

## 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 тела и умеренная интоксикационный синдром 3. Моча мутная	
2	Интерпретация ОАК, ОАМ	ОАК – отсутствие воспалительных изменений ОАМ – значительная лейкоцитурия и связанная с ней умеренная протеинурия свидетельствует об инфекции мочевыводящей системы	
3	Расчитайте СКФ и оцените функцию почек, составьте план обследования	СКФ $40 \times 140 = 100 \text{ мл/мин}$ $56 \text{ мкмоль/л}$	
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
<b>Итого</b>			

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

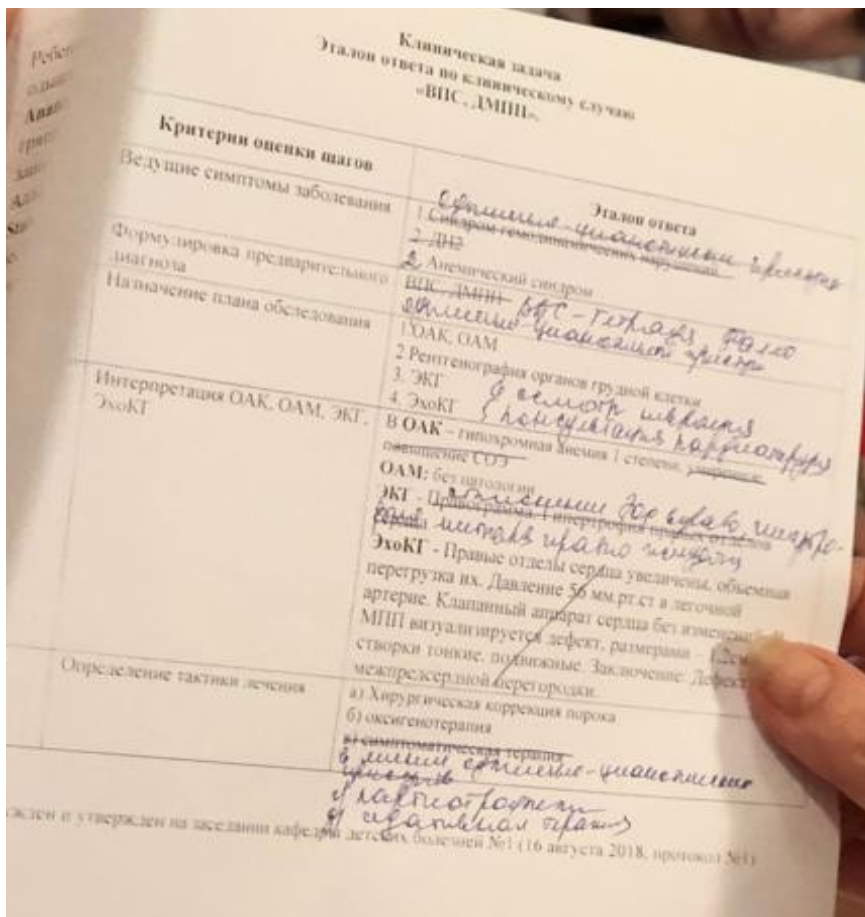
### Задача 6

В клинику поступает ребенка 2 лет с жалобами на ....

В тирингу посетил <sup>видит</sup> <sup>длина</sup> <sup>наши</sup> <sup>длина</sup> <sup>длина</sup>  
с наивысшим на срисовку, <sup>длина</sup> <sup>длина</sup> <sup>длина</sup>  
иной ашмет, отговариваю в ружье-  
ном развела

А. мави; срисовка, <sup>длина</sup> <sup>длина</sup> <sup>длина</sup>  
каждо наивысшим с ружьями. <sup>длина</sup> <sup>длина</sup> <sup>длина</sup>  
сво отвалю в ружьях развела. <sup>длина</sup> <sup>длина</sup> <sup>длина</sup>  
отрацали, мими иррегулярно забавляю  
А. сивае Федотка рожки с <sup>длина</sup> <sup>длина</sup> <sup>длина</sup>  
бериллином, срисовка рожки с <sup>длина</sup> <sup>длина</sup> <sup>длина</sup>  
Федотка иррегулярно (по ружьям охотничья  
наша) ду сивае сивае. <sup>длина</sup> <sup>длина</sup> <sup>длина</sup>  
отшарел, галте иррегулярно забавляю

А. наивысшим <sup>длина</sup> <sup>длина</sup> <sup>длина</sup>  
каждо за сивае иррегулярно забавляю  
иной ашмет, отговариваю в ружье-  
ном развела  
А. мави; срисовка, <sup>длина</sup> <sup>длина</sup> <sup>длина</sup>  
каждо наивысшим с ружьями. <sup>длина</sup> <sup>длина</sup> <sup>длина</sup>  
сво отвалю в ружьях развела. <sup>длина</sup> <sup>длина</sup> <sup>длина</sup>  
отрацали, мими иррегулярно забавляю  
А. сивае Федотка рожки с <sup>длина</sup> <sup>длина</sup> <sup>длина</sup>  
бериллином, срисовка рожки с <sup>длина</sup> <sup>длина</sup> <sup>длина</sup>  
Федотка иррегулярно (по ружьям охотничья  
наша) ду сивае сивае. <sup>длина</sup> <sup>длина</sup> <sup>длина</sup>  
отшарел, галте иррегулярно забавляю



## 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 обильно 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 -3,0h10<sup>12</sup> / л;

НВ - 105 г / л;

СРU -0,7

-25 x 10<sup>9</sup> лейкоцитов / литр;

эозинофилы - 3%

р / -7%

с / I -73%

лимфоциты - 10%

моноциты -7%

280 x 10<sup>9</sup> 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 ТМР 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 включает 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  $t=38,8^{\circ}\text{C}$  парацетамола, методы физического охлаждения

Клинический вызов №8

Девушка 5мес

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

Анамнез: больные 3 дня, очевидные причины заболевания не являются матерью. Увеличивалось t до 38,80, регургитация и смягчитель стула. Педиатр назначается для пероральной регидратации, смектита. На 2-й день до 38-39,0 года 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 -  $280 \times 10^9$  / 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;

Hb - 130 г / л;

ЦП -1.0

$-15 \times 10^9$  лейкоцитов / литр;

эозинофилы - 5%

p / -2%

c / I -68%

лимфоциты - 15%

моноциты - 10%

$280 \times 10^9$  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 отеочного синдрома без гипертонии, 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, амоксилав 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. ЧД-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%

$280 \times 10^9$  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 в нижних конечностях, теле. При обследовании в анализе крови выявлена анемия, лейкоцитопения, выраженная тромбоцитопения (Hb 88г/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. — 1,0МСV, 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)
<b>Итого</b>		

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.

**Объективно:** состояние девочки средней тяжести. Выражена вялость, бледность. В полости рта 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, дульный, 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, эндомиокардит, полиартрит, активность Пст., НК-I (ФК) и тактика ведения»		
№	Критерии оценки	Эталон ответов
1	Ведущие симптомы заболевания	1. Связь с перенесенной стрептококковой инфекцией (ангиной) 2. Интоксикационный синдром: лихорадка до 38,8°C последние 5 дней, слабость, утомляемость 3. кардит, поражение митрального клапана (верхушечный толчок ослаблен, смещен влево, расширение левых границ сердца, аускультативные изменения над областью сердца) 4. артрит: коленные суставы увеличены в объеме за счет отека мягких тканей, теплые на ощупь, ограничение движений за счет болевого синдрома 5. ранние признаки НК II А – тахикардия (100 в мин), одышка
2	Интерпретация общего анализа крови, мочи.	ОАК: – анемия 1ст, нормохромная; умеренный лейкоцитоз 13x10 <sup>9</sup> л, значительное ускорение СОЭ, свидетельство воспалительного процесса. ОАМ: без патологии. Повышение уровня АСЛ-О
3	Обоснование предварительного диагноза	1. У ребенка подростка после перенесенной ангины, артрит, кардит, слабость, одышка, лихорадка в течении 5 дней, сердцебиение 2. признаки кардита: верхушечный толчок ослаблен, смещен влево, расширение левых границ сердца, аускультативные изменения над областью сердца. Нарушение функции кровообращения (одышка, тахикардия). 3. Признаки НК II А – тахикардия (100 уд в мин), одышка, тахипноэ ЧД -28 в мин 4. Выраженных воспалительных явлений в ОАК Клинический диагноз: <b>« Острая ревматическая лихорадка, эндомиокардит, полиартрит, активность Пст., НК-I (ФК)»</b>
4	Назначение плана обследования	1. ОАК, ОАМ 2. Рентгенография грудной клетки 3. ЭКГ. 4. ЭХОКГ 5. биохимия крови: креатинин, мочевина, СРБ, креатинин, АСЛ-О. <i>сдать биохимический анализ крови</i>
5	Определил тактику лечения	1. режим палатный 2. Стол №10 3. 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. 4. Антибактериальные препараты, курс 10-14 дней (пенициллин) <i>Кларитромицин</i> 5. 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- $186 \times 10^9$ /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, голеней, 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 -416,0x10<sup>9</sup>/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 —  $12 \times 10^9$ /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.**

Аминокапроновая 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.