндромная терапия. На третьи сутки у ребенка</p>

<p>генерализованные судороги, угнетение сознания, выросли менингеальные симптомы. Определялся высокий уровень лейкоцитов в крови (до $20 \times 10^9/\text{л}$), в ликворе – белок 1,6 г/л, нейтрофильный плеоцитоз до 13600 клеток. Пациент переведен на искусственную вентиляцию легких, начато введение антибактериальных препаратов из группы резерва.</p> <p>Методом латекс–агглютинации в ликворе выявлен антиген пневмококка.</p> <p>Состояние прогрессивно ухудшалось, и на 5-е сутки болезни наступил летальный исход.</p>
Вопросы
1.Используя данный клинический случай, дать объяснение необходимости пневмококковой вакцинации на популяционном уровне.
2.Сколько прививок против пневмококка и в каком возрасте должен был получить ребенок в первом полугодии жизни при соблюдении Национального календаря профилактических прививок?
3.Какие вакцины против пневмококковой инфекции разрешены детям первого года жизни (группа и название)?
4.В случае благоприятного исхода пневмококкового заболевания проводят ли вакцинацию против пневмококка?
5.Какие схемы иммунизации против пневмококка используют для вакцинации пациентов в возрасте старше 65 лет?
Задача 19
<p>На приеме мальчик в возрасте 1 года 1 месяца, от здоровых родителей. До года однократно перенес острое респираторное заболевание, наблюдается неврологом с диагнозом – перинатальная энцефалопатия, миотонический синдром.</p> <p>Привит против кори, эпидемического паротита и краснухи в один день (тривакцина). Перед вакцинацией был осмотрен педиатром, проведена термометрия. На 8-ой день после вакцинации повышение температуры до 39°C в течение 2-х дней, на теле бледно-розовая кореподобная сыпь, этапности высыпаний не отмечалась. При осмотре в зеве гиперемии нет.</p>
Вопросы
1. Дайте заключение по течению поствакцинального периода.
2. Представляет ли данный ребенок опасность для окружающих, нужны ли противоэпидемические мероприятия?
3. Дайте дальнейшие рекомендации по вакцинации ребенка против кори, эпидемического паротита и краснухи?
4. Какие комбинированные вакцины против кори, эпидемического паротита и краснухи зарегистрированные на территории РФ, позволяют привить путем однократной инъекции?
5. Какие аллергические реакции в анамнезе пациентов могут быть противопоказанием для введения комбинированных вакцин против кори, эпидемического паротита и краснухи?
Задача 20
Женщина носительница вируса гепатита В во время беременности попросила совета у знакомого врача-лаборанта (не занимавшегося вопросами вакцинации) о

необходимости прививать после родов будущего ребенка против гепатита В. Был дан ответ, что нет необходимости вакцинировать ребенка против гепатита В, так как мать имеет антитела, которые будут защищать будущего ребенка. Далее роды естественным путем, грудное вскармливание до 8 месяцев.

В результате ребенок был инфицирован, в дальнейшем у него развился хронический гепатит с исходом в цирроз.

Вопросы

1. Перечислите возможные пути передачи вируса от матери ребенку
2. В каком возрасте вводится первая доза вакцины против гепатита В?
3. В каком возрасте вводится вторая доза вакцины против гепатита В? Дайте обоснование.
4. По какой схеме должен был вакцинироваться данный ребенок?
5. Можно ли было назначить этому ребенку симультанную вакцинацию от гепатита В? Обосновать ответ

Задача 21

На прием к врачу обратилась мама с девочкой 4,5 месяцев с жалобами на повышение температуры тела до 38,5°C, беспокойство, гиперемию и уплотнение в месте введения АКДС-вакцины. Вакцинация АКДС-вакциной начата в возрасте 3 месяцев. Предыдущую прививку АКДС-вакциной перенесла без реакций. Вторая вакцинация сделана 2 дня назад.

Объективно: состояние ребенка средней тяжести, при осмотре температура тела 37,8 °С. Патологической неврологической симптоматики нет. Катаральных явлений нет. На передне-боковой поверхности бедра справа в месте введения вакцины АКДС имеется инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отёк мягких тканей диаметром 4 см.

Вопросы

1. Можно ли расценить данное состояние ребёнка как поствакцинальную реакцию на введение АКДС-вакцины, поствакцинальное осложнение или нежелательное явление в поствакцинальном периоде, не связанное с вакцинацией? Определите характер и степень выраженности
2. Следует ли в данном случае подавать спонтанное извещение о нежелательной реакции на вакцину в Росздравнадзор?
3. Подлежит ли ребенок в дальнейшем медицинскому отводу на введение АКДС-вакцины?
4. Соблюдены ли сроки проведения иммунизации ребенка против дифтерии, коклюша и столбняка?
5. Можно ли считать, что иммунизация данного ребенка против дифтерии закончена?

Задача 22

У девочки 3 лет после укуса комара в височную область справа отмечается зуд кожи, значительный отек в области укуса с распространением его на область правого глаза. В анамнезе жалобы на сухость кожи и явления дерматита при нарушении диеты, 2 эпизода ларинготрахеита с инспираторной одышкой на фоне ОРВИ.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Какую дозу кортикостероида необходимо ввести пациенту на этапе неотложной помощи?
4. Какие антигистаминные препараты можно назначить ребенку этого возраста?
5. Какие осложнения угрожающие жизни возможны у ребенка?
Задача 23
<p>Люда К, 12 лет. Девочка от 1 нормально протекавшей беременности, 1 срочных родов. Вес при рождении 3800 г. Росла и развивалась соответственно возрасту. Профилактические прививки по календарю за исключение вакцинации против гепатита В (отказ родителей). Аллергоanamnez: пищевая аллергия с 6 мес., после 3 лет проявлений не было.</p> <p>В 5 лет установлен диагноз: острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом. Получала преднизолон в дозе 2 мг/кг, циклофосфан (в связи с отсутствием эффекта от дезагрегантов). Течение гломерулонефрита ухудшилось после перенесенной ветряной оспы, в связи с этим начата терапия преднизалоном 40 мг/сутки, пульс-терапия метипредом и циклофосфаном. По результатам нефробиопсии диагностирован экстракапиллярный, пролиферативный гломерулонефрит с исходом в нефросклероз. Проводится гемодиализная терапия. В отделении трансплантации почки диагностирован хронический вирусный гепатит В в фазе репликации. На фоне лечения (зеффиксом) получена ремиссия гепатита В.</p> <p>Девочка ежемесячно болеет острыми респираторными заболеваниями, в связи с этим не удастся провести трансплантацию почки. В настоящее время получает преднизолон в дозе 1 мг/кг.</p>
Вопросы
1. Какие возможности вакцинации были упущены в раннем возрасте?
2. Возможно ли в настоящее время проведение вакцинации на фоне иммуносупрессивной терапии преднизолоном в дозе 1 мг/кг?
3. Является ли хроническая почечная недостаточность противопоказанием к вакцинации?
4. Против каких инфекций необходимо привить до проведения трансплантации?
5. Является ли гемодиализ противопоказанием для вакцинации?
Задача 24
<p>Ребенок от 2 нормально протекавшей беременности. Родился недоношенным на 34 неделе гестации. До года перенес плевропневмонию; далее острые респираторные заболевания 2-3 раза в год. Детский сад и школу не посещал. Состоит на диспансерном учете у невролога с рождения с диагнозом: детский церебральный паралич, гиперкинетическая форма, легкий правосторонний гемипарез. На основании этого мед отвод от всех прививок.</p> <p>В 10 лет мальчик заболел токсической дифтерией. Лечение в стационаре по месту жительства с диагнозом – некротическая ангина. Однократно вводилась противодифтерийная сыворотка. После выписки из стационара отмечал нарастающую слабость, недомогание, нарастающую афонию, передвигался с трудом, отказывался от еды.</p> <p>На 43–й день от начала заболевания в крайне тяжелом состоянии госпитализирован</p>

в реанимационное отделение, где диагностирована токсическая дифтерия 3 степени, осложнившаяся поздней полиневропатией, миокардитом, стенозом гортани. Проведена трахеостомия по жизненным показаниям, интенсивная терапия: переливание плазмы 26 раз, препаратов крови 6 раз, в/в иммуноглобулин 10 дней, преднизолон, 5 курсов антибактериальной терапии.

На фоне проводимой терапии состояние улучшилось, ребенок переведен в неврологическое отделение, где находился 2 месяца. Преднизолон получал 2 месяца.

Вопросы

1. Является ли детский церебральный паралич противопоказанием для проведения вакцинации?

2. Через сколько месяцев после окончания иммуносупрессивной терапии можно начать вакцинацию инактивированными вакцинами?

3. Через сколько времени после иммуносупрессивной терапии можно начать вакцинацию аттенуированными вакцинами?

4. Нужно ли прививать этого ребенка от дифтерии и столбняка? Дайте развернутый ответ

5. Имели ли место упущенные возможности вакцинации? Ответ обоснуйте.

Задача 25

Мальчик 4-х лет, родился от 2 беременности, у матери во время беременности IgG к цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) в титре 1:800. Ребенок вскармливался грудным молоком до 7 месяцев, при введении прикормов отмечались явления преходящего аллергического дерматита. Вакцинирован по возрасту. С 3-х лет посещает детское дошкольное учреждение. За этот период мама отмечает увеличение острых респираторных заболеваний (ОРЗ) до 8 раз год, который протекают всегда с фебрильной температурой, явлениями ринита, имеют продолжительность более 2 недель. За последний год 2 раза отмечались осложнения в виде средних гнойных отитов; получил 3 курса антибактериальных препаратов.

Вопросы

1. Какие клинические критерии могут свидетельствовать о синдроме снижения противоинфекционной защиты у ребенка?

2. Используйте, если это возможно, индекс резистентности для оценки состояния ребенка.

3. Нуждается ли ребенок в консультации специалистов?

4. Есть ли показания для назначения иммуномодуляторов в программе реабилитации данного ребенка? Ответ обоснуйте.

5. Против каких инфекций нужно вакцинировать данного ребенка? Ответ обоснуйте

Задача 26

Мужчина в возрасте 35 лет, поступил в пульмонологическое отделение городской больницы с жалобами на слабость, кашель с отделением большого количества мокроты (100-150 мл в сутки) желто-зеленого цвета, обильное гнойное отделяемое из носа, субфебрильную температуру. Пациент считает себя больным в течение последних 2-х лет, в течение которых 4-5 раз в год отмечаются тяжело протекающие обострения бронхита, требующие длительной антибактериальной терапии. Ремиссия хронического бронхита нестойкая, сохраняется продуктивный кашель, умеренная

одышка. Обострения хронического гайморита до 6 раз в год. Перенес 3 острых пневмонии. Диагноз при поступлении: Хронический бронхит в фазе обострения, Хронический гайморит, обострение
Вопросы
1. Нуждается ли пациент в консультации иммунолога? Ответ обоснуйте
2. Какой вариант первичного иммунодефицита можно предположить? Ответ обоснуйте
3. Какое обследование нужно назначить для подтверждения диагноза?
4. Какую терапию необходимо назначить при подтверждении диагноза ОВИН? Ответ обоснуйте
5. Какой прогноз у этого пациента, при подтверждении диагноза первичного иммунодефицита? Ответ обоснуйте
Задача 27
<p>На приеме иммунолога девочка 12 лет с жалобами на частые респираторные заболевания, в клинике которых преобладает сухой навязчивый кашель, с повышением температуры до 38,0. За последний год острые респираторные заболевания (ОРЗ) 5 раз; в лечении 3 курса антибиотиков группы пенициллинов с сомнительной динамикой. Ранее ОРЗ до 6 раз в год без осложнений.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Кашель сухой, приступообразный; других катаральных явлений нет. В легких дыхание жесткое, в межлопаточной области сухие свистящие и влажные средне-пузырчатые хрипы в небольшом количестве, непостоянные. По другим органам без патологии.</p>
Вопросы
1. Какое обследование необходимо провести?
2. Укажите направления дифференциальной диагностики (этапы обследования)
3. Оцените уровень резистентности пациента по индексу резистентности.
4. Есть ли показания для назначения иммуномодулирующей терапии? Ответ обоснуйте
5. В каком случае потребуется иммунологическое обследование?
Задача 28
<p>На приеме аллерголога-иммунолога девочка 1,5 лет. Мать жалуется на наличие у ребёнка высыпаний на коже, умеренного кожного зуда, нарушений сна. Из беседы с матерью стало известно, что мать кормила ребёнка грудным молоком до 3 месяцев жизни. При этом «для улучшения лактации» пила много чая со сгущенным молоком, мёдом. С 3 месяцев ребёнок переведен на искусственное вскармливание молочной смесью. В 4 месяца мать стала давать девочке манную кашу на коровьем молоке. Высыпания на коже впервые появились на 4 месяце жизни, по времени были связаны с погрешностью в диете (каша на коровьем молоке). Периодически педиатр рекомендовал ребёнку топические кортикостероиды в виде мази (с положительным эффектом), продолжительность периодов улучшения не превышала 2–3 месяцев, далее высыпания появлялись вновь.</p> <p>У матери ребёнка имеется аллергическая реакция на цитрусовые и шоколад.</p> <p>При осмотре ребенка: кожа сухая, в области лица (за исключением носогубного треугольника), шеи, наружной поверхности верхних и нижних конечностей,</p>

локтевых и подколенных ямок, ягодиц отмечаются гиперемия кожи, пятнисто-папулезные элементы сыпи ярко-розового цвета, шелушение. Наблюдаются множественные эрозии и корки. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под рёберного края. Стул кашицеобразный, 2-3 раз в день.

Общий анализ крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель – 0,98, лейкоциты – $6,3 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 23%, эозинофилы – 10%, лимфоциты – 60%, моноциты – 4%, СОЭ – 9 мм/час.

Вопросы

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Необходима ли ребенку лечебная диета?
4. Какое наружное лечение показано ребенку?
5. Возможно ли проведение вакцинации данному ребёнку?

Задача 29

Пациент 30 лет поступил с жалобами на приступы удушья, одышку при физической нагрузке, приступообразный сухой кашель, дистанционные хрипы, насморк.

Из анамнеза известно, что диагноз бронхиальной астмы установлен с детства. Ухудшение состояния отмечал при посещении деревянного дома в деревне. Данных об аллергообследовании не представлено. Последнее ухудшение состояния в течение 2-х лет (после переезда в другую квартиру) – участились приступы удушья, усилилась одышка, кашель. Базисную терапию не получает. Использует сальбутамол или фенотерол по потребности (со слов 2-х упаковок хватает на 10-14 дней). При отсутствии эффекта от бета-агонистов проводит ингаляции салметерол+флутиказон 36,3/50 мкг 1 раз в 3 дня. Госпитализирован для обследования и подбора базисной терапии. Аллергоанамнез – при контакте с пылью, шерстью – насморк, чихание. При осмотре состояние удовлетворительное, самочувствие не страдает. Кожные покровы физиологической окраски. Форма грудной клетки правильная. ЧД 16 в мин. Дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы при форсированном выдохе.

Вопросы

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования для уточнения диагноза.
4. Показана ли аллергенспецифическая терапия (АСИТ) данному пациенту. Ответ обоснуйте.
5. Какой метод проведения АСИТ можно было бы планировать данному пациенту? Ответ обоснуйте.

Задача 30

Пациент 30 лет поступил с жалобами на приступы удушья, одышку при физической нагрузке, приступообразный сухой кашель, дистанционные хрипы, насморк.

Из анамнеза известно, что диагноз бронхиальной астмы установлен с детства. Ухудшение состояния отмечал при посещении деревянного дома в деревне. Данных об аллергообследовании не представлено. Последнее ухудшение состояния в

течение 2-х лет (после переезда в другую квартиру) – участились приступы удушья, усилилась одышка, кашель. Базисную терапию не получает. Использует сальбутамол или фенотерол по потребности (со слов 2-х упаковок хватает на 10-14 дней). При отсутствии эффекта от бета-агонистов проводит ингаляции салметерол+флутиказон 36,3/50 мкг 1 раз в 3 дня. Госпитализирован для обследования и подбора базисной терапии. Аллергоанамнез – при контакте с пылью, шерстью кошки – насморк, чихание

При осмотре состояние удовлетворительное, самочувствие не страдает. Кожные покровы физиологической окраски. Форма грудной клетки правильная. ЧД 16 в мин. Дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы при форсированном выдохе.

Вопросы

1. При планировании аллергообследования какой метод можно использовать и на какие группы аллергенов. Ответ обоснуйте.

2. Получены следующие результаты аллергообследования при поступении: анализ крови на специфические IgE в сыворотке крови – уровень антител 1 класса (очень низкий) к домашней пыли, 2 класса (низкий) к шерсти кошки; антитела не выявлены (класс 0) к клещу мучному, клещу домашнему, шерсти собаки, Cladosporium herbal, Aspergillus niger, Candida albicans, миксту из пыльцы деревьев, миксту луговых трав, миксту сорных трав).

Сделайте заключение по результатам обследования

3. При стабилизации состояния пациента проведены внутрикожные пробы с неинфекционными аллергенами. Результаты: домашняя пыль (++++), библиотечная пыль (++) , перо подушки (++) , шерсть кошки (++++), шерсть собаки (++) .

Сделайте заключение по результатам обследования

4. Как объяснить разницу результатов двух видов аллергообследования. Ответ обоснуйте.

5. Можно ли было сразу провести внутрикожные пробы данному пациенту? Ответ обоснуйте