

Клиническая задача №1

Ребенку 5 лет, мальчик

Клиническая задача №1

Ребенку 5 лет, мальчик.

Жалобы на частое болезненное мочеиспускание, вялость, недомогание.

Анамнез заболевания: вчера после купания в водоеме появились частое болезненное мочеиспускание, вялость. Ранее нарушений мочеиспускания не было. Моча в малом количестве, мутная.

Объективно: состояние ребенка средней тяжести. Рост -140см, Вес -20кг. Т -37,2С. На осмотр реагирует адекватно, самочувствия страдает: вялый, аппетит снижен. Отеков нет. Зев спокоен. Кожные покровы обычной окраски, чистые. ЧД- 25 в мин. Перкуторно – ясный легочный звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, ясные. АД 100/60мм.рт.ст. Живот доступен пальпации, безболезнен. Печень и селезенка не увеличены. Моча темного цвета, мутная, мочеиспускание частое, болезненное. Стул 1раз оформленный, коричневого цвета.

– Общий анализ крови:

эритроциты $-3,5 \times 10^{12}/л$;

Нв – 125 г/л;

ЦП -0,9

лейкоциты $-9,5 \times 10^9/л$;

эозинофилы – 3%,

с/я -50%,

лимфоциты - 40%,

моноциты - 7 %

тромбоциты $310 \times 10^9/л$;

СОЭ 15 мм/ч.

Общий анализ мочи:

Количество -50мл

Цвет –соломенно- желтый

Прозрачность- мутная

белок -0,066 г/л.

Относительная плотность-1020

Реакция- кислая

Микроскопия:

эритроциты -3-5 в поле зрения,

лейкоциты – все поля зрения,

Гиалиновые цилиндры+++

Б/х крови: Креатинин крови -59мкмоль/л

Задания:

1. Назовите ведущие симптомы и синдромы заболевания
2. Интерпретируйте ОАК, ОАМ
3. Рассчитайте СКФ и оцените функцию почек, составьте план обследования
4. Обоснуйте предварительный диагноз письменно
5. Определите тактику лечения

Эталон ответа по клиническому случаю
Острый цистит, функция почек сохранена

№	Критерии оценки шагов	Эталон ответа	
		явления-	частое
1	Ведущие симптомы и синдромы заболевания	1. Дизурические мочеиспускание 2. Субфебрильная температура 3. Моча мутная	и частое мочеиспускание и лихорадка и синдром
2	Интерпретация ОАК, ОАМ	ОАК – отсутствие воспалительных изменений ОАМ – значительная лейкоцитурия и связанная с ней умеренная протеинурия свидетельствуют об инфекции мочевыводящей системы	
3	Расчитайте СКФ и оцените функцию почек, составьте план обследования	СКФ $40 \times 140 = 56$ мл/мин 56 мкмоль/л	
4	Обоснуйте предварительный диагноз	Функция почек сохранена; План обследования: 1. ОАК 2. ОАМ 3. УЗИ органов брюшной полости 4. АД, ЭКГ 5. Бак посев мочи на флору.	Острый цистит, функция почек сохранена
5	Определите тактику лечения		а) Режим домашний б) стол №5 в) Обильное питье 50мл/кг г) Аугментин per os №5 дней
Итого			

Обсужден и утвержден на заседании кафедры детских болезней №1 (16 августа 2018, протокол №1)

Задача 6

В клинику поступает ребенка 2 лет с жалобами на

Клиническая задача	
Этап ответа по клиническому случаю «ВИС, ДМПП»	
Критерии оценки шагов	Этап ответа
Бездушные симптомы заболевания	Семейно-циклический процесс 1. Синдром гемолитико-уремического 2. ДМПП 3. Анемический синдром
Формулировка предварительного диагноза	ВИС, ДМПП Семейно-циклический процесс
Назначение плана обследования	1. ОАК, ОАМ 2. Рентгенография органов грудной клетки 3. ЭКГ 4. ЭхоКГ
Интерпретация ОАК, ОАМ, ЭКГ, ЭхоКГ	В ОАК - гипохромная анемия I степени, умеренное повышение СОЭ ОАМ: без патологий ЭКГ - Правосудный ритм, интервалы в пределах нормы ЭхоКГ - Правые отделы сердца увеличены, объемная перегрузка их. Давление 50 мм рт.ст в легочной артерии. Клапанный аппарат сердца без изменений. МПП визуализируется дефект, размеры - 1,2 см, створки тонкие, подвижные. Заключение: Дефект межпредсердной перегородки.
Определение тактики лечения	а) Хирургическая коррекция порока б) оксигенотерапия в) симптоматическая терапия г) лечение семейно-циклического процесса д) наблюдение е) профилактика тромбозов

Утвержден и утвержден на заседании кафедры детских болезней №1 (16 августа 2018, протокол №1)

Задача 7

Девочка 8 месяцев.

Жалобы на повышение температуры тела до 38,5- 39,0 С в течение 2 дней, рвота 2 раза, беспокойство.

анамнез болезни: в клинике доставлен 8месяцев, который в течение 2 дней после лихорадки до 38,5-39,0С. Тяжелое беспокойство при мочеиспускании. Моча облачно с неприятным запахом. Командиры скорой помощи бросились в детскую больницу.

Объективно: ребенок тяжелый t -39,5С, -72см Высота Вес -9кг. Кожа бледная, синяя под глазами. Резко уменьшающий аппетит, была двукратная рвота. Нет отеков. Зев спокойно. ЧДД-42 мин. Перкуссия - чистые легкие звуки. Аускультация везикулярного дыхания в легких происходит по всем полям, без свистящего дыхания. Сердце звучит регулярно, ясно. HR-136 ударов в минуту. BP 80 / 45mm.rt.st. Появляющееся живот пальпация, боль над влагалищем. Печень на краю реберной дуги, селезенка не увеличена. Почки при пальпации. 2 раза мягкий стул, желтый.

Общий анализ крови:

эритроциты -3,0h10¹² / л;

НВ - 105 г / л;

СРU -0,7

-25 x 10⁹ лейкоцитов / литр;

эозинофилы - 3%

p / -7%

с / I -73%

лимфоциты - 10%

моноциты -7%

280 x 10⁹ тромбоцитов / л;

ESR 65 мм / ч.

Общий анализ мочи:

Номер -30ml

Цвет - соломенный-желтый

Прозрачно-облачно

Реакция - кислая

-0,99 г белка / L.

Относительная плотность 1020

Микроскопия:

Эпителиальные клетки 4-5 в поле зрения

белые кровяные клетки - все поля 2-3 в поле зрения,

эритроциты - 2-3 в поле зрения

Ультразвуковые почки: почки нормального размера. Правильные CHLS расширены и уретеральные исчисления и нет

Задачи:

1. Назовите основные симптомы и синдромы заболевания

2. Интерпретируйте KLA, OAM

3. Сделайте обзор плана

4. Обосновать предварительный диагноз

5. Стратегия лечения определить

Ведущие симптомы и синдромы заболевания 1. Фебрильная температура тела 2. Интоксикация: резко сниженный аппетит, хромота, бледная, 2-кратно рвота 3. Болевой синдром: боль выше влагалища. 4. Дизурия - беспокойство при мочеиспускании

2 Интерпретация KLA, OAM 1.OAK: анемия 1-го класса, гипохромный лейкоцитоз, значительная нейтрофилия с левым сдвигом, значительное ускорение ЭПР - свидетельство сильного бактериального воспаления. 2.OAM: лейкоцитурия значительная, умеренная протеинурия - свидетельствует о инфекции мочевыводящих путей

3 План обследования назначений 1.OAK 2.OAM 3.UZI брюшные органы 4. артериальное давление, ЭКГ 5. Креатинин крови и расчет скорости клубочковой фильтрации 6. Бак-культура мочи и чувствительность флоры к АВ 7. Пленочная цистография через 2 недели после выписки, для того чтобы исключить TMR 8. Виск культур крови

четыре Оправьте предварительный диагноз: 1. У 8мес ребенка в течение 2 дней лихорадочная температура, интоксикация, дизурия, боль влагалища; 2. Мочевая лейкоцитурия значительная, умеренная протеинурия 3. На УЗИ брюшной полости на правом расширении ХСЛ и мочеточника, а не исключает наличие ПМР. Диагноз: острый пиелонефрит, осложненный. РМР?

5 Определение тактики лечения а) Режим опеки б) таблица №16б + дополнительно пить 50 мл / кг / день с) амоксициллин г) при температуре выше t-38,8C парацетамола, методы физического охлаждения

Клинический вызов №8

Девушка 5мес

жалобы: увеличить температуру до 39,0, анорексию, тревогу во время мочеиспускания, регургитацию, сжиженный стул.

Анамнез: больные 3 дня, очевидные причины заболевания не являются матерью. Увеличивалось t до 38,8, регургитация и смягчитель стула. Педиатр назначается для пероральной регидратации, смектита. На 2-й день до 38-39,0 была проблема при мочеиспускании. Ночь спала плохо. Утром машина скорой помощи привезла в детский отдел CRH.

Объективно: общее состояние средней тяжести из-за сильной интоксикации, летаргической, капризной. б 500 кг Вес, высота 65 см, t-38,90. Кожа чистая, бледная, без отеков. В лехо реже дыхание, частота дыхания - 36 мин. Сердце звучит звучно, HR -140 ударов в минуту. BP - 90/50 мм рт. Ст. Живот был мягким, пальпация задруднена из-за тревоги. Печень и селезенка не увеличены. Стул в течение последнего дня 3 раза, сжиженный, без слизи. Часто мочится, когда мочеиспускание вызывает беспокойство.

Анализ мочи при поступлении

Количество - 65 мл

Цвет мочи - желтый соломенный

Прозрачность - мутная

Относительная плотность - 1018

Реакция - кислая

Протеин - 0.0660 / 00

Лейкоциты - в большом количестве

Эритроциты - 2-3 в р / sp.

Лабораторные данные:

Общий анализ крови Гемоглобин - 138 г / л Эритроциты - $4,5 \times 10^{12}$ / л Индекс цвета 0,95 Тромбоциты - 280×10^9 / литр Лейкоциты - $22,5 \times 10^9$ / л Групповые нейтрофилы - 7% Сегментированные нейтрофилы - 68% Эозинофилы - 3 Базофилы - 0 Моноциты - 5 Лимфоциты - 17% ЭПР - 65 мм / ч. Копрограмма: Форма - кашица Цвет коричневого цвета Лейкоциты - Нет Эритроциты - без крахмала ++ Нейтральный жир + мыло + моча Вак.rosev: E.coli - 105 мл тел в 1 мл мочи

Химия крови

Белок - 70 г / л

Данные инструмента:

US - 5,5h3,0sm правая почка, однородная, CHLS 0,8 см левая почка 5,8h3,5sm, CHLS -. 0,9sm. Заключение: Почки нормальные.

Ответы

Ведущие симптомы 1. фебрильная температура 2. Интоксикация с дизурией 3. Дизурия

2 Интерпретация KLA, OAM KLA: Гиперкеоцитоз (более 20 тысяч), с нейтрофилией с левым сдвигом значительно ускорил ЭПР - признаки сильного воспаления; OAM:

Большая лейкоцитурия, минимальная протеинурия. Диагностически значимая бактериурия с посевом E. coli

3 Обоснование и постановка предварительного диагноза Острая температура начала с лихорадочной болезнью (390), выраженная интоксикация, дизурия, значительная лейкоцитурия позволяют диагностировать острый пиелонефрит.

Ф.О.

Ур. План проведения встреч 1.ОАК; 2.ОАМ; 3.ВН кровь: креатинин. 4.Raschet GFR и оценка функции почек; Флора мочи Посева; 6. УЗИ почек 7.korprogramma

Определить тактику лечения 1. Режим палата 2.Диета-грудное питание + чрезмерное употребление 3. Цефтриаксон 70 мг / кг / м 4.антипиретики

Клиническая задача №9

Мальчик, 5 лет.

Жалобы на пастобразное лицо, отек в ногах и недомогание.

анамнез болезни: через неделю после острых респираторных заболеваний появилась пастозность век, опухание в ногах. Наросли припухлость, чтобы ребенок не мог носить шлепанцы. Моча в небольшом количестве, мутная, пенная.

Объективно: ребенок среднего веса. -120см Высота, Вес -23кг. Отек останавливает лицо в области живота. Зев спокойно. Нормальный цвет кожи, чистый. CHD-24 мин. Перкуссия - чистые легкие звуки. Аускультация везикулярного дыхания в легких происходит по всем полям, без свистящего дыхания. Сердце звучит регулярно, ясно. BP 90 / 60mm.rt.st. Импульс -80 уд / мин. Брюшное пальпация безболезненна. Печень

и селезенка не увеличены. Темная моча, мочеиспускание редкое, безболезненное. 1 раз удобный стул, коричневый.

* Общий анализ крови:

эритроциты $-4,51 \times 10^{12}$ / л;

НВ - 130 г / л;

ЦП -1.0

-15×10^9 лейкоцитов / литр;

эозинофилы - 5%

p / -2%

c / I -68%

лимфоциты - 15%

моноциты - 10%

280×10^9 тромбоцитов / л;

ESR 45 мм / ч.

Общий анализ мочи:

Номер -50мл

Цвет Желтый -соломенно-

Прозрачно-облачно

белка 16,0 г / л.

Относительная плотность 1020

кислотная реакция ±

Микроскопия:

эритроциты -3-5 в поле зрения,

лейкоциты - 4-6 в поле зрения,

Гиалиновые цилиндры +++

Агрессивные симптомы и синдромы заболевания отечного синдрома без гипертензии, олигурия

2 Интерпретация KLA, OAM-OAK: лейкоцитоз, нейтрофилия, значительное ускорение SOE. Анемія нет. - OAM: значительная протеинурия, нефротический уровень. Гематурия не лейкоцитурия нет.

3 Сформулируйте предварительный диагноз Дебют нефротического синдрома.

четыре плана обследования назначений * ОАК * ОАМ * суточная протеинурия *
Ультрасонография живота * Мониторинг артериального давления, ЭКГ *
Биохимический анализ крови: креатинин крови, мочевины, общий белок, альбумин,
холестерин; - Расчет коагулограммы GFR *

5 Определите тактику лечения а) Режим опеки, двигайтесь !! б) таблица №7 в) фуросемид после восстановления отека г) преднизолон 2 мг / кг схемы

Клиническая задача №10

Девушка 10 лет. Жалобы на обесцвечивание мочи в виде «мясных откосов», головных болей, отеков в ногах.

анамнез болезни: две недели назад у меня было больное горло, боль в горле.
Получено лечение: чрезмерное употребление алкоголя, амоксиклав 5 дней, аспирин
и полоскание. Сегодня утром моча цвет мясных отложений, отек лица и ног,
артериальное давление 145/95 мм рт. Ст. Бригада скорой медицинской помощи,
доставленной в СРН.

Объективно: ребенок среднего веса. -150см Высота, Вес -30кг. Бледная кожа, лицо и голени отеческие. Зев спокойно. ЧДД-20 мин. Перкуссия - чистые легкие звуки.
Аускультация везикулярного дыхания в легких происходит по всем полям, без свистящего дыхания. Сердце звучит регулярно, ясно. HR-100ударов мин. ВР 145/95 мм.рт.ст. Брюшное пальпация безболезненна. Печень на краю реберной дуги, селезенка не увеличена. Почки при пальпации. Мочеиспускание редкое, безболезненное, цвет мочи «мясные отходы». В день выделяется 500 мл мочи. 1 раз удобный стул, коричневый.

* Общий анализ крови:

эритроциты $-4,5 \times 10^{12}$ / л;

Hb - 138 г / л; CPU -0.9

$-12,5$ лейкоцитов $\times 10^9$ / л;

эозинофилы - 3%

p / -7%

c / I -58%

лимфоциты - 27%

моноциты -5%

280×10^9 тромбоцитов / л;

ESR 35 мм / ч.

Общий анализ мочи:

Номер -40 мл

Цвет - «мясные отходы».

Прозрачно-облачно

-0,725 г белка / л.

Относительная плотность 1020

кислотная реакция ±

Микроскопия:

лейкоциты - 2-3 в поле зрения,

эритроциты - все в области > 30% глобулярных (десорфных)

tilindry-hyaline 0-1 в p / sp

Креатинин в крови 150 мкмоль / л, общий белок - 70 г / л, альбумин - 38 г / л, холестерин - 4,1 ммоль / л.

ultrasoundkidney: 13,0 h5,3sm правая почка, паренхимальная толщина 1,4 см, однородная, CHLS 1,5 см. Левая почка 13,1 h5,4sm толщиной 1,4 см паренхимы.

Вывод: увеличение размера почек, застой мочи и камней

Агрессивные симптомы и синдромы заболевания Отек, гипертония, мочевого синдром.

2 Интерпретация KLA, OAM 1.OAK: умеренный лейкоцитоз, нейтрофилия с левым сдвигом, ускорение СОЭ. 2.OAM: грубая гематурия, наличие десорфных (гломулярных) эритроцитов более 30%, умеренная протеинурия 3. Суточная умеренная протеинурия 4. Общие уровни белка и уровня холестерина в крови нормальны.

3 Скорость утечки почечной функции и вычисление формулы GFR GFRSchwartz:
 $40 \times 150 \text{ см} = 40 \text{ мл / мин. } 150$ Снижение СКФ (90-130 мл / мин N)

4 Сформулируйте предварительный диагноз. У ребенка letOstro 10 после прохождения стрептококковой инфекции появились отек, гипертония, гематурия, протеинурия и умеренные признаки острого нефритного синдрома.
Высокоговорящий: острый постстрептококковый гломерулонефрит

5 Определите тактику лечения а) Режим опеки, двигайтесь !! б) таблица №7 с) фуросемид после восстановления отека d) преднизолон 2 мг / кг схемы

Клиническая задача №11

Девочка Дина, 6 лет. Вес 23кг рост 122см.

Клиническая задача №11

Девочка Дина, 6 лет. Вес 23 кг, рост 122 см

Жалобы на боли в голеностопных суставах, появление сыпи на ногах и ягодицах.

Из анамнеза: за 10 дней до этого перенесла ОРВИ, лечилась амбулаторно, на 11-день состояние ухудшилось, появилась сыпь на конечностях, затем боли в животе периодической интенсивности и припухлость голеностопных суставов.

Из анамнеза жизни. Девочка часто болеет простудными заболеваниями, наследственность не отягощена. На диспансерном учете не состоит, прививки получала в срок. Пищевая аллергия на citrusовые, орехи и мед.

Данные объективного осмотра: состояние тяжелое, самочувствие нарушено. Ребенок вялый. Температура тела $37,4^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы бледные, на коже нижних конечностей, ягодицах симметрично расположенная геморрагическая петехиально-папулезная сыпь, местами сливается. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Выявлена припухлость, гиперемия и выраженная болезненность в области голеностопных суставов с двух сторон. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, шум не выслушивается. ЧСС 92 в мин. Живот округлой формы, несколько вздут, безболезненный. Периодические боли без четкой локализации, печень и селезенка не увеличены. Стул 1 раз, оформленный коричневым, моча светлая

В виде таблицы

Общий анализ крови

Эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$,

Гемоглобин - 120 г/л

МСН - 28, ед. изм. МСV, МСНС

Тромбоциты - $586 \times 10^9/\text{л}$

Лейкоциты - $8,6 \times 10^9/\text{л}$

палочкоядерные - 3%

сегментоядерные - 62%

лимфоциты - 29%

эозинофилы - 2%

моноциты - 4%

СОЭ - 18 мм/час.

Общий анализ мочи

Цвет: соломенно-желтый

Уд. Вес - 1025

Белок - 0,033 г/л

Лейкоциты - 2 - 5 в п/зр

Эритроциты - 3-4 п/зр

Время свертывания крови по Ли-Уайту - 2 мин

Задания:

1. Назовите ведущие симптомы и синдромы заболевания
2. Интерпретируйте ОАК, ОАМ, время свертыванию по Ли -Уайту
3. Сформулируйте предварительный диагноз
4. Назначение плана обследования
5. Определите тактику лечения

Клиническая задача №11
Эталон ответов
Геморрагический васкулит, смешанная форма, средней тяжести

№	Критерии оценки	Эталон ответов
1	Ведущие симптомы и синдромы заболевания	Геморрагический кожный синдромы, суставной, абдоминальный. 1) Кожный синдром на коже нижних конечностей, ягодицах симметрично расположенная геморрагическая пятнисто-папулезная сыпь 2) Суставной синдром- крупные (голеностопные), симметричное поражение суставов 3) Абдоминальный- боли интенсивные, без четкой локализации, периодические
2	Составьте план обследования Интерпретация ОАК, ОАМ, коагулограммы крови	1) В ОАК 2) Анализ мочи 4) Коагулограмма 5) Время свёртывания крови (Ли-Уайта) 6) УЗИ органов грудной полости
3	Предварительный диагноз	Геморрагический васкулит, смешанная форма, средней тяжести.
4	Интерпретация ОАК, ОАМ, коагулограммы крови	1) В ОАК- анемии нет, тромбоцитоз, умеренное ускорение СОЭ 2) Анализ мочи – без патологии 5) Время свёртывания крови (Ли-Уайта)- укорочение свертывание крови, гиперкоагуляция
5	Определите тактику лечения	1) Режим строгий постельный, 2) Диета стол №6, гипоаллергенная, прохладная пища 3) Гепарин (доза, форма введения?) 4) курантил (доза, форма введения) 5) При абдоминальных болях – но-шпа, доза, форма введения прохладная грелка на область живота.

Обсужден и утвержден на заседании кафедры детских болезней №1 от 11.09.2018г., протокол №2

Клиническая задача №12

Девочка 7 лет. Рост 125 см вес 27 кг.

Клиническая задача №12:

Девочка 7 лет. Рост 125 см Вес 27 кг

Жалобы на носовое кровотечение, сыпь по телу

Из анамнеза: за 12 дней до этого перенесла ОРВИ, лечилась амбулаторно. 3 дня назад у ребенка появились синяки на теле и конечностях. Вчера у ребенка было носовое кровотечение в течение ~~течения~~ и 2 минут, которое купировалось самостоятельно. Ребенок часто болеет простудными заболеваниями, наследственность не отягощена.

При осмотре: Состояние ребенка средней степени тяжести на лице имеются петехии, на туловище и на конечностях петехии и ассиметрично расположенные синяки разных размеров от багрово-синих до желто-зеленных. Видимые слизистые полости рта обычной окраски, на верхнем небе имеются единичные кровоизлияния. В носовых ходах имеются корочки. Суставы не изменены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны при аускультации ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

В виде таблицы анализы сделайте, чтоб у всех одинаково было в виде

Общий анализ крови

Эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$,

Гемоглобин - 120 г/л

МСУ, МСН, МСНС ?

Тромбоциты - $17 \times 10^9/л$

Лейкоциты – $8,6 \times 10^9/л$

палочкоядерные – 3%

сегментоядерные – 62%

лимфоциты – 29%

эозинофилы – %

моноциты – 6%

СОЭ - 8 мм/час.

Общий анализ мочи

Цвет: соломенно-желтый

Уд. Вес – 1025

Белок – отсутствует

Лейкоциты – 0 – 1 в п/зр

Пл. эпит. 0-2 а п/зр

Время кровотечения по Дюке 7 мин

Миелограмма: Пунктат костного мозга нормоклеточный, полиморфный. Ростки кроветворения сохранены. Эритроидный росток сохранен, созревание не нарушено. Гранулоцитарный росток не изменен. Мегакариоциты в достаточном количестве. Разной степени зрелости, с повышенной отшнуровкой тромбоцитов

Задания:

1. Назовите ведущие симптомы заболевания

2. Составьте плана обследования

3. Интерпретируйте ОАК, биохимический анализ крови, кривую Прайс-Джонса-Джонса

??

Клиническая задача №13

Девочка 16 лет поступила в клинику с жалобами

Клиническая задача №2

Девочка 16 лет поступила в клинику с жалобами на головные боли, головокружение, бледность кожи, геморрагические высыпания по всему телу, повышение температуры тела $38,8^{\circ}\text{C}$, слабость, вялость, утомляемость, снижение аппетита. Со слов матери, жалобы утомляемость у ребенка отмечает с октября 2013 г. В январе 2014 г. (сделайте 1-1,5 мес) после проведенной плановой вакцинации против столбняка через неделю появились единичные мелкоточечные геморрагические высыпания по всему телу, появилась гематома на голени, связанная с травмой (мальчик упал). В динамике нарастает слабость, утомляемость, мелкоточечная сыпь на нижних конечностях, теле. При обследовании в анализе крови выявлена анемия, лейкоцитопения, выраженная тромбоцитопения (Hb 88 г/л, тромбоциты $3 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты $1,26 \times 10^9/\text{л}$, лимфоцитоз 82,9%). Для обследования и дальнейшего лечения направлен в специализированное отделение.

Состояние при поступлении тяжелое, за счет панцитопении, анемического синдрома, подкожных кровоизлияний, гипертермии, симптомов интоксикаций. Самочувствие страдает. Слабость, вялость. Нормостенического телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые бледные, на коже нижних конечностей, верхнем отделе туловища петехиальная сыпь, местами экхимозы, на голени подкожная гематома. Зев бледный, миндалины гипертрофированы, налета и зернистости нет. Признаков стоматита нет. Периферические лимфоузлы: пальпируются шейные, до 2,0 см, при пальпации безболезненные, не спаяны с кожей. Менингеальных знаков, ригидности мышц затылка нет. В легких дыхание проводится по всем полям, жесткое, хрипов не слышу. Тоны сердца умеренно приглушены, тахикардия. Живот обычной формы, доступен пальпации, безболезненный. Печень +2,0 см от края реберной дуги, плотноэластическая, безболезненная, селезенка не пальпируется. На момент осмотра стула не было. Диурез в норме.

Общий анализ крови	Общий анализ мочи
Эритроциты – $2,7 \times 10^{12}/\text{л}$, Гемоглобин – 82 г/л Дв. п. — 1,0 MCV, MCH, MCHC.	Цвет: соломенно-желтый Уд. Вес – 1018 Реакция – кислая
Лейкоциты – $0,8 \times 10^9/\text{л}$ сегментоядерные – 5 эозинофилы – 1% моноциты – 3% лимфоциты – 45% тромбоциты – $3 \times 10^9/\text{л}$ СОЭ – 33 мм/час.	Белок – отсутствует Лейкоциты – 2–3 в п/зр Пл. эпит. 0–2 в п/зр

Коагулограмма : без особенностей.

Задания:

1. Назовите ведущие симптомы заболевания
2. Интерпретируйте ОАК, ОАМ
3. Сформулируйте предварительный диагноз
4. Составьте плана обследования
5. Определите тактику лечения

Эталон ответа по клиническому случаю №13
«приобретенная апластическая анемия, тяжелая форма».

№	Критерии оценки шагов	Эталон ответа
1	Ведущие симптомы и синдромы заболевания	Анемический синдром, геморрагический синдром, интоксикационный синдром. а) геморрагический синдром в виде подкожных геморрагии, петехии, анемический синдром, слабость, бледность кожных покровов, б) лабораторных данных в общем анализе крови панцитопения, нейтропения
2	Интерпретация ОАК, ОАМ	- в периферической крови: анемия, лейкоцитопения, тромбоцитопения, нейтропения ускоренное СОЭ, - ОАМ без патологии
3	Сформулируйте предварительный диагноз	«Приобретенная апластическая анемия, тяжелая форма»
4	Назначение плана обследования	- ОАК, ОАМ - Рентгенография органов грудной клетки - ЭКГ - Биохимический анализ крови: определение общего и непрямого билирубина, - УЗИ органов брюшной полости; - миелограмма - трепанобиопсия
5	Определите тактику лечения	а) постельный режим б) симптоматическая терапия (а/б) в) гемотрансфузионная заместительная терапия тромбоконцентратом гв) глюкокортикостероидная терапия е) патогенетическая терапия (ТКМ, ИСТ)
Итого		

Обсужден и утвержден на заседании кафедры детских болезней №1 от 11.09.2018г., протокол №2

Клиническая задача №14

Вес 16 кг рост 104см

Ребенок 4 летнего возраста,

Клиническая задача №14

Вес 16 кг Рост 104 см

Ребенок 4-летнего возраста, поступила в стационар с жалобами на резкую слабость, чувство тяжести в левом подреберье, желтушность кожных покровов.

Анамнез заболевания: ребенок родился от 2 доношенной беременности, 2 родов, роды в срок с весом 3100г, рост -50см. С 2,5мес. возраста отмечена периодически возникающая желтуха различной степени выраженности, кожным зудом, с нормальной окраской кала и мочи. У матери в анамнезе мочекаменная болезнь с эпизодами желтухи. Ранее девочку не обследовали.

Состояния ребенка тяжелое. Выражены боли в животе. Кожные покровы имеют интенсивную желтую окраску, иктеричность склер. Печень +2 см из под реберной дуги, край ровный, гладкий, мягкий. Сердечные тоны приглушены. ЧСС 130 в мин. Селезенка +7 см из под реберной дуги, плотная, безболезненная при пальпации. Моча соломенно-желтого цвета. Стул оформлен, коричневого цвета.

Общий анализ крови

Эритроциты – $2,76 \times 10^{12}/л$,
Гемоглобин – 75 г/л
ретикулоциты – 8%
MCV – 65,10п
MCH – 27,9pg
MCHC – 326г/л
Лейкоциты – $8,7 \times 10^9/л$
палочкоядерные – 3%
сегментоядерные – 32
эозинофилы – 1%
лимфоциты – 54%
моноциты – 10%
тромбоциты $260 \times 10^9/л$
СОЭ – 22 мм/час.

Кривая Прайса-Джонса- микроциты 57%,
нормоциты 20%, мегациты 23%

Б/х анализ – АСТ – 33,7ед/л; АЛТ – 25,5ед/л; общий билирубин – 70,6мкмоль/л; прямой билирубин – 15 мкмоль/л; Тимолова проба 5,0 ед

Задания:

1. Назовите ведущие симптомы заболевания
2. Интерпретируйте ОАК, биохимический анализ крови, кривую Прайс Джонса
3. Сформулируйте предварительный диагноз
4. Составьте плана обследования
5. Определите тактику лечения

Эталон ответа по клиническому случаю №14
«Гемолитическая анемия, наследственная микросфероцитарная (Болезнь Минковского Шоффара)»

№	Критерии оценки шагов	Эталон ответа
1	Ведущие симптомы и синдромы заболевания	1) Желтушный синдром за счет повышения непрямого билирубина без изменения цвета мочи и кала 2) анемический синдром за счет снижения гемоглобина и эритроцитов проявляющийся слабостью, приглушенностью сердечных тонов 3) спленомегалия 4) у матери - эпизоды желтухи
2	Сформулируйте предварительный диагноз	«Гемолитическая анемия, наследственная микросфероцитарная (Болезнь Минковского Шоффара)? гемолитический криз.»
3	Назначение плана обследования	- ОАК - Биохимический анализ крови: определение общего и непрямого билирубина, печеночных проб - Определение Кривой Прайс Джонса - Определение осмотической резистентности эритроцитов - реакция Кумбса - Определение железа в сыворотке крови - УЗИ органов брюшной полости;
4	Интерпретация ОАК, ОАМ	-выраженная анемия II степени, нормохромная; микроцитарная, ретикулоцитоз, ускорения СОЭ - Кривая Прайс –Джонса- со сдвигом влево, микроцитоз - Биохимический анализ крови- повышение билирубина за счет не прямой фракции Заключение: гемолитический криз
5	Определите тактику лечения	1) режим палатный 2) Стол №5 3) Обильное питье по 50 мл на кг веса 4) Преднизолон коротким курсом (доза, форма ?) 5) Урсосан (доза, форма ?) per os 6) Рибоксин (доза, форма ?) в таблетках

Обсужден и утвержден на заседании кафедры детских болезней №1 от 11.09.2018г., протокол №2

Клиническая задача №23

Девочка 13 лет.

Клиническая задача №23

Девочка 13 лет.

Жалобы: на сердцебиение, одышку при физической нагрузке, отечность и боли в обоих коленных суставах, хромоту, слабость, утомляемость, повышение температуры до 38,8°C последние 5 дней

Анамнез заболевания: 3 дня назад опух правый коленный сустав, отмечались боли, девочка не могла ходить, повысилась температура тела до 38,8°C, появились слабость, утомляемость, сердцебиение, одышка при физической нагрузке, через 2 дня присоединилась отечность левого коленного сустава.

Анамнез жизни: Перенесенные заболевания: часто - ангины. В последний раз ангина 3 недели назад, не лечилась. Наследственность не отягощена. Аллергический анамнез - без особенностей. Миндалины гипертрофированы, рыхлые. Периферические лимфоузлы подчелюстные до 1 см в диаметре, при пальпации безболезненные. Язык влажный, чистый. Кожные покровы бледные.

В легких дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям, хрипов нет, ЧД до 28 в мин. При нагрузке. Область сердца визуально не изменена. При пальпации верхушечный толчок усилен в 5-м межреберье, на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая по правому краю грудины, верхняя 3-е межреберье, левая - на 1,5-2,0 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Аускультативно: тоны сердца приглушены, тахикардия, ЧСС 100 в мин., интенсивный, дурующий, связанный с 1-м тоном систолический шум на верхушке, проводится за пределы сердца. АД - 110/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические оправления в норме. Суставной синдром: коленные суставы увеличены в объеме за счет отека мягких тканей, теплые на ощупь, ограничение движений за счет болевого синдрома.

пассивно и активно

Общий анализ крови:

эритроциты $3.1 \times 10^{12}/л$
Hb 102 г/л
Ц.п. - 0,9
ретикулоциты 0,5%
тромбоциты $340 \times 10^9/л$
лейкоциты $13 \times 10^9/л$:
п.я - 3%,
с.я - 69%
эозинофилы - 2%,
лимфоциты - 16%,
моноциты - 10%,
СОЭ - 38 мм/час.

Уровень антистрептолизина-O (АСЛ-O) - 320 МЕ/л.

Общий анализ мочи

Количество - 50 мл
Цвет: соломенно-желтый
Уд. Вес - 1020
Реакция - кислая
Белок - отсутствует
Лейкоциты - 4 - 5 в п/зр
Па. эпит. 0-2 в п/зр

Заключение: Нормальное положение ЭОС. Ритм синусовый. Тахикардия. Повышение электрической активности левого желудочка, частичная блокада правой ножки пучка Гиса

Задания:

1. Назовите ведущие симптомы заболевания
2. Интерпретируйте ОАК, ОАМ
3. Обоснование предварительного диагноза
4. Назначение плана обследования
5. Определение тактику лечения

Эталон ответа по клинической задаче №23 «Острая ревматическая лихорадка, эндокардит, полиартрит, активность Пст., НК-I (ФК) и тактика ведения»		
№	Критерии оценки	Эталон ответов
1	Ведущие симптомы заболевания	<ol style="list-style-type: none"> Связь с перенесенной стрептококковой инфекцией (ангиной) Интоксикационный синдром: лихорадка до 38,8°C последние 5 дней, слабость, утомляемость кардит, поражение митрального клапана (верхушечный толчок ослаблен, смещен влево, расширение левых границ сердца, аускультативные изменения над областью сердца) артрит: коленные суставы увеличены в объеме за счет отека мягких тканей, теплые на ощупь, ограничение движений за счет болевого синдрома ранние признаки НК II А – тахикардия (100 в мин), одышка
2	Интерпретация общего анализа крови, мочи.	<p>ОАК: – анемия 1ст, нормохромная; умеренный лейкоцитоз 13x10⁹ л, значительное ускорение СОЭ, свидетельство воспалительного процесса.</p> <p>ОАМ: без патологии.</p> <p>Повышение уровня АСЛ-О</p>
3	Обоснование предварительного диагноза	<ol style="list-style-type: none"> У ребенка подростка после перенесенной ангины, артрит, кардит, слабость, одышка, лихорадка в течении 5 дней, сердцебиение признаки кардита: верхушечный толчок ослаблен, смещен влево, расширение левых границ сердца, аускультативные изменения над областью сердца. Нарушение функции кровообращения (одышка, тахикардия). Признаки НК II А – тахикардия (100 уд в мин), одышка, тахипноэ ЧД -28 в мин Выраженных воспалительных явлений в ОАК <p>Клинический диагноз: « Острая ревматическая лихорадка, эндокардит, полиартрит, активность Пст., НК-I (ФК)»</p>
4	Назначение плана обследования	<ol style="list-style-type: none"> ОАК, ОАМ Рентгенография грудной клетки ЭКГ. ЭХОКГ биохимия крови: креатинин, мочевина, СРБ, ревматоидный фактор, АСЛ-О. <p><i>сдать анализ мочи</i></p>
5	Определил тактику лечения	<ol style="list-style-type: none"> режим палатный Стул №10 Противовоспалительные препараты (НПВП)-диклофенак натрия (вольтарен, ортофен) 2-3 мг/кг/сут. ГКС (преднизолон) в сут. дозе 0,7-1 мг/кг/сут. на 2 нед. Антибактериальные препараты, курс 10-14 дней (пенициллин) <i>Кларитромицин</i> кардиопротекторы

Ситуационная задача № 1

Обратился подросток 14 лет.

Жалобы на: постоянные, неинтенсивные, ноющего характера боли в области правого подреберья, периодическое появление тошноты и чувство тяжести, распирания в этой же обл-ти, усиливающиеся после приема острой и жирной пищи, газир.напитков; после физ. нагрузок.

В анамнезе: В течение 1,5 лет беспокоят постоянные, неинтенсивные, ноющего характера боли в области правого подреберья, периодическое появление тошноты и чувство тяжести, распирания в этой же области, усиливающиеся при приеме острой и жирной пищи, газированных напитков; после физических нагрузок. К врачу не обращался, при соблюдении диеты указанные симптомы проходили. Данное ухудшение отмечает в течение нескольких дней после празднования дня рождения. Принимал холосас, жалобы несколько уменьшались, затем вновь возобновлялись.

Проживает в квартире, учится в школе, спортом не увлекается.

Объективно: Состояние относительно удовлетворительное. Самочувствие не страдает. Мальчик повышенного питания, нормостенического телосложения. Рост 156 см, вес 60 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 84 ударов в мин. АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложенный. Имеются кариозные зубы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул был с утра, без особенностей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. План обследования.
4. План лечения.

Ответы:

1. Синдромы- Болевой, диспепсический

2. Диагноз- дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу

3. План обследования- УЗИ, Узи после желчногозавтрака(яичных желтка 2), ОАК, ОАМ, Бх крови, общий анализ кала, гепатобилисцинтиграфия, холицистография, КТ

4. План лечения:

Диета стол №5

🍴 режим питания;

В лечебном питании подразумевается дробность: прием пищи должен быть частым и небольшими порциями, до 5-6 раз в день. Важно исключить переедание, питаться в одно и то же время, это настраивает желчный пузырь на выработку желчи, а желчные пути выбрасывают ее в кишечник в определенные часы. Это способствует нормализации оттока желчи, лучшему перевариванию и усвоению пищи в кишечнике. Частый прием пищи маленькими порциями не позволяет желчи

застаиваться в пузыре, не дает чрезмерно сокращаться желчевыводящим путям и пузырю, что обычно и провоцирует боли.

■ кулинарная обработка- Все блюда для больных с дискинезией желчевыводящих путей должны быть приготовлены в отварном или запеченном виде. Допускается (редко) тушение продуктов. **Жарение** запрещено, т.к при жарке частично разрушаются полиненасыщенные жирные к-ты и формируются токсические вещества (альдегиды, кетоны), что увел. нагрузку на желчный пузырь и желчные пути, раздражает печеночную паренхиму и желудочную слизистую. Протирается только мясо с большим содержанием соединительной ткани (жилистые сорта).

■ температурный режим- Блюда подаются в теплом виде (15-60 градусов), исключаются только холодные продукты, которые вызывают спазмы желчевыводящих путей.

Медикаментозная терапия:

При гиперкинетическом варианте показано применение холеспазмолитиков и холеретиков на фоне седативной терапии (валериана, психотерапия). Холеспазмолитики расслабляют гладкую мускулатуру желчных протоков и сфинктеров (но-шпа, риабал, метеоспазмил), а холеретики стимулируют образование желчи и синтез желчных кислот в печени, увеличивают их концентрацию в желчи, способствуют улучшению её реологических свойств (холензим, фламин, фебихол, аллохол).

При гипокинетической дискинезии назначают тонизирующие препараты (настойка женьшеня, экстракт алоэ) и желчегонные средства – холеретики и холекинетики, повышающие тонус желчного пузыря и облегчающие процесс его опорожнения. К холекинетикам относятся магния сульфат, сорбит, ксилит, маннит, сырой яичный желток, свекольный сок, растительные масла, а также сборы лекарственных трав из рябины обыкновенной, цветков ромашки, травы золототысячника. Одновременно проводят слепые зондирования, стимулирующие отток желчи, не реже 2-х раз в неделю. Из минеральных жидкостей при гипокинетической дискинезии рекомендуют воды высокой минерализации, газированные, в холодном виде, 2-3 раза в день.

При гипокинетическом типе ДЖВП- прокинетикидротаверин 10 мг 3 раза в сутки, холеретики (фестал, холензим) холикинетики(ксилит, магния сульфат)

Диспансерное наблюдение осуществляется на протяжении 3х лет с момента последнего обострения. Для того чтобы предупредить развитие у ребёнка ДЖВП, нужно следить за правильностью и регулярностью его питания, оградить малыша от стрессовых ситуаций, не допускать эмоционального перенапряжения, своевременно корректировать вегетативные расстройства, ведь помимо неприятных болевых и диспептических нарушений при постоянном застое желчи высок риск развития в

дальнейшем воспалительных заболеваний желчных путей и образования камней в желчном пузыре.

Ситуационная задача № 2

Девочка 14 лет жалуется на повышение температуры тела до 38,2, выпадения волос, ломкость ногтей, слабость, высыпания на коже, боли в мышцах рук, снижение аппетита.

Из анамнеза известно, что данные жалобы появились после отдыха на Черном море два месяца тому назад. У родной сестры отца девочки- склеродермия, у матери- поллиноз.

Объективно : Д-20, Ps-98, АД- 110/80. Волосы надо лбом тусклые, ломаются, выпадают; ногти ломкие, капилляриты на ладонях, на открытых частях тела- эритематозные высыпания. При пальпации- мышцы рук тестоватой консистенции с очагами уплотнения, болезненны, тонус в них снижен. в легких везикулярное дыхание. Сердечные тоны приглушены, тахикардия. Живот доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены. Стул оформлен, моча светлая.

ОАК- эр.- $2.9 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин- 95 г/л, ретикулоциты- 18%, тромб.- $97 \cdot 10^9/л$, лейкоциты $3,9 \cdot 10^9/л$, п. ядерные- 7, сег. ядерные- 58, эоз.-4, ЛФ-21, моноциты-10, СОЭ- 57мм/час.

ОАМ- цвет- светло-желтый, реакция- кислая, белок- 1,2 г/л, сахар-нет, микроскопия- эпит.клетки- 9-11 в п/зр., цилиндры- 18-20 в п/зр., лейкоциты- 2-4 в п/зр., эритроциты- 20-25 в п/зр.

Обнаружен антинуклеарный фактор.

ОТВЕТЫ:

1.Укажите ведущие синдромы.

Суставной синдром может проявляться в виде артралгий, мигрирующего артрита, как при ревматизме, полиартрита, напоминающего ревматоидный артрит.

Выраженный **кожный синдром**(Наиб. типичны эритематозные высыпания на лице в области скуловых дуг и спинки носа в виде "бабочки".)

В рамках СКВ часто развивается **антифосфолипидный синдром** (АФС) — в организме появляются вещества (антитела), повреждающие ФЛ. Поскольку ФЛ участвуют в построении клеток, из которых построен человеческий организм, то болезнь приобретает особо тяж. форму.

Сосудистые изменения проявляются **синдромом Рейно**, флебитами, эндартериитами, тромбоваскулитами.,

Реже страдают органы пищеварения (печень, поджелудочная железа, желудочно-кишечный тракт);

Поражение органов кроветворения может проявляться в виде **синдрома Верльгофа**(кровоизлияний в кожу и подкожную клетчатку)или гемолитической анемии. Встречаются эписклериты, менингоэнцефалиты, полиневриты и психические нарушения.

Нередко встречаются очаговые некрозы трубчатых костей с отторжением костных секвестров, полиадения, **гепато-лиенальный синдром**.

Встречаются различные варианты поражения почек - **изолированный мочево́й синдром** в виде небольшой протеинурии (до 1 г/л) со скудным мочевым осадком; **нефротический синдром, нефритический синдром**. В последние годы чаще обнаруживается **пиелонефритический синдром**, особенно у больных, леченных кортикостероидами и цитостатическими препаратами.

2. Поставьте предварительный диагноз.

СКВ

3. Назначьте план обследования.

Обследования при системной красной волчанке

- общий анализ крови с лейкоцитарной формулой и общий анализ мочи;
- коагулограмма (определение состояния свертывающей системы крови);
- биохим.анализ крови (белковые фракции, АЛТ, АСТ, фибрин, серомукоид, гаптоглобин, С-реактивный белок и другие);
- выявление волчаночного фактора и волчаночных клеток и др. специфических показателей, р-ияВассермана, серологические исследования (выявление LE-клеток, антител к ДНК, анти-Sm-антител, ложноположительные р-ии на сифилис, антинуклеарные антитела);
- радиоизотопная ренография (определение функциональной способности почек);
- УЗИ органов брюшной полости, суставов, сердца (ЭхоКГ);
- пункционная биопсия синовиальных оболочек суставов, узелков-тофусов, плеврального содержимого (при плевритах);

- рентгенография и компьютерная томография органов грудной клетки и суставов;
- исследование спинномозговой жидкости (при поражении нервной системы);
- магнитно-резонансная томография органов грудной клетки, брюшной полости, костно-суставной системы;
- консультации смежных специалистов.

4. Назначьте план лечения.

Лечение у детей проводится стационарно и предполагает применение следующей терапии:

- кортикостероиды: преднизолон, триамцинолон, дексаметазон, урбазон и др.;
- цитостатики; азатиоприн, циклофосфамид, хлорбутин;
- иммунодепрессанты;
- стероидно-хинолиновая терапия;
- диета 15, максимально приближённая к противоязвенной: ограничение углеводов и клетчатки, полное исключение сокогонных блюд; основа — белки и соли калия;
- витаминотерапия (упор делается на аскорбиновую к-ту и вит.В);
- на завершающих стадиях заболевания — массаж и лечебная физкультура;
- пульсотерапия.

1. При высокой активности СКВ доза преднизолона обычно составляет 1 - 1,5 мг/кг/сут (не более 60 мг/сут), при умеренной активности - 0,5-1,0 мг/кг/сут. Препарат назначают преимущественно в утренние часы. Лечение глюкокортикоидами в максимальных дозах обычно продолжают в течение 4-6 нед до получения значимого клинического эффекта, а затем по мере снижения активности заболевания и достижения ремиссии дозу препарата медленно уменьшают в течение 6-12 мес до поддерживающей (в среднем 10-15 мг/сут). Лечение поддерживающими дозами глюкокортикоидов следует продолжать длительно и непрерывно для предупреждения рецидивов и поддержания ремиссии.

2. Для лечения больных с полисиндромным поражением прим. пульстерапию: в/в в течение 3-х последовательных дней вводят сверхвысокие дозы метилпреднизолона из расчёта в среднем 10-20 мг/кг (не более 1000 мг/сут). Проведение пульстерапии позволяет быстрее купировать многие проявления заболевания, сократить продолжительность активного периода и быстрее начать снижение пероральной

дозы глюкокортикоидов. Для лечения с наиболее тяжёлыми и прогностически неблагоприятными вариантами СКВ, особенно с волчаночным нефритом или тяж. поражением ЦНС, при неэффективности глюкокортикоидов или наличии выраженных осложнений при их применении исп. цитостатические ср-ва.

Ситуационная задача № 3

Больной 2-х лет поступает в клинику с **жалобами** на повышение температуры тела до 38 градусов, боль в мелких суставах кистей рук, коленных суставах.

Данные анамнеза: у бабушки по линии матери заболевание суставов. Данные жалобы появились 3,5 месяца тому назад, дважды находился на лечении с диагнозом- ювенильный артрит. Выписывался с улучшением.

Со слов мамы после перенесенной вирусно-бактериальной инфекции вновь повыселась температура тела и появилась болезненность в мелких суставах кистей обеих рук затем в коленных суставах и в правом лучезапястном суставе, ребенок самостоятельно не может встать с постели. Заболевание началось с подъема температуры, появления резкой болезненности в мелких суставах кистей обеих рук затем в коленных суставах, ребенок самостоятельно не может встать с постели.

При осмотре выражены симптомы интоксикации, бледный вялый, периорбитальная синева. Отмечается увеличение подчелюстных и подмышечных лимфоузлов величиной до крупной фасоли. Межфаланговые суставы пальцев рук отечные, горячие на ощупь, коленные суставы и правый лучезапястный сустав дефигурированные; активные и пассивные движения в суставах названных групп не в полном объеме болезненные в основном в утреннее время. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца умеренно приглушены, выслушивается на верхушке и пятой точке короткий систолический шум, которые не проводится за кардиальную область. Живот доступен глубокой пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

ОАК- эр.- $3.9 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин- 115 г/л, ретикулоциты- 3%, тромб.- $210 \cdot 10^9/л$, лейкоциты $11 \cdot 10^9/л$, п. ядерные- 7, сег. ядерные- 38, эоз.-4, ЛФ-41, моноциты-10, СОЭ- 40мм/час.

ОАМ-норма.

Рентгенография мелких суставов кистей- остеопороз преимущественно эпифизарный.

Вопросы:

ОТВЕТЫ:

- 1. Синдромы**- Суставной, гипертермический, интоксикационный, болевой
- 2. Диагноз**- Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА), суставной вариант
- 3. Обследование**- БхКрови, ОАК (лейкоцитоз пов.СОЭ, СРБ), анализ на ревматоидный фактор (выявляет аутоантитело), тесты на антинуклеарные антитела (АНФ), реакция Райта-Хедельсона, рентген суставов.
- 4. Лечение**-

Какой-либо специфической терапии для лечения ЮИА не существует. Целью лечения при всех вариантах артрита является купирование боли, утомляемости и скованности, предотвращение разрушения суставов и костей, минимизация деформаций и улучшение подвижности с сохранением роста и развития.

Внутрисуставные инъекции исп. в случае, когда имеется один или несколько суставов с выраженным воспалением, которое значительно ограничивает нормальное движение сустава и/или сопровождается сильной болью в суставе. В сустав вводят кортикостероид пролонгированного (длительного) действия. Предпочтение отдается триамцинолонагексацетониду – препарату, который действует длительное время (часто на протяжении многих месяцев); НПВП диклофенак, Фоливая кислота; Метотрексат, преднизолон 0,5-1 мг на кг в сутки; ЛФК; Электрофорез.

Реабилитация является важным компонентом лечения. Она включает соответствующие упражнения, а также, при наличии показаний, использование суставных шин для удержания суставов в удобной позе, чтобы предотвратить боль, скованность, мышечные контрактуры и деформации суставов. Реабилитация должна начинаться на ранней стадии и проводиться рутинно для улучшения или сохранения состояния суставов и мышц.

Ситуационная задача №4

Мама девочки 5 месяцев жалуется на одышку, усиливающуюся при кормлении, плаче, беспокойстве, плохую прибавку в массе тела.

Из анамнеза известно что ребенок родился от первой доношенной беременности, срочных родов. Масса – 3200гр, рост – 50см. Маме 35 лет. Беременность протекала на фоне угрозы прерывания и вирусной инфекции в первом триместре беременности.

При осмотре: дыхание 50-52 в минуту в покое, пульс – 156 в минуту. Вскармливание естественное. Сосет медленно, с перерывами. При плаче и кормлении усиливается цианоз носогубного треугольника. Признаки гипотрофии 2 степени. Беспокоит навязчивый кашель. В легких на фоне жесткого дыхания выслушиваются застойные, влажные хрипы, больше слева. Обращает на себя внимание парастернальный сердечный горб. Верхушечный толчок смещен влево и вниз. Во всех проекционных точках выслушивается систолический шум, проводящийся за кардиальную область, эпицентр шума 3-4 межреберье слева от грудины. Там же, в 3-4 межреберье слева от

грудины улавливается систолическое дрожание. Живот доступен глубокой пальпации, печень выступает из-под края реберной дуги 2,5-2,5-3.

Рентгенография органов грудной клетки – легочной рисунок усилен по артериальному типу, ствол и ветви легочной артерии расширены, дуга выбухает, отмечается увеличение левого желудочка

ОТВЕТЫ:

1. Синдром левожелудочковой недостаточности, недостаточность кровообращения, недостаточность сосудистого кровообращения, нарушение ритма сердца, ВПР

2. Диагноз- ДМЖП НК 2 степени

3. План обследования- ЭХОКГ ЭКГ, МРТ, Рентген грудной клетки, катетеризация сердца, [ангиокардиография](#), [вентрикулография](#)

4. План лечения

Асимптомное течение дефекта межжелудочковой перегородки при его небольших размерах позволяет воздержаться от хир. вмешательства и осуществлять динамическое наблюдение за ребенком. В ряде случаев возможно спонтанное закрытие дефекта межжелудочковой перегородки к 1-4 годам жизни или в более позднем возрасте. В остальных случаях показано хирургическое закрытие дефекта межжелудочковой перегородки, как правило, после достижения ребенком 3-х лет.

При развитии СН и легочной гипертензии проводится консервативное лечение с помощью **сердечных гликозидов, мочегонных препаратов, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, кардиотрофиков, антиоксидантов.**

Кардиохирургическое лечение дефекта межжелудочковой перегородки может быть радикальным и паллиативным. К радикальным операциям относятся [ушивание](#) малых дефектов межжелудочковой перегородки П-образными швами; [пластика](#) больших дефектов синтетической (тефлон, дакрон и др.) заплатой или биологической (консервированный ксеноперикард, аутоперикард) тканью; [рентгенэндоваскулярная окклюзия дефекта](#) межжелудочковой перегородки.

У грудных детей с выраженной гипотрофией, большим лево-правым шунтированием крови и множественными дефектами предпочтение отдается [паллиативной операции](#), направленной на создание искусственного стеноза легочной артерии с помощью манжетки. Данный этап позволяет подготовить ребенка к радикальной операции по устранению дефекта межжелудочковой перегородки в более старшем возрасте.

Ситуационная задача № 5

Обратилась женщина с ребенком - девочкой 11-ти лет.

Жалобы на «голодные» боли в эпигастрии, появляющиеся утром натощак и через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Так же беспокоит отрыжка кислым, тошнота.

Анамнез заболевания: Болеет в течение года. Заболевание связывает с усилением нагрузки в школе, в связи с чем стала питаться нерегулярно и на бегу (учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией). Вначале появилось чувство дискомфорта в животе натощак, затем появились боли, проходящие после еды. Впервые обратились к врачу неделю назад. Провели ФЭГДС: Слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая оболочка с очаговой гиперемией, в антральном отделе на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая оболочка луковицы дуоденум – очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке дефект слизистой Д=0,8–0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. После чего была госпитализирована для дальнейшего обследования и лечения.

Изнамнез жизни: У мамы - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца – гастрит, у бабушки по линии матери – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Объективно: Состояние средней тяжести за счет болей в эпигастрии, диспепсических явлений. Самочувствие страдает умеренно. Ребенок на осмотр реагирует адекватно. Нормотермия. Гемодинамика стабильная. Рост 148 см, вес 34 кг. Кожный покров бледно-розовый, свободный от высыпаний. Тургор мягких тканей сохранен. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям. Сердечные тоны ясные, ритм правильный. Живот мягкий, не напряжен, болезненный в эпигастрии и пилородуоденальной зоне. Положительный симптом Менделя. Печень не увеличена, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Физиологические оправления в норме.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования.
4. Назначьте план лечения.

ОТВЕТЫ

1. Положительный (симптом Менделя), диспепсического синдрома (беспокоит отрыжка кислым, тошнота), болевой синдром

2. **Учитывая жалобы** – на «голодные» боли в эпигастрии, появляющиеся утром натощак и через 1,5-2 часа после еды, ночью, купирующиеся приемом пищи. отрыжку кислым, тошноту. **Результаты объективного осмотра:** живот при пальпации болезненный в эпигастрии и пилородуоденальной зоне. Положительный симптом Менделя. Предварительный диагноз- Язва ДПК

3. План обследования: ОАК, Биохимический анализ крови, ЭГДС, Биопсийный тест на НР-инфекцию, УЗИ органов брюшной полости, Ацидиметрия желудка, Уреазный дыхательный тест

4. Указал принципы лечения:

1. Диета №1
2. Первая линия эрадикационной терапии: ингибиторы протонной помпы (омепразол, пантопразол) + кларитромицин + амоксициллин (либо заменить один из антибиотиков на метронидазол)

Вторая линия эрадикационной терапии: ингибиторы протонной помпы (омепразол, пантопразол) + кларитромицин + амоксициллин (либо заменить один из антибиотиков на метронидазол) + препараты висмута (Де-нол).

Общий курс лечения 10 – 14 дней

Параллельно основной терапии: (по показаниям) противогрибковая терапия, про и пребиотики, ферментативная терапия, посиндромная терапия.

Диета №1. Частое, дробное питание 5-6 раз в день. В первую неделю протертая, затем диета №1.

Обработка пищи: разрешается вареное, пареное, тушеное, на второй неделе можно печеное. Нельзя жареное.

Разрешаются продукты: молоко, творог, черствый белый хлеб, нежирные сорта мяса, птицы, рыбы, крупы, яйца и т.д.

Запрещаются: кислые овощи и фрукты, кисломолочные продукты, наваристые бульоны, консервированные продукты, полуфабрикаты, специи и т.д. Режим щадящий, не давать нагрузки на пресс, тяжести не поднимать. Тесную одежду не носить. После еды в течении 1,5 часов не ложиться, в наклон не работать. Последний прием пищи за 3 часа до сна. Спать на спине.

Профилактические мероприятия:

· устранение факторов, способствующих язвообразованию: устранение вредных привычек

- нормализацию режима труда и отдыха;
- организация правильного режима и характера питания,

Дальнейшее ведение: Динамическое наблюдение за больным, 1 раз в год проводить ЭГДС, диагностику инфекции *H. pylori*. При обострении – проводить эрадикационную терапию

Ситуационная задача № 6

Новорожденная девочка, 12 день жизни.

Жалобы на сохраняющуюся желтушность кожных покровов у новорожденного

Анамнез заболевания: маме 29 лет, беременность вторая, роды вторые в сроке 40 недель. В родах проведена неоднократная родостимуляция в связи со слабой родовой деятельностью. Беременность протекала с токсикозом в первой половине и угрозой прерывания в течение всей беременности. В течение беременности принимала 3 курса поливитаминов. Имеет резус- положительную II группу крови. Масса тела при рождении 3600 гр., оценка по шкале Апгар 8-9 баллов.

Состояние ребенка в отделение: средней степени тяжести за счет желтушного синдрома.

Выписка из роддома была задержана в связи с желтухой новорожденного (на 4-6 день жизни общий билирубин повышался до 275 ммоль/л. Получали фототерапию.) В роддоме получил ВГВ (против гепатита), БЦЖ (против туберкулеза). Выписались на 7 день жизни с билирубином 160 ммоль/л. После выписки рекомендовали чаще прикладывать к груди, получать солнечные ванны. Рекомендации выполнялись.

Объективно: Состояние ребенка удовлетворительное, в полном сознании, активный, судорог нет, сосет активно. Рефлексы врожденного автоматизма вызываются в полном объеме, тонус мышц удовлетворительный. Кожные покровы желтушные. В легких без патологии. Тоны сердца звучные, частота сердечных сокращений до 136 ударов в минуту. Живот мягкий, печень +1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул самостоятельный, светло желтого цвета, кашицеобразной консистенции. Моча соломенно-желтого цвета.

Лабораторные данные:

ОАК: Нв – 128 г/л, Эритроциты- $4,0 \times 10^{12}$ /л, Лейкоциты – $7,8 \times 10^9$ /л, Тромбоциты- 186×10^9 /л

Ретикулоциты-1%, Гематокрит-42%

Б/ханализ крови при выписке:Общий билирубин 160 мкмоль/л, непрямой 154 мкмоль/л, прямой 6 мкмоль/л, общий белок – 58 г/л, АЛТ – 0,21 ммоль/л, АСТ – 0,07 ммоль/л

Б/х анализ крови повторный (13 день жизни): Общий билирубин 198 мкмоль/л, непрямой 190 мкмоль/л , прямой 8 мкмоль/л, общий белок – 60 г/л, АЛТ – 0,22 ммоль/л, АСТ – 0,13 ммоль/л.

ОТВЕТЫ:

1.Поставьте диагноз

Неонатальная желтуха

2.Возможные причины данной патологии

-гемолитическая болезнь , связанная с несовместимостью крови матери и новорожденного по группе и/или по резус-фактору.

-проявлением различных врожденных инфекционных заболеваний, требующих длительного специального лечения.

-преждевременное родоразрешение.

-введение матери во время родов некоторых лекарств, например окситоцина, а малышу некоторых антибиотиков (ампициллин, цефазолин) может также спровоцировать желтуху.

-признаком врожденного заболевания желчных путей.

3.Как изменилось самочувствие новорожденного?

был билирубин 275

7 ден – 160

Нормальной концентрацией билирубина в сыворотке пуповинной крови считают 26—34 мкмоль/л, на 3—5-й день в среднем 103—107 мкмоль/л.

Происходит усиленный гемолиз эритроцитов, увеличение билирубина за счет непрямого билирубина. – признаки увеличение печени (понижена синтетическая функция), цвет выделений

4.Тактика дальнейшего ведения новорожденного (вскармливание, уход, лечение).

Основным методом лечения желтухи новорожденных является фототерапия (светотерапия). При фототерапии обычно используются кварцевые лампы, длина

волн которых подобрана так, что они расщепляют билирубин, отложившийся в коже, тем самым с током крови лишний пигмент вымывается

Также при высоком содержании билирубина в крови могут использоваться капельницы. В особо тяжелых случаях желтухи новорожденных применяется операция заменного переливания крови

Если речь идет о легкой форме физиологической желтухи, настигшей малыша уже при выписке из роддома, то благотворно действуют на выведение билирубина солнечные лучи. И помните, лучшая профилактика и лечение желтухи – раннее грудное вскармливание. Дело в том, что молозиво действует как слабительное, помогая билирубину быстрее выходить из организма. Держите ребенка на свежем воздухе и под лучами солнца. Билирубин распадается под действием дневного света. Под воздействием света билирубин превращается в нетоксичные производные, основное из которых носит название «люмирубин». У него другой путь выведения, и через 12 часов он выходит из организма с калом и мочой. Побочное явление при фототерапии возможно появление шелушения кожи и частого жидкого стула, а у некоторых детей наблюдаются сонливость.

Лучшая профилактика и лечение физиологической желтухи – ранние и частые кормления. Поскольку у детей с повышенным уровнем билирубина бывает повышенная сонливость, их надо обязательно будить для кормления. Молозиво, или «раннее молоко» первых нескольких дней, действуют как слабительное и помогает быстрее выйти меконию (первородному калу). Билирубин, который преобразуется в печени, также выводится вместе с ним. Если меконий не выходит быстро, билирубин из кишечника может повторно попасть в кровоток, тем самым, усиливая уровень желтухи.

Ситуационная задача № 7

Новорожденный мальчик 1 день жизни

Анамнез заболевания: Ребенок от 3 беременности (2 выкидыша) 2 родов.

Беременность протекала с токсикозом в первой половине беременности угрозой прерывания в 1 и 3 триместре, ОРВИ в 1 и 3 триместре. Роды при сроке гестации 32 недели беременности. Вес при рождении 1600 гр, рост 40 см, кричал после отсасывания слизи из носоглотки.

Объективно: При первичном осмотре кожа тонкая, красная, цианоз носогубного треугольника, на туловище, конечностях – обильное лануго, подкожно-жировой слой не выражен, соски и околососковые кружки едва видны, ногти тонкие, не достигают до конца ногтевых фаланг.

Конечности короткие, голова большая, швы черепа и роднички открытые. Рефлексы врожденного автоматизма угнетены, мышечная гипотония.

Дыхание поверхностное, аритмичное, 40-70 в минуту, в легких выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧСС – 160-180 в минуту.

Лабораторные данные:

ОАК: Нв – 148 г/л, Эритроциты- $4,0 \times 10^{12}$ /л, Лейкоциты – $5,8 \times 10^9$ /л, Тромбоциты-243 $\times 10^9$ /л, Ретикулоциты-1%, Гематокрит-22%

Б/х анализ крови (пуповинный):Общий билирубин 30 мкмоль/л, непрямой 5.0 мкмоль/л общий белок – 58 г/л, АЛТ – 0,21 ммоль/л, АСТ – 0,07 ммоль/л

Б/х анализ крови повторный (3 день жизни):Общий билирубин 90 мкмоль/л, непрямой 7,0 мкмоль/л, общий белок – 60 г/л, АЛТ – 0,22 ммоль/л, АСТ – 0,13 ммоль/л

ОТВЕТЫ:

1.Поставьте диагноз- Недоношенность 32 неделя, 2 степень

2.Возможные причины данной патологии:

- генетические аномалии зародыша и пороки его развития;
- поздний токсикоз;
- иммунологическая несовместимость матери и плода (резус-конфликт);
- возраст матери младше 18 и старше 35 лет;
- недостаточное или неполноценное питание матери до и во время беременности;
- болезни матери общего характера, хр. (заболевания ССС и ЭС, почек), острые инф. заболевания (ОРВИ, грипп);
- гинекологические болезни матери, в том числе инфекции, передающиеся половым путем, чаще сифилис, гонорея, цитомегало-вирусная инфекция, герпес, уреаплазмоз, трихомониаз;
- изменения матки (рубцы после перенесенных операций, в том числе кесарева сечения, миомы матки, хр. эндометрит);
- истмико-цервикальная недостаточность, когда после предшествующих неудачных родов или абортов шейка матки не смыкается полностью, а остается приоткрытой, и плод не удерживается в полости матки;
- вредные привычки матери (курение, злоупотребление алкоголем);
- профессиональные вредности;

-травмы матери, в том числе психологические.

3.Необходимо ли обследовать ребенка?

При рождении ребенка раньше положенного срока прежде всего проверяют головной мозг. Делают нейросонографию (УЗИ), КТ и МРТ головного мозга. В дальнейшем проводят ЭЭГ (электроэнцефалограмма) и ВЭЭГ (видеоэлектроэнцефалограмма) мониторинги для определения эпи-активности.

С 1го месяца жизни недоношенного ребенка его глазные яблоки осматривают лупой каждые три дня, отслеживая развитие сосудов. Ретинопатия недоношенных — болезнь, характеризующаяся нарушением работы сетчатки глаз, которую можно предотвратить на ранних стадиях.

Самая большая проблема всех недоношенных детей — работа лёгких. Развитие легких оценивают по результатам рентгена. Нераскрывшиеся части легких со временем превращаются в соединительную ткань, а дышать этой тканью невозможно. Но с ростом ребенка растут и здоровые клетки, а это значит, что в дальнейшем процент соединительной ткани относительно здоровых участков станет ничтожно мал.

Также очень важно отслеживать рефлекторную деятельность и мышечный тонус ребёнка. Часто недоношенные дети отстают и в развитии двигательных навыков. У них отсутствует внутренний "импульс" для того, чтобы переходить на следующий этап развития.

4.Тактика дальнейшего ведения новорожденного (вскармливание, уход, лечение).

Уход за недоношенным ребенком сразу после рождения

Сразу после рождения недоношенный ребенок незамедлительно:

Перемещается на ближайшую кровать с обогревом.

Высушивается во избежание озноба (гипотермии).

Проверяется его сердцебиение, дыхание, цвет, после чего делается вывод о необходимости дальнейшего медицинского вмешательства.

Если у плода проблемы с дыханием:

Очистка дыхательных путей.

Можно расширить легкие с помощью сумки и маски, которые вдувают воздух в легкие.

Кислород может поступать через лицо плода, с помощью маски, или, в более сложных случаях, через трубку во рту (интубация).

Можно вставить пупочный катетер в отрезанную пуповину, чтобы обеспечить внутривенный ввод жидкостей или медикаментов.

Если у плода отсутствует пульс, сердце можно стимулировать с помощью:

Массажа груди (легкое нажатие грудной клетки плода).

Медикаментов, если на протяжении 30 секунд массажа не дал эффекта. Если медикаменты и массажи не дают эффекта для возобновления жизнедеятельности сердца после 15-20 минут, реанимация прекращается.

Как только дыхание и сердцебиение стабилизируется, плод перемещается в Отделение интенсивной терапии для новорожденных (ОИТН)

После этого малыша переводят в отделение для недоношенных. Ребенок лежит в палате вместе с другими недоношенными детьми, к нему приходит мать, чтобы покормить его, пообщаться. На этом этапе малыши подготавливаются и адаптируются к домашней жизни, в стационаре тщательно следят за их здоровьем и питанием.

Домой малыша выписывают после того, как он достигает массы тела 2200-2300 г, хорошо сосет, удовлетворительно поддерживает температуру тела.

Дома в первую очередь должна поддерживаться благоприятная для малыша температура воздуха (22-25°C). Особенно нужно следить за тем, чтобы ребенок не переохлаждался. Рекомендуется повесить на стену комнатный термометр на расстоянии около 1,5 м над полом поблизости от кровати ребенка.

Параллельно с поддержанием в комнате необходимой температуры воздуха нужно заботиться и о регулярном проветривании помещения. В среднем проветривания необходимо проводить по 15-20 мин каждые 3 ч. От них нельзя отказываться даже зимой, можно просто выносить на это время малыша из проветриваемой комнаты в теплое помещение.

Купание недоношенного ребенка также следует проводить очень осторожно. Если вес малыша при рождении менее 1500 г, то первые 2-3 недели его пребывания дома купать малыша не нужно. Детей с большей массой начинают купать через 7-10 дней. Купать рекомендуется в специальной детской панночке, которую обычно устанавливают в ванной комнате. Температура воздуха в ванной комнате во время купания ребенка должна составлять 25°C, а температура воды для купания - 38°C. Первые 3 месяца недоношенных малышей купают в кипяченой воде. Для этого перед купанием кипятят достаточное количество воды, ставят емкость с горячей водой в ванной комнате, рядом - запас холодной кипяченой воды и кувшин, чтобы черпать

воду. Все по должно быть в пределах досягаемости во время купания ребенка. На протяжении всего купания в ванночке должен находиться специальный термометр. И при снижении температуры воды даже на 1 °С необходимо подлить горячей воды и перемешать ее.

После купания малыша нужно завернуть в проглаженное согретое полотенце или фланелевую пеленку. Одевать его также следует в проглаженные, еще теплые вещи. Прогулки опасны для недоношенных малышей в первую очередь из-за смены температуры окружающей среды.

Малыша с массой тела при рождении более 1500 г можно начинать выносить на прогулки уже через 2 недели после рождения, но только если температура воздуха на улице не ниже 25°C. Первая прогулка должна продолжаться не более 10-15 мин. Затем продолжительность увеличивают до 1,5 ч в день.

Все то, что касается вопросов кормления, решается индивидуально с каждым конкретным ребенком. Начало, частота кормлений зависят от массы тела ребенка при рождении, его общего состояния, степени недоношенности.

Ситуационная задача № 8

Мальчик 13 лет поступил в отделение с жалобами на слабость, сниженный аппетит, отеки.

Ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом первой половины и угрозой прерывания на 4-м месяце. Роды в срок, со стимуляцией. Масса при рождении 3200 г, длина 51 см. На грудном вскармливании до 3 месяцев. Профилактические прививки по возрасту. Страдал атопическим дерматитом до 3 лет. Перенес ветрянку оспу, часто болел ОРВИ.

Семейный анамнез: у матери — дерматит, хронический тонзиллит; у бабушки со стороны матери — бронхиальная астма. Ребенок заболел через 16 дней после перенесенного гриппа. Появился отечный синдром. В дальнейшем отеки нарастали, уменьшился диурез.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. **АД 95/45** мм рт.ст. ЧСС — 82 ударов в мин. Кожные покровы бледные. Выраженная отечность лица, голени, стоп, передней брюшной стенки, поясничной области. Границы сердца: правая — по правому краю грудины, левая — по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Выделил за сутки 300 мл мочи. Олигоурия

ОАК: НЬ — 160 г/л, Эр — $5,2 \times 10^{12}$ /л, **Тромб -416,0x10⁹/л**, Лейк — $9,8 \times 10^9$ /л, п/я — 3%, с — 36%, э — 7%, л — 54%, **СОЭ -37 мм/час.**

ОАМ: относительная плотность — 1,028, **белок -6,0%**, лейкоциты — 0-1 в п/з, эритроциты — 0-1 в п/з, бактерии — мало.

Б/х анализ крови: **общий белок — 48 г/л, альбумины — 20 г/л, СРБ — ++, серомукоид — 0,44, холестерин — 10,9 ммоль/л, общие липиды — 13,2 г/л (норма — 1,7-4,5), калий — 3,81 ммоль/л, натрий — 137,5 ммоль/л, мочевины — 5,1 ммоль/л, креатинин — 96 ммоль/л (норма — до 100 ммоль/л).** *Гипопротеинемия, Гипоальбумин, гиперхолестеринемия, С-реактивный белок (белок плазмы, уровень которого увеличивается при наличии воспаления);*

серомукоид (принимает участие в белковом обмене, повышенный уровень указывает на наличие воспалительного процесса)

Клиренс по эндогенному креатинину: 80,0 мл/мин. СКФ=40*рост который не указан)/креатинин

Коагулограмма: фибриноген — 4,5 г/л (Норма 5,9-11,7 мкмоль/л)., протромбин — 130%. В норме

УЗИ почек: почки расположены правильно, эхогенность коркового слоя умеренно диффузно повышена.

Биохимический анализ мочи: *белок — 2,5 г/сут (норма — до 200 мг/сут), оксалаты — 28 мг/сут (норма — до 17) Протеинурия*

ОТВЕТЫ:

1. Выделите основные синдромы.

Нефротический синдром — состояние, характеризующееся генерализованными отеками, массивной протеинурией, гипопротеинемией и гипоальбуминемией (менее 20 г/л), гиперлипидемией (ХС выше 6,5 ммоль/л).

Отечный синдром, дизурический синдром (наб-ся олигурия. По прозрачности моча мутная, что может указывать на наличие в ней бактерий, жиров, белка)

2. Поставьте предварительный диагноз.

Острый гломерулонефрит, нефротический синдром. Наличие отеков, значительной протеинурии -6%, гипопротеинемией и гипоальбуминемией (менее 20 г/л), гиперлипидемией, отсутствие АГ, гематурии, лейкоцитурии позволяют диагностировать нефротический синдром.

3. Назначьте план обследования.

ОАК; ОАМ. БХАК: мочевины, креатинин, общ. белок, альбумины, ХС, К,

На,коагулограмма. УЗИ почек, ЭКГ, Рентген легких (исключ гидроторакса)
Еще можно: Проба Нечипоренко,Бактериологический анализ
мочи,Иммунологический анализ крови

4.Назначьте план лечения.

Преднизолон 2 мг/кг по схеме 6+6

Диуретики

Фуросемид :Детям необходимо принимать внутрь по 1 гр на килограмм массы тела.

Цитостатики

При нефротическом синдроме самостоятельно или в совокупности с глюкокортикостероидами пациенту могут назначаться цитостатики. **Если он стероидрезистентный.** Циклоспорин А
Инфузионная терапия (альбумины)

При нарушениях работы почек больному назначается диета номер 7, которая позволяет нормализовать обмен веществ, диурез, а также предотвратить развитие и уменьшить проявление отеков.

снижение потребления поваренной соли до 2х – 4х гр. в сутки либо ее полное исключение (поможет уменьшить жидкую перегрузку в организме);

Ограничение потребления воды (чтобы снизить проявление отеков), объем необходимой для приема жидкости рассчитывается из количества суточного диуреза больного с прибавлением 500 мл (нап-р, если больной выделяет 500 мл мочи, то следует прибавить еще 500 мл и получится суточная норма, то есть один литр).

Ситуационная задача№9

Больной П., 10 лет, поступил в отделение с носовым кровотечением.

Из анамнеза известно, что за 2 недели до настоящего заболевания перенес ОРВИ, после чего на различных участках тела, без определенной локализации появились экхимозы различной величины и мелкоточечная геморрагическая сыпь. Участковым врачом поставлен диагноз: геморрагический васкулит. При поступлении состояние ребенка тяжелое.

При осмотре обращает на себя внимание обильный геморрагический синдром в виде экхимозов различной величины и давности, на лице, шее и руках петехиальные элементы. В носовых ходах тампоны, пропитанные кровью. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: НЬ — 101 г/л, Эр — $3,2 \times 10^{12}$ /л, Тромб — 12×10^9 /л, Лейк — $6,4 \times 10^9$ /л, п/я — 2%, с — 59%, э — 3%, л — 28%, м — 8%, СОЭ — 5 мм/час.

Миелограмма: костный мозг клеточный, бластные клетки — 2%, нейтрофильный росток — 62%, эозинофильный росток — 4%, лимфоциты -5%, эритроидный росток — 27%, мегакариоциты — 1 на 120 миелокариоцитов, отшнуровка тромбоцитов не нарушена.

Общий анализ мочи; цвет — соломенно-желтый, удельный вес -1008, белок — нет, эпителий плоский — 2-4 в п/з, лейкоциты — 2-4 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — нет, бактерии — нет.

ОТВЕТЫ:

1. **Основные синдромы-**Геморрагический синдром – единственное проявление болезни

2.**Диагноз-** Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП)

3.**План обследования-** ОАК, коагулограмма, время кровотечения (по Дюку), симптом «щипка», «жгута»,

4.План лечения.

Аминокaproновая кислота, трансаминокапроновая кислота 0,1г/кг 4 р в сут – улучшение адгезивно-агрегационные свойства тромбоцитов

ГКС если тромбоциты меньше 20 – преднизолон 2г/кг 2-3 недели с последующим уменьшением дозы и отменой препарата

Антирезусный иммуноглобулин 25-75мкг/кг 2-5 дней, - блокада Fc рецепторов макрофагов селезенки, нарушение фагоцитоза тромбоцитов

Даназол – ингибирует функцию макрофагов

Спленэктомия

Диспансерное наблюдение при острой ИТП проводится в течение 5 лет. Отвод от прививок также в течение пяти лет, противопоказаны прививки живыми вирусными вакцинами. Не рекомендуется смена климата в течение 3-5 лет. Не следует использовать аспирин, нитрофураны, УВЧ, УФО. Противопоказана инсоляция. Следует проводить санацию хронических очагов инфекции, профилактику ОРВИ.

Ситуационная задача №10

Ребенок , 3 месяца.

Жалобы на кашель, повышение температуры тела, затрудненное дыхание.

Анамнез заболевания: ребенок болен 3 дня, начало с повышения температуры тела, насморка. Ребенок получал симптоматическое лечение амбулаторно, однако на 3

день присоединился сухой приступообразный кашель, появилось затрудненное дыхание со свистящим выдохом, ребенок стал беспокойным, сон нарушился.

Анамнез жизни: ребенок от 1-й беременности, 1-х срочных родов. Беременность протекала с нефропатией. Закричал сразу, к груди приложен в первые часы, сосал активно. Масса тела при рождении 2700 г, рост 48 см. Находится на грудном вскармливании. Аллергоанамнез не отягощен. Масса тела при поступлении - 4100 г.

Состояние ребенка при поступлении тяжелое. Выражена одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки, покачиванием головы в такт дыханию, периоральный цианоз, оральная крепитация, затрудненный свистящий выдох. ЧД 68 в 1 мин. Над легкими коробочный оттенок звука. Аускультативно: жесткое дыхание, обилие влажных мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и выдохе, выдох удлинен. Тоны сердца приглушены, ритмичны, учащены. ЧСС - 152 в 1 мин. Живот несколько вздут, доступен пальпации, печень +1,5 см ниже реберной дуги, мягко-эластической консистенции. Селезенка не увеличена.

Данные клинико-инструментальных исследований:

Общий анализ крови: эритроциты- $3,3 \times 10^{12}$ /л, Hb 110 г/л, лейкоциты - $5,6 \times 10^9$ /л, с/я - 32 %, лф - 58%, эоз.-3 %, мон-7 %, СОЭ - 12 мм/час

R - графия органов грудной клетки: легочные поля вздуты, сосудистый рисунок усилен, отмечается его острая деформация, диафрагма опущена, корни структурны. Сердечная тень в поперечнике не расширена.

Вопросы:

1. Укажите ведущие синдромы заболевания
2. Обоснуйте предварительный диагноз
3. Укажите факторы, способствующие развитию данного заболевания
4. Перечислите наиболее вероятных возбудителей данного заболевания

ОТВЕТЫ:

1. **Ведущие синдромы**-Бронхообструктивный синдром, синдром ДН

2. **Диагноз**- Бронхиолит, т.к. начало с повышение Т тела, насморк, сухой приступообразный кашель, затруднение дыхание со свистящим выдохом, одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки, оральная крепитация, над легкими коробочный оттенок звука, жесткое дыхание, обилие влажных мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов. **На R - графия органов грудной клетки:** легочные поля

вздуты, сосудистый рисунок усилен, отмечается его острая деформация, диафрагма опущена, корни структурны. Сердечная тень в поперечнике не расширена.

3. Предрасполагающие факторы- недоношенность, врожденные аномалии легких и пороки сердца, РСВ, аллергические диатезы, паратрофия, искусственное вскармливание

4. Виновником острого бронхиолита в большинстве случаев оказывается респираторно-синцитиальный вирус (РСВ). У небольшого числа детей возбудителями болезни становятся другие микроорганизмы: вирусы гриппа, аденовирусы, риновирусы, энтеровирусы, парагрипп, [пневмококки](#), микоплазмы, цитомегаловирусы.