

# Педиатрия (специалитет) - кейс 2

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Педиатрия (специалитет) | Записей: 1  
| Кейс: 2 | Вопросов: 12

## Педиатрия (специалитет) - кейс 2

Образование: Высшее образование | Специализация: Педиатрия (специалитет)

### 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### 1.1. Ситуация

Мальчик 14 лет госпитализирован в стационар.

#### 1.2. Жалобы

На лихорадку, кашель.

#### 1.3. Анамнез заболевания

Лихорадка до 39,2°C в течение 5 дней. С первых суток болезни непродуктивный, навязчивый, приступообразный кашель на фоне повышения температуры тела. Со второго дня болезни начал получать амоксициллин/клавуланат в дозе 1500 мг/сут. Температура снижается после применения жаропонижающих препаратов, однако затем вновь повышается. Аппетит, двигательная активность существенно не нарушились.

#### 1.4. Анамнез жизни

- \* Родился доношенным. Психозомоциональное и физическое развитие по возрасту.
- \* Анамнез и наследственность не отягощены.
- \* Вакцинирован по календарю.
- \* Посещает школу.
- \* Дома у отца длительный кашель, в школе имеются случаи заболевания пневмонией.

#### 1.5. Объективный статус

Состояние средней тяжести, достаточного питания. Самочувствие практически не страдает. Температура тела 38,7 °C, гиперемия конъюнктив, скудное слизистое отделяемое из носа, отоскопия – без патологии. Пальпируются множественные подчелюстные, переднешейные лимфатические узлы до 1,0 см в диаметре, мягко-эластической консистенции, безболезненные. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком, дыхание жесткое, над всей поверхностью выслушиваются диффузные сухие, свистящие хрипы, необильные средне- и мелкопузырчатые влажные хрипы с обеих сторон, больше справа. ЧД 28 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, без патологических шумов, ЧСС 98 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул, мочеиспускание не нарушены.

### 1. План обследования

#### 1. Вопрос

К лабораторным методам исследования, необходимым для постановки диагноза в данном случае, относятся

##### 1. исследование уровня С-реактивного белка

##### 2. общий анализ крови

##### 3. общий анализ мочи

4. анализ мокроты на *S. pneumoniae* методом ПЦР
5. определение уровня антител к *Bordetella pertussis*

**Правильные ответы: исследование уровня С-реактивного белка; общий анализ крови**

Лихорадка более 39°C с признаками интоксикации, дыхательная недостаточность, подозрение на бактериальную инфекцию – показания для незамедлительного исследования общего (клинического) анализа крови развернутого и исследования уровня СРБ (как правило, в условиях стационара/дневного стационара).

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхит, 2024 г.

(1)

Лихорадка более 39°C с признаками интоксикации, дыхательная недостаточность, подозрение на бактериальную инфекцию – показания для незамедлительного исследования общего (клинического) анализа крови развернутого и исследования уровня СРБ (как правило, в условиях стационара/дневного стационара).

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхит, 2024 г.

(1)

## 2. Вопрос

В данном клиническом случае для исключения пневмонии рекомендуемым инструментальным методом исследования является

1. рентгенография органов грудной клетки
2. функция внешнего дыхания
3. компьютерная томография грудной клетки
4. лечебно-диагностическая бронхоскопия

**Правильный ответ: рентгенография органов грудной клетки**

Рентгенографию органов грудной клетки (рентгенографию легких) рекомендуется провести при наличии подозрения на пневмонию для ее исключения/подтверждения при соответствующих признаках.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхит, 2024 г.

(1)

## 2. Диагноз

### 3. Вопрос

Учитывая анамнез, результаты физикального, лабораторных и инструментальных исследований, можно предполагать

1. Острый обструктивный бронхит
2. Острый бронхит, вызванный *Mycoplasma pneumoniae*
3. Бронхиальную астму, стадия обострения
4. Атипичную пневмонию, вызванную *Mycoplasma pneumoniae*

**Правильный ответ: Острый бронхит, вызванный *Mycoplasma pneumoniae***

В случае бронхита, вызванного *M. pneumoniae*, возможны стойкое повышение температуры до 38—39°C в течение 5—7 дней, головная боль, гиперемия конъюнктив, фарингит (обычно болеют школьники). Признаков интоксикации, как правило, не отмечается. Кашель появляется с первых дней болезни, выраженный, малопродуктивный, иногда может сопровождаться парастернальной болью в результате сильных кашлевых толчков. Может наблюдаться синдром бронхообструкции. Аускультативно в легких выслушиваются сухие и влажные хрипы, нередко асимметричные. Без

лечения кашель может сохраняться в течение нескольких недель. Возможны соответствующие эпидемиологические данные (случаи острого бронхита, пневмонии в детском коллективе, внутрисемейные случаи).

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхит, 2024 г.

(1)

### 3. Лечение

#### 4. Вопрос

Тактика ведения данного пациента включает назначение + \_\_\_\_\_ + терапии

1. симптоматической
- 2. антибактериальной**
3. противовирусной
4. ингаляционной

**Правильный ответ: антибактериальной**

При бронхите, вызванном микоплазмой или хламидиями: рекомендовано назначение макролидов или тетрациклинов (у детей старше 8 лет).

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхит, 2024 г.

(1)

#### 5. Вопрос

В качестве антибактериальной терапии показано назначение препарата из группы

1. аминогликозидов
- 2. макролидов**
3. цефалоспоринов
4. фторхинолонов

**Правильный ответ: макролидов**

При бронхите, вызванном микоплазмой или хламидиями: рекомендовано назначение макролидов или тетрациклинов (у детей старше 8 лет).

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхит, 2024 г.

(1)

#### 6. Вопрос

Препаратом выбора для лечения данного заболевания является

- 1. азитромицин**
2. ципрофлоксацин
3. цефиксим
4. амикацин

**Правильный ответ: азитромицин**

Азитромицин 10 мг/кг/сутки внутрь в 1 прием (максимально 500 мг/сутки) в течение 3—5 дней.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхит, 2024 г.

(1)

## 7. Вопрос

В качестве первого признака эффективности лечения можно ожидать

1. нормализацию температуры
2. нормализацию общего анализа крови
3. изменение характера кашля
4. нормализацию рентгенологических изменений

**Правильный ответ: нормализацию температуры**

Эффект терапии в виде снижения лихорадки, уменьшение кашля и хрипов в легких наступает в течение 24—48 часов. Указанная длительность АБТ (7—14 дней) определена для внебольничной пневмонии, вызванной *M. pneumoniae*; отдельных исследований при ОБ, вызванном микоплазмами, не проводилось.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхит, 2024 г.

(1)

## 8. Вопрос

В качестве симптоматического лечения в данной ситуации может быть назначен

1. ингаляционный  $\beta$ -блокатор
2. антилейкотриеновый препарат
3. ингаляционный  $\beta_2$ -адреномиметик
4. ингаляционный кортикостероид

**Правильный ответ: ингаляционный  $\beta_2$ -адреномиметик**

Если ОБ сопровождается синдромом бронхиальной обструкции, рекомендуется назначение препаратов для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей (ингаляционных бронходилататоров) из групп: селективные  $\beta_2$ -адреномиметики или адренергические средства в комбинации с антихолинергическими или антихолинергические средства либо другой препарат для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей по индивидуальным показаниям.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхит, 2024 г.

(1)

## 9. Вопрос

Наиболее вероятный прогноз настоящего заболевания

1. развитие бронхиальной астмы
2. развитие пневмонии
3. формирование ателектаза

4. благоприятный

**Правильный ответ: благоприятный**

Прогноз благоприятный, острый бронхит редко осложняется пневмонией.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхит, 2024 г.

(1)

## 4. Вариатив

## 10. Вопрос

При неэффективности бета-агонистов и нарастании гипоксемии рекомендуется назначить

1. системные глюкокортикостероиды
2. ингаляции с амброксолом

### 3. ингаляционные глюкокортикостероиды

4. антигистаминные препараты

#### Правильный ответ: ингаляционные глюкокортикостероиды

При недостаточной эффективности бронходилатирующих препаратов, при сохранении гипоксемии и/или при вероятном дебюте бронхиальной астмы рекомендуется назначение препаратов подгруппы «глюкокортикоиды» группы «другие ингаляционные препараты для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей» (ингаляционные глюкокортикостероиды ИГКС).

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхит, 2024 г.

(1)

## 11. Вопрос

Диагностика острого бронхита, вызванного *M. pneumoniae*, основывается на

### 1. клинической симптоматике

2. появлении специфических антител класса G
3. показателях функции внешнего дыхания
4. появлении специфических антител класса A

#### Правильный ответ: клинической симптоматике

Диагностика микоплазменной инфекции возможна при подозрении на данную инфекцию. При наличии соответствующей эпидемиологической обстановки и типичной картине болезни исследование не обязательно.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхит, 2024 г.

(1)

Диагноз ОБ обычно клинический и основывается на данных анамнеза и совокупности симптомов, включающих кашель, рассеянные симметричные влажные и/или сухие хрипы при аускультации легких при субфебрильной (реже - фебрильной) лихорадке, отсутствии выраженной интоксикации. Клинические признаки бронхиальной обструкции (экспираторная одышка, свистящие хрипы, «свистящее» дыхание) в большинстве случаев отсутствуют.

(2)

## 12. Вопрос

Появление специфических IgM-антител при остром бронхите, вызванном *M. pneumoniae*, является признаком

### 1. острого периода болезни

2. бактерионосительства
3. перенесенной инфекции
4. ранней стадии болезни

#### Правильный ответ: острого периода болезни

«Золотой стандарт» диагностики инфекции *M. pneumoniae* — 4-кратное и более нарастание титра антител в сыворотке крови, взятой в острую фазу болезни и через 3-4 недели. Однако в клинической практике для быстрого установления диагноза это мало приемлемо. У детей старше 1 года информативно исследование IgM, хотя отсутствие IgM-ответа не исключает острую инфекцию. Антитела класса IgG — признак перенесенной инфекции, антитела класса IgA появляются на ранних

стадиях и могут указывать на недавнюю инфекцию, однако крайне неспецифичны и не могут служить основанием для постановки диагноза. Рутинное выполнение ПЦР диагностики на микоплазменную инфекцию не целесообразно вследствие высокой частоты бактерионосительства.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхит, 2024 г.

(1)