

### ЗАДАЧА 1

Мальчик М., 6 дней, от 1-ой беременности, протекавшей с легким токсикозом в 1-ой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричал сразу, к груди приложен в родблоке, сосал активно. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. Масса тела на 4-е сутки составила 3000 г.

При осмотре на 6-ой день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активен, масса тела 3060 г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на крыльях носа имеются беловато-желтоватые мелкие узелки. Молочные железы увеличены с обеих сторон до 2-х см, при надавливании выделяется бело-молочная жидкость. Пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны ясные. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул с непереваренными комочками, прожилками слизи.

**Клинический анализ крови:** Нб - 190 г/л, Эр -  $5,7 \times 10^{12}$ /л, Ц.п - 0,95, Лейк  $9,7 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с/я - 43%, э - 1%, л - 45%, м - 7%, СОЭ - 2 мм/час.

**Общий анализ мочи:** цвет - соломенно-желтый, реакция – кислая, относительная плотность – 1004, белок – отсутствует, эпителий плоский – много, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, цилиндры – нет, соли - нет

**Биохимический анализ крови:** общий белок - 52,4 г/л; билирубин: непрямой - 51 мкмоль/л, прямой – нет; мочевины = 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, кальций общий - 2,2 ммоль/л, фосфор - 1,9 ммоль/л.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?
2. За счет чего отмечалось падение веса в первые дни жизни?
3. Чем объяснить нагрубание молочных желез? Необходим ли осмотр хирурга?
4. С чем связано изменение характера стула? Требуется ли экстренная коррекция?
5. Оцените результаты общего анализа крови.
6. Оцените результаты биохимического анализа крови. Чем обусловлены выявленные отклонения?
7. С какими заболеваниями приходится дифференцировать пограничные состояния?
8. Назовите комплекс мероприятий по уходу и режиму, необходимых при выявленных пограничных состояниях.
9. Как следует кормить этого ребенка?
10. В чем сущность метаболической адаптации новорожденного?

### ЗАДАЧА 2

Мальчик М., 5-ти дней, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что ребенок от 1-ой беременности, протекавшей с токсикозом в 1-ой половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3400 г, длина тела 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричал сразу, к груди приложен в родзале, сосал хорошо. На 3-и сутки появилась иктеричность кожных покровов.

При осмотре на 5-ый день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, крик громкий. Кожные покровы чистые, умеренно иктеричны, пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны звучные, живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул желтого цвета. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный.

**Группа крови матери** А(II) Rh-положительная

**Группа крови ребенка** О(I) Rh-положительная

**Общий анализ крови:** Hb - 196 г/л, Эр -  $5,9 \times 10^{12}$ /л, Ц.п - 0,94, Лейк  $9,0 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с/я - 45%, э - 1%, л - 47%, м - 5%, СОЭ - 2 мм/час.

**Общий анализ мочи:** цвет - прозрачный, реакция – кислая, относительная плотность – 1004, белок – отсутствует, эпителий плоский – немного, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, эритроциты - нет, цилиндры – нет,

**Биохимический анализ крови** на 4-ый день жизни: общий белок - 52,4 г/л; билирубин: не прямой - 148 мкмоль/л, прямой – 5,2 мкмоль/л; калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, кальций 2,37 ммоль/л, АЛТ – 25 Ед/л, АСТ – 18 Ед/л.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Как Вы оцениваете массо-ростовой показатель при рождении?
3. Оцените результаты клинического анализа крови.
4. Оцените результаты общего анализа мочи.
5. Оцените результаты биохимического анализа крови. С чем связаны выявленные изменения?
6. Расскажите об особенностях обмена билирубина у новорожденного.
7. Возможно ли развитие гемолитической болезни новорожденного в данном случае?
8. Каков генез желтухи в данном случае и требует ли она лечения?
9. По каким критериям оцениваются показания для начала лечения?
10. Проведите дифференциальный диагноз конъюгационной и гемолитической желтухи у новорожденного.

#### ЗАДАЧА 3

Ребенок Г., 1-х суток жизни, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что матери 25 лет, она имеет А(II) Rh-отрицательную группу крови. 1-ая беременность была 1,5 года назад, закончилась медицинским абортom при сроке 9 недель, осложнений не было.

Настоящая беременность 2-ая, протекала с токсикозом в 1-ом триместре, в 3-ем триместре периодически отмечались подъемы АД до 145/90 мм рт.ст. В женской консультации наблюдалась нерегулярно. Роды срочные, самостоятельные. 1-ый период – 6 часов 30 минут, 2-ой – 25 минут, безводный промежуток – 3 часа. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Сразу после рождения было отмечено желтушное прокрашивание кожных покровов, оболочек пуповины и околоплодных вод.

При первом осмотре педиатра выявлено увеличение размеров печени до + 3 см и селезенки до + 1,5 см.

**Билирубин пуповинной крови** составил 90 мкмоль/л;

**Hb периферической крови**, определенный по cito, 120 г/л.

#### ЗАДАНИЕ:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Оцените результаты исследования, проведенного новорожденному в родильном доме.
3. Какое обследование следует провести ребенку для уточнения диагноза?
4. Какие изменения можно ожидать в общем анализе крови?
5. Каков патогенез настоящего заболевания?
6. Назовите особенности обмена билирубина у новорожденного.
7. Назначьте и обоснуйте лечение.
8. Как должен вскармливаться этот ребенок?
9. Какие ранние и поздние осложнения могут возникнуть при данном заболевании?
10. Можно ли было предупредить возникновение данного заболевания?

#### ЗАДАЧА 4

Мальчик А., 4-х дней, поступил в отделение патологии новорожденных из физиологического отделения по поводу выраженной желтухи.

Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 23 лет, имеющей 0(I) Rh-отрицательную группу крови. Отец ребенка имеет A(II) Rh-отрицательную группу крови.

1-ая беременность закончилась медицинским абортom при сроке 10 недель. Настоящая беременность 2-я, протекала с гестозом во второй половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3200 г, длина тела 52 см. Закричал сразу, крик громкий. В возрасте 6 часов отмечена иктеричность кожных покровов на лице. На 2-е сутки желтуха усилилась.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести, Окраска кожных покровов интенсивно желтая (оранжевый оттенок), визуализируется равномерно на всех частях тела (в том числе окрашены дистальные отделы конечностей), иктеричность склер. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка – не пальпируется. Стул переходный.

**Общий анализ крови:** Hb - 161 г/л, Эр -  $4,9 \times 10^{12}/л$ , Ц. п - 0,99, Лейк  $18,4 \times 10^9/л$ , нейтрофилы: п/я - 2%, с/я - 56%; э - 1%, л - 34%, м - 7%, СОЭ - 2 мм/час

**Биохимический анализ крови на 2-ой день жизни:** общий белок - 54,4 г/л, билирубин: непрямой - 180 мкмоль/л, прямой – 1,2 мкмоль/л.

**При поступлении в отделение патологии новорожденных:** билирубин по cito: общий - 320 мкмоль/л, прямой - 7,8 мкмоль/л

#### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте и обоснуйте предполагаемый диагноз.
2. Какие обследования надо провести дополнительно для уточнения диагноза и каковы ожидаемые результаты?
3. Каков патогенез выявленных клинических симптомов?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
5. Как следует кормить этого ребенка?
6. По какой шкале необходимо оценивать желтуху кожи у новорожденного и какой степени желтуха (зона) у данного ребенка к 4 суткам?
7. Что такое фототерапия и для чего она используется?
8. Есть необходимость в проведении заменного переливания крови? Какую выбрать группу крови и Rh-фактор?
9. Может ли данный ребенок быть вакцинирован БЦЖ и когда?
10. Как следует наблюдать за ребенком после выписки из стационара?

#### ЗАДАЧА 5

Девочка В., 7 суток жизни, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что матери 23 года, группа крови 0(I), Rh-отрицательная. Беременность II. I беременность 2 года назад, закончилась своевременными родами, ребенок здоров, имеет 0(I) Rh-отрицательную группу крови. Настоящая беременность протекала на фоне нефропатии в третьем триместре беременности. Роды на 39 неделе гестации. Первый период родов 6 часов 30 минут, второй период - 35 минут, безводный промежуток 5 часов 15 минут.

При рождении состояние удовлетворительное. Закричала сразу, крик громкий. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Кожные покровы розовые, чистые. Масса тела при рождении 3400 г., длина тела 53 см, окружность головы 35 см, окружность груди 34 см. В возрасте 12 часов жизни появилось желтушное прокрашивание кожных покровов, по поводу чего проводилась фототерапия. Состояние ребенка было удовлетворительным.

При осмотре на 5 сутки жизни: кожные покровы интенсивно желтые с зеленоватым оттенком. Склеры иктеричные. Мышечный тонус дистоничен. Физиологические рефлексы новорожденных вызываются. В легких дыхание проводится равномерно во все отделы, пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, громкие, ритмичные. Живот мягкий. Печень выступает из-под края правой реберной дуги на 3,5 см, селезенка - на 1,5 см. Видимых периферических отеков нет. Диурез адекватный, моча имеет интенсивную окраску.

**Группа крови ребенка:** А(II) Rh-положительная.

**Клинический анализ крови** на 4 сутки жизни: Hb - 126 г/л, Эр -  $3,6 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты - 6%, Цп - 0,99, Лейк -  $12,0 \times 10^9$ /л, п/я - 6%, с/я - 49%, э - 1%, л - 36%, м - 8%, СОЭ - 2 мм/час.

**Биохимический анализ крови** на 4-й день жизни: общий белок - 54,8 г/л, билирубин: не прямой - 328 мкмоль/л, прямой - 34 мкмоль/л, мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин - 7,0 ммоль/л, калий - 4,6 ммоль/л, натрий - 138 ммоль/л, кальций<sup>++</sup> - 1,2 ммоль/л, АСТ - 65 Ед/л, АЛТ - 71 Ед/л, ЩФ - 350 Ед/л (N - 70-140).

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. О каком заболевании можно думать в данном случае?
2. Объясните патогенез данного заболевания.
3. Оцените результаты клинического анализа крови.
4. Оцените результаты биохимического анализа крови.
5. Какое дополнительное обследование следует провести ребенку для подтверждения диагноза?
6. Расскажите об особенностях обмена билирубина у новорожденных.
7. Какие осложнения могут возникнуть при проведении фототерапии?
8. Как должен вскармливаться этот ребенок и почему?
9. Назначьте лечение.
10. Как должен наблюдаться ребенок участковым педиатром после выписки.

#### **ЗАДАЧА 6**

Мальчик Д., 3-х дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом «кишечное кровотечение».

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 18 лет. Беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 32-34 недели, по поводу чего женщина лечилась в стационаре. Роды на 38 неделе. 1-ый период 15 часов, 2-ой - 25 минут, безводный промежуток 4 часа. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние при рождении расценено как среднетяжелое за счет неврологической симптоматики. К груди приложен сразу. На 3-й день жизни отмечалась однократная рвота с примесью крови и мелена, в связи с чем ребенку внутримышечно был введен викасол 1% - 0,3 мл, внутрь назначена эпислон-аминокапроновая кислота. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась и ребенка перевели в стационар.

При осмотре: состояние средней тяжести, лануго, низко расположенное пупочное кольцо, кожные покровы слегка иктеричные, в легких дыхание пуэрильное, тоны сердца звучные, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется, мелена. В неврологическом статусе - ребенок вялый, рефлексы новорожденного угнетены, мышечный тонус снижен, при нагрузке появляется тремор рук.

**Общий анализ крови:** гемоглобин - 146 г/л, эритроциты -  $4,9 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,94, тромбоциты -  $310,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты -  $12,9 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 51%, лимфоциты - 38%, моноциты - 8%, СОЭ - 2 мм/час

**Время кровотечения по Дюке** - 2 минуты

**Время свертывания по Бюркеру:** начало - 3,5 минуты, конец - 7 минут

**Коагулограмма:**

каолиновое время	100" (норма – 40-60" )
АЧТВ	90" (норма – 40-60" )
протромбиновое время по Квику	16" (норма – 12-15" )
тромбиновое время	30" (норма – 28-32" )

**Биохимический анализ крови:** общий белок - 48,4 г/л, билирубин: непрямой - 186 мкмоль/л, прямой – нет; мочевины - 4,2 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, АСТ - 38 Ед/л, АЛТ - 42 Ед/л, глюкоза 2,9 ммоль/л.

**Нейросонограмма:** Рисунок извилин и борозд обычный. Боковые желудочки щелевидные. Эхогенность подкорковых ганглиев не изменена, несколько повышена эхогенность белого вещества перивентрикулярно.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предварительный диагноз (сопутствующий диагноз)?
2. Какие факторы могли привести к развитию этого заболевания в данном случае?
3. Какие звенья гемостаза Вы знаете?
4. Оцените результаты общего анализа крови.
5. Оцените результаты исследования коагулограммы. Что характеризуют проведенные тесты?
6. Оцените результаты биохимического анализа крови.
7. Правильной ли была тактика врачей родильного дома?
8. Нуждается ли этот ребенок в консультации невропатолога?
9. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
10. Назначьте лечение.

#### ЗАДАЧА 7

Мальчик Б. поступил в стационар в возрасте 5 дней.

Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 23 лет, от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре. Роды своевременные, осложнились слабостью родовой деятельности, проводилась родостимуляция окситоцином. 1-й период - 10 часов, 2-й – 30 минут, безводный промежуток – 12 часов, в родах отмечалось затруднение выведения плечиков. Масса тела при рождении 4150 г, длина тела 53 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.

После рождения отмечается повышенная нервно-рефлекторная возбудимость, асимметрия мышечного тонуса, объем активных движений в левой руке снижен. В роддоме ребенку проводилось лечение: 1% раствор викасола 1 мг/кг/сут. На 5-е сутки жизни для дальнейшего лечения ребенок переведен в стационар.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы розовые с мраморным рисунком. Пупочная ранка сухая. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. В неврологическом статусе – окружность головы 37 см, большой родничок 2x2 см. Рефлексы новорожденных орального автоматизма живые, но ладонно-ротовой слева не вызывается, хватательный и рефлекс Моро слева снижены. Мышечный тонус в левой руке снижен, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах. Движения в пальцах сохранены. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается. Рефлексы защитный, опоры, автоматической походки, ползания и спинальные рефлексы вызываются.

**Клинический анализ крови:** : гемоглобин – 176г/л, эритроциты -  $5,4 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,94, тромбоциты -  $310,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты -  $5,9 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные – 48%, лимфоцит – 42%, моноциты- 8%, СОЭ - 2 мм/час

**Биохимический анализ крови:** общий белок - 55,0 г/л, билирубин непрямой -98 мкмоль/л, прямой – нет, мочевины - 4,0 ммоль/л, калий - 6,0 ммоль/л, натрий - 136 ммоль/л, кальций<sup>++</sup> - 1,05 ммоль/л.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Показано ли этому больному рентгенологическое исследование и какие изменения Вы ожидаете?
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Нуждается ли данный больной в консультации хирурга?
6. Назначьте лечение.
7. Используют ли лекарственный электрофорез у новорожденных с поражением ЦНС?
8. Каков прогноз у этого ребенка и от чего он будет зависеть?
9. Какие осложнения возможны?
10. Какими специалистами больной должен наблюдаться после выписки из стационара.

**ЗАДАЧА 8**

Ребенок М., 6 дней, поступил в отделение патологии новорожденных по направлению районной поликлиники.

Из анамнеза известно, что ребенок от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, гнойным гайморитом в третьем триместре. Роды своевременные. Масса тела при рождении 3600 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен сразу после рождения, сосал активно. Пуповинный остаток обработан хирургически на 2-е сутки, пупочная ранка сократилась хорошо. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались физиологическая желтуха, токсическая эритема. На 5-й день жизни ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии. На 6-й день при патронаже педиатра выявлены пузыри на туловище, в связи с чем ребенок был госпитализирован.

При поступлении состояние средней тяжести, вяловат, сосет неохотно, но норму высасывает, периодически срыгивает, температура тела 37,4-37,6°C. Кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком. На коже туловища, бедрах на инфильтрированном основании имеются единичные полиморфные, окруженные венчиком гиперемии, вялые пузыри диаметром 1-1,5 см (единичные до 2 см) с серозно-гнойным содержимым. На месте вскрывшихся элементов – эрозивные поверхности с остатками эпидермиса по краям. Пупочная ранка чистая. Слизистые розовые, чистые. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный.

**Общий анализ крови:** Нб - 180 г/л, Эр -  $5,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,99, тромб –  $270 \times 10^9$ /л, Лейк -  $17,2 \times 10^9$ /л, метамиелоциты – 3%, п/я - 13%, с/я - 57%, э - 1%, л - 24%, м - 2%, СОЭ - 9 мм/час.

**Общий анализ мочи:** цвет – соломенно-желтый, реакция – кислая, удельный вес – 1004, белок – отсутствует, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 2-3 в п/з, эритроциты – нет, цилиндры – нет.

**Биохимический анализ крови:** общий белок - 52,4 г/л, билирубин непрямой –51 мкмоль/л, прямой – нет, мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, кальций общий – 2,2 ммоль/л, фосфор – 1,9 ммоль/л, СРБ – отриц.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные исследования надо провести для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Какой этиологический фактор чаще вызывает это заболевание?
5. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка?
6. Опишите анатомо-физиологические особенности кожи новорожденного ребенка.
7. Остаются ли изменения на коже после этого заболевания?
8. Назначьте лечение.
9. Возможные исходы и прогноз.
10. Определите тактику неонатолога при выявлении этого заболевания в родильном доме.

### ЗАДАЧА 9

Ребенок С., 8 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом: гнойный омфалит, церебральная ишемия II степени, синдром угнетения ЦНС, недоношенность 36-37 недель.

Из анамнеза известно, что ребенок от 4-й беременности, протекавшей с нефропатией в третьем триместре, кольпитом. Первая беременность закончилась срочными родами, вторая и третья – самопроизвольными выкидышами. Роды II, преждевременные на 36-37 неделе гестации путем операции кесарева сечения по поводу первичной слабости родовой деятельности. Безводный промежуток составил 13 часов. Масса тела при рождении 2600 г, длина тела 47 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. К груди приложен на 4-ый день, сосал вяло. Первоначальная потеря массы тела составила 250 г, далее весовая кривая была плоской. Пуповинный остаток отпал на 4-й день, пупочная ранка мокла, на 7-й день появилось гнойное отделяемое. Для дальнейшего лечения ребенок был переведен в стационар.

При поступлении состояние крайней тяжести, крик пронзительный. Выражение лица - страдальческое. Двигательная активность снижена. Не сосет. Тепло удерживает плохо, температура тела 35,9°C. Имеются признаки недоношенности. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, акроцианоз, периоральный цианоз. Края пупочной ранки отечные, умеренно гиперемированы, из ранки – скудное гнойное отделяемое. Подкожно-жировой слой развит слабо. На ногах и передней брюшной стенке явления склеремы. Дыхание поверхностное, периодически отмечается апноэ. Одышка с участием вспомогательной мускулатуры, частота дыханий 64 в одну минуту. Перкуторно над легкими определяется легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ЧСС - 176 в одну минуту. Живот умеренно вздут. Печень выступает из-под реберного края на 3 см, плотная, селезенка – на 1 см, плотно-эластической консистенции. Стул непереваренный с примесью слизи. Диурез снижен. В неврологическом статусе – арефлексия, клонические судороги, голову запрокидывает, ригидность затылочных мышц. Большой родничок 2,5x2,5 см, напряжен.

Клинический анализ крови: Hb -140 г/л, Эр.4,1x 10<sup>12</sup>/л.

, Ц.п. - 0,9, тромб – 90,0 x10<sup>9</sup>/л, Лейк – 4,7x10<sup>9</sup>/л, миелоциты – 2%, метамиелоциты – 6%, п/я - 10%, с/я - 12%, л - 60%, м – 10%, СОЭ – 10 мм/час.

**Исследование спинномозговой жидкости:** прозрачность – мутная, белок – 2,9 г/л, реакция Панди - +++++, цитоз – 5960 в 3 мкл: нейтрофилы - 82%, лимфоциты – 18%.

**Биохимический анализ крови:** CRP – 36,4 мг/л

**Уровень прокальцитонина в сыворотке:** 28 нг/мл.

### ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза?
3. Какие факторы способствовали развитию данной патологии у новорожденного?
4. Изложите классификацию, используемую при постановке данного диагноза.

5. Какие особенности течения имеет данное заболевание у недоношенных детей и чем они проявляются у этого ребенка?
6. Какая этиология с большей вероятностью могла быть причиной данного заболевания?
7. Оцените результаты общего анализа крови.
8. Оцените результаты исследования ликвора.
9. Назовите показания к спинномозговой пункции у этого ребенка.
10. Назначьте лечение данному больному.

### ЗАДАЧА 10

Девочка П., родилась от женщины 35 лет, страдающей синдромом вегетативной дистонии по гипертоническому типу. От II беременности, протекавшей с анемией и гестоз средней степени тяжести в третьем триместре. От вторых родов на 42 неделе гестации. Во время родов отмечалась вторичная слабость родовой деятельности, проводилась родостимуляция окситоцином. 1-й период родов – 15 часов, 2-й – 45 минут, безводный промежуток – 12 часов, околоплодные воды мекониальные. Плацента с множественными петрификатами. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 52 см, окружность головы 36 см, грудной клетки – 33 см, мацерация кожи ладоней и стоп. Оценка по шкале Апгар в конце 1-й минуты жизни – 3 балла, на 5-й – 5 б.

После проведенной первичной реанимации состояние ребенка тяжелое, стонет, крик слабый, обильно срыгивает околоплодными водами. Мышечная гипотония. Гипорефлексия. Кожные покровы бледные с цианотичным оттенком, дистальный цианоз. Тепло удерживает плохо. Дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки, диафрагмы, яремной ямки, ЧД до 80 в I мин. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно: справа под лопаткой укорочение легочного звука, слева – звук с коробочным оттенком. Аускультативно: справа на фоне ослабленного дыхания выслушиваются средне- и мелкопузырчатые хрипы, слева дыхание проводится, пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 168 ударов в I мин. Живот умеренно вздут, доступен пальпации. Печень выступает из-под реберного края на 2 см, селезенка не пальпируется.

**Кислотно-основное состояние крови:**  $pO_2$  – 42 мм рт.ст.,  $pCO_2$  – 78 мм.рт.ст., pH – 7,18, BE = -18 ммоль/л, AB – 8 ммоль/л, SB – 9 ммоль/л, BB – 19 ммоль/л. Hb - 240 г/л, Ht – 0,62

### ЗАДАНИЕ:

1. Ваш диагноз.
2. Назовите предрасполагающие факторы.
3. Каков патогенез этого заболевания?
4. Как Вы оцениваете антропометрические показатели у данного ребенка?
5. Какие изменения можно выявить на рентгенограмме грудной клетки?
6. Проведите дифференциальный диагноз
7. Какова тактика неонатолога в ходе первичной реанимации?
8. Какие показания к ИВЛ Вы можете назвать и есть ли они в данном случае?
9. Какие осложнения возможны при проведении ИВЛ?
10. Чем может осложниться данное заболевание и почему?

### ЗАДАЧА 11

Мальчик А. поступил в отделение патологии новорожденных в возрасте 1 суток.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 22 лет, страдающей хроническим пиелонефритом. Беременность вторая, протекала с обострением пиелонефрита в третьем триместре. Роды своевременные, 1-й период - 15 часов, 2-й - 35 минут, безводный промежуток – 9 часов. Околоплодные воды зеленоватые, с неприятным запахом. Масса тела при рождении 2700 г, длина тела 49 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.



При первичном осмотре - снижение двигательной активности. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком и мраморным рисунком, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, одышка с втяжением межреберных промежутков. В родильном доме начата инфузионная и антибактериальная терапия. Для дальнейшего лечения ребенок переведен в стационар.

При осмотре к концу первых суток жизни состояние тяжелое, крик слабый, сосет вяло. Гипотермия. Кожные покровы серые, выраженный цианоз носогубного треугольника. Дыхание поверхностное, 75-83 в минуту, с периодами апноэ. Втяжение межреберных промежутков, эпигастральной области. Перкуторно над легкими определяется укорочение звука, аускультативно - дыхание ослаблено, на глубоком вдохе выслушиваются крепитирующие хрипы.

Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 170 в минуту. Живот мягкий, доступен пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе: снижение двигательной активности, мышечная гипотония, физиологические рефлексы новорожденных снижены.

Клинический анализ крови: Hb -180 г/л, эр- $5,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,9, тромбоциты -  $208,0 \times 10^9$ /л, лейкоц -  $23,1 \times 10^9$ /л, миелоциты - 2%, метамиелоциты - 4%, п/я -13%, с -50%, э -5%, л - 11%, м -15%, СОЭ - 4 мм/час.

**Кислотно-основное состояние крови:**  $pO_2$  - 55 мм.рт.ст.,  $pCO_2$  - 70 мм.рт.ст., pH - 7,21, BE - -14 ммоль/л, AB - 9 ммоль/л, SB - 8 ммоль/л, BB - 19 ммоль/л.

**Иммуноглобулины:** IgG- 1200 мг% (норма 400-1450 мг%), IgM- 80 мг% (норма 0).

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Поставьте диагноз данному ребенку.
2. Нуждается ли ребенок в дополнительном обследовании?
3. Перечислите факторы, которые способствовали развитию данного заболевания.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Назначьте лечение.
6. Перечислите показания к проведению инфузионной терапии
7. Нуждается ли ребенок в иммунокорректирующей терапии?
8. Какие факторы являются ведущими в патогенезе дыхательной недостаточности при пневмонии?
9. Чем обусловлен выбор антибиотика при лечении пневмонии?
10. Какие факторы являются ведущими в патогенезе дыхательной недостаточности.

#### **ЗАДАЧА 12**

Ребенок К., 12 дней, от первой нормально протекавшей беременности, от первых своевременных родов. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Ранний неонатальный период протекал без особенностей. Выписан из родильного дома на 5-ые сутки жизни. Дома имел контакт с больным ОРВИ.

В возрасте 10 дней у ребенка появилось затруднение носового дыхания, обильное слизистое отделяемое из носовых ходов, подъем температуры до  $37,4^{\circ}C$ . Участковым педиатром был поставлен диагноз ОРВИ, назначены капли в нос. Через 2 дня состояние резко ухудшилось: отмечался подъем температуры до  $38^{\circ}C$ , стал беспокойным, отказывался от груди, начал срыгивать, появилась одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки, кашель. Ребенок госпитализирован.

При осмотре обращали на себя внимание бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, необильное пенное отделяемое на губах. Носовое дыхание затруднено. Зев гиперемирован. Одышка – до 75 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры. Грудная клетка вздута, в области угла лопатки справа отмечается укорочение перкуторного звука, в остальных отделах звук с коробочным оттенком. Аускультативно – дыхание жесткое, в области укорочения перкуторного звука – ослабленное, там же на высоте вдоха периодически выслушиваются

крепитирующие хрипы. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правой парастернальной линии, левая – на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя – второе ребро. Тоны сердца несколько приглушены, ЧСС – 170 в минуту. Живот несколько вздут, печень выступает из-под реберного края на 1 см, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе: ребенок беспокоен, мышечный тонус и рефлексы новорожденного снижены.

**Общий анализ крови:** Hb-174 г/л, эр- $5,2 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,9, тромбоциты -  $268,0 \times 10^9$ /л, лейкоц -  $17,4 \times 10^9$ /л, п/я -5%, с -61%, э-1%, л -24%, м -9%, СОЭ - 4 мм/час.

**Кислотно-основное состояние крови:** рО<sub>2</sub> - 60 мм.рт.ст., рСО<sub>2</sub> - 72 мм.рт.ст., рН - 7,3, ВЕ = -8 ммоль/л, АВ - 14 ммоль/л, SB - 12 ммоль/л, ВВ - 29 ммоль/л.

**Рентгенограмма органов грудной клетки:** латеральные отделы легких повышенной прозрачности. На уровне III межреберья справа (по передним отделам легких) определяется участок затемнения легочной ткани инфильтративного характера. Элементы корней на фоне сердечной тени не дифференцируются. Синусы свободны. Сердечная тень без особенностей.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Каковы анатомо-физиологические особенности органов дыхания у новорожденных?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Назовите основные звенья патогенеза данного заболевания.
5. Назначьте лечение.
6. Какое дополнительное лабораторное, инструментальное обследование необходимо провести?
7. Перечислите основные группы муколитических препаратов, используемых у новорожденных.
7. Какими клиническими симптомами характеризуется острая фаза воспаления?
8. Как должны наблюдаться в поликлинике дети, перенесшие острую пневмонию в возрасте до 3-х месяцев?
9. Перечислите показания для госпитализации детей с острой пневмонией.
10. Определите тактику диспансерного наблюдения за ребенком после выздоровления.

### ЗАДАЧА 13

Девочка 14 дней, находится в стационаре.

Из анамнеза: родилась у женщины 27-ми лет, работающей на мясокомбинате. Беременность I, протекавшая с токсикозом в первом триместре и гестозом с периодическим повышением температуры в III триместре беременности. Не обследовалась и не лечилась.

Роды самопроизвольные на 36 неделе гестации на фоне преждевременного излития околоплодных вод, I период – 10 часов, II период – 45 минут, безводный промежуток – 8 часов, околоплодные воды с зеленоватым оттенком.

Оценка по шкале Апгар: на 1' - 4 балла, на 5' – 6 баллов. Масса при рождении 2450 г., длина 46 см, окружность головы 34 см, окружность грудной клетки 29 см. Состояние при рождении расценивалось как среднетяжелое за счет синдрома угнетения ЦНС. На 4 сутки в связи с появлением клонико-тонических судорог ребенок переведен в отделение патологии новорожденных.

При осмотре в стационаре: состояние ребенка тяжелое. Вес 2100 г. Кормится через зонд, часто срыгивает. Кожа бледная с сероватым оттенком, сухая, подкожная клетчатка истончена. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД 44 в 1 мин. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, ЧСС 140 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Пальпаторно печень выступает из-под реберного края до 3 см, селезенка до 1 см. Поза в кровати с запрокинутой головой. Голова гидроцефальной формы, окружность головы - 36 см, швы открыты, б.р. 4x4 см, «выполнен». Мышечный тонус с преобладанием тонуса

разгибателей. Отчетливый симптом Грефе и горизонтальный нистагм. Гиперестезия. Рефлексы спинального автоматизма не вызываются, орального - вялые.

**Исследование спинномозговой жидкости:** прозрачность – мутная; белок – 0,990 г/л; цитоз – 320 в 3 мкл: нейтрофилы – 15%, лимфоциты – 85%.

**РСК с токсоплазменным антигеном:** у ребенка – 1:640, у матери 1:200

**НСГ:** рисунок борозд и извилин визуализируется не четко. Боковые желудочки расширены, глубина передних рогов: слева – 12 мм, справа – 14 мм, контуры их подчеркнуты, 3 желудочек – 5мм. В перивентрикулярных зонах визуализируются единичные включения диаметром менее 1 мм, костной плотности. Субарахноидальное пространство расширено до 3 мм по конвексу. Межполушарная щель 4 мм.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Какой предположительный диагноз может быть установлен на основании клинических данных?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Учитывая данные о течении беременности, родов и срока родов, какие диагнозы необходимо указать?
4. Назовите основные и наиболее частые пути передачи инфекции.
5. Какой путь передачи возбудителя можно предположить в данном случае?
6. Назовите основные патогенетические звенья при данном заболевании.
7. На основании исследования спинномозговой жидкости, о каком заболевании можно думать?
8. Какие изменения при офтальмоскопии могут быть выявлены у данного ребенка?
9. Какие основные принципы лечения данного заболевания?
10. Под наблюдением каких специалистов поликлиники должен находиться ребенок, перенесший это заболевание?

#### **ЗАДАЧА 14**

Ребенок первых суток жизни находится в роддоме.

Из анамнеза: девочка родилась от женщины 25 лет, от II беременности (I беременность – срочные роды, ребенок 5 лет, здоров), протекавшей с токсикозом в I триместре, 3-дневным эпизодом мелкоточечной сыпи и слабости на 10 неделе гестации (документирована эпидемия краснухи в детском саду в этот период), с гестозом и угрозой прерывания беременности во II – III триместрах.

В консультацию обратилась на 28 неделе беременности, от госпитализации отказалась.

Роды на 34 неделе гестации, самопроизвольные, в заднем виде затылочного предлежания. I период – 8 часов, II период – 20 мин, безводный промежуток 7 часов, околоплодные воды зеленые.

Масса при рождении 1500 г, длина 40 см, окружность головы 28 см, груди - 29 см. Оценка по шкале Апгар: на 1' – 4 бала, на 5' -7 баллов.

При осмотре: ребенок с множественными стигмами дизэмбриогенеза, состояние тяжелое, поза полупрогнутой, мышечный тонус снижен, рефлексы новорожденного быстро истощаются. Отчетливая микрофтальмия, глаза закрыты. Кожные покровы бледные с элементами петехиальной сыпи на лице, акроцианозом. Аускультативно: дыхание в легких проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 52 в 1'. Границы сердца перкуторно: справа - на 0,5 см латеральнее правого края грудины, слева – на 1 см латеральнее среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, умеренно звучные, над областью сердца прослушивается грубый систоло-диастолический шум, наиболее отчетливый в точке Боткина-Эрба, ЧСС 176 в 1'. Пальпаторно: печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка – на 1см. Стул мекониальный. Мочеиспускание – не нарушено.

**Общий анализ крови:** Нв-150 г/л, Эр –  $4,2 \times 10^{12}/л$ , Ц.п. – 0,9, Тромб. –  $80,0 \times 10^9/л$ , Лейк –  $8,0 \times 10^9/л$ , п/я – 6%, с/я – 49%, э – 1%, л – 32%, м – 12%, СОЭ – 4 мм/час.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Какие патологические синдромы у данного ребенка являются основными для предварительного диагноза?
2. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо провести для верификации диагноза у данного ребенка?
3. В каких дополнительных инструментальных исследованиях нуждается ребенок для уточнения диагноза?
4. Назовите основной путь передачи инфекции при данном заболевании. Когда возможно произошло заболевание ребенка в данном случае?
5. Какие клинические симптомы (синдромы) подтверждают инфицирование ребенка внутриутробно при данном заболевании?
6. Какие изменения могут быть выявлены окулистом при офтальмоскопии при данном заболевании?
7. Какие изменения могут быть выявлены при нейросонографическом исследовании при данном заболевании?
8. Какие изменения могут быть выявлены при ЭХО КГ при данном заболевании?
9. Какие основные принципы лечения данного заболевания?
10. Определите группу здоровья и план профилактических прививок после выписки данного ребенка.

### ЗАДАЧА 15

Мальчик В., 3 дней, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 18 лет. Беременность вторая (первая закончилась медицинским абортom без осложнений), протекала с угрозой прерывания во втором и третьем триместрах. При обследовании во время беременности реакция Вассермана была отрицательной. Роды первые на 36-й неделе гестации, в головном предлежании: 1-й период – 3 часа, 2-й – 20 минут, безводный промежуток 6 часов. Околоплодные воды мутные с неприятным запахом. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела при рождении 2100 г, длина – 43 см, окружность головы – 30 см, грудной клетки – 27 см. В родильном блоке проводилась санация верхних дыхательных путей, ингаляции увлажненным кислородом через маску.

Состояние при рождении тяжелое, поза «лягушки», выражены лануго, низкое расположение пупочного кольца. Мышечная гипотония, гипорефлексия. Подкожно-жировая клетчатка практически отсутствует. Тепло удерживает плохо. Кожные покровы бледные, сухие, на туловище, конечностях, ладонях на инфильтрированном основании имеются вялые пузыри диаметром до 1 см. В легких дыхание ослабленное, выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 3 см, селезенка – на 1 см, плотно-эластической консистенции. В неврологическом статусе: ребенок беспокоен, мышечный тонус и рефлексы новорожденного снижены. На 2-й день жизни отмечены выпадение волос, слизистое отделяемое из носовых ходов, затруднение носового дыхания.

**Кровь матери:** реакция Вассермана +++++.

Клинический анализ крови: Нb – 152 г/л, Эр –  $4,3 \times 10^{12}$ /л, ц.п. – 0,94, тромб –  $180,0 \times 10^9$ /л, Лейк –  $8,0 \times 10^9$ /л, миелоциты – 7%, метамиелоциты – 2%, п/я – 8%, с – 38%, л – 29%, м – 16%, СОЭ – 3 мм/час. Выражены анизоцитоз, пойкилоцитоз, полихроматофилия.

### ЗАДАНИЕ:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?
3. Какова тактика неонатолога родильного дома?
4. О каком пути инфицирования можно говорить в данном случае?

- 5 Какие изменения могут быть выявлены при рентгенологическом исследовании трубчатых костей?
- 6 Какие изменения со стороны ЛОР-органов могут быть выявлены при осмотре специалиста?
- 7 Оцените результаты общего анализа крови.
- 8 С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
- 9 Какие клинические формы врожденного сифилиса выделяют и чем они характеризуются.
- 10 Составьте план лечения.

### ЗАДАЧА 16

Ребенок М., 15 дней, находится в отделении патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от матери 22 лет, страдающей генитальным герпесом. Беременность первая, протекала с обострением герпеса в 37-38 недель гестации. Роды срочные в 39 недель, в головном предлежании, преждевременное излитие вод. 1-й период – 6 часов, 2-й – 30 минут, безводный промежуток – 11 часов. Околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела при рождении 2900 г, длина тела 50 см, окружность головы – 34 см, грудной клетки – 32 см. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались повышенная возбудимость, крупноразмашистый тремор рук, расхождение сагиттального шва на 0,3 см, большой родничок 2x2 см, малый – 0,3x0,3 см. На 3-й день жизни появилась желтуха с тенденцией к нарастанию, в связи с чем на 5-й день жизни в состоянии средней тяжести ребенок переведен в стационар.

На 12 день жизни на туловище, конечностях, слизистой рта появились везикулярные высыпания с плотной покрышкой и прозрачным содержимым. Через 4 дня состояние ухудшилось до тяжелого, отмечался подъем температуры до 38,3°C, крик раздраженный, гиперестезия, клонико-тонические судороги.

**Общий анализ крови** на 6-й день жизни: Нб - 172 г/л, Эр –  $4,6 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,94, тромб –  $190,0 \times 10^9$ /л, Лейк –  $10,0 \times 10^9$ /л, п/я - 1%, с/я - 10%, л - 74%, м - 15%, СОЭ - 2 мм/час.

**Биохимический анализ крови:** общий белок - 60,0 г/л, билирубин общий – 310 мкмоль/л, непрямой - 298 мкмоль/л, прямой – 12 мкмоль/л, мочевины – 4,2 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, глюкоза 2,5 ммоль/л.

**Исследование спинномозговой жидкости** на 15-й день жизни: прозрачность - ксантохромный, белок – 1,650 г/л, реакция Панди - ++++, цитоз - 350 в 3 мкл: нейтрофилы - 15%, лимфоциты - 85%, глюкоза 2,4 ммоль/л.

#### ЗАДАНИЕ:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?
3. Какова тактика гинеколога женской консультации при наблюдении таких женщин до и во время беременности?
4. Правильной ли была тактика ведения родов?
5. Оцените результаты общего анализа крови.
6. Оцените результаты исследования ликвора. С чем могут быть связаны выявленные изменения?
7. Оцените результат биохимического анализа крови. Чем могут быть обусловлены выявленные изменения?
8. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
9. Какова лечебная тактика в этом случае? Что включает специфическая терапия при данном заболевании? Каков механизм действия этих препаратов?
10. Группа здоровья и тактика диспансерного наблюдения такого ребенка после выписки из стационара?

### ЗАДАЧА 17

Мальчик М., 5 дней, находится в отделении патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с изменениями в анализах мочи (лейкоцитурия, умеренная протеинурия) во второй половине беременности, не лечилась. Мама ребенка работает в ветлечебнице. Роды срочные с длительным безводным промежутком – 18 часов. Закричал после отсасывания слизи. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. Масса тела при рождении 2800 г, длина тела 50 см, окружность головы – 36 см, грудной клетки – 36 см. К груди не прикладывался, проводилась оксигенотерапия.

С первых суток отмечались вялость, срыгивание околоплодными водами, сосал вяло, тремор конечностей, гипорефлексия, гипотония. На 5-ый день жизни отмечался подъем температуры до 39,0°C, возбужден, срыгивание фонтаном, в связи с чем ребенок переведен в стационар.

При поступлении состояние тяжелое, температура 39,0°C, крик мозговой, гиперестезия кожных покровов, большой родничок 3х3 см, выполнен. Повышение мышечного тонуса. Кожные покровы с сероватым оттенком, в легких дыхание жесткое, хрипов нет, ЧСС – 160 в 1 мин, живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка – у реберного края. Стул желтого цвета, с неперевааренными комочками и прожилками слизи.

**Исследование спинномозговой жидкости:** белок – 0,660 г/л, реакция Панди - +, цитоз - 600 в 3 мкл: нейтрофилы - 70%, лимфоциты - 30%.

**Бактериологическое исследование ликвора:** выделены листерии.

#### ЗАДАНИЕ:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Каков путь инфицирования можно предположить и почему?
3. Каковы наиболее типичные симптомы внутриутробных инфекций?.
4. Оцените результаты исследования ликвора.
5. Какие изменения возникают в тканях при данной патологии?
6. Какие изменения можно выявить при НСГ исследовании?
7. Проведите дифференциальный диагноз.
8. В осмотре каких специалистов дополнительно нуждается этот ребенок? Ожидаемые результаты?
9. Какова тактика лечения данного больного?
10. Что понимают под менингеальной дозой антибиотиков?

### ЗАДАЧА 18

Девочка Р., 3-х дней, поступила в отделение патологии новорожденных из родильного дома.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 34 лет. Беременность 3-я (1-ая и 2-ая – выкидыши), протекала с токсикозом в 1-ом триместре, во 2-ом и 3-ем триместрах выявлено повышение содержания сахара в крови, в 3-ем триместре имели место повышение артериального давления и отеки. Роды преждевременные на 36 неделе, слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином. 1-ый период 13 часов, 2-ой – 1 час, безводный промежуток – 4 часа. Масса тела при рождении 4500 г, длина тела 55 см. Закричала после отсасывания слизи и проведения ВИБЛ маской в течение 10". Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов.

После рождения состояние расценено как тяжелое. Крик слабый, стонущий. Выражены стигмы дисэмбриогенеза: короткая шея, лунообразное лицо, широкие плечи, избыточное отложение подкожно-жировой клетчатки на лице и верхнем плечевом поясе. Распространенный лануго, кожные покровы с цианотичным оттенком, дистальный цианоз, периоральный цианоз. Выражен общий отечный синдром. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, тахикардия до 180 в минуту. Живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка у реберного края. В

неврологическом статусе отмечалось угнетение рефлексов, гиподинамия, сосательный рефлекс снижен. В родильном доме проводили инфузионную терапию с включением 10% растворов глюкозы и аминовена. На 3-ий день жизни ребенок переведен в стационар.

При осмотре: состояние тяжелое, кричит коротко, «визгливо», сосет вяло, срыгивает, поза «лягушки». Кожные покровы иктеричные, мраморные, выражен акроцианоз. Пастозность мягких тканей, отеки на ногах. Дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 152 в минуту, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка – у реберного края. В неврологическом статусе – ребенок вялый, двигательная активность снижена, рефлексы новорожденного угнетены, при нагрузке появляется тремор подбородка.

**Общий анализ крови:** гемоглобин - 242 г/л, эритроциты -  $6,6 \times 10^{12}$ /л, Ht – 0,68, цветовой показатель - 0,97, лейкоциты -  $10,2 \times 10^9$ /л, нейтрофилы: палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 56%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 33%, моноциты - 7%, СОЭ - 2 мм/час

**Сахар крови:** сразу после рождения - 2,0 ммоль/л, в возрасте 3-х дней - 3,0 ммоль/л

**Биохимический анализ крови:** общий белок - 46,0 г/л, билирубин: непрямой - 270 мкмоль/л, прямой – нет, мочевины - 5,0 ммоль/л, калий - 6,0 ммоль/л, натрий - 135 ммоль/л, кальций <sup>++</sup> - 0,9

### ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предварительный диагноз, осложнения?
2. Какое дополнительное обследование и манипуляции следует провести? Возможные результаты?
3. Какова динамика уровня сахара в крови новорожденного? Оцените уровень сахара в крови данного ребенка и принципы лечения при нарушении углеводного обмена.
4. В осмотре каких специалистов дополнительно нуждается этот ребенок? Ожидаемые результаты?
5. Какие изменения можно выявить при Эхо-КГ исследовании ребенка?
6. Какие особенности могут быть выявлены при УЗИ органов брюшной полости ребенка?
7. Каков механизм развития данного состояния у этого больного?
8. Какие осложнения возможны в течение этого заболевания?
9. К какой группе здоровья относится этот ребенок?
10. Как следует проводить профилактические прививки этому ребенку?

### ЗАДАЧА 19

Ребенок П., 7-ми дней, находится в отделении патологии новорожденных.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 32 лет, страдающей вегето-сосудистой дистонией и хроническим бронхитом. Беременность 1-ая, протекала с периодическими подъемами артериального давления до 150/90 мм рт.ст. При сроке 27 недель перенесла острое респираторное заболевание. Роды на 38 неделе, самостоятельные. 1-ый период 12 часов, 2-ой – 20 минут, безводный промежуток – 3 часа. Масса тела при рождении 3000 г, длина тела 52 см, окружность головы – 34 см, груди – 33 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. После рождения состояние расценено как среднетяжелое за счет неврологической симптоматики. К груди приложен через 6 часов, сосал вяло. С 3-их суток жизни появились срыгивания, частота которых нарастала и на 4-й день жизни ребенок переведен в стационар с диагнозом: синдром срыгиваний.

При осмотре: состояние средней тяжести, вялый. Обращали внимание лануго, низко расположенное пупочное кольцо, недостаточная поперечная исчерченность стоп. Кожные покровы умеренно иктеричные, мраморные, выражен акроцианоз. Пастозность мягких тканей, отеки на ногах. Пупочная ранка сухая. Большой родничок 2,5x2,5 см, не выбухает. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. Тоны сердца звучные. Часто срыгивает створоженным молоком с кислым запахом, отмечается симптом «мокрой подушки». Живот доступен пальпации, безболезненный, печень

выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул диспептический. В неврологическом статусе – мышечная гипотония, снижение физиологических рефлексов.

**Клинический анализ крови.**

Гемоглобин - 184 г/л, эритроциты -  $5,1 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,97, лейкоциты -  $10,8 \times 10^9$ /л, нейтрофилы: палочкоядерные - 7%, сегментоядерные - 56%, лимфоциты - 8%, моноциты - 9%, СОЭ - 5 мм/час

**Биохимический анализ крови:** общий белок - 55,0 г/л, билирубин: непрямой - 165 мкмоль/л, прямой – нет, мочевины - 6,1 ммоль/л, калий - 4,7 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, кальций<sup>++</sup> - 1,1 ммоль/л

**ФЭГДС:** Фиброскоп введен свободно. Слизистая пищевода гиперемирована в нижней трети, кардия зияет. Слизистая желудка розовая, складки расправляются. Привратник проходим.

**Нейросонография:** Рисунок извилин и борозд сглажен, эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена.

**ЗАДАНИЕ**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие факторы привели к развитию основного заболевания?
3. Какими анатомо-физиологическими особенностями характеризуется желудочно-кишечный тракт новорожденного?
4. Какие изменения можно выявить при проведении рентгенографии ЖКТ?
5. Есть ли необходимость в консультации хирурга для уточнения тактики дальнейшего ведения и почему?
6. Объясните патогенез изменений, выявленных на НСГ.
7. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
8. Распишите диетотерапию в данном случае.
9. Каковы принципы медикаментозной терапии ?
10. Каков прогноз у этого ребенка?

**ЗАДАЧА 20**

Однородные близнецы-мальчики находятся в родильном доме.

Из анамнеза известно, что матери 21 год. Настоящая беременность 1-ая, по УЗИ в 3 триместре выявлена внутриутробная гипотрофия одного из плодов. Роды преждевременные, на 36 3/7 неделе гестации, двойней. 1-ый период родов – 8 часов 15 минут, 2-ой – 30 минут, безводный промежуток 4 часа. Масса тела первого близнеца 2050 г (P < 3), длина 42 см (P < 3), оценка по шкале Апгар 7/7 баллов, второго – 2600 г (P 10-90), 46 см (P 10-90) и 7/7 баллов соответственно.

При осмотре в детской у первого ребенка обращали на себя внимание бледность кожных покровов, снижение подкожно-жирового слоя, вялость, снижение рефлексов. У второго ребенка кожные покровы эритематозные, подкожно-жировой слой развит достаточно, со стороны нервной системы – умеренный синдром угнетения.

**При исследовании по cito периферической крови:**

У 1-ого ребенка Hb составил 148 г/л, Ht – 42%;

У 2-ого ребенка Hb составил 236 г/л, Ht – 73%.

**ЗАДАНИЕ:**

1. О какой патологии можно думать в данном случае?
2. Что является критерием постановки диагноза при данной патологии?
3. Какие типы гемоглобина Вы знаете? Каковы особенности гемоглобина плода и новорожденного?
4. Какие исследования необходимо дополнительно провести для подтверждения диагноза?
5. Какие изменения можно выявить у этих детей при проведении НСГ и чем они обусловлены?



6. Оцените физические данные новорожденных
7. О каких еще заболеваниях можно думать?
8. Определите тактику лечебных мероприятий по отношению к обоим детям.
9. К какой группе здоровья можно будет отнести этих новорожденных после выписки?
10. Можно ли проводить вакцинацию детей?

### ЗАДАЧА 21

Девочка И. родилась в срок от здоровой женщины. Роды путем экстренного кесарева сечения, сделанного по поводу отслойки нормально расположенной плаценты. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см, оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. По протоколу реанимации новорожденных в родильном зале и в палате интенсивной терапии проводился полный комплекс реанимационных мероприятий в соответствии со степенью перенесенной гипоксии.

При первичном осмотре неонатолога обращали на себя внимание выраженная бледность кожных покровов и слизистых, приглушенность сердечных тонов, печень и селезенка не увеличены, со стороны ЦНС – ребенок вялый, мышечная гипотония, рефлексы новорожденного угнетены.

**При исследовании по cito периферической крови** уровень Hb составил 90 г/л.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Чем обусловлены выявленные у ребенка изменения?
2. Назначьте план обследования, необходимый для подтверждения диагноза и определения тактики ведения больного.
3. Назовите показания к гематрансфузии у новорожденных.
4. Каковы особенности гемопоэза у плода?
5. Какие осложнения возможны в данном случае?
6. С какими заболеваниями можно проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
7. Назначьте лечение.
8. Какие существуют методы коррекции анемического синдрома?
9. Каков прогноз у этого больного?
10. Можно ли проводить прививку БЦЖ этому ребенку?

### ЗАДАЧА 22

У мальчика 10 суток жизни, родившегося на 32 неделе с массой 1700 г (Р 10-90), длиной тела 41 см (Р 10-90), находившегося на ИВЛ 8 суток в связи с тяжелым РДСН, ухудшилось состояние.

За 9-е сутки потерял в массе 50 г, появилось обильное срыгивание, в том числе однократно с примесью крови. Температура 37,5°C.

При осмотре: кожа бледная с сероватым оттенком, мраморность, акроцианоз, с-м белого пятна 4 сек, петехии на коже. Пупочная ранка с серозно-геморрагическим отделяемым, пальпируется пупочная вена. Дыхание с втяжением мечевидного отростка, межреберий, ЧД - 86 в 1 мин. В легких дыхание ослаблено, крепитирующие и мелкопузырчатые хрипы. ЧСС – 172 в 1 мин., тоны сердца приглушены. Живот незначительно вздут, печень + 4 см из-под реберной дуги, селезенка +1 см. Стул со слизью и зеленью и прожилками крови. Мочится достаточно.

Поза «лягушки», рефлексы спинального автоматизма не вызываются, орального – вялые. Взор «плавающий», крупноамплитудный горизонтальный нистагм. Большой родничок 2,5x2,5 см, напряжен. Ригидность затылочных мышц (симптом сомнителен).

**Общий анализ крови:** Hb - 140 г/л, Эр -  $4,5 \times 10^{12}/л$ , Лейк -  $25,3 \times 10^9/л$ , миелоциты - 6%, метамиелоциты - 5%, п/я - 17%, с/я - 50%, э - 1%, л - 17%, м - 4%, СОЭ - 7 мм/час.

**КОС из капиллярной крови:** рН - 7,18, рСО<sub>2</sub> - 66,2 мм.рт.ст. рО<sub>2</sub> - 34,6 мм.рт.ст., ВЕ=

**Посев на микрофлору:** из зева и пупочной ранки - густой рост золотистого стафилококка.

**Рентгенограмма легких:** на фоне общего вздутия определяется сгущение легочного рисунка, справа над диафрагмой и слева на уровне верхней доли имеются участки инфильтрации, на фоне которых видны фестончатые кольцевые тени. Средостение не расширено.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие клинические синдромы можно выделить?
3. Каковы причины геморрагического синдрома?
4. Нуждается ли ребенок в ИВЛ?
5. Какие лабораторные и инструментальные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
6. Проведите дифференциальную диагностику.
7. Назначьте лечение.
8. Каковы возможные исходы и последствия.
9. Нужно ли изолировать данного ребенка?
10. В чем заключается профилактика данного заболевания?

#### **ЗАДАЧА 23**

Ребенок Л. родился недоношенным на 33-й неделе гестации, перенес пневмонию, по поводу чего длительно получал антибактериальную терапию. В возрасте 27 дней состояние ухудшилось. Появились судороги, выросли размеры окружность головы (+5 см за 27 дней).

При осмотре: кожа бледная с мраморным рисунком, в паховых складках, на коже бедер и ягодиц выявляются эрозивные поверхности с фестончатыми краями, на слизистой оболочке полости рта трудно снимающийся белый налет. Дыхание – пуэрильное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. ЧД – 44 в минуту. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС – 128 в минуту. Живот мягкий. Нижний край печени выступает на 3 см из-под края реберной дуги, селезенка – на 1 см. Стул – 2 раза в день, кашицеобразный. Диурез не изменен.

#### **Клинический анализ крови на 27-й день жизни:**

Нв - 112 г/л, Эр –  $3,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,89, Лейк –  $10,3 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с/я - 33%, л - 52%, э – 3%, м - 10%, СОЭ - 15 мм/час.

**Исследование ликвора** (получен из правого и левого желудочков при тенториальной пункции): ликвор мутный, опалесцирующий, белок – 2,08г/л (норма 0,49 – 0,80), реакция Панди – +++, цитоз – 400/3: нейтрофилы - 16%, лимфоциты – 62%, моноциты 22%.

**Общий анализ мочи:** прозрачность - мутная, белок – отсутствует, глюкоза – отсутствует, лейкоциты – 1 - 2 в п/з, эритроциты – нет, много грибов рода Кандида.

**Посев ликвора:** высеваются грибы рода *Candida albicans*.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите, какие факторы способствовали возникновению заболевания в этом возрасте.
3. Какие причины могли привести к возникновению судорог у данного ребенка?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. Какие методы обследования показаны при судорожном синдроме?
6. Какое исследование необходимо повторять для контроля эффективности терапии?
7. Назначьте лечение.
8. В чем заключается профилактика данного заболевания?
9. Нужно ли изолировать данного ребенка?

10. В консультации каких специалистов нуждается ребенок в настоящее время?

#### ЗАДАЧА 24

Мальчик С. родился от второй беременности, протекавшей с ОРЗ на 7-й неделе, токсокозом в первом триместре, фетоплацентарной недостаточностью, первых родов на 29-й неделе (первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем на 20-й неделе). Масса тела при рождении 1370 г, длина тела - 37 см, окружность головы - 28 см, грудной клетки - 26 см. В раннем неонатальном периоде перенес тяжелый РДСН (первичные диссеминированные ателектазы), до 6-х суток находился на ИВЛ.

На 9-е сутки жизни состояние тяжелое. Кожа бледная, чистая. ЧД 80 - 87 в минуту, одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Дыхание проводится во все отделы, в нижних отделах - мелкопузырчатые хрипы. Границы сердца: правая - на 0,5 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны ясные, ритмичные. II тон над легочной артерией акцентирован, расщеплен. Выслушивается грубый, «машинный» систоло-диастолический шум. ЧСС - 180 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка на 0,5 см.

**Общий анализ крови:** Hb-160 г/л, эр- $6,7 \times 10^{12}$ /л, , лейкоц -  $5,4 \times 10^9$ /л, п/я -2%, с -32%, э - 2%, л -54%, м -10%, СОЭ - 3 мм/час.

**Биохимический анализ крови:** общий белок - 56 г/л.

**Рентгенограмма органов грудной клетки:** легочные поля прозрачны. Отмечается усиление легочного рисунка, больше в области корней легких. Сердце увеличено в поперечнике, талия сглажена. КТИ = 60%. Тень сосудистого пучка незначительно расширена.

**ЭКГ:** синусовая тахикардия, ЧСС - 180 в минуту. ЭОС отклонена влево. Отмечаются признаки нарушения трофики миокарда желудочков.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие причины могли привести к развитию данного заболевания у этого ребенка?
3. Как в норме происходит перестройка кровообращения после рождения?
4. С чем связано наличие хрипов в легких у ребенка?
5. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести с целью уточнения диагноза?
6. Какие осложнения характерны для данной патологии?
7. Какова дифференциальная диагностика гепатолиенального синдрома в данном случае?
8. Перечислите морфологические и функциональные особенности дыхательной и сердечно-сосудистой системы у недоношенного ребенка.
9. Какое лечение необходимо ребенку (принципы терапии данной патологии)?
10. Консультации каких специалистов необходимы ребенку?

#### ЗАДАЧА 25

Девочка Ю. родилась от четвертой беременности, протекавшей с фетоплацентарной недостаточностью, гестозом во второй половине. Роды на 32-й неделе, отмечалось дородовое излитие вод, однократное тугое обвитие пуповины вокруг шеи. Масса тела 1480 г, длиной тела 40 см, окружностью головы 29 см, окружностью груди 26 см.

Состояние с момента рождения средней тяжести за счет СДР (первичные диссеминированные ателектазы), церебральной ишемии II ст. (синдром угнетения). На третьи сутки жизни состояние девочки резко ухудшилось. Появились приступы апноэ по 15-20 с, сопровождавшиеся цианозом. С четвертых суток - приступы клонико-тонических судорог.

На пятые сутки жизни состояние тяжелое. Судорог нет, угнетен. Кожные покровы бледные, чистые. Находится на вспомогательной искусственной вентиляции легких. Дыхание проводится во все отделы легких, хрипов нет. ЧД 56 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, 175 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. Стул с примесью слизи. Диурез снижен. Рефлексы новорожденных не вызываются. Тонус мышц асимметричен, сухожильные рефлексы оживлены. Большой родничок 3x3 см, пульсация повышена, отмечается расхождение сагиттального шва на 0,2 см, малый родничок открыт.

**Общий анализ крови:** Нв-90 г/л, эр- $2,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 1,0, лейкоц -  $9,8 \times 10^9$ /л, п/я -3%, с - 44%, э -0%, л -47%, м -6%, СОЭ- 10 мм/час.

**Общий анализ мочи:** цвет - соломенно-желтый, прозрачность полная, белок - отсутствует, глюкоза - отсутствует, лейкоциты- 3-4 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет.

**Исследование ликвора (5-е сутки жизни):** цвет – кровянистый, цитоз повышен за счет свежих эритроцитов (покрывают все поля зрения), подсчет невозможен.

**Нейросонограмма (5-е сутки жизни):** мозговая паренхима слабо дифференцирована на борозды и извилины. Левый боковой желудочек расширен во всех отделах, диаметр 12 мм, в полости – эхопозитивные включения. Правый желудочек расширен до 11 мм, расширены полости прозрачной перегородки, большой цистерны, 3-го желудочка.

### ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Расскажите о патогенезе данного заболевания у недоношенных.
3. Какие синдромы можно выделить в клинике данного заболевания?
4. Какие методы обследования необходимы для постановки диагноза?
5. Назовите ранние осложнения данного заболевания.
6. Какие осложнения могут быть в последующем?
7. С какими специалистами необходимо проконсультировать девочку?
8. Каков прогноз для жизни и здоровья ребенка?
9. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
10. Какое лечение необходимо ребенку?

### ЗАДАЧА 26

Мальчик С. от 4 нежеланной беременности, мать злоупотребляет спиртными напитками, в женской консультации не наблюдалась. Поступила на роды в состоянии алкогольного опьянения в потужном периоде при сроке беременности  $38\frac{1}{7}$  недель. Околоплодные воды зеленые. При рождении у ребенка дыхание нерегулярное, цианоз кожи и слизистых, поза полуфлексорная, при санации верхних дыхательных путей гримаса, сердцебиение приглушено, ЧСС 130 ударов в 1 минуту. После проведенных мероприятий на 5 минуте дышит самостоятельно, ЧСС 150 ударов в 1 минуту, поза полуфлексорная, кожа бледно-розовая, акроцианоз, при раздражении подошвы ногу слабо одергивает. Масса 2180г (Р <3), длина 47см (Р10-50), окр.головы 33см (Р 10).

При осмотре тургор тканей значительно снижен, толщина подкожножирового слоя на уровне пупка 2 мм. На голове много «торчащих» волос, лицо узкое, шея хорошо видна, на руках количество жира значительно снижено, при попытке свести кожу в области плеча образуется много складок, кожа на спине захватывается в складку и приподнимается, на ягодицах количество жира значительно снижено, заметны контуры тазовых костей, на ногах, груди и животе значительное снижение подкожножирового слоя, кожа сухая, с шелушением. Отмечаются множественные стигмы дизэмбриогенеза: короткая глазная щель, «рыбий рот», гипоплазия лицевой части черепа, высокое небо, низкое расположение ушей, сандалевидная щель обеих стоп, искривление мизинцев на руках.

В конце первых суток жизни выраженное беспокойство, крупноразмашистый тремор рук, клонус стоп, гиперестезия, потертости на пятках. Выслушивается грубый систолический шум в области верхушки сердца с проведением в межлопаточную область, в динамике шум с нарастанием. ЭхоКГ – дефект межжелудочковой перегородки в мышечной части.

Мать отказалась от ребенка, ушла из отделения на 3 сутки после родов.

**КОС из пуповинной крови:** рН - 7,28, рСО<sub>2</sub> - 56,2 мм.рт.ст. рО<sub>2</sub> - 54,6 мм.рт.ст., ВЕ= - 9

### ЗАДАНИЕ

1. Оцените состояние новорожденного по шкале Апгар.
2. Оцените физическое развитие.
3. Какой предполагаемый диагноз?
4. Как называется шкала для оценки неонатального абстинентного синдрома?
5. Рассчитайте питание ребенку на 3 сутки жизни (вес 2060г). Кратность и способ кормления при удовлетворительном сосательном и глотательном рефлексах?
6. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо провести?
7. Какие лечебные мероприятия требует данный ребенок?
8. Можно ли проводить вакцинацию данному ребенку в роддоме?
9. Какая группа здоровья у новорожденного?
10. Как должен наблюдаться данный ребенок после выписки из роддома?

### ЗАДАЧА 27

Ребенок 7,5 месяцев, родился от молодых, здоровых родителей. Беременность первая, протекала физиологически, роды в срок, в сентябре. Масса при рождении 3400 г, длина 50 см. На грудном вскармливании находился в течение первого месяца, затем переведен на искусственное вскармливание кисломолочной смесью «Агуша-1». С 5 месяцев получает кисломолочную смесь «Агуша-2» до 500 мл/сут, кашу на цельном молоке – 200 мл/сут, кефир – 200 мл/сут, овощные пюре – 100-150 г/сут. В течение последнего месяца отмечаются беспокойство, вздрагивание при резких звуках, вялость; стал плохо спать. Самостоятельно не сидит, зубов нет.

При осмотре: масса тела 9,7 кг, длина 69 см. Кожные покровы бледные, чистые. Отмечается облысение затылка, уплощение затылка. Большой родничок 3,0х3,0 см, края податливые. Тургор тканей снижен. Нижняя апертура грудной клетки развернута. Мышечный тонус снижен, живот «лягушачий», имеется расхождение прямых мышц живота. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД=32/мин. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС=124 уд/мин. Печень на 3,5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание не нарушены.

**Общий анализ крови:** Нв – 110 г/л, Эр – 3,5х10<sup>12</sup>/л, Лейк– 6,0х10<sup>9</sup>/л, п/я – 2%, с/я – 32%, эоз – 2%, лимф – 57%, мон– 7%, СОЭ – 7 мм/ч.

**Общий анализ мочи:** белок – отсутствует, эпителий – нет, лейкоциты – 2-3 в п/зр, эритроциты – нет.

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 60 г/л, общий кальций – 2,5 ммоль/л, кальций иониз. – 0,8 ммоль/л, фосфор – 1,2 ммоль/л, ЩФ – 900 Ед/л (норма до 600).

**Проба мочи по Сулковичу:** отр.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз на момент осмотра.
2. Укажите причину заболевания.
3. Чем определяется тяжесть состояния ребенка и какие факторы способствовали развитию заболевания?
4. Оцените данные лабораторных методов обследования.
5. Оцените массо-ростовые показатели при рождении и на момент осмотра. Оцените психомоторное развитие ребенка.

6. Нуждается ли ребенок в коррекции питания? Дайте рекомендации по питанию.
7. Какова тактика и продолжительность лечения этого заболевания?
8. Что будет являться критериями эффективности лечения? Перечислите клинические и лабораторные критерии.
9. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?
10. С какими группами заболеваний необходимо проводить дифференциальный диагноз?

### ЗАДАЧА 28

Ребенок 3,5 месяцев. Родился от II беременности, протекавшей с угрозой выкидыша, роды преждевременные на 35-36 неделе гестации. Масса при рождении 2300 г, длина 46 см. До 1 месяца грудное вскармливание, затем переведен на вскармливание адаптированными молочными смесями. За первый месяц прибавка в массе составила 450 г, за второй и третий месяцы – по 1000 г. С 1,5 месяцев отмечались потливость, беспокойный сон, повышенная возбудимость, вздрагивания, что расценивалось как признаки перинатального поражения ЦНС. В возрасте 1 месяца был рекомендован ежедневный прием профилактической дозы витамина Д, но препарат ребенку не давали. В 3 месяца перенес ОРВИ, катаральный отит, лечился амбулаторно.

При диспансерном осмотре в 3,5 месяца масса тела 5100 г, длина 56 см. Отмечается уплощение и облысение затылка, большой родничок 2,5x3,0 см, края мягкие, податливые. При пальпации костей черепа отмечается болезненность и размягчение участков в области затылочной кости (краниотабес). Грудная клетка податлива, отмечается расширение нижней апертуры, формируется «гаррисонова борозда». Выражена мышечная гипотония, снижение тургора тканей, живот распластан, «лягушачий». Ребенок эмоционально лабилен, беспокойный, отмечается повышенная потливость. Кожа чистая. В легких пуэрильное дыхание. Тоны сердца звучные. Живот мягкий. Печень выступает из-под реберной дуги на 2,5 см, селезенка – на 1 см. Стул со склонностью к запорам.

**Общий анализ крови:** Нв – 108 г/л, Эр –  $3,8 \times 10^{12}$ /л, Лейк –  $8,2 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 28%, эоз – 2%, лимф – 60%, мон – 8%, СОЭ – 7 мм/ч.

**Общий анализ мочи:** белок отсутствует, лейкоциты – 1-2 в п/зр, эритроциты – нет, соли – ураты в небольшом количестве.

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 52 г/л, общий кальций – 2,5 ммоль/л, кальций иониз. – 0,9 ммоль/л, фосфор – 1,4 ммоль/л, щелочная фосфатаза 1000 ЕД/л (N до 600).

**КОС крови:** pH = 7,35; BE = -7 ммоль/л.

### ЗАДАНИЕ:

1. Какой диагноз можно поставить? Определите период болезни, степень тяжести, характер течения.
2. Выделите факторы риска развития заболевания по анамнезу ребенка.
3. Чем объясняются изменения со стороны костной, мышечной, нервной систем?
4. Какая рентгенологическая картина характерна для этого периода заболевания?
5. Характерны ли изменения в биохимическом анализе крови для этого заболевания?
6. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
7. Какое лечение следует назначить ребенку? Могут ли предупредить развитие заболевания профилактические мероприятия?
8. Какие показатели следует использовать в качестве контроля проводимой терапии?
9. Дайте рекомендации по рациональному вскармливанию ребенка.
10. Является ли заболевание ребенка противопоказанием для проведения профилактических прививок?

## ЗАДАЧА 29

Ребенок 7 месяцев доставлен бригадой скорой медицинской помощи в больницу в связи с остро развившимся приступом судорог.

Из анамнеза: ребенок родился в августе от II беременности, протекавшей с токсикозом I половины, роды в срок. Масса при рождении 3400 г, длина 51 см. С 2-х месяцев находится на нерациональном искусственном вскармливании, получал преимущественно кисломолочные смеси, с 4 месяцев – кефир. В настоящее время получает кефир по 200,0 мл 2 раза/сут, молочную кашу по 200,0 мл 2 раза/сут, овощное пюре 200,0 г 1 раз/сут. Ребенок избыточно прибавлял в массе, в настоящее время весит 9,5 кг. В 4 месяца диагностирован рахит, получал лечение витамином Д в течение 3 недель. В последние недели мама стала чаще гулять с ребенком в солнечную погоду.

При поступлении состояние средней тяжести, температура тела 36,8° С, насморк, редкий влажный кашель, активно сопротивляется осмотру, кричит. Внезапно на высоте крика наступила остановка дыхания, потеря сознания, цианоз кожных покровов, возникли вначале тонические, затем клонико-тонические судороги. После купирования приступа судорог температура тела нормальная, менингеальных симптомов нет. У ребенка отмечается уплощение затылка, выражены лобные и теменные бугры, большой родничок 3,5x3,5 см. Выражена «гаррисонова борозда», пальпируются «реберные четки», зубы отсутствуют. Отмечаются переходящий карпо-педальный спазм, положительный симптом Хвостека. Кожа чистая. В легких пуэрильное дыхание, ЧД=32/мин. Тоны сердца звучные, ЧСС=140 уд/мин. Живот мягкий. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см. Стул нормальный. Ребенок мало эмоционален, не сидит, переворачивается редко, отмечается повышенная возбудимость.

**Общий анализ крови:** Нв – 110 г/л, Эр –  $3,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк –  $10,4 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 23%, эоз – 3%, лимф – 60%, мон – 10%, СОЭ – 12 мм/ч.

**Общий анализ мочи:** цвет сол-желтый, отн. плотн. – 1015, лейкоц – 2-3 в п/зр, эр – нет.

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 55 г/л, альбумины – 30 г/л, мочевины – 3,4 ммоль/л, кальций ионизир. – 0,75 ммоль/л, фосфор – 1,8 ммоль/л, щелочная фосфатаза 980 ЕД/л (N до 600), глюкоза – 3,5 ммоль/л.

### ЗАДАНИЕ:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить? Выделите факторы риска развития заболевания по анамнезу.
2. Чем объясняются изменения со стороны костно-мышечной и нервной системы?
3. Укажите причину судорог. Является ли это состояние жизнеугрожающим?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?  
Какие варианты заболевания Вам известны?
5. Какие условия могут способствовать нарушению фосфорно-кальциевого обмена у грудных детей?
6. Роль паращитовидных желез в регуляции фосфорно-кальциевого обмена.
7. Какую неотложную помощь следует оказать ребенку?  
Какую терапию следует назначить после купирования приступа судорог?
8. Какие показатели следует использовать в качестве контроля проводимой терапии?
9. Отмечается ли у ребенка избыток массы? Требуется ли коррекция рациона питания?
10. Дайте рекомендации по диспансерному наблюдению и лечению в амбулаторных условиях.

## ЗАДАЧА 30

Ребенок 1,5 месяцев.

Родители молодые, являются двоюродными братом и сестрой. Ребенок от 2 беременности, 2 родов. Первый ребенок умер в грудном возрасте от цирроза печени неустановленной этиологии. Настоящая беременность протекала с выраженным токсикозом и угрозой прерывания в первой половине, повышением АД во второй

половине беременности. Роды срочные, масса тела при рождении 3600г, длина 52 см. Приложен к груди на 1 сутки, сосал активно.

В возрасте 2-х суток – появилась желтуха, диспептические расстройства в виде частого жидкого зеленого стула и срыгиваний. В весе потерял. Несмотря на проводимую терапию / пробиотики, пребиотики, инфузионная терапия, замена грудного молока адаптированной смесью, фенобарбитал, адсорбенты/ состояние ребенка прогрессивно ухудшалось.

В возрасте 1.5 месяцев был госпитализирован участковым врачом.

Состояние при поступлении расценено, как тяжелое.

Масса 3000г, длина 53 см. Подкожно-жировой слой отсутствует на животе, груди, истончен на конечностях, сохраняется на лице, кожа бледная, с иктеричным оттенком, сухая. Тургор тканей и мышечный тонус снижены. Сразу после кормления отмечается вялость, сонливость ребенка, усиливаются симптомы диспепсии. Сон беспокойный. Девочка отстает в психомоторном развитии: не гулит, голову держит плохо. Живот вздут, печень +4,5 см из-под края реберной дуги, плотной консистенции. Селезенка не увеличена. Стул со скудными каловыми массами зеленого цвета.

У ребенка отмечается помутнение хрусталиков обоих глаз.

**Общий анализ крови:** Hb – 100 г/л, Эр -  $4,1 \times 10^{12}/л$ , Ц.п – 0.73, ретик.- 0,2%, Лейк -  $8,8 \times 10^9/л$ , п/я - 1%, с/я - 32%, э – 1%, л - 60%, м - 6%,

СОЭ - 4 мм/час.

**Посев кала на патогенную флору:** отрицательный.

**Общий анализ мочи:** количество 40,0 мл, относительная плотность 1012, белок – следы, лейкоциты 1-2 в п/зр, эритроциты – нет.

**Биохимический анализ крови:** общий билирубин - 30,5 мкмоль/л, прямой - 25,0 мкмоль/л, общий белок - 57,0 г/л, альбумины - 36 г/л, мочевины – 3,5 ммоль/л, холестерин - 2,2 ммоль/л, калий - 4 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, ЩФ - 250 Ед/л (норма до 600), АлАТ - 21 Ед/л, АсАТ – 30 Ед/л, глюкоза - 3,5 ммоль/л.

**Анализ мочи на галактозу:** в моче обнаружено большое количество галактозы.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Поставьте предварительный диагноз
2. К какому типу заболеваний относится данная патология?
3. Каковы основные патогенетические механизмы заболевания?
4. Какие варианты данного заболевания существуют?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
6. Оцените результаты анализов данного ребенка. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
7. Консультации каких специалистов необходимы данному ребенку?
8. Как определить степень гипотрофии?
9. Назначьте лечение ребенку с учетом основного заболевания и сопутствующих ему расстройств.
10. Основные принципы диетотерапии при данном заболевании. Каков прогноз заболевания?

#### **ЗАДАЧА 31**

Девочка 1 года 6 месяцев.

Анамнез жизни: Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, срочных родов. Родилась с массой тела 3200 г, длиной 50 см; закричала сразу. Период новорожденности протекал без особенностей.

На грудном вскармливании до 7 мес. Аппетит был удовлетворительным, иногда срыгивала, стул был нормальным. Временами отмечалась вялость и повышенная потливость ребенка, особенно по утрам. Отмечался однократный эпизод судорожных подергиваний конечностей. Масса тела в возрасте одного года 8500 г, рост 72 см.



При осмотре масса тела 10 кг, рост 74 см. Обращают на себя внимание: «кукольное» лицо, короткая шея, выступающий за счет гепатомегалии живот. Кожа обычной окраски, венозная сеть на передней брюшной стенке не выражена. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет, ЧД 28 в 1 минуту. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – 2 ребро, левая - на 0,5 см снаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 120 уд. в мин. Печень выступает из-под края реберной дуги на 10 см, плотная. Селезенка не пальпируется. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту.

**Общий анализ крови:** Hb – 120 г/л, Эр –  $4,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк –  $9,0 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 29%, э – 1%, л – 60%, м – 8%, СОЭ – 5 мм/час

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 75 г/л, альбумины – 53%, глобулины:  $\alpha_1$  - 5%,  $\alpha_2$  - 12%,  $\beta$  - 15%,  $\gamma$  – 15%, АлАТ – 21 Ед/л, АсАТ – 23 Ед/л, холестерин – 9,2 ммоль/л, общ. липиды - 14 г/л (норма 4,5 – 7),

глюкоза – 2,9 ммоль/л, мочевая кислота – 0,65 ммоль/л (норма – 0,17 – 0,41), молочная кислота – 2,8 ммоль/л (норма – 1,0 – 1,7).

Колебания глюкозы и лактата:

Проба 1: глюкоза 2.22 ммоль/л, лактат 8.14 ммоль/л

Проба 2: с голоданием (ребенок 6ч не ел):

10-20 глюкоза 0.5 ммоль/л, лактат 6.39 ммоль/л

12-11 глюкоза 9.88 ммоль/л, лактат 2.76 ммоль/л

13-20 глюкоза 9.75 ммоль/л, лактат 1.98 ммоль/л

15-31 глюкоза 1.53 ммоль/л, лактат 1.93 ммоль/л.

Проба 3: с глюкагоном:

9-35 (до пробы, голодал 3.5ч) глюкоза 1.37 ммоль/л,  
лактат 6.80 ммоль/л

9.40 в/м введено 0.25мл глюкагона

10.00 глюкоза 0.76 ммоль/л, лактат 12.79 ммоль/л

**Кислотно-основное состояние крови:** pH = 7,35, BE = -6 ммоль/л.

**УЗИ печени:** увеличение всех отделов печени, больше правых, повышение эхогенности паренхимы.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие нарушения лежат в основе этого заболевания? Каков тип наследования заболевания?
3. Какие методы диагностики необходимы для уточнения заболевания?
4. Чем объяснить гипогликемические состояния у ребенка?
5. Какие методы определения глюкозы в крови Вы знаете?
6. Какова роль провокационных проб (с голоданием и глюкагоном)?
7. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
8. Какие заболевания из этой группы Вам известны? При каком заболевании из этой группы развиваются тяжелые поражения сердца?
9. Основные принципы лечения?
10. Что является причиной смерти при отсутствии лечения?

#### ЗАДАЧА 32

Ребенок 8 месяцев.

Анамнез жизни: ребенок от молодых, здоровых родителей. Беременность первая, протекала физиологически, первые срочные роды. Масса тела при рождении 3100 г, длина 50 см, закричал сразу, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов, к груди приложен в родильном зале, из родильного дома выписан на 5-е сутки. В первом полугодии жизни изменений в развитии ребенка не наблюдалось, на учете у специалистов не состоял, прививки по плану. Находится на грудном вскармливании, прикорм по возрасту.

С 7-8-месячного возраста у ребенка нарушилась двигательная активность, возникли периодические бесцельные движения, ритмические покачивания туловища, появился гипертонус конечностей. Ребенок начал отставать в нервно-психическом развитии. Временами отмечались приступы неукротимой рвоты.

Объективно: ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Обращает на себя внимание очень светлая кожа, белокурые волосы, яркие голубые глаза и своеобразный «мышинный» запах. В легких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, ЧД 32 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 124 уд. в мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, эластичной консистенции, безболезненная. Неврологический статус: ребенок сидит только с поддержкой, не стоит, эмоционально вял, издает редкие монотонные звуки, не узнает мать; отмечается выраженный гипертонус, усиление глубоких сухожильных рефлексов.

**Общий анализ крови:** Нб – 110 г/л, Эр -  $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк -  $5,8 \times 10^9$ /л, п/я - 1%, с/я - 32%, э – 1%, л - 58%, м - 8%, СОЭ - 2 мм/ч.

**Общий анализ мочи:** количество - 40,0 мл, относительная плотность - 1012, лейкоциты - 2-3 в п/зр, эритроциты – нет, слизь – немного.

**Скрининг-тест Гатри:** положительный.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. О каком заболевании можно думать?
2. Что лежит в основе его возникновения?
3. Какие дополнительные методы исследования следует провести?
4. Чем можно объяснить необычно светлую кожу и белокурые волосы при данной патологии?
5. Каковы причины отставания психомоторного развития у данного больного?
6. В каком возрасте наблюдается манифестация заболевания?
7. Каков прогноз больных в зависимости от срока постановки диагноза?
8. При каких наследственных заболеваниях изменяется цвет и запах мочи?
9. Принципы лечения этого заболевания?
10. Охарактеризуйте основные принципы профилактики данной патологии.

#### **ЗАДАЧА 33**

Девочка О., 1 года, поступила в клинику по направлению участкового педиатра с диагнозом «Анемия тяжелой степени неясного генеза».

Анамнез: ребенок от I беременности, протекавшей с гестозом на 28-37 неделях, роды в срок, при рождении масса тела 3300 г, длина 51 см. С 2-недельного возраста ребенок переведен на искусственное вскармливание из-за гипогалактии у мамы. С 4 до 11 месяцев девочка находилась у бабушки в деревне, в питании коровье молоко, каши на козьем молоке, овощи, ягоды и соки собственного приготовления, мясо не ела («отказывалась», со слов бабушки). В деревне, за этот промежуток времени, врачами не наблюдалась, профилактические прививки не выполнялись. В последнее время стала вялой и капризной, снизился аппетит, периодически ела землю. Бабушка вызвала мать, которая увезла ребенка в город для обследования. При обследовании было обнаружено снижение уровня Нб до 72 г/л.

Через 3 недели по рекомендации педиатра ребенок был госпитализирован.

При поступлении: состояние девочки тяжелое, вялая, раздражительная, негативна при осмотре. Обращает на себя внимание выраженная бледность кожи и видимых слизистых. Склеры светлые. В углах рта «заеды». Слизистые полости рта бледные, налетов нет. Зубы 0/2, с желтым налетом. Периферические лимфатические узлы до 0,4 см в диаметре, безболезненные. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД 26 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, на верхушке сердца выслушивается систолический шум мягкого тембра, за пределы сердца не проводится. ЧСС 132 в минуту. Живот мягкий, доступен

глубокой пальпации, безболезненный. Печень +2,0 см ниже реберного края, край эластичный. Селезенка по краю реберной дуги. Мочится свободно, мочеиспускание безболезненное, стул 1-2 раза в день, оформленный. Психомоторное развитие: стоит и ходит у опоры, придерживаясь двумя руками; по просьбе неохотно выполняет ранее заученные действия «сорока», «до свидания», «ладушки»; показывает части лица другого человека; повторяет за взрослыми новые слоги, произносит первые лепетные слова «ма-ма», «тя-тя», «ба-ба», подражает в действиях другому ребенку, общается с помощью жестов, формируются навыки приема пищи.

**Клинический анализ крови:** Hb – 54 г/л, Эр –  $2,0 \times 10^{12}$ /л, MCV – 61,8 фл, MCH – 15,2 пг, MCHC – 247 г/л, ретикулоциты – 1,1%; Лейк –  $7,2 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 20%, лимф – 66%, эоз – 4%, мон – 8%, СОЭ – 15 мм/ч. Выражен анизо-, пойкило-, микроцитоз эритроцитов.

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 62 г/л, билирубин общий – 22,5 мкмоль/л, прямой билирубин – 3,5 мкмоль/л, ферритин – 4,7 мкг/л (N=60-200), железо – 3,1 мкмоль/л (N=10,6-33,6), общая железосвязывающая способность – 103,9 мкмоль/л (N=40,6-62,5), свободный Hb – нет (N – нет), фолиевая кислота 12 нг/мл (норма 3 - 20 нг/мл), витамин B12 118 пг/мл (норма 100-250 пг/мл), СРБ 2 мкг/л (норма до 5 мкг/л).

**Общий анализ мочи:** отн. пл. – 1,010, белок – нет, эпителий плоский – немного, Лейк – 0–1 в п/зр., Эр – нет, слизь – немного.

**Анализ кала на скрытую кровь:** отр. (троекратно).

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Необходимо ли дополнительное обследование для уточнения диагноза?
3. Какие биохимические показатели (показатель) являются верификационными критериями (критерием) данного заболевания?
4. Перечислите причины, которые способствовали развитию заболевания у данного ребенка.
5. Какие органы и ткани наиболее чувствительны к гипоксии?
6. Оцените психомоторное развитие ребенка и с чем связана его задержка у данного ребенка?
7. Назначьте лечение.
8. Нуждается ли данный ребенок в переливании крови или ее компонентов?
9. Назовите лекарственные средства, которые наиболее предпочтительны в данной клинической ситуации, и путь их введения.
10. В течение какого времени проводится диспансерное наблюдение за детьми с данным заболеванием? Составьте план вакцинации данного ребенка.

#### **ЗАДАЧА 34**

Настя И., 1 года 4 месяцев, поступила в клинику с жалобами матери на снижение аппетита у ребенка, вялость, извращение вкуса (лизет стены, ест мел, сырые пельмени).

Анамнез: ребенок от I беременности, протекавшей на фоне анемии и преэклампсии (лечение анемии не проводилось). Роды срочные, быстрые. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. Грудное вскармливание до 3,5 месяцев, далее – искусственное затем – искусственное (смесь «Нутрилак»). Прикорм: с 5 месяцев – каши (овсяная и манная) на цельном коровьем молоке и творог, с 9 – овощное пюре, с 11 – мясное пюре (ела плохо). В возрасте 1 года девочку отправили за город, где она получала каши на коровьем молоке, творог, фрукты, овощи, от мяса отказывалась. За 3 месяца пребывания в деревне дважды перенесла ОРВИ. После возвращения в Москву в анализе крови выявлено снижение уровня Hb (81 г/л). Привита частично БЦЖ-М в роддоме, вакцинация АКДС (трехкратно в 3, 4,5 и 6 мес), вакцинация полиомиелит ИПВ в 3 и 4,5 мес, ОПВ в 6 мес.

При поступлении: состояние средней тяжести, капризная, кожа и видимые слизистые бледные, чистые, без инфекционной сыпи. Волосы тусклые, ломкие. Слизистые полости рта бледно – розовые, налетов нет. Зубы 2/2, дентация, на эмали верхних резцов желто –

коричневые пятна. Периферические лимфатические узлы: подчелюстные до 0,5 см, аксиллярные до 0,6 см, паховые до 0,7 см, безболезненный при пальпации. Патологические группы лимфатических узлов не пальпируются. ЧД 25 в минуту. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧСС 128 в минуту. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, на верхушке выслушивается короткий систолический шум, за пределы сердца не проводится. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2,5 см из-под реберного края. Селезенка у реберного края. Стул, со слов 1 раз в день, оформленный, моится свободно, дизурии нет. Психомоторное развитие: Говорит отдельные слова.

**Общий анализ крови:** Hb – 81 г/л, Эр –  $4,75 \times 10^{12}$ /л, MCV – 58,8 фл, MCH – 15,7 пг, MCHC – 267 г/л, ретикулоциты – 1,9%; Лейк –  $10,77 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 22%, лимф – 64%, эоз – 4%, мон – 8%, СОЭ – 15 мм/ч. Выражен анизо-, пойкило-, микроцитоз эритроцитов.

**Биохимический анализ крови:** белок – 68 г/л, билирубин общий – 18,2 мкмоль/л, ферритин – 7,5 мкг/л (N=60–200), железо – 5,3 мкмоль/л (N=10,4–21,5), общая железосвязывающая способность – 98,9 мкмоль/л (N=40–70), свободный Hb – нет (N – нет), фолиевая кислота 14 нг/мл (норма 3 - 20 нг/мл), витамин B12 188 пг/мл (норма 100–250 пг/мл), СРБ 1 мкг/л (норма до 5 мкг/л).

**Общий анализ мочи:** отн. пл. – 1,013, белок – нет, эпителий плоский – немного, Лейк – 0–1 в п/зрения, Эр – нет, цилиндры – нет, слизь – немного.

**Анализ кала на скрытую кровь:** отр. (троекратно).

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Необходимо ли дополнительное обследование для уточнения диагноза?
3. Какие биохимические показатели (показатель) являются верификационными критериями (критерием) данного заболевания?
4. Какие причины способствовали развитию заболевания у данного ребенка?
5. Какие органы и ткани наиболее чувствительны к гипоксии?
6. Существует ли взаимосвязь у ребенка между основным заболеванием и приверженностью к частым респираторным вирусным инфекциям?
7. Назначьте лечение.
8. Назовите лекарственные средства, которые наиболее предпочтительны в данной клинической ситуации, и путь их введения.
9. Какова продолжительность терапии основного заболевания?
10. В течение какого времени проводится диспансерное наблюдение за детьми с данным заболеванием? Составьте план вакцинации у данного ребенка.

#### **ЗАДАЧА 35**

У мальчика Е., 3 лет, после употребления вареной рыбы появились зуд и отек в области губ, жжение языка, уртикарная сыпь на лице, боли в животе, учащенный разжиженный стул.

Анамнез болезни: в возрасте 5,5 месяцев после перехода на искусственное вскармливание (молочная смесь «Малютка») у ребенка впервые появились изменения на коже в виде яркой гиперемии щек и ягодич, которые купировались через несколько дней на фоне замены молочной смеси на гипоаллергенную («НАН ГА») и антигистаминных препаратов. На втором году жизни подобные кожные изменения стали появляться после употребления цельного коровьего молока, апельсина, клубники, шоколада, но почти полностью исчезали при соблюдении гипоаллергенной диеты. К концу третьего года изменения на коже стали более распространенными, а в области запястий, локтевых сгибов и подколенных ямок появились стойкие участки гиперемии и лихенизации. Мать ребенка страдает контактной экземой.

При осмотре: мальчик повышенного питания, беспокоен, плачет, постоянно чешет лицо и кусает губы. На лице крупная уртикарная сыпь, многочисленные экскориации. На

коже запястий, локтевых сгибов и подколенных ямок определяются участки гиперемии с мокнутием и корками. Губы и язык отечны и гиперемированы, видны следы от укусов зубов, слизистая оболочка полости рта чистая, отечная, ярко гиперемирована. В легких дыхание пуэрильное. Живот мягкий, определяется урчание по ходу толстой кишки. Стул неустойчивый, жидкий, с примесью светлой слизи.

**Общий анализ крови:** Нв – 112 г/л, Эр –  $3,2 \times 10^{12}/л$ , Лейк –  $7,0 \times 10^9/л$ , п/я – 5%, с – 34%, э – 12%, л – 45%, м – 4%, СОЭ – 6 мм/ч.

**Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА):** титр антител к рыбе 1:280 (N=1:30), к белку коровьего молока 1:920 (N=1:80).

**Радиоаллергосорбентный тест (РАСТ):** уровень IgE в сыворотке крови 910 Ед/л (N – до 100 Ед/л).

**Титр антител к пищевым аллергенам методом иммуноферментного анализа:** выявлена высокая степень сенсибилизации (++++) к М-белку рыб, средняя (+++) – к β-лактальбумину и овальбумину.

**Анализ кала на кишечную группу:** отрицательный.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Сформулируйте диагноз и дайте его обоснование.
2. Каковы механизмы развития аллергических реакций?
3. Назовите анатомо-физиологические особенности кожи детей раннего возраста.
4. Какие процессы – брожения или гниения – преобладают в кишечнике у грудных детей?
5. Если это необходимо, наметьте план дальнейшего обследования.
6. Какие инструментальные методы обследования могут применяться и с какой целью?
7. Назначьте лечение.
8. Какие препараты действуют как стабилизаторы клеточных мембран при аллергическом воспалении?
9. Возможны ли синуситы при данной патологии и каковы их проявления?
10. Чем характеризуется аллергическая реакция I типа (немедленного)?

#### **ЗАДАЧА 36**

Антон В., 6 месяцев, поступил в больницу с направляющим диагнозом: Детская экзема, период обострения.

Анамнез: ребенок от I беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 2850 г, длина 50 см. Естественное вскармливание до 2,5 месяцев. Вскоре после перевода ребенка на искусственное вскармливание (смесь «Агуша») на коже щек появились зудящие участки покраснения с микровезикулами, мокнутием и корками. В дальнейшем проводилась частая смена молочных смесей («Фрисолак», «Энфамил», «Хумана», «НАН» и др.), на фоне чего кожные изменения постепенно распространились на ягодицы, верхние и нижние конечности, туловище; усилился зуд. Применение наружных медикаментозных средств («болтушки», кремы, мази, травяные ванны) и антигистаминных препаратов давало кратковременный эффект. Три дня назад после введения прикорма (овсяная каша на козьем молоке) кожные проявления усилились, появилось выраженное беспокойство (ребенок почти не спит), учащенный разжиженный стул со слизью. Мать ребенка страдает нейродермитом, у отца – поллиноз.

При поступлении: состояние ребенка тяжелое, резко беспокоен. На волосистой части головы проявления себорейного шелушения в виде «чепчика». На коже повсеместно (за исключением спины) имеются участки эритемы с мокнутием и серозными корками. За ушами, в области шейных складок, локтевых и подколенных сгибов, промежности – участки мокнутия с мелкопластинчатым шелушением. Пальпируются периферические лимфатические узлы до 0,5-0,6 см в диаметре, безболезненные. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 114 уд/мин. Живот безболезненный при пальпации, слегка вздут, урчание по ходу толстого кишечника. Печень + 3,0 см из-под края реберной

дуги. Селезенка не пальпируется. Стул разжиженный, желто-зеленого цвета, с непереваренными комочками и слизью.

**Общий анализ крови:** Нв – 101 г/л, Эр –  $3,1 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,8, Лейк –  $11,2 \times 10^9$ /л, п/я – 7%, с/я – 33%, эоз – 9%, лимф – 41%, мон – 10%, СОЭ – 12 мм/ч.

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 68 г/л, железо – 8,1 мкмоль/л (N=10,4–14,2), общая железосвязывающая способность – 87,9 мкмоль/л (N=63,0–80,0).

**Радиоаллергосорбентный тест (РАСТ):** уровень IgE в сыворотке крови 830 Ед/л (N – до 100 Ед/л).

**Титр антител к пищевым аллергенам методом иммуноферментного анализа:** выявлена средней степени сенсibilизация (+++) к β-лактальбумину, овальбумину, глиадину.

**Анализ кала на кишечную группу:** отрицательный.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Согласны ли вы с направляющим диагнозом? Сформулируйте и обоснуйте Ваш диагноз.
2. Перечислите основные патогенетические механизмы развития заболевания.
3. Можно ли на основании анамнеза и представленных результатов обследования подтвердить диагноз?
4. Если это необходимо, наметьте план дальнейшего обследования.
5. Какие инструментальные методы обследования могут применяться и с какой целью?
6. Возможны ли синуситы при данной патологии и каковы их проявления?
7. Какие процессы – брожения или гниения – преобладают в кишечнике у грудных детей?
8. Назовите анатомо-физиологические особенности кожи детей раннего возраста.
9. Назначьте и обоснуйте лечение.
10. Какие препараты действуют как стабилизаторы клеточных мембран при аллергическом воспалении?

#### **ЗАДАЧА 37**

Ребенок 5 месяцев 3 дней поступил в больницу с направляющим диагнозом: кишечная инфекция, токсикоз с эксикозом II степени.

Анамнез жизни: девочка от I беременности, I физиологических родов. Масса тела при рождении 3600 г, длина 53 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. До настоящего времени находится на грудном вскармливании. Помимо грудного молока получает яблочный и морковный соки, фруктовое пюре. Профилактические прививки по возрасту. Стул до заболевания 2-3 раза в сутки, желтого цвета, без патологических примесей. Наследственность не отягощена. В возрасте 5 месяцев масса тела составляла 7400,0 г.

**Анамнез заболевания.** Заболела 4 дня назад, когда внезапно поднялась температура тела до  $37,7^{\circ}\text{C}$ , появился разжиженный стул до 7-8 раз в сутки, отмечалась повторная рвота. На 2 сутки заболевания девочка осмотрена участковым педиатром, который предложил госпитализировать ребенка, однако родители от госпитализации отказались. Было рекомендовано поить ребенка дробно до 500-600 мл/сут; назначен ампициллин в/м 250 тыс. ЕД 3 раза/сут. На 3-й день болезни рвота участилась до 8 раз за сутки, девочка стала отказываться от питья и еды, появилась сонливость. В день госпитализации у ребенка отмечается неукротимая рвота. В течение 8 часов не мочилась. Стул водянистый, скудный.

При поступлении в стационар состояние ребенка очень тяжелое. Сознание soporозное. Адинамична. Температура тела  $36,0^{\circ}\text{C}$ . Кожные покровы холодные на ощупь, выражены акроцианоз, «мраморность» рисунок. Большой родничок запавший, черты лица заострены, глазные яблоки запавшие, мягкие. Выражено диспноэ, ЧД = 42 в минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС = 88 уд/мин. Живот вздут, при пальпации безболезненный во всех отделах, перистальтика вялая. Печень +3,0см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Резкая мышечная гипотония, гипорефлексия. При осмотре дважды была

рвота желчью. Стула во время осмотра не было, не мочилась. Очаговой и менингеальной симптоматики не отмечается. Масса тела на момент поступления – 6,6 кг.

**Общий анализ крови:** Ht – 61% (N=31-47), Hb – 156 г/л, Эр –  $5,2 \times 10^{12}/л$ , ЦП – 0,9; Лейк –  $18,8 \times 10^9/л$ , п/я – 8%, с/я – 60%, эоз – 1%, лимф – 21%, мон – 10%, СОЭ – 20 мм/ч.

**Общий анализ мочи:** цвет – насыщенно-желтый, отн. плотн. – 1018, белок – 0,066 г/л, глюкоза – нет, эпителий плоский – много, Лейк – 5-10 в п/зр, Эр – ед. в п/зр, цилиндры – нет, слизь – немного.

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 82 г/л, мочевины – 8,6 ммоль/л, калий – 3,0 ммоль/л, натрий – 128,0 ммоль/л, кальций иониз. – 0,7 ммоль/л (N=0,8-1,1).

**КОС крови:**  $pCO_2$  – 36 мм рт.ст., pH = 7,1, BE = -15,5 ммоль/л.

**Бактериологическое исследование кала:** материал взят на исследование.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Согласны ли Вы с направляющим диагнозом? Ответ обоснуйте.
2. Перечислите основные механизмы развития патологического процесса при данном заболевании.
3. Каковы наиболее вероятные этиологические причины развития данного заболевания у детей раннего возраста?
4. Перечислите особенности водно-электролитного обмена у детей раннего возраста, которые способствуют развитию обезвоживания.
5. Какие исследования являются наиболее значимыми для определения вида и степени дегидратации?
6. Перечислите электрокардиографические признаки гиперкалиемии.
7. Каков механизм развития ацидоза при токсикозе с эксикозом?
8. Перечислите основные направления терапии данного заболевания (посиндромно).
9. Чем определяется тактика инфузионной терапии при развитии дегидратации? Рассчитайте объем и состав инфузионных растворов, необходимых данному ребенку.
10. Как производится коррекция гипокалиемии?

#### ЗАДАЧА 38

Мальчик 1 года 1 мес. поступил в больницу с жалобами матери на слабость, повышение температуры тела до  $39,0\text{ }^{\circ}\text{C}$ , повторную рвоту, отказ от еды и питья.

**Анамнез жизни:** ребенок от II беременности, протекавшей с нефропатией в III триместре, II срочных родов со стимуляцией. Масса тела при рождении 3100 г, длина – 50 см. На естественном вскармливании до 11 мес, прикорм введен с 5 мес. В весе прибавлял нормально, масса тела в 1 год – 10,2 кг. До настоящего времени ничем не болел.

**Анамнез болезни:** ребенок отдыхал в деревне у бабушки, за 2 дня до поступления в стационар у мальчика поднялась температура тела до  $39,2\text{ }^{\circ}\text{C}$ , появилась рвота, частый водянистый стул. В первые сутки заболевания жадно пил, был очень возбужден. Врачом не осматривался, лечения не получал. На вторые сутки болезни рвота участилась, стал отказываться от еды и питья, стул до 12 раз в сутки. Ребенок госпитализирован.

**При поступлении** состояние ребенка тяжелое. Масса тела 9,6 кг. Выражена вялость, сонливость. Глаза «запавшие», «заострившиеся» черты лица. Кожа чистая, бледная, сухая, собирается в складки и медленно расправляется. Губы потрескавшиеся, сухие. Язык «сосочковый», прилипает к шпателью. Во рту вязкая слизь. Пульс и дыхание учащены. Живот вздут. Стул водянистый со слизью и зеленью. Со вчерашнего дня не мочился. Менингеальных и очаговых знаков нет.

**Общий анализ крови:** Hb – 158 г/л, Эр –  $4,9 \times 10^{12}/л$ , ЦП – 0,9, Лейк –  $16,3 \times 10^9/л$ , п/я – 6%, с/я – 41%, эоз – 1%, лимф – 44%, мон – 8%, СОЭ – 13 мм/ч. 18, белок – следы, глюкоза – нет, эпителий плоский –

**Общий анализ мочи:** цвет – насыщенно-желтый, отн. плотн. – 10 немного, лейкоциты – 4-5 в п/зр, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – немного.

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 70 г/л, мочевины – 5,5 ммоль/л, калий – 3,2 ммоль/л, натрий – 152 ммоль/л, кальций иониз. – 1,0 ммоль/л, фосфор – 1,2 ммоль/л, АлАТ – 23 Ед/л, АсАТ – 19 Ед/л, серомукоид – 0,480 ЕД.

**КОС крови:** рСО<sub>2</sub> – 32 мм рт.ст., рН = 7,3, ВЕ = -10,0 ммоль/л.

**Бактериологическое исследование кала:** материал взят на исследование.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Продолжите обследование для подтверждения диагноза.
3. Какие этиологические факторы наиболее часто вызывают подобные патологические процессы у детей раннего возраста?
4. Каковы основные механизмы развития патологического процесса у данного ребенка?
5. Какие исследования наиболее информативны для определения вида и степени дегидратации?
6. Как изменяются показатели гематокрита в зависимости от степени обезвоживания?
7. Для какой фазы обезвоживания характерно развитие субкомпенсированного метаболического ацидоза?
8. Перечислите основные принципы терапии (посиндромно) данного заболевания. Перечислите способы расчета объема жидкости для проведения регидратации?
9. Каково соотношение глюкозо-солевых растворов, которые используются при водodefицитном (гиперосмолярном) виде обезвоживания?
10. Как проводится коррекция гипокалиемии?

#### **ЗАДАЧА 39**

Больная З., 3 лет, планово поступила в стационар.

Из анамнеза известно, что у ребенка с рождения отмечался диффузный цианоз кожи и видимых слизистых. В возрасте 7 дней была проведена закрытая атриосептостомия (процедура Рашкинда). С 3 месяцев и до настоящего времени находилась в доме ребенка.

При поступлении кожные покровы и видимые слизистые умеренно цианотичные, акроцианоз, пальцы в виде «барабанных палочек», ногти – «часовых стекол», деформация грудной клетки. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1 см вправо от правой парастернальной линии, левая – по левой аксиллярной линии, верхняя – II ребро. Аускультативно: тоны ритмичные, ЧСС – 160 уд/мин, в III межреберье по левому краю грудины выслушивается средней интенсивности систолический шум, акцент второго тона во II межреберье слева. ЧД - 40 в 1 минуту, дыхание глубокое, шумное. Печень выступает на 3,0 см из-под реберного края.

**Клинический анализ крови:** Нб – 148 г/л, Эр -4,  $9 \times 10^{12}$  /л, Ц.п.- 0,9, Лейкоциты -  $6,3 \times 10^9$  /л, п/я - 4%, с - 21%, э - 1%, л - 70%, м - 4%, СОЭ - 3 мм/час.

**Общий анализ мочи:** цвет – светло-желтый, относительная плотность - 1014, белок – отсутствует, глюкоза отсутствует, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты отсутствуют.

**Биохимический анализ крови:** общий белок 69 г/л, мочевины – 5,1 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий – 143 ммоль/л, фосфор - 1,5 ммоль/л, АлТ – 23 ЕД/л (норма –до 40), АСТ - 19 ЕД/л ( норма – до 40), серомукоид - 0,180 (норма –до 0,200).

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
3. Как объяснить появление симптомов «барабанных палочек» и «часовых стекол» ?
4. Почему диффузный цианоз выявляется у детей с данным заболеванием с рождения ?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?



6. Сроки оперативного лечения.
7. С какой целью проводилась новорожденному ребенку закрытая атриосептостомия?
8. Нуждаются ли дети с данной патологией в получении сердечных гликозидов?
9. Назовите неблагоприятные факторы, способствующие формированию врожденных пороков сердца у детей?
10. Каковы наиболее частые осложнения врожденных пороков синего типа?

#### ЗАДАЧА 40

Мальчик К., 11 месяцев, поступил в стационар с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 7,0 кг), появление одышки и усиление цианоза при физическом и эмоциональном напряжении.

Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с 2-месячного возраста, цианотичный оттенок кожных покровов – с 6-месячного возраста. При кормлении отмечается быстрая утомляемость, вплоть до отказа от груди. Бронхитом и пневмонией не болел.

При осмотре: кожные покровы с диффузным цианотичным оттенком, выраженным акроцианозом. Симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Область сердца визуально не изменена. Границы относительной сердечной тупости: левая – по левой средне-ключичной линии, правая – по правой парастернальной линии, верхняя – II межреберье. Тоны сердца удовлетворительной громкости, ЧСС – 150 в 1 мин, ЧД – 56 в 1 мин. Вдоль левого края грудины выслушивается грубый систолический шум, второй тон ослаблен во втором межреберье слева. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

**Клинический анализ крови:** гематокрит – 49% (норма 31-47%), гемоглобин – 170 г/л, Эр –  $5,4 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,91, Лейк –  $6,1 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с/я – 26%, э – 1%, л- 64%, м – 6%, СОЭ – 2 мм/час.

**Общий анализ мочи:** цвет – светло-желтый, относительная плотность – 1004, белок, глюкоза – отсутствуют, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0 – 1 в п/зр, эритроциты – отсутствуют, цилиндры – нет, слизь – немного.

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 69 г/л, мочевины – 5,1 ммоль/л, холестерин – 3,3 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий 143 ммоль/л, фосфор - 1,5 ммоль/л, АЛТ – 23 Ед/л, АСТ – 19 Ед/л, серомукоид – 0,180 (норма до 0,200)

**Кислотно-основное состояние крови:** рО<sub>2</sub> – 62 мм.рт.ст. (норма 80-100), рСО<sub>2</sub> – 50 мм.рт.ст. (норма 36-40), рН- 7,29, ВЕ = -8,5 ммоль/л (норма - 2,0 - +2,0).

#### ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какова анатомия данного порока?
3. Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения диагноза?
4. Как объяснить появление таких симптомов как «барабанные палочки» и «часовые стекла»?
5. В какие сроки жизни появляется диффузный цианоз при этом пороке – с рождения или позже? Почему?
6. Чем объяснить наличие у ребенка тахикардии и одышки?
7. Какие изменения обнаруживаются при рентгенологическом исследовании грудной клетки?
8. Ваше отношение к назначению сердечных гликозидов у данного больного?
9. Если назначение сердечных гликозидов не показано, то почему? Какое направление действия сердечных гликозидов оказывает порочное действие в данной ситуации?
10. Определите терапевтическую тактику.

### ЗАДАЧА 41

Девочка, 13 лет, поступила впервые в связи повышением АД до 160–170/90 – 100 мм рт. ст., головной болью, головокружением, потемнением в глазах, после психоэмоциональных и физических нагрузок. С детства периодически носовые кровотечения, после которых головная боль проходит.

Из анамнеза известно, что девочка от III беременности, протекавшей с повышением АД до 140/80 мм рт. ст. в III триместре, II срочных родов. Масса тела при рождении 3300 г, длина 51 см. Ранний период развития протекал без особенностей. Росла и развивалась по возрасту. С 1 года 4 месяцев наблюдается кардиологом в связи с «шумом в сердце». На ЭХО–КГ выявлен пролапс митрального клапана. Наследственность не отягощена. Родители страдают головными болями.

При поступлении отмечают: возбудимость, мраморность дистальных отделов кожных покровов, похолодание стоп, умеренный акротрофогипергидроз, белый дермографизм. Определяется усиленная симметричная пульсация на сосудах верхних конечностей. Пульсация на бедренных артериях отсутствует. При аускультации сердца – усиление I тона на верхушке, акцент II тона во II межреберье справа от грудины. выслушивается систолический шум с p.max. на спине на уровне Th-2. АД на руках 160/90 мм рт. ст., АД на ногах не определяется.

**Общий анализ крови:** Hb – 130 г/л, Эр –  $4,6 \times 10^{12}$ /л, Лейк –  $5,1 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 63%, л – 30%, э – 2%, м – 3%, СОЭ – 7 мм/час;

**Общий анализ мочи:** удельный вес - 1021, белок и глюкоза отсутствуют, лейкоциты - 3 – 4 в п/зр, эритроциты - нет, эпителий плоский - ед. в п/зр, слизи - мало, оксалатов - мало;

**Биохимический анализ крови:** общий белок - 82 г/л, альбумины - 62 г/л, глобулины - 20 г/л; креатинин - 86 мкмоль/л; мочевины - 2,7 ммоль/л; АлАТ - 19 ЕД/л; АсАТ - 34 ЕД/л; глюкоза - 3,57 ммоль/л; холестерин – 4,06 ммоль/л; калий - 4,6 ммоль/л; натрий - 145 ммоль/л; кальций общ. - 2,32 ммоль/л; фосфор - 1,29 ммоль/л; альфа–амилаза - 40 ЕД/л; ЩФ - 262 ЕД/л (N – 70-140).

**ЭКГ:** повышение электрической активности биопотенциалов левого желудочка, сглаженность зубца Т в отведениях V 5-6.

**ЭХО – КГ:** пролапс митрального клапана I ст., регургитация I +.

**СМАД:** – превышение показателей среднего и средненочного САД.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обозначьте круг дифференциальной диагностики
3. Укажите основные клинические симптомы и результаты инструментальных исследований, позволившие сформулировать основной диагноз.
4. Какие ещё исследования необходимо провести?
5. Как в норме соотносится АД на руках и на ногах?
6. Укажите нормальные значения АД и ЧСС для девочки 13 лет.
7. Назовите группы гипотензивных препаратов, используемых в педиатрии.
8. Какие органы – мишени поражаются при артериальной гипертензии?
9. К какой группе препаратов относится каптоприл? Укажите его лечебные и возможные побочные эффекты. Из какого расчёта он назначается?
10. Консультации каких специалистов необходимы ребёнку?

### ЗАДАЧА 42

Ира К., 11 лет, направлена для обследования в связи с тем, что во время диспансеризации в школе аускультативно были выявлены изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. Девочка жалоб не предъявляла.

Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей физиологически, срочных стремительных родов. Раннее развитие без особенностей.

Врачами-специалистами не наблюдалась. Учебные нагрузки большие. Сон по времени недостаточный.

При осмотре: состояние удовлетворительное, телосложение правильное. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Со стороны лимфатической и дыхательной систем патологических признаков не выявлено. Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок определяется в V межреберье, локализованный, не усиленный. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – по левой срединно-ключичной линии, верхняя – нижний край II ребра. Аускультативно – тоны сердца удовлетворительной громкости. Выслушиваются экстрасистолы до 5-7 в 1 минуту. ЧСС – 77 в 1 минуту. В ортостазе и после физической нагрузки (10 приседаний) экстрасистолы исчезают. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Отеков нет.

**Клинический анализ крови:** Hb 120 г/л, эр.  $3,8 \times 10^{12}$  /л, лейкоц.  $7,0 \times 10^9$  /л, п/я – 5%, с/я – 60%, л – 31%, м – 4%, СОЭ – 7 мм/час.

**ЭКГ:** синусовый ритм с частотой 77-80 в 1 минуту, нормальное положение электрической оси сердца, экстрасистолы с узким комплексом QRS с предшествующим отрицательным зубцом Т в отведениях I, II, avL, с полной компенсаторной паузой. После физической нагрузки и в ортостазе экстрасистолы исчезают.

**ЭхоКГ:** размеры полостей сердца не увеличены. Фракция выброса левого желудочка составляет 70%. Толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки в пределах возрастной нормы.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Каковы возможные причины развития изменений со стороны сердца.
3. Какие обследования следует провести пациенту.
4. Какие положения следует уточнить в анамнезе.
5. С какими специалистами следует проконсультировать ребенка.
6. При каких органических заболеваниях других органов возможны выявленные изменения со стороны сердца
7. Какие функциональные пробы следует проводить детям с экстрасистолией.
8. Какой прогноз у данного пациента
9. Какую терапию Вы предложите ребенку.
10. Перечислите классы антиаритмических препаратов.

#### **ЗАДАЧА 43**

Больной Р., 1 года 4 месяцев, поступил в отделение с жалобами на рвоту, боли в животе, утомляемость, значительное снижение аппетита, потерю массы тела на 2 кг в течение 2 месяцев.

Из анамнеза известно, что мальчик от второй беременности и родов, протекавших физиологически. Развивался по возрасту. Ходит с 9 месяцев, в весе прибавлял хорошо. Всегда был подвижен, активен. В возрасте 1 года 2 месяцев перенес ОРВИ? Заболевание сопровождалось умеренно выраженными катаральными явлениями в течение 5 дней (насморк, кашель), в это же время отмечался жидкий стул, рвота, температура тела 37,2 - 37, 5<sup>0</sup>С.

С этого времени мальчик стал вялым, уставал «ходить ножками». Беспокоил влажный кашель, преимущественно по ночам. Значительно снизился аппетит. Участковым педиатром состояние расценено как астенический синдром после перенесенного заболевания.

В общем анализе крови: Hb – 100 г/л, лейкоциты –  $6,4 \times 10^9$  /л, п/я -5 %, с- 47%, э – 1%, б- 1%, м - 3%, л – 43%, СОЭ -11 мм/час. Был госпитализирован с диагнозом: «Железодефицитная анемия». Накануне поступления состояние ребенка резко

ухудшилось: был крайне беспокоен, отмечалась повторная рвота, появились отеки на ногах.

При поступлении состояние тяжелое. Выражена вялость, адинамия, аппетит отсутствует. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника, на голенях - отеки. В легких жестковатое дыхание, в нижних отделах - влажные хрипы. ЧД – 60 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней аксиллярной линии. Тоны сердца глухие, систолический шум на верхушке, ЧСС – 160 уд/ мин. Печень + 7 см по правой средне-ключичной линии, селезенка + 2 см. Мочится мало, стул оформлен.

**Клинический анализ крови:** Hb – 100 г/л, эр  $4,5 \times 10^{12}$ /л лейкоциты –  $6,3 \times 10^9$  /л, п/я - 2%, с/я - 48%, э - 1 %, б – 1%, л – 40%, м - 8 %, СОЭ 10 мм/час.

**Общий анализ мочи :** относительная плотность – 1015, белок, глюкоза - отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты отсутствуют.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите ребенку?
2. Назовите наиболее вероятные этиологические факторы
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Перечислите возможные изменения на ЭКГ
5. Чем Вы можете объяснить отечность голеней, увеличение размеров печени?
6. Чем можно объяснить появление одышки у данного больного?
7. Назначьте лечение данному больному.
8. Требуется ли лечение анемия?
9. Какие ошибки были допущены на догоспитальном этапе ведения данного больного
10. Каков прогноз данного заболевания

#### **ЗАДАЧА 44**

Мальчик Ц., 1 года 2 мес. Поступил в отделение с жалобами на снижение аппетита, рвоту, потерю массы тела, влажный кашель.

Из анамнеза известно, что до 1 года ребенок развивался в соответствии с возрастом, самостоятельно ходит с 10 месяцев. В возрасте 11,5 мес. перенес острую респираторно-вирусную инфекцию с подъемом температуры до субфебрильных цифр, катаральными явлениями, абдоминальным синдромом (боли в животе, жидкий стул). Указанные изменения сохранялись в течение 7 дней. Лечился на дому.

Через 2 недели после выздоровления родители отметили, что ребенок стал вялым, капризным, появилась бледность кожных покровов. Температура не повышалась. Данная симптоматика расценивалась как проявление железодефицитной анемии и ребенок получал лечение мальтофером в домашних условиях. Несмотря на проводимую терапию состояние ухудшалось: появились симптомы беспокойства и кашля в ночные часы, рвота, усилилась бледность кожных покровов, резко снизился аппетит. Ребенок госпитализирован для обследования и лечения.

При поступлении состояние ребенка расценено как тяжелое: мальчик вялый, неохотно контактирует при осмотре, покашливает. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, периоральный цианоз. Частота дыхания 44 в 1 мин. Перкуторный звук ясный, легочный. В легких выслушивается крепитация в нижних отделах по задней поверхности. Область сердца визуально не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правой парастернальной линии, левая – по передней подмышечной линии, верхняя – 2 ребро. ЧСС- 140 ударов в 1 мин. Тоны сердца приглушены, особенно I тон в области верхушки сердца. На верхушке выслушивается систолический шум средней интенсивности, связанный с I тоном, занимающий 1/3 систолы. Выслушивается «ритм галопа». Во время осмотра отмечалась однократная рвота. Живот при осмотре мягкий. Печень +6 см по правой средне-ключичной линии, пальпируется край селезенки. Видимых отеков нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Клинический анализ крови:** Нв - 110 г/л, Эр. –  $4,1 \times 10^{12}$  /л, Лейк. –  $5,0 \times 10^9$  /л, п/я – 2%, с/я.-56 %, л - 40%. м - 2%, СОЭ - 10 мм/час.

**ЭКГ:** ЧСС-140 в 1 мин. Угол  $\alpha$  составляет  $-5^\circ$ . Вольтаж комплексов QRS в стандартных отведениях снижен. Признаки P-mitrale.  $R_{V5} < R_{V6}$ . Депрессия сегмента ST и инверсия зубца T в I, II, aVL, V5, V6.

**Рентгенография грудной клетки в прямой проекции:** легочный рисунок усилен. КТИ -60%.

**ЭХО-КГ:** увеличение полости левого желудочка и левого предсердия. Фракция выброса левого желудочка составляет 40%. Регургитация через митральный клапан 1,5+.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Обоснуйте и сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Оцените представленные результаты обследования и сопоставьте их с клинической картиной заболевания.
3. С какой патологией необходимо проведение дифференциальной диагностики.
4. Нуждается ли пациент в дополнительном обследовании и если нуждается, то составьте его план.
5. Какие изменения могут быть получены в результате проведенного дополнительного обследования?
6. Составьте план лечения ребенка.
7. Подтверждает ли гемограмма предполагаемый вами диагноз? Объясните
8. Чем обусловлены такие симптомы как боли в животе и рвота?
9. Возможен ли врожденный характер заболевания?
10. Возможные исходы.

#### **ЗАДАЧА 45**

Маша И., 8 лет. Предъявляет жалобы на быструю утомляемость при обычных нагрузках, плаксивость, произвольные движения лицевой мускулатуры, размашистые произвольные движения рук и ног, трудности при одевании, неустойчивость, нарушение походки. Из анамнеза известно, что 3 недели назад девочка перенесла фолликулярную ангину с высокой температурой, амбулаторно получала антибактериальную терапию с положительным эффектом. Была выписана в школу. Через 7 дней после выписки появилась повышенная утомляемость, нарастающее ухудшение почерка, размашистые некоординированные движения, повысилась температура тела до  $37,5-38,2^\circ\text{C}$ . Ребенок осмотрен участковым педиатром, в клиническом анализе крови патологических изменений не выявлялось. Был диагностирован грипп, астенический синдром, назначена противовирусная терапия. Неврологические симптомы нарастали: усилились проявления гримасничанья, перестала себя обслуживать из-за размашистых гиперкинезов. Мать привезла ребенка в приемное отделение больницы.

При осмотре: состояние тяжелое, ребенок себя не обслуживает из-за размашистых гиперкинезов, отмечаются произвольные подергивания лицевой мускулатуры, выраженная мышечная гипотония, неточное выполнение координационных проб. Кожные покровы бледно-розовые. Со стороны лимфатической и дыхательных систем патологических признаков не выявлено. Область сердца визуально не изменена. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные, вдоль левого края грудины выслушивается короткий систолический шум, который исчезает в ортостазе. Изменений со стороны пищеварительной и мочевыделительной системы при осмотре не выявлено.

**Клинический анализ крови:** Нв - 120 г/л, Эр. –  $4,5 \times 10^{12}$  /л, Лейк. –  $4,4 \times 10^9$  /л, п/я – 2%, с/я - 46 %, л - 48%. м - 2%, э – 2%, СОЭ - 10 мм/час.

**Иммунологические показатели:** АСЛ-О – 1:2500

**Общий анализ мочи:** относительная плотность – 1015, белок, глюкоза - отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты отсутствуют.

**ЭКГ:** ЧСС-88 в 1 мин. Ритм синусовый, нормальное положение электрической оси сердца.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по современной классификации.
2. Назначьте план дополнительного обследования пациента.
3. Проведите дифференциальный диагноз
4. Составьте план лечения данного больного.
5. Какова тактика наблюдения за ребенком после выписки его из стационара?
6. Какой морфологический признак является маркером данного заболевания?
7. В каком возрасте обычно дебютирует данное заболевание.
8. Что является показанием для назначения кортикостероидной терапии
9. Перечислите мероприятия по профилактике рецидивов настоящего заболевания.
10. Обоснуйте длительность противорецидивной терапии

#### **ЗАДАЧА 46**

Больной И., 12 лет поступил в стационар с жалобами на слабость, сердцебиение, утомляемость, субфебрильную температуру.

Анамнез заболевания: 2 года назад перенес острую ревматическую лихорадку с полиартритом и кардитом в виде поражения митрального клапана, в результате чего сформировалась его недостаточность. Настоящее ухудшение состояния наступило после переохлаждения.

При поступлении обращает на себя внимание бледность кожных покровов, тахипноэ до 36 в 1 мин. при ходьбе, которая уменьшается до 24 в 1 мин. в покое. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. При пальпации верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в V межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. В области IV – V межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая - на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии, верхняя – во II межреберье. При аускультации: на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 2/3 систолы; шум проводится в подмышечную область и на спину, сохраняется в положении стоя и усиливается в положении на левом боку. Во II - III межреберье слева от грудины выслушивается протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. Частота сердечных сокращений – 100 ударов в 1 мин. АД – 105/40 мм рт. ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень +3 см по средне-ключичной линии, селезенка не пальпируется. Видимых отеков нет.

**Клинический анализ крови:** Нв - 115 г/л, Эр. –  $4,3 \times 10^{12}$ /л., Лейк.- $10,0 \times 10^9$ /л, п/я – 7%, с/я - 59%, э - 3%, л - 28%, м - 3%, СОЭ - 35 мм/час.

**Общий анализ мочи:** относительная плотность -1015, белок – следы, лейкоциты -2-3 в п/з, эритроциты-отсутствуют.

**ЭКГ:** синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца влево, интервал PR - 0,18 сек, признаки перегрузки левого желудочка и левого предсердия. Признаки субэндокардиальной ишемии миокарда левого желудочка.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по современной классификации.
2. Назначьте план дополнительного обследования пациента.
3. Проведите дифференциальный диагноз изменений со стороны сердечно-сосудистой системы.
4. Составьте план лечения данного больного.
5. Какова тактика наблюдения за ребенком после выписки его из стационара?
6. Дайте оценку показателям АД и объясните причину отклонений.
7. Возможны ли в данной ситуации жалобы на боли в области сердца и почему?

8. Какой морфологический признак является маркером данного заболевания?
9. Назовите место проекции митрального клапана.
10. Какими методами можно выявить наличие скрытых отеков?

#### ЗАДАЧА 47

Маша Б., 7 лет. Поступила в стационар в связи с жалобами на слабость, повышенную потливость, преимущественно ночью, снижение аппетита, длительные субфебрилитет. Из анамнеза известно, что данные жалобы появились после экстракции зуба 4 недели назад. Самостоятельное применение жаропонижающих средств приводило к кратковременному понижению температуры, но общие жалобы сохранялись.

Из анамнеза жизни: В возрасте 1 мес был выявлен систолический шум с точкой максимального выслушивания в IV-V межреберье слева от грудины. Эхокардиографически был подтвержден врожденный порок сердца бледного типа: подаортальный дефект межжелудочковой перегородки небольших размеров без признаков сердечной недостаточности. Ребенок наблюдался кардиологом и 1 раз в год осматривался кардиохирургом. Лечения не получал, в кардиохирургической коррекции не нуждался.

При поступлении: состояние больной тяжелое. Выражена бледность кожных покровов. Отмечается одышка в покое до 34 в 1 минуту. Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок разлитой, усиленный, расположен в IV-V межреберье слева от грудины на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. В III-IV межреберье слева у грудины определяется систолическое дрожание, в V межреберье слева – диастолическое дрожание. Границы относительной сердечной тупости перкуторно расширены на 2 см влево. В III-IV межреберье слева выслушивается систолический шум скребущего тембра, во II-III межреберье слева – протодиастолический шум, который проводится вдоль левого края грудины. ЧСС – 100 ударов в 1 мин. АД – 115/40 мм рт.ст. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги по правой срединно-ключичной линии.

**Клинический анализ крови:** Нв - 105 г/л, Эр. –  $4,1 \times 10^{12}$  /л, Лейк. –  $12,0 \times 10^9$  /л, п/я – 7%, с/я – 37%, л – 50%, м – 3%, э – 3%, СОЭ – 40 мм/час.

**Общий анализ мочи:** относительная плотность – 1015, белок – 0,05г/л, глюкоза – отсутствует, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты отсутствуют.

**ЭКГ:** Синусовая тахикардия, нормальное положение электрической оси сердца, признаки перегрузки правого и левого желудочков.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по современной классификации.
2. Назначьте план дополнительного обследования пациента.
3. Проведите дифференциальный диагноз
4. Каков прогноз данного заболевания, чем он определяется
5. Назовите патоморфологические стадии процесса
6. Почему именно данный вариант дефекта межжелудочковой перегородки осложнился появлением указанного заболевания
7. Дайте оценку показателям АД и объясните причину отклонений.
8. Назовите место проекции аортального клапана.
9. Составьте план лечения данного больного.
10. Какой генез анемии и требует ли она лечения железосодержащими препаратами?

#### ЗАДАЧА 48

Больная О., 13 лет, поступила в отделение повторно для проведения комплексной терапии.

Из анамнеза известно, что заболевание началось в 3-хлетнем возрасте, когда после перенесенного гриппа появилась припухлость правого коленного сустава. Через несколько дней присоединились боли и припухлость левого коленного, правого

голеностопного и правого лучезапястного суставов, ограничение объема движений в них. На фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов состояние ребенка несколько улучшилось, уменьшились боли в суставах, расширился объем движений. Лечение получала нерегулярно, периоды непродолжительной ремиссии чередовались выраженными обострениями с вовлечением в патологический процесс новых суставов. Настоящее обострение после очередной ОРВИ.

При поступлении состояние тяжелое. Правильного телосложения пониженного питания. Вес 32 кг, рост 147 см. Выраженная амиотрофия. Кожные покровы чистые, сыпи нет. Лимфоузлы не увеличены, пальпируются передние шейные, подчелюстные, подмышечные, кубитальные, паховые, мелкие, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Суставы: отмечается припухлость проксимальных межфаланговых суставов II, III, IV пальцев правой руки, II, III пальцев левой руки, II-V пястно-фаланговых суставов обеих рук, деформация II пальца правой кисти по типу «шеи лебедя», ограничение объема движений и сгибательная контрактура обоих локтевых суставов, веретенообразная деформация II, III пальцев левой стопы, дефигурация обоих голеностопных суставов с ограничением движения в них, припухлость обоих коленных суставов, больше справа, ограничение движения в них, ограничение разведения в обоих тазобедренных суставах. Утренняя скованность в лучезапястных и мелких суставах обеих рук до 40 мин. Другие суставы внешне не изменены, объем пассивных и активных движений в них полный. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет. Живот мягкий доступен глубокой пальпации, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется.

**Анализ крови клинический:** гемоглобин – 110 г/л, эритроциты –  $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $12,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 44%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 47%, моноциты – 3%, СОЭ – 46 мм/ч

**Общий анализ мочи:** относительная плотность – 1014, белок – 0,06 г/л, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – abs

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 83 г/л, альбумины – 48%, глобулины:  $\alpha_1$  – 11%,  $\alpha_2$  – 10%,  $\beta$  – 5%,  $\gamma$  – 26%; серомукоид – 0,8 (норма – до 0,2), АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 25 Ед/л, мочевины – 4,5 ммоль/л

Рентгенограмма правого коленного сустава: определяется эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие еще обследования следует провести больному?
3. Консультации каких специалистов необходимы при данном заболевании?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в дебюте процесса?
5. Каков прогноз при данном заболевании и чем он определяется?
6. Составьте план лечения больного.
7. Насколько целесообразна терапия кортикостероидами при данном варианте?
9. Нуждается ли данный ребенок в костылях?
10. Назовите симптомы поражения глаз при этом заболевании.

#### **ЗАДАЧА 49**

Больная Р., 6 лет, поступает в отделение повторно с жалобами на лихорадку до  $39^\circ\text{C}$  в течение последних 7 дней, боли в голеностопных, коленных, тазобедренных, лучезапястных, локтевых, мелких суставах кистей и стоп, ограничение движений в них, утреннюю скованность.



Из анамнеза известно, что ребенок болен с 1 года 6 месяцев, когда через 10 дней после ревакцинации АКДС повысилась температура до 39 – 40°C, появилась пятнистая сыпь, преимущественно на туловище в зоне «декольте», усиливающаяся на высоте температуры, артриты проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, обоих лучезапястных, локтевых, голеностопных и коленных суставов. В анализах крови значительное увеличение СОЭ (до 65 мм/ч), лейкоцитоз до  $10,7 \times 10^9/\text{л}$ , гипохромная анемия (гемоглобин 86 г/л). Состояние стабилизировалось на фоне проведения пульс-терапии метипредом в сочетании с циклофосфаном. В дальнейшем девочка получала нестероидные противовоспалительные препараты, преднизолон, метотрексат с отчетливым положительным эффектом – суставной синдром представлен в основном пролиферативными изменениями, сыпи нет, признаков лабораторной активности не отмечается. Настоящее ухудшение связано с самостоятельной полной отменой гормональной терапии.

При поступлении состояние тяжелое. Высоко лихорадит. Правильного телосложения, пониженного питания. Сыпи нет. Пальпируются передние шейные, задние шейные, подчелюстные, подмышечные, кубитальные, паховые лимфоузлы. Суставы: отмечается болезненность в голеностопных, коленных, тазобедренных, лучезапястных, локтевых, мелких суставах кистей и стоп, ограничение объема движений в них, деформация обоих голеностопных, обоих коленных суставов, сгибательная контрактура в коленных суставах, больше справа; деформация проксимальных межфаланговых суставов II-IV пальцев обеих кистей, ульнарная девиация, ограничение сгибания в шейном отделе позвоночника, болезненность при жевании в челюстно-височных суставах. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны достаточно звучные, небольшой, изменчивый систолический шум в V точке. Печень +3см, пальпация безболезненная, пальпируется край селезенки.

**Анализ крови клинический:** гемоглобин – 92 г/л, эритроциты –  $4,1 \times 10^{12}/\text{л}$ , лейкоциты –  $11,6 \times 10^9/\text{л}$ , палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 61%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 30%, моноциты – 3%, СОЭ – 54 мм/ч

**Общий анализ мочи:** относительная плотность – 1012, белок – abs, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – abs

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 76 г/л, альбумины – 46%, глобулины:  $\alpha_1$  – 12%,  $\alpha_2$  – 10%,  $\beta$  – 6%,  $\gamma$  – 26%; серомукоид – 1,2 (норма – до 0,2), АЛТ – 28 Ед/л, АСТ – 24 Ед/л, мочевины – 4,5 ммоль/л

**Иммунологическое исследование крови:** РФ - отр, анти-ДНК – 11, АНФ – отр.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Оцените результаты представленных дополнительных методов обследования.
3. Какие еще обследования следует провести больному?
4. Консультации каких специалистов необходимы при данном заболевании?
5. Составьте план лечения больного.
6. Показана ли в данном случае терапия глюкокортикостероидами?
7. Нуждается ли данный ребенок в санаторном лечении?
8. Нуждается ли данный ребенок в костылях?
9. Назовите симптомы поражения глаз при этом заболевании.
10. Каков прогноз при данном заболевании и чем он определяется?

#### **ЗАДАЧА 50**

Больной Г., 12 лет, был госпитализирован с жалобами на колющие боли в области сердца, продолжающиеся по 10 – 20 минут, а также приступы головных болей, возникающих в вечернее время с частотой 2 – 3 раза в месяц. Иногда приступ головных болей сопровождается рвотой, похолоданием конечностей, снижением артериального давления. Мальчик плохо переносит транспорт, душные помещения. За последнее время

отмечает снижение аппетита, повышенную утомляемость, неустойчивое настроение. Имеющиеся жалобы появились около года назад после развода родителей. В школе часто вступает в конфликт с товарищами по классу и учителями.

Из анамнеза известно, что мальчик развивался в соответствии с возрастом. В школе учился хорошо, но за последнее время успеваемость несколько снизилась. Наблюдается по поводу хронического тонзиллита. Месяц назад перенес ангину с высокой температурой. Наследственность отягощена: у матери – нейроциркуляторная дистония, у отца – язвенная болезнь желудка, у бабушки по линии матери – гипертоническая болезнь.

При осмотре активен, задает много вопросов по поводу своего заболевания. Температура нормальная. Кожные покровы чистые с склонностью к покраснению, отмечается мраморность кожи, цианоз кистей при опущенных руках. На лице угревая сыпь. Выражен гипергидроз. Масса тела повышена. Пальпируются тонзиллярные и переднешейные лимфоузлы. Гипертрофия миндалин II степени, гиперемии в зеве нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок расположен в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумы не выслушиваются. ЧСС 60 ударов в 1 мин. АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Симптомы Кера и Ортугера слабо положительны. Стул и мочеиспускание не нарушены.

**Клинический анализ крови:** Hb – 110 г/л, Эр –  $3,0 \times 10^{12}$ /л, Лейк –  $5,8 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 53%, э – 6%, л – 35%, м – 2%, СОЭ – 7 мм/час.

**Общий анализ мочи:** относительная плотность – 1025, белок – abs, лейкоциты – 1-2 в п/зр, эритроциты – отсутствуют.

**Биохимический анализ крови:** СРБ +, АСЛ-О – 1:625, АСК – 1:300, глюкоза – 3,5 ммоль/л, АлАТ – 40 Ед/л, АсАТ – 35 Ед/л.

**ЭКГ:** синусовая брадикардия с ЧСС 60 ударов в 1 мин. нормальное положение электрической оси сердца. Миграция водителя ритма, синдром ранней реполяризации желудочков. В положении стоя увеличение ЧСС до 96 ударов в 1 мин.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования. Укажите, какие изменения Вы ожидаете получить.
3. Консультация каких специалистов необходима данному больному?
4. Какие факторы способствовали развитию данного заболевания?
5. Обоснуйте Ваше мнение относительно причины кардиалгий у больного.
6. Каковы принципы лечения данного заболевания?
7. Каков прогноз данного заболевания?
8. При каких заболеваниях у детей могут отмечаться жалобы на боли в груди?
9. Каков механизм боли в области сердца в данном случае?
10. Какие специалисты должны наблюдать ребенка на участке?

#### **ЗАДАЧА 51**

Больная Д., 14 лет, поступила с жалобами на частые головные боли, сердцебиение, беспокойный сон и раздражительность.

Анамнез заболевания: данные жалобы появились впервые около года назад после развода родителей. В это время ухудшилась успеваемость и начались конфликты с товарищами по школе. Приступы головной боли в последнее время отмечаются по несколько раз в месяц, проходят после приема анальгетиков или самостоятельно после отдыха.

Анамнез жизни: девочка росла и развивалась нормально. Наблюдалась в поликлинике по поводу хронического тонзиллита. Мать ребенка страдает нейроциркуляторной дистонией, у бабушки по линии матери – гипертоническая болезнь.

При поступлении состояние ребенка удовлетворительное, температура нормальная. Девочка астенического телосложения. Кожные покровы обычной окраски, на коже лица угревая сыпь. Отмечается гипергидроз подмышечных впадин, кистей рук и стоп. Конечности холодные. Пальпируются увеличенные тонзиллярные лимфоузлы. Зев не гиперемирован, миндалины гипертрофированы. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, в положении лежа выслушивается короткий негрубый систолический шум на верхушке, исчезающий в положении стоя. ЧСС 96 ударов в 1 мин. Пульс удовлетворительного наполнения, симметричный на обеих руках. Периферическая пульсация на нижних конечностях сохранена. АД 150/80 мм.рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

**Общий анализ крови:** Hb – 125 г/л, Эр –  $4,6 \times 10^{12}$ /л, Лейк –  $9,5 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 63%, э – 2%, л – 30%, м – 3%, СОЭ – 8 мм/час.

**Общий анализ мочи:** относительная плотность – 1024, белок – abs, лейкоциты – 2-3 в п/зр., эритроциты – отсутствуют.

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 73 г/л, альбумины – 60%, глобулины:  $\alpha_1$  – 4%,  $\alpha_2$  – 9%, Я – 12%,  $\gamma$  – 15%, серомукоид – 0,18 (норма до 0,2), АлАТ – 32 Ед/л, АсАТ – 25 Ед/л, мочевины – 4,5 ммоль/л.

**ЭКГ:** ритм синусовый, 96 ударов в 1 мин. Умеренное нарушение процессов реполяризации в миокарде.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Поставьте предварительный диагноз больной.
2. Какие еще обследования необходимо сделать?
3. Каким специалистам необходимо показать больную?
4. Какие факторы способствовали возникновению данного заболевания?
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
6. Наметьте план лечения больной.
7. Показаны ли больной гипотензивные препараты?
8. Какие специалисты должны проводить наблюдение за ребенком на участке?
9. Каков прогноз данного заболевания?
10. Каков механизм клинических симптомов при данном заболевании?

#### **ЗАДАЧА 52**

Мальчик 3., 13 лет, поступил в отделение на обследование с жалобами на боли в суставах в течение последних 4 месяцев, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость.

Из анамнеза известно, что начало заболевания связывают с перенесенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой. Уже на фоне сохраняющегося субфебрилитета мальчик отдыхал в Крыму, после чего самочувствие ухудшилось, появились артралгии.

Анамнез жизни без особенностей: рос и развивался нормально, болел 2-3 раза в год простудными заболеваниями, протекавшими с субфебрильной температурой. Семейный анамнез отягощен по ревматическим заболеваниям: у мамы ревматическая болезнь сердца, недостаточность митрального клапана.

При поступлении состояние средней тяжести. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные со следами загара, видимые слизистые оболочки бледные. На лице с преимущественной локализацией на щеках и переносице отмечается бледная эритематозно-дескваматозная сыпь. Хейлит, заеды. Пальпируются передние шейные, задние шейные, подчелюстные, подмышечные лимфоузлы, мелкие, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Отмечается припухлость и болевое ограничение объема движений в обоих лучезапястных, локтевых и

голеностопных суставах. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – на 1 см кнутри от средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, изменчивый систолический шум вдоль левого края грудины. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2см. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено.

**Анализ крови клинический:** гемоглобин – 100 г/л, эритроциты –  $4,0 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты –  $2,6 \times 10^9/л$ , палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 61%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 32%, моноциты – 3%, тромбоциты –  $155 \times 10^9/л$ , СОЭ – 52 мм/ч

**Общий анализ мочи:** относительная плотность – 1012, белок – 0,6 г/л, лейкоциты – 4-6 в поле зрения, эритроциты – 35-40 в поле зрения

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 83 г/л, альбумины – 46%, глобулины:  $\alpha_1$  – 5%,  $\alpha_2$  – 12%,  $\beta$  – 5%,  $\gamma$  – 32%; серомукоид – 0,8 (норма – до 0,2), АЛТ – 28 Ед/л, АСТ – 24 Ед/л, мочевины – 4,5 моль/л

**Проба по Зимницкому:** удельный вес 1006-1014, дневной диурез – 320, ночной диурез – 460

**Иммунологическое исследование крови:** РФ – отр, анти-ДНК – 42 (норма до 20), АНФ – 1/640.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии данного заболевания
3. Оцените результаты представленных дополнительных методов обследования.
4. Какие еще обследования следует провести больному?
5. Консультации каких специалистов необходимы при данном заболевании?
6. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
7. Составьте план лечения больного.
8. Показано ли в данном случае применение гипотензивных препаратов?
9. Нуждается ли данный ребенок в гормональной терапии?
10. Каков механизм нарушения процессов реполяризации миокарда?

#### **ЗАДАЧА 53**

Ребенок 9 лет заболел остро. Жаловался на головную боль, слизистые выделения из носа, кашель, повышение температуры тела до  $38,7^{\circ}C$ . После применения жаропонижающих препаратов температура снижалась.

Ребенок от I нормально протекавшей беременности, срочных родов. Период новорожденности протекал без особенностей, привит по возрасту, детский сад посещал с 3-х лет, болел нечасто, из детских инфекций перенес ветряную оспу и эпидемический паротит.

При осмотре на дому-2-ой день болезни: ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы чистые, бледные, видимые слизистые чистые, зев резко гиперемирован, наложения на миндалинах нет, из носа слизистые выделения. Кашель влажный, частый. Пальпируются подчелюстные, заднешейные, переднешейные лимфоузлы, эластичные, безболезненные, не связанные с подкожно-жировой клетчаткой. Над легкими – перкуторный звук легочный, аскультативно- жесткое дыхание, множество среднепузырчатых и сухих хрипов. После откашливания влажных хрипов становится меньше. Частота дыхания 26 в 1 мин. Границы сердца – в пределах возрастной нормы, тоны ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 96 уд. в 1 мин.

Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены, стул и мочеиспускание в норме.

Менингеальных симптомов нет.

**Общий анализ крови:** Нв - 120 г/л, эр –  $4,8 \times 10^{12}$ /л, лейко –  $8,4 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с/я - 46%, л - 37%, э - 5%, м - 8%, СОЭ – 16 мм/час.

**Общий анализ мочи:** реакция - кислая, относительная плотность - 1015, лейкоциты – 0-1 в п/зр, эритроциты - нет.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Поставьте клинический диагноз
2. Выделите ведущие симптомы
3. Необходимо ли в данном случае рентгенологическое обследование?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Помогут ли вам сведения о заболеваемости детей в классе?
6. Назначьте лечение.
7. Перечислите наиболее вероятных возбудителей данного заболевания.
8. Разработайте план противоэпидемических мероприятий
9. Есть ли у данного ребенка клинические проявления бронхообструктивного синдрома?
10. Какой прогноз заболевания

#### **ЗАДАЧА 54**

Ребёнок 5 месяцев. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200г, длина 50 см. Роды и период новорожденности без особенностей. С 1,5 мес. на искусственном вскармливании. С этого времени прибавляла в массе больше нормы. У матери - пищевая и лекарственная аллергия. В 3мес. Ребёнок перенёс ОРВИ- получал симптоматическое лечение.

Настоящее заболевание началось остро с подъёма температуры до фебрильных цифр, появился пароксизмальный кашель, одышка с затруднённым свистящим дыханием.

При осмотре состояние тяжелое. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. ЧД 60 в минуту, с участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Перкуторно: над легкими легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно: дыхание жесткое, проводится мозаично, выдох удлинен, масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в самом начале выдоха. Границы сердца: правая – на 0,5 см кнутри от правого края грудины, левая - на 0,5 см латеральнее от левой среднеключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС140 ударов в минуту. Температура тела 38,6 °С. Живот несколько вздут, при пальпации безболезненный. Печень + 2 см. из-под края реберной дуги. Стул был 2 раза, кашицеобразный, желтый, без патологических примесей.

**Общий анализ крови:** Нв 118 г/л, эр –  $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $6,2 \times 10^9$ /л, п/я -1%, с/я –30%, э –3%, м- 8%, лим. – 58%, СОЭ 15 мм/час

**Рентгенография грудной клетки:** отмечается повышенная прозрачность легочных полей, особенно на периферии, низкое стояние диафрагмы.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Поставьте клинический диагноз
2. Выделите ведущие симптомы
3. Какова этиология заболевания?
4. Какие Вы знаете методы выявления возбудителя?
5. Проведите дифференциальный диагноз
6. Каковы принципы лечения?
7. Целесообразно ли назначение бронхоспазмолитиков при данном заболевании?
8. Можно ли лечить ребенка на дому?
9. Каков прогноз данного заболевания?
10. Когда следует проводить вакцинацию.

## ЗАДАЧА 55

Ребенок 4-х лет три недели назад перенес ОРВИ. С тех пор продолжает кашлять.

Мальчик от I беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3300г, длина 51см. Закричал сразу, к груди приложили в первые сутки. Выписан из роддома на 6-й день с массой 3300г.

Период новорожденности протекал без особенностей, переведен на искусственное вскармливание в три месяца. Психомоторное развитие - по возрасту.

С 3,5 месяцев страдает атопическим дерматитом, в связи с чем профилактические прививки проводились по индивидуальному графику. С 3,5 лет посещает детский сад. С этого же времени стал часто болеть ОРВИ, с длительным кашлем. Консультирован отоларингологом, диагностированы аденоидные вегетации 2-й степени.

У матери ребенка пищевая и лекарственная аллергия, отец здоров, курит. Настоящее заболевание началось с повышения температуры, головной боли, слизистого отделяемого из носа и сухого кашля. Кашель усиливался утром, иногда приступы кашля заканчивались рвотой. Получал отхаркивающие микстуры без положительной динамики.

При осмотре участковым врачом состояние ребенка средней тяжести, бледный, слезотечение, ринорея. Кашель навязчивый, преимущественно сухой, с незначительным влажным компонентом. Температура тела 37,4°. Перкуторно: над легкими коробочный звук; аускультативно: дыхание жесткое, проводится во все отделы легких, выдох удлинен, масса рассеянных сухих, свистящих хрипов, единичные влажные среднепузырчатые хрипы. Частота дыхания 35 в 1 мин.  $SO_2$ - 94%. Граница сердца в пределах возрастной нормы, тоны ясные, чистые, шума нет, ЧСС 130 уд.в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5см.

**Общий анализ крови:** Hb - 120 г/л, эр –  $5,1 \times 10^{12}/л$ , лейко –  $4,9 \times 10^9/л$ , п/я – 2%, с/я – 48%, л – 38%, э – 3%, м – 9%, СОЭ – 9мм/час.

**Общий анализ мочи:** реакция - кислая, относительная плотность - 1015, лейкоциты - 1-2 в п/зр, эритроциты - нет.

**Рентгенография грудной клетки:** усиление легочного рисунка, особенно в области корней легких за счет переbronхиальных изменений, легочная ткань вздута, ребра расположены горизонтально, с широкими промежутками.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Выделите ведущие симптомы.
3. Что способствовало развитию данного процесса у ребенка?
4. Какие анамнестические данные помогли вам поставить диагноз?
5. Проведите дифференциальный диагноз.
5. В консультациях каких специалистов нуждается ребенок?
6. Какие диагностические мероприятия следует провести?
7. Назначьте лечение.
8. Какими видами спорта следует заниматься ребенку?
9. Каков прогноз заболевания?
10. Есть ли противопоказания к проведению профилактических прививок и проб Манту.

## ЗАДАЧА 56

Ребенок 7 лет, заболел остро после переохлаждения. Отмечался подъем температуры до 39,0°C, головная боль, сухой болезненный кашель.

Из анамнеза: ребенок от I беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении, первых преждевременных родов. На первом году жизни трижды перенес ОРВИ. В последующие годы ОРВИ повторялись до 4-5 раз в год. Перенес лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Привит по возрасту, реакций на прививки не было.

При осмотре на дому: состояние тяжелое, жалобы на головную боль, сухой болезненный кашель. Кожные покровы влажные, бледные, с «мраморным» рисунком.

Слизистые оболочки чистые, суховатые. Зев гиперемирован. ЧД – 32 в 1 мин. Перкуторно: справа ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны, шумов нет, ЧСС 130 ударов в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

**Общий анализ крови:** Hb - 125 г/л, эр –  $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоц –  $18,6 \times 10^9$ /л, п/я – 10%, с/я – 57%, э – 1%, л – 23%, м – 9%, СОЭ – 28 мм/час.

**Общий анализ мочи:** реакция - кислая, относительная плотность – 1018, белок – нет, эпителий – ед. плоск., лейкоц.- 1-2 в п/зр, эритроц. – отсутст.

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 72 г/л, альбумины – 60%, глобулины:  $\alpha_1$  – 4%,  $\alpha_2$  – 16%,  $\beta$  – 8%,  $\gamma$  – 12%, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 4,2 ммоль/л, СРБ – ++.

**Рентгенография органов грудной клетки:** отмечается интенсивное затемнение в области IX – X сегментов правого легкого.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
3. Назовите основные звенья патогенеза заболевания, развившегося у ребенка.
4. Какие возбудители являются этиологическими факторами в данном клиническом случае?
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Назначьте лечение.
7. Какие могут быть осложнения заболевания?
8. Можно ли лечить ребенка в амбулаторных условиях?
9. Как долго необходимо наблюдать ребенка в поликлинике после выздоровления?
10. Каков прогноз заболевания?

#### **ЗАДАЧА 57**

Больной 5 лет, осмотрен врачом неотложной помощи по поводу гипертермии и болей в животе.

Ребенок от I нормально протекавшей беременности, стремительных родов. В периоде новорожденности – токсическая эритема. С рождения находился на искусственном вскармливании. Страдает поливалентной пищевой аллергией.

Из анамнеза известно, что мальчик заболел накануне, остро, когда на фоне полного здоровья вдруг повысилась температура до  $39,4^{\circ}\text{C}$ . Мама отметила резкое ухудшение общего состояния ребенка, появление болезненного непродуктивного кашля, сильный озноб. Ребенок стал жаловаться на появление боли в правом боку. Ночь провел беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Утром мама вызвала «неотложную помощь».

При осмотре врач «неотложной помощи» обратил внимание на заторможенность мальчика, стонущее дыхание, бледность кожных покровов с выраженным румянцем, бледность ногтевых лож, одышку в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок лежал на правом боку с согнутыми ногами. Наблюдалось отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого легкого. ЧД – 42 в 1 мин, дыхание болезненное, кряхтящее. В легких отмечалось укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого легкого по задней поверхности. Там же – ослабление дыхания, крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, патологических шумов нет, ЧСС – 120 в 1 мин. Ребенок был госпитализирован.

**Общий анализ крови:** Hb - 134 г/л, эр -  $4,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоц -  $23 \times 10^9$ /л, метамиелоциты - 2%, п/я - 8%, с/я - 64%, л - 24%, м - 2%, СОЭ - 22 мм/час.

**Общий анализ мочи:** реакция – кислая, относительная плотность – 1012, белок – 0,033 г/л, эпителий – ед. плоский, лейкоциты – 2-4 в п/зр, слизь – немного.

Рентгенограмма грудной клетки: выявляются инфильтративные изменения нижней доле правого легкого. Посев трахеального аспирата: высеив *Str. pneumoniae*  $10^6$ .

#### ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. В какой возрастной группе наиболее часто встречается данная форма заболевания и почему?
3. Перечислите основные звенья патогенеза данного заболевания.
4. Перечислите критерии диагностики характерные для данной болезни.
5. С чем связано хрипящее дыхание и болевой синдром?
6. Назначьте лечение.
7. Чем обусловлена тяжесть заболевания?
8. Какие осложнения Вы можете ожидать?
9. В каком случае мы говорим о выздоровлении от данного заболевания?
10. Укажите сроки диспансерного наблюдения.

#### ЗАДАЧА 58

Больная А., 5 месяцев, поступила в клинику с жалобами матери на усиливающуюся одышку, приступообразный кашель, субфебрильную температуру.

Ребенок от II беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, вторых срочных родов. Безводный промежуток составил 10 часов. На первом месяце жизни – упорный конъюнктивит.

Из анамнеза известно, что девочка заболела примерно 2 месяца назад, когда на фоне нормальной температуры возник кашель. Постепенно кашель стал приступообразным, появилась и стала нарастать одышка. Неоднократно лечилась без эффекта антибиотиками (пенициллин, кефзол, гентамицин), что и явилось причиной госпитализации.

При поступлении состояние ребенка расценено как тяжелое. Одышка смешанного типа, с втяжением уступчивых мест грудной клетки, раздуванием крыльев носа, ЧД до 58 в 1 мин. Кашель частый, приступообразный. В легких перкуторно легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно жесткое дыхание, выслушиваются рассеянные влажные мелкопузырчатые хрипы, единичные сухие свистящие хрипы.

**Общий анализ крови:** Hb – 115 г/л, эр –  $4,0 \times 10^{12}$ , лейкоц –  $19 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с/я – 58%, э – 6%, л – 24%, м – 7%, СОЭ – 18 мм/час.

**Общий анализ мочи:** реакция – кислая, относительная плотность – 1018, белок – нет, эпителий – ед. плоский, лейкоциты – 1-2 в п/зр, эритроциты – нет.

**Кровь на антитела к *Mycoplasma pneumoniae*:** обнаружены специфические антитела класса IgM – 1:8, IgG – 1:128.

**Рентгенография органов грудной клетки:** определяется повышение воздушности легочных полей, усиления легочного рисунка, выраженные интерстициальные изменения с обеих сторон, неравномерная пневматизация.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Перечислите факторы, предрасполагающие к развитию данного заболевания у детей раннего возраста.
3. Каков путь заражения?
4. Какие еще возбудители вызывают развитие данной патологии в этой возрастной группе?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз по клинической картине?
6. Почему предыдущая терапия оказалась неэффективной?
7. Назначьте лечение.
8. Какие антибиотики и в какой дозе можно использовать?
9. Нужно ли обследовать мать больного ребенка?
10. Какова длительность диспансерного наблюдения за пациентом.



## ЗАДАЧА 59

Мальчик 2 лет, поступил в стационар с жалобами матери на ухудшение состояния ребенка, вялость, отказ от еды, повышение температуры тела до 38,8°C, влажный кашель.

Из анамнеза известно, что ребенок заболел 7 дней назад, когда появились заложенность и слизистое отделяемое из носа, редкий кашель. Участковым педиатром диагностирована ОРВИ. Было назначено симптоматическое лечение, десенсибилизирующая терапия. На фоне проводимых мероприятий состояние ребенка улучшилось. Однако на 6-й день от начала заболевания у мальчика повысилась температура тела до 38,8°C, появились вялость, отказ от еды, беспокойный сон, усилился кашель. Мать повторно вызвала участкового врача.

При осмотре дома отмечались бледность, периоральный цианоз, возникающий при плаче, раздувание крыльев носа, одышка до 50 дыханий в 1 мин. с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно: над легкими определялся коробочный оттенок перкуторного звука, в межлопаточной области справа — участок притупления, там же выслушивались мелкопузырчатые хрипы и крепитация на высоте вдоха. Над остальными участками легких выслушивалось жесткое дыхание. ЧСС — 140 уд. в 1 мин. Ребенок госпитализирован.

**Общий анализ крови:** гематокрит — 49% (норма 31–47%), Hb — 122 г/л, эр —  $3,8 \times 10^{12}/л$ , ц.п. — 0,8, лейкоц —  $18,8 \times 10^9/л$ , п/я — 4%, с/я — 52%, э — 1%, л — 36%, м — 7%, СОЭ — 27 мм/час

**Общий анализ мочи:** цвет — светло-желтый, удельный вес — 1010, белок — 0,033 г/л, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 0-1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного

**Биохимический анализ крови:** общий белок 69 г/л, мочевины — 5,1 ммоль/л, калий — 4,8 ммоль/л, натрий — 135 ммоль/л, АлАТ — 23 Ед/л (норма — до 40), АсАТ — 19 Ед/л (норма — до 40), СРБ — +++

**Кислотно-основное состояние крови:**  $pO_2$  — 68 мм рт.ст. (норма 80 — 100),  $pCO_2$  — 65 мм рт.ст. (норма 36-40), pH — 7,35, BE = -2,3 ммоль/л (норма =  $\pm 2,3$ ), АВ — 17 ммоль/л (норма 16-23), ВВ — 39 ммоль/л (норма 37-47), SB — 19 ммоль/л (норма 17-23).

**Рентгенограмма грудной клетки:** выявляются инфильтративные изменения S6-10 в правом легком. Усиление сосудистого рисунка легких.

### ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения этиологии заболевания?
3. Перечислите факторы, предрасполагающие к развитию данного заболевания у детей раннего возраста.
4. Каковы наиболее вероятные этиологические факторы в развитии болезни у данного ребенка?
5. Являются ли изменения в гемограмме обязательным признаком данного заболевания?
6. Проведите дифференциальный диагноз с другими заболеваниями.
7. Чем определяется рациональный выбор антибиотика при назначении его больному?
8. В каких случаях показана смена антибактериальной терапии?
9. Какие показатели являются критерием отмены антибактериальной терапии?
10. Укажите сроки диспансерного наблюдения за пациентом.

## ЗАДАЧА 60

Мальчик 3 лет, госпитализируется в стационар 4-ый раз с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр, упорный влажный кашель с мокротой. На первом году мальчик не болел, развивался соответственно возрасту. Во время игры на полу в возрасте 1 года появился приступ сильного кашля, ребёнок посинел, стал задыхаться. После однократной рвоты состояние улучшилось, но через 3 дня поднялась температура, ребёнок

был госпитализирован с диагнозом «пневмония». Повторно перенёс пневмонию в 2 и 2.5 года.

Объективно: состояние средней тяжести. Масса тела 13.6 кг, рост 108 см. ЧД-36 в мин.

ЧСС-115 ударов в мин. Кожные покровы бледные, сухие. Зев умеренно гиперемирован. Перкуторно над лёгкими ясный легочный звук, аускультативно дыхание жесткое, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы слева в нижней доле. Печень +1 см. Селезёнка не пальпируется. Стул и диурез в норме.

**Клинический анализ крови:** Нб–119 г/л, эр– $3,4 \times 10^{12}$ , лейко– $13,9 \times 10^9$ , п/я–7%, с/я–65%, э–2%, м–9%, л–17%, СОЭ–20мм/час.

**Общий анализ мочи:** реакция кислая, относительная плотность–1018, эпителий–нет, лейкоциты–2–3 в п/зр, эритроциты – нет.

**Биохимический анализ крови:** общий белок–70г/л, альбумины–60%,  $\alpha 1$ -глобулины–4%,  $\alpha 2$ -глобулины–15%,  $\beta$  – глобулины–10%,  $\gamma$ -глобулины – 11% ,СРБ = ++.

**Рентгенограмма грудной клетки:** в области нижней доли слева деформация легочного рисунка, понижение прозрачности.

МСКТ легких: слева в 8-10 сегментах – фиброателектаз, определяются цилиндрические бронхоэктазы.

### ЗАДАНИЕ:

1. Обоснуйте клинический диагноз.
2. Выделите ведущие симптомы
3. Каков патогенез данного заболевания?
4. Что случилось с ребёнком в годовалом возрасте? Можно это считать началом заболевания?
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Составте план обследования больного.
5. В консультациях каких специалистов нуждается ребёнок?
6. Назначьте больному лечение.
7. Какие показатели являются критерием назначения антибактериальной терапии?
8. Укажите сроки диспансерного наблюдения за пациентом.
9. Есть ли противопоказания к проведению профилактических прививок и проб Манту.
10. Каков прогноз заболевания.

### ЗАДАЧА 61

Девочка 1 года 9 месяцев, поступила впервые, с жалобами на постоянный влажный кашель, одышку в покое, частые пневмонии с явлениями дыхательной недостаточности, длительный субфебрилитет.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от VII беременности, протекавшей на фоне анемии, 4 срочных родов. Масса тела при рождении 3840, длина 51 см. На грудном вскармливании до 1 года. Прикорм по возрасту.

Аллергологический анамнез отягощен: крапивница на шоколад, цитрусовые.

Из анамнеза заболевания известно, что у девочки с 4 месяцев жизни отмечался частый кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты. На 2 году жизни перенесла 3 повторные пневмонии с явлениями дыхательной недостаточности II-III степени, по поводу чего лечилась в отделении реанимации больницы по месту жительства.

При поступлении состояние очень тяжелое. Жалобы на сниженный аппетит, плохую прибавку массы тела, неустойчивый стул, периодически черного цвета, постоянный кашель с мокротой слизисто-гнойного характера с прожилками крови. Девочка пониженного питания. Вес 9 кг 300 г, рост 80 см. Кожные покровы очень бледные с акроцианозом, видимые слизистые бледные, чистые. Тургор тканей снижен. Подкожно-жировой слой развит слабо.  $SO_2$  – 88%. Одышка смешанного характера в покое. ЧД 66 в 1 мин. Кашель частый, малопродуктивный. Мокрота слизисто-гнойного характера с прожилками крови. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над легочной

артерией, на верхушке сердца выслушивается мягкий систолический шум. ЧСС 142 в 1 мин. Перкуторно: легочный звук. Дыхание жесткое, проводится неравномерно с обеих сторон, выслушивается обилие мелкопузырчатых, влажных хрипов. Живот увеличен в объеме, мягкий, безболезненный. Печень +3 см из-под края реберной дуги. Пальпируется нижний край селезенки. Стул 3-4 раза в день, периодически жидкий. Дизурических явлений нет.

**Общий анализ крови:** Hb – 84 г/л. эр– $3,0 \times 10^{12}$ . тр –  $170,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. –  $7,7 \times 10^9$ /л, п/я – 11, с/я-42, л. – 32, э-5, м. – 10, СОЭ 29 мм/час.

**Общий анализ мочи:** количество 70 мл, относительная плотность - 1012, лейкоц. - 2-4 в п/зр, эритроциты - не обнаружены, слизь, бактерии - умеренном количестве.

**Реакция кала на скрытую кровь:** положительная.

**Кровь на IgE к коровьему молоку:** +++.

**Хлориды пота** – 19,8 ммоль/л.

**Ig M, Ig G к вирусу цитомегалии и токсоплазмозу:** отрицательны.

**Микроскопическое исследование мокроты:** выявлено значительное количество макрофагов с включением гемосидерина.

**Рентгенограмма легких:** отмечается средней интенсивности неомогенное затемнение левого легкого, в области правого легкого видны множественные очаговые тени, местами сливные. Корни легких малоструктурны. Тень сердца расширена за счет левых отделов. Купола диафрагмы ровные. Синусы свободны.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Каков патогенез заболевания?
3. Выделите ведущие симптомы и синдромы.
4. Какова этиология анемии и при данном заболевании?
5. Какова тактика лечения?
6. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
7. С какой целью измерялись хлориды пота?
8. Для чего исследовалась кровь на АТ к вирусу цитомегалии и токсоплазмозу?
9. В наблюдении каких специалистов нуждается ребенок?
10. Каков прогноз заболевания?

#### **ЗАДАЧА 62**

Мальчик 4 лет. Поступил в стационар с жалобами на постоянный влажный кашель с выделением слизисто-гноющей мокроты, затрудненное носовое дыхание.

Ребенок от II беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, вторых срочных родов (ребенок от I беременности, мальчик, болеет часто бронхитами и пневмониями). Масса при рождении 3500 г, длина 51 см. На естественном вскармливании до 1 года. Прикорм вводился своевременно. Отмечалась плохая прибавка массы тела. Масса в 1 год – 9 кг, в 2 года – 10,5 кг.

Болен с первых дней жизни, отмечалось затрудненное дыхание, слизисто-гноющее отделяемое из носовых ходов, частый приступообразный кашель. В возрасте 6 месяцев впервые диагностирована пневмония. В дальнейшем отмечались частые бронхиты, повторные пневмонии в возрасте 1,5 и 2 лет. На первом году жизни трижды перенес отит.

При поступлении масса тела 12 кг. Ребенок вялый, апатичный. Температура тела повышена до 38,4°C. Кожные покровы бледные, отмечается цианоз носогубного треугольника. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногтевые пластинки в виде «часовых стекол». ЧД – 32 в 1 мин. Перкуторно: над легкими участки притупления, преимущественно в прикорневых зонах, аускультативно: с двух сторон разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца: правая – по правой средне-ключичной линии, левая – по левому краю грудины. Тоны сердца ритмичные, выслушиваются отчетливо справа, отмечается мягкий систолический шум, акцент II тона над легочной артерией. ЧСС – 116

ударов в 1 мин. Печень +2 см из-под края левой реберной дуги. Пальпируется край селезенки справа. Живот несколько увеличен, мягкий, безболезненный.

**Общий анализ крови:** Hb – 118 г/л, эр –  $4,1 \times 10^{12}$ /л. т. –  $270,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. –  $12,4 \times 10^9$ /л, п/я – 10, с/я – 52, л. – 28, э – 1, м. – 9, СОЭ 26 мм/час.

**Общий анализ мочи:** количество – 60 мл, относительная плотность – 1014, лейкоц. – 0-1 в п/зр, эритроциты – не обнаружены, слизь, бактерии – в умеренном количестве.

**Рентгенограмма легких:** легкие вздуты, по всем легочным полям отмечаются немногочисленные очаговоподобные тени, усиление и деформация сосудисто-интерстициального рисунка. Корни легких малоструктурны. Тень сердца смещена вправо. Куполы диафрагмы ровные. Синусы свободны.

**Бронхоскопия:** двусторонний диффузный гнойный эндобронхит.

**МСКТ легких:** неравномерная пневматизация, стенки бронхов утолщены, цилиндрические бронхоэктазы S 6, 8, 9, 10 справа и слева S 8, 9.

**Рентгенография гайморовых пазух:** двустороннее затемнение верхнечелюстных пазух.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Назовите 3 отличительных признака этого заболевания. Что лежит в основе нарушений со стороны органов дыхания при этом заболевании?
3. Как наследуется это заболевание?
4. Какие нарушения можно ожидать при исследовании функции внешнего дыхания у таких больных?
5. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения вашего диагноза?
6. Каковы принципы лечения заболевания?
7. У каких специалистов должен наблюдаться ребенок?
8. Показано ли хирургическое лечение данного заболевания?
9. Какими видами спорта можно заниматься ребенку?
10. Каков прогноз данного заболевания?

### ЗАДАЧА 63

Мальчик 5 месяцев был направлен в больницу участковым педиатром по поводу одышки, периодического приступообразного кашля, плохой прибавки массы тела.

Мальчик от III беременности (ребенок от I беременности умер в возрасте 7 месяцев от пневмонии, II беременность прервана по желанию матери).

Масса тела при рождении 3700 г, длина – 53 см.

С 1 месяца жизни у ребенка отмечается приступообразный кашель, периодически «жирный» стул.

При поступлении состояние очень тяжелое. Масса – 4600 г, длина – 55 см. Отмечается резко выраженная одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. ЧД 68 в 1 мин. Кожные покровы бледные, сухие, цианоз носогубного треугольника. Подкожно-жировой слой развит очень слабо. Тоны сердца приглушены, ЧСС 148 в 1 мин. Перкуторно: над легкими звук с коробочным оттенком. Аускультативно: по всем легочным полям на фоне ослабленного дыхания выслушивается большое количество мелкопузырчатых хрипов. Живот увеличен в объеме, вздут, урчит при пальпации. Печень +3 см из-под края правой реберной дуги. Селезенка +1 см. Стул 6 раз в день, обильный, жирный.

**Общий анализ крови:** Hb – 115 г/л, эр –  $4,66 \times 10^{12}$ /л. т. –  $270 \times 10^9$ /л, лейкоц. –  $12,7 \times 10^9$ /л, п/я – 11, с/я – 42, л. – 32, э – 5, м. – 10, СОЭ – 14 мм/час.

**Общий анализ мочи:** количество – 40 мл, относительная плотность – 1008, лейкоц. – 1-2 в п/зр, эритроциты – не обнаружены, слизь, бактерии – в незначительном количестве.

**Копрограмма:** большое количество нейтрального жира.

**Хлориды пота** – 88 ммоль/л.

**Генетическое обследование:** ΔF508/G542X.

**Ig M, Ig G к вирусу цитомегалии и токсоплазмозу:** отрицательны.

**Посев мокроты на флору:** *Staphylococcus aureus* 10<sup>4</sup>.

**Рентгенограмма легких:** отмечается повышенная прозрачность легочных полей, низкое стояние диафрагмы, усиление легочного рисунка, определяются мелкие очаговые тени с нечеткими контурами, больше в области проекции правого легкого. Тень сердца не изменена. Легочные синусы свободны.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Составьте план дополнительного обследования ребенка.
4. Каков этиопатогенез заболевания у данного ребенка?
5. Оцените данные потового теста у ребенка.
6. С какой целью проводилось генетическое обследование?
7. Каковы основные принципы лечения этого заболевания?
8. Показания к госпитализации ребенка?
9. Какие специалисты должны наблюдать этого ребенка?
10. Какова вероятность рождения здорового ребенка в этой семье?

#### **ЗАДАЧА 64**

Ребенок 5 лет был направлен в стационар для обследования.

Ребенок от 1 беременности, 1 срочных родов. Масса при рождении 2900 г, длина 49 см.

В возрасте 3-х месяцев отмечалась лихорадка до 39°C, кашель, одышка. В связи с этим поступил в стационар по месту жительства в тяжелом состоянии с признаками ДН2, с синдромом бронхиальной обструкции, где был диагностирован острый бронхиолит. Мальчик кислородозависим в течение 5 дней, сохранялась выраженная одышка, на рентгенограммах органов грудной полости двустороннее вздутие легких. После выписки из стационара неоднократно госпитализировался с рецидивирующими симптомами бронхиальной обструкции. Физическую нагрузку переносит хорошо.

При поступлении состояние тяжелое. Вес 18кг, длина 119 см. Кожные покровы бледные. Подкожно-жировой слой развит слабо. Одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки, выдох удлинен, «свистящее дыхание». ЧДД 38 в 1 мин. Кашель малопродуктивный. Над всей поверхностью легких коробочный оттенок перкуторного тона. При аускультации легких дыхание проводится во все отделы, мозаично, выслушиваются крепитирующие хрипы, сухие свистящие хрипы. SO<sub>2</sub>-97% по пульсоксиметру. Тоны сердца, ритмичные. ЧСС 140 в 1 мин, акцент 2 тона над легочной артерией. Живот мягкий, безболезненный. Печень+1 см. Селезенка пальпируется у края реберной дуги. Периферических отеков нет. Стул раз в день оформленный. Диурез не нарушен.

**Общий анализ крови:** Hb - 120 г/л. эр - 3,7x10<sup>12</sup>/л, т.- 380x10<sup>9</sup>/л. лейкоц - 9,7x10<sup>9</sup>/л, п/я – 2%, с/я – 45%, л – 41%, э – 5%, м – 6%, СОЭ - 18 мм/час.

**Хлориды пота** – 27,9 ммоль/л.

**Посев мокроты на флору:** *Staphylococcus aureus* 10<sup>4</sup>,

**МСКТ легких:** признаки нарушения бронхиальной проходимости с обеих сторон, больше справа. Фиброателектаз S5 справа. Сосудисто-интерстициальный рисунок усилен. Корни малоструктурны. Куполы диафрагмы ровные. Синусы свободны.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Выделите ведущие симптомы и синдромы

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Составьте план дополнительного обследования ребенка.
4. Оцените данные потового теста у ребенка.
5. Оцените физическое развитие ребенка.
6. Каков этиопатогенез заболевания у ребенка?
7. Каковы основные принципы лечения этого заболевания?
8. С какой целью требуется обследование сердечно сосудистой системы.
9. Какие специалисты должны наблюдать этого ребенка?
10. Прогноз заболевания.

### ЗАДАЧА 65

Мальчик 5 лет осмотрен педиатром в связи с жалобами на выделения из носа и чихание.

Анамнез заболевания: ребенок заболел 2 года назад, когда в апреле появились сильный зуд и жжение глаз, слезотечение, светобоязнь, покраснение глаз. Позднее к описанным клиническим проявлениям присоединились зуд в области носа и носоглотки, заложенность носа, затрудненное дыхание. Некоторое облегчение приносили антигистаминные препараты и сосудосуживающие капли в нос. В середине июня симптомы заболевания прекратились.

Из семейного анамнеза известно, что мать ребенка страдает бронхиальной астмой; у самого больного до трехлетнего возраста отмечались проявления атопического дерматита.

При осмотре: мальчик астенического телосложения. Кожные покровы чистые, сухие. Дыхание через нос затруднено, больной почесывает нос, чихает. Из носа обильные водянистые выделения. Веки отечны, конъюнктив гиперемирована, слезотечение. Частота дыхания 22 в минуту. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, громкие. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

**Клинический анализ крови:** Нб – 125 г/л, эр –  $3,2 \times 10^{12}/л$ , лейкоц –  $7,2 \times 10^9/л$ , п/я – 3%, с/я – 44%, л – 40%, э – 12%, м – 5%, СОЭ – 5 мм/час.

**Скарификационные кожные тесты:** резко положительные (+++) с аллергенами ольхи, орешника, березы.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз
2. Выделите ведущие симптомы и синдромы
3. Наметьте план дополнительного обследования
4. Каковы основные принципы лечения?
5. Назначьте лечение для купирования обострения
6. Назначьте базисную терапию
7. Возможны ли синуситы при данной патологии и каковы их клинические проявления?
8. Какие специалисты должны наблюдать данного пациента?
9. Каковы механизмы развития аллергической реакции при данном заболевании и чем они характеризуются?
10. Каков прогноз заболевания у данного больного?

### ЗАДАЧА 66

Участковый врач посетил на дому девочку 6 лет по активу, полученному от врача неотложной помощи. Ребенок жалуется на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.

Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3400 г, длина 52 см. С 2 месяцев на искусственном вскармливании. До 1 года страдала атопическим дерматитом. После года отмечалась аллергическая сыпь после употребления в пищу шоколада, клубники, яиц.

Семейный анамнез: у матери ребенка пищевая аллергия, рецидивирующая крапивница, у отца - поллиноз.

Анамнез заболевания: в возрасте 3 и 4 года в мае за городом у девочки возникали кратковременные приступы удушья, которые самостоятельно купировались при возвращении в город. Настоящий приступ возник в гостях при контакте с кошкой. После лечебных мероприятий, проведенных врачом неотложной помощи, состояние улучшилось, передан актив участковому врачу.

При осмотре: состояние средней тяжести. Навязчивый сухой кашель. Кожные покровы бледные, «тени» под глазами. На щеках, за ушами, в локтевых и коленных сгибах сухость, шелушение, расчесы. Язык «географический», заеды в углах рта. Дыхание свистящее, слышное на расстоянии. Выдох удлиннен. ЧД –34 за 1 минуту. SO<sub>2</sub>-94%. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно- дыхание жесткое, проводится во все отделы, масса сухих свистящих хрипов надо всей поверхностью легких. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – по левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 129 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул оформленный.

**Клинический анализ крови:** Hb - 128 г/л, эр – 4,3x10<sup>12</sup>/л, лейко – 5,8x10<sup>9</sup>/л, п/я – 2%, с/я –48%, л –28%, э – 14%, м – 8%, СОЭ – 3 мм/час.

**Общий анализ мочи:** количество 100,0 мл, относительная плотность 1016, слизи – нет, лейкоциты- 3-4 в п/з, эритроциты- нет.

**Рентгенограмма грудной клетки:** легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка, очаговых теней нет.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз
2. Какова этиология данной формы заболевания?
3. Укажите 3 звена патогенеза обструктивного синдрома у ребенка
4. Какие неотложные мероприятия необходимы в данном случае?
5. Назначьте лечение, необходимое в межприступном периоде
6. Что такое «аллергенспецифическая иммунотерапия»? Показана ли она в данном случае?
7. В каком случае необходима госпитализация ребенка?
8. Какие дополнительные исследования, проведенные в межприступном периоде, подтвердят данную форму заболевания?
9. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
10. Какими видами спорта можно заниматься ребенку?

#### **ЗАДАЧА 67**

Мальчик 5 лет поступил в стационар с жалобами на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.

Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3250 г, длина 50см. С 4 месяцев на искусственном вскармливании. С 5 месяцев страдал атопическим дерматитом. До 2 лет рос и развивался соответственно возрасту, интеркуррентными заболеваниями не болел.

После поступления в детские ясли (с 2 лет 3 мес) стал часто болеть респираторными заболеваниями (6-8 раз в год). ОРВИ сопровождались навязчивым кашлем, небольшой одышкой, сухими и влажными хрипами в легких. При неоднократном рентгенологическом исследовании диагноз пневмонии не подтверждался. В 3 года во время ОРВИ возник приступ удушья, который купировался ингаляцией сальбутамола. В дальнейшем приступы повторялись каждые 3-4 месяца, были связаны либо с ОРВИ, либо с употреблением в пищу шоколада и цитрусовых.

Семейный анамнез: у матери ребенка – атопический дерматит, у отца и деда по отцовской линии – бронхиальная астма.

Настоящее заболевание началось 3 дня назад. На фоне повышения температуры тела до 38,2°C отмечались насморк, чихание; затем присоединился приступообразный кашель, в связи с чем ребенок был госпитализирован.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 37,7°C, навязчивый сухой кашель. Слизистая оболочка зева слегка гиперемирована, зернистая. Дыхание свистящее, выдох удлинен. ЧД –32 за 1 минуту. Грудная клетка вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие и влажные хрипы. Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС 88 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный.

**Клинический анализ крови:** Нв - 120 г/л, эр –  $4,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоц –  $4,8 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с/я –51%, л –28%, э – 8%, м – 10%, СОЭ – 5 мм/час.

**Общий анализ мочи:** количество 120,0 мл, прозрачность полная, относительная плотность 1018, лейкоциты- 2-3 в п/з, эритроциты- нет.

**Рентгенограмма грудной клетки:** легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет.

**Консультация отоларинголога:** аденоиды II-III степени.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз
2. Какое звено патогенеза обструктивного синдрома является ведущим в данном случае?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
4. Назначьте лечение в период обострения заболевания
5. Назначьте базисную терапию
6. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
7. Какими видами спорта можно заниматься ребенку?
8. Как долго необходимо наблюдать ребенка в поликлинике?
9. Нужен ли мед. отвод от проведения профилактических прививок и проб Манту.
10. Каков прогноз заболевания.

#### ЗАДАЧА 68

*Жалобы.* Мальчик, 10 лет поступил в больницу с жалобами на головную боль, тошноту, вялость, уменьшение объема выделяемой мочи, изменение цвета мочи.

*Anamnesis vitae.* Ребенок от 1 беременности, протекавшей с токсикозом 1 половины, срочных неосложненных родов. Родился с массой 3200, длиной 52 см. Период новорожденности без особенностей; до года проявления атопического дерматита, после года часто болел ОРВИ, трижды ангинами. Профилактические прививки проведены по возрасту.

*Anamnesis morbi.* Три недели назад перенес ангину. В течение последних двух дней появились головная боль, тошнота, потеря аппетита, уменьшение объема выделяемой мочи, моча темно-коричневого цвета, мутная. В связи с этими жалобами ребенок госпитализирован.

*Объективное обследование.* При осмотре ребенок бледный, вялый, жалуется на резкую головную боль, мелькание перед глазами. Отмечаются одутловатость лица, отеки на голенях. АД 145/90 мм.рт.ст. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии расширены влево. Тоны приглушены, систолический шум на верхушке, ЧСС 58 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень +2,5 см, край мягкий. За сутки выделили 300 мл мочи; моча красно- коричневого цвета, мутная.

*Лабораторно - инструментальные данные.*

**Клинический анализ крови:** Нв - 105 г/л; лейкоциты -  $9,2 \times 10^9$ , п/я - 7%, с/я - 71%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 18%, моноциты - 3%, тромбоциты -  $530 \times 10^9$ , СОЭ 25 мм/час



Биохимический анализ крови: общий белок 60 г/л, альбумины 32 г/л, холестерин 4,2 ммоль/л, мочевина 15 ммоль/л, креатинин 140 мкмоль/л, ASLO(Antistreptolysin O Titer) 300 МЕ/мл, калий 6,1 ммоль/л, натрий 140 ммоль/л.

СКФ по клиренсу эндогенного креатинина (по формуле Schwartz): 50 мл/мин/1.73 м<sup>2</sup>

Общий анализ мочи: относительная плотность 1024, белок 1,5 г/л, эритроциты - измененные покрывают все поля зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения.

Посев мочи: стерильный.

Посев на флору мазок из зева: высеив гемолитического стрептококка.

Ультразвуковое исследование почек: почки увеличены в размерах, контуры ровные, расположение типичное. Дифференцировка слоев паренхимы не нарушена, экзогенность паренхимы умеренно повышена. Чашечно-лоханочная система без деформаций.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Выделите ведущие симптомы основного заболевания.
2. Сформулируйте клинический диагноз: основной.
3. Какая этиология данного заболевания.
4. Оцените функцию почек у пациента.
5. Обоснуйте терапию основного заболевания.
6. Каков генез отеков у больного?
7. Какая диета необходима больному?
8. Выделите симптомы осложнения основного заболевания.
9. Сформулируйте осложнения основного заболевания, обоснуйте лечение.
10. Каков прогноз заболевания?

#### **ЗАДАЧА 69**

*Жалобы*. Мальчик 6 лет поступил в отделение с жалобами на слабость, сниженный аппетит, отеки.

*Anamnesis vitae*. Ребенок от 2 беременности, протекавшей с угрозой прерывания на 4 месяце. Роды в срок, со стимуляцией. Масса при рождении 3200 г., длина 51 см. На грудном вскармливании до 3 месяцев. Профилактические прививки по возрасту. Проявления атопического дерматита до 3 лет. Перенес ветряную оспу. Часто болел ОРВИ.

Семейный анамнез: у матери – дерматит, хронический тонзиллит; у бабушки со стороны матери – бронхиальная астма.

*Anamnesis morbi*. Ребенок заболел через 16 дней после перенесенного гриппа. Появились отеки. В дальнейшем отеки нарастали, уменьшился суточный объем мочи.

*Объективное обследование*. При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Жалобы на боли в животе. АД 95/45 мм рт.ст. ЧСС – 82 уд/мин. Кожные покровы бледные. Выраженная отечность лица, голеней, стоп, передней брюшной стенки, поясничной области, асцит. 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 края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Выделил за сутки 300 мл мочи.

*Лабораторно - инструментальные данные*.

Клинический анализ крови: Нв-160 г/л, эритроциты –  $5,2 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты –  $416,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты –  $9,8 \times 10^9$ /л; п/я – 3%, с/я – 36%, эозинофилы – 7%, лимфоциты – 52%, моноциты – 2%, СОЭ – 37 мм/час.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 18 ед/л, АСТ – 25 ед/л, билирубин общий – 5.40 мкмоль/л, общий белок – 41 г/л, альбумины – 16 г/л, холестерин – 7.29 ммоль/л, триглицериды – 1.1 ммоль/л, ЛПНП – 1, 45 ммоль/л, калий – 3,81 ммоль/л, натрий – 137,5 ммоль/л, мочевина – 5,1 ммоль/л, креатинин – 66 мкмоль/л (норма – до 88 мкмоль/л).

СКФ по клиренсу эндогенного креатинина(по формуле Schwartz): 106,6 мл/мин. / 1.73 м<sup>2</sup>.

Коагулограмма: АПТВ –фибриноген – 4,5 г/л, антитромбин III – 70%.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, относительная плотность-1028, реакция – 6.0, белок – 4,5 г/л, лейкоциты – 0-1 в п/зр, эритроциты – 0-1 в п/зр, бактерии – 0.  
Суточная экскреция белка с мочой: белок-2,5 г/сут.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Выделите ведущие симптомы заболевания.
2. Сформулируйте клинический диагноз: основной.
3. Патогенез протеинурии при данном заболевании?
4. Какой патогенез отеков при данном заболевании?
5. Причины повышения холестерина?
6. Составьте план обследования.
7. Оцените функциональное состояние почек.
8. Какие осложнения при данном заболевании?
9. Обоснуйте лечение, режим, диету, медикаментозную терапию.
10. Каков прогноз и исход данного заболевания.

#### ЗАДАЧА 70

*Жалобы* на рвоту, жидкий стул, фебрильную лихорадку, желтушность кожи, мочу темного цвета.

*Anamnesis vitae.* Девочка 4 лет, от II беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре и нефропатией в третьем триместре. Роды вторые, в срок. Масса при рождении 3800 г., длина 52 см. Находилась на грудном вскармливании до 2 месяцев. Перенесла краснуху, гепатит А. ОРВИ – редко.

*Anamnesis morbi.* Настоящее заболевание началось с появления рвоты, жидкого стула, субфебрильной температуры. На следующий день появились озноб, температура тела 39°C, рвота, желтушность кожи, моча темного цвета.

*Объективное обследование.* При поступлении в стационар состояние тяжелое, девочка в сознании, отмечена вялость. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, общая пастозность. Над легкими перкуторный звук легочный. Аускультативно: пуэрильное дыхание, хрипов нет. Границы сердца: верхняя по 3 ребру, правая – по правому краю грудины, левая – по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень +4 см. из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Стул жидкий, с прожилками крови. Олигоанурия. На следующий день развилась анурия.

*Лабораторно - инструментальные данные.*

Клинический анализ крови: -80 г/л, эритроциты - $3,5 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты- $8 \times 10^9$ /л, тромбоциты - $70,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты - $15,7 \times 10^9$ /л; п/я-2%, с/я-70%, лимфоциты -19%, моноциты -9%, СОЭ-25 мм/час. Эритроциты искаженные фрагментированные формы в виде палочек, дисков, шизоцитов.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, общий билирубин – 40 мкмоль/л (прямой – 3,5 мкмоль/л, непрямой – 36,5 мкмоль/л), холестерин – 4,7 ммоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, калий – 6,19 ммоль/л, натрий – 132,0 ммоль/л, мочевины – 38,6 ммоль/л, креатинин – 300 мкмоль/л. Снижение гаптоглобина, свободный гемоглобин в плазме. Лактатдегидрогеназа повышена.

СКФ по клиренсу эндогенного креатинина (по формуле Schwartz): 15,4 мл/мин. / 1.73 м<sup>2</sup>.

Общий анализ мочи: количество – 10,0 мл, цвет – темно-коричневый, относительная плотность – 1010, белок – 0,66 г/л, лейкоциты – 4-6 в п/зр, эритроциты – до 100 в п/зр.

Ультразвуковое исследование почек: почки расположены в типичном месте, увеличены в размерах, отмечается отечность паренхимы, чашечно-лоханочная система не изменена.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Выделите ведущие симптомы заболевания.

2. Какова причина развития этого синдрома?
3. Каков патогенез данного заболевания?
4. Оцените функцию почек.
5. Объясните причину и характер анемии, тромбоцитопении.
6. Составьте план обследования.
7. Обоснуйте медикаментозное лечение.
8. Какие показания к заместительной почечной терапии.
9. Прогноз данного заболевания.
10. Какова длительность диспансерного наблюдения?

### ЗАДАЧА 71

*Жалобы.* Девочка 9 лет поступила в больницу с жалобами на тошноту, головную боль, изменение цвета мочи.

*Anamnesis vitae.* Ребенок от 3 беременности, протекавшей с токсикозом 1 половины, от 2 срочных неосложненных родов. Родилась с массой тела 3450, длиной 52 см. Ранее развитие без особенностей, до года не болела, после года болела ОРВИ нечасто (3-4 раза в год), перенесла ветряную оспу, корь, дважды-ангину. Родители здоровы, в семье еще 1 мальчик 15 лет, страдает хроническим гастроуденитом.

*Anamnesis morbi.* В возрасте 5 лет после ОРВИ у девочки появились отеки, повышение АД до 150/90 мм. рт. ст.; макрогематурия, протеинурия до 5 г/л. Получала терапию диуретиками, гипотензивными препаратами, гепарин, курантил, преднизолон. Эффект от лечения частичный в виде исчезновения отеков и снижения артериального давления; постоянно сохранялись гематурия и протеинурия до 1-2 г/сутки. В последнее время сохранялась артериальная гипертензия на уровне 150/100 мм. рт. ст. Данное ухудшение состояния отмечалось после перенесенного гриппа.

*Объективное обследование.* Состояние при поступлении тяжелое. Кожные покровы и слизистые оболочки бледные, с сероватым оттенком. Отмечается пастозность лица, голеней, стоп, передней брюшной стенки. АД 130/85 мм. рт. ст. В легких хрипов нет. Границы сердца: верхняя по 3 ребру, правая по правому краю грудины, левая на 1 см кнаружи среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС 72 уд. / в мин. Выслушивается негрубый систолический шум на верхушке сердца. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Диурез 450 мл в сутки, моча мутная, бурого цвета.

*Лабораторно - инструментальные данные.*

Клинический анализ крови: Нв – 90 г/л, эритроциты –  $3.1 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты –  $280,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты –  $6,6 \times 10^9$ /л; п/я – 2%, с/я – 56%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 39%, моноциты – 2%, СОЭ – 40 мм/час.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 13 ед/л, АСТ – 21 ед/л, билирубин общий – 7.40 мкмоль/л, общий белок – 48 г/л, альбумины – 26 г/л, холестерин – 7,6 ммоль/л, калий – 3,1 ммоль/л, натрий – 139 ммоль/л, кальций – 2.0 ммоль/л, фосфор – 1.75 ммоль/л, мочевины – 20 ммоль/л, креатинин – 260 мкмоль/л.

СКФ по клиренсу эндогенного креатинина (по формуле Schwartz): 28 мл/мин. / 1.73 м<sup>2</sup>.

Кислотно-основное состояние крови: Сдвиг КОС в сторону гипохлоремического метаболического ацидоза (рН крови 7,35; рСО<sub>2</sub> 30 мм.рт.ст.; ВЕ – 10 ммоль/л; НСО<sub>3</sub> 18 ммоль/л).

Гормональное исследование: Паратиреоидный гормон 100 пг/мл.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1011, белок – 4,5 г/л, эритроциты измененные покрывают все поля зрения, лейкоциты – 10-15 в поле зрения.

### ЗАДАНИЕ:

1. Выделите ведущие симптомы основного заболевания.

2. Как Вы оцениваете функцию почек у больной?
3. Выделите ведущие симптомы осложнений основного заболевания.
4. Причины развития анемии?
5. Причина развития артериальной гипертензии?
6. Сформулируйте клинический диагноз основной, осложнение.
7. Обоснуйте терапию основного заболевания.
8. Какие причины развития гипохлоремического метаболического ацидоза?
9. Какая терапия показана пациентке с осложнением основного заболевания?
10. Каков прогноз заболевания?

### ЗАДАЧА 72

*Жалобы.* Ребенок 7 лет, поступил в больницу с жалобами на отеки, редкое мочеиспускание.

*Anamnesis vitae.* Мальчик от 3 беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, третьих срочных родов. Масса при рождении 3800 г., длина 53 см. Раннее развитие без особенностей. Наблюдался с диагнозом атопический дерматит. Пищевая аллергия на белок коровьего молока. Отмечается лекарственная аллергия на пенициллин в виде крапивницы. Детскими инфекциями не болел. Наследственность не отягощена.

*Anamnesis morbi.* Заболел в 2 года, когда после ОРВИ появились распространенные отеки на лице, конечностях, туловище. Ребенок госпитализирован по месту жительства, отмечался положительный эффект от лечения преднизолоном. В дальнейшем дважды на фоне ОРВИ отмечалось обострение заболевания. В связи с недостаточным эффектом от проводимой терапии госпитализирован в нефрологическое отделение.

*Объективное обследование.* При поступлении: состояние тяжелое. Отмечаются распространенные отеки на лице, туловище, конечностях, свободная жидкость в брюшной полости, в полости перикарда. Выражены признаки экзогенного гиперкортицизма. Границы сердца: правая – на 1 см снаружи от правого края грудины, левая – на 2 см снаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 128 в 1 мин, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, выражены симптомы асцита. Печень +5 см. из-под края реберной дуги. Диурез – 120-150 мл/сут.

*Лабораторно - инструментальные данные.*

Клинический анализ крови: Нв-111 г/л, эритроциты –  $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $13,1 \times 10^9$ /л; п/я – 5%, с/я – 53%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 38%, моноциты – 2%, СОЭ – 32 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 45 г/л, альбумины – 17 г/л, глобулины:  $\alpha_1$  – 5%,  $\alpha_2$  – 30%,  $\beta$  – 10%,  $\gamma$  – 10%, холестерин – 7,6 ммоль/л, калий – 4,5 мэкв/л, натрий – 139 мэкв/л, мочевины – 6,1 ммоль/л, креатинин – 60 мкмоль/л.

СКФ по клиренсу эндогенного креатинина (по формуле Schwartz): 110 мл/мин / 1.73 м<sup>2</sup>.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, белок -3,3г/л, лейкоциты-3-5 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения, цилиндры: гиалиновые 5-6 в поле зрения, зернистые 3-4 в поле зрения.

Анализ мочи на суточный белок: потеря белка 6,7 г/сут.

Ультразвуковое исследование почек: почки расположены в типичном месте, отечны. Эхогенность коркового слоя умеренно диффузно повышена.

### ЗАДАНИЕ:

1. Выделите ведущий симптомокомплекс основного заболевания.
2. Объясните патогенез протеинурии.
3. Каков патогенез отечного синдрома при данном заболевании?
4. Причины повышенного холестерина.
5. Какие исследования необходимо провести больному.
6. Обоснуйте клинический диагноз основной.

7. Обоснуйте план лечения основного заболевания.
8. Выделите ведущие симптомы возникшего осложнения.
9. Обоснуйте лечение осложнений.
10. Каков прогноз, исход заболевания.

### ЗАДАЧА 73

*Жалобы.* Ребенок 12 лет, поступил в больницу с жалобами на головную боль, отеки, изменение цвета мочи (цвет «мясных помоев»).

*Anamnesis vitae.* Мальчик от I беременности, протекавшей физиологически. Родился в срок, масса при рождении 3200 г., длина 50 см. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ – 3-4 раза в год.

*Anamnesis morbi.* Заболел в 6-летнем возрасте, когда через 2 недели после перенесенной ОРВИ появились отеки, олигурия, протеинурия, эритроцитурия, анемия, АД=150/90 мм рт. ст. Лечился в стационаре по месту жительства. После проведенной терапии наступила частичная ремиссия, анализы мочи и крови не нормализовались. Перенес три обострения без достижения ремиссии.

Настоящее обострение началось после перенесенной ОРВИ. Ребенок поступил в стационар в тяжелом состоянии.

*Объективное обследование.* Отеки в области век, поясницы, передней брюшной стенки и голеней. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. ЧСС – 92 удара в 1 мин. АД=150/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень +3 см. из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Диурез – 250 мл в сутки.

*Лабораторно - инструментальные данные.*

Клинический анализ крови: Нв-96 г/л; эритроциты –  $3,2 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты- $6,5 \times 10^9$ /л; п/я – 8%; с/я – 66%; эозинофилы – 1%; базофилы – 1%; лимфоциты-19%, моноциты – 5%, СОЭ – 40 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 50 г/л, альбумины – 50,1%, глобулины:  $\alpha_1$  – 3,7%,  $\alpha_2$  – 12%,  $\beta$  – 9,9%,  $\gamma$  – 24,3%, холестерин – 12,37 ммоль/л, креатинин – 260 мкмоль/л (норма – до 110 мкмоль/л), мочевины – 10,4 ммоль/л, калий – 7,23 ммоль/л, натрий – 144 ммоль/л.

СКФ по клиренсу эндогенного креатинина(по формуле Schwartz): 32 мл/мин. / 1.73 м<sup>2</sup>.

Общий анализ мочи: цвет – бурый, реакция – щелочная, относительная плотность – 1,003, белок – 1,6 г/л, лейкоциты – 2-3 п/зр, эритроциты – все поля зрения.

Анализ мочи на суточный белок: белок – 2,8 г/сут.

Ультразвуковое исследование почек: почки расположены в типичном месте, эхогенность коркового слоя обеих почек неравномерно повышена, пирамидки деформированы.

Биопсия почек: мембранопролиферативный гломерулонефрит с депозитами Ig G.

### ЗАДАНИЕ:

1. Выделите ведущий симптомокомплекс основного заболевания.
2. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
3. Патогенез протеинурии и гематурии?
4. Каков патогенез отеков?
5. Каков патогенез артериальной гипертензии?
6. Оцените функциональное состояние почек. Выделите ведущие синдромы.
7. Обоснуйте осложнения основного заболевания.
8. Обоснуйте лечение основного заболевания.
9. Обоснуйте лечение осложнения основного заболевания.
10. Каков прогноз данного заболевания?

## ЗАДАЧА 74

*Anamnesis vitae.* Мальчик 15 лет, от I беременности, протекавшей с токсикозом, срочных родов. Масса тела при рождении 2800 г, длина 50 см. Закричал сразу. Период новорожденности протекал без особенностей. На первом году рос и развивался нормально, привит по возрасту. Болел ОРВИ (3-4 раза в год). Аллергический анамнез не отягощен.

*Anamnesis morbi.* В возрасте 3 лет после перенесенной ОРВИ в моче выявлены гематурия (эритроциты покрывали все поля зрения), следовая протеинурия; самочувствие мальчика оставалось удовлетворительным. С диагнозом «острый гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом» ребенок госпитализирован в стационар по месту жительства, где получал соответствующее лечение, которое не привело к выздоровлению (постоянно отмечалась гематурия).

При обследовании в возрасте 4,5 лет выявлена макрогематурия, стойкая протеинурия до 1г/сут, никтурия, снижение слуха на высоких частотах. В дальнейшем отмечалось отставание в физическом развитии, частые ОРВИ.

Из семейного анамнеза известно, что у бабушки ребенка со стороны матери в течение всей жизни отмечается изолированная гематурия (до 60-100 эритроцитов в поле зрения); родной брат матери с возраста 23 лет в связи с развитием почечной недостаточности получал заместительную почечную терапию гемодиализом, страдал снижением слуха и катарактой.

*Объективное обследование.* Состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные; видимые слизистые бледно-розовые. Масса тела 46 кг, рост 157 см. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Отеков, пастозности нет. Отмечены: гипертелоризм, эпикант, высокое небо, аномальная форма ушных раковин, искривление мизинца. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, громкие. ЧСС – 100 ударов в 1 мин. АД 105/65. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

*Лабораторно - инструментальные данные.*

Клинический анализ крови: Нв – 95 г/л; эритроциты –  $3,2 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты –  $7,0 \times 10^9$ /л; п/я – 2%; с/я – 66%; эозинофилы – 1%; лимфоциты – 23%; моноциты – 8%; ретикулоциты - СОЭ – 10 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 70 г/л, холестерин – 5,3 ммоль/л, мочевины – 10,5 ммоль/л, креатинин – 125 мкмоль/л (норма 25-90), калий – 4,3 ммоль/л, натрий – 135 ммоль/л, кальций – 2.1 ммоль/л, фосфор – 1.6 ммоль/л, глюкоза – 4,3 ммоль/л. Паратиреоидный гормон – 110 пг/мл.

СКФ по клиренсу эндогенного креатинина(по формуле Schwartz): 63 мл/мин/ 1.73 м<sup>2</sup>.

Общий анализ мочи: реакция – щелочная, относительная плотность – 1008, белок – 1,5 г/л, эритроциты – покрывают все поля зрения, лейкоциты – 0-1 в п/з.

Анализ мочи по Зимницкому: колебания относительной плотности от 1003 до 1012; дневной диурез – 460 мл, ночной диурез – 570 мл.

Аудиометрия: выявлено снижение слуха на высоких и низких частотах.

Консультация окулиста: катаракта I степени, миопия.

## ЗАДАНИЕ:

1. Выделите ведущие симптомы заболевания.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы Вам для уточнения диагноза?
3. Приведите современные представления об этиопатогенезе заболевания.
4. Каков тип наследования патологии при этом заболевании?
5. На основании каких критериев ставится диагноз заболевания? Какие из них имеют место у данного больного?
6. Оцените функцию почек у данного больного и определите стадию хронического заболевания почек.

7. Каковы причины анемии у данного больного?
8. Проведите дифференциальный диагноз.
9. Обоснуйте лечение.
10. Каков прогноз заболевания?

### ЗАДАЧА 75

*Жалобы.* Ребенок поступил на обследование в нефрологическое отделение. Масса тела 5900 г. Состояние тяжелое.

*Anamnesis vitae.* Мальчик 2 месяца, от I беременности, протекавшей с тяжелым токсикозом. Роды на 37-й неделе беременности. Масса тела при рождении 3500 г, длина 48 см, плацента большая, отечная.

*Anamnesis morbi.* С первых дней жизни ребенок редко мочился, отмечались отеки на конечностях, лице, передней брюшной стенке, в неонатальном периоде выявлена протеинурия, гипоальбуминемия, повышение креатинина до 110 мкмоль/л.

Генеалогический анамнез: у родственников больного отмечалась ранняя детская смертность.

*Объективное обследование.* Состояние тяжелое. Масса тела 5900 г. Кожные покровы бледные, выражены отеки на лице, конечностях, асцит. Тоны сердца приглушены. ЧСС 132 ударов в минуту. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4-5 см. Суточный объем мочи снижен.

Несмотря на проводимую инфузионную терапию раствором альбумина с лазиксом, состояние больного оставалось тяжелым. В лечение были включены глюкокортикоиды, которые не оказали положительного эффекта.

*Лабораторно - инструментальные данные.*

Общий анализ крови: Hb – 91 г/л, Эритроциты –  $3,0 \times 10^{12}$ /л, Лейкоциты –  $11,0 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с/я – 28%, эозинофилы – 7%, лимфоциты – 52%, моноциты – 10%, СОЭ – 20 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 45 г/л, альбумины – 20 г/л; глобулины:  $\alpha_1$  – 5%,  $\alpha_2$  – 16%,  $\beta$  – 20%,  $\gamma$ -24%; холестерин – 8 ммоль/л, мочевины – 30,0 ммоль/л, креатинин - 220 мкмоль/л.

СКФ по клиренсу эндогенного креатинина (по формуле Schwartz): 6,5 мл/мин/1.73 м<sup>2</sup>

Общий анализ мочи: белок – 3,6 г/л, эритроциты – 1-2 в п/зр, лейкоциты - 1-2 в п/зр, гиалиновые цилиндры – 6-9 в п/зр.

Относительная плотность мочи 1002-1005, объем выделенной мочи 170 мл/сут.

Молекулярно-генетическое исследование: показало мутацию гена NPHS1, кодирующего нефрин.

### ЗАДАНИЕ:

1. Выделите ведущий симптомокомплекс основного заболевания.
2. Оцените функцию почек.
3. Обоснуйте и сформулируйте основной диагноз.
4. Какой тип наследования основного заболевания?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
6. Обоснуйте осложнения основного заболевания.
7. Обоснуйте план лечения основного заболевания.
8. Какие могут быть осложнения основного заболевания?
9. С учетом состояния функции почек, обоснуйте показания к заместительной почечной терапии.
10. Какой прогноз основного заболевания и осложнения основного заболевания.

### ЗАДАЧА 76

*Жалобы* на О-образную деформацию нижних конечностей.

*Анамнез жизни.* Мальчик 5 лет. Ребенок от первой беременности, срочных родов, при рождении масса 2970гр., длина тела 49 см. Грудное вскармливание до 1 года. Моторное развитие на первом году: сидит с 7-8 мес., ходить стал с 1 года. Наследственность отягощена: по материнской линии у бабушки варусная деформация нижних конечностей, по отцовской линии у бабушки диагностирован гипотиреоз, у дедушки – сахарный диабет 2 типа. Младший брат 2 года здоров.

*Анамнез заболевания.* С 2 лет отмечена «утиная» походка, варусная деформация нижних конечностей. Со слов матери при ходьбе быстро устает, получали препараты витамина Д в дозе 100 МЕ, без эффекта.

*Объективное обследование.* Общее состояние удовлетворительное, рост 93,5см, верхний сегмент 51,6см, нижний сегмент 41,8см, вес 14,3кг., костная система - контрактур и переломов нет, движение в суставах не ограничено, варусная деформация нижних конечностей, переваливающая походка. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, умеренной влажности, зев не гиперемирован. Грудная клетка обычной формы. Дыхание везикулярное проводится во все отделы легких, перкуторно над всей поверхностью легочной звук, ЧД 20. Границы сердца – правая по правому краю грудины, верхушечный толчок в 5 межреберье, площадь 1х2см, левая граница совпадает с верхушечным толчком, верхняя 3 межреберья, тоны сердца ритмичные, ЧСС 100 уд/мин. Живот мягкий безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание безболезненное, стул 1 раз сут оформленный.

*Лабораторно - инструментальные данные.*

Биохимический анализ крови: АСТ 33ед/л, АЛТ 16 ед/л, общий белок 71г/л, креатинин 0,039 ммоль/л, Са 2,17 ммоль/л, Са<sup>+</sup> 1,07 ммоль/л, Р 0,98 ммоль/л, щелочная фосфатаза 337 ед/л,

СКФ по клиренсу эндогенного креатинина (по формуле Schwartz): 118 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>.

Гормональное исследование крови: Паратгормон 37,3 пг/мл, Тиреотропный гормон 4,1мкМЕ/мл, Т4св. 12,5пмоль/л,

Общий анализ мочи: уд. вес 1,021, прозрачная, лейкоциты 0 в п/зр., эритроциты 0, кислотность 5, белок 0, глюкоза 0. Суточная экскреция кальция 28 мг/сут; фосфора 0,45г/сут, уратов 29 мг/сут, оксалатов 21 мг/сут, суточный диурез 1000мл.

Биохимический анализ мочи (разовая порция): кальций 0,5 ммоль/л (1,7-5,3); фосфор 11,43 ммоль/л (12,9-43,9), креатинин 2,87 ммоль/л, Р/Сг 5,38 ммоль/л(1,4-3,5) , Са/Сг 0,17 ммоль/л (0,1-0,8).

Рентгенограмма нижних конечностей: По данным Р-графии нижних конечностей отмечаются многоплоскостная варусно-торсионная деформация нижних конечностей, широкие диафизы с утолщением кортикального слоя, изменения метафизов («изъеденность» контуров) бедренных костей, на Р-грамме кистей костный возраст соответствует 3,5годам.

### **ЗАДАНИЕ:**

1. Выделите ведущие симптомы заболевания
2. Обоснуйте клинический диагноз основной, сопутствующий, осложнения
3. Какова этиология и патогенез заболевания.
4. Что лежит в основе нарушений костной системы при этом заболевании
5. Какой тип наследования заболевания можно предположить
6. План обследования для подтверждения диагноза
7. Каковы принципы терапии и длительность терапии
8. Оцените СКФ у данного пациента
9. Какими специалистами должен наблюдаться ребенок



## 10. Каков прогноз заболевания

### ЗАДАЧА 77

*Жалобы.* Девочка 6 лет поступила в отделение по поводу болей в пояснице, учащенного мочеиспускания, повышения температуры до фебрильных цифр.

*Anamnesis vitae.* Ребенок от 1 беременности, протекавшей физиологически. Роды на 39 неделе. Масса при рождении 3300г., длина 50 см. Период новорожденности протекал без особенностей. Часто болеет ОРВИ. Аллергоанамнез не отягощен.

*Anamnesis morbi.* За две недели до появления симптомов настоящего заболевания перенесла ветряную оспу. В дальнейшем жаловалась на учащение и болезненность в конце мочеиспускания, появление болей в пояснице и мутную мочу. В начале заболевания температура тела 37,2-37,4°C, со 2 дня повысилась температура тела до 38 – 39° С.

Катаральных явлений не отмечалось. В течение последующих 3-х дней продолжала лихорадить, сохранялись дизурические явления.

*Объективное обследование.* При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожа бледная, отеков нет. Температура тела 38,6 С. Симптом поколачивания положительный справа. Пальпация в области проекции правой почки и над лобком - болезненна. Мочеиспускания учащенные, болезненные.

*Лабораторно - инструментальные данные.*

Общий анализ крови: Нб 136 г/л, эритроциты – 4,1x10<sup>12</sup>/л; лейкоциты – 11,4x10<sup>9</sup>/л; п/я 13%; с/я – 60%; лимфоциты - 19%; моноциты - 8%; СОЭ – 40 мм в час.

Общий анализ мочи: Цвет – желтый, прозрачность - мутная, рН – 5,5, белок 0,066г/л, Лейкоциты – покрывают все поля зрения, эритроциты – 1 - 3 в п/зр., бактерии (+).

Биохимический анализ крови: общий белок – 76г/л, мочевины 6,1 ммоль/л, креатинин – 82 мкмоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий 148 ммоль/л.

Посев мочи на стерильность: E.coli более 1\*10<sup>4</sup> КОЕ/мл

УЗИ почек и мочевого пузыря: Почки расположены правильно, левая - 81x38x27 мм, правая – 80x35x25 мм. Стенки лоханок уплотнены, слоистые с обеих сторон. Правая лоханка до микции – 16 мм., после микции – 14 мм (норма до 5 мм.), левая лоханка 5 и 3 мм соответственно. Мочевой пузырь – объем + 160 см<sup>3</sup>, стенки утолщены, уплотнены, остаточная моча 15 мл.

### ЗАДАНИЕ:

1. Выделите ведущие симптомы заболевания.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Составьте план дальнейшего обследования ребенка.
5. Можно ли в активный период заболевания проводить экскреторную урографию?
6. Показания и противопоказания к проведению цистоскопии.
7. План лечения заболевания и его обоснование.
8. Что такое эмпирическая и этиотропная антибактериальная терапия?
9. Какая длительность диспансерного наблюдения за пациентом?
10. Какой прогноз и исход заболевания?

### ЗАДАЧА 78

*Жалобы.* Мальчик 9 лет поступил с жалобами на боли в животе, повышение температуры тела до 39°C.

*Anamnesis vitae.* Ребенок от II беременности, протекавшей с токсикозом в I половине. Роды вторые, срочные. Масса при рождении 3600 г, длина 52 см. Грудное вскармливание

до 3 месяцев. Перенес ветряную оспу, краснуху. ОРВИ отмечаются 3-4 раза в год.

Аллергоанамнез не отягощен. Мать страдает хроническим пиелонефритом.

*Anamnesis morbi.* Настоящему заболеванию предшествовало переохлаждение, после которого через день появилась слабость, боль в животе (больше в левой половине), подъем температуры тела до 39°C. В течение последующих 5 дней ребенок продолжал высоко лихорадить, моча помутнела.

*Объективное обследование.* При поступлении в отделение состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отеков нет. Температура тела 38,5°C. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпация подвздошной области болезненна. АД 110/70 мм. рт.ст.

*Лабораторно - инструментальные данные.*

Клинический анализ крови: Нв – 126 г/л; эритроциты –  $4,1 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты –  $12,8 \times 10^9$ /л; п/я – 11%; с/я – 68%; лимфоциты – 11%; моноциты – 10%; СОЭ – 38 мм/час.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 14 ед/л, АСТ – 11 ед/л, билирубин общий – 18.0 мкмоль/л. Общий белок – 76 г/л, альбумины – 59%;  $\alpha_2$  глобулины – 12%; мочевины – 7,4 ммоль/л, креатинин – 92 мкмоль/л.

Общий анализ мочи: цвет - желтый, мутная, рН – 7,0, белок 0,33 г/л, лейкоциты до 100 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.

Посев мочи на стерильность: E.coli более  $1 \times 10^4$  КОЕ/мл

Результаты УЗИ почек и мочевого пузыря (в вертикальном и горизонтальном положении тела): Правая почка пациента расположена в типичном месте, 92x43x33 мм, ЧЛС- 3 мм. Левая почка в вертикальном положении расположена в малом тазу, 56x27x18 мм, дифференцировка слоев паренхимы нечеткая, ЧЛС-8 мм, стенки уплотнены.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Выделите ведущие симптомы заболевания.
2. Обоснуйте клинический диагноз.
3. Назовите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Объясните причину болевого абдоминального синдрома у пациента.
6. Объясните функциональное исследование почек.
7. Обоснуйте терапию.
8. Оцените исход заболевания.
9. Какова длительность диспансерного наблюдения?
10. Что такое этиотропная антибактериальная терапия?

#### **ЗАДАЧА 79**

*Жалобы.* Мальчик 10 лет поступил с жалобами на боли в поясничной области, слабость и головокружение.

*Anamnesis vitae.* Ребенок от III беременности, протекавшей с нефропатией, угрозой прерывания. Роды в срок. Масса при рождении 2800 г, длина 49 см. Грудное вскармливание до 1 месяца. Часто болеет ОРВИ.

*Anamnesis morbi.* Впервые заболел в возрасте 2 месяцев, когда отмечалось повышение температуры тела до 38-39°C, в анализе мочи – лейкоцитурия.

Диагностирован острый пиелонефрит, получал антибактериальную терапию. Впервые ребенок обследован в стационаре в возрасте 1 года, диагностирован двусторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс IV степени, справа - в гипоплазированную почку, выявлено снижение ее функции. Проведена антирефлюксная операция слева и нефрэктомия справа. Пиелонефрит характеризовался рецидивирующей лейкоцитурией, бактериурией, подъемом температуры тела

С 9,5 лет стали отмечаться подъемы артериального давления, в анализах мочи – протеинурия до 1г/сут.

*Объективное обследование:* Кожные покровы бледные, сухие. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, систолический шум на верхушке. АД 140/90 мм.рт.ст. Симптом поколачивания положительный слева.

*Лабораторно - инструментальные данные.*

*Клинический анализ крови:* Нв – 92 г/л; эритроциты –  $3,4 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты –  $9 \times 10^9$ /л; п/я – 5%; с/я – 54%; эозинофилы – 1%; лимфоциты – 35%; моноциты – 5%; СОЭ – 18 мм/час.

*Общий анализ мочи:* цвет - желтый, прозрачность - полная, рН – 6,0; белок 0,6 г/л, лейкоциты до 100 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.

*Биохимический анализ крови:* АЛТ – 17 ед/л, АСТ – 10 ед/л, билирубин общий – 10.90 мкмоль/л Общий белок – 68 г/л, холестерин 5,0 ммоль/л, мочевины – 12 ммоль/л, креатинин – 170 мкмоль/л, калий 3,8 ммоль/л, СКФ по клиренсу эндогенного креатинина 42 мл/мин.

*Проба Зимницкого:* показала никтурию, колебания относительной плотности - 1000-1008.

*Ультразвуковое исследование почек:* Контур левой почки неровный, объем почек снижен, паренхима толщиной 9-10 мм, уплотнена, дифференцировка слоев нарушена. Лоханка – 12 мм. Мочеточник прослеживается в верхней трети, диаметром до 1,0 см.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Выделите ведущие симптомы заболевания.
2. Обоснуйте основной клинический диагноз и осложнения.
3. Каков исход ПМР?
4. Объясните патогенез протеинурии у этого больного?
5. Каков патогенез артериальной гипертензии?
6. Оцените функциональное состояние единственной почки в следствии нефроэктомии по поводу гипоплазии и пузырно-мочеточникового рефлюкса.
7. Стратифицируйте тяжесть нарушения функции почек по СКФ по клиренсу эндогенного креатинина.
8. Обоснуйте план лечения.
9. Каков прогноз и исход данного заболевания?
10. Составьте план диспансерного наблюдения данного больного

#### **ЗАДАЧА 80**

*Жалобы.* Девочка 6 лет поступила в стационар с жалобами на подъем температуры до 40°C, вялость, слабость, отказ от еды, однократную рвоту, боли в правом боку, частые болезненные мочеиспускания.

*Anamnesis vitae.* Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания с 12 недели беременности, многоводия, 1 срочных родов. Родился с массой тела 3100, рост 51 см. На грудном вскармливании до 1 года 2 мес. С первых месяцев жизни проявления атопического дерматита. С 2 лет частые ОРВИ, рецидивирующие отиты. С 4 лет наблюдается ЛОР врачом с диагнозом Хронический аденоидит, аденоиды 2-3 степени. Наследственность отягощена по хроническому вторичному пиелонефриту, мочекаменной болезни.

*Anamnesis morbi.* Из анамнеза заболевания известно, что после перенесенного ОРВИ появились жалобы на частые, болезненные мочеиспускания. Через 2 дня появились жалобы на боли в боку, подъем температуры до 39° С- 40°C, отказ от еды, вялость, слабость, рвота. Девочка амбулаторно получала симптоматическое лечение. На 5 сутки заболевания по экстренным показаниям госпитализирована в стационар.

*Объективное обследование.* При поступлении состояние тяжелое. Ребенок вялый, отказывается от еды, пьет неохотно. Масса тела 21 кг. Лихорадит до 39,7°C. Кожные покровы бледные, чистые. Слизистые яркие сухие. ЧСС 150 уд. в мин, тоны сердца несколько приглушены, на верхушке выслушивается систолический шум. Перкуторно правая граница сердца на 1 см кнутри от парастеральной линии, левая по

среднеключичной линии, правая 2 межреберье. Дыхание в легких везикулярное, равномерно проводится с обеих сторон. Хрипов нет. ЧД 32 в мин. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Живот доступен глубокой пальпации, печень селезенка не увеличены. При пальпации почек резкая болезненность, пальпируется нижний полюс обеих почек.

*Лабораторно - инструментальные данные.*

Клинический анализ крови: Эритроциты  $3,88 \times 10^{12}$ , Гемоглобин 102 г/л, Гематокрит 0, Тромбоциты  $661 \times 10^9$ , Лейкоциты  $23,9 \times 10^9$ , п/я 16%, с/я 71%, лимфоциты 5%, моноциты 8%, СОЭ 65 мм/ч.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 15 ед/л, АСТ – 13 ед/л, билирубин общий – 8.90 мкмоль/л, общий белок – 66 г/л, альбумины – 45г/л, глобулины:  $\alpha_1$  – 2,77,  $\alpha_2$  – 9,64г/л,  $\beta_1$  – 4,55г/л,  $\beta_2$  – 2,44г/л,  $\gamma$  – 6,6г/л, мочевины – 6.32 ммоль/л, холестерин – 6.76 ммоль/л, глюкоза – 4,7ммоль/л.

Общий анализ мочи: рН 7,0; уд вес 1010; белок 0,7 г/л; эпителий незначительное кол-во, лейкоциты все поля зрения, эритроциты 3-5 в поле зрения.

Посев мочи: E.coli  $10^6$  КОЕ /мл.

УЗИ почек и мочевого пузыря: Почки расположены в типичном месте, правая почка 86x32x15 мм, левая 90x30x12 мм, эхогенность почечной паренхимы понижена, ПЗР лох справа 0,9 см. Мочевой пузырь округлой, стенки мочевого пузыря утолщены. Остаточной мочи нет.

### ЗАДАНИЕ:

1. Выделите ведущие симптомы заболевания.
2. Обоснуйте клинический диагноз основной, сопутствующий, осложнения.
3. Какова этиология данной формы заболевания?
4. Какие ведущие звенья патогенеза ?
5. Какие предрасполагающие факторы могли привести к возникновению этого заболевания?
6. Назначьте дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.
7. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
8. Каковы принципы лечения заболевания?
9. В какие сроки показано проведение рентгено-урологического обследования?
10. Каков прогноз заболевания?

### ЗАДАЧА 81

*Жалобы.* Мальчик 6 лет, поступил в нефрологическое отделение с жалобами на повышенную утомляемость, боли животе, частое болезненное мочеиспускание.

*Anamnesis vitae.* Мальчик от I беременности, протекавшей с токсикозом второй половины, роды на 38 неделе. Масса ребенка при рождении – 2900 г, длина тела – 50 см. Роды без стимуляции, безводный промежуток 3 часа. При рождении отмечалась асфиксия, проводились реанимационные мероприятия. Выписан на 7 сутки. Период новорожденности без особенностей. До 1 года ничем не болел. Ребенок более 4 раз в год болеет ОРВИ. Несколько раз отмечались подъемы температуры без катаральных явлений, на этом фоне в анализах мочи выявлялась лейкоцитурия, обследование не проводилось.

*Anamnesis morbi.* Отмечено повышение температуры до  $39.8^{\circ}\text{C}$ , боли в животе, пояснице, частые болезненные мочеиспускания.

*Объективное обследование.* При поступлении состояние средней тяжести. Кожа чистая, бледно-серого цвета, периорбитальные тени, аппетит снижен. В легких – везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД=24 в 1 мин. Тоны сердца ясные, шумов нет, ЧСС=100 уд/мин. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Печень + 1,5см из-под края реберной дуги. Мочеиспускание учащенное, болезненное.

На третий день пребывания в стационаре самочувствие улучшилось, температура нормализовалась, болевой синдром купирован, аппетит улучшился, дизурические явления стали менее выраженными.

*Лабораторно - инструментальные данные.*

Общий анализ крови: Нв – 118 г/л; эритроциты –  $5.6 \times 10^{12}$  г/л; лейкоциты –  $10.5 \times 10^9$ /л; п/я – 7%; с/я – 69%; лимфоциты – 22%; моноциты – 2%; СОЭ – 15 мм/час

Биохимический анализ крови: АЛТ – 15 ед/л, АСТ – 13 ед/л, билирубин общий – 8.90 мкмоль/л, общий белок – 66 г/л, альбумины – 45 г/л, глобулины:  $\alpha_1$  – 2,77,  $\alpha_2$  – 9,64 г/л,  $\beta_1$  – 4,55 г/л,  $\beta_2$  – 2,44 г/л,  $\gamma$  – 6,6 г/л, креатинин – 90 мкмоль/л, мочевины – 6.32 ммоль/л, холестерин – 6.76 ммоль/л, глюкоза – 4,7 ммоль/л.

Общий анализ мочи: белок – следы, относительная плотность – 1010, лейкоциты – 22-24 в п/зр, эритроциты – нет.

Посев мочи с определением чувствительности к антибиотикам: выделена *Escherichia Coli* –  $10^8$  КОЕ/мл, *Enterococcus faecalis*  $10^5$  КОЕ/мл, чувствительны к амоксициллин/клавулановая кислота, ванкомицину, амикацину.

Анализ мочи по Зимницкому: Дневной диурез – 250 мл, Ночной диурез – 750 мл, колебания относительной плотности – 1010-1020

Микционная цистография: пузырно-мочеточниковый рефлюкс III степени справа

Экскреторная внутривенная урография: отмечена деформация чашечно-лоханочной системы справа. Мочеточники расширены, извиты. Отмечается S-образный изгиб и сужение правого мочеточника на уровне II и III поясничных позвонков.

Ультразвуковое исследование почек: контур почек неровный, больше справа. Правая почка 82x40 мм, паренхима – 10 мм, лоханка 14 мм. Левая почка – 96x48 мм, паренхима – 19 мм, лоханка 6 мм. Паренхима почек уплотнена, мало структурна, эхогенность неравномерно значительно повышена, больше справа.

### ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. К какой группе заболеваний относится это заболевание?
3. Расскажите о значении семейного (генетического) анамнеза.
4. Каковы этиологические факторы возникновения данного заболевания?
5. Какие дополнительные исследования необходимо провести ребенку?
6. Какое серьезное осложнение заболевания следует ожидать у данного ребенка в случае поздней диагностики и нерационального лечения?
7. Какие методы хирургического и консервативного лечения могут быть использованы при лечении больного ребенка?
8. Какая диета необходима ребенку?
9. Какова длительность диспансерного наблюдения при этом заболевании?
10. Каков прогноз заболевания?

### ЗАДАЧА 82

*Жалобы.* Жалобы на утомляемость, боли в ногах и позвоночнике при нагрузке. Походка «утиная».

*Anamnesis vitae.* Мальчик 4 лет, от I беременности, протекавшей с выраженным токсикозом первой половины. Роды в срок. Масса при рождении 3300 г., длина 51 см. Рос и развивался удовлетворительно. Находился на грудном вскармливании до 2 месяцев. Зубы с 8 месяцев. На первом году жизни с профилактической целью получал витамин Д<sub>3</sub> в курсовой дозе 250000 МЕ. Ходит с 1 года 3 мес. Большой родничок закрыт с 1,5 лет. Часто болеет ОРВИ. Аллергоанамнез не отягощен.

Семейный анамнез: у отца с детства выражена варусная деформация нижних конечностей, низкорослость; мать - здорова.

*Anamnesis morbi.* В 1 год 3 мес. у ребенка появилась умеренная деформация голеней. По рекомендации ортопеда получал массаж, соленые ванны, препараты кальция. К концу второго года жизни походка стала «утиной», варусная деформация нарастала. На третьем году жизни проводились противорахитические мероприятия: витамин Д<sub>3</sub> в курсовой дозе 600000 МЕ, массаж, ЛФК, препараты кальция. В возрасте 3 лет мальчик был направлен на консультацию в нефро-урологический центр.

*Объективное обследование:* Рост 87 см, масса тела 13,7 кг, окружность головы 48 см, окружность груди 53 см. Выражена варусная деформация голеней и бедер, мышечная гипотония, «браслетки», реберные «четки», увеличение коленных и голеностопных суставов. Отмечается увеличение печени на 4 см из-под края реберной дуги справа и низкий край левой доли на S от мечевидного отростка.

*Лабораторно - инструментальные данные.*

Клинический анализ крови: Hb – 132 г/л; эритроциты –  $3,8 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты –  $280,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты –  $6,0 \times 10^9$ /л; п/я – 2%; с/я – 33%; эозинофилы – 1%; лимфоциты – 52%; моноциты – 12; СОЭ – 9 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно – желтый, относительная плотность – 1010, реакция – нейтральная, белок – следы, лейкоциты – 1-2 в п/зр, эритроциты – 0-1 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 58 г/л, щелочная фосфатаза - 952 ЕД (норма до 600), кальций общий – 2,3 ммоль/л, кальций ионизированный – 1,02 ммоль/л, фосфор – 0,75 ммоль/л, мочевины – 4,6 ммоль/л.

Биохимический анализ мочи: оксалаты – 22,8 мг/сут (норма до 17), кальций – 3,9 мг/кг/сут (норма – 2,0-2,5), фосфор – 46 мг/кг/сут (норма до 20).

УЗИ почек: почки расположены в типичном месте, эхогенность паренхимы не изменена.

Кислотно-основной состав крови: pH – 7,21; BE -9.

Рентгенография трубчатых костей: общий остеопороз, варусная деформация голеней, бедер, расширение метафизов, больше в медиальных отделах, склерозирование диафизов.

### ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дайте обоснование диагноза.
3. Каковы генетические особенности заболевания?
4. Назовите характерные клинические симптомы заболевания.
5. Укажите основные звенья, регулирующие внеклеточный обмен кальция в организме ребенка.
6. Оцените функциональное состояние паращитовидных желез.
7. Составьте план обследования.
8. Проведите дифференциальный диагноз.
9. Составьте план лечения.
10. Какие препараты витамина Д должны назначаться при данном заболевании и в какой дозировке?

### ЗАДАЧА 83

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

Из анамнеза болезни известно, что за 2 недели до настоящего заболевания перенес ОРВИ. Кровоизлияния на коже от мелкоточечных до экхимозов появились в последние 3 дня, количество геморрагий увеличивается. В день поступления - длительное кровотечение из носа. Врач, осмотревший ребенка в приемном отделении, поставил диагноз геморрагический васкулит.

При поступлении состояние ребенка тяжелое за счет выраженного кожного геморрагического синдрома и продолжающегося носового кровотечения. На коже лица, туловища и конечностей обильная петехиальная сыпь, экхимозы разной давности

размером от 0,5 до 2,0 см в диаметре. На слизистых оболочках полости рта множественные петехии. В носовых ходах влажные тампоны, пропитанные кровью. Периферические лимфатические узлы шейной и подмышечной групп мелкие, безболезненные, подвижные. Одышки нет. Сердечная деятельность удовлетворительная, ЧСС 105 в 1 мин. АД 95/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

**Общий анализ крови:** Hb – 101 г/л, эритроциты –  $3,2 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты  $12 \times 10^9$ /л, лейкоциты  $6,4 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 59%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 27%, моноциты – 8%, СОЭ – 5 мм/час.

**Миелограмма:** костный мозг клеточный, бластные клетки – 2%, нейтрофильный росток – 62%, эозинофилы – 4%, лимфоциты – 5%, эритроидный росток – 27%, мегакарициты – 1 на 120 миелокарицитов, отшнуровка тромбоцитов не нарушена.

**Общий анализ мочи:** цвет соломенно-желтый, относительная плотность 1008, белок – нет, рН – 6,0, эпителий плоский – 2-4 в п/зр, лейкоциты – 2-4 в п/зр, цилиндры – нет, слизь, бактерии – нет.

### ЗАДАНИЕ:

1. Согласны ли Вы с диагнозом врача? Сформулируйте Ваш диагноз.
2. Приведите классификацию данного заболевания.
3. Какие симптомы и результаты лабораторного исследования являются важными для диагностики?
4. Какие клинические пробы помогут вам в постановке диагноза?
5. Назначьте лечение больному.
6. Каков прогноз заболевания. Почему после спленэктомии повышается число тромбоцитов?
7. Какие существуют методы остановки носового кровотечения.
8. Опишите возможные изменения на глазном дне при этом заболевании.
9. Какова продолжительность жизни тромбоцитов?
10. Назовите индукторы агрегации тромбоцитов.

### ЗАДАЧА 84

Мальчик П., 9 лет, поступил по направлению участкового педиатра в связи с появлением сыпи на коже, болями в животе и суставах. Жалуется на схваткообразные боли в животе, боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях.

Из анамнеза известно, что месяц тому назад ребенок перенес заболевание с повышением температуры тела до  $38,5^{\circ}\text{C}$ , с болью в горле при глотании. Участковым педиатром установлен диагноз: лакунарная ангина. Назначен аугментин. Неделю тому назад на голенях появилась пятнистая геморрагическая сыпь, количество которой в последующие дни увеличилось, появилась припухлость в области лодыжек, в день госпитализации – схваткообразные боли в животе в области пупка.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Вялый, лежит в вынужденной позе с поджатыми к животу ногами. Выражение лица страдальческое. На коже ушных раковин, голеней, ягодиц, мошонки и полового члена пятнистая и пятнисто-папулезная геморрагическая сыпь мелкая, выступающая над поверхностью кожи. Голеностопные суставы отечные, болезненные при пальпации и движении, на ноги опираться не может. На коже в области голеностопных суставов сливная геморрагическая сыпь с отдельными некротическими элементами. Живот не вздут, мягкий, доступен глубокой пальпации, болезненный вокруг пупка. Печень и селезенка не пальпируются. Стул скудный, небольшими порциями, кашицеобразный, «малиновое желе». Мочится достаточно, моча светлая.

**Общий анализ крови:** Hb – 110 г/л, эритроциты –  $3,5 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,9, тромбоциты –  $435 \times 10^9$ /л, лейкоциты –  $10,5 \times 10^9$ /л, юные – 1%, п/я – 5%, с/я – 57%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 28%, моноциты – 7%, СОЭ – 25 мм/час.

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 71 г/л, мочеви́на – 3,7 ммоль/л, креатинин – 47 мкмоль/л, билирубин общий – 20.2 мкмоль/л, АСТ – 25 ЕД/л, АЛТ – 20 ЕД/л,

**Общий анализ мочи:** цвет соломенно-желтый, относительная плотность 1012, белок – отсутствует, эпителий плоский – 0 -1 в п/зр, лейкоциты – 2 - 4 в п/зр, эритроциты, цилиндры отсутствуют.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Выскажите предположение о диагнозе, учитывая клиническую картину заболевания.
2. Объясните патогенез клинических проявлений заболевания у больного.
3. Нужны ли дополнительные методы исследования для того, чтобы подтвердить диагноз?
4. Перечислите осложнения при данном заболевании.
5. Составьте план лечения больного.
6. Что лежит в основе патогенеза?
7. С чем связано изменение характера стула?
8. Опишите морфологические изменения в сосудах при данном заболевании.
9. Какие суставы поражаются чаще всего при данной патологии?
10. Какие еще клинические проявления возможны при данной патологии?

#### **ЗАДАЧА 85**

Больной О., 5 лет, обратился в приемное отделение больницы с жалобами на боли и ограничение движений в левом коленном суставе, которые появились через несколько часов после ушиба.

Из анамнеза известно, что дядя и дед ребенка по материнской линии страдают длительными наружными кровотечениями, имеют поражение крупных суставов.

На первом году жизни у ребенка появлялись кровоподтеки с уплотнением на теле после ушибов, однократно кровотечение при прорезывании зуба, длительное кровотечение после травмы уздечки нижней губы. После года были повторные носовые кровотечения без видимой травмы. В возрасте 5 лет наблюдалось кровоизлияние в правый голеностопный сустав, затем в левый локтевой. Все перечисленные кровотечения требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

При осмотре состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в левом коленном суставе, движения болезненны, на ногу наступать не может. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, на лбу крупные экстрavasаты. Правый коленный сустав увеличен в окружности на 2 см по сравнению с правым, горячий на ощупь, болезненный при пальпации, движения в нем ограничены. Левый локтевой сустав в окружности увеличен на 2 см, кожная температура не изменена, движения в нем ограничены. Масса мышц левого плеча уменьшена на 1 см по сравнению с правым.

**Общий анализ крови:** Hb – 100 г/л, эритроциты -  $3,0 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты - 3 %, тромбоциты -  $300 \times 10^9$ /л, лейкоциты -  $8,3 \times 10^9$ /л, п/я –3%, с/я – 63%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 22%, моноциты – 9%, СОЭ – 12 мм/час.

**Длительность кровотечения по Дьюку**-2 мин 30 сек.

**Время свертывания крови по Ли-Уайту** - более 15мин.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. О каком заболевании у данного больного можно думать?
2. Какое исследование необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Какая фаза гемостаза страдает при этом заболевании?
4. На что следует обратить внимание при сборе анамнеза жизни у родителей ребенка?
5. Объясните патогенез клинических проявлений заболевания.
6. Назначьте лечение больному.
7. Какой вид терапии можно считать патогенетическим?
8. Почему боль в суставе возникла только через 2 часа после травмы?



9. Расскажите о механизмах действия аминокaproновой кислоты. Почему ее нельзя применять при почечном кровотечении.
10. Какие виды физиотерапии показаны при поражении суставов.

### ЗАДАЧА 86

Девочка Л., 13 лет поступила в стационар с жалобами на увеличение шейных лимфатических узлов.

Из анамнеза известно, что 1 месяц назад у ребенка заметили увеличение шейных лимфатических узлов. Участковым педиатром поставлен диагноз: шейный лимфаденит. Больная получала антибактериальную терапию без эффекта, затем получила курс УВЧ-терапии на область увеличенных лимфатических узлов, после чего отмечалось их увеличение, самочувствие ребенка ухудшилось. Периодически высоко лихорадит до 38,5°C, что сопровождается ознобом, беспокоят проливные ночные поты, появился кашель, боли за грудиной, ребенок похудел.

При осмотре обращает на себя внимание изменение конфигурации шеи. Пальпируется конгломерат лимфатических узлов на шее слева, общим размером 5,0x7,0см, внутри него пальпируются отдельные лимфатические узлы размером 1,0-1,5см, не спаянные между собой и окружающей клетчаткой, безболезненные при пальпации. Другие группы периферических лимфатических узлов не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные. Границы сердца расширены в поперечнике. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

**В общем анализе крови:** гемоглобин - 132 г/л, эритроциты -  $4,5 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты -  $495 \times 10^9$ /л, лейкоциты -  $8,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные - 72%, эозинофилы - 1%, моноциты - 3%, лимфоциты - 20%, СОЭ - 37 мм/час.

**Пунктат шейного лимфатического узла:** обнаружены клетки Березовского-Штернберга.

**Рентгенограмма органов грудной клетки** – расширение срединной тени за счет увеличенных внутригрудных лимфатических узлов.

**УЗИ органов брюшной полости** - печень, селезенка, поджелудочная железа однородной структуры, увеличенных лимфатических узлов в брюшной полости не обнаружено.

**Миелограмма** – костный мозг клеточный, бласты 0,2%, нейтрофильный росток 65%, эритроидный росток 21%, лимфоциты 8%, эозинофилы 6%, мегакариоциты 1 на 200 миелокариоцитов.

### ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения стадии заболевания и гистологического варианта?
3. Были ли ошибки участкового врача в тактике ведения больного, если да, то какие?
4. Что включает в себя лечение данной патологии?
5. Назовите лабораторные показатели, характеризующие активность процесса.
6. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
7. Назовите группы лимфатических узлов средостения, наиболее часто поражающиеся при данном заболевании.
8. Каким образом проводится диспансеризация больных с данной патологией?
9. Перечислите препараты, применяющиеся при данной патологии и объясните механизм их действия.
10. Объясните патогенез лихорадки при данной патологии.

### ЗАДАЧА 87

Мальчик Р., 12 лет поступила в отделение с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры, боли в ногах.

Из анамнеза известно, что в течение последних трех месяцев мальчик стал быстрее уставать, снизился аппетит. 2 недели назад родители заметили, что ребенок побледнел. Настоящее ухудшение состояния отмечалось 10 дней назад, когда повысилась температура до  $39,3^{\circ}\text{C}$ , увеличились подчелюстные лимфатические узлы. В амбулаторном анализе крови выявлен гиперлейкоцитоз до  $200,0 \times 10^9/\text{л}$ , с подозрением на онкологическое заболевание мальчик был госпитализирован.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, на конечностях многочисленные экхимозы. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфатические узлы размерами до 1,5 см, подвижные, безболезненные; подмышечные, паховые лимфатические узлы до 1,0 см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах справа ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень +4,0 см, селезенка +2,0 см ниже края реберной дуги. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

**В общем анализе крови:** гемоглобин - 86 г/л, эритроциты -  $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$ , цветовой показатель - 0,8, тромбоциты - единичные, лейкоциты -  $208 \times 10^9/\text{л}$ , бласты - 76%, палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 4%, лимфоциты - 19%, СОЭ - 64 мм/час.

**Миелограмма** – костный мозг гиперплазирован, бласты 96%, нейтрофильный росток 3%, эритроидный росток 1%, мегакариоциты не найдены.

**Цитохимическое исследование костного мозга** – ШИК-реакция гранулярная в 95% бластов, реакция на миелопероксидазу и судан отрицательная.

**Иммунологическое исследования костного мозга** - на бластных клетках выявлены маркеры зрелой Т-клетки.

**Исследование ликвора** – цитоз 200/3, белок 960 ммоль/л, реакция Панди +++ , бласты 100%.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Сформулируйте диагноз согласно принятой классификации.
2. Что явилось решающим в постановке Вашего диагноза?
3. Какие методы исследования необходимо еще провести этому ребенку?
4. Назовите основные этапы лечения этого заболевания.
5. Что явилось причиной развития неврологической симптоматики?
6. Объясните патогенез клинических симптомов.
7. Как Вы понимаете термин «опухолевая прогрессия»?
8. Опишите морфологические особенности лимфобласта.
9. Какие цитохимические реакции характерны для миелобластов?
10. Опишите возможные офтальмологические симптомы при данной патологии.

#### **ЗАДАЧА 88**

Больная А., 12 лет поступила в отделение с жалобами на носовое кровотечение.

Из анамнеза известно, что в течение последних 6 месяцев девочка стала часто болеть, заболевания сопровождались повышением температуры до фебрильных цифр, снизился аппетит, ребенок стал быстрее уставать.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Температура субфебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, на слизистых полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечается кровоточивость десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Периферические лимфатические узлы мелкие, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Моча обычной окраски.

**Общий анализ крови:** гемоглобин - 72г/л, эритроциты -  $2,7 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,8, ретикулоциты - 0,2%, тромбоциты - единичные, лейкоциты -  $1,3 \times 10^9$ /л, сегментоядерные - 1%, палочкоядерные - 4%, лимфоциты - 95%, СОЭ - 35 мм/час.

**Миелограмма:** костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки отсутствуют, гранулоцитарный росток 11%, эритроидный росток 8%, лимфоциты 80%, мегакарициты не найдены.

**Общий анализ мочи:** цвет желтый, относительная плотность - 1018, белок - следы, эпителий 2-4 в поле зрения, лейкоциты 0-1 в поле зрения, эритроциты 25-30 в поле зрения, цилиндры, слизь, бактерии отсутствуют.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. О каком заболевании может идти речь у данного больного?
2. Какие исследования необходимо еще провести, и какие изменения Вы ожидаете увидеть?
3. Приведите классификацию данного заболевания.
4. Объясните патогенез геморрагического синдрома.
5. Какие существуют современные методы лечения данной патологии и на чем они основаны?
6. Профилактику, каких неотложных состояний и каким образом следует проводить у этого больного?
7. Какова наиболее вероятная причина появления неврологической симптоматики у больных с этой патологией?
8. Опишите гистологическую картину костного мозга, характерную для данного заболевания.
9. Расскажите о процессе дифференцировки клеток эритроидного ряда.
10. Какой процент составляет фетальный гемоглобин к моменту рождения ребенка.

#### **ЗАДАЧА 89**

Больной Н., 4 лет, поступил в гематологическое отделение с жалобами на резкую слабость, рвоту, бледность кожных покровов, уменьшение мочеиспускания.

Из анамнеза известно, что за неделю до поступления у мальчика поднялась температура до  $38^{\circ}\text{C}$ , появился кашель. Получал ампициллин внутрь, 2 дня назад мать заметила, что ребенок стал вялым, побледнел, отмечалась многократная рвота, стал реже мочиться.

При поступлении состояние очень тяжелое. Вялый, в сознании, на осмотр почти не реагирует. Кожные покровы резко бледные, с восковидным оттенком слегка желтушные, небольшое количество мелких свежих синяков на конечностях и туловище. Склеры иктеричны. Периферические лимфатические узлы мелкие. Тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум на верхушке. Печень выступает из под края реберной дуги на 3 см, пальпируется край селезенки. Мочится редко, при осмотре выделили 30 мл красноватой мочи. Стул темной окраски, оформленный. АД 120/80 мм.рт.ст.

**Клинический анализ крови:** гемоглобин - 30 г/л, эритроциты -  $1,2 \times 10^{12}$  /л, цветовой показатель - 0,75, тромбоциты -  $60,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты -  $10,5 \times 10^9$ /л, метамиелоциты - 2 %, миелоциты - 1%, юные - 3%, палочкоядерные - 7%, сегментоядерные - 63%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 18%, моноциты - 5%, СОЭ - 45 мм/час, анизоцитоз, в каждом поле зрения шизоциты.

**Биохимический анализ крови:** общий белок - 61 г/л, общий билирубин (прямой 15 мкмоль/л, непрямой 30 мкмоль/л), мочевины - 56 ммоль/л, креатинин - 526 мкмоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, калий - 4,5 ммоль/л, натрий - 145,0 ммоль/л, свободный гемоглобин - 0,3 ммоль/л, АСТ-25 ЕД, АЛТ-35 ЕД.

**Общий анализ мочи:** цвет - розовый, относительная плотность - мало мочи, белок - 1,165%0, глюкозы - нет, уробилин - положительный, реакция Грегерсена - положительная, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 10-15 в п/з, эритроциты - сплошь, цилиндры: восковидные 1-2 в п/з, гиалиновые 3-4 в п/з.

### ЗАДАНИЕ:

1. О каких заболеваниях Вы подумали?
2. Какие клинические симптомы и лабораторные исследования подтверждают Ваше предположение?
3. Какие экстренные мероприятия требуется провести данному больному и на какие патологические процессы они направлены?
4. Объясните патогенез гемолиза.
5. Проведите дифференциальный диагноз. Нужны ли другие лабораторные исследования для подтверждения диагноза?
6. Какой прогноз у данного заболевания?
7. Объясните механизм геморрагического синдрома.
8. Какие возбудители чаще всего являются причиной возникновения первого заболевания, после которого развивается данный синдром?
9. Какие причины способствуют снижению клубочковой фильтрации в почке?
10. Какие лабораторные показатели характеризуют нарушение клубочковой фильтрации?

### АДАЧА 90

Девочка М., 3.5 лет поступила в стационар с жалобами на резкую слабость, бледность и желтушность кожи, лихорадку, темную окраску мочи.

Из анамнеза известно, что ребенок болен около двух недель, когда появились кашель, слизистые выделения из носа, температура 38,5<sup>0</sup> С. Получала аналгин, бисептол. 4-5 дней назад родители отметили нарастание слабости, ребенок стал сонлив, появилась темная окраска мочи. Участковым педиатром заподозрен вирусный гепатит. Анамнез жизни без особенностей.

При поступлении состояние очень тяжелое. Сознание спутанное. Резкая бледность кожных покровов, иктеричность кожи и склер. При аускультации сердца выслушивается систолический шум. Печень выступает из подреберья на 2 см, селезенка на 3 см. Мочится хорошо, моча цвета «темного пива». Стул был вчера, окрашенный.

**В общем анализе крови:** гемоглобин - 55 г/л, эритроциты - 2,2 x10<sup>12</sup>/л, цветовой показатель - 0,98, ретикулоциты - 11%, тромбоциты - 230x10<sup>9</sup>/л, лейкоциты - 12,3x10<sup>9</sup>/л, миелоциты - 1%, палочкоядерные - 7%, сегментоядерные - 55%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 30%, моноциты - 5%, СОЭ - 45 мм/час, выражен анизоцитоз.

**В биохимическом анализе:** общий белок - 70 г/л, мочевины - 3,7 ммоль/л, креатинин - 60 ммоль/л, билирубин прямой - 7 ммоль/л, непрямой - 67,2 ммоль/л, свободный гемоглобин - 0,1 мкмоль/л, калий - 4,6 мкмоль/л, АСТ - 28 ед., АЛТ - 30 ед.

**В общем анализе мочи:** уробилин положительно, свободный гемоглобин отсутствует, белок 0,33 г/л, лейкоциты 1-2 в поле зрения.

**Проба Кумбса с эритроцитами:** положительная.

### ЗАДАНИЕ:

1. О каком заболевании Вы подумали? Подтвердите диагноз имеющимися клиническими и лабораторными данными.
2. Какие виды гемолиза могут встречаться при данном заболевании?
3. Перечислите возможные осложнения.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Какая неотложная терапия должна быть назначена?
6. Какие организационные мероприятия необходимо провести врачу для оказания экстренной помощи больному?
7. Что такое физиологический гемолиз?
8. Расскажите об обмене билирубина. При гемолизе эритроцитов билирубин транспортируется по крови в комплексе с чем?
9. Какие типы антител Вы знаете.
10. К какому классу иммуноглобулинов относятся холодовые антитела?

## ЗАДАЧА 91

Больная З., 13 лет, поступила в приемное отделение больницы с жалобами на носовое кровотечение.

Из анамнеза известно, что у ребенка с 2 летнего возраста отмечаются нечастые непродолжительные носовые кровотечения. После начала менструации, в возрасте 12.5 лет, стали отмечаться меноррагии.

Девочка родилась от первой, нормально протекавшей беременности. У отца в детстве были носовые кровотечения, но обследование не проводилось.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести. В носовых ходах тампоны, пропитанные кровью. Кожа и слизистые оболочки умеренно бледные, отмечаются многочисленные экхимозы различной давности и величины (от 0,5 до 2-3 см) на туловище и конечностях, в местах давления одеждой небольшое количество петехий. Периферические лимфатические узлы: подчелюстные, подмышечные, паховые размером до 1,0 см, подвижные, безболезненные, единичные. Слизистая оболочка полости рта блестящая, чистая, миндалины не увеличены, по задней стенке глотки стекает кровь. Печень и селезенка не пальпируются. Мочеиспускание и дефекация не нарушены.

**Общий анализ крови:** гемоглобин - 92 г/л, эритроциты -  $3,4 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,81, ретикулоциты - 3%, тромбоциты -  $380,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты -  $8,3 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 65%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 27%, моноциты - 5%, СОЭ - 12 мм/час.

**Время кровотечения по Дьюку:** 6 минут 30 секунд.

**Время свертывания по Бюркеру:** начало 2 мин, конец 4 мин, по Ли-Уайту (венозная кровь) – 9 мин (норма 5-6 мин).

**Ретракция кровяного сгустка:** через 1 час – 0. через 3 часа – 0,2.

**Агрегация тромбоцитов** под влиянием АДФ, адреналина, коллагена ослаблена, ристомидин агрегация – нормальная.

### ЗАДАНИЕ:

1. О какой группе заболеваний Вы думаете?
2. Какие клинические и лабораторные данные позволяют предположить данную патологию?
3. Объясните механизм возникновения геморрагического синдрома.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Назовите неотложные мероприятия при кровотечении, с которым ребенок поступил в стационар.
6. Составьте план лечения данной больной.
7. По какому типу наследования передается это заболевание?
8. Перечислите функции тромбоцитов и участие их в гемостазе.
9. Какой тип кровоточивости характерен для данной патологии?
10. Какие диагностические тесты существуют для определения функциональной неполноценности тромбоцитов?

## ЗАДАЧА 92

Мальчик Ю., 2.5-х лет поступил в отделение с жалобами на появившуюся желтушность кожных покровов.

Из анамнеза известно, что с первых дней после рождения длительно отмечалась выраженная желтушность кожных покровов. В родильном доме проводилось заменное переливание крови. Когда ребенку было 7 месяцев, родители заметили, что мальчик немного пожелтел, но к врачу не обратились. 3 дня назад у мальчика повысилась температура до  $37,8^{\circ}$  С, появилась желтуха. В поликлинике был сделан анализ крови, в котором выявлена анемия – гемоглобин 72 г/л. Мальчик родился от первой, нормально протекавшей беременности, срочных родов. Из семейного анамнеза известно, что мать здорова, у отца периодически желтеют склеры.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Мальчик вялый, сонливый. Кожа и слизистые оболочки бледные, с иктеричным оттенком. Обращает на себя внимание деформация черепа: «башенный» череп, «седловидная» переносица, «готическое» небо. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Тоны сердца учащены, выслушивается систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,0 см, селезенка + 4,0 см ниже края реберной дуги. Стул, моча интенсивно окрашены.

**В общем анализе крови:** гемоглобин - 72 г/л, эритроциты -  $2,0 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 1,0, ретикулоциты - 16%, лейкоциты -  $10,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 45%, лимфоциты - 37%, моноциты - 13%, эозинофилы - 3%, СОЭ - 24 мм/час.

**В биохимическом анализе крови:** общий белок - 82г/л, билирубин прямой - 32,2 ммоль/л, непрямой - 140,4 ммоль/л, свободный гемоглобин отсутствует.

**Осмотическая резистентность эритроцитов:** min - 0,58, max - 0,32. 60% эритроцитов имеют сферическую форму.

### ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз?
2. На основании, каких клинико – лабораторных данных Вы поставили этот диагноз?
3. Какой вид гемолиза при этом заболевании?
4. Объясните патогенез гемолиза.
5. Какой метод лечения является оптимальным, показан ли он данному больному и почему?
6. Перечислите осложнения при этом заболевании.
7. Какие лабораторные показатели гемолиза имеются у данного пациента?
8. По какому типу наследования передается заболевание?
9. Что такое физиологический гемолиз? Где в норме разрушаются «старые» эритроциты?
10. Назовите биохимические признаки внутриклеточного и внутрисосудистого гемолиза.

### ЗАДАЧА 93

Мальчик 13 лет, в течение последних двух лет беспокоят боли в эпигастральной области утром натощак, реже через 1-1,5 часа после еды, иногда бывают ночные боли. Боли купируются приёмом пищи или 1-2 пакетиков фосфалюгеля. В это же время появились диспепсические явления: отрыжка, тошнота, редкая изжога. Обострения бывают до 3 раз в год, чаще в осенне-весеннее время, провоцирующими факторами являются стрессовые ситуации, а также использование продуктов предприятий быстрого питания. Настоящее обострение наблюдается в течение последних 2 недель.

Семейный анамнез: по линии отца ребёнка отмечаются язвенная болезнь 12-перстной кишки (у бабушки и отца), гастрит (у бабушки), по линии матери – вегето-сосудистая дистония по ваготоническому типу.

При осмотре: рост 164 см, масса 46 кг, кожные покровы бледно-розовые, язык обложен белым налётом. Сердце – ЧСС 66 уд/мин, тоны ясные, акцент второго тона на лёгочной артерии. АД 105/70 мм рт.ст. Живот не вздут, симптом Менделя положительный в эпигастрии, пальпаторная болезненность в эпигастрии, пилородуоденальной области, точке Мейо-Робсона. Печень у края рёберной дуги, безболезненная. По другим органам без патологии.

**Анализ крови клинический:** Hb – 134 г/л, э.–  $4,35 \times 10^{12}$  /л, ЦП– 0,92, л. –  $6,4 \times 10^9$  /л, п/я - 1%, с/я - 55 %, эоз. - 3%, лимф. - 34%, мон. - 7%, СОЭ 3 мм/час.

**Общий анализ мочи:** цвет – соломенно-желтый, прозрачная, относительная плотность 1021, рН 6,0, белок нет, сахар нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты 2-3 в поле зрения.

**Биохимический анализ крови:** общий белок 75 г/л, билирубин общий 10,2 мкмоль/л, прямой 1,5 мкмоль/л, ЩФ 430 ед (норма до 600 ед), АлАт 25 ед/л, АсАт -20 ед/л, амилаза 80 ед/л (норма до 120).

**Эзофагогастроуденоскопия:** слизистая оболочка пищевода гиперемирована, кардия плохо смыкается, гастро-эзофагеальный рефлюкс. В желудке мутная слизь, гиперемия в области тела. Множественные плоские выбухания и гиперемия в области антрального отдела желудка (картина напоминает «бульжную мостовую»). Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки очагово гиперемирована, на задней стенке язвенный дефект 0,5х0,7см, округлой формы, с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином, на передней стенке щелевидная язва 0,3х0,7см с чистым дном. Взята биопсия.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Клинический диагноз, его обоснование.
2. Этиопатогенез заболевания.
3. Оцените клинические симптомы и представленные лабораторные исследования (анализ крови клинический и биохимический, анализ мочи).
4. Какие исследования обязательно следует провести для этиопатогенетического лечения?
5. Имеются ли эндоскопические признаки хеликобактерной инфекции?
6. Укажите все известные диагностические способы определения хеликобактерной инфекции
7. Что такое эрадикация Нр инфекции?
8. Нужно ли продолжать лечение фосфалюгелем во время проведения эрадикации?
9. Предложите схему лечения данному больному.
10. Перечислите основные рекомендации по наблюдению больного после выписки из стационара.

#### **ЗАДАЧА 94**

Девочка 13 лет, предъявляет жалобы на боли в животе, слабость, быструю утомляемость. Боли беспокоят в течение 3 лет, возникают чаще натощак, иногда ночью, локализуются в верхней половине живота, исчезают после приема пищи. В течение последних 2-х недель интенсивность болей уменьшилась, появились слабость, сонливость, головокружение, быстрая утомляемость, черный стул.

Девочка от I физиологической беременности, срочных родов. Находилась на естественном вскармливании до 2-х месяцев. Раннее развитие по возрасту. Прививки по календарю. Аллергоанамнез не отягощен.

Генеалогический анамнез: мать 36 лет, страдает гастритом, отец 38 лет – язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, бабушка (по линии матери) – язвенной болезнью желудка.

При осмотре: рост 151 см, масса тела 40 кг. Ребенок вялый. Кожные покровы слизистые оболочки ротовой полости, конъюнктивы бледные, выраженная мраморность кожных покровов, ладони и стопы холодные на ощупь. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС 116 уд/мин. АД 85/50 мм.рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в эпигастрии и пилорoduоденальной области. Отмечается болезненность в точках Дежардена и Мейо-Робсона. Печень не увеличена, пальпация безболезненная. Стул дегтеобразный.

**Анализ крови клинический:** Нb – 72 г/л; эр. –  $2,8 \times 10^{12}$ /л; ц.п. – 0,77; ретикулоциты – 50%, Нt – 29 об%; лейкоц –  $8,7 \times 10^9$ /л; п/я – 6%; с/я – 50%; э – 2%; л – 34%; м – 8%; СОЭ – 12 мм/час; тромб –  $390,0 \times 10^9$ /л; время кровотечения по Дюку – 60 сек.; время свертывания по Сухареву: начало – 1 мин., конец – 2 мин 30 сек.

**Общий анализ мочи:** кол-во 90 мл, цвет – соломенно-желтый, прозрачность полная, относительная плотность – 1024, рН – 6,0, белок, глюкоза – abs, эпителий плоский – един. в п/зр., лейкоциты – 2-3 в п/зр.

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 72 г/л; альбумины – 55%; глобулины:  $\alpha_1$ – 6%,  $\alpha_2$ – 10%,  $\beta$  – 13%,  $\gamma$  – 16%; АсАТ – 34 Ед/л; АлАТ – 29 Ед/л; ЩФ – 150 Ед/л (норма 70-142); общий билирубин 16 мкмоль/л, прямой билирубин – 3 мкмоль/л, железо сывороточное – 7 мкмоль/л.

**Кал на скрытую кровь:** реакция Грегерсена положительная (+++).

**Эзофагогастродуоденоскопия:** слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается полностью. В теле желудка слизистая оболочка очагово гиперемирована, отечная, в антральном отделе множественные плоские эрозии. Привратник неправильной формы, зияет. Луковица средних размеров, деформирована за счет отека слизистой оболочки. Слизистая оболочка луковицы с выраженным отеком и гиперемией. На передней стенке рубец звездчатой формы ярко-розового цвета. По задней стенке округлый дефект диаметром до 1,7 см, с ровными краями и глубоким дном, заполненным зеленоватым детритом. В дне язвы определяются эрозированные сосуды со сгустком крови. Произведено клипирование места кровотечения.

**УЗИ органов брюшной полости:** печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная. Внутривенные сосуды и протоки не расширены. Желчный пузырь округлой формы, просвет чистый, стенки 2 мм (норма до 2). Поджелудочная железа: головка 28 мм (норма 22), тело 18 мм (норма 14), хвост 27 мм (норма 20), паренхима повышенной эхогенности.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Поставьте основной диагноз и обоснуйте его.
2. Каков этиопатогенез данного заболевания?
3. Какие наиболее частые осложнения данного заболевания в детском возрасте?
4. Какие дополнительные методы исследования требуются больному?
5. Оцените состояние ребенка при поступлении.
6. Оцените результаты общего анализа крови. Требуется ли дополнительное гематологическое обследование?
7. Назначьте и обоснуйте диету и лечение.
8. Какая сопутствующая патология имеется у ребенка?
9. Какое лечение потребует сопутствующая патология?
10. Какова тактика диспансерного наблюдения?

#### **ЗАДАЧА 95**

Мальчик, 10 лет, в течение последнего года боли в эпигастрии, чаще появляющиеся утром либо до завтрака, либо через 1-2 часа после еды, иногда боли ночные или сразу после еды. Боли купируются приёмом пищи, маалоксом, но-шпой. Диспепсические жалобы: на отрыжку после еды, тошноту, урчание в животе при голоде. Настоящее обострение в течение недели после стрессового фактора в школе.

Семейный анамнез: у матери ребёнка хронический гастрит, у бабушки по линии отца язвенная болезнь 12-перстной кишки, бабушка по линии матери умер от рака желудка.

При осмотре: рост 150 см, масса 35 кг, кожные покровы бледно-розовые, чистые. Сердце – тоны ясные, звучные, акцент II тона на лёгочной артерии, ЧСС – 72 уд/мин. Живот не вздут, мягкий. Болезненность при пальпации в эпигастрии и пилорoduоденальной области. Симптом Менделя положительный. Печень у края рёберной дуги, пальпация безболезненная. Селезёнка не пальпируется.

**Анализ крови клинический:** Нв 130 г/л, эр.  $4,4 \times 10^{12}$  /л, ЦП 0,89, лейкоциты –  $5,6 \times 10^9$  /л, п/я 3%, с/я 56 %, э 2%, л 33%, м 6%, СОЭ 7 мм/час.

**Общий анализ мочи:** Цвет светло-жёлтый, прозрачность полная, относительная плотность 1019, рН 5,0, белок нет, сахар нет, Лейк. 1-2-3 в п/зр, эпителий плоский – 2-3 в п/зр, Слизь – небольшое количество.

**Биохимический анализ крови:** Общий белок 67 г/л, билирубин общий 17 мкмоль/л, прямой 2 мкмоль/л, ЩФ 300 ед (норма до 600 ед), АлАт 21 ед/л, АсАт -24 ед/л, амилаза 100 ед/л (норма до 120), тимоловая проба 3 Ед (норма до 5).

**Эзофагогастродуоденоскопия:** Слизистая оболочка пищевода бледно-розовая. В желудке умеренное количество мутной слизи, в теле и антральном отделе множественные



разнокалиберные выбухания, очаговая гиперемия. Привратник округлой формы, зияет. Луковица средних размеров пустая, деформирована за счет отека слизистой оболочки. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки гиперемирована, отечна. По передней стенке средней трети определяется щелевидная язва с ровными краями и неглубоким дном, заполненным фибрином. Размеры дефекта 0,3x0,6 см. По задней стенке на том же уровне – щелевидная язва с ровными краями и глубоким дном с наложениями детрита, размером 0,4x0,6 см на задней стенке. Взята биопсия слизистой оболочки антрального отдела желудка.

**Результаты биопсии:** Выявлена 2 степень обсеменённости слизистой оболочки антрального отдела *Helicobacter pylori*.

**Быстрый уреазный тест:** положительный (2 мин)

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Поставьте основной диагноз и обоснуйте его.
2. Каков этиопатогенез данного заболевания?
3. Какие наиболее частые осложнения данного заболевания в детском возрасте?
4. Какие дополнительные методы исследования требуются больному?
5. Оцените состояние ребенка при поступлении.
6. Оцените результаты общего анализа крови, биохимического анализа крови.
7. Оцените результаты инструментального обследования.
8. Назначьте больному диету.
9. Назовите современные принципы лечения данного заболевания.
10. Какова тактика диспансерного наблюдения?

#### **ЗАДАЧА 96**

Мальчик 12 лет, в течение последнего года беспокоят боли в подложечной области, возникающие после приема острой, жареной пищи, газированной воды, а также в ночное время. Беспокоят изжога, отрыжка с кислым запахом, боли за грудиной, возникающие после еды и ночью.

Семейный анамнез: Мать 38 лет страдает гастритом; отец 40 лет – гастродуоденитом; у бабушки (по линии матери) – рак пищевода.

Ребенок доношенный, на естественном вскармливании до 5 месяцев. Аллергоанамнез не отягощен.

Осмотр: рост 160 см, масса 50 кг. Кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледно-розовые. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 90 в 1 мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 24 в 1 мин. Живот обычной формы, мягкий, болезненный при глубокой пальпации в эпигастральной области. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный.

**Анализ крови клинический:** Нб – 126 г/л; Эр -  $4,4 \times 10^{12}/л$ ; ц.п. - 0,92; Лейк –  $7,2 \times 10^9/л$ ; п/я - 3%; с/я – 54%; э-3%; л - 32%; м - 8%; СОЭ – 7 мм/час.

**Общий анализ мочи:** кол-во 100 мл, цвет – светло-желтый, прозрачность полная, относительная плотность – 1023, рН – 6,0, белок, глюкоза – abs, эпителий плоский – един. в п/зр., лейкоциты – 1-2 в п/зр.

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 76 г/л; альбумины – 55%; глобулины:  $\alpha_1$  – 5%,  $\alpha_2$  – 10%,  $\beta$  – 12%,  $\gamma$  – 18%; АсАТ – 28 Ед/л; АлАТ – 30 Ед/л; ЩФ – 78 Ед/л (норма 70-142); общий билирубин 15 мкмоль/л, прямой билирубин – 4 мкмоль/л, железо сывороточное – 16 мкмоль/л.

**Эзофагогастродуоденоскопия:** слизистая оболочка пищевода розовая, в нижней трети с гиперемией по типу «языков пламени», отечная, на задней стенке эрозия до 0,6 см с наложениями фибрина. Кардия зияет. Складки кардиального сфинктера утолщены, определяется поперечная исчерченность. В просвете желудка слизь с примесью темной желчи. Слизистая оболочка желудка гиперемирована в теле и антральном отделе, умеренно отечна. Привратник округлой формы, зияет. Луковица средних размеров,

пустая, слизистая оболочка розовая. Слизистая оболочка постбульбарных отделов с гиперемией по верхушкам керкринговых складок, с единичными лимфангиоэктазиями на стенках.

**Рентгенологическое исследование ЖКТ с барием:** акт глотания не нарушен. Жидкая бариевая взвесь свободно проходит по пищеводу. В нижней трети пищевода имеется дефект заполнения. Кардия расположена обычно, не смыкается.

**Внутрижелудочная суточная рН-метрия:** базальный уровень рН в пищеводе – 7 ед. (N - 4,1-7,0), в теле желудка 1,2-1,4 ед. (N - 1,6-2,0); в антральном отделе – 5 ед. (N –до 5). За время исследования зарегистрировано 70 эпизодов снижения рН в пищеводе менее 4,0 ед, что составляет 34% от исследуемого времени (норма 4,2%), преимущественно в положении лежа и ночью. В антральном отделе зарегистрировано периодическое повышение уровня рН выше 5 ед.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Каков этиопатогенез заболевания?
4. Укажите анатомо-физиологические особенности кардиопищеводного перехода; в чем состоит антирефлюксный механизм нижнего пищеводного сфинктера.
5. С какой целью проводится рентгенологическое исследование верхних отделов пищеварительного тракта?
6. Какие осложнения данного заболевания?
7. Оцените физическое развитие ребенка.
8. Оцените анализы крови клинический и биохимический.
9. Назначьте терапию.
10. Какие режимные рекомендации следует соблюдать ребенку?

#### **ЗАДАЧА 97**

Мальчик, 2 года, поступил в отделение с жалобами на учащенный, разжиженный стул с примесью крови.

Из анамнеза известно, что в течение 6 месяцев у ребенка неустойчивый характер стула, причём имеет место ухудшение: в течение последних 2 месяцев стул учащенный до 5-8 раз в сутки, кашицеобразный, со слизью и прожилками крови; беспокоят боли в животе, особенно перед дефекацией, похудание, слабость, снижение аппетита, субфебрильная температура, потеря веса (за 6 месяцев похудел на 3 кг). Амбулаторное лечение повторными курсами антибактериальной терапии, пробиотиками без отчетливого положительного эффекта. Анализы кала на патогенную кишечную группу отрицательны.

Ребенок доношенный, первый в семье, на естественном вскармливании до 6 месяцев. С 6 месяцев отмечается атопический дерматит, пищевая аллергия на цитрусовые, шоколад, белок коровьего молока.

Мать и отец ребёнка здоровы, у бабушки по линии матери лактазная недостаточность.

При осмотре: рост 85 см, масса 11,5 кг. Кожные покровы бледные, на лице, голених участки гиперемии со следами расчесов, слизистые оболочки ротовой полости, конъюнктивы – бледно розовые. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Сердце – ЧСС 106 уд/мин, тоны ясные, звучные, выслушивается короткий систолический шум на верхушке. Живот умеренно вздут, выраженная болезненность по ходу ободочной кишки, петли кишечника спазмированы, местами раздуты. Печень +1,5-2см, край плотный, пальпация безболезненная. Селезёнка не пальпируется. Анус податлив.

**Анализ крови клинический:** Нв 92 г/л, эр.  $3,6 \times 10^{12}$ /л, ЦП 0,77, тромбоциты  $155,8 \times 10^9$ /л, лейкоциты  $12,8 \times 10^9$  /л, юные 1%, п/я 6%, с/я 43 %, эоз 5%, л 36%, м 9%, СОЭ 18 мм/час.

**Общий анализ мочи:** Цвет – соломенно-жёлтый, прозрачность полная, относительная плотность 1020, рН 6,0, белок нет, сахар нет, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эпителий плоский – немного, эритроциты - нет, оксалаты – немного.

**Биохимический анализ крови:** общий белок 66 г/л, альбумин 50%, глобулин  $\alpha_1$  6%,  $\alpha_2$  13%,  $\beta$ 10%,  $\gamma$  21%, билирубин общий 10 мкмоль/л, прямой 1,5 мкмоль/л, ЩФ 620 ед (норма до 600 ед), АлАТ 24 ед/л, АсАТ – 34 ед/л, амилаза 60 ед/л (норма до 120), железо 8 мкмоль/л, ОЖСС 75 мкмоль/л (норма 36-72), СРБ 30 мг/л.

**Копрограмма:** кал полужидкой консистенции, коричневого цвета с красными вкраплениями, мышечные волокна не переваренные в умеренном количестве, нейтральный жир – нет, жирные кислоты – немного, крахмал внеклеточный – много. Резко положительная реакция Грегерсона резко положительная, Лейкоциты – 12-20-30 в поле зрения, эритроциты 30-40 в поле зрения, слизь – много.

**Кал на кальпротектин:** 600 мкг/г (норма до 50 мкг/г)

**Колоноскопия:** осмотрена ободочная и 30 см подвздошной кишки. Слизистая оболочка ободочной кишки на всём протяжении бледно-розовая, очагово гиперемирована, отёчная, со смазанным сосудистым рисунком, множественными кровоизлияниями, округлые язвы до 0,6-0,8 см на стенках восходящем и поперечно-ободочном отделах. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой кишок бледно-розовая, очагово гиперемирована, выраженная контактная кровоточивость. Взята лестничная биопсия.

**Гистология фрагментов слизистой оболочки ободочной кишки:** отёк собственной пластинки, расширение и полнокровие капилляров, собственная пластинка с выраженной инфильтрацией нейтрофилами, лимфоцитами, плазматическими клетками и макрофагами. Имеются крипт-абсцессы, архитектоника крипт нарушена, имеется их частичная атрофия.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Какие приведённые данные анамнеза, лабораторно-инструментальных исследований подтверждают Ваш диагноз?
3. Какая степень тяжести заболевания у ребёнка?
4. Какие осложнения характерны для данного заболевания?
5. Какие данные лабораторно-инструментальных исследований характеризуют активность процесса?
6. Обоснуйте основные принципы лечения.
7. Назначьте диету ребёнку.
8. Какие препараты являются выбором в лечении данного заболевания?
9. Можно ли проводить лечение в амбулаторных условиях?
10. Показания к назначению гормонотерапии и биологической терапии.

#### **ЗАДАЧА 98**

Девочка, 8 лет. В течение 2-х лет предъявляет жалобы на схваткообразные боли в правом подреберье через 30-45 минут после еды, особенно при приеме жирной, обильной пищи, при физической нагрузке, сопровождающиеся диспептическими явлениями: тошнота, отрыжка, горечь во рту. Девочка эмоционально лабильна, плаксива. На первом году жизни наблюдалась по поводу синдрома повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, синдрома мышечного гипертонуса.

Семейный анамнез: у матери – холецистит, отец – здоров. Бабушка по материнской линии – ЖКБ (оперирована).

При осмотре: Рост – 132 см, масса – 26 кг. Кожные покровы бледно-розовые, склеры белые. Язык обложен белым налётом. Сердечные тоны ясные, звучные, ЧСС – 92 в минуту. Живот не вздут, мягкий. Печень + 0,5-1см из-под края реберной дуги. Положительные пузырьные симптомы: Кера, Мерфи, Ортнера. Селезёнка не пальпируется.

**Анализ крови клинический:** Нв – 128 г/л, эр –  $4,4 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,87, лейкоц. –  $7,6 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с/я – 49%, эоз. – 3%, лимф. – 40%, мон. – 5%, СОЭ – 8 мм/час.

**Общий анализ мочи:** Цвет – соломенно-жёлтый, прозрачность полная, относительная плотность – 1017, рН–6,0, белок – нет, сахар – нет, эпителий плоский – немного, лейкоц. – 3-4 в п/зрения, соли – оксалаты немного.

**Биохимический анализ крови:** Общий белок – 72 г/л, альбумины – 60%, глобулины:  $\alpha_1$  – 4%,  $\alpha_2$  – 9%,  $\beta$  – 12%,  $\gamma$  – 15%, билирубин общий – 18 мкмоль/л, связанный – 3 мкмоль/л, АлАТ – 20 ед/л, АсАТ – 25 ед/л, ЩФ – 650ед/л (норма – до 600), амилаза – 80 ед/л (норма – до 120),  $\gamma$  – ГТП – 18 ед, тимоловая проба – 4 ед.

**УЗИ брюшной полости:** Увеличение правой доли печени, уплотнение внутриспечёчных желчных протоков. Желчный пузырь – 60x30 мм, перегиб в области дна. Через час после завтрака желчный пузырь сократился до размеров 25x15 мм (на 80%). Толщина стенок желчного пузыря – 1,5 мм. Поджелудочная железа – 19/10/13, средней эхогенности.

**Эзофагогастроуденоскопия:** Органической патологии не выявлено.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Оцените физическое развитие ребенка.
2. Поставьте диагноз.
3. Проведите анализ анамнеза, лабораторных и инструментальных методов исследования.
4. Укажите алгоритм дифференциальной диагностики.
5. Укажите маркёры холестаза.
6. Назовите этиопатогенетические причины возникновения данного заболевания.
7. Играет ли роль в функционировании желчного пузыря наличие перегиба в области дна?
8. Назовите дополнительные методы обследования.
9. Назначьте диету.
10. Обоснуйте лекарственную терапию.

#### **ЗАДАЧА 99**

Девочка 10 лет, в течение 1 года предъявляет жалобы на боли в животе, в основном в околопупочной области и правом подреберье, через 20-30 минут после приёма пищи, особенно обильной или жирной, нечасто беспокоили тошнота, горечь во рту, изредка осветлённый стул. Жалобы появились 1 год назад после перенесённой кишечной инфекции (повышение температуры, рвота, боли в животе, жидкий стул). Ребёнок питается нерегулярно, так как имеет дополнительные учебные нагрузки (занятия в музыкальной школе и хореографической студии).

Семейный анамнез: у матери – гастрит, отец – здоров. У бабушки по материнской линии – ЖКБ.

При осмотре: рост – 141 см, масса – 37 кг. Кожные покровы бледно-розовые, краевая субиктеричность склер. Язык обложен белым налётом. Сердечные тоны ясные, звучные. ЧСС – 84 в минуту. Живот слегка вздут, болезненный при пальпации в эпигастрии, точке желчного пузыря. Положительные пузырные симптомы: Кера, Ортнера, Мэрфи. Печень +0,5-1см из-под края реберной дуги, мягкоэластичной консистенции. Селезёнка не пальпируется.

**Анализ крови клинический:** Нв – 134 г/л, эр –  $4,3 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,93, лейкоц. –  $8,4 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 59%, эоз. – 4%, лимф. – 27%, мон. – 6%, СОЭ – 12 мм/час.

**Общий анализ мочи:** Цвет – светло-жёлтый, Прозрачная, Относительная плотность – 1016, рН–5,5, белок – нет, сахар – нет, желчные пигменты – нет, лейкоц. – 2-3 в п/зрения, эритроц. – нет, слизь – немного.

**Биохимический анализ крови:** Общий белок – 70 г/л, Альбумины – 40 %, Билирубин общий – 18 мкмоль/л, связанный – 3 мкмоль/л, АлАт – 30 ед/л, АсАт – 28 ед/л, ЩФ – 620ед/л (норма – до 600), Амилаза – 100 ед/л (норма – до 120),  $\gamma$  ГТП – 34 ед/л (норма до 32), СРБ +.

**УЗИ брюшной полости:** Печень – незначительно увеличена правая доля, уплотнение внутривенных желчных ходов. Желчный пузырь грушевидной формы 70/45 мм, толщина стенок желчного пузыря 3-4 мм, выражена слоистость стенок, внутренние контуры неровные, в полости густая взвесь, общий пузырный проток расширен до 5-6 мм, стенки утолщены. Поджелудочная железа 14/10/15 мм, единичные гиперэхогенные включения.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Оцените физическое развитие ребёнка.
2. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
3. Оцените результаты лабораторно-инструментальных исследований.
4. Нуждается ли ребёнок в дальнейших исследованиях? Каких?
5. Этиопатогенез заболевания, перечислите основные причины данного заболевания.
6. Что является провоцирующим фактором для развития болевого абдоминального синдрома?
7. Что такое симптомы Кера, Ортнера, Мэрфи?
8. Есть ли у ребёнка признаки синдрома холестаза?
9. В какой диете нуждается ребёнок?
10. Назначьте лечение.

#### **ЗАДАЧА 100**

Мальчик, 11 лет, предъявляет жалобы на острые боли в животе, локализующиеся в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку и поясничную область, тошноту и многократную рвоту съеденной пищей.

Боли в животе появились через 15 минут после завтрака, состоящего из бутерброда с маслом, яйца и кофе. Аналогичный приступ наблюдался 7 месяцев назад, был менее выражен и купировался в течение 30-40 минут после приема но-шпы.

Из генеалогического анамнеза известно, что мать ребенка страдает желчнокаменной болезнью (проведена холецистэктомия), у отца – хронический гастрит, у бабушки по линии матери – хронический холецистит.

При осмотре: ребенок повышенного питания, кожа с легким желтушным оттенком, склеры субиктеричные. Со стороны органов дыхания и кровообращения патологии не выявлено. При пальпации живота отмечается умеренное напряжение мышц и болезненность в области правого подреберья. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Край печени мягкий, умеренно болезненный. Определяются положительные симптомы Мерфи, Ортнера и Мюсси. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул осветленный, оформленный.

**Анализ крови клинический:** Нв – 130 г/л, Эр –  $4,1 \times 10^{12}$ /л, Ц. п. – 0,95, Лейк –  $10 \times 10^9$ /л, п/я – 7%, с/я – 62%, л – 24%, м – 4%, э – 2%, СОЭ – 15 мм/час.

**Общий анализ мочи:** цвет светло-желтый, прозрачность полная, рН – 6,5, плотность – 1025, белок – нет, сахар – нет, Лейк – 2-3 в п/зр, Эритроц. – нет, желчные пигменты – (+++).

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 75 г/л, альбумины – 55%, глобулины:  $\alpha_1$  – 3%,  $\alpha_2$  – 12%,  $\beta$  – 12%,  $\gamma$  – 18%, АлАТ – 50 ед/л (N – до 40), АсАТ – 60 ед/л (N – до 40), ЩФ – 160 ед/л (N – до 140), амилаза – 80 ед/л (N – до 120), билирубин – 32 мкмоль/л, прямой – 20 мкмоль/л.

**УЗИ органов брюшной полости:** печень – не увеличена, контуры ровные, паренхима однородная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена; желчный пузырь – обычной формы, толщина стенок до 4 мм (норма – до 2 мм), в области шейки обнаружено гиперэхогенное образование размером 8x10 мм, дающее акустическую тень; поджелудочная железа – паренхима эхогеннооднородная, головка – 19 мм (N – до 18), тело – 15 мм (N – до 15), хвост – 20 мм (N – до 18).

### ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику, укажите дифференциально-диагностические критерии?
3. Каковы современные представления об этиологии и патогенезе заболевания?
4. Оцените общий анализ крови. Оцените биохимическое исследование крови.
5. Какова причина обострения заболевания? Какие предрасполагающие к этому заболеванию факторы можно выявить у больного?
6. Прокомментируйте данные ультразвукового исследования.
7. Каковы особенности диеты при данном заболевании?
8. Назначьте и обоснуйте лечение для этого больного.
9. Перечислите возможные осложнения заболевания.
10. Каковы показания для хирургического вмешательства при данном заболевании и каковы его принципы?

### ЗАДАЧА 101

Девочка, 5 лет, при поступлении в стационар предъявляет жалобы на запоры по 3-4 дня, затруднённую дефекацию нередко небольшим количеством кала преимущественно после очистительной клизмы. Каловые массы очень плотные, колбасовидные, диаметром 3-4 см. беспокоят боли в животе перед стулом, метеоризм, неприятный запах изо рта. Ребёнок задерживает дефекации, особенно после 3 лет, когда стал посещать детский сад. За последние 2 месяца несколько раз отмечалось недержание кала.

Ребенок доношенный, второй в семье, искусственное вскармливание с 2,5 месяцев, наблюдалась у невропатолога по поводу повышенной нервно-рефлекторной возбудимости.

Семейный анамнез: мать в течение многих лет страдает запорами, отец – здоров. У бабушки по линии матери – ЖКБ.

При осмотре: рост – 110 см, масса – 19,5 кг. Кожные покровы бледно-розовые, суховатые, особенно в области нижних конечностей. Склеры белые, язык географический. Сердечные тоны ясные, звучные. ЧСС – 98 в минуту. Живот умеренно вздут при пальпации натощак, болезненность по ходу ободочной кишки, сигмовидная кишка уплотнена, расширена, пальпируются каловые массы. Печень +1 из-под края реберной дуги, слабopоложительные пузырьные симптомы (Кера, Мэрфи, Ортнера). Селезёнка не пальпируется.

**Анализ крови клинический:** Нб – 118 г/л, эр –  $3,9 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,9, лейкоц. –  $7,1 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 48%, эоз. – 5%, лимф. – 42%, мон. – 4%, СОЭ – 8 мм/час.

**Общий анализ мочи:** Цвет – светло-жёлтый, прозрачность полная, относительная плотность – 1020, рН – 6,0, белок – нет, сахар – нет, эпителий плоский – немного, лейкоц. – 2-3 в поле зрения, соли – оксалаты немного.

**Биохимический анализ крови:** Общий белок – 75 г/л, альбумины – 55%, Глобулины:  $\alpha_1$  – 6%,  $\alpha_2$  – 9%,  $\beta$  – 13%,  $\gamma$  – 17%, билирубин общий – 10 мкмоль/л, связанный – 8 мкмоль/л, АлАТ – 18 ед/л, АсАТ – 24 ед/л, ЩФ – 610 ед/л (норма – до 600), амилаза – 60 ед/л (норма – до 120).

**Ирригография(скопия):** толстая кишка расположена правильно, слегка расширена, поперечно-ободочный отдел обычного диаметра, гаустрация выражена умеренно, нисходящая ободочная кишка расширена, гипотонична, гаустрация выражена слабо, сигмовидная кишка имеет дополнительные петли, диаметр расширен, прямая кишка увеличена в диаметре, видно выделение небольшой порции бария из ануса. Опорожнение неполное. Рисунок слизистой оболочки кишки перестроен.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз на основе вышеизложенных данных.
3. Проанализируйте данные объективного осмотра.
4. Проанализируйте данные лабораторных исследований.
5. Требуется ли ребёнку дополнительные методы исследования?
6. Нуждается ли ребёнок в проведении исследования функции толстой кишки? Какими методами?
7. Укажите основные принципы построения диеты при данной патологии.
8. Назначьте лечение ребёнку.
9. Какое диспансерное наблюдение планируете у ребенка с таким диагнозом?
10. Показания к хирургическому лечению данной патологии.

### ЗАДАЧА 102

Мальчик 13 лет, болен около 1 года. Ребенок жалуется на схваткообразные боли в животе различной локализации, появляющиеся после приёма пищи, уменьшающиеся после акта дефекации. Кроме того, отмечаются резкое снижение аппетита, похудание и учащенный до 5 раз в сутки разжиженный стул с примесью слизи и небольшого количества гноя. В течение последнего месяца беспокоит трещина в области ануса, которая не рубцуется на фоне местного лечения.

Родители ребёнка здоровы. У дедушки по линии отца признаки колита (не обследован).

При осмотре: Рост – 148 см, масса – 37 кг, бледность кожных покровов, слабо развитая подкожно-жировая клетчатка. Сердечные тоны ясные, звучные. ЧСС – 90 в минуту. Живот вздут, болезненный по ходу ободочной кишки, петли которой спазмированы. Выраженная болезненность в правой подвздошной области. При осмотре ануса – трещина с подрытыми краями. Печень +0,5, безболезненная. Селезёнка не пальпируется.

**Анализ крови клинический:** Нв – 108 г/л, эр. –  $3,9 \times 10^{12}/л$ , ЦП – 0,83, тромбоциты –  $330 \times 10^9 /л$ , лейкоц. –  $12 \times 10^9 /л$ , п/я – 6%, с/я – 70%, эоз. – 2%, лимф. – 17%, мон. – 5%, СОЭ – 18 мм/час.

**Общий анализ мочи:** Цвет – соломенно-жёлтый, прозрачность полная, относительная плотность – 1021, рН – 5,0, белок – нет, сахар – нет, эпителий плоский – немного, лейкоц. – 2-3 в поле зрения, эр. – нет.

**Биохимический анализ крови:** Общий белок – 62 г/л, альбумины – 50%, глобулины:  $\alpha_1$  – 5%,  $\alpha_2$  – 12%,  $\beta$  – 11%,  $\gamma$  – 22%, билирубин общий – 12 мкмоль/л, связанный – 10 мкмоль/л, АЛАТ – 22 ед/л, АсАТ – 42 ед/л, ЩФ – 430 ед/л (норма – до 600), амилаза – 80 ед/л (норма – до 120), железо – 12 мкмоль/л, ОЖСС – 72 мкмоль/л, СРБ – +.

**Копрограмма:** Цвет – тёмно-коричневый, неоформленный, рН – 7,0, мышечные волокна – немного, крахмал – немного, лейкоц. – 20-25 в поле зрения, эр. – 5-7 в поле зрения, реакция Грегерсона слабоположительная.

**Колоноскопия:** Осмотрена ободочная и 40 см подвздошной кишки. Слизистая оболочка последней – бледно-розовая, в терминальных отделах с выраженной гиперплазией лимфатических фолликулов в виде «пакетов», принимающих вид «булыжной мостовой». Баугиниева заслонка зияет, слепая кишка обычной формы, слизистая оболочка розовая. Ободочная кишка представлена мозаичным чередованием неизменной слизистой оболочки с участками отечной гиперемированной, легко ранимой слизистой оболочки с множественным чередованием поражённых и неизменённых участков. На слизистой оболочке слепой и ободочной кишки глубокие щелевидные язвы, продольные, расположенные вдоль теней кишки, ободочная кишка ригидная. Взята лестничная биопсия.

**Гистологическое обследование фрагментов слизистой оболочки толстой кишки:** Поражены все оболочки кишечной стенки, имеется глубокий фиброз, инфильтрация

стенки макрофагами, лимфоцитами, нейтрофилами. Определяются эпителиоцитные гранулы с клетками Пирогова-Лангерганса.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз на основании анамнеза и данных лабораторно-инструментальных обследований.
3. Укажите характерные эндоскопические признаки данного заболевания.
4. Укажите характерные морфологические признаки данного заболевания.
5. Какие дополнительные методы исследования следует провести?
6. Какая степень активности заболевания у пациента, почему?
7. Составьте план лечения. Где должно проводиться лечение?
8. Какие базисные препараты используются в лечении?
9. Каково необходимое диспансерное наблюдение?
10. Каковы осложнения, характерные для данной патологии?

#### ЗАДАЧА103

Мальчик, 13 лет. В течение 1,5 лет у ребенка наблюдаются периодические приступы болей в околопупочной области и области левого подреберья с иррадиацией в спину, реже – опоясывающего характера. Боли сопровождаются многократной рвотой. Приступы провоцируются обильной, особенно жирной пищей. Настоящий приступ развился в течение последних суток и характеризуется сильными болями в околопупочной области с иррадиацией в спину, многократной рвотой, учащенным кашицеобразным стулом обычного цвета.

Из генеалогического анамнеза известно, что у матери ребенка был диагностирован хронический гастрит, у бабушки по линии матери – хронический холецистит, хронический панкреатит, сахарный диабет 2-го типа.

При осмотре: масса – 26 кг, рост – 136 см. Кожа бледная, чистая, сухая. Со стороны органов дыхания и кровообращения патологии не выявлено, за исключением умеренной тахикардии. Живот умеренно вздут в верхних отделах, болезненный в эпигастриальной области, в зоне Шоффара, в точках Дежардена и Мейо-Робсона. Печень пальпируется у края реберной дуги, край безболезненный. Пальпация в области желчного пузыря слегка болезненная.

**Анализ крови клинический:** Нб – 124 г/л, эр –  $4,2 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,88, лейкоц –  $6,6 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 51%, л – 36%, м – 6%, э – 3%, СОЭ – 12 мм/час.

**Общий анализ мочи:** цвет светло-желтый, прозрачность полная, рН – 6,0, относительная плотность – 1021, белок – нет, сахар – нет, лейкоц. – 2-3 в п/зр, эритроц. – нет, желчные пигменты – (-).

**Биохимическое исследование крови:** общий белок – 78 г/л, альбумины 52%, глобулины:  $\alpha_1$  – 5%,  $\alpha_2$  – 14%,  $\beta$  – 13%,  $\gamma$  – 16%, АлАТ – 50 ед/л (N – до 40), АсАТ – 60 ед/л (N – до 40), ЩФ – 150 ед/л (N – до 140), амилаза – 240 ед/л (N – до 120), билирубин – 16 мкмоль/л, прямой – 5 мкмоль/л.

**Диастаза мочи:** 256 ед (норма 32-64 ед).

**УЗИ органов брюшной полости:** печень – не увеличена, контуры ровные, паренхима однородная, эхогенность обычная, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена; желчный пузырь – с перегибом в области шейки, толщина стенок до 2 мм (норма – до 2 мм), поджелудочная железа – паренхима эхогеннооднородная с гиперэхогенными участками, головка – 24 мм (N – до 18), тело – 21 мм (N – до 15), хвост – 26 мм (N – до 18).

#### ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику, укажите дифференциально-диагностические критерии?



3. Каковы современные представления об этиологии и патогенезе заболевания?
4. Оцените общий анализ крови. Оцените биохимическое исследование крови.
5. Прокомментируйте данные ультразвукового исследования.
6. Какие дополнительные методы исследования потребуются для уточнения этиологии заболевания?
7. Какие исследования следует провести для выявления возможной экзокринной и эндокринной недостаточности поджелудочной железы?
8. Каковы особенности диеты при данном заболевании?
9. Назначьте и обоснуйте лечение для этого больного.
10. Каковы показания для хирургического вмешательства при данном заболевании и каковы его принципы?

#### **ЗАДАЧА 104**

Мальчик 9 лет, во время занятий спортивной борьбой получил удар ногой в область живота, после чего появились сильные схваткообразные боли по всему животу, иррадиирующие в спину, ребёнок занял полусогнутое положение, через 2 часа появилась тошнота, повторная рвота, не приносящая облегчения. Бригадой скорой помощи ребёнок доставлен в больницу.

Семейный анамнез не отягощен.

При осмотре: рост – 136 см, масса 32 кг. Кожные покровы бледные, слизистые розовые, синева под глазами. Язык обложен белым налётом. Сердечные тоны ясные. ЧСС – 106 в минуту. Живот вздут в верхних отделах, небольшой мышечный дефанс в области левого подреберья, болезненность при локальной пальпации в точках Дежардена, Мейо-Робсона, зоне Шоффара, в эпигастрии. Дефекация без особенностей.

**Анализ крови клинический:** Hb – 124 г/л, эр –  $4,1 \times 10^{12}/л$ , ЦП – 0,9, лейкоц. –  $10,0 \times 10^9/л$ , п/я – 5%, с/я – 57%, эоз. – 3%, лимф. – 28%, мон. – 7%, СОЭ – 14 мм/час.

**Общий анализ мочи:** Цвет – соломенный, прозрачность полная, относительная плотность – 1024, рН – 6,0, белок – нет, сахар – нет, эпителий плоский – немного, лейкоц. – 2-3 в поле зрения, слизь – немного.

**Анализ мочи на диастазу:** 512 ед (норма – 32-64 ед)

**Биохимический анализ крови:** Общий белок – 70 г/л, альбумины – 55 %, глобулины:  $\alpha_1$  – 6%,  $\alpha_2$  – 12%,  $\beta$  – 12%,  $\gamma$  – 15%, билирубин общий – 14 мкмоль/л, связанный – 1,5 мкмоль/л, АлАТ – 24 ед/л, АсАТ – 36 ед/л, ЩФ – 420 ед/л (норма – до 600), амилаза – 188 ед/л (норма – до 120), тимоловая проба – 34 ед.

**УЗИ органов брюшной полости:** Печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не повышена, сосудистый рисунок не усилен. Желчный пузырь 50x25 мм, толщина стенок 1 мм, содержимое гомогенное. Поджелудочная железа: головка 32 мм (норма – 18), тело 24 мм (норма – 15), хвост 36 мм (норма – 19), эхогенность снижена, контуры ровные.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Перечислите этиопатогенетические механизмы заболевания.
3. Требуется ли дополнительные методы исследования, какие?
4. Назначьте ребёнку диету
5. Назначьте ребёнку лечение
6. Укажите план наблюдения за ребёнком.
7. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
8. Проанализируйте данные лабораторного исследования
9. Проанализируйте данные инструментального исследования
10. В чем заключается диспансерное наблюдение детей с подобным диагнозом?

### ЗАДАЧА 105

Девочка, 8 лет, в течение 2 лет предъявляет жалобы на боли в околопупочной области, появляющиеся чаще через 30-40 минут после еды, реже утром натощак и после длительного перерыва в еде. Боли купируются в горизонтальном положении или после еды. Беспокоят тошнота при болях в животе, отрыжка после еды.

В семье мать и отец болеют хроническим гастритом, у бабушки по линии матери желчекаменная болезнь (оперирована).

При осмотре: рост 128 см, масса 26 кг. Кожные покровы бледно-розовые, слизистые оболочки розовые, субиктеричность склер, язык у корня обложен белым налётом. Сердце – тоны ясные, звучные, ЧСС 92 уд/мин. Живот слегка вздут, симптом Менделя отрицательный. При пальпации болезненность в эпигастрии, пилородуоденальной области, точках желчного пузыря (положительные симптомы Керра, Мэрфи, Ортнера). Печень +1,5 см из под края реберной дуги, пальпация слабо болезненная. Селезенка не увеличена. Стул оформленный, со склонностью к запорам.

**Анализ крови клинический:** Hb 126 г/л, эр.  $4,2 \times 10^{12}$  /л, ЦП 0,9, лейкоц.  $7,2 \times 10^9$  /л, п/я 2%, с/я 48 %, эоз 3%, лимфоциты 40%, моноциты 7%, СОЭ 5 мм/час.

**Общий анализ мочи:** Цвет – светло-жёлтый, прозрачность полная, относительная плотность 1020, рН 6,0, белок нет, сахар нет, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эпителий плоский – единичный, слизь – небольшое количество.

**Биохимический анализ крови:** общий белок 70 г/л, билирубин общий 18 мкмоль/л, прямой 3,0 мкмоль/л, ЩФ 620 ед (норма до 600 ед), АлАТ 28 ед/л, АсАТ -19 ед/л, амилаза 80 ед/л (норма до 120), тимоловая проба 3 Ед (норма до 5).

**Эзофагогастродуоденоскопия:** слизистая оболочка пищевода бледно-розовая, кардия смыкается полностью. В желудке много мутной слизи с примесью желчи, очаговая гиперемия в области тела и антрального отдела, складки гипертрофированы, на стенках желудка множественные разнокалиберные выбухания в антральном отделе, очаговая гиперемия и беловатые выбухания в области луковицы и постбульбарных отделах 12-пк, отёчность в области фатерова соска. Биопсия.

**Быстрый уреазный тест:** положительный.

**Дыхательный уреазный тест:** положительный.

**УЗИ органов брюшной полости:** печень: увеличена незначительно правая доля печени, уплотнены внутривенные желчные ходы. Желчный пузырь 60/25 мм, перегиб в области шейки, стенка которого 2 мм, поджелудочная железа 19/12/20 (норма 14/10/15), повышенной эхогенности.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Каковы этиопатогенетические причины данного заболевания?
3. Оцените лабораторно-инструментальные методы исследования.
4. Какие дополнительные методы исследования следует провести.
5. Следует ли ребёнку провести исследование кислотообразования в желудке и каким методом?
6. О чём свидетельствуют изменения, выявленные при УЗИ
7. Назначьте диету по Певзнеру.
8. Назначьте лечение по основному заболеванию
9. Какие дополнительные средства лечения необходимо использовать при учёте сопутствующей патологии
10. Следует ли ребёнку проводить контрольную ЭГДС.

### ЗАДАЧА 106

Девочка 9 лет, осмотрена педиатром по поводу субфебрилитета и болей в животе.

Анамнез заболевания: 3 месяца назад ребенок стал жаловаться на боли в животе умеренной интенсивности, довольно продолжительные, локализующиеся вокруг пупка, не

связанные с едой. Девочка стала раздражительной, ночью скрипит зубами. Примерно 2,5 месяца назад у нее появились непродуктивный кашель, преимущественно по ночам, субфебрилитет. Кашель был расценен как проявление фарингита, который самостоятельно купировался через 2 недели.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился от 2-ой нормально протекавшей беременности, 2 срочных родов. Раннее развитие без особенностей, привита по возрасту. Семейный анамнез не отягощен. Летом девочка жила у бабушки в деревне.

При осмотре: ребенок правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы очень сухие, бледные, периорбитальный цианоз. В углах рта – заеды. Видимые слизистые оболочки чистые. Катаральных явлений нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул ежедневный оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

**Клинический анализ крови:** Hb – 110 г/л, эритроциты  $3,0 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $8,4 \times 10^9/л$ , п/я 2%, с/я 53%, э 7%, л 25%, м 10%, б 3%, СОЭ 11 мм/час.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования ребенка.
3. Каков биологический цикл развития возбудителя этого заболевания?
4. Перечислите возможные осложнения заболевания.
5. Назначьте лечение.
6. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
7. Каковы методы профилактики данного заболевания?
8. Обоснуйте патогенез кашля у данного ребенка.
9. Нуждается ли данный ребенок в диспансерном наблюдении?
10. Нуждается ли ребенок в консультации окулиста?

#### **ЗАДАЧА 107**

Больной 8 лет был госпитализирован с жалобами на высокую лихорадку, боли в мышцах, головную боль.

Из анамнеза известно, что мальчик заболел около 2 месяцев назад, когда стали беспокоить приступообразные боли в животе, локализующиеся преимущественно вокруг пупка и четко не связанные с приемом пищи. Несмотря на плохое самочувствие, аппетит у ребенка был хороший. Три дня назад появились головные боли, миалгии и лихорадка. Указанные жалобы нарастали, в связи с чем ребенок был госпитализирован.

Из анамнеза жизни известно, что мальчик от 2-й нормально протекавшей беременности, 2 срочных родов. Раннее развитие без особенностей, привит по возрасту. Семейный анамнез не отягощен. Из детских инфекций перенес ветряную оспу, эпидемический паротит. Семья больного живет в пригороде, продукты питания обычно покупают у соседей-фермеров. Около двух месяцев назад употреблял в пищу мясо диких животных, которое привез отец с охоты.

При поступлении состояние ребенка тяжелое, вялый, заторможенный, высоко лихорадит. Жалуется на сильные мышечные боли. Конечности болезненны даже при незначительном прикосновении. Отмечается умеренная пастозность лица. Видимые слизистые оболочки чистые. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах (начиная с уровня 6 ребра), хрипы не выслушиваются. Перкуторно по всем линиям в нижних отделах легких симметрично определяются области притупления. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, болезненный при поверхностной пальпации. Печень +3 из-под края реберной дуги. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

**Клинический анализ крови:** Hb – 110 г/л, эр  $3,0 \times 10^{12}/л$ , лейкоц  $20,0 \times 10^9/л$ , п/я 2%, с/я 42%, э 34%, л 21%, м 1%, СОЭ 20 мм/час.

**Рентгенограмма органов грудной клетки:** с обеих сторон определяется выпот в плевральных полостях с границей на уровне 6 ребра.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Каков предварительный диагноз?
2. Составьте план обследования ребенка.
3. Каков биологический цикл развития возбудителя этого заболевания?
4. Назначьте лечение.
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
6. Каковы методы профилактики данного заболевания?
7. Обоснуйте патогенез плеврита у данного ребенка.
8. Перечислите мероприятия санэпиднадзора для предупреждения распространения данного заболевания.
9. Через сколько дней от начала заболевания целесообразно провести иммунодиагностику и почему?
10. Заразен ли ребенок для окружающих?

**ЗАДАЧА 108**

Девочка 5 лет поступила в аллергологическое отделение стационара с жалобами на приступы затрудненного «свистящего» дыхания, которые впервые появились полгода назад и повторяются ежемесячно, чаще по ночам, сопровождаются повышением температуры до  $37,8^{\circ}\text{C}$  и навязчивым малопродуктивным кашлем.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился от 2-ой нормально протекавшей беременности, 2 срочных родов. Раннее развитие без особенностей, привита по возрасту. Семейный анамнез, в том числе по аллергическим заболеваниям, не отягощен. В семье есть собака.

Осмотр: ребенок правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы очень сухие, с участками шелушения и умеренно выраженным зудом, бледные. Перiorбитальный цианоз. В углах рта – заеды. Видимые слизистые оболочки чистые. Приступообразный сухой кашель. Катаральных явлений нет. Пальпируются шейные, подмышечные и паховые лимфоузлы, безболезненные, эластичные, не спаянные с подкожной клетчаткой, размером с фасоль. ЧД 28 в 1 мин. В легких выслушивается несколько удлиненный свистящий выдох, множественные не локализованные сухие хрипы. Перкуторно – ясный легочный звук. ЧСС 84 в 1 мин. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Печень +2 см, селезенка +1,0 см, безболезненные, эластичные. Стул ежедневный оформленный. Мочевыделение не нарушено.

**Клинический анализ крови:** Hb – 100г/л, эритроциты  $3,0 \times 10^{12}$  /л, лейкоциты  $14,4 \times 10^9$  /л, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 43%, эозинофилы 20%, лимфоциты 25%, моноциты 7%, базофилы 3%, СОЭ 11 мм/час.

**Рентгенография грудной клетки:** усиление легочного рисунка, картина бронхолегочной инфильтрации.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Каков предварительный диагноз?
2. Составьте план обследования ребенка
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Каковы методы диагностики данного заболевания?
5. Какие пути передачи этого заболевания Вы знаете?
6. Назначьте лечение
7. Каковы методы профилактики данного заболевания?
8. Обоснуйте патогенез кашля у данного ребенка.
9. Нуждается ли данный ребенок в диспансерном наблюдении?

10. С какой целью проводят копрологическое исследование в педиатрии?

### ЗАДАЧА 109

Ребенок 2х лет, поступил в больницу с жалобами на отсутствие аппетита, прибавки веса, обильный стул.

Анамнез жизни: ребенок от III беременности, 3 родов (1-й ребенок умер от “кишечной инфекции”, 2-й – здоров). Настоящая беременность протекала с нефропатией. Роды срочные, масса при рождении 3500, длина 54 см. Вскармливание естественное до 4-х месяцев, далее – искусственное. Прикорм кашей с 5 месяцев. Рос и развивался соответственно возрасту. В возрасте 1 года вес 10 кг 500 г, рост 75 см. К этому времени хорошо ходил, самостоятельно пил из чашки.

Анамнез болезни: в 1 год 1 месяц ребенок перенес сальмонеллезную инфекцию, лечился в стационаре. Через 1 месяц после выписки из стационара вновь ухудшение состояния: разжижение стула, вялость. Бактериологическое обследование дало отрицательные результаты. С этого времени ребенок стал беспокойным, агрессивным, плаксивым, отказывался от еды, потерял в массе. Стул 3-4 раза в сутки, обильный, зловонный, «полным памперсом».

При поступлении в стационар состояние тяжелое. Вес 9,5 кг, рост 80 см. Тургор тканей снижен. Кожные покровы бледные, сухие. Волосы сухие, тусклые. Умеренно выражена отечность на голеньях, передней брюшной стенке. Отмечаются рахитоподобные изменения костей, карпопедальный спазм. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 120 уд. в 1 мин. Живот увеличен в размере, мягкий, при пальпации болезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Стул 4 раза в сутки, обильный, зловонный, пенистый, с жирным блеском. Мочеиспускание не нарушено.

**Анализ крови клинический:** Hb – 102 г/л, эр –  $3,6 \times 10^{12}$ /л, тромб.-  $216,0 \times 10^9$ /л, лейкоц –  $4,3 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 64%, э – 1%, л – 27%, м – 4%, СОЭ – 2 мм/час.

**Общий анализ мочи:** цвет светло-желтый, реакция – кислая, эпителий – единичный, лейкоц – 1-2 в поле зрения, эритроц. – нет.

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 58 г/л, альбумины – 30%, глобулины:  $\alpha_1$  – 10%,  $\alpha_2$  – 15%,  $\beta$  – 20%,  $\gamma$  – 30%, мочевины – 3,7 ммоль/л, билирубин – 7,0 мкмоль/л, холестерин – 1,9 ммоль/л, калий – 3,5 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, кальций ионизир. – 0,54 ммоль/л, фосфор – 0,93 ммоль/л, глюкоза 4,7 ммоль/л, ЩФ – 430 Ед/л (норма 50 – 400), ферритин – 5 мкг/л.

**Копрограмма:** форма кашицеобразная, цвет – желтый, слизь и кровь – отсутствуют, мышечные волокна – немного, нейтральные жиры – много, жирные кислоты – много, крахмал – много.

**Пилокарпиновая проба:** хлориды пота - 39 мэкв/л.

Панкреатическая эластаза кала – 500 мкг/г

**Рентгенография брюшной полости:** в петлях тонкой и толстой кишки повышено содержание газов.

**Липидограмма крови:** общие липиды – 440 мг% (норма 450-700), фосфолипиды – 90 мг% (норма – 100-160), триглицериды – 108 мг% (норма 160 – 190).

**Липидограмма кала:** общие липиды – 1380 мг% (норма 790), моноглицериды – 173 (норма 0), диглицериды 53 мг% (норма 38).

**УЗИ органов брюшной полости:** печень – увеличена, нормальной эхогенности. В брюшной полости определяется небольшое количество свободной жидкости. Диаметр воротной вены в норме. Диаметр селезеночной вены в норме. При дуплексном исследовании направление кровотока не в системе воротной и селезеночной вены не нарушен.

**HLA-типирование:** обнаружен гаплотип HLA-DQ2

**Серологическое исследование:** общий А в норме, титр антител к тканевой трансглутаминазе в 10 раз больше верхней границы нормы.

**Эзофагогастродуоденоюноскопия:** слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается. В желудке умеренное количество прозрачной слизи. Слизистая оболочка желудка бледно-розовая.

Привратник округлой формы, смыкается, проходим. Луковица средних размеров пустая. Слизистая двенадцатиперстной кишки бледно-розовая с единичными лимфангиоэктазиями на верхушках уплощенных складок в виде налета «манной крупы». Световой рефлекс повышен (симптом «солнечного зайчика»). Слизистая оболочка тощей кишки бледно-розовая с уплощенными складками. По гребням складок определяется поперечная исчерченность (симптом «пилы»). Взята биопсия.

**Исследование на клиренс альфа-1-антитрипсина:** резко повышен.

**Углеводы в кале:** 1,1 г% (норма 0,05 – 0,5)

**Гистологическое исследование слизистой оболочки 12-перстной кишки:** атрофические изменения слизистой оболочки в виде выраженного укорочения ворсин, увеличение глубины крипт, соотношение высота ворсин/глубина крипт – 1/1, число межэпителиальных (интраэпителиальных) лимфоцитов 40 на 100 энтероцитов, лимфоплазмочитарная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Каков предварительный диагноз(ы).
2. Какие еще серологические тесты могут быть сделаны у детей в возрасте 2х лет и младше для постановки диагноза?
3. Какие исследования подтвердят сопутствующую патологию?
4. Какое значение для развития заболевания имеет перенесенная сальмонеллезная инфекция?
5. Объясните причину изменения поведения ребенка.
6. Чем объясните карпопедальный спазм у ребенка?
7. Объясните причину появления отечного синдрома.
8. Проанализируйте копрограмму. Какие изменения характерны для стеатореи, мальабсорбции углеводов?
9. Назначьте диету ребенку. Как долго должен находиться ребенок на специальной диете?
10. Каков прогноз?

#### **ЗАДАЧА 110**

Ребенок 1,5 лет, поступил в отделение с неустойчивым стулом, беспокойством, болями в животе.

**Анамнез жизни:** ребенок от II беременности, протекавшей с гестозом 1 половины, 2 срочных родов. Масса при рождении 3200, длина 50 см. раннее развитие без особенностей. Вскармливание грудное до 1 года, прикорм по возрасту. Ребенок рос и развивался соответственно возрасту. В 1 год масса 10 кг, рост 75 см.

**Анамнез болезни:** впервые разжижение стула, вздутие живота появилось 2 недели назад после перенесенного тяжелого сальмонеллеза. Исключение молока из пищи привело к быстрому улучшению состояния, 2 дня назад при попытке введения молока появилась жидкий стул, метеоризм, боли в животе. Для обследования ребенок поступил в стационар.

**Семейный анамнез:** сестра 5 лет и мать ребенка не «любят» молоко.

**При осмотре:** ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Масса тела 11 кг, рост 78 см. Кожные покровы чистые, слизистые оболочки обычной окраски. Зубы 6/8, белые. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 120 уд/мин. Живот мягкий, несколько вздут, пальпация по ходу кишечника незначительно болезненна, отмечается урчание. Стул 3 раза в сутки пенистый, с кислым запахом.

**Анализ крови клинический:** Hb – 120 г/л, эр –  $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц –  $5,1 \times 10^9$ /л, п/я-2%, с/я -33%, э -3%, л -52%, м -10%, СОЭ -3 мм/час.

**Общий анализ мочи:** цвет желтый, относительная плотность – 1015; лейкоц. – 2-3 в п/зр; эритроц. – нет.

**Биохимический анализ крови:** общий белок –70 г/л, альбумины – 61%, холестерин – 5,8 ммоль/л, калий –4,8 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, кальций ионизир. – 1,0 ммоль/л, глюкоза – 4,9 ммоль/л.

**Углеводы в кале:** 1,0 г% (N – 0,05-0,5)

**Гликемические кривые после нагрузки:**

- с глюкозой: натощак – 4,5 ммоль/л, через 30 мин – 4,8 ммоль/л, через 60 минут – 6,8 ммоль/л, через 90 мин – 5,6 ммоль/л, через 120 мин – 4,6 ммоль/л.
- с лактозой: натощак – 4,3 ммоль/л, через 30 мин – 4,6 ммоль/л, через 60 минут – 4,8 ммоль/л, через 90 мин – 4,7 ммоль/л, через 120 мин – 4,4 ммоль/л.

После нагрузки с лактозой появился жидкий стул.

**Водородный дыхательный тест с лактозой:** повышение уровня водорода в выдыхаемом воздухе более 20 ppm (в норме – не более, чем на 5 ppm)

**Копрограмма:** цвет - желтый, консистенция – кашицеобразная, мышечные волокна – единичные, жирные кислоты – незначительное количество, крахмал – немного, йодофильная флора – немного, pH – 5,2.

**УЗИ органов брюшной полости:** печень - не изменена, поджелудочная железа – несколько увеличена в хвосте; паренхима обычной эхогенности, неоднородна. Желчный пузырь обычной формы, стенка не уплотнена.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Ваш диагноз.
2. Какова причина развития данного заболевания?
3. С какой целью проводится анализ кала на углеводы?
4. Какие еще есть методы диагностики данного заболевания?
5. Назначьте правильную диету.
6. При каких условиях можно кормить этого ребенка молоком?
7. Какие Вы знаете смеси, не содержащие лактозу?
8. Нужно ли назначать ребенку иммуодиум?
9. Почему не «любят» молоко родственники ребенка?
10. Каков прогноз?

#### **ЗАДАЧА 111**

Ребенок 1 года 2 месяцев, поступил в отделение с жалобами на отеки, уменьшение количества мочи, разжижение стула.

Анамнез жизни: ребенок от I нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3300 г, длина 51 см. Закричал сразу. Период новорожденности протекал гладко. Вскармливание естественное до 4 месяцев, далее – искусственное, адаптированными смесями. Прикорм кашами с 5 месяцев (манная, геркулесовая на молоке). До 5 месяцев рос и развивался нормально, в дальнейшем отмечалось разжижение стула, отставание в массе тела. В 1 год масса тела 8500 г.

Анамнез болезни, в возрасте 1 года перенес ОРВИ с кишечным синдромом. Заболевание было затяжным. Посевы кала на патогенную флору возбудителя не выявили. Антибактериальная терапия, биопрепараты эффекта не дали. 2 дня назад появились отеки на лице. В связи с ухудшением состояния ребенок был госпитализирован.

При осмотре: состояние тяжелое, выраженные отеки на лице, ногах, пояснице, асцит. Кожные покровы бледные. Ребенок вялый, самостоятельно не ходит. Аппетит снижен. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД 30 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 140 уд. в 1 мин. Живот несколько увеличен в размерах, печень +2 см из-под реберного края, селезенка +1 см. Стул обильный, водянистый, пенистый, до 6 раз в сутки.

**Анализ крови клинический:** Hb – 103 г/л, эр –  $3,5 \times 10^{12}/л$ , лейкоц. –  $7,6 \times 10^9/л$ , п/я – 2%, с/я – 78%, э – 2%, л – 11%, СОЭ – 2 мм/час.

**Общий анализ мочи:** цвет светло-желтый, относительная плотность – 1015 реакция - кислая, белок – нет, эпителий – единичный, лейкоциты – 1-3 в поле зрения.

**Копрограмма:** цвет – светло-желтый, pH – 5,5, мышечные волокна – единичные, жирные кислоты – много, крахмал – единичный.

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 36 г/л, альбумины – 28%, глобулины:  $\alpha_1$  – 6,5%,  $\alpha_2$  – 35,5%,  $\beta$  – 16%,  $\gamma$  – 14%; калий – 3,2 ммоль/л, кальций ионизир.- 0,47 ммоль/л, холестерин – 2,6 ммоль/л, глюкоза – 3,6 ммоль/л, железо – 7,8 ммоль/л.

**Кал на углеводы:** 0,3 г% (норма 0,05-0,5).

**Исследование на клиренс альфа-1-антитрипсина:** резко повышен.

**ЭКГ:** умеренная синусовая тахикардия, выраженные обменные нарушения в миокарде с явлениями гипокалиемии.

**Эзофагогастродуоденоскопия:** слизистая оболочка пищевода розовая, кардиальный сфинктер смыкается. В желудке немного прозрачной слизи. Складки желудка сглажены. Привратник округлый, проходим. Луковица средних размеров, пустая. Слизистая двенадцатиперстной кишки бледно-розовая, складки уплощены. Диаметр обычного калибра. В тощей кишке определяются участки лимфангиоэктазий в виде «коралловой слизистой» с гиперплазированными ворсинками молочного цвета. Биопсия.

**Гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки тощей кишки:** ворсинки различной длины, многие из которых с лимфангиоэктазией. Слизистая оболочка резко отечная, незначительная лимфогистиоцитарная инфильтрация.

**УЗИ органов брюшной полости:** печень – не увеличена, контур ровный; паренхима – мелкозернистая; поджелудочная железа – не увеличена; в брюшной полости определяется жидкость, петли кишечника расширены, наполнены жидкостью.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Ваш диагноз.
2. Какие еще методы исследования необходимо провести ребенку?
3. Как клинически проявляется гипопроотеинемия?
4. Какие клинические проявления гипокальциемии?
5. Как клинически проявляется гипокалиемия?
6. Почему при этом заболевании изменяются лимфоциты в общем анализе крови?
7. Назначьте лечение.
8. Что должно входить в состав энтерального питания у данного ребенка?
9. В каких случаях показано хирургическое лечение?
10. Ваш прогноз?

#### **ЗАДАЧА 112**

Алеша М., 5 лет. Ребенок от 2-й беременности, протекавшей с нефропатией, 2 срочных родов (первая беременность и роды протекали физиологически, ребенок здоров). Родился с массой 4000 г, длина 52 см.

Из анамнеза известно, что ребенок часто болеет острыми респираторными заболеваниями. После перенесенного стресса в течение последних 1,5 месяцев отмечалась слабость, вялость. Ребенок похудел, начал много пить и часто мочиться. На фоне заболевания гриппом состояние ребенка резко ухудшилось, появилась тошнота, рвота, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость.

Мальчик поступил в отделение интенсивной терапии в тяжелом состоянии, без сознания. Дыхание шумное (типа Куссмауля). Кожные и сухожильные рефлексы снижены. Кожные покровы сухие. Тургор тканей и тонус глазных яблок снижен, черты лица заострены, выраженная гиперемия кожных покровов в области щек и скуловых дуг. Пульс учащен до 140 ударов в минуту, АД 75/40 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Отмечается запах ацетона изо рта. Живот при пальпации напряжен.

**Общий анализ крови:** НБ – 135 г/л, эр –  $4,1 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты –  $8,5 \times 10^9/л$ ; нейтрофилы: п/я – 4%, с/я – 50%; э – 1%, л – 35%, м – 10%, СОЭ – 10 мм/час.



**Общий анализ мочи:** цвет желтый, прозрачность – слабо мутная; относительная плотность 1035, реакция – кислая; белок – нет, глюкоза 2%, ацетон – «+++».

**Биохимический анализ крови:** глюкоза – 28,0 ммоль/л, натрий – 132,0 ммоль/л, калий – 5,0 ммоль/л, общий белок – 70,0 г/л, холестерин – 5,0 ммоль/л.

**КОС:** рН – 7,1; рО<sub>2</sub> – 92 мм рт.ст.; рСО<sub>2</sub> – 33,9 мм рт.ст., ВЕ= -15.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Оцените лабораторные показатели.
3. Какой метод функциональной диагностики используется в первые сутки терапии?
4. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
5. Каковы патогенетические механизмы развития данного состояния?
6. Какой характер одышки при дыхании типа Куссмауля?
7. В каком режиме проводится патогенетическая терапия?
8. Особенности инфузионной терапии у детей с данной патологией?
9. Какие лабораторные показатели необходимо мониторировать в первые сутки?
10. Входил ли ребенок в группу риска по данному заболеванию?

#### **ЗАДАЧА 113**

Ира Д., 6 лет. Девочка от 1-й беременности, протекавшей без особенностей, первых преждевременных родов на 37 неделе. При рождении масса 2800 г. длина 46 см. Раннее развитие без особенностей.

Из анамнеза известно: что в 5 лет перенесла сотрясение головного мозга. В течение последних 6 месяцев отмечается увеличение молочных желез и периодически появляющиеся кровянистые выделения из половых органов.

**Осмотр:** рост 130 см, вес 28 кг. Вторичные половые признаки (по формуле Прадер): А<sub>х</sub>, Р<sub>2</sub>, М<sub>а</sub><sub>2</sub>, М<sub>е</sub> с 6 лет.

**Общий анализ крови:** НЬ – 130 г/л, эр –  $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоц –  $5,5 \times 10^9$ ; нейтрофилы: п/я – 1%, с/я – 52%; э – 1%, л – 41%, м – 5%, СОЭ – 4 мм/час.

**Общий анализ мочи:** цвет желтый, прозрачность – полная; относительная плотность 1015, реакция – кислая; белок – нет, сахар – нет, ацетон – нет.

**Биохимический анализ крови:** глюкоза – 3,5 ммоль/л, натрий – 140,0 ммоль/л, общий белок – 70,0 г/л, холестерин – 5,0 моль/л.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Оцените физическое развитие.
3. Какому возрасту соответствует половое развитие?
4. Что могло послужить причиной развития этого заболевания?
5. Какие формы заболевания выделяют в зависимости от этиопатогенеза?
6. Какие лабораторные исследования проводятся для диагностики заболевания?
7. Какие инструментальные методы и методы визуализации необходимы для подтверждения диагноза?
8. Какими препаратами и в каком режиме проводится терапия?
9. Назовите клинические и лабораторные критерии адекватной терапии.
10. До какого возраста проводится лечение данного заболевания?

#### **ЗАДАЧА 114**

Света К., 1 год 8 месяцев. Девочка от 2-й беременности, протекавшей нормально, 2 срочных родов. Первая беременность протекала без патологии, ребенок здоров. При рождении масса тела 3800 г, длина 52 см. У матери выявлено эутиреоидное увеличение щитовидной железы II степени. Во время беременности лечение тиреоидными гормонами не получала.

В периоде новорожденности у девочки отмечалась длительная желтуха, медленная эпителизация пупочной ранки, сосала вяло. Из родильного дома выписана на 12 сутки.

На первом году жизни была склонность к запорам, плохая прибавка в весе, снижение двигательной активности, вялое сосание. Голову начала держать с 6 месяцев, сидит с 10 месяцев, не ходит.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие, тургор снижен, мышечная гипотония, двигательная активность снижена. Волосы редкие, сухие, ногти ломкие. Большой родничок открыт. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Живот увеличен в размерах («лягушачий» в положении лежа на спине); отмечается расхождение прямых мышц живота. Печень и селезенка не увеличены. Рост – 75 см, вес – 9,5 кг.

**Общий анализ крови:** НЬ – 91 г/л, эр –  $3,8 \times 10^{12}$ /л, ц.п. – 0,85, лейкоц –  $9,0 \times 10^9$ /л; п/я – 3%, с/я – 31%; э – 1%, л – 57%, м – 8%, СОЭ – 7 мм/час.

**Общий анализ мочи:** цвет желтый, прозрачность – полная; относительная плотность 1015, реакция – кислая; белок – нет, сахар – нет, ацетон – нет.

**Биохимический анализ крови:** глюкоза – 3,8 ммоль/л, мочевины – 4,5 ммоль/л, натрий – 135,0 ммоль/л, калий – 5 ммоль/л, общий белок – 60,2 г/л, холестерин – 8,4 ммоль/л, билирубин общ. – 7,5 мкмоль/л.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие клинические симптомы характерны для этого заболевания?
3. Оцените результаты проведенных исследований.
4. Какой из биохимических показателей является наиболее информативным у детей с данной патологией?
5. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
6. Какие инструментальные и функциональные методы используются в диагностике заболевания?
7. Какая причина привела к данной патологии?
8. Включено ли данное заболевание в неонатальный скрининг?
9. Основные принципы терапии?
10. Какими специалистами должен наблюдаться ребенок?

#### ЗАДАЧА 115

Алеша М., 9 лет. Поступил в отделение с жалобами на задержку роста.

Из анамнеза известно, что ребенок от 1-й беременности, протекавшей с нефропатией и анемией, 1 срочных родов в тазовом предлежании. Родился с массой 3150 г, длиной 50 см. Раннее развитие без особенностей. С 2,5 лет родители отметили замедление темпов роста до 3 см в год.

**Объективно:** рост 105 см, вес 16 кг. Инфантильные пропорции тела. Отмечается снижение тургора тканей, перераспределение подкожно-жировой клетчатки с избыточным отложением в области груди и живота, изменение структуры волос (сухие, тонкие).

**Общий анализ крови:** НЬ – 130 г/л, эр –  $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц –  $5,5 \times 10^9$ /л; нейтрофилы: п/я – 1%, с/я – 52%; э – 1%, л – 41%, м – 5%, СОЭ – 4 мм/час.

**Общий анализ мочи:** цвет желтый, прозрачность – полная; относительная плотность 1015, реакция – кислая; белок – нет, сахар – нет, ацетон – нет.

**Биохимический анализ крови:** глюкоза – 3,2 ммоль/л, натрий – 132,0 ммоль/л, калий – 5 ммоль/л, общий белок – 55,0 г/л, холестерин – 7,6 ммоль/л.

**Гормоны:** Инсулино-подобный фактор роста 1 (ИФР-1) – 34,9 нг/мл (норма 72,0-237,0 нг/л); СТГ в ходе стимуляционной пробы с клонидином не более 4,9 нг/мл; (норма выше 10 нг/мл)

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Оцените физическое развитие ребенка. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Для чего проводится рентгенография кистей с захватом лучезапястных суставов?
4. Что могло послужить причиной развития данной патологии?
5. Какие типы заболевания выделяют в зависимости от этиологии?
6. Какие особенности углеводного обмена отмечаются при этом заболевании?
7. Какие методы визуализации используются в диагностике заболевания?
8. Какими гормональными препаратами проводится заместительная терапия?
9. Какие исследования и с какой частотой необходимо проводить для оценки адекватности терапии?
10. Какими специалистами должен наблюдаться ребенок?

### ЗАДАЧА 116

Ребенок К., 7 дней, от 1-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания на 28 недели, от 1-х срочных родов. При рождении масса 3000 г, длина 51 см. С рождения обращало на себя внимание неправильное (бисексуальное) строение наружных гениталий, в связи с чем проведено кариотипирование: кариотип 46 XX.

С 5-го дня жизни состояние ребенка ухудшилось: сосет вяло, после частых срыгиваний стали отмечаться рвоты фонтаном, жидкий стул.

**При осмотре** : кожа бледная с сероватым оттенком, гиперпигментация белой линии живота и наружных гениталий; тургор тканей снижен, мышечная гипотония, гипорефлексия. Дыхание поверхностное, ослабленное. Тоны сердца приглушены. Живот при пальпации мягкий, печень +2 см. Наружные гениталии сформированы неправильно: пенисообразный и гипертрофированный клитор, складчатые большие половые губы, урогенитальный синус..

**Общий анализ крови:** НЬ – 115 г/л, Эр –  $5,0 \times 10^{12}$ /л, Лейк –  $9,5 \times 10^9$ /л; нейтрофилы: п/я – 2%, с/я – 50%; э – 2%, л – 38%, м – 8%.

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 55 г/л, холестерин – 4,7 ммоль/л, глюкоза – 3,3 ммоль/л, натрий – 125,0 ммоль/л, калий - 6,8 ммоль/л.

**Гормональный профиль:** 17-ОН-прогестерон – 32 нмоль/л (N- 1,3 – 6,9 нмоль/л); кортизол – 20 нмоль/л (N- 270 – 770 нмоль/л); АКТГ – 20 нмоль/л (N- 2-11 нмоль/л).

**Кариотип:** 46 XX.

### ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какой из гормональных показателей является достоверным критерием диагностики заболевания?
3. Какое дополнительное инструментальное исследование необходимо проводить при нарушении формирования пола?
4. Какая причина нарушения внутриутробного формирования наружных половых органов у девочки?
5. Чем объяснить электролитные нарушения при данном заболевании? Исследование какого гормона необходимо дополнительно провести?
6. Какими гормональными препаратами проводится терапия?
7. Какие инфузионные растворы используются при интенсивной терапии данного состояния?
8. По какому типу наследуется данное заболевание. Какая вероятность рождения в этой семье в последующем больного ребенка?
9. При каких заболеваниях может отмечаться рвота «фонтаном». Дифференциальный диагноз.
10. На какой день жизни и для диагностики каких заболеваний проводится неонатальный скрининг?

### ЗАДАЧА 117

Виктор Л., 10 лет. Родился от 2 нормально протекавшей беременности, 2 срочных родов. Масса при рождении 3500 г., длина – 50,0 см. Прорезывание зубов с 1 года, ходить начал с 1,5 лет.. В 7 лет пошел в школу, учился плохо. С 8 лет стал заметно полнеть, появились стрии на коже. С 10 лет – прогрессивное увеличение массы тела и резкое замедления темпов роста; повышение АД до 190/100 мм.рт.ст.. Госпитализирован в тяжелом состоянии.

**При осмотре:** рост 130 см, вес 42 кг Лицо лунообразное, выражен «матронизм»; багровые стрии на животе, бедрах, внутренней поверхности плеч. Умеренный гипертрихоз на спине; оволосение на лобке. Перераспределение подкожно-жировой клетчатки в области груди и живота. Сердечные тоны приглушены, ЧСС 128 в 1 минуту, АД 190/100 мм рт.ст. Число дыханий 44 в 1 минуту. Наружные гениталии сформированы по мужскому типу, тестикулы в мошонке допубертатных размеров; оволосение лобка.

**Общий анализ крови:** Hb – 86 г/л, лейкоц. –  $10 \times 10^9/\text{л}$  (лейкоцитарный сдвиг формулы влево), СОЭ – 7 мм/час.

**Биохимический анализ крови:** холестерин – 8,0 ммоль/л (норма 3,5-5,6 ммоль/л), глюкоза натощак – 6,8 ммоль/л.

**R-грамма кистей рук с лучезапястными суставами:** костный возраст соответствует 10 годам. Отмечается остеопороз.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза?
3. Что может служить причиной развития этого заболевания?
4. Какие методы визуализации используются для уточнения причины заболевания?
5. С какими формами ожирения необходимо проводить дифференциальный диагноз?
6. Как объяснить умеренную гипергликемию при этом заболевании?
7. Причина развития остеопороза при этой патологии.
8. Основные методы терапии.
9. В каких случаях требуется хирургическое лечение заболевания?
10. Какими специалистами должен наблюдаться ребенок?

### ЗАДАЧА 118

Наташа Г., 12 лет. От 1 беременности, 1 срочных родов, протекавших нормально. Раннее развитие без особенностей. Родители здоровы. После очередного обострения хронического тонзиллита состояние ребенка стало постепенно ухудшаться, появилась потливость, раздражительность, плаксивость, быстрая утомляемость.

При осмотре в поликлинике отмечалась тахикардия. Девочка направлена в стационар для обследования с диагнозом «Ревматизм».

**При поступлении:** состояние средней тяжести, повышенная потливость; гипергидроз ладоней. Щитовидная железа диффузно увеличена. Умеренно выраженный экзофтальм; симптомы Грефе, Кохера и Мебиуса положительные. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Аускультативно – тоны сердца ясные, чсс 110 в 1 мин систолический шум. АД 140/50 мм.рт.ст. Трemor пальцев рук.

**Общий анализ крови:** Hb – 120 г/л, Эр –  $3,9 \times 10^{12}/\text{л}$ , Лейк –  $5,5 \times 10^9/\text{л}$ ; н – 25%, э – 2%, л – 50%, м – 20%, тромбоциты –  $140 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ – 10 мм/час.

**Общий анализ мочи:** цвет желтый, прозрачность – хорошая; удельный вес 1015, реакция – кислая; белок – нет, сахар – нет, ацетон – нет.

**Биохимический анализ крови:** глюкоза – 6,2 ммоль/л, натрий – 137,0 ммоль/л, калий – 5 ммоль/л, кальций – 3 ммоль/л, общий белок – 65,0 г/л, холестерин – 2,6 ммоль/л.

**ЭКГ:** повышение амплитуды зубцов P, R, неспецифические изменения зубца T, синусовая тахикардия.

### ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Каковы патогенетические механизмы развития данного состояния?
3. Оцените результаты исследований.
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
6. Как объяснить повышение глюкозы крови при данном клиническом случае?
7. Зависят ли клинические проявления от размеров зоба?
8. Тактика ведения больного с обоснованием выбранных методов лечения.
9. Под контролем каких показателей проводится коррекция терапии.
10. В каких случаях показано хирургическое лечение?

### ЗАДАЧА 119

Миша К., 7 лет. От II беременности, протекавшей с нефропатией 2 половины, I срочных физиологических родов. Раннее развитие без особенностей. С 5 лет жалобы на головокружение, сниженный аппетит, раздражительность, загрудинные боли, мышечные спазмы и подергивания. Был проконсультирован невропатологом – диагноз вегето-сосудистая дистония. Периодически отмечаются тонические судороги в отдельных мышечных группах, положительные симптомы Хвостека и Труссо.

При осмотре зубы с поперечными и горизонтальными бороздами, волосы тонкие, гнездная плешивость, ресницы и брови редкие, кожа сухая, ногти ломкие. Отмечается склонность к диарее.

**Общий анализ крови:** НЬ – 120 г/л, эр –  $3,9 \times 10^{12}$ /л, Лейк –  $5,5 \times 10^9$ /л; п/я – 3%, с/я – 55%, э – 2%, л – 35%, м – 5%, тромбоциты –  $200 \times 10^9$ /л, СОЭ - 4 мм/час.

**Общий анализ мочи:** цвет желтый, прозрачность – полная; относительная плотность 1015, реакция – кислая; белок – нет, сахар – нет.

**Биохимический анализ крови:** глюкоза – 3,8 ммоль/л, натрий – 137,0 ммоль/л, калий – 5 ммоль/л, кальций общий – 1,8 ммоль/л, кальций ионизированный – 0,68, щелочная фосфатаза – 80 ед/л (N – 220-820), общий белок – 65,0 г/л, холестерин – 4,6 ммоль/л.

**Проба Сулковича:** отрицательная.

**ЭКГ:** удлинение QT за счет интервала ST.

### ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза?
3. Возможные причины развития заболевания.
4. Каковы патогенетические механизмы развития судорог?
5. Проведите дифференциальную диагностику.
6. Какова роль кальция в организме.
7. Назовите возможные изменения в костной ткани при этом заболевании.
8. Какими препаратами проводится терапия?
9. Под контролем каких лабораторных показателей проводится коррекция терапии?
10. Какие осложнения могут развиваться при неадекватной терапии?

### ЗАДАЧА 120

Максим К., 11 лет. Болен инсулинзависимым сахарным диабетом с 6 лет. Получает инсулинотерапию в базис-болюсном режиме. В последнее время доза пролонгированного инсулина утром 18 единиц. Сахарный диабет был компенсирован. Сахар крови натошак 6,0 ммоль/л, в течение суток 7,5 – 11,0 ммоль/л. На 3-й день от начала острого респираторного заболевания температура тела утром  $38^{\circ}$  C. Введена прежняя доза инсулина. Самочувствие днем оставалось плохим – отмечалась сонливость, плохой аппетит (в течение всего дня мальчик ел очень мало). Ночью у ребенка появился тремор конечностей, резкая потливость. Госпитализирован.

При поступлении мальчик в сознании, бледен, резкая потливость, тризм челюстей, сухожильные рефлексы живые, периодические судороги. Пульс ритмичный, АД – 100/70 мм.рт.ст.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза?
3. Причина развития данного состояния у ребенка?
4. Какова неотложная терапия в данном случае?
5. Назовите возможные критические состояния у детей с сахарным диабетом.
6. Причины декомпенсации сахарного диабета
7. Проведите дифференциальную диагностику с декомпенсированным кетоацидозом.
8. Меры профилактики подобных состояний при сахарном диабете.
9. Особенности питания при инсулинзависимом сахарном диабете.
10. Какое исследование необходимо проводить при сахарном диабете каждые 3 месяца.

#### ЗАДАЧА 121

Олеся Ж., 10 лет, проживает в Саратовской области. Ребенок от 1-й беременности, протекавшей без особенностей, 1 срочных родов. Масса при рождении 3200 г, длина – 51 см. Раннее развитие без особенностей. У мамы и бабушки отмечается увеличение щитовидной железы I-II степени.

Во время диспансеризации врач обнаружил у девочки увеличение щитовидной железы, после чего она была направлена на консультацию к эндокринологу. Увеличение щитовидной железы было выявлено и у других детей из этого класса.

При осмотре и пальпации: щитовидная железа увеличена, мягко-эластичной консистенции. Клинических признаков нарушения функции щитовидной железы не выявлено. Вторичных половых признаков нет. Половая формула по Прадер AOP0Ma0Me(-), допубертат.

**Общий анализ крови:** Hb – 130 г/л, эр –  $4,1 \times 10^{12}/л$ , лейкоц –  $5,5 \times 10^9/л$ , нейтрофилы: п/я – 1%, с/я – 52%; э – 1%, л – 41%, м – 5%, СОЭ – 4 мм/час.

**Общий анализ мочи:** цвет желтый, прозрачность - полная; относительная плотность 1015, реакция - кислая; белок - нет, сахар – нет, ацетон - нет.

**Биохимический анализ крови:** глюкоза – 3,5 ммоль/л, натрий – 140,0 ммоль/л, общий белок – 70,0 г/л, холестерин – 5,0 ммоль/л.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для постановки диагноза?
3. Какие методы функциональной диагностики дополнительно помогают оценить функцию щитовидной железы.
4. Назовите инструментальные методы исследования, входящие в план обследования.
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
6. Какой микроэлемент необходим для синтеза тиреоидных гормонов?
7. Какое влияние оказывает щитовидная железа на углеводный обмен?
8. Как влияют гормоны щитовидной железы на рост и половое созревание?
9. Какими препаратами проводится лечение данного заболевания.
10. Методы профилактики.

#### ЗАДАЧА 122

Юра Ф., 11 лет. Поступил в отделение с жалобами на избыточный вес, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость.

Из анамнеза известно, что родители и родная сестра мальчика полные. В семье много употребляют сладкого, жирного, выпечных изделий.

Ребенок от 2-й беременности, 2-х срочных родов, без патологии. Масса тела при рождении 4000 г, длина 52 см.

**Осмотр:** рост 142 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы обычной окраски, подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением на груди и животе. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС - 95 уд/мин, дыхание - 19 в 1 минуту. АД 110/70 мм рт.ст. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень +1 см из-под края реберной дуги.

**Общий анализ крови:** НЬ – 130 г/л, эр –  $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. –  $5,5 \times 10^9$ /л; нейтрофилы: п/я – 1%, с/я – 52%; э – 5%, л – 37%, м – 5%, СОЭ – 4 мм/час.

**Общий анализ мочи:** цвет желтый, прозрачность – полная; относительная плотность 1015, реакция – кислая; белок – нет, сахар – нет, ацетон – нет.

**Биохимический анализ крови:** глюкоза – 5,2 ммоль/л, натрий – 137,0 ммоль/л, калий – 5 ммоль/л, общий белок – 65,0 г/л, холестерин – 7,6 ммоль/л.

**ЭКГ:** горизонтальное положение ЭОС, синусовый ритм.

**УЗИ органов брюшной полости:** размеры печени – увеличены; паренхима – подчеркнут рисунок внутривенных желчных протоков; стенки желчного пузыря – утолщены, в просвете определяется жидкое содержимое.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Является ли это заболевание наследственно обусловленным?
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику.
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Какие гормоны принимают участие в жировом обмене?
6. Повышение какого гормона часто имеет место при данном заболевании?
7. Какие осложнения развиваются при прогрессировании заболевания?
8. Особенности питания в данном клиническом случае.
9. Какие препараты используются у детей для коррекции метаболических нарушений, сопряженных с данным заболеванием?
10. Принципы диспансерного наблюдения детей с данной патологией.

#### **ЗАДАЧА 123**

Врачу передан первичный патронаж к новорожденному ребенку Сергею К., 8 дней. Дородовый патронаж не проводился, так как мать проживала по другому адресу.

Родился от молодых родителей, страдающих миопией. Беременность I, протекала с токсикозом в 1-й и 2-й половине (рвота, нефропатия). Из обменной карты беременной известно, что ребенок от 1 срочных самопроизвольных родов, наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка. Оценка по шкале Апгар – 5/8 баллов. Масса тела 3690 г, длина – 52 см. Желтушное прокрашивание кожи появилось в начале вторых суток.

Группа крови матери и ребёнка O (I), Rh+, концентрация билирубина в сыворотке крови на 2-й день жизни: непрямой – 170 мкмоль/л, прямой – 3,4 мкмоль/л. Проба Кумбса отрицательная.

Лечение: фототерапия, смекта, бифидумбактерин, но-шпа, оксигенотерапия. К груди приложен на 2-е сутки, сосал неактивно, обильно срыгивал. Докорм Нутрилоном. Выписан из роддома на 7-е сутки с потерей массы – 370 г.

При осмотре мать жалуется на недостаток молока. Докармливает Нутрилоном 1. Ребёнок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор подбородка. Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония. Кожа и склеры субиктеричные. Слизистые чистые. Пупочная ранка под геморрагической корочкой, сухая чистая. Большой родничок 3,5x3,5 см., не выбухает. Малый родничок 1x1 см. В лёгких пурпурное дыхание, хрипов нет, ЧДД 34 в мин. Перкуторно – звук лёгочный. Тоны сердца

громкие, ритмичные, ЧСС 150 уд. в мин.. Живот мягкий, доступен пальпации. Печень + 1,5 см., селезёнка – у края рёберной дуги. Стул разжиженный, 3 раза в сутки, желтый с небольшой примесью зелени. Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Оцените данные анамнеза и жалоб, укажите факторы и группы риска.
2. Обоснуйте синдромальный диагноз и диагноз по МКБ. Определите группу здоровья.
3. Оцените питание и физическое развитие ребенка.
4. Какие причины приводят к нарушению метаболизма билирубина в период новорожденности? Каково происхождение желтухи в данном случае, механизмы её развития?
5. Оцените результаты всех лабораторных исследований. Причины определения уровня билирубина в сыворотке крови в роддоме?
6. С какими состояниями необходимо провести дифференциальную диагностику и какие дополнительные исследования необходимо провести (или уже проведены) для исключения возможных конкурирующих диагнозов
7. Обоснуйте проведенное лечение в роддоме (препараты и дозы)
8. Тактика ведения больного на педиатрическом участке (амбулаторно или показания для госпитализации)
9. Какие советы Вы должны дать матери ребёнка?
10. Обоснуйте календарь проведения профилактических прививок данному ребенку

#### **ЗАДАЧА 124**

Девочке Валентине И. 4,5 мес. с неотягощённым биологическим анамнезом сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС + полиомиелит. Предыдущую прививку АКДС + полиомиелит (в 3 месяца) перенесла хорошо.

На 2-ой день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38<sup>0</sup>, беспокойство, появление гиперемии и уплотнения в месте введения вакцины. Расценивая указанные симптомы, как осложнение после прививки, она обвинила врача и медсестру в «непрофессионализме».

При осмотре температура тела 37,8<sup>0</sup>. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины – инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отёк мягких тканей диаметром 3 см.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Поставьте диагноз?
2. Какие лечебные мероприятия следует провести?
3. Нуждается ли ребёнок в осмотре врачами-специалистами?
4. В чём заключается разница между поствакцинальной реакцией и поствакцинальным осложнением?
5. Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС и полиомиелита.
6. Выдержаны ли сроки введения вакцины АКДС и полиомиелита?
7. Следует ли в данном случае подать экстренное извещение в эпидемиологический отдел?
8. Можно ли считать курс вакцинации данного ребёнка против дифтерии и столбняка законченным?
9. Подлежит ли ребёнок медицинскому отводу от дальнейших прививок?
10. Существует ли экстренная иммунизация против коклюша?

#### **ЗАДАЧА 125**

Во время репетиции школьного хора девочка Анастасия П. 8 лет стала жаловаться на слабость, головокружение, тошноту, а затем потеряла сознание.



Со слов одноклассников известно, что девочка 3 дня назад упала на катке. После падения чувствовала себя удовлетворительно, эпизодов потери сознания не было. Накануне вечером жаловалась на головную боль. На диспансерном учёте не состоит. Острыми заболеваниями болеет редко.

Срочно был вызван школьный врач. При осмотре девочка без сознания. Температура тела – 36,3°C. Кожные покровы бледные, холодный пот. Слизистые чистые, бледные. Дыхание поверхностное, с частотой 20 в минуту. При аускультации в лёгких везикулярное дыхание, проводится равномерно. Границы сердца не расширены. Верхушечный толчок определяется по левой среднеключичной линии в пятом межреберье, ослаблен. Тоны сердца ритмичные, приглушены, шумов нет. Пульс слабого наполнения и напряжения с частотой 66 в мин. АД – 80/30 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги.

**Неврологический статус:** анизокория (мидриаз слева), положительный рефлекс Бабинского справа, симптомы Брудзинского, Кернига отрицательные.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Предполагаемый диагноз?
2. Может ли данное состояние угрожать жизни ребёнка?
3. Какие действия должен предпринять школьный врач?
4. Неотложные мероприятия и тактика бригады «Скорой помощи».
5. Нуждается ли ребенок в госпитализации.
6. Каковы причины и патогенез развития данного состояния?
7. Охарактеризуйте клиническую картину острого периода черепно-мозговой травмы.
8. В каких рекомендациях нуждается ребёнок и родители?.
9. Каковы подходы к реабилитации данного ребенка на педиатрическом участке?
10. Прогноз данного заболевания?

#### **ЗАДАЧА 126**

Во время утреннего приема детей в группу детского сада воспитатель выявила у Маши К. 4 года. 3 мес. сыпь на шее.

Со слов матери ребенка у брата (посещает 2 класс школы) в течение 4 дней «болело горло». К врачу по этому поводу она не обращалась, лечение проводила сама (полоскание горла раствором фурацилина, теплое молоко). Наличие сыпи мама объяснила тем, что девочка вчера съела много шоколадных конфет.

Девочка осмотрена врачом детского сада. Во время осмотра у ребенка однократная рвота съеденной пищей.

Состояние средней тяжести; термометрия – 37,8°C. Ребенок вялый, капризничает, жалуется на боли в горле при глотании. Неврологический статус без особенностей.

Кожные покровы суховаты. На умеренно гиперемизированном фоне яркая мелкоточечная сыпь (до 2 мм в диаметре), которая располагается на сгибательных поверхностях конечностей, боковых поверхностях туловища. Наблюдается сгущение сыпи в естественных складках кожи (шея, в подмышечных и паховых областях, подколенных ямках). Отмечается белый, быстро исчезающий дермографизм; бледность носогубного треугольника на фоне гиперемии щек и яркости губ. В зеве – яркая отграниченная гиперемия мягкого неба. Небные миндалины резко гиперемизированы, увеличены до II степени, налетов нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. Дыхание через нос свободное. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 28 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные; пульс 100 ударов в 1 мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Стул был утром, не изменен. Дизурических явлений нет.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз. Перечислите опорно-диагностические признаки, позволившие поставить диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Нуждается ли этот ребенок в экстренной госпитализации? Назовите показания к госпитализации.
4. Перечислите противоэпидемические мероприятия в группе детского сада необходимые при этом инфекционном заболевании.
5. Какую информацию должен передать медицинский работник детского дошкольного учреждения в детскую поликлинику по поводу выявленного случая заболевания?
6. Проводится ли заключительная дезинфекция в групповых помещениях при этом заболевании?
7. Принципы лечения ребенка в амбулаторных условиях.
8. Какие обследования, в какие сроки необходимо провести ребенку в период реконвалесценции этого заболевания?
9. Назовите возможные осложнения (ранние и поздние) этого заболевания.
10. Сроки выписки ребенка в детское дошкольное учреждение.

### ЗАДАЧА 127

У девочки Натальи Г. 9 лет при диспансеризации в школе – отставание в физическом развитии, АД – 125/90 мм рт. ст. Бледность, сухость кожных покровов, сниженный аппетит. Глазное дно – ангиопатия сетчатки. В анализе крови количество эритроцитов –  $2,5 \cdot 10^{12}$ , Hb до 80 г/л, СОЭ – 57 мм/час. Анализ мочи: относительная плотность – 1009, белок – 0,066г/л, лейкоциты до 25-30, а Eг – 2-3 в п/зр . Выявлена патологическая бактериурия, из мочи высеяна палочка протей (до 200 тыс. микробных тел в мл). При расспросе девочки выяснено, что в течение ряда лет у нее наблюдались периодические боли в животе и в области поясницы, по поводу которых никогда не обследовалась. Симптом Пастернацкого положителен с обеих сторон. Мочеиспускания редкие. В поликлинике проведено обследование. Колебания относительной плотности мочи при анализе пробы Зимницкого в пределах 1004-1011. Клиренс эндогенного креатинина – 65 мл/мин. При ультразвуковом исследовании почек выявлена атония мочеточников, уменьшенные в размерах почки с неровным бугристым контуром, расширение лоханочного сигнала левой почки – 26 мм, правой – 38 мм, с уплотненными стенками и огрублением форниксов, повышенная эхогенность паренхимы, ротация и повышенная подвижность правой почки.

### ЗАДАНИЕ:

1. Предполагаемый диагноз заболевания? Методы верификации?
2. Давность заболевания? Причины неманифестного течения?
3. Чем обусловлено отставание в физическом развитии?
4. Проявлением чего является ангиопатия сетчатки?
5. Объясните изменения со стороны анализа крови и мочи у этого ребенка?
6. Охарактеризуйте состояние почечных функций?
7. Тактика ведения данного больного?
8. Нуждается ли девочка в диспансерном наблюдении, если да, то как долго и по какой группе здоровья?
9. Особенности вакцинопрофилактики?
10. Прогноз течения данного заболевания у девочки?

### ЗАДАЧА 128

Девочка Екатерина А., 6 лет, росла и развивалась соответственно возрасту. Из перенесенных заболеваний: ветряная оспа, ОРВИ – 3-4 раза в год.

8 дней назад в детском саду ей была сделана ревакцинация против кори. Вечером того же дня родители с ребёнком посетили цирк. На следующий день – температура до

37,5°, появился кашель и заложенность носа. Участковый педиатр диагностировал ОРВИ и назначил симптоматическую терапию. На 4-й день (после прививки) девочка выписана в детский сад.

На 12-й день после прививки вновь повысилась температура до 38,5°, появились заложенность носа, покашливание, боли в горле и зудящая сыпь.

При осмотре на дому: умеренно выраженные симптомы интоксикации, лёгкая гиперемия конъюнктивы. На неизменённом фоне кожи лица, туловища и конечностей – несливающаяся пятнисто-папулёзная сыпь. На месте введения вакцины уплотнение до 1 см в диаметре. Зев гиперемирован. Миндалины рыхлые, отёчные с наложениями жёлтого цвета. Увеличение шейных и подчелюстных лимфоузлов. Физикально со стороны лёгких и сердца без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1 см.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Оцените данные анамнеза и жалоб
2. Поставьте синдромальный диагноз и обоснуйте диагноз в соответствии с критериями диагностики по МКБ. Следует ли подать экстренное извещение в эпидемиологический отдел?
3. Оцените течение поствакцинального периода. Дайте клиническое описание коревой сыпи. С какими состояниями необходимо провести дифференциальную диагностику и какие дополнительные исследования необходимо провести (или уже проведены) для исключения возможных конкурирующих диагнозов.
4. Назначьте необходимые дополнительные лабораторные и инструментальные обследования
5. Тактика ведения больного на педиатрическом участке (амбулаторно или показания для госпитализации, санитарно-эпид. мероприятия)
6. Назначьте лечение (препараты и дозы), лист назначений
7. Перечислите осложнения, возникающие после введения коревой вакцины. Через какой срок после проведения вакцинации против кори можно вводить другие вакцины? Какие другие виды вакцин можно вводить ребёнку одновременно с коревой?
8. Наиболее вероятный возбудитель заболевания, его основные характеристики?
9. Контрольные исследования и выписка. Какие лечебно-оздоровительные мероприятия следует провести данному ребёнку, после его выписки, в детском саду?
10. Прогноз, план реабилитации и диспансеризации

#### ЗАДАЧА 129

К мальчику Федору Р. 3-х лет вызвана бригада «Скорой помощи». 20 минут назад появились жалобы на беспокойство, резкую головную боль, затруднение дыхания, сыпь по всему телу с зудом.

Из анамнеза известно, что ребёнок болен в течение 2-х дней двусторонней пневмонией. Участковый врач был накануне и назначил ампициллин внутримышечно. Первая инъекция препарата была сделана за 30 минут до прибытия бригады скорой помощи. В анамнезе никаких аллергических реакций не наблюдалось. В возрасте 2-х лет ребёнок болел острым гнойным отитом, лечился оспеном, на который была реакция в виде кратковременной аллергической сыпи.

На момент осмотра ребёнок заторможен. На коже лица, туловища, конечностей уртикарная сыпь на бледном фоне. Холодный липкий пот. Затруднён выдох. Частота дыхания 56 в минуту. Аускультативно дыхание проводится равномерно с обеих сторон, рассеянные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. Перкуторно- звук с коробочным оттенком. Границы сердца не расширены, тоны приглушены. Пульс нитевидный с частотой 160 в минуту. АД – 60/20 мм. рт. ст. Живот доступен пальпации, умеренная болезненность без определенной локализации. Печень + 1 см. из под края рёберной дуги. В течение последнего часа мочеиспусканий не было.

### ЗАДАНИЕ:

1. Диагноз?
2. Первая врачебная помощь.
3. Дальнейшая тактика лечения.
4. Условия транспортировки.
5. Какие типы гиперчувствительности организма Вы знаете? Приведите примеры.
6. Ведущий патологический синдром, определяющий особенности данного случая.
7. Определите клинический вариант течения данного вида острой анафилаксии.
8. Какие мероприятия необходимо провести на месте развития данного осложнения до прибытия врача?
9. Какие возможны пути поступления аллергена в организм?
10. Какие рекомендации следует дать родителям ребёнка?

### ЗАДАЧА 130

Вызов к мальчику Анатолию Ш. 2-х лет с жалобами на повышение температуры до 37,3° и припухлости около левого уха. Ребенку 9 дней назад сделана прививка против паротита, за месяц до неё переболел ОРВИ. Из анамнеза известно, что на первом году жизни у ребенка отмечались симптомы атопического дерматита. Прививался по индивидуальному календарю. Прививки АКДС, против полиомиелита и кори перенёс нормально.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Зев умеренно гиперемирован. Лимфоузлы не увеличены. Припухлость околоушной железы слева с утолщением кожной складки над ней. По внутренним органам без патологии. Менингеальные знаки не выявляются.

### ЗАДАНИЕ:

1. Диагноз?
2. Следует ли подать экстренное извещение в СЭС?
3. С какими заболеваниями следует дифференцировать выявленные изменения у ребёнка?
4. Какова возможная причина выявленных изменений у ребёнка?
5. Показания к экстренной иммунизации против паротита.
6. Подлежит ли ребёнок медицинскому отводу от других прививок?
7. Перечислите возможные осложнения на прививку против эпидемического паротита.
8. Показана ли госпитализация данного ребёнка?
9. Может ли данный ребёнок явиться источником заболевания эпидемическим паротитом?
10. С какими другими вакцинами совместима прививка против эпидемического паротита?

### ЗАДАЧА 131

Бригада «Скорой помощи» вызвана к девочке Фаине Д. 3-х лет.

Ребенок, оставленный без присмотра матери, опрокинул на себя кипящее масло с плиты.

Мать вызвала скорую помощь, которая прибыла через 10 минут.

При осмотре: ребёнок в сознании, психомоторное возбуждение, крик.

На коже лица, шеи и правой руки небольшие участки гиперемии. Местами отмечается гибель эпидермиса с образованием пузырей.

Частота дыхания – 26 в минуту. Пульс хорошего наполнения и напряжения с частотой 120 в минуту. АД 100/50.

### ЗАДАНИЕ:

1. Диагноз?
2. Первая врачебная помощь.
3. Дальнейшая тактика лечения.
4. Показана ли госпитализация? Если да, то каковы условия транспортировки?
5. Вероятные осложнения и их профилактика у данной пациентки?
6. «Правило ладони» – определение. Для чего применяется?

7. Особенности течения данного вида повреждения кожи у детей.
8. Развитие ожогового шока в зависимости от площади поражения кожи и возраста ребёнка?
9. При какой степени тяжести ожогового шока на догоспитальном этапе начинают трансфузионную терапию?
10. Рекомендации для родителей по оказанию первой помощи при термических ожогах у детей до прибытия медработников.

### ЗАДАЧА 132

Вызов врача неотложной помощи в 4 часа утра к мальчику Владиславу Ю. 4-х лет. Жалобы повышение температуры до 38,5° С, насморк, лающий кашель, осиплость голоса, затруднённое, шумное дыхание.

Из анамнеза известно, что ребенок заболел остро, накануне. Заболевание началось с лихорадки, сухого кашля, насморка, ухудшения самочувствия.

До настоящего времени ребёнок рос и развивался соответственно возрасту. Острыми заболеваниями болел не более 2-3 раз в год. В 1.5 года перенёс обструктивный бронхит. На первом году жизни страдал пищевой аллергией в виде атопического дерматита. На диспансерном учёте не состоит. Организованный коллектив не посещает.

При осмотре ребёнок возбуждён. Кожа чистая, горячая, на лице румянец. Слизистые чистые, зев гиперемирован. Периодически появляется цианоз носогубного треугольника. Нёбные миндалины II степени. Из носовых ходов серозное отделяемое. Дыхание затруднено, шумное, вдох слышен на расстоянии, отмечается «лающий» кашель, осиплость голоса. Выраженное участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, западение уступчивых мест грудной клетки. Тоны сердца громкие, ритмичные, шумов нет. ЧД - 35 в минуту. ЧСС – 126 уд. в мин., АД – 85/45 мм. рт. ст. Живот мягкий, болезненности нет. Печень +1 см. из под края рёберной дуги.

### ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз. Перечислите опорно-диагностические признаки, позволившие поставить диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Нуждается ли этот ребенок в экстренной госпитализации? Назовите показания к госпитализации.
3. Какой объем неотложной помощи рекомендован пациенту?
6. Какой должна быть дальнейшая тактика врача?
7. Назовите наиболее вероятные этиологические факторы при данной патологии
8. Основные патогенетические механизмы при данной патологии
9. Тип острой дыхательной недостаточности в данном случае.
10. Какие морфологические и функциональные особенности детского организма способствуют развитию данного заболевания?

### ЗАДАЧА 133

Вызов бригады «Скорой помощи» к мальчику Олегу В. 6 лет, вынесенного спасателем из горящей квартиры.

При осмотре: общее состояние тяжёлое, ребёнок без сознания. Оценка комы по шкале Глазго 8 баллов. Эритема кожных покровов, вишнёвая окраска слизистых. Поверхностные ожоги кожи лица, обгоревшие брови и ресницы. Имеется спазм жевательной мускулатуры. Одышка смешанного характера: при преобладании затруднения вдоха выявляется ослабление дыхательных шумов над лёгкими, над всеми лёгочными полями выслушиваются сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 140 в минуту. АД – 80/40 мм. рт. ст. Живот мягкий, печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется.

### ЗАДАНИЕ

1. Диагноз?

2. Неотложная помощь.
3. Дальнейшая тактика лечения.
4. Условия транспортировки.
5. Возможные осложнения.
6. Ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть состояния пациента.
7. Ведущий патологический синдром, определяющий возможные осложнения на последующих этапах лечения.
8. Профилактика токсического отёка лёгких у данного пациента.
9. Какова первая реакция организма ребёнка на ингаляцию горячего воздуха и продуктов горения?
10. Укажите ведущее лечебное мероприятие при отравлении угарным газом на догоспитальном этапе.

### **ЗАДАЧА 134**

Новорожденная девочка Марина, 7 дней, I-й патронаж.

Ребёнок от II беременности (первая закончилась выкидышем на сроке 10 недель), протекающей с угрозой прерывания на сроке 12-13 недель и сроке 32 недели.

Матери 22 года, студентка, страдает хроническим вторичным пиелонефритом. В первом триместре беременности, во время обострения пиелонефрита самостоятельно принимала бисептол. 3 раза переболела ОРВИ, во время которого отмечалось ухудшение в анализах мочи. Режим не соблюдала, не высыпалась, плохо питалась. Роды I-ые, на сроке 40 недель, путём Кесарева сечения (слабость родовой деятельности), оценка по Апгар – 6/8 баллов. Закричала не сразу. Масса тела 2800 г., длина – 50 см. К груди приложена на 2-е сутки, сосала вяло по 30-40 мин., срыгивала.

Ребёнок на естественном вскармливании. Сосёт вяло, с перерывами, необильные срыгивания. Мать выдерживает интервал между кормлениями 3 часа. За час до кормления ребенок сильно беспокоится. Девочка достаточно активна, физиологические рефлексы живые, мышечный гипертонус. Кожа и слизистые чистые, желтушной окраски. Мраморный рисунок кожи конечностей. Пупочная ранка чистая, сухая. Большой родничок 3х3 см, не выбухает. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 2 см., селезёнка не пальпируется. Стул 5 раз в день, жёлтый, кашицеобразный.

### **ЗАДАНИЕ**

1. Диагноз?
2. По какой группе здоровья и группам риска будет наблюдаться ребёнок?
3. Оцените имеющиеся факторы риска и их направленность.
4. Какое влияние на плод оказывает бисептол, какие воздействия лекарственных препаратов на плод вы знаете?
5. Составьте план диспансерного наблюдения на период новорожденности с учетом групп риска, имеющих у ребенка.
6. Какое воздействие на новорожденного оказывают анестезия и аналгезия при родоразрешении путём Кесарева сечения?
7. Какие физиологические параметры оцениваются у новорожденного по шкале Апгар и что в сумме они позволяют определить?
8. Оцените массо-ростовой коэффициент при рождении у данного ребёнка.
9. Какие критерии используются для диагностики пренатального расстройства питания у доношенных новорожденных?
10. Какие советы по питанию необходимо дать матери ребёнка?

### **ЗАДАЧА 135**

Вызов реанимационной бригады службы «Скорой помощи» на дорожно-транспортное происшествие. Мальчик Вадим Н. 9 лет сбит автомашиной при переходе улицы.

При осмотре: общее состояние крайне тяжёлое. Заторможен. Оценка по шкале Глазго 12 баллов. Обильное носовое кровотечение. Обширная ссадина в области левой скуловой кости. Выраженная деформация 6-7-8 рёбер слева и гематома в этой области. Деформация и обширная гематома в средней трети бедра справа. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Дыхание поверхностное с частотой 44 в минуту. При аускультации лёгких дыхание слева не проводится. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Перкуторно границы абсолютной сердечной тупости смещены вправо. Пульс слабого наполнения и напряжения с частотой 140 в минуту. АД – 70/20 мм. Рт. ст. Живот несколько напряжён, имеется выраженная болезненность в области печени и в правой подвздошной области. Моча окрашена кровью.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Диагноз?
2. Неотложные мероприятия.
3. Какую диагностическую процедуру необходимо провести незамедлительно?
4. Дальнейшая тактика. Условия транспортировки.
5. Виды и критерии оценки степени тяжести шока.
6. Ведущие патогенетические механизмы шока у данного пациента и отличия в экстренной терапии в зависимости от тяжести шока.
7. Противопоказания для применения наркотических анальгетиков при данном виде шока у детей?
8. Ведущий патологический синдром, определяющий тяжести состояния у данного пациента.
9. Ваша тактика при остановке машины во время транспортировки данного пациента для оказания помощи другому больному?
10. Прогноз для жизни и здоровья ребёнка?

#### ЗАДАЧА 136

Мать с девочкой Яной 3. 3-х месяцев пришла на профилактический приём к участковому педиатру. Жалоб нет.

Ребёнок от III беременности, протекавшей с анемией, гестозом II-й половины, ОРВИ в III триместре. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей (мальчик 1,5 года и девочка 4 года). Девочка родилась в срок, с массой тела 3050 г., длиной – 52 см. Период новорожденности без особенностей. На естественном вскармливании до 1 мес., далее смесь «Агу-1». Прибавка в массе тела за 3 мес. – 2100г. В возрасте 2,5 мес. перенесла ОРВИ. Лечилась симптоматически, на дому.

При осмотре ребёнок удовлетворительного питания. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые бледные, чистые. Лимфоузлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 2 см. из под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета. Диурез нормальный.

**В анализе мочи:** рН – слабо кислая, белок 0,033 г/л, лейкоциты –1-3 в п/зр.

**В анализе периферической крови:** гемоглобин – 95 г/л, эритроциты –  $3,7 \times 10^{12}$ /л, цп – 0,85, лейкоциты –  $8,5 \times 10^9$ /л, б-1%, э-3%, п-2%, с-32%, л-58%, м-4%, СОЭ – 6 мм/час, гипохромия ++, анизоцитоз +, пойкилоцитоз +. Содержание гемоглобина в эритроцитах – 22 пг (N 24-33 пг)

#### ЗАДАНИЕ:

1. Диагноз?
2. Какие факторы риска способствовали развитию данного состояния?
3. Что такое цветовой показатель? Вычислите его и оцените.
4. Какие исследования необходимо провести педиатру для уточнения диагноза?

5. Нуждается ли ребенок в лечении?
6. Какие препараты следует выбрать? Их побочные действия.
7. Как контролировать эффективность лечения?
8. Нуждается ли ребенок в коррекции питания?
9. Составьте план диспансерного наблюдения на 1-м году жизни.
10. Когда следует проводить вакцинацию? Есть ли противопоказания?

### ЗАДАЧА 137

Мальчик Тимофей М. 3-х лет, предположительно за 60 минут до прибытия машины «Скорой помощи», съел неизвестное количество таблеток. Родители, обратив внимание на заторможенность и неадекватное поведение ребёнка, вызвали скорую помощь. Бабушка ребёнка страдает гипертонической болезнью, применяет для лечения нифедипин. В момент осмотра общее состояние тяжёлое. Сомнолентность, оценка по шкале Глазго 10 баллов. Зрачки сужены.

Периодически судороги, с преобладанием клонического компонента. Кожные покровы и склеры глаз гиперемированы. Носовое дыхание затруднено. Дыхание поверхностное с частотой 40 в минуту. Аускультативно на фоне лёгочного дыхания выслушиваются небольшое количество хрипов проводного характера.

Тоны сердца резко ослаблены. Пульс слабого наполнения и напряжения с частотой 60 в минуту. АД – 70/20 мм. рт. ст. Живот мягкий, печень + 1 см. из под края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется.

Не мочился.

### ЗАДАНИЕ

1. Диагноз?
2. Неотложная помощь.
3. Дальнейшая тактика лечения.
4. Условия транспортировки.
5. К каким фармакологическим группам относятся нифедипин? Их действие.
6. В связи с чем у пациента наблюдается затруднение носового дыхания?
7. Приём, какого количества таблеток данных препаратов потенциально смертелен в данном возрасте?
8. Через какое время возможно развитие острой почечной недостаточности у данного пациента? Механизм.
9. Возможные последствия для жизни и здоровья ребёнка.
10. Рекомендации родителям.

### ЗАДАЧА 138

Мать с мальчиком Георгием Ф. 5 мес. пришла на очередной профилактический приём к педиатру для решения вопроса о проведении вакцинации.

Ребёнок от IV беременности, протекавшей на фоне токсикоза в I триместре. Роды в срок, со стимуляцией. Родился с массой тела 3600 г., длиной – 53 см. Закричал сразу. Естественное вскармливание до 2-х месяцев, затем смесь «Нутрилон-1». Профилактика рахита проводилась масляным раствором витамина Д3 с 2-х месяцев в течение 1,5 месяцев нерегулярно. До 3 месяцев привит по календарю, реакций на прививки не наблюдалось. В 4 месяца на приём к врачу не явились.

В течение последних 2-х месяцев мать обращает внимание на то, что ребёнок стал сильно потеть, вздрагивает во сне, от памперсов резкий запах аммиака.

При осмотре масса тела 7200 г, длина – 64 см. Обращает внимание уплощение и облысение затылка, податливость костей черепа по ходу стреловидного и лямбдовидного швов, размягчение краёв большого родничка. Нижняя апертура грудной клетки развёрнута, заметна Гаррисонова борозда, пальпируются рёберные «чётки». Большой



родничок 4x4 см. Мышечная гипотония, плохо опирается на ноги. На коже стойкий красный дермографизм. Слизистые чистые. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 120 в мин. Живот большой распластанный, безболезненный. Печень +2,5 см., селезёнка +0,5 см. Стул кашицеобразный, 2-3 раза в день без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, б/б.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Поставьте диагноз?
2. Перечислите факторы, которые могли привести к данному состоянию?
3. Оцените физическое развитие ребёнка.
4. Что такое гиперплазия остеоидной ткани? В каком возрасте данный синдром является ведущим в клинике?
5. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
6. Показатели фосфорно-кальциевого обмена в норме и при данном заболевании.
7. Укажите возрастные сроки клинической манифестации почечного тубулярного ацидоза.
8. Какие дефекты ведения ребёнка имели место?
9. Можно ли проводить вакцинацию?
10. Назначьте лечение

#### **ЗАДАЧА 139**

Вызов бригады «Скорой помощи» к мальчику Александру Д. 15 лет. При самостоятельном спуске с горы зимой получил травму ноги, в связи с чем ночь провёл вне лыжной базы. Найден спасателями утром.

При осмотре резко заторможен. Температура тела – 32°C. Кожные покровы и слизистые бледные. Мышечная дрожь. Одышка. Частота дыхания 36 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс – 120 в минуту. АД – 80/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги. Деформация и гематома в нижней трети правой голени. Отёк и затвердение тканей в области обеих ступней с потерей чувствительности.

#### **ЗАДАНИЕ**

1. Диагноз?
2. Неотложные мероприятия.
3. Дальнейшая тактика.
4. Условия транспортировки.
5. Какие изменения происходят в тканях при данном состоянии?
6. Изменение каких систем и поражение каких органов следует ожидать в данном случае и в зависимости от тяжести общего переохлаждения и скорости его развития?
7. Введение, каких лекарственных препаратов показано при тяжёлых степенях общего переохлаждения у детей, вне зависимости от клинической симптоматики?
8. Какие методы согревания противопоказаны при замерзании?
9. Критерии эффективности реанимационных мероприятий при замерзании у детей?
10. Что Вы будете делать при замерзании с оледенением ребёнка?

#### **ЗАДАЧА 140**

Участковый педиатр пришел на I патронаж к новорожденной девочке Алене Б. 8-ми дней. Ребёнок от II беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в I триместре, гестоза во II-ой половине (рвота, анорексия, повышение артериального давления до 140/90 мм. рт. ст.), по поводу чего беременная госпитализировалась. Предыдущая беременность закончилась выкидышем. Роды в срок, масса тела 3200 г., длина – 50 см. Закричала сразу, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложена на следующие сутки после рождения, сосала активно. Выписана из роддома на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Отец страдает мочекаменной болезнью, у сестры матери – пиелонефрит, нефроптоз, у бабушки по отцовской линии – подагра. Индекс отягощённости генеалогического

анамнеза – 1,0. При осмотре ребёнок удовлетворительного питания. Обращают внимание стигмы дисэмбриогенеза: птоз век, гипертелоризм, деформация ушных раковин, неполная синдактилия II и III пальцев стоп, пупочная грыжа. Кожа и слизистые чистые. Пупочная ранка чистая, эпителизируется. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 120 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см., селезёнка не пальпируется. Стул 3 раза в день, кашицеобразный.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. По какой группе здоровья будет наблюдаться данный ребёнок?
2. Перечислите и обоснуйте группы риска данного новорожденного.
3. Как определяется индекс отягощённости генеалогического анамнеза? Каким он должен быть в норме?
4. О чём свидетельствуют стигмы дисэмбриогенеза? Каков «порог» стигматизации новорожденных?
5. Какие формы синдактилии Вы знаете?
6. Какие мероприятия следует проводить при расширении пупочного кольца?
7. Как часто следует осматривать ребёнка? В консультациях каких специалистов он нуждается?
8. Необходимы ли дополнительные обследования и в какие сроки?
9. Ваши рекомендации по профилактике рахита у данного ребенка.
10. Что такое вторичная профилактика и нужна ли она в данном случае?

#### **ЗАДАЧА 141**

Вызов бригады «Скорой помощи» к подростку Эдуарду И. 14 лет на дискотеку. Жалобы на острые боли за грудиной, в животе, головную боль.

Установлено, что друзья мальчика употребляют амфетамины, а ему впервые перед дискотекой предложили таблетку «Адама».

При осмотре мальчик возбуждён, ориентация нарушена, зрачки расширены. Кожные покровы бледные, гипергидроз. Слизистые сухие. Дыхание до 44 в минуту, проводится равномерно, хрипы не выслушиваются. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс более 180 уд. в минуту. АД – 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется.

#### **ЗАДАНИЕ**

1. Диагноз?
2. Неотложные мероприятия бригады «Скорой помощи».
3. Дальнейшая тактика.
4. Условия транспортировки.
5. Что такое амфетамины? Их основные характеристики.
6. Почему повышено артериальное давление? Механизм.
7. Ведущий патологический синдром.
8. Каковы вероятные поражения органов и систем у данного пациента, в связи с развивающейся симптоматикой?
9. Какие адреноблокаторы не рекомендуется вводить в данном случае?
10. Существует ли психологическая и физиологическая зависимость при приеме данной группы препаратов?

#### **ЗАДАЧА 142**

Участковый врач пришёл на I патронаж к мальчику Николаю В. 18 дней.

Ребёнок от I беременности, срочных родов. Во время беременности мать дважды переболела ОРВИ (на 8 и 32 неделях). В 8 недель заболела пневмонией. Роды на фоне остаточных явлений пневмонии. Ребенок кричал сразу. Масса тела при рождении 3200, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/9 баллов. К груди приложен через 2 дня, сосал

вяло. В роддоме обращали на себя внимание: вялость, бледность кожных покровов с сероватым оттенком. К концу первых суток в шейных и паховых складках появились элементы пиодермии. Получал антибактериальную терапию (амоксцилин в/м), на 3-й день переведен из роддома в больницу в связи с генерализацией пиодермии и появлением симптомов токсикоза. Лечился цефазолином, (в/м 10 дней). Выписан на 17 сутки в удовлетворительном состоянии. В связи с гипогалактией у матери ребёнок переведен на искусственное вскармливание смесью «Нан-1». Высасывает 80-90 мл 7 раз в сутки. Клинические анализы крови и мочи при выписке в норме, вес 3500г.

При осмотре обращает внимание вялость, мышечная гипотония, гипорефлексия. Кожные покровы чистые, розовые, в паховых складках гиперемия. Пупочная ранка эпителизировалась. Слизистые чистые. Дыхание пуэрильное, ЧДД 34 в мин., хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 130 уд. в мин. Живот мягкий, доступен пальпации, печень + 3 см., селезёнка у края рёберной дуги. Стул разжиженный, 3-5 раз в сутки, без патологических примесей.

### ЗАДАНИЕ

1. Оцените данные анамнеза. Выделите факторы, способствовавшие возникновению данного состояния, определите группы риска. Оцените питание.
2. Оцените состояние здоровья ребенка при осмотре, группу здоровья.
3. Поставьте и обоснуйте диагноз стационара в соответствии с критериями диагностики по МКБ
4. С какими состояниями необходимо провести дифференциальную диагностику и какие дополнительные исследования необходимо провести (или уже проведены) для исключения возможных конкурирующих диагнозов.
5. Перечислите наиболее ранние и частые симптомы развития септического процесса у новорожденных.
6. Оцените и обоснуйте проведенное лечение (препараты и дозы) в стационаре, лист назначений
7. Чем отличается кожа новорожденного от взрослого? Как ухаживать за здоровой кожей новорожденного? Какова наиболее вероятная этиология пиодермии? Её лечение.
8. Тактика ведения больного на педиатрическом участке (амбулаторно или показания для госпитализации, санитарно-эпидемиологические мероприятия)
9. Можно ли проводить ребенку иммунизацию и в какие сроки?
10. Прогноз, план реабилитации и диспансеризации. Нуждается ли ребенок в дополнительном обследовании?

### ЗАДАЧА 143

Вызов реанимационной бригады «Скорой помощи» в школу к девочке 14 лет, которая во время контрольного урока по математике внезапно побледнела и потеряла сознание. Отмечались клонические судороги. Через 2-3 мин. сознание восстановилось и девочка самостоятельно приняла неизвестную таблетку.

Со слов педагога девочка страдает каким-то заболеванием сердца, состоит на диспансерном учёте. Среди вещей в школьной сумке найдена упаковка таблеток изадрина. К моменту прибытия скорой помощи повторная потеря сознания. При осмотре кожные покровы бледные с цианотичным оттенком. Слизистые чистые, бледные. Частота дыхания 30 в мин. При аускультации дыхание везикулярное, равномерное. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД – 70/40 мм. рт. ст. Пульс ритмичный с частотой 40 в мин. Врачом реанимационной бригады снята одноканальная ЭКГ: зубец Р определяется, интервал Р-Р постоянный, интервал Р-Р постоянно меняется, комплекс QRS несколько деформирован, ЧСС – 40 в мин.

### ЗАДАНИЕ

1. Диагноз?

2. Неотложные мероприятия бригады скорой помощи.
3. Дальнейшая тактика.
4. Условия транспортировки.
5. Какие рекомендации необходимо дать ребёнку во внеприступный период.
6. Почему у девочке в школьной сумке находился изадрин? Каков механизм действия данного препарата?
7. Механизм действия атропина.
8. При достижении какой частоты сердечных сокращений возможно восстановление сознания пациентки?
9. Перечислите возможные методы купирования данного состояния в случае задержки госпитализации пациентки при наличии подготовленного медперсонала и необходимой аппаратуры.
10. Вероятный прогноз.

#### **ЗАДАЧА 144**

Новорожденный мальчик Василий, 13 дней, I-й патронаж.

Ребёнок от II-ой беременности, (предыдущая закончилась рождением здорового ребёнка). Мать 36 лет, здорова. В I триместре настоящей беременности (7-8 неделя) перенесла грипп, получала лечение противовирусными препаратами (озельтамивир), супрастин, аспирин. Роды II, на сроке 40 недель. Ребенок родился с массой тела 2960 г, длиной – 51 см. На 3-й день жизни, в связи с обнаружением грубого систолического шума, он был переведен в специализированное отделение, обследован, диагноз: ВПС дефект межжелудочковой перегородки, НК0. Выписан на педиатрический участок на 12 сутки с рекомендациями кардиолога.

При осмотре состояние ребёнка удовлетворительное, грудь сосёт активно. Кожа и слизистые чистые, цианоза нет. Дыхание пуэрильное. Область сердца без видимых изменений, границы абсолютной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца звучные, ритмичные, выслушивается грубый систолический шум, занимающий большую часть систолы, с р. тах. в IV межреберье слева от грудины. Шум проводится по всей грудной клетке. Акцент и расщепление II тона над лёгочной артерией. ЧСС – 126 в мин., при нагрузке – до 140 в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень + 2см., селезёнка не пальпируется. Диурез адекватный. Стул 3 раза в день, кашицеобразный. Рефлексы новорожденного живые, симметричные. Физиологический гипертенус. Лежа на животе приподнимает голову, попытка удержания головы.

#### **ЗАДАНИЕ**

1. По какой группе здоровья должен наблюдаться ребёнок?
2. Особенности наблюдения в период новорожденности, проведения профилактических мероприятий.
3. Совместно, с каким специалистом должен наблюдаться ребёнок?
4. Какая лечебная тактика может быть применена к данному пациенту?
5. Составьте план диспансерного наблюдения на первом году.
6. Оцените массово-ростовой коэффициент при рождении.
7. Укажите нормальные границы абсолютной сердечной тупости и локализацию сердечного толчка у новорожденных
8. Чем обусловлено наличие акцента и расщепления II тона на лёгочной артерии при данной патологии?
9. Какова гемодинамика данного порока и какие осложнения можно ожидать?
10. Какие варианты исходов могут быть при данной патологии?

#### **ЗАДАЧА 145**

Вызов бригады «Скорой помощи» в детский сад. У девочки Галины У. В. 4-х лет среди полного здоровья во время обеда внезапно появился сухой, навязчивый кашель и одышка.

Из анамнеза известно, что ребёнок никакими бронхолёгочными заболеваниями не страдает.

На момент осмотра ребёнок в сознании, беспокойный, вдох резко затруднён. Иностранного тела в ротоглотке не видно. Над лёгкими перкуторный звук не изменён. Дыхание поверхностное, равномерно проводится с обеих сторон. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС – 100 уд. в мин. АД – 95/55 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги.

Во время осмотра состояние девочки резко ухудшилось, вдох стал прерывистым, судорожным, быстро нарастает цианоз.

#### **ЗАДАНИЕ**

1. Диагноз?
2. Неотложные мероприятия.
3. Дальнейшая тактика.
4. Условия транспортировки.
5. Может ли данное состояние угрожать жизни ребёнка?
6. Как проводится прем Геймлиха?
7. Возможные осложнения.
8. Где расположена крикотиреоидная связка и каково её значение?
9. На основании чего можно сделать выбор между экстренной эндотрахеальной интубацией и коникотомией при наступлении полной асфиксии у пациента?
10. Тип острой дыхательной недостаточности в данном случае.

#### **ЗАДАЧА 146**

Вы врач детского дошкольного учреждения. 4-х летний мальчик Степан Д. посещает детский сад в течение 2-х месяцев. Со слов матери ребёнок стал раздражительным, обидчивым, сон беспокойный, трудно засыпает, периодические подёргивания верхнего века, снижен аппетит. За это время ребёнок 2 раза переболел ОРВИ, появились жалобы на боли в животе, несвязанные с приёмом пищи; заметно похудел.

Из анамнеза известно, что мальчик от молодых, здоровых родителей. Развивался соответственно возрасту. На 1-м году жизни наблюдался невропатологом по поводу церебральной ишемии, в дальнейшем – частые острые респираторные заболевания.

В группе детского сада конфликтен с детьми, наблюдается двигательная расторможенность. При общении с взрослыми легко вступает в контакт; однако рассеян, с трудом удерживает внимание, эмоционально лабилен.

Длина тела 104 см., масса – 14 кг. Гиперестезия кожных покровов, белый дермографизм. Слизистые оболочки чистые. Гипертрофия нёбных миндалин II степени, затруднение носового дыхания. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 128 уд. в мин.; АД 95/60. Живот мягкий, умеренная болезненность без чёткой локализации. Печень + 1 см., селезёнка не увеличена.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Оцените тип, тяжесть, течение и стадию адаптации у данного ребенка. Обоснуйте Ваш ответ.
2. Основные механизмы участия нейро-эндокринной системы в развитии адаптационно-приспособительных реакций.
3. Реакция иммунной системы на процесс адаптации.
4. Оцените физическое развитие ребенка.
5. Консультации, каких специалистов необходимы данному ребенку, и с какой целью?
6. Составьте план профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий.
7. Какова роль участкового педиатра в подготовке детей к посещению детского дошкольного учреждения?
8. Оцените возможность проведения профилактических прививок в период адаптации.
9. Причины психомоторных нарушений у данного ребёнка.

10. Каков прогноз состояния здоровья ребёнка?

**ЗАДАЧА 147**

Мальчик Дмитрий Ц. 10 лет при купании в озере стал тонуть. Был поднят спасателем со дна водоёма через 3 минуты в состоянии клинической смерти. После успешной первичной реанимации возобновлено дыхание и сердечная деятельность. В сознание не приходил. К моменту прибытия реанимационной бригады службы «Скорой помощи» дыхание у ребёнка стало kloкочущим, с частотой 48 в мин. При осмотре ребёнок без сознания. Периодически наблюдаются судороги с преобладанием клонического компонента. Зрачки несколько расширены, реакция на свет определяется. Корнеальный, глоточный и болевой рефлекс сохранены. Кожа и слизистые бледные. При аускультации над лёгкими масса влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 100 в мин. АД – 80/40 мм. рт. ст.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Диагноз?
2. Неотложные мероприятия.
3. Дальнейшая тактика.
4. Условия транспортировки.
5. Механизм развития отёка лёгких в данном случае.
6. Какие морфологические изменения ЦНС типичны при данном состоянии?
7. Дайте характеристику состояния сердечно-сосудистой системы в данном случае.
8. Нарушение функции какой системы имеет ведущее значение в изменении состояния ребёнка?
9. Вероятный прогноз.
10. Отличие в характере развёртывания поражения органов и систем детского организма в зависимости от варианта утопления (в пресной или морской воде).

**ЗАДАЧА 148**

Мать с ребёнком пришла к участковому педиатру на плановый профилактический осмотр. Девочка Мария, 2 месяца 25 дней. На последнем приёме были в месячном возрасте. Специалистами не осматривалась, инструментальные обследования не проведены. Ребёнок на естественном вскармливании. В последние 2 недели стала беспокойной, не выдерживает перерывы между кормлениями, реже мочится. Родители здоровы. Беременность у матери первая, протекала с токсикозом II половины. При сроке 32 недели перенесла бронхит. Роды в срок. Девочка закричала сразу, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела при рождении 3200 г., длина – 51 см. Из роддома выписана на 6 суток в удовлетворительном состоянии. До настоящего времени ребёнок ничем не болел. Антропометрия: масса тела – 4.600 г., длина – 57 см., окружность грудной клетки – 38 см. Температура тела 36,8°. Кожа чистая, нормальной окраски. Подкожно-жировой слой практически отсутствует на животе, истончён на конечностях. Слизистые чистые, зев спокоен. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень + 2 см. из-под края рёберной дуги. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, жёлтого цвета с кислым запахом. При осмотре ребёнок беспокойный, плачет. Головку держит хорошо. Пытается переворачиваться со спины на живот. Хорошо следит за яркими предметами. Рефлекс Моро, Бауэра, автоматической ходьбы не вызываются. Тонический шейный и поисковый рефлекс угасают. Хватательный и подошвенный рефлекс вызываются хорошо.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите группу здоровья и направленность риска.
3. Критерии диагностики данной патологии.
4. Какие исследования необходимо провести ребёнку?

5. Какие врачи-специалисты должны осмотреть ребёнка?
6. Назначьте лечение.
7. Соответствует ли психомоторное развитие возрасту ребёнка?
8. План профилактических мероприятий.
9. Сформулируйте прогноз состояния здоровья ребёнка при отсутствии своевременной коррекции патологии.
10. Оцените возможность проведения профилактических прививок в установленные сроки.

#### ЗАДАЧА 149

Мать девочки Ирины Л. 4 лет вызвала участкового педиатра на дом. Девочка заболела остро 2 недели назад, когда вечером поднялась температура до 39°C, насморк. Была вызвана «неотложная помощь». Врач диагностировал ОРВИ, назначил симптоматическое лечение. Состояние ребёнка через 3 дня улучшилось и мать больше за помощью не обращалась. Накануне самочувствие резко ухудшилось (отсутствие аппетита, слабость, головная боль, мышечные боли), повторный подъём температуры до 38°C, появился сухой, навязчивый кашель. Из анамнеза известно, что ребёнок от I нормально протекавшей беременности. Роды в срок, физиологичные. В раннем детстве ребёнок рос и развивался соответственно возрасту, острые заболевания редко. С 3,5 лет посещает детский сад; часто болела ОРВИ, дважды осложнённые бронхитом. В лечении часто применялись антибиотики

Состояние ребёнка средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные с сероватым оттенком, умеренным периоральным цианозом. Зев рыхлый, чистый, нёбные миндалины гипертрофированы до II степени. Справа, от угла лопатки дыхание резко ослабленное, определяется укорочение перкуторного звука, на высоте вдоха крепитирующие хрипы в нижних отделах правого лёгкого. ЧД – 32 в мин. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, ЧСС – 120 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стула не было. Диурез не снижен.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Диагноз?
2. Какие факторы оказали влияние на течение заболевания?
3. Какие дополнительные исследования необходимы, чтобы подтвердить Ваш диагноз.
4. Какие изменения в общем анализе крови следует ожидать в данном случае.
5. Обоснуйте комплекс лечебных мероприятий.
6. Укажите выбор антибиотиков и обоснуйте путь введения антибактериального препарата.
7. В каком случае показана госпитализация?
8. Критерии выписки ребёнка в детский сад.
9. Возможные осложнения данного заболевания
10. Диспансерное наблюдение ребенка на педиатрическом участке.

#### ЗАДАЧА 150

Мать с мальчиком Андреем П. 8-и лет пришла на плановый диспансерный приём к участковому педиатру с целью оформления инвалидности по поводу бронхиальной астмы. Дедушка ребёнка по материнской линии страдает бронхиальной астмой.

Болен с 6-ти месяцев, когда впервые был поставлен диагноз обструктивный бронхит. В последующем данное заболевание повторялось с периодичностью в 2-4 месяца. С 2-х летнего возраста, наблюдались типичные приступы удушья. Один раз перенёс астматический статус. Неоднократно госпитализировался по экстренным показаниям. В последние 2 года приступы участились (по несколько раз в неделю). Ребенок обучается на дому. Последний приступ - 2 недели назад. Исследования функции внешнего дыхания проводились месяц назад - стабильное нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу, ОФВ 60%, ПСВ - 70%, тест с вентолином положительный +16%.

В течение последних 2 лет появились жалобы на длительную заложенность носа, проявления конъюнктивита в весенние месяцы, зуд в горле, кашель после употребления в питание яблок, груш, орехов, абрикосов. Выявлена сенсibilизация к домашней пыли, шерсти животных, берёзе, ольхе, лещине.

При осмотре мама предъявляет жалобы на одышку, кашель после динамической физической нагрузки, учащение применения скорпомощных препаратов до 2-3 раз в неделю, периодическое свистящее дыхание в течение дня без признаков респираторной инфекции.

Объективно ребёнок астенического телосложения. Признаков дыхательной недостаточности нет. Кожа чистая, обычной окраски. Дыхание жёсткое, хрипов нет. Частота дыхания 20 в мин. Пульс 90 ударов в минуту, расщепление II тона с акцентом на лёгочной артерии, АД – 110/65. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см., эластичная, селезёнка не пальпируется.

Последние три года ребенок получает комбинированные препараты (глюкокортикостероиды и пролонгированные  $\beta_2$ -агонисты), попытка отмены препаратов базисной терапии вызвали обострение заболевания и экстренную госпитализацию ребенка.

### ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз согласно существующей классификации.
2. Заболевания, с которыми может проводится дифференциальная диагностика данного заболевания.
3. Факторы риска при данном заболевании.
4. Основные патофизиологические механизмы при данном заболевании.
5. Какие препараты относятся к базисной терапии данного заболевания
6. Алгоритм терапии обострений при данном заболевании
7. Механизмы фармакологического действия ингаляционных глюкокортикостероидов
8. Показания для госпитализации детей с данным заболеванием
9. Принципы вакцинации детей с данной нозологией
10. План реабилитации данного пациента.

### ЗАДАЧА 151

Девочка Валерия Д. 13 лет обратилась к участковому педиатру с жалобами на плохой аппетит, повышенную утомляемость, ломкость волос и ногтей, сердцебиение. Данные симптомы появились около года назад.

Ребёнок из социально неблагополучной семьи, рос и развивался соответственно возрасту. Острыми респираторными инфекциями болела часто, в течение последних 2-х лет заболеваемость участилась до 6-7 раз в год. В школе учится хорошо, однако в течение последнего года успеваемость снизилась. Питание нерегулярное. Девочка стала раздражительной, апатичной. Менсис нерегулярные с 12 лет, 5-7 дней, обильные.

В контакт с врачом вступает неохотно. Интеллект сохранен. Питание удовлетворительное. Формула полового развития  $Ma_3P_2Ax_2Me_3$ , 11,3 балла. Кожа бледная, сухая, чистая. Волосы сухие, тонкие, ломкие. Ногти тусклые, поперечная исчерченность, слоистость. Слизистые чистые, бледные. Подчелюстные и шейные лимфоузлы II – III степени. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, мягкий систолический шум с р. maximum на верхушке. ЧСС – 100 уд. в мин., АД – 90/55 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка у края рёберной дуги. Стул оформленный, ежедневно.

**В анализе мочи:** рН - слабо кислая, белок 0,066г/л, лейкоциты – 4-5 в п/зр. **В анализе периферической крови:** гемоглобин – 80 г/л, эритроциты –  $3,8 \times 10^{12}/л$ , ЦП-0,7, лейкоциты –  $7,6 \times 10^9/л$ , б - 0%, э - 5%, п - 4%, с -59%, л - 28%, м - 4%, СОЭ – 6 мм/час,



гипохромия +++, анизоцитоз ++, пойкилоцитоз ++. СГЭ – 19,5 пг (содержание гемоглобина в эритроците в норме - 24-33 пг).

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Диагноз?
2. Что способствовало развитию данного заболевания?
3. Как подтвердить диагноз?
4. Что такое СГЭ? Как оно определяется?
5. Консультация, какого специалиста необходима?
6. Оцените половое развитие ребёнка?
7. Как лечить ребёнка? Какие препараты следует выбрать?
8. Можно ли проводить лечение данного состояния на фоне острого инфекционного заболевания?
9. Рекомендации по питанию.
10. Составьте план диспансерного наблюдения.

#### **ЗАДАЧА 152**

К участковому педиатру на плановый профилактический приём пришла мать с девочкой Анжелой Р. 6 месяцев.

Матери 24 года, страдает хроническим пиелонефритом, ожирением; курит. Ребёнок от II-ой беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в последнем триместре. Роды, в срок, на дому, преждевременное излитие околоплодных вод. Масса тела при рождении 4100г, длина – 53 см. Искусственное вскармливание с 2-х месяцев. В настоящее время кормление 5 раз в день (смесь «Малютка» 220 мл на приём, каша 180-200г, фруктовое пюре, соки, яичный желток). В возрасте 3, 4 и 5 месяцев проведена вакцинация АКДС + полиомиелит. В 1,5 месяца переболела обструктивным бронхитом.

При осмотре состояние удовлетворительное. Масса тела 8700, длина – 67 см., окружность грудной клетки – 44 см. Хорошо держит голову, переворачивается, пытается ползать, самостоятельно не сидит, гулит. Кожа и слизистые чистые. Питание повышено. Большой родничок 1 x 1 см. Не напряжён. Зубов нет. Со стороны опорно-двигательного аппарата без видимой патологии. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень + 2 см. из под края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, без патологических примесей.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Определите группу здоровья ребенка, дайте обоснование.
2. Соответствует ли физическое и психомоторное развитие девочки возрасту?
3. Определите группу нервно-психического развития у данного ребенка.
4. Вычислите индекс Эрисмана.
5. Оцените качество питания данного ребенка, дайте рекомендации.
6. План наблюдения за ребёнком на 1-м году.
7. Необходимо ли брать кровь на неонатальный скрининг, если ребенок родился вне дома?
8. Нужно ли проводить профилактику рахита витамином «Д»?
9. Когда планируется следующая вакцинация?
10. Дайте советы матери по организации режима дня ребенка.

#### **ЗАДАЧА 153**

Мальчик 1г 7 мес., поступил в стационар в первый день болезни. Заболел остро, с подъема температуры тела до 38,8°C, «лающего» кашля, осиплости голоса, слизистого отделяемого из полости носа. К вечеру состояние ухудшилось, появилось затрудненное дыхание, беспокойство. Ребенок был доставлен в отделение реанимации.

При поступлении температура 38,2°C, состояние тяжелое, заторможен, выражена одышка /Д-44 в мин/ инспираторного характера с раздуванием крыльев носа и участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, западение яремной ямки. Отмечается цианоз носогубного треугольника и кончиков пальцев, «мраморный» оттенок кожи. Голос осиплый. Зев гиперемирован. Беспокоит частый непродуктивный кашель. Тоны сердца приглушены, аритмичны /ЧСС-100-130 в мин/. Выпадение пульсовой волны на вдохе. В легких дыхание жесткое.

**Проведена ларингоскопия:** вход в гортань 1-2 мм, во входе в гортань - большое количество слизистой мокроты прозрачного цвета, яркая гиперемия черпаловидных хрящей, подсвязочного пространства, отек голосовых связок.

**На рентгенограмме грудной клетки** усиление легочного рисунка, правая доля вилочковой железы увеличена, у корня правого легкого треугольная тень.

**КОС:** РН- /-7,31/, PCO<sub>2</sub> – 41,4, PO<sub>2</sub> –70, BE - 3,6.

**Клин. анализ крови:** Нв-130 г/л, эр-  $3,5 \times 10^{12}$ /л., ц.п. - 0,89, л.-  $8,3 \times 10^9$ /л, п/я- 3%, с-41%, э-2%, л-45, м.-9, СОЭ-10 мм/ч.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Объясните патогенез развившегося синдрома.
3. Возможная динамика процесса.
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
5. Проведите дифференциальный диагноз?
6. О каких осложнениях можно думать в данном случае?
7. Какие лабораторные исследования необходимо провести?
8. Какие изменения со стороны ЛОР органов подтвердят диагноз?
9. Назначьте лечение.
10. Когда ребенок может быть выписан из стационара?

### ЗАДАЧА 154

В детское боксированное отделение поступила девочка 7 мес. Со слов мамы в течение последних 3-х дней ребенок беспокойный, высоко лихорадит температура тела 38-39°C, аппетит снижен. Отмечается влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа, конъюнктивит.

При поступлении состояние средней тяжести, температура 38,3°C, веки отечны. Конъюнктивита гиперемирована, обильное слизисто-гнойное отделяемое. На нижнем веке справа белая пленка, снимающаяся свободно, поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены до 1-2-х см, безболезненные, эластичные. Зев ярко гиперемирован, миндалины увеличены до 2 степени. Задняя стенка глотки зарнистая. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа. В легких жесткое дыхание, обильные проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные, ЧСС-132 уд. в мин. Печень +2,5см, селезенка +1,0 см. Стул оформленный.

Неделю назад мама перенесла ОРЗ.

**В клиническом анализе крови** Нв-133 г/л, эр-  $4,3 \times 10^{12}$  л, ц.п.-0,93, Лейк.-  $7,9 \times 10^9$  л, п/я- 3%, с/я-38%, базоф-1%, эоз-2, лимф-51%, мон.-4%, пл.кл- 1%, СОЭ-4мм/ч

**Клинич. ан. мочи:** цвет-сол.ж.; прозрачная; относ. плотность- 1031; белок –0,03г/л; глюкоза-отсутст.; лейкоциты- 1-3 в п/зр.; соли – ураты.

**На рентгенограмме органов грудной клетки** легочный рисунок усилен, легочные поля без очаговых и инфильтративных теней, корни структурны, срединная тень без особенностей, диафрагма четкая, синусы дифференцируются.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Назовите инкубационный период заболевания.
3. Объясните патогенез данного заболевания.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Какие лабораторные тесты подтверждают диагноз.
6. Дайте заключение по рентгенограмме.
7. Возможные осложнения.
8. Назначьте лечение.
9. Когда ребенок может быть выписан из стационара.
10. Профилактические мероприятия.

### ЗАДАЧА 155

Ребенок, 1г.8м, страдает экземой с 2-х летнего возраста. После нарушения диеты возникло обострение процесса, проявившееся сильным зудом, расчесами, мокнутием. На фоне десенсибилизирующей терапии и применения гормональной мази отмечалось некоторое улучшение. Однако, на 3-й день болезни состояние резко ухудшилось, повысилась температура до 39°C, стал беспокойным, нарушился сон, ухудшился аппетит, усилился зуд, на коже появились везикулезные высыпания и ребенок был госпитализирован.

При поступлении состояние тяжелое, высоко лихорадит, беспокоен, сон непродолжительный, отказывается от еды, выраженный кожный зуд. На коже лица, туловища, ягодиц, в меньшей степени конечностей, имеются обширные эритематозные участки с воспалением, мокнутием, следы расчесов на лице. На пораженных участках кожи отмечаются мелкие везикулезные высыпания, с прозрачным, местами с желтоватым содержимым. Дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца отчетливые, тахикардия до 120 уд. в 1 мин. Слизистая оболочка полости рта и глотки без патологии. Живот слегка вздут, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1см, селезенка не пальпируется. Стула не было.

**В клиническом анализе крови:** Нв 118 г/л, эр  $-3,0 \times 10^{12}$  /л, Л- $10 \times 10^9$  /л, п – 5%, с – 44%, эоз-3%, л – 40%, м – 8%, СОЭ – 13мм/час.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие лабораторные тесты подтвердят этиологию заболевания?
3. Дайте характеристику возбудителя.
4. Объясните патогенез данного заболевания.
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.
6. Объясните причину изменений в клиническом анализе крови.
7. Возможный источник инфекции?
8. Какова вероятность рецидивов заболевания.
9. Назначьте лечение (общее, местное).
10. Проведите противоэпидемические мероприятия.

### ЗАДАЧА 156

Ребенок, 9 лет, заболел остро: температура тела 38,4°C, плохой аппетит, беспокойный сон, затруднение носового дыхания, увеличение шейных и подчелюстных лимфоузлов; На 6 день болезни выявлены гепато - и спленомегалия. Госпитализирован с диагнозом «инфекционный мононуклеоз». За 7 недель до заболевания ребенку переливали кровь /автокатастрофа/.

При поступлении состояние средней тяжести, температура тела 38°C, бледный, аппетит снижен, лицо одутловатое, пастозное, увеличены передне - и заднешейные

лимфоузлы до 1 см. подвижные. Болезненность при пальпации околоушной области с обеих сторон. Носовое дыхание затруднено, выделений нет. В легких хрипов нет, проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. В зеве – умеренная разлитая гиперемия, отечность миндалин, наложений нет. Живот мягкий, б/б; печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5-2,0- в/з, край эластичный, б/б, селезенка +1см. Стул, диурез в норме. В неврологическом статусе без изменений.

Умеренно выраженная интоксикация сохранялась 2 недели, увеличение лимфоузлов – 4 недели, гепато- и спленомегалия – 3 недели.

**УЗИ органов брюшной полости:** печень незначительно увеличена, ЭХО структура – однородна; селезенка слабо увеличена, паренхима не изменена; желчный пузырь с перетяжкой в области тела. Поджелудочная железа увеличена, ЭХО структура – не однородна.

**В общем анализе крови** Нв-120 г/л, эр- $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоц- $10 \times 10^9$ /л, п/я-6%, с/я-27%, э-2%, лимф-51%, мон.-10%, атип. мононуклеары-4%, СОЭ-15мм/час.

**В биохимическом анализе крови** общий билирубин-16 мкмоль/л, прямой- 9 мкмоль/л, АЛАТ- 80 ед./л, АСАТ-67 ед./л, протромбин 90%, тимоловая проба-12 ед.

**Маркеры гепатитов В и С, Эбштейна-Барр вируса - отрицательные.**

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Предполагаемый источник инфицирования.
3. Дайте характеристику возбудителя.
4. Объясните патогенез данного заболевания.
5. Оцените результаты лабораторных исследований проведенных больному.
6. Оцените результаты УЗ исследования.
7. Перечислите возможные клинические варианты.
8. Проведите дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями.
9. Назначьте лечение по программе протокола.
10. Противоэпидемические мероприятия.

#### **ЗАДАЧА 157**

Мальчик, 5 лет, поступил в стационар с жалобами на головокружение, шаткость походки.

В анамнезе сотрясение мозга за 2 месяца до настоящего заболевания.

При поступлении состояние тяжелое, вял, адинамичен, температура тела 37,3°C. На коже лица, туловище, конечностях элементы высыпаний покрытые корочками.

Катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей нет.

Лимфатические узлы шейные, подмышечные, паховые до – 1,0 см. уплотнены, безболезненные. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются.

Тоны сердца приглушены, легкий систолический шум на верхушке сердца.

Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Стул, диурез в норме.

Ребенок в сознании, но речь невнятная. Стоит неуверенно, пошатываясь, не ходит, с трудом удерживает чашку, выражен тремор рук. Небольшая сглаженность носогубной складки слева, менингеальных симптомов нет.

Горизонтальный нистагм.

В позе Ромберга неустойчив.

В дет/саду несколько случаев ветряной оспы.

**В клиническом анализе крови** НВ-136; эр-  $4,2 \times 10^{12}$ /л; л- $5,5 \times 10^9$ /л; Э-3, п/я-2%; сегм-25%; л-65%; м-5%; СОЭ-7 мм/час.

### ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие вопросы зададите маме в отношении эпиданамнеза и анамнеза жизни?
3. Объясните патогенез заболевания.
4. Какие симптомы следует выявить при клиническом осмотре больного?
5. Оцените результаты клинического исследования крови.
6. Какие лабораторные исследования назначите?
7. С какими заболеваниями будете проводить дифференциальный диагноз?
8. Назначьте медикаментозное лечение.
9. Противоэпидемические мероприятия.
10. Предполагаемый прогноз заболевания

### ЗАДАЧА 158

Мальчик, 3 мес., родился от молодых здоровых родителей.

Поступил в боксированное отделение на 14 день болезни с диагнозом:

ОРВИ, пневмония? Из анамнеза болезни известно, что 2 недели назад на фоне нормальной температуры и хорошего общего состояния у мальчика появился кашель, который не поддавался лечению отхаркивающими микстурами и тепловыми процедурами и имел тенденцию к учащению, особенно в ночное время. Наблюдался врачом, с диагнозом ОРВИ.

К 6 дню болезни кашель стал приступообразным и сопровождался беспокойством ребенка, покраснением лица во время приступа, высовыванием языка и периодически заканчивался рвотой. Вне приступа отмечалась бледность кожных покровов, некоторая одутловатость лица.

При поступлении состояние тяжелое вялый, бледный, цианоз носогубного треугольника. Кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза. Зев розовый чист. Лимфоузлы не увеличены. В легких укорочение перкуторного звука в средне медиальном отделе правого легкого, дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца отчетливые. Живот мягкий безболезненный. Стул, диурез в норме.

В отделении у ребенка отмечалось до 20 приступов кашля в сутки, при этом периодически во время приступа наблюдалась рвота. Мокрота была вязкой и ребенок ее с трудом откашливал.

**На рентгенограмме** усиление бронхо-сосудистого рисунка, повышение прозрачности легочных полей, треугольная тень в средней доле правого легкого.

**В общем анализе крови** НВ-140 г/л эр-.  $4,0 \times 10^{12}/л$ , л- $30 \times 10^9/л$ , п-3%, с-20%, л-70%, м-7%, СОЭ-3мм/час.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Оцените тяжесть заболевания.
3. Назовите источник заражения.
4. Какие результаты лабораторного обследования подтвердят диагноз.
5. Объясните патогенез приступа кашля.
6. Какие изменения со стороны легких характерны для данного заболевания?
7. Назначьте лечение.
8. Проведите противоэпидемические мероприятия.
9. Возможные исходы заболевания.
10. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания? Если да, то: каким препаратом она проводится.

### ЗАДАЧА 159

Мальчик, 5 лет, заболел остро: температура тела 38°C, кашель, насморк, конъюнктивит. Диагноз участкового врача - ОРВИ. В анамнезе черепно-мозговая травма в возрасте 11 мес. После чего мать отказалась от вакцинации.

В последующие дни температура сохранялась, катаральные явления усилились, кашель грубый, частый, увеличилась отечность век, появилась светобоязнь. На 4-й день болезни температура 39,5°C, на лице, за ушами, появилась пятнисто-папулезная сыпь, которая в последующие 2 дня распространилась на туловище и конечности. Затем температура снизилась, состояние улучшилось.

Однако, на 8 день болезни ребенок пожаловался на головную боль, была 2-х кратная рвота, затем потеря сознания, возникли судороги. Срочно госпитализирован в боксированное отделение.

При поступлении состояние очень тяжелое, без сознания, часто возникают приступы общих тонико-клонических судорог.

На коже лица, туловища и конечностей элементы пигментации. Зев умеренно гиперемирован, налетов нет. Влажный кашель. В легких жесткое дыхание, единичные сухие хрипы. ЧД- 18 в мин. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, печень и селезенка не прощупываются. Стула не было в течение суток. Отмечается легкая ригидность затылочных мышц.

**На рентгенограмме органов грудной клетки** усиление легочного рисунка.

**Спинно-мозговая пункция:** жидкость прозрачная, вытекает частыми каплями. Цитоз-30/3, лимфоциты – 28, нейтроф. – 2, белок -0,665 г/л.

**Клинический анализ крови:** Нв-120 г/л, эр-3,5 x10<sup>12</sup> /л, лейко-8,4x10<sup>9</sup> /л, п-3%, с- 42%, эоз-5%, л-43%, м- 7%, СОЭ – 22 мм/час.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Перечислите симптомы заболевания, на основании которых поставлен диагноз.
3. Дайте характеристику возбудителя и объясните патогенез заболевания.
4. Укажите причину появления неврологических симптомов.
5. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза и решения вопросов терапии?
6. Специалистов, каких профилей необходимо привлечь для консультации в процессе лечения больного?
7. Проведите дифференциальный диагноз
8. Назначьте лечение. Каков прогноз заболевания?
9. Противоэпидемические мероприятия в детском саду.
10. Какие профилактические мероприятия предусмотрены для предупреждения данного заболевания?

### ЗАДАЧА 160

Мальчик, 4 лет, получил травму левой брови. Хирург обработал рану и наложил швы. Через сутки у ребенка поднялась температура тела до 38°C, появилась гиперемия и отечность тканей вокруг раны. Госпитализирован в хирургическое отделение. На следующий день у ребенка – температура 39°C, гиперемия и отечность тканей в области левого глаза и щеки. Из раны скудное отделяемое гнойного характера. На лице, туловище и конечностях мелкоточечная, розового цвета сыпь, с преимущественной локализацией на лице, шее и верхней части груди. Язык «сосочковый». Зев не гиперемирован. Пальпируются увеличенные до 1 см. в диаметре переднешейный и околоушный лимфоузлы слева. Катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей нет. Дыхание везикулярное.

Пульс – до 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

Стул, диурез в норме. Очаговых и менингеальных симптомов нет.

**В общем анализе крови** : НВ –120 г/л , эр. –  $3,5 \times 10^{12}$  л ; л-  $20,0 \times 10^9$  /л, п/я- 10%, с/я-60%, л-27%; м-3%, СОЭ – 25 мм/ч.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. На основании, каких симптомов поставлен диагноз.
3. Характеристика возбудителя.
4. Перечислите заболевания, вызываемые данным микроорганизмом.
5. Патогенез заболевания.
6. Какие лабораторные исследования подтвердят диагноз?
7. С какими инфекционными заболеваниями будете проводить дифференциальный диагноз?
8. Назначьте общее и местное лечение.
9. В каком отделении должен лечиться ребенок.
10. Противоэпидемические мероприятия

#### ЗАДАЧА 161

Девочка, 11 лет, заболела остро: температура тела  $39^{\circ}$  С, головная боль, слабость, снижение аппетита, мышечные боли. На 5-й день болезни температура тела  $37,3-37,5^{\circ}$  С, отмечалось увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов. В последующие дни сохранялась субфебрильная температура, снижение аппетита, слабость, головная боль, боли в животе.

Была госпитализирована на 12-ый день болезни с диагнозом «лимфогранулематоз?»

В доме есть кошка, с которой девочка часто играет.

При поступлении состояние средней тяжести, субфебрилитет, отказ от еды, вялость. Кожные покровы бледные, периорбитальный цианоз, тургор тканей снижен. Увеличены все группы лимфоузлов до 0,5-1,0 см в диаметре, уплотненные, болезненные; шейные, до 1,5 см в диаметре, плотные. Тоны сердца средней звучности, пульс 108 в мин; в легких везикулярное дыхание. Гипертрофия небных миндалин II степени, без воспалительных явлений. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 2-3 см, селезенка – на 1см. Стул, диурез не изменены. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики нет. Осмотр окулиста: явления ретинита.

Температура нормализовалась на 19 день болезни, лимфаденопатия отмечалась в течение 1,5 мес.

**Клинический анализ крови**: Нв-110 г/л, эр-  $3,2 \times 10^{12}$  /л, л-  $5,6 \times 10^9$  /л, пал –5%, с – 38%, э –6, л.- 44%, м – 7%, СОЭ –23 мм/час.

**Анализ мочи**: цвет-с/ж.; прозрачность-полная, относительная плотность-1021, белок – 0,033 г/л, сахар нет, лейкоциты- 3-5 в п/зр., эр. ед. в п/з.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите симптомы характерные для этого заболевания.
3. Какие дополнительные исследования позволят подтвердить диагноз?
4. Дайте характеристику возбудителя.
5. Предполагаемый источник инфекции.
6. Объясните патогенез гепато-лиенального синдрома.
7. Проведите дифференциальный диагноз со схожими инфекционными заболеваниями?
8. Перечислите возможные исходы заболевания.
9. Назначьте этиотропное лечение.

## 10. Профилактические мероприятия.

### ЗАДАЧА 162

Девочка, 5 лет, заболела остро, повысилась температура тела до 39°C, появились боли при глотании. Участковый врач диагностировал лакунарную ангину, назначил феноксиметилпенициллин, панadol. Эффекта от проводимой терапии не было. В течение недели сохранялась высокая температура, наложения на миндалины, появилась припухлость в области шеи с обеих сторон.

Госпитализирована с диагнозом: дифтерия ротоглотки?

Профилактические прививки проводились в соответствии с календарем прививок.

При поступлении состояние тяжелое, температура 40°C, Лицо одутловатое, носом не дышит, голос с гнусавым оттенком, склеры субиктеричны. В области шеи с обеих сторон, больше слева, видны на глаз увеличенные заднешейные и переднешейные лимфоузлы, с некоторой отечностью тканей вокруг них.

Размеры других лимфоузлов (подмышечных, паховых) диаметром до 1 см.

В ротоглотке яркая разлитая гиперемия, на небных миндалинах сплошные наложения беловато-желтого цвета. Язык густо обложен белым налетом. Дыхание везикулярное. Тахикардия, сердечные тоны звучные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка выступают из подреберья на 3 см.

**В общем анализе крови** : Нв-130 г/л, эр- $3,8 \times 10^{12}$ /л, ЦП-0,89, Л- $16,0 \times 10^9$ /л, п/я- 6%, с/я-13%, эоз-1, л-40%, м-15%, атипичные мононуклеары –25%, СОЭ-20 мм/час.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. На основании, каких симптомов поставлен диагноз
3. Характеристика возбудителей.
4. Патогенез заболевания.
5. Оцените клинический анализ крови.
6. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному.
7. Какие изменения, могут быть выявлены при осмотре оториноларингологом?
8. Проведите дифференциальный диагноз со схожими по клинике инфекционными заболеваниями.
9. Назначьте лечение.
10. Возможные варианты течения заболевания.

### ЗАДАЧА 163

Ребенок 2 г. 5 мес., посещает дет/сад, заболел остро, температура тела 39°C, рвота, жаловался на головную боль. На второй день мальчик потерял сознание, появились судороги, пена у рта. Доставлен в больницу машиной «скорой помощи» с направляющим диагнозом ОРВИ, эпилепсия?

Состояние очень тяжелое, кожа серого цвета, акроцианоз. На коже живота, груди, конечностей геморрагическая сыпь различной величины и формы. Ребенок сонлив. Температура тела 39°C. Артериальное давление –80/40 мм.рт.ст. В легких жесткое дыхание. Тоны сердца аритмичные, тенденция к брадикардии. Живот мягкий, печень +1см.

Через 2 часа состояние ухудшилось. Лежит в вынужденной позе с запрокинутой головой, стонет, увеличилось количество геморрагических элементов на коже, некоторые из них с некрозом в центре. Многократная рвота. Пульс частый, слабый. Зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая.

**В клиническом анализе крови** Нв-104 г/л, эр-  $3,6 \times 10^{12}$  /л, тромбоциты-  $185 \times 10^9$ /л, лейкоц-  $17,0 \times 10^9$ /л, миел – 1%, метамиел –1%, пал –27%, сегм –51%, эоз –2%, лимф.- 10%, м – 8%, СОЭ –25 мм/час.



**Ликворограмма:** цвет – мутный, опалесцирует, цитоз – 1003/3, белок- 0,420 г/л, лимфоциты – 15%, нейтрофилы – 85%.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие симптомы заболевания могут быть выявлены при осмотре?
3. Каких специалистов следует пригласить на консультацию?
4. Перечислите возможные клинические формы данной инфекции.
5. Объясните патогенез токсического синдрома.
6. Какие лабораторные исследования могут подтвердить клинический диагноз?
7. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены на догоспитальном и госпитальном этапах?
8. Возможный прогноз.
9. Противоэпидемические мероприятия в очаге.
10. Существует ли специфическая профилактика данного заболевания?

#### **ЗАДАЧА 164**

Девочка, 4 лет, посещает детский сад. Заболела остро: температура тела 37,5°C, жалобы на боли в горле при глотании. Участковый врач диагностировал ангину, назначил посев слизи из зева и носа на ВЛ.

В последующем состояние не ухудшалось, но наложения на миндалинах сохранялись в виде белых островков в течении недели на поверхности обеих миндалин, температура тела снизилась до нормальных цифр.

Из зева выделена культура коринебактерий дифтерии *gravis*, токсигенная.

Девочка привита против дифтерии 2-хкратно:

В 3 мес. АКДС-вакциной, в 5 мес.-АДС-М анатоксином.

**В общем анализе крови:** Нв-136 г/л; Эр-4,5x10<sup>12</sup>/л; ; Лейк.- 9,6x10<sup>9</sup> /л; п/я-4%; с/я-65%; баз.-1%; лимф.-18%; мон.-12%; СОЭ-16 мм/час.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте характеристику возбудителя.
3. Объясните патогенез заболевания.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Подтверждает ли результат бактериологического исследования данный диагноз?
6. Обязательна ли госпитализация больного ребенка?
7. Какими препаратами следует проводить вакцинацию?
8. Оценить проведенную иммунизацию ребенка.
9. Назначьте лечение.
10. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в семье и группе детского сада?

#### **ЗАДАЧА 165**

Мальчик, 5 месяцев, поступил в стационар на 2-й день болезни с направляющим диагнозом: краснуха.

Заболел остро: температура тела 38°C, насморк. Затем состояние ухудшилось, на теле появились высыпания темно-багрового цвета.

При поступлении состояние крайне тяжелое. Ребенок вял, адинамичен, зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая. Кожа серого цвета. По всей поверхности множественные, различной величины и формы темно-багровые участки геморрагической сыпи некоторые элементы с некрозом в центре. В легких жестковатое дыхание, хрипов нет.

Тоны сердца глухие. Артериальное давление не определяется. Живот умеренно вздут. Не мочится. Печень +1см.

Данные дополнительных исследований:

**Осмотр окулиста**- расширение вен сетчатки, кровоизлияния на глазном дне.

**В клиническом анализе крови** – Нв- 109 г/л; эр- $3,6 \times 10^{12}$ /л; лейк.-  $17,2 \times 10^9$ /л; пал-17%; сегм.-53%; э-2%; лимф-25%; м-3%; СОЭ-35 мм/ч; тромбоциты- $137 \times 10^9$  /л.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести?
3. Дайте характеристику возбудителя.
4. Объясните патогенез данного заболевания.
5. Чем обусловлена тяжесть заболевания в данном случае?
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Консультация каких специалистов потребуется для уточнения диагноза и определения тактики лечения в стационаре?
8. Назначьте лечение.
9. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести по месту проживания ребенка?
10. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания?

#### ЗАДАЧА 166

Мальчик 1 года 7 мес., заболел остро, температура тела  $37,3^{\circ}\text{C}$ , появилась осиплость голоса, покашливал. На третий день кашель сохранялся, но стал менее звучным, присоединилась инспираторная одышка, в связи с чем ребенок был госпитализирован с диагнозом: ОРВИ, обструктивный ларингит, стеноз гортани II- ст.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок в 3 мес. возрасте перенес коклюш в тяжелой форме, после чего наблюдается невропатологом по поводу энцефалопатии. Имел отвод от профилактических прививок.

При поступлении состояние ребенка тяжелое, выражена инспираторная одышка, кашель беззвучный. Кожные покровы и слизистые полости рта чистые, цианоз носогубного треугольника. При вдохе отмечаются умеренные втяжения межреберных промежутков, эпигастрия

Миндалины без наложений. В легких жестковатое дыхание, хрипов не слышно. Сердце – тоны несколько приглушены, тахикардия. Живот мягкий, безболезненный, печень +1,0 см. Менингеальных знаков нет. Сознание ясное.

Через 30 минут отмечено резкое беспокойство ребенка, дыхание стало более затрудненным, появились потливость волосистой части головы, парадоксальный пульс.

Ребенок переведен в реанимационное отделение, где произведена прямая ларингоскопия:-на голосовых связках и в подсвязочном пространстве обнаружены пленки серовато-белого цвета.

**КОС**- рН-7,26, рСО<sub>2</sub>– 48,5 мм.рт.ст., ВЕ - 10,22 ммоль/л, рО<sub>2</sub> – 55,3 мм.рт.ст.

**В общем анализе крови:** Нв-153 г/л; эр- $5,1 \times 10^{12}$ /л; цв.пок.-1,0; лейк.-  $9,6 \times 10^9$  /л; п/я-6%; с/я-70%; баз.-1%; лимф.-18%; мон.-5%; СОЭ-25 мм/час.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Характеристика возбудителя.
3. Объясните патогенез заболевания.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Назначьте обследование.
6. Консультация, каких специалистов потребуется для дальнейшего лечения?

7. Назначьте лечение.
8. Какие осложнения возможны при данном заболевании?
9. При каких условиях ребенок может быть выписан из стационара?
10. Какими препаратами проводится вакцинопрофилактика данного заболевания?

### ЗАДАЧА 167

Мальчик 5 лет, заболел накануне вечером: повысилась температура тела до 38,5°C; на следующий день утром мать заметила сыпь на лице, туловище, конечностях.

При осмотре участковым врачом отмечены: температура тела 37,8°C, увеличение заднешейных, заушных и затылочных лимфоузлов, которые были уплотнены и болезненны при пальпации. Сыпь розовая, мелкая, пятнисто-папулезная на всем теле.

При осмотре ротоглотки выявлялась энантема в виде красных пятен на небе и небных дужках. Отмечались также конъюнктивит и редкий кашель. В легких хрипов нет. Тоны сердца отчетливые. Живот мягкий безболезненный печень, селезенка не увеличены.

**В общем анализе крови** Нв-128 г/л; эр-3,5x10<sup>12</sup>/л, лейкоциты-4,2x10<sup>9</sup> /л, п/я-1%, с/я-32%, эоз-2%, л/54%, м-3%, плазматических клеток-8%, СОЭ-12 мм/ч.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Характеристика возбудителя заболевания.
3. На основании каких типичных симптомов поставлен диагноз?
4. Какие исследования необходимо провести для уточнения этиологии заболевания?
5. Назовите форму тяжести болезни.
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Какие осложнения возможны при данном заболевании?
8. Назначьте лечение.
9. Каковы прогноз и меры профилактики, если мать ребенка находится на 12 неделе беременности?
10. Вакцинопрофилактика заболевания.

### ЗАДАЧА 168

Мальчик, 13 лет, воспитанник интерната заболел остро с подъема температуры тела до 39,0°C. Жаловался на общую слабость, головную боль, головокружение, плохой аппетит, тошноту, рвоту 1-2 раза в сутки, боли в правой подвздошной области, сыпь на теле.

При поступлении на 3-й день болезни состояние расценено как среднетяжелое. Вялый.

При осмотре определялись одутловатость и гиперемия лица, гиперемия тыльных поверхностей кистей и стоп, субиктеричность склер. Слизистые полости рта отечные. Язык густо обложен белым налетом, края очищены, малинового цвета с выраженными сосочками. В зеве гиперемирован. На коже внизу живота и в подмышечных областях видна мелкоточечная сыпь – розового цвета. В легких и сердце без отклонений. Живот умеренно вздут. При пальпации определяется умеренная болезненность и урчание в правой подвздошной области. Печень плотноватая, пальпируется на 2,0 см. ниже реберной дуги. Селезенка не увеличена. Цвет мочи в течение пяти дней был насыщенным, цвет кала не менялся.

**В биохимическом анализе крови** уровень общего билирубина – 38 мкмоль/л, конъюгированного – 18 мкмоль/л, активность АЛАТ - 66 ЕД./л.

**Маркеры вирусных гепатитов** не обнаружены.

В клиническом анализе крови гемоглобин –140 г/л; эр-4,2x10<sup>12</sup> /л; цп-1,0; лейкоциты-9,5x10<sup>9</sup> /л.; э-7%; п-я-8%; с-я-53%; л-29%; м-3%; СОЭ- 32 мм/час.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. На основании, каких симптомов Вы диагностировали данное заболевание?
3. Укажите возможный источник инфицирования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Какие лабораторные исследования позволят уточнить этиологию заболевания?
6. Каков патогенез сыпи при данном заболевании?
7. Чем обусловлен абдоминальный синдром?
8. Оцените показатели лабораторных данных.
9. Какие осложнения возможны при данном заболевании?
10. Назначьте лечение.

### ЗАДАЧА 169

Мальчик, 6 мес., поступил в клинику на 5 день болезни, 2 день желтухи. Ребенок от 1 беременности, протекавшей с токсокозом первой половины, срочных родов. Масса тела при рождении 3400,0 г. Два месяца назад находился на стационарном лечении по поводу пневмонии. Получал инфузионную терапию.

Настоящее заболевание началось с подъема температуры до субфебрильных цифр, стал вялым, срыгивал, была однократная рвота. На 4 день от начала болезни появилась желтуха состояние ухудшилось: повторная рвота, на лице, ягодицах - единичные геморрагические высыпания. Госпитализирован.

При поступлении состояние больного очень тяжелое: желтуха кожи и склер, резкая вялость с периодическим беспокойством, аппетит снижен, рвота «кофейной гущей». Число дыханий-50 в 1 минуту, пульс 140 в минуту. Живот вздут. Печень пальпировалась на 3 см. ниже края реберной дуги.

Состояние больного продолжало ухудшаться. На третий день пребывания в клинике (7 день болезни, 4 день желтухи) потерял сознание, не глотает, монотонный крик, тонические судороги, на коже геморрагические высыпания, кровоточивость в местах инъекций. Атония мышц. Арефлексия. Размеры печени сократились. На фоне нарастания дыхательной и сердечной недостаточности ребенок умер.

**В биохимическом анализе крови** билирубин общий- 202,6 мкмоль/л, конъюгированный- 106 ммоль/л, АлАТ- 316 ЕД/л. АсАТ – 380 ЕД/л, тимоловая проба- 10 ед. сулемовая проба- 1,5 ед. , бета-липопротеиды-10,0 ед., протромбиновый индекс –15%

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Перечислите ведущие симптомы данной формы болезни.
3. Назовите возможные причины инфицирования.
4. Оцените приведенные данные биохимического анализа крови.
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Какие серологические маркеры подтвердят диагноз?
7. Что является главным в патогенезе этой формы болезни?
8. Назначьте лечение.
9. Какие морфологические изменения в органах будут обнаружены при вскрытии?
10. Как можно предупредить данное заболевание?

### ЗАДАЧА 170

Девочка, 6 лет, заболела остро: пожаловалась на недомогание, боли в животе, снижение аппетита. Температура тела 38,5°С в течение 2-х дней. Незначительная гиперемия небных дужек. Диагноз участкового врача – ОРВИ. На 3-й день потемнела моча. На 5-й день болезни заметили желтушность склер и кожи. Ребенок был госпитализирован.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести: вялая, аппетит снижен, жалобы на тошноту и боли в животе. Склеры и кожные покровы умеренно иктеричны. Слизистая оболочка ротоглотки влажная с желтушным окрашиванием. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье и в эпигастрии. Печень выступает из подреберья на 2,5-2,5 - в/3, плотноватой консистенции, чувствительная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Моча темная. В последующие 4 дня отмечалось улучшение самочувствия, уменьшение желтухи, моча преобрела нормальный цвет, улучшился аппетит, состояние расценивалось как удовлетворительное.

**В биохимическом анализе крови** билирубин общий-133 кмоль/л., конъюгированный- 90 мкмоль/л., АлАТ-2300 ЕД/л, АсАТ-1850 ЕД/л., тимоловая проба-22 ед.

**Данные ультразвукового исследования органов брюшной полости:** печень нормальной эхогенности, увеличена, желчный пузырь с деформацией в области шейки; селезенка, почки, поджелудочная железа без патологии.

**В клиническом анализе крови** Нв-130 г/л, эритроциты-  $4 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты-  $6,8 \times 10^9$ /л, п/яд.-4%, с/яд.-47%, э.-1%, лимф-38%, моноц.- 10% , СОЭ – 10мм/ч.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие изменения в биохимическом и серологическом анализе крови подтверждают диагноз?
3. Оцените данные УЗИ органов брюшной полости.
4. Объясните причину «темного» цвета мочи.
5. Назовите диагностические маркеры, подтверждающие диагноз заболевания?
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Назначьте лечение.
8. Проведите противоэпидемические мероприятия в детском саду.
9. Будете ли проводить наблюдение в катамнезе?
10. Предполагаемый прогноз болезни.

#### **ЗАДАЧА 171**

Девочка 4 лет, поступила в клинику из дома ребенка с жалобами на вялость, сниженный аппетит, боли в животе. При поступлении определялась иктеричность склер, легкая иктеричность кожи. В легких и сердце без отклонений. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации без четкой локализации. Печень плотноватая, пальпировалась на 1,5-2,0 см. ниже реберной дуги. Селезенка не увеличена. Цвет мочи в течение пяти дней был насыщенным, цвет кала не менялся.

**В биохимическом анализе крови** уровень общего билирубина 68 мкмоль/л конъюгированного-60 мкмоль/л, активность АлАТ-880 ЕД/л, АсАТ-600 ЕД/л

**В клиническом анализе крови** Нв-120 г/л; эр- $3,8 \times 10^{12}$ /л.; ЦП-0,9; лейкоциты-  $5,0 \times 10^9$  /л.; э-2%; п-я-3%; с-я-53%; л-40%; м-2%; СОЭ-10 мм/час.

**В моче:** обнаружены уробилин и желчные пигменты.

**Серологические вирусные маркеры:** анти – HCV (+). HBsAg (-), анти – HAV IgM (-).

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Какие изменения в биохимическом и серологическом анализах крови подтверждают диагноз?
4. Назовите необходимые дополнительные исследования.

5. Объясните причину «насыщенного» цвета мочи.
6. Назначьте лечение.
7. Предполагаемый источник и путь инфицирования.
8. Противоэпидемические мероприятия в доме ребенка.
9. Назовите возможные варианты исхода этой болезни.
10. Принципы катamnестического наблюдения за больной

### ЗАДАЧА 172

Девочка, 9 лет родилась от здоровых родителей, В возрасте 1г. 3 мес. перенесла острое респираторное заболевание, осложнившееся пневмонией.

Лечилась в стационаре, получала переливания плазмы. В возрасте 5 лет при обследовании по контакту (случай вирусного гепатита в детском саду) в сыворотке крови обнаружено повышение АлАТ и НВsAg. Поставлен диагноз: гепатит В, безжелтушная форма. В дальнейшем наблюдалась по катamnезу. Через год активность гепатоцеллюлярных ферментов нормализовалась, однако сохранялась присутствие НВsAg.

За 3 месяца до поступления в клинику лечилась у стоматолога. За 2 недели до поступления в клинику у девочки ухудшилось самочувствие, стала быстро уставать, отмечалось повышение температуры тела до 37,5°C, потемнела моча. При поступлении состояние средней тяжести, умеренная иктеричность кожи и склер, единичные телеангиэктазии на коже лица и шеи. В легких и сердце- без патологии. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье, Печень плотная, выступает из-под реберной дуги на 4 см., селезенка ниже реберной дуги на 2 см. Моча темная.

**В биохимическом анализе крови** билирубин общий 65 мкмоль/л, конъюгированный - 50 мкмоль/л, АлАТ- 1300 ЕД/л, АсАТ- 1200 Ед/л, тимоловая проба 15 ед. альбумин- 55%, гамма-глобулины -23%.

**Серологические маркеры вирусных гепатитов** НвsAg+, anti- НВcore общ+, anti- НВe+ anti- HDV+, anti HCV-, anti- HAV IgM-,

**УЗИ:** ткань печени с диффузными участками повышенной эхогенности в 1,5-2 раза. Желчный пузырь S –образный формы с плотными стенками.

Поджелудочная железа нормальных размеров. Эхогенность неоднородна.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. На основании, каких данных поставлен диагноз?
3. Объясните причину ухудшения состояния и появления желтухи у больного.
4. Оцените результаты лабораторного обследования и УЗИ.
5. Каковы возможные пути инфицирования?
6. Объясните причину «потемнения» мочи.
7. Назначьте лечение.
8. Каков прогноз заболевания?
9. Проведите профилактические мероприятия в семье.
10. Проводится ли вакцинопрофилактика данного заболевания?

### ЗАДАЧА 173

Девочка 3 мес. Родилась недоношенной массой тела 2400,0, на искусственном вскармливании с 2-х месяцев. В возрасте 3 мес. однократно вакцинирована: АКДС+ОПВ.

Заболела через 2 недели после вакцинации с подъема температуры до 37, 8°C, была однократная рвота, стала беспокойной, жидкий стул до 4 раз в день.

Госпитализирована с диагнозом ОРВИ.

При поступлении вялая, сонливая, временами беспокойна. Отмечается резкая потливость. При перемене положения в кровати кричит, резкое снижение двигательной активности.

Объективно: выраженная гипотония мышц ног, ослабление сухожильных рефлексов на руках и отсутствие рефлексов на ногах. Болевая и тактильная чувствительность сохранены.

В легких хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные слегка приглушены.

Живот мягкий, болезненность при пальпации кишечника. Печень на 2 см из-под реберного края, селезенка не увеличена. Отмечалась непродолжительная задержка мочеиспускания.

Впоследствии активные движения правой ноги восстановились неполностью.

**Клинический анализ крови:**

Нб-120 г/л, эр-  $3,5 \times 10^{12}$  /л, цп-0,87, л- $10,2 \times 10^9$  /л, п-3%, с- 42%, эоз-3%, л-45% , мон 7%, СОЭ-15 мм/час.

**Анализ мочи:** уд. вес 1018, глюкоза – нет, белок- следы, лейкоц.- 2-3 в п/з, эр- отсут.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Какова этиология заболевания?
3. Перечислите специфические для данного заболевания симптомы.
4. Какие лабораторные исследования позволят уточнить диагноз?
5. Нуждается ли ребенок в консультации специалиста?
6. Каков патогенез двигательных нарушений при данном заболевании?
7. Какие факторы способствовали развитию заболевания у данного ребенка?
8. Назначьте лечение.
9. Каков прогноз заболевания?
10. Специфическая профилактика данного заболевания.

### ЗАДАЧА 174

Мальчик 5 лет, поступил в стационар с направляющим диагнозом: Гепатит А, безжелтушная форма.

В группе детского сада, которую посещает мальчик, неделю назад был госпитализирован в стационар воспитатель с диагнозом гепатит. При обследовании по контакту у ребенка было выявлено увеличение печени (печень выступала из-под края реберной дуги на 2 см.), в биохимическом анализе крови отмечено повышение активности АЛАТ до 200 Ед/л. Самочувствие ребенка не страдало, желтухи не отмечалось. Из анамнеза: в периоде новорожденности лечился в стационаре по поводу пневмонии (получал инфузионную терапию). Рос и развивался нормально.

При осмотре температура тела 36,6°C. Кожные покровы обычной окраски, на щеках явления капиллярита, в легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Печень уплотнена, безболезненна, край ее выступает из-под реберной дуги на 2 см. Отмечается болезненность при пальпации в области проекции желчного пузыря. Пальпируется край селезенки.

**В биохимическом анализе крови:** белок общий-70 г/л, альбумины - 36 г/л, глобулины-34 г/л, билирубин общий- 17мкмоль/л, конъюгированный- 10 мкмоль/л, АЛАТ-140 ЕД/л, АсАТ –180 ЕД/л, Тимолова проба –5 ед.

**Сывороточные вирусные маркеры** anti- HAV IgM(-), HBsAg(+).

**УЗИ органов брюшной полости:** ткань печени повышенной эхогенности за счет мелкоочаговых и среднеочаговых структур с амплитудой сигнала до  $1/2$  от max. Стенки желчного пузыря утолщены, в полости желчного пузыря осадок, отмечается перетяжка в области тела. Поджелудочная железа без патологии. Почки не изменены.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Оцените данные биохимического и серологического анализа крови.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Оцените результаты УЗИ органов брюшной полости.
5. Какие морфологические изменения при пункционной биопсии печени будут соответствовать диагнозу?
6. В чем ошибочность первичного диагноза?
7. Какие характерные симптомы данной болезни помогут Вам поставить правильный диагноз?
8. Назначьте лечение.
9. Определите прогноз заболевания.
10. Проведите профилактические мероприятия в семье и детском учреждении.

### ЗАДАЧА 175

Девочка М., 2-х мес., от нормально протекавшей беременности и родов. Массой тела при рождении 3200 г.

Поступила в стационар на 4-й день болезни в тяжелом состоянии. Масса тела 4200 г. Заболевания началось с учащения стула до 5 раз/сутки (жидкий, водянистый, желтовато-оранжевого цвета с примесью небольшого количества слизи и зелени). На 2-й день болезни повысилась температура тела до 37,5°C, была 2-х кратная рвота и срыгивания, стул оставался жидким с патологическими примесями до 6 раз/сут. На 3-4-й день продолжала лихорадить (37,6-38,2°C), рвота и срыгивания (3-4 раза/сутки) оставались, стул участился до 10-15 раз/сут. Девочка стала беспокойной, отказывалась от груди, плохо пила воду.

При поступлении в стационар кожа умеренной влажности, бледная с мраморным рисунком, акроцианоз, кожная складка расправляется медленно. Большой родничок западает. Сухость слизистой полости рта, язык обложен. Частота дыхания 35 в минуту. Тоны сердца приглушены. Живот резко вздут газами. При пальпации - урчание во всех отделах. Печень и селезенка у края реберной дуги. Диурез снижен. Менингеальных симптомов нет, сухожильные рефлексы снижены.

**Анализ крови:** Нв-111г/л, эритроциты -  $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты- $8,0 \times 10^9$ /л, п/я 5%, сегм.-53%, эоз.-3%, лимф.-33%, м.-6%, СОЭ 16 мм/час.

**Копрограмма:** консистенция кала - жидкий, реакция - кислая, слизь – не большое кол-во, стеркобилин (+), билирубин (+), мышечные волокна (-), нейтральный жир (-), жирные кислоты (-), мыла (-), крахмал внутриклеточный (+++), внеклеточный (+++), йодофильная флора (+++), лейкоциты (-), эритроциты (-), яйца глист (-), дрожжевые грибы (+).

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный клинический диагноз с указанием синдрома, определяющего тяжесть заболевания?
2. Какие результаты лабораторных исследований позволяют подтвердить этиологию заболевания?
3. Назовите возможный источник инфекции и путь заражения.
4. Проведите расчет питания на день поступления в стационар.
5. Проведите расчет жидкости для проведения регидратационной терапии.
6. Какие лекарственные препараты целесообразно использовать в данном случае для проведения этиотропной и патогенетической терапии (дозы и схема лечения)?
7. Консультативная помощь каких специалистов вам потребуется?
8. Каковы возможные исходы заболевания?
9. Показания для выписки больного из стационара.
10. Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.



### ЗАДАЧА 176

Мальчик 4-х лет, посещает детский сад, где одновременно заболело несколько детей с однотипной клинической симптоматикой.

Заболевание у мальчика началось остро: повысилась температура тела до 40,5°C, отмечалась повторная рвота, головная боль и кратковременные судороги клонического характера. Затем появились боли в левой подвздошной области и жидкий стул с примесью слизи, зелени и прожилками крови. Боли в животе носили постоянный характер, но усиливались перед актом дефекации.

Ребенок госпитализирован через 4 часа от начала заболевания. При поступлении состояние тяжелое, температура тела 40,2°C. В сознании, на вопросы отвечает неохотно. Жалуется на головную боль. Отмечается ригидность затылочных мышц, синдром Кернига сомнительный. Кожа бледная, сыпи нет. Язык густо обложен белым налетом, суховат. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ясные. Пульс 120 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Живот мягкий, втянут, сигмовидная кишка спазмированная, болезненная при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает на 0,5 см. из-под реберного края, селезенка не увеличена. Анус податлив, явления сфинктерита. Стул скудный, с большим количеством мутной слизи, зелени и прожилками крови до 8 раз от начала заболевания. Диурез снижен.

**Анализ крови:** Нв -150 г/л; эритроциты -  $4,0 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты -  $9,6 \times 10^9$  /л; п/я. - 12%; с/я. -60%; эоз.-2%; лимф.- 20%; мон.- 6%; СОЭ-12 мм/час.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный клинический диагноз с указанием ведущего синдрома, определяющего тяжесть состояния больного.
2. Объясните патогенез возникновения неврологических симптомов.
3. Предполагаемая этиология заболевания.
4. Какие результаты дополнительных исследований могут подтвердить диагноз?
5. Возможный источник и путь заражения.
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Какие исследования необходимо провести дополнительно?
8. Назначьте лечение.
9. Когда больной может быть выписан из стационара и допущен в детский коллектив?
10. Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

### ЗАДАЧА 177

Мальчик 10 лет, вернулся из 2-х дневного похода за город. Питался консервами, ел копченое мясо, рыбу, купался в озере. Перед возвращением почувствовал слабость, боли в животе, была однократная рвота. Затем состояние продолжало ухудшаться: прогрессировала мышечная слабость, быстрая утомляемость, сухость во рту, жажда. Жаловался на ощущение тяжести и распирания в эпигастрии, головную боль, головокружение. Температура тела не повышалась.

Госпитализирован на 2-ой день болезни. При поступлении состояние тяжелое. Одышка, усиливающаяся при нагрузке. Кашель сухой, першение в горле. Голос хриплый. Ухудшилось зрение: («туман» перед глазами, двоение предметов). Кожа обычной окраски. Слизистая полости рта чистая, небная занавеска слегка провисает. Язык обложен, сухой. Лимфатические узлы не увеличены. В легких хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Край печени и селезенки пропальпировать не удается из-за вздутия живота. Стула не было.

**Анализ крови:** Нв -134 г/л; эритроциты -  $4,06 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты -  $9,0 \times 10^9$  /л; п/я. -2%; с/я. -40%; эоз. -2%; лимф. 50%; мон.- 6%; СОЭ-6 мм/час.

**Анализ мочи** - без патологии.

### ЗАДАНИЕ:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Какие данные анамнеза и клинические симптомы явились основанием в установлении диагноза у этого больного?
3. Какие дополнительные симптомы, характерные для этого заболевания, могут быть выявлены при осмотре больного?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Какие результаты дополнительных лабораторных исследований могут окончательно подтвердить диагноз?
6. Назовите возможный источник инфекции и путь заражения.
7. Консультативная помощь каких специалистов Вам потребуется?
8. Назначьте лечение.
9. Какие условия следует соблюдать при проведении специфической терапии?
10. Возможный исход болезни?

### ЗАДАЧА 178

Девочка 12 лет. Заболела остро, повысилась температура тела до 38,6° С, появилась боль в горле при глотании. На 2-й день болезни осмотрена участковым врачом, который госпитализировал ребенка с диагнозом: перинтозиллярный абсцесс.

Из анамнеза жизни известно, что девочка родилась из двойни, недоношенной на 7 месяце беременности с массой 1.300 гр. Имела отвод от профилактических прививок до 1 года. После 1 года привита двукратно против дифтерии АДС-М анатоксином. В последующем имела отвод в связи с тем, что был диагностирован эписиндром.

При поступлении состояние девочки тяжелое, вялая, бледная, адинамична. Голос сдавленный. Из рта приторно сладковатый запах. Кожные покровы чистые. Отмечается отек клетчатки шеи до II шейной складки с обеих сторон. Зев резко отечен, миндалины смыкаются по средней линии, отек распространяется на дужки мягкое небо. На миндалинах с обеих сторон сероватые плотные налеты, распространяющиеся на заднюю стенку глотки. Тоны сердца приглушены. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Мало мочится.

**В общем анализе крови:** Нв-130 г/л; эр-3,5x10<sup>12</sup>/л; лейкоц.- 15,0x10<sup>9</sup> /л; п-8%; с/я-58%; л.-27%; м.-7%; СОЭ-25 мм/час.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Чем обусловлена плотность налетов в ротоглотке?
3. Каков патогенез развития отека в области ротоглотки и шейной клетчатки?
4. Каковы причины снижения диуреза у больной?
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Какие лабораторные исследования Вы назначите для уточнения этиологии заболевания?
7. Оцените результаты анализа периферической крови.
8. Какие инструментальные исследования показаны у больной?
9. Назначьте лечение.
10. Какие профилактические меры необходимы в данном случае заболевания?

### ЗАДАЧА 179

Мальчик, 12 лет, отдыхал с родителями в Индии. Заболел через 2 дня после возвращения: отмечался подъем температуры тела до 37,5°С, вялость, адинамия. Стул жидкий, поначалу каловый, а затем обильный водянистый без патологических примесей типа «рисового отвара», каждые 2-3 часа. Затем появилась повторная рвота.

Через 12 часов от начала заболевания ребенок был госпитализирован в тяжелом состоянии. Температура тела 35,7°C. Жалобы на резкую слабость, головокружение, выраженную жажду, повторную рвоту и боли в икроножных мышцах. При осмотре: ребенок заторможен, черты лица заострены, глаза запавшие, синева вокруг глаз. Руки и ноги холодные на ощупь. Кожа сухая бледная с мраморным рисунком, на животе собирается в складку. Язык сухой, обложен. Лимфатические узлы не увеличены. Дыхание 34 в минуту, жесткое, хрипы не выслушиваются. Пульс 140 ударов в минуту слабого наполнения, ритм правильный. Глухость сердечных тонов, систолический шум на верхушке. Живот втянут, мягкий безболезненный. Печень и селезенка у края реберной дуги. Стул жидкий, водянистый, мутно-белый с плавающими хлопьями, 8 раз от начала заболевания Диурез снижен. Менингеальных знаков нет, сухожильные рефлексы снижены.

**Анализ крови:** Нв- 150 г/л; эритроциты  $-5,0 \times 10^{12}/л$ ; лейкоциты -  $11 \times 10^9 /л$ ; п/я -8%; с/я - 71%; эоз.-2%; лимф.-12%; мон.-7%; СОЭ-25 мм/час.

**Анализ мочи:** относит, плотность – 1038; белок 0,06 г/л; глюкоза – нет; лейкоциты -5-6 в п/з; эритроциты, цилиндры - нет.

**Показатели КОС:** рН крови 7,24 (N=7,35-7,45);  $pCO_2$  30 мм. рт. ст.;  $PO_2$  70 мм. рт. ст.; BE = -12,0 ммоль/л; калий плазмы 2,8 ммоль/л; натрий - 125 ммоль/л.

### ЗАДАНИЕ:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Какие данные эпид. анамнеза могут явиться подтверждением предполагаемого диагноза? Почему?
3. Какие лабораторные исследования необходимо провести дополнительно для подтверждения диагноза и первоначальных лечебных мероприятий.
4. Объясните патогенез развития диарейного синдрома. К какому типу диарей относится это заболевание?
5. Основные противоэпидемические мероприятия, которые должен выполнить врач при выявлении такого больного на дому?
6. Определите степень и характер (вид) обезвоживания с учетом клинических и имеющихся лабораторных данных.
7. Проведите расчет жидкости для регидратационной терапии.
8. Консультативная помощь, каких специалистов Вам потребуется?
9. Показания для выписки из стационара?
10. Назовите основные причины неблагоприятного исхода этого заболевания у детей.

### ЗАДАЧА 180

Ребенок, 5 лет. Заболел остро: повысилась температура тела до 39,5°C, появилась рвота (3 раза), головная боль, затем жидкий стул (8 раз) и боли в животе, которые усиливались перед актом дефекации. Стул вначале жидкий обильный, затем скудный с большим количеством мутной слизи, зелени и прожилками крови. Через 12 часов от начала заболевания госпитализирован.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести, продолжает лихорадить (39,6°C), вялый, отказывается от еды, пьет неохотно. Жалуется на головную боль и боли в животе. Кожа бледная, «синева» под глазами. Язык густо обложен налетом, сухой. Дыхание везикулярное, хрипы не прослушиваются. Тоны сердца ясные, громкие, пульс 140 в минуту. Живот втянут, передняя брюшная стенка мягкая, атоничная. При пальпации отмечается болезненность в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненная, анус податлив. Стул скудный с большим количеством мутной слизи, зелени и прожилками крови.

На 2-й день болезни температура тела снизилась до 37,8°C, рвота прекратилась, схваткообразные боли в животе и жидкий стул с патологическими примесями (12 раз в сутки) остаются.

Мать ребенка работает поваром в детском саду, который посещает ребенок, здорова. Одновременно с ребенком в разных группах детского сада заболело еще несколько детей (температура, рвота и жидкий стул).

**Анализ крови:** Нв-125 г/л; эритроциты  $-4,2 \times 10^{12}/л$ ; лейкоциты-  $9,6 \times 10^9 /л$ ; п/я. - 9%; с/я. - 56%; эоз.- 4%; лимф.- 26%; мон.- 5%; СОЭ-28 мм/час.

### ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный клинический диагноз. Предполагаемая этиология этого заболевания?
2. Какие дополнительные исследования могли бы подтвердить этиологию болезни?
3. Определите тип диареи, объясните патогенез развития диарейного синдрома.
4. Назовите возможный источник заражения и путь инфицирования?
5. Какие лабораторные исследования подтвердят клинический диагноз?
6. Консультативная помощь, каких специалистов Вам потребуется?
7. Напишите диету ребенку на день поступления в стационар.
8. Назначьте этиотропную терапию.
9. Можно ли в качестве симптоматического средства в этом случае использовать имодиум (лоперамида гидрохлорид)?
10. Показания для выписки больного из стационара и допуска в детское учреждение.

### ЗАДАЧА 181

Девочка 1 года 8 месяцев. Заболела 18.02. в детском саду: повторная рвота, повышение температуры тела до  $38,6^{\circ}C$ , жидкий стул - водянистый с примесью слизи в виде плавающих хлопьев, обильный желто-зеленого цвета с резким кислым запахом и неперевавленными комочками пищи 8 раз/сутки.

При поступлении в стационар (2-й день болезни) состояние средней тяжести, температура тела  $37,8^{\circ}C$ , вялая, пьет неохотно, отказывается от еды. Кожа бледная, умеренной влажности с мраморным рисунком, тургор тканей снижен. Язык обложен белым налетом, сухой. Слизистая оболочка полости рта суховата, гиперемия небных дужек и задней стенки глотки. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке сердца, пульс-140 в минуту. Живот умеренно вздут, при пальпации безболезненный, урчит во всех отделах. Печень и селезенка пальпируются у края реберной дуги. За прошедшие сутки рвота была 5 раз, стул -12 раз. Позывы на дефекацию возникали внезапно, сопровождалась урчанием в животе, заканчивались отхождением газов и водянистого стула.

На 3-й день болезни состояние улучшилось, появился аппетит, прекратилась рвота, стул до 5 раз в сутки, кашицеобразный, без патологических примесей, нормализовалась температура тела.

За два дня до заболевания ребенка (16.02) у матери отмечался жидкий стул без патологических примесей до 3-х раз в сутки, тошнота, урчание в животе без повышения температуры тела.

**Анализ крови:** Нв-128 г/л; эритроциты  $-3,8 \times 10^{12}/л$ ; лейкоциты  $-9,0 \times 10^9 /л$ ; п/я. -2%; с/я. -40%; эоз. -2%; лимф. -50%; мон. -6%; СОЭ-8 мм/час.

**Анализ кала на кишечную группу:** отрицательный.

**РНГА с комплексным дизентерийным и сальмонеллезным антигенами** - отрицательная.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный клинический диагноз.
2. Объясните патогенез диарейного синдрома и тип диареи.
3. Проведите дифференциальную диагностику со сходными по клиническим проявлениям заболеваниями.
4. Какие результаты дополнительных исследований могут подтвердить предполагаемый диагноз?

5. Определите степень эксикоза и проведите расчет жидкости для регидратационной терапии.
6. Назначьте диету на день поступления больного в стационар.
7. Какие лекарственные препараты этиопатогенетического воздействия можно использовать при лечении этого заболевания?
8. Показания для выписки больного из стационара и допуска в детское учреждение.
9. Противоэпидемические мероприятия в очаге.
10. Состояние вопроса и перспективы иммунизации детей против этого заболевания на данном этапе исследований.

### ЗАДАЧА 182

Мальчик 8 мес., от 1-й нормально протекавшей беременности и родов. Масса тела при рождении 3500 г, длина 51 см., с 3-х мес. возраста на искусственном вскармливании. Рос и развивался нормально. В 6 мес. возрасте перенес ОРВИ + пневмония (лечился в стационаре).

Заболевание началось три дня назад: ухудшился аппетит, появилась вялость, срыгивания, температура тела повысилась до 37,4°C. На 2-й день болезни температура тела до 37,8°C, присоединилась рвота (2-3 раз/сутки) и жидкий стул (до 5-6 раз/сутки). На 3-й день состояние ухудшилось: появились адинамия, сонливость, отказ от еды, периодическое беспокойство. Стул участился до 12 раз - жидкий, обильный, водянистый с большим количеством мутной слизи и зелени, изменился запах - с резкого кислого на зловонный.

При поступлении в стационар (4-й д/б) состояние средней тяжести, вял, сонлив, пьет плохо, отказывается от еды, температура тела 38,4°C. Кожа сухая, бледная с мраморным рисунком, периоральный цианоз. Тургор тканей снижен. Язык - густо обложен налетом, сухой. Дыхание пуэрильное - 40 в минуту. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. Пульс 140 в минуту, ритм правильный. Живот умеренно вздут газами, при пальпации урчание и болезненность во всех отделах. Сигмовидная кишка не спазмирована, анус сомкнут. Печень и селезенка + 2 см. Стул жидкий обильный типа «болотной тины». Менингеальных симптомов нет, сухожильные рефлексy снижены. Накануне заболевания ел творог и кефир, хранившиеся в холодильнике три дня, свежеприготовленную манную кашу на молоке. В семье есть сестра 4-х лет, посещает детский сад, здорова.

**Анализ крови:** Нв-120 г/л; эритроциты -  $3,6 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты -  $12 \times 10^9$  /л; п/я. -6%; с/я. -62%; эоз. -0%; лимф. - 28%; мон. - 4%; СОЭ - 25 мм/час.

**Анализ мочи:** удельный вес - 1010, белок - 0,033 г/л, сахар - нет, ацетон (++) , лейкоциты - 3-5 в п/зр., эритроциты - нет.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный клинический диагноз.
2. Предполагаемая этиология, заболевания?
3. Назовите возможный источник и путь инфицирования
4. Объясните механизм развития диарейного синдрома.
5. Дайте оценку результатов проведенных лабораторных исследований.
6. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
7. Какие мероприятия должен провести врач скорой помощи?
8. Назначьте терапию.
9. Проведите расчет жидкости для регидратационной терапии.
10. Показания для выписки из стационара и противоэпидемические мероприятия в очаге.

### ЗАДАЧА 183

Мальчик 7 лет, поступил в стационар на 7-й день болезни. Заболевание началось остро с подъема температуры тела до 38,0°C, которая в течение 3-х дней повысилась до 39,5°C и сохраняется на фебрильных цифрах до настоящего времени. С начала заболевания мальчик жалуется на головную боль, слабость, снижение аппетита. С 5-го

дня болезни появился жидкий стул до 3-4 раз в сутки, без патологических примесей, типа «горохового» супа..

При поступлении в стационар температура тела 39,7°C, заторможен, сонлив, лицо бледное, одутловатое. Язык густо обложен грязно-серым налетом, по краям его видны отпечатки зубов. На коже живота единичные элементы розеолезной сыпи. Ладони и подошвы стоп с желтушным окрашиванием. Лимфатические узлы не увеличены. Дыхание жесткое, прослушиваются единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс 48 в минуту. АД 80/50 мм рт. ст. Живот вздут газами, при пальпации болезненный в правой подвздошной области, где отмечается урчание и притупление перкуторного звука. Печень + 2 см., селезенка +3 см ниже реберного края. Менингеальных симптомов нет.

За две недели до заболевания находился в деревне, где купался в пруду и пил воду из колодца. В семье двое детей: 5 лет (посещает детский сад) и 12 лет (школьник), здоровы.

**Анализ крови:** Нв-130 г/л; эритроциты  $-4,0 \times 10^{12}/л$ ; лейкоциты  $-6,0 \times 10^9 /л$ ; п/я. -8%; с/я. -53%; эоз. -0%; лимф. -32%; мон. -7%; СОЭ-22 мм/час.

**РНГА с комплексным дизентерийным диагностикумом** - отрицательная.

**РНГА с комплексным сальмонеллезным диагностикумом** -1:800.

**Анализ кала на кишечную группу** – патогенные бактерии семейства кишечных не обнаружены.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. О каком заболевании следует думать?
2. Перечислите симптомы, характерные для данного заболевания.
3. Дайте оценку проведенных лабораторных исследований.
4. Какие результаты дополнительных исследований могут подтвердить предполагаемый диагноз?
5. Возможный источник и путь инфицирования?
6. Какова продолжительность строгого постельного режима и показания для расширения диеты?
7. Назначьте этиотропную терапию (режим дозирования и продолжительность курса лечения).
8. Возможные осложнения, их диагностика и неотложная помощь.
9. Противоэпидемические мероприятия в очаге
10. Проводится ли активная профилактика этого заболевания в нашей стране у детей? Если да- назовите вакцины, показания и схему вакцинации.

#### **ЗАДАЧА 184**

Девочка 6 лет воспитанница детского дома. Заболела с повышения температуры тела до субфебрильных цифр, снижения аппетита, кашля. Поставлен диагноз ОРВИ, лечилась симптоматическими средствами. В классе есть кашляющие дети. Через десять дней от начала болезни на фоне участвующих приступов кашля поднялась температура тела до 38,7°C. Направлена на госпитализацию.

При поступлении состояние средней тяжести, вялая. Беспокоит сухой навязчивый кашель. Кожные покровы чистые. Зев слегка гиперемирован, налетов нет, явления фарингита. В легких выслушиваются мелкопузырчатые хрипы, неотчетливое притупление перкуторного звука. ЧД - до 34 в 1 мин. Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС-90 в 1 мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул нормальный, диурез сохранен. Менингеальных симптомов нет.

**В общем анализе крови** Нв-124 г/л, эр-  $4,5 \times 10^{12} /л$ , л-  $9 \times 10^9 /л$ , п/я -5%, с -60%, л-29%, м-6%, СОЭ -16 мм/час., тромбоциты  $-230 \times 10^9 /л$ .

**На рентгенограмме грудной клетки** неоднородная инфильтрация легочных полей «снежная буря», усиление легочного рисунка за счет интерстициального и сосудистого компонентов.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите анамнестические данные и клинические симптомы на основании которых поставлен диагноз.
3. Объясните патогенез основных клинических симптомов.
4. Какие лабораторные данные позволят подтвердить диагноз?
5. Дайте характеристику возбудителя.
6. Проведите дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями
7. Оцените результаты рентгенологического исследования.
8. Назначьте лечение.
9. Прогноз заболевания.
10. Противоэпидемические мероприятия в детском доме

### ЗАДАЧА 185

Мальчик, 8 лет, поступил в клинику с жалобами на повышенную утомляемость.

Известно, что ребенок от нормально протекавшей беременности, срочных родов; массой при рождении масса 3100г, длина 50 см. Развивался в соответствии с возрастом. Болеет острыми респираторными инфекциями 1-2 раза в год, перенес ветряную оспу, краснуху. В 5 лет – аппендицит, перитонит- лечился в стационаре.

С 6 летнего возраста у мальчика постоянно обнаруживается увеличение размеров печени, а в сыворотке крови была повышена активность АлАТ и АсАТ в 3 раза. Результаты серологических исследований на HBsAg, анти-HBc общ, анти-HAV IgM были постоянно отрицательными. Анти HCV – полож.

При поступлении состояние среднетяжелое, жалобы на слабость и утомляемость.

Мальчик правильного телосложения, удовлетворительного питания. На коже лица в области скуловой дуги слева и на тыле кисти правой руки имеются телеангиэктазии. Живот мягкий, слегка болезненный в точке желчного пузыря. Печень уплотнена, выступает из- под реберной дуги на 2, 5 см; селезенка на 0,5 см.

**В биохимическом анализе крови:** билирубин общий - 20 мкмоль/л, конъюгированный - 9 мкмоль/л, АлАТ- 180 ЕД/л (N до40), АсАТ- 200 ЕД/л, общий белок- 70 г/л, альбумины- 46%, гамма-глобулины -23%.

**Клин ан. крови:** Нв-126 г/л; эр- $4,6 \times 10^{12}/л$ ; ц.п.- 0,9, лейкоц.-  $5,3 \times 10^9/л$ ; палочкоядерные - 2%; с. – 43 %; э. - 1%; лимф.- 50 %; мон.-4 %; СОЭ - 6 мм/час, тромбоциты -  $180 \times 10^9$  л.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования Вам потребуются?
3. Дайте оценку показателей биохимического и серологического анализов крови.
4. Оцените результаты УЗИ органов брюшной полости.
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Определите ориентировочно срок заболевания.
7. Назначьте лечение.
8. Определите прогноз болезни.
9. Принципы амбулаторного наблюдения за больным.
10. Предполагаемая морфологическая картина печени при пункционной биопсии.

### ЗАДАЧА 186

Мальчик 10 лет заболел остро с повышением температуры тела до  $38,0^{\circ}C$ , снижения аппетита, слабости. Жаловался на головную боль, озноб, кашицеобразный стул, была 2-х кратная рвота. К врачу не обращались, лечился домашними средствами. В последующие

дни сохранялась интоксикация, субфебрильная лихорадка, появились боли в животе и суставах. Госпитализирован на 5 день болезни с подозрением на «острый аппендицит».

При поступлении состояние средней тяжести за счет интоксикации, температура тела 39,0°C, легкая иктеричность кожи и склер, папулезная сыпь вокруг локтевых суставов. Зев слегка гиперемирован, в легких хрипов нет, тоны сердца отчетливые, живот мягкий, болезненный при пальпации, больше в илеоцекальной области, симптомов раздражения брюшины нет. Печень пальпируется на 2-3 см ниже реберной дуги, селезенка – на 1,5 см, темная моча. Стул разжиженный, с небольшим количеством слизи.

**Биохимический анализ крови:** билирубин общий - 36 мкмоль/л, связанный - 26 мкмоль/л, АлАТ - 60 ЕД/л., АсАТ - 53 ЕД/л.

**Серологические маркеры** вирусных гепатитов - не обнаружены.

**Общий анализ крови:** Нв -140 г/л, эритроциты -  $4,0 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты -  $15,3 \times 10^9/л$ , п/я. - 8 %, с/я. - 50 %, эоз. - 7 %, лимф. - 20 %, мон. - 15 %, СОЭ-30 мм/час.

**Анализ кала** на кишечную группу - отрицательный.

### ЗАДАНИЕ:

1. О каком заболевании следует думать в первую очередь с учетом клинических данных?
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику с учетом проведенных лабораторных исследований?
3. Назовите возможный источник и путь инфицирования.
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для окончательного подтверждения диагноза?
5. Консультация каких специалистов Вам потребуется?
6. Можно ли легкие формы этого заболевания лечить в домашних условиях?
7. Назначьте лечение на догоспитальном этапе и в стационаре при подтверждении диагноза с помощью дополнительных исследований.
8. Какие осложнения возможны при этом заболевании у детей?
9. Показания для выписки больного из стационара.
10. Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции

### ЗАДАЧА 187

Девочка 4 лет, посещает детский сад. Заболела остро вечером, когда повысилась температура до 38,5°C, отказалась от ужина. После приема парацетамола температура снизилась до 37,5°C, была 2-х кратная рвота, пожаловалась на боль в горле, появилась сыпь. Ребенок был госпитализирован в стационар бригадой «скорой помощи» с диагнозом: ОРВИ, аллергическая сыпь.

При поступлении состояние средней тяжести, температура тела -38,2°C, жалуется на головную боль и боль в горле. На щеках яркий румянец, бледный носогубный треугольник. Кожа сухая, на боковых поверхностях туловища, на конечностях /преимущественно на сгибательных поверхностях/ обильная мелкоточечная розовая сыпь на гиперемированном фоне кожи. В зеве яркая отграниченная гиперемия, на миндалинах наложения беловато-желтого цвета. Язык обложен белым налетом. Заеды в углах рта. Дыхание через нос свободное, кашля нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, тоны сердца звучные, ритмичные, тахикардия до 120 уд. в мин. Живот безболезненный. Печень, селезенка не увеличены, стул оформлен.

Осмотр ЛОР- врача: лакунарная ангина.

**В клиническом анализе крови:** Нв - 125 г/л, эр -  $3,5 \times 10^{12}/л$ , л -  $14,3 \times 10^9$  г/л, пал – 12%, с – 60%, э – 3%, л.- 20 %, мон. – 5%, СОЭ – 30 мм/час.

**Анализ мочи общий:** отн.пл.= 1021, реакция-кислая, белок – следы, эпителий - един., л = 3 - 4 в п/зр., слизи - много.



### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какова этиология заболевания?
3. Укажите типичные симптомы заболевания.
4. Каков патогенез заболевания?
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Оцените результаты лабораторных исследований.
7. Возможны ли осложнения при данном заболевании?
8. Назначьте лечение.
9. Какие профилактические мероприятия необходимо провести дома и в детском саду?
10. Когда ребенок может быть допущен в детский коллектив?

### ЗАДАЧА 188

Девочка 3-х лет 10 мес. заболела остро, стала жаловаться на боли в животе, отказывалась от еды, один раз была рвота, температура тела  $38,0^{\circ}\text{C}$ . Осмотрена участковым педиатром и направлена в стационар с диагнозом «острый аппендицит». При осмотре в приемном отделении диагноз был снят.

Продолжала жаловаться на боль в животе. Состояние средней тяжести, кожные покровы лица и шеи гиперемированы, склерит. Язык чистый. Слизистая оболочка дужек и мягкого неба гиперемирована, с выраженной мелкой зернистостью. Живот болезненный при пальпации в области пупка и правой подвздошной области. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги, селезенка - на 0,5 см. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул кашицеобразный.

На 5-й день болезни температура критически упала до нормальных цифр, а на теле появилась розовая пятнисто-папулезная сыпь. Сыпь держалась одни сутки и исчезла бесследно.

**В общем анализе крови:** Нв - 125 г/л, эр -  $4,0 \times 10^{12}$  /л, цп 0,86, л-  $6,0 \times 10^9$  /л, п - 2 %, с - 40 %, эоз - 2 %, л - 48 %, м - 8 %, СОЭ - 12 мм/час.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие другие клинические синдромы известны при данном заболевании?
3. Каков патогенез абдоминального синдрома при этом заболевании?
4. Чем обусловлено появление экзантемы на 5 день болезни?
5. Какие дополнительные лабораторные исследования Вам понадобятся для уточнения диагноза?
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Оцените данные лабораторных исследований.
8. Назначьте лечение.
9. Перечислите противоэпидемические мероприятия.
10. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания?

### ЗАДАЧА 189

Мальчик 12 лет заболел остро с повышением температуры тела до  $37,6^{\circ}\text{C}$ , появления припухлости в области околоушной слюнной железы справа, болей при жевании. Через 2 дня появилась припухлость и болезненность в области левой околоушной железы.

Мать к врачу не обращалась, лечила ребенка домашними средствами, тепловыми компрессами. На 4-й день болезни мальчик стал жаловаться на боли в яичке и правом паху, боли усиливались при ходьбе.

Состояние средней тяжести, температура тела- 38,6°C. Правое яичко увеличено в размере в 2 раза, плотное, болезненное, кожа над ним гиперемирована. По другим органам – без особенностей. Обе околоушные железы увеличены.

**В общем анализе крови** Нв-137 г/л, эр- 4,3 x 10<sup>12</sup> /л, цп- 0,95, л- 8,2 x10<sup>9</sup> /л, п-3, с-67, э-1%, л-21%, м-7%, плазм.клетки. – 1%, СОЭ –10 мм/час.

**В посевах слизи из ротоглотки** патогенная микрофлора не обнаружена.

**В общем ан. мочи:** цвет св/желт., плотность 1018, белок – 0,033 г/л, сахар-нет, л-3-4 в п/з, эр- един.в препарате.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Поражение каких других органов (систем) возможно при данном заболевании?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Какие осложнения возможны при данном заболевании?
5. Оцените результаты лабораторных исследований.
6. Есть ли особенности в пути передачи данного заболевания?
7. Назначьте лечение.
8. Каковы исходы данного заболевания?
9. Какие меры профилактики необходимы в очаге заболевания?
10. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания. Если да, то какими препаратами?

#### ЗАДАЧА 190

Мальчику 8 лет подарили попугая через 1 мес. у него появился сухой кашель, повысилась температура тела до 38,0 °С, головная боль, мышечные боли, озноб. В последующие дни кашель усилился на коже груди, живота появились элементы мелкой, розовой папулезной сыпи в связи с чем госпитализирован на 5 день болезни.

При поступлении одышка до 40 в мин., кашель влажный с мокротой. В нижних отделах легких выслушиваются мелкопузырчатые хрипы, лихорадка сохраняется, тоны сердца приглушены, брадикардия до 65 ударов в мин. Гиперемия слизистой миндалин, дужек, задней стенки глотки. Инъекция сосудов склер и конъюнктив. Увеличение шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов до 1,0 см. в диаметре

**В клиническом анализе крови** Нв-122г/л, эр- 4,2 x 10<sup>12</sup> /л, цп- 0,86, л- 5,3 x10<sup>9</sup> /л, п – 4%, с /я–43%, ЭОЗ – 0%, л-42%, м-11%, СОЭ –30 мм/час.

**На рентгенограмме грудной клетки** очаговые тени в прикорневых отделах обоих легких.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Дайте характеристику возбудителя.
3. На основании каких клинических симптомов поставлен диагноз?
4. Объясните патогенез заболевания.
5. Какие дополнительные исследования позволят подтвердить диагноз?
6. Перечислите клинические формы заболевания.
7. Проведите дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями.
8. Оцените результат клинического анализа крови.
9. Назначьте лечение заболевания.
10. Укажите возможный источник инфицирования.

#### ЗАДАЧА 191

Девочка 2,5 лет посещает детский сад. Заболела остро, с подъема Т- до 37,5° С и появления на коже волосистой части головы, туловища и конечностей пятнисто-

папулезной сыпи. На следующий день отдельные элементы пятнисто-папулезной сыпи сформировались в везикулы, заполненные прозрачным содержимым.

В последующие 2 дня T-38,0°C, сыпь на тех же участках подсыпала, подобные высыпания обнаружены и на слизистой полости рта.

На 4-й день болезни состояние ребенка тяжелое: T-40,0 °C, беспокойная, отказывается от еды, количество сыпи на коже увеличилось, часть элементов покрыты корочками. В области спины появилась значительная зона гиперемии кожи, инфильтрация тканей, резкая болезненность. Пульс 120 в 1 мин., тоны сердца приглушены.

Менингеальных симптомов нет. По органам без патологии.

**В общем анализе крови** Нв-130 г/л, эр-  $3,8 \times 10^{12}$  /л, цп 0,9 л-  $17,5 \times 10^9$  /л, п/я –3%, с /я–80%, э – 3%, л-10%, м-4%, СОЭ –35 мм/час.

**В общем анализе мочи:** цвет св/желт, плотность 1023, белок-следы, сахар-нет, лейкоц-4 в п/з, эритро-един. в п.зр.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие типичные симптомы характеризуют данное заболевание?
3. Каков патогенез экзантемы при данном заболевании?
4. Чем обусловлена болезненность и инфильтрация тканей в области спины?
5. Оцените результат анализа периферической крови.
6. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
7. Каких специалистов пригласите для оказания помощи больному?
8. Назначьте лечение.
9. Какие противоэпидемические мероприятия необходимы в детском саду и в семье, где еще ребенок 5 лет?
10. Существует ли активная иммунизация против данного заболевания?

### ЗАДАЧА 192

Мальчик 1г. 9мес. из приюта, данные анамнеза не известны. Заболел остро. Повысилась температура до 38,0°C, появился кашель, насморк, конъюнктивит. В последующие дни катаральные явления нарастали, конъюнктивит стал более выраженным, появилась светобоязнь. На 4-й день болезни температура тела 39,5° C, сыпь на лице, в последующие дни сыпь распространилась на туловище и на конечности, катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей усилились. С подозрением на пневмонию направлен на госпитализацию.

Состояние при поступлении средней тяжести, температура 38,2° C, вялый. На лице, туловище, конечностях обильная ярко-розовая сыпь пятнисто-папулезная, местами сливная. Лимфоузлы всех групп, особенно шейные увеличены, безболезненные. Дыхание через нос затруднено, обильное слизистогнойное отделяемое. Кашель влажный. Конъюнктивит, слезотечение. В легких дыхание жесткое. Выслушивается небольшое количество сухих и единичные влажные хрипы. Сердечные тоны громкие, ритмичные. Зев гиперемирован, на нёбе экзантема, слизистая рта рыхлая, пятнистая, язык влажный, обложен. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. селезенка не пальпируется. Живот мягкий, безболезненный. Определяется урчание по ходу кишечника.

В последующие 2 суток состояние оставалось средней тяжести, но симптомы интоксикации уменьшились. Сыпь на лице побледнела, на конечностях оставалась сливной. Выраженность катаральных явлений уменьшилась. В легких оставались только сухие хрипы, влажные не прослушивались. Стул стал нормальным, менингеальных симптомов не отмечалось.

**В общем анализе крови:** Нв-132 г/л, эр-  $4,6 \times 10^{12}$  /л, цп 0,87, л-  $6,6 \times 10^9$  /л, п/я –8, с /я–42, л-49, м-1, СОЭ –20 мм/час.

**Мазок из зева (ИФ)** на антигены к вирусам респират. группы – отриц.

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Поставьте клинический диагноз
2. На основании каких типичных симптомов поставлен диагноз?
3. Каков патогенез заболевания?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимы для уточнения этиологии заболевания?
6. Нуждается ли ребенок в инструментальном обследовании?
7. Какие осложнения возможны при данном заболевании?
8. Назначьте лечение.
9. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге.
10. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания?

#### **ЗАДАЧА 193**

Ребенок 1,5 мес. от 1–ой нормальной беременности. Роды в срок, без патологии. На грудном вскармливании. Психическое и физиологическое развитие соответствует возрасту. Отец ребенка последние две недели кашлял.

14/УП у ребенка появился кашель при нормальной температуре. Кашель в последующие дни усиливался. Участковый врач диагностировал ОРВИ.

22/УП ребенок госпитализирован.

Состояние при поступлении средней тяжести. Бледный. Кашель приступообразный, сопровождается цианозом лица, иногда рвотой, отхождением густой, вязкой мокроты. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Сердечные тоны громкие, тахикардия. По внутренним органам без особенностей.

При дальнейшем пребывании в стационаре состояние стало тяжелым. Лицо одутловатое, цианоз носогубного треугольника сохранялся постоянно. Кашель усилился, стал приступообразным до 20-30 раз в сутки со рвотой. Периодически у ребенка отмечалась остановка дыхания, во время которой, он синел, и несколько раз отмечались судороги.

25/УП поднялась температура до  $38,5^{\circ}$  С. в легких стали выслушиваться влажные мелкопузырчатые хрипы, появилась постоянная одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки.

Сердечные тоны приглушены, ЧСС до 100 в 1 мин.

Стал вялым, временами беспокойным.

**Рентгенограмма грудной клетки:** легочные поля повышенной пневматизации, большое количество мелкоочаговых теней, особенно в прикорневых и нижних отделах.

**В общем анализе крови:** Нв-132 г/л, эр-  $4,0 \times 10^{12}$  /л, цп 0,87, л-  $16,6 \times 10^9$  /л, п/я –4, с /я–50, э – 3, л-33, м-10, СОЭ-20 мм/час .

#### **ЗАДАНИЕ:**

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Перечислите типичные симптомы, на основании которых поставлен диагноз.
3. Каков предполагаемый источник заболевания?
4. Какие лабораторные исследования необходимы для уточнения этиологии заболевания?
5. Каков патогенез развития кашля при данном заболевании?
6. Как оценить данные рентгенографического исследования легких?
7. Оцените результаты анализа периферической крови.
8. Перечислите особенности данного заболевания у детей раннего возраста.
9. Назначьте лечение.

10. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания? Если да, то какими препаратами?

#### ЗАДАЧА 194

Девочка 3-х лет родилась доношенной, от второй беременности, массой 2750 г, длиной 48 см. Мать ведет асоциальный образ жизни.

С 2-х лет посещает детский сад, часто болеет ОРВИ, перенесла кишечную инфекцию, пневмонию, после которой сохраняется длительный кашель, субфебрилитет.

При поступлении в стационар: ребенок пониженного питания с массой тела 10,5 кг, состояние довольно тяжелое, отмечается увеличение всех групп лимфоузлов, особенно шейных до 3-х см в диаметре. На слизистой ротоглотки проявления кандидоза. Одышка 40 дыханий в минуту. В легких сухие и разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца отчетливые. Печень плотная выступает из-под реберного края на 5 см, селезенка на 3 см. Мочеиспускание не нарушено. Стул жидкий со слизью, явления сфинктерита.

**В клиническом анализе крови** Нв-100 г/л, Эр- $2,5 \times 10^{12}/л$ , цп-0,76 л-  $7,7 \times 10^9/л$ , п/я-4%, с- 46%, л-45%, м-5%, СОЭ –14 мм/час.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести больному?
3. Каков механизм передачи инфекции?
4. Какие типичные симптомы свидетельствуют о данном заболевании?
5. Охарактеризуйте период болезни согласно квалификации.
6. Оцените анализ периферической крови.
7. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
8. Что является причиной диареи?
9. Как лечить больного?
10. Какие меры профилактики необходимы в семье?

#### ЗАДАЧА 195

Мальчик 4-х лет, заболел остро 25/ХІІ, температура тела до  $39,3^{\circ}C$ , сухой резкий кашель, жалобы на сильные боли в животе. Дома была 3 раза рвота. Направлен на госпитализацию. В городе эпидемический подъем заболеваемости ОРВИ, гриппом.

При поступлении состояние тяжелое, Т- $39,5^{\circ}C$ , рвота, боли в животе. Кожа чистая, на щеках гиперемия, склеры инъецированы. Необильные слизистые выделения из носа, сухой кашель. Цианоз носогубного треугольника, ЧД-до 48 в 1 мин. В легких единичные сухие хрипы, тоны сердца учащены, чистые, ЧСС-140 в 1 мин.

Зев гиперемирован, налетов нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 2,0 см. Стул нормальный, анус сомкнут. Менингеальных симптомов нет. На коже лице, в области шеи и передней поверхности груди единичные петехии.

**В общем анализе крови** Нв-126 г/л, эр-  $4,2 \times 10^{12}/л$ , цп 0,89, л-  $6,75 \times 10^9/л$ , п/я –2%, с –45%, л-45%, м-8%, СОЭ – 8 мм/час., тромбоциты – $280 \times 10^9/л$ .

**На рентгенограмме грудной клетки** затемнение передне – внутреннего сегмента нижней доли левого легкого.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие лабораторные исследования необходимы для уточнения этиологии заболевания?
3. Перечислите типичные симптомы, характерные для данного заболевания?
4. О чем свидетельствует поражение сегмента нижней доли левого легкого?
5. Какова причина сухого резкого кашля?

6. Какова причина появления петехиальной сыпи?
7. Проведите дифференциальный диагноз.
8. Оцените анализ периферической крови.
9. Назначьте лечение.
10. Существует ли специфическая профилактика данного заболевания?

### ЗАДАЧА 196

Мальчик 3 года заболел остро с подъема температуры тела до  $38,0^{\circ}\text{C}$  более в горле, затруднения глотания. Госпитализирован с диагнозом ОРВИ.

При поступлении состояние тяжелое,  $T=38,5^{\circ}\text{C}$ , осиплость голоса, слюнотечение. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника, раздувание крыльев носа. Зев гиперемирован, налетов нет. При надавливании на корень языка виден отечный вишнево-красного цвета надгортанник. Выраженная одышка, число дыханий до 46 в 1 мин. В легких хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ЧСС-120 в 1 мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул нормальный, диурез адекватный. Менингеальных симптомов нет.

**В общем анализе крови** Нв-125 г/л, эр-  $4,7 \times 10^{12}$  /л, л-  $10,0 \times 10^9$  /л, п/я -7%, с -52%, л-32%, м-9%, СОЭ -17 мм/час., тромбоциты -  $180 \times 10^9$  /л.

### ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для уточнения этиологии заболевания?
3. Чем обусловлено поражение надгортанника?
4. Как охарактеризовать патологические изменения в легких?
5. Назовите другие клинические формы заболевания.
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Какого специалиста пригласите для консультации?
8. Назовите возможные осложнения в течение болезни.
9. Назначьте лечение.
10. Перечислите профилактические мероприятия для предупреждения заболевания.

### ЗАДАЧА 197

Девочка 9 мес. заболела остро: температура тела  $37,5^{\circ}\text{C}$ , влажный, частый кашель, насморк. На следующий день состояние ухудшилось – усилился кашель, появился цианоз носогубного треугольника, одышка,  $T=37,3^{\circ}\text{C}$ .

При поступлении в стационар состояние тяжелое, признаки дыхательной недостаточности. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. В легких с обеих сторон выслушиваются сухие и влажные хрипы, число дыханий 50 в минуту. Одышка экспираторного характера, с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки. Тоны сердца громкие, ритмичные, шумы не выслушиваются. Слизистая ротоглотки гиперемированна. Живот доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень пальпируется на 0,5 см ниже края реберной дуги, край эластичный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул оформленный, диурез адекватный. Менингеальных и очаговых симптомов нет.

**В общем анализе крови:** Нв - 130 г/л; эр-  $3,9 \times 10^{12}$  /л; лейкоциты-  $7,3 \times 10^9$  /л; п-3%; с-34%; эоз-2%, л-48%; м-10%; СОЭ-15 мм/час.

**На рентгенограмме органов грудной клетки** резко усилен легочный рисунок, корни легкого расширены, тяжисты.

## ЗАДАНИЕ:

1. Предполагаемый диагноз.
2. Характеристика возбудителя.
3. Какие лабораторные исследования необходимо провести для уточнения этиологии заболевания.
4. Как охарактеризовать патологические изменения в легких?
5. Оценить данные рентгенологического исследования.
6. Какие особенности заболевания у детей раннего возраста.
7. Проведите дифференциальный диагноз.
8. Назначьте лечение.
9. Соответствует ли клинический анализ крови данному заболеванию?
10. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге.

## ЗАДАЧА 198

Мальчик 11 месяцев.

*Анамнез заболевания:* В течение 3-х недель беспокоил сухой кашель, периодические подъемы температуры до  $37,4^{\circ}$  –  $37,8^{\circ}$ . Госпитализирован с диагнозом «Пневмония». После обследования переведен в туберкулезное отделение.

*Анамнез жизни:* от 2-ой беременности, от матери страдающей ВИЧ-инфекцией, с массой тела 2800 г., длиной 48 см. Вакцинация БЦЖ не проводилась. Выписан из родильного дома на 4 сутки жизни. Проживают в коммунальной квартире. За месяц до заболевания ребенка у соседа выявлен: «Инfiltrативный туберкулез в фазе распада. МБТ(+)

*Результаты обследования*

Состояние средней тяжести, температура  $37,6^{\circ}$  С. Вес 8500 г., рост 78 см. Отмечается бледность кожных покровов, синева под глазами, вялость, снижение тургора тканей, периферическая лимфополияденция. ЧД - 30 в 1 мин. При перкуссии – укорочение звука над верхней долей справа, там же выслушивается ослабленное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Печень + 2 см из-под края реберной дуги, эластической консистенции, безболезненная. Селезенка + 2 см.

Клинический анализ крови: Нб 90 г/л, эр.  $3,8 \times 10^{12}/л$ , Лейк –  $9,0 \times 10^9/л$ , п/я 10%, с/я 67%, лимф. 11%, мон. 12%, СОЭ 16 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии

Проба Манту с 2 ТЕ р 5 мм.

Рентгенограмма органов грудной клетки: Корень правого легкого расширен, гомогенное затемнение в проекции верхней доли правого легкого треугольной формы, сливающееся с корнем.

**Задание**

1. Поставьте предварительный клинический диагноз
2. Какие дополнительные исследования необходимы?
3. Каковы основные факторы, способствующие развитию заболевания в данном случае?
4. Как проводится профилактика ВИЧ-инфекции детям из перинатального контакта по ВИЧ?
5. В каких случаях проводится противотуберкулезная вакцинация детей из перинатального контакта по ВИЧ-инфекции и какой вакциной?
6. Дайте вашу интерпретацию результатов туберкулинодиагностики.
7. Какие осложнения туберкулезного процесса возможны у ребенка?
8. Какие мероприятия должны были проводиться для исключения туберкулезного контакта новорожденного ребенка?
9. Каковы принципы лечения заболевания?
10. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

### ЗАДАЧА 199.

Девочка 7 лет . Поступила в стационар с жалобами на повышение температуры тела до  $38,6^{\circ}$ -  $39,5^{\circ}$  С, кашель, одышку, боли в грудной клетке.

*Анамнез заболевания.*

Заболевание началось остро. Участковым педиатром заподозрена пневмония и ребенок был госпитализирован.

*Анамнез жизни.* Около 6 месяцев назад в семье гостил родственник, у которого выявлен инфильтративный туберкулез легких в фазе распада, МБТ (+). Ребенок в противотуберкулезном диспансере не наблюдался. Динамика туберкулиновой чувствительности: с 1 года до 5 лет все пробы Манту отрицательные. В возрасте 6 лет проба Манту – папула 5 мм.

*Результаты обследования*

Состояние средней тяжести. Температура тела  $38,8^{\circ}$ С. Бледность кожных покровов, периоральный цианоз, одышка в покое, вынужденное положение на правом боку. ЧД – 40 в 1 мин. Периферические лимфоузлы пальпируются в 8 группах, размерами до 1 см в диаметре, эластической консистенции, безболезненны. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены. Справа в нижних отделах грудной клетки определяется укорочение перкуторного звука, дыхание ослаблено. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, эластической консистенции, безболезненна.

Анализ крови: Нб 105 г/л, эр.  $4,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк. –  $6,0 \times 10^9$ /л, п/я 3%, с/я 57%, эоз.3, лимф.25%, мон.12%, СОЭ – 40 мм/час. Анализ мочи без патологии. Обзорная рентгенограмма грудной клетки: Гомогенное затемнение в нижних отделах правого легкого с четкой косой границей, идущей сверху вниз и снаружи внутрь. Проведена плевральная пункция: получено 200 мл прозрачной плевральной жидкости, белок 20 г/л, в клеточном составе преобладают лимфоциты. При компьютерной томографии органов грудной полости (после плевральной пункции) – признаки увеличения бронхопульмональных лимфоузлов справа и трахеобронхиальных слева.

**Задание**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие данные анамнеза необходимо уточнить?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Как называется косая граница гомогенного затемнения?
5. Какой характер голосового дрожания будет определяться при обследовании данного ребенка (при поступлении)?
6. В какой группе диспансерного учета должен наблюдаться ребенок?
7. Определите степень дыхательной недостаточности.
8. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
9. Оцените динамику туберкулиновых проб.
10. Какое лечение необходимо провести?

### ЗАДАЧА 200.

Мальчик 14 лет (2003г.р.) поступил в туберкулезное отделение в 02.2017г.

*Из анамнеза:* Привит вакциной БЦЖ в родильном доме, рубчик 3 мм. Подросток из массивного семейного туберкулезного контакта (отец и дед в течение 4х лет больны фиброзно-кавернозным туберкулезом, МБТ (+) с множественной лекарственной устойчивостью). Динамика туберкулиновой чувствительности: до 2011 г. пробы Манту с 2 Т.Е. – отр., 2012 г. – р 6 мм, 2013 г. – р 16 мм, 2014 г. – р 15 мм, 2015 г. – р 17 мм, 2016 г. – р 12 мм, 01.2017 – р 17 мм. С 2013 г. – диагноз: «Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов». Проведен курс лечения в стационаре, санатории. В 2015 был снят с диспансерного учета. Осенью 2016 года часто болел «простудными заболеваниями», с



субфебрильной температурой, покашливанием. Появилась утомляемость, потливость, сонливость, снизилась успеваемость в школе, похудел на 6 кг в течение 3-х месяцев. В поликлинике поставлен диагноз: «ОРВИ. Вегето-сосудистая дистония». 28.01.2017 г. резкое ухудшение: подъем температуры до  $39^{\circ} - 40^{\circ} \text{C}$ , кашель с мокротой, одышка, озноб, проливные поты.

*Объективно:* выраженная бледность, акроцианоз. Перкуторно – притупление звука в верхних отделах слева, аускультативно в этой зоне – ослабление дыхания, обильные влажные среднепузырчатые хрипы. На рентгенограмме грудной клетки – затемнение верхней доли слева с участками просветления неправильной формы с нечеткими контурами. КТ органов грудной полости – множественные полости распада в верхней доле левого легкого. В нижней доле – очаги обсеменения.

Клинический анализ крови: Нб 100 г/л, эр.  $3,5 \times 10^{12}/\text{л}$ , Лейк. –  $12 \times 10^9/\text{л}$ , п/я 16%, с/я 67%, эоз.0, лимф.12%, мон.5%, СОЭ-35 мм/час. Анализ мочи: удельный вес 1010, белок – следы, эритроциты – 5 п/зр., лейкоциты – 10 п/пр. В мокроте (окраска по Цилю Нильсену) – кислотоустойчивые микобактерии.

### Задание

1. О каком диагнозе можно думать?
2. Какие дополнительные сведения и методы исследования необходимы?
3. В какой группе диспансерного учета должен наблюдаться ребенок?
4. Нужна ли была ревакцинация БЦЖ и в каком возрасте?
5. Каков патогенез заболевания?
6. С каким заболеванием требуется дифференциальная диагностика?
7. Объясните термин «кислотоустойчивые микобактерии», как уточнить их вид?
8. В чем ошибка педиатра поликлиники?
9. Каков прогноз заболевания?
10. Устойчивость микобактерий туберкулеза к каким препаратам можно предположить, будет она первичной или вторичной в данном случае?

### ЗАДАЧА 201.

Девочка 5 лет

*Анамнез заболевания:* заболела остро, температура тела  $38,2^{\circ} - 39,8^{\circ}$ , жалобы на головную боль, ухудшение аппетита, покашливание. Участковый врач диагностировал грипп. На 6-й день болезни в анализе крови Нб 120 г/л, эр.  $3,5 \times 10^{12}/\text{л}$ , Лейк. –  $15,2 \times 10^9/\text{л}$ , с/я 59%, п/я 22%, юных 5%, эоз.0, лимф.11%, мон.3%, СОЭ-26 мм/час. В моче следы белка, единичные эритроциты не в каждом поле зрения. Состояние девочки прогрессивно ухудшалось. На 12 день была госпитализирована в инфекционный стационар.

*Из анамнеза жизни:* родилась с массой тела 3200 г, привита вакциной БЦЖ на 5-й день жизни, рубчик 5 мм на правом плече. Проба Манту с 2 Т.Е. в 2 года – р 10, в 3 года – р 8, в 4 года – р 4, в 5 лет р 10. Живет в хороших бытовых условиях, болела редко, прививки по возрасту. За четыре месяца до описываемого заболевания перенесла корь, легкое течение.

*Объективное обследование:* Состояние тяжелое, бледная, периоральный цианоз. Одышка с раздуванием крыльев носа. ЧД – 42 в мин., пульс – 98 (1:2,5). Перкуторно – тимпанический оттенок звука, ограничение подвижности нижних границ легких, симптом Кораньи – на 4 грудном позвонке, паравертебрально - притупление справа. При аускультации - жесткое дыхание и скудные сухие хрипы. Сердце без отклонений от нормы. Периферическая полиадения в 8 группах. Временами мучительное короткое покашливание без отделения мокроты. Живот мягкий, безболезненный, печень + 3,5 см, край болезненный, селезенка + 2 см. Стул задержан. На рентгенограмме грудной клетки:

множественные однотипные мелкие очажки равномерно симметрично расположенные по всем легочным полям на фоне обедненного сосудистого рисунка, правый корень расширен, неструктурен.

После детального опроса родителей удалось выяснить, что летом девочка отдыхала в деревне у бабушки, к которой часто приходила соседка, болеющая туберкулезом. В дальнейшем она лечилась с наложением искусственного пневмоторакса.

#### **Задание**

1. Сформулируйте предположительный основной диагноз.
2. Выделите характерные признаки, позволяющие правильно поставить диагноз.
3. Каких данных не хватает для формулировки диагноза?
4. Какие методы обследования необходимо назначить?
5. Определите дальнейшую тактику ведения ребенка и прогноз?
6. Какую фазу процесса можно предположить у источника заражения (с учетом наложения искусственного пневмоторакса)?
7. Оцените соотношение ЧСС и дыхания у ребенка?
8. О каком источнике диссеминации процесса можно думать?
9. Какие внелегочные локализации туберкулеза возможны в данном случае?
10. Какие ошибки допущены в ведении ребенка?

### **ЗАДАЧА 202.**

*Анамнез заболевания:* Мальчик 14 лет ранее перенес экссудативный плеврит справа, через 3 недели с положительной клинико-рентгенологической динамикой (сохранялось утолщение плевры) был переведен в санаторий для общеукрепляющего лечения. Там в течение 2-х мес. жаловался на подкашливание. При рентгенологическом обследовании: определялись множественные инфильтративные очаги 5-10 мм в верхних и средних отделах правого легкого, обызвествления в бронхопультмональной группе справа. Направлен в пульмонологическое отделение на обследование.

*Анамнез жизни:* Вакцинирован БЦЖ при рождении, рубчика нет. Бабушка и прадедушка в детстве болели туберкулезом. Частые ОРВИ, в 3 года, в 4 года, в 14 лет перенес пневмонию.

*Объективное обследование:* Состояние удовлетворительное. Рост 171 см, вес 55,6 кг. Сколиоз в грудном отделе. Бледный, периорбитальный цианоз, холодные влажные ладони. Периферическая полиадения в 5 группах. Положительный симптом Франка. Отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Притупление перкуторного тона в верхних и средних отделах справа, там же – ослабление дыхания, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, систолический шум на верхушке. Печень и селезенка не пальпируются.

Анализ крови: Нb126 г/л L  $3,6 \cdot 10^9$ /л п/я 2% с/я 44% эоз 0% лимф 44% мон 9%, СОЭ 19мм/ч, общ. белок 76 г/л, А - 54%,  $\alpha_1$ -3%,  $\alpha_2$ -14%,  $\beta$ 11%,  $\gamma$  16%.

Общий анализ мочи – без патологии.

Проба Манту с 2 ТЕ – р 5 мм, проба с АТР (Диаскинтест) – р 10 мм

МСКТ органов грудной полости: в S 1, 2, 6, правого легкого и S 1, 2,3 левого легкого множественные очаги, сливающиеся в небольшие инфильтраты, в очаге в S6 участок деструкции 3 мм в диаметре. Обызвествления в бронхопультмональной и трахеобронхиальной группе внутригрудных лимфатических узлов справа.

#### **Задание:**

1. Поставьте предварительный клинический диагноз.
2. Какие обследования еще необходимо провести?
3. Какие ошибки были допущены врачами стационара?
4. Какие ошибки были допущены врачами санатория?
5. Какой патогенез развития заболевания наиболее вероятен у данного ребенка?

6. Оцените клинический анализ крови.
7. Оцените протеинограмму.
8. Оцените пробу Манту с 2 ТЕ, пробу с Диаскинтестом.
9. Каковы принципы лечения заболевания?
10. В каких профилактических мероприятиях нуждаются дети, которые находились в одной палате с этим подростком в санатории.

### ЗАДАЧА 203.

Мальчик 4-х лет.

*Анамнез заболевания:* Болен в течение 2-х недель. Жалобы на  $t - 37,6^{\circ}$ , кашель. Амбулаторно получал супракс, флемоксин без эффекта. Был госпитализирован с подозрением на пневмонию. На РГ грудной клетки – без очаговых и инфильтративных изменений. Через 2 дня  $t - 39,2^{\circ}$ , сильная головная боль, повторные рвоты, менингеальные симптомы положительные, заподозрен менингит. После обследования переведен в туб. отделение.

*Анамнез жизни:* У мамы В-23, беременность на фоне приема алкоголя и наркотиков, курения. Не привит вакциной БЦЖ. Получал ретровир-сироп. С рождения семейный контакт с отцом, страдавшим В-23 и умершим от инфильтративного туберкулеза в фазе распада и обсеменения, МБТ (+), когда мальчику было 4 мес. Получил по этому поводу курс химиопрофилактики.

*Объективное обследование:* Состояние тяжелое, сознание ясное, вялый, горизонтальный нистагм в крайних отведениях, больше справа, мышечный тонус снижен, с-м Бабинского с обеих сторон, гиперестезия, резко положительные менингеальные симптомы.

В анализе крови: Нб-106 г/л, эритроц.- $4,59 \times 10^{12}$  /л, лейкоц.-  $8,7 \times 10^9$  /л, с.-70%, п.-11%, э-0, л.-15%, м.-4%, СОЭ-21 мм/ч. Анализ мочи – без патологии.

Проба Манту с 2 Т.Е. р12 мм. Диаскинтест – р 17 мм.

Исследование ликвора: цитоз 1296/3 (1096 – мононуклеаров, 200 нейтрофилов), белок 2,64 г/л, хлориды – 93 ммоль/л, сахар – 0,7 ммоль/л (в крови – 4,4 ммоль/л). Из образовавшейся пленки в ликворе после окраски по Ziehl-Neelsen методом прямой микроскопии были получены *M.tuberculosis*.

КТ головного мозга: без патологических изменений.

КТ органов грудной клетки: выявлены единичные кальцинаты в С<sub>6</sub> левого легкого, обызвествления в бронхопульмональных и бифуркационных лимфоузлах слева.

#### Задание

1. Поставьте предварительный клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы?
3. Каковы основные факторы, способствующие развитию заболевания?
4. Как проводится профилактика ВИЧ-инфекции ребенку из перинатального контакта?
5. Оцените данные иммунодиагностики.
6. Оцените данные спинномозговой пункции.
7. С какими заболеваниями будете проводить дифференциальную диагностику?
8. Как обследуется пациент, находящийся в контакте с больным туберкулезом бактериовыделителем?
9. Назначьте терапию данному пациенту.
10. Каков прогноз заболевания?

## ЗАДАЧА 204.

Мальчик 10 месяцев.

*Анамнез заболевания:*

На левом плече в верхней трети у ребенка плотно-эластическое опухолевидное образование, которое в течение трех месяцев постепенно увеличивается. Температура не повышалась, жалоб нет, пальпируемое образование безболезненное.

*Анамнез жизни:*

Ребенок от 1-ой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Оценка по шкале Апгар 9 баллов. Родился с весом 3400 г, длиной 51 см. Вакцинация ВСГ-М на 3 сутки в роддоме. Выписан на 5 сутки, грудное вскармливание до 7 мес., практически не болел. Контакт с туберкулезными больными не установлен.

*Объективное обследование:*

Состояние удовлетворительное, температура тела 36,6°. Вес 9350 г, длина 72 см. со стороны внутренних органов без особенностей. Местно: на левом плече в верхней трети определяется плотно – эластическое образование размером 18 x 20 мм, безболезненное. Кожа над ним гиперемирована. Пальпируются подмышечные лимфоузлы слева размером 8 мм, безболезненные, плотно-эластичные.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 128 г/л, эритроциты -  $3,8 \times 10^{12}/л$ , Лейк –  $9,0 \times 10^9/л$ , с/я - 34%, п/я - 1 %, эоз. – 1%, лимф. - 56%, мон. - 8%, СОЭ - 6 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии

Проба Манту с 2 Т.Е. р 11 мм.

### Задание

1. Сформулируйте предполагаемый диагноз.
2. Какие дополнительные исследования нужно провести?
3. Что является причиной данной патологии?
4. Оцените результат пробы Манту, о чем он говорит?
5. Как проводится вакцинация ВСГ-М?
6. Опишите методы лечения данной патологии?
7. Как долго наблюдается ребенок у фтизиатра?
8. Каков патогенез увеличения подмышечных лимфоузлов?
9. Какие могут быть осложнения данного процесса при отсутствии лечения?
10. Как часто необходимо делать анализы крови и мочи при лечении данной патологии?

## ЗАДАЧА 205.

Мальчик 8 лет.

*Анамнез заболевания:* Последние 2 месяца ребенок стал уставать, появилась непостоянная субфебрильная температура, потливость, стал хуже учиться в школе. Для обследования был госпитализирован в ЦРБ.

*Анамнез жизни:* ребенок от второй беременности, родился с массой тела 3650, длиной 54 см, по Апгар 8/9 баллов. Привит вакциной БЦЖ в роддоме, рубчик 4 мм на левом плече. Проживает в коммунальной квартире (еще три соседа), соседи злоупотребляют алкоголем, не работают. Посещал детский сад. В семье есть старший брат 15 лет.

*Объективное обследование*

Состояние средней тяжести, вялый, температура 37,5°, вес - 20,3 кг, рост - 110 см. При осмотре отмечается бледность кожных покровов, вялость, синева под глазами, периферическая полиаденопатия. При перкуссии над легкими ясный легочный звук, справа паравертебрально незначительное укорочение перкуторного тона, при аускультации - дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные ритмичные. Печень, селезенка не увеличены. Стул, диурез в норме.

Клинический анализ крови в пределах нормы, анализ мочи без патологии.

Динамика проб Манту с 2 Т.Е.: 2 года - р 6 мм, 4 года – р 7 мм, 5 лет – р 5 мм, 6 лет – р 12 мм, 7 лет – р 12 мм. При постановке пробы Манту с 2 Т.Е. в стационаре – р 17 мм. Проба с Диаскинтестом – р 15 мм. Рентгенограмма грудной клетки: в легких без очаговых и инфильтративных изменений, справа корень легкого расширен, неструктурен, усилен легочный рисунок вокруг корня.

### **Задание**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие еще исследования необходимо провести ребенку?
3. Какие мероприятия необходимо провести в квартире?
4. В каком обследовании нуждается старший брат?
5. Оцените динамику проб Манту с 2 Т.Е., дайте трактовку результатов иммунодиагностики в стационаре.
6. Какие ошибки допущены педиатром?
7. Где должен лечиться данный пациент?
8. Какую терапию должен получать данный больной?
9. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
10. Какие осложнения заболевания могут возникнуть?

### **ЗАДАЧА 206.**

Мальчик 15 лет 5 мес.

*Анамнез заболевания:* При первичном флюорографическом обследовании у подростка выявлена очаговая тень 8-9мм в верхушке левого легкого. Госпитализирован в туберкулезное отделение для уточнения диагноза.

*Анамнез жизни:* Мальчик от 3 беременности вторых родов. Родился с весом 3500 г, рост 54 см, привит вакциной БЦЖ в роддоме, рубец 4 мм слева. Рос и развивался соответственно возрасту. Перенес краснуху, ветряную оспу, в 8 лет очаговую пневмонию, в 13 лет - вирусный гепатит. Контакт с больными туберкулезом не установлен. Социально-бытовые условия удовлетворительные. В квартире живут четверо взрослых и три ребенка.

*Объективное обследование:* Жалобы на незначительную слабость, особенно при физической нагрузке, потливость, изредка субфебрильную температуру. Состояние средней тяжести, вялый, бледноват, синева под глазами, отстаёт в физическом развитии. Пальпируются 5 групп периферических лимфоузлов мелкие, безболезненные, не спаянные. При перкуссии ясный легочный звук над всеми полями, границы сердца не расширены. Аускультативно: дыхание над правым легким везикулярное, в верхних отделах левого легкого жесткое, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Печень, селезенка не увеличены.

В клиническом анализе крови: Нb 110 г/л, эр.  $5.4 \times 10^{12}$  л, лейкоц- $9.9 \times 10^9$  л, п/я 10%, с/я 67%, лимф. 11%, мон. 12%, СОЭ 25 мм/час. Общий анализ мочи в норме.

Пробы Манту ставились нерегулярно: в 3 г - р 7 мм, в 7 лет – р 9 мм, в 13 лет – р 15 мм, в 14 лет – р 15 мм. У фтизиатра не наблюдался. Ревакцинация БЦЖ не проводилась. Проба с Диаскинтестом – р 5 мм.

На рентгенограмме грудной клетки: в S1 слева очаговая единичная мягкоочаговая тень 9 мм в диаметре. Остальные легочные поля чистые. Корни не расширены. Границы сердца в пределах нормы.

### **Задание**

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные исследования нужно провести больному?
3. Оцените клинический анализ крови.
4. Оцените пробы Манту, пробу с Диаскинтестом.
5. Какие ошибки допущены педиатром?
6. Какие факторы могли способствовать заболеванию?
7. Что нужно сделать в квартире?
8. Какое лечение необходимо назначить?
9. Сколько времени необходимо лечить?
10. Каков прогноз заболевания?

### ЗАДАЧА 207.

Подросток 15 лет

*Анамнез заболевания:* Заболел остро с повышением температуры до 39<sup>0</sup> С, слабостью, одышкой, небольшим кашлем с мокротой, болями в грудной клетке при дыхании. Был госпитализирован в детское отделение с диагнозом пневмония. При рентгенологическом обследовании в легких с двух сторон были обнаружены множественные мелкоочаговые тени. Получал антибактериальную терапию, но улучшения не наступало, после 2х недель лечения консультирован фтизиатром и переведен в специализированный стационар.

*Анамнез жизни:* Ребенок от 1 нормально протекавшей беременности срочных родов. В семье еще 3 детей. Привит БЦЖ в роддоме, рубца нет. В 7 лет проведена ревакцинация БЦЖ: рубец – 5мм.

Пробы Манту с 2 Т.Е. до 7 лет отрицательные, в 9 лет - р 13 мм, в 10 лет – р 13 мм, в 12 лет – р 15 мм, в 13 лет – р 14 мм, в 14 лет – р 15 мм. Проживает в коммунальной квартире, у соседа был обнаружен инфильтративный туберкулез в фазе распада 5 месяцев назад, мальчик у фтизиатра не наблюдался, химиопрофилактику не получал. Часто болеет ОРВИ, 3 месяца назад перенес корь в тяжелой форме. Курит.

*Объективное обследование*

Состояние подростка тяжелое, температура 38.6<sup>0</sup> С, выраженная интоксикация, бледность, ЧСС до 102 в минуту, частота дыханий до 38 в 1 минуту, кашляет со слизистой мокротой, похудел 2 кг за последний год. При пальпации определяется периферическая полиаденопатия. При перкуссии ясный легочный звук. Дыхание жестковатое, хрипов нет. Печень увеличена на 1 см., селезенка не пальпируется. Клинический анализ крови: Нb – 110 г/л, Эр. – 4,2x10<sup>12</sup>/л ; Л – 12,8x10<sup>9</sup>/л ; п/я –5% ; э – 3% ; с/я – 68% ; лимф. – 18% ; м – 9%. СОЭ – 23 мм/ч. Проба Манту с 2 Т.Е. в стационаре папула 5мм. На рентгенограмме грудной клетки: в легких без отчетливой динамики по сравнению с предыдущим исследованием, сохраняются мягкоочаговые тени с двух сторон, больше в верхних отделах, где они сливаются с образованием неоднородных инфильтратов.

#### Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Что можно сделать дополнительно для подтверждения диагноза?
3. Что способствовало развитию заболевания?
4. Какие ошибки были допущены врачами?
5. Оцените пробы Манту с 2 Т.Е., почему в стационаре она была низкая?
6. Почему до 7 лет пробы Манту были отрицательные?
7. Какие мероприятия необходимо провести в квартире?
8. Как нужно лечить такого больного?
9. Сроки лечения больного.
10. Прогноз заболевания.

## ЗАДАЧА 208.

Мальчик 1 год 2 месяца.

*Анамнез заболевания:* мать, купая ребенка, обнаружила в подмышечной области слева плотное образование размером с небольшой грецкий орех безболезненное. Педиатр скорой помощи, вызванный матерью, госпитализировал ребенка в общесоматический стационар на детское хирургическое отделение. Дежурный врач прооперировал ребенка под наркозом, при разрезе увидел казеозный некроз, после чего вызвал фтизиатра, и больной был переведен во фтизиатрическое отделение.

*Анамнез жизни:* мальчик от первой, протекавшей с токсикозом первой и второй половины беременности, срочных родов, по шкале Апгар 4/5 баллов. Масса тела при рождении 2350 г, рост 42 см. Находился 2 месяца в стационаре на этапе выхаживания новорожденных. Выписан с весом 2950г. Наблюдался в поликлинике неврологом. Привит вакциной БЦЖ-М в 6,5 месяцев в поликлинике. На грудном вскармливании до 5 мес. В дальнейшем практически не болел. Контакт с туберкулезными больными не установлен. Условия жизни хорошие.

*Объективное обследование*

Состояние средней тяжести, температура тела  $37,2^{\circ}\text{C}$ , бледноват, срыгивает изредка при кормлении. Вес 8800 г, рост 67 см. Психомоторное развитие по возрасту. Кожные покровы, слизистые чистые. При пальпации определяются подчелюстные, подмышечные справа, шейные лимфоузлы мелкие безболезненные. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, границы сердца не расширены. Аускультативно в легких пуэрильное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные 82 в минуту. Печень, селезенка не увеличены. Стул, диурез в норме. Местно: в левой подмышечной области свежий рубец и 3 шва после операции. Лимфоузлы не пальпируются.

Клинический анализ крови: Hb 135г/л, эр.  $4,3 \times 10^{12}$  /л., Лейк. –  $5,4 \times 10^9$  /л., п/я.-4%, с/я.-73%, лимф.-9%,мон.-14%, СОЭ-12 мм/час. Анализ мочи без патологии. Проба Манту с 2Т.Е. - р 12 мм. На рентгенограмме грудной клетки: в легких без очаговых и инфильтративных изменений, корни легких не расширены, структуры.

### Задание

1. Какой диагноз можно поставить ребенку?
2. Какая ошибка была допущена педиатром Скорой помощи?
3. Какая ошибка была допущена детским хирургом?
4. Что могло спровоцировать данное заболевание?
5. Оцените анализ крови ребенка.
6. Оцените пробу Манту с 2 Т.Е..
7. Какие методы исследования следует назначить для уточнения диагноза?
8. Как необходимо лечить дальше ребенка?
9. Как часто встречается данная патология?
10. Каков дальнейший прогноз?

## ЗАДАЧА 209.

*Анамнез жизни* Мальчик 3-х лет, приехал в Санкт-Петербург из Армении. Родился с массой тела 1800 г. Не был привит вакциной БЦЖ. В семье проживал с бабушкой, который в прошлом перенес туберкулез, был курильщиком, периодически кашлял, жаловался на плохое самочувствие, к врачу не обращался.

*Анамнез заболевания* Мальчик рос слабым ребенком. Отмечались жалобы на нарушение сна, аппетита, отставание в физическом развитии, вечерний субфебрилитет. В 2,5 года после падения стал жаловаться на боли в области правого тазобедренного сустава, температура тела поднялась до  $39^{\circ}$ , стал капризным и раздражительным, появилась хромота.

*Объективное обследование* Клинический анализ крови: Нв – 95 г/л, Эр. –  $3,5 \times 10^{12}$  /л ; Л –  $12,8 \times 10^9$  /л ; п/я – 8%; э – 4% ; с/я – 46%; лимф. – 30%; м – 12%. СОЭ – 35 мм/ч. Был осмотрен педиатром и хирургом. Отмечалась болезненность сустава при ощупывании, повышение местной кожной температуры, ограничение и болезненность в суставе при движении.

На рентгенограмме правого тазобедренного сустава определялся большой деструктивный очаг в шейке и головке бедренной кости, эпифиз головки не определялся. Проба Манту с 2 Т.Е. р 20 мм. На рентгенограмме грудной клетки и компьютерной томограмме грудной клетки определялись обызвествленный очаг в средней доле правого легкого и увеличенные трахеобронхиальные и бронхопульмональные лимфоузлы справа с начинающимися участками обызвествления.

### **Задание**

1. Какой предварительный диагноз можно поставить ребенку?
2. Какие ошибки допущены педиатром в ведении ребенка?
3. Какие методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Какие факторы риска способствовали возникновению и развитию заболевания?
5. Оцените анализ крови ребенка.
6. Оцените физическое развитие ребенка.
7. С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику?
8. Как необходимо лечить ребенка?
9. Каков патогенез заболевания?
10. Какие осложнения могут возникнуть при отсутствии своевременного лечения ребенка?

### **ЗАДАЧА 210.**

*Анамнез жизни* Девочка 13 лет (2003 г.р.) с болезнью Дауна. Привита вакциной БЦЖ в 3 года, рубчик 5 мм слева. Пробы Манту с 2 Т.Е.: 2006 г. – отр., 2011 г. – р 18, 2012 г. – р 11, 2015 г. – р 18V, 2017 г. – р 15

*Анамнез заболевания* С 2011 г. наблюдалась в ПТД по контакту с братом 28 лет, вернувшимся из МЛС, страдающим инфильтративным туберкулезом в фазе распада, МБТ (+), лечился плохо, в 2015 г. – рецидив заболевания, МБТ (+), устойчив к S, R, H, не лечился, в 2016г. умер. Девочке в 2016 г. был установлен диагноз: туберкулез внутригрудных лимфоузлов в фазе кальцинации и проведен курс специфической терапии.

*Результаты обследования* 24.04.2017 г. была госпитализирована с жалобами на боли в животе, снижение аппетита, задержку стула, периодическую лихорадку. Клинический анализ крови: Нв – 119 г/л, Эр. –  $4,2 \times 10^{12}$  /л ; Л –  $12,8 \times 10^9$  /л ; п/я – 26%; э – 2% ; с/я – 39%; лимф. – 23%; м – 10%. СОЭ – 32 мм/ч. При пальпации живота слева от пупка определялось плотное образование 8 см × 6 см. После проведенной биопсии была переведена в туберкулезное отделение. При поступлении состояние тяжелое, выражен интоксикационный синдром, пониженного питания, бледная, с периферической полиаденией. Тоны сердца приглушены, систолический шум в точке Боткина. Дыхание везикулярное. Симптом Кораньи – III грудной позвонок. Живот увеличен в размерах, при пальпации слева от пупка определялось округлое плотное образование. Рентгенологическое исследование грудной клетки: увеличение паратрахеальных, трахеобронхиальных лимфоузлов (значительное) с двух сторон, бронхопульмональных слева с отложением большого количества извести. КТ-исследование органов брюшной полости: определялись множественные увеличенные мезентериальные лимфоузлы размерами от 1 см до 3,5 см, в области пупочного кольца – конгломераты до 6-8 см.

### **Задание**

1. Какой предварительный диагноз можно поставить ребенку?
2. Оцените вид лекарственной устойчивости МБТ, выделенных у сестры ребенка.



3. Какие методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Какие факторы риска способствовали возникновению и развитию заболевания?
5. Какую гистологическую картину мезентериальных лимфоузлов можно предположить?
6. Оцените динамику туберкулиновых проб.
7. С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику?
8. Назначить лечение.
9. Каков патогенез заболевания?
10. Какие осложнения могут возникнуть при отсутствии своевременного лечения ребенка?

### ЗАДАЧА 211.

Мальчик 1 г. 2 мес.

*Анамнез заболевания:* поступил в детскую инфекционную больницу с диагнозом: «Пневмония»? В течение последних 2-х недель отмечалось ухудшение состояния: снижение аппетита, субфебрильная температура тела, сухой приступообразный кашель. После проведения рентгенологического обследования матери и ребенку был вызван на консультацию фтизиатр.

*Из анамнеза жизни:* Вакцинирован вакциной BCG в роддоме, рубчик 5 мм на левом плечике, проба Манту с 2 Т.Е. в возрасте 1 года – р 5 мм. Условия жизни благополучные. Контакт с больным туберкулезом не установлен, но при ФЛГ обследовании окружения ребенка у матери выявлена патология в виде инфильтрации обоих легких (предыдущее ФЛГ- обследование матери проводилось до родов без патологии).

*Объективно:* состояние средней тяжести, масса тела 9 кг, рост 75 см отмечается бледность кожных покровов, периорбитальный цианоз, периферические лимфатические узлы пальпируются в 6 группах, I – II размера, мягко-эластичной консистенции, не спаянные с подлежащими тканями, безболезненные. Плевромышечные симптомы (+) справа, перкуторно - притупление паравертебрально, дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются.

Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см, селезенка не увеличена. Клинический анализ крови: Hb – 119 г/л, Эр. –  $4,2 \times 10^{12}$ /л ; Л –  $6,8 \times 10^9$ /л ; п/я – 1%; э – 4% ; с/я – 48%; лимф. – 35%; м – 12%. СОЭ – 25 мм/ч. Проба Манту 2 Т.Е. – р 12 мм, Диаскинтест – р 15 мм.

Микроскопия промывных вод желудка на МБТ – отрицательный результат.

Рентгенограмма грудной клетки – в легких без очаговых и инфильтративных изменений, определяется расширение и неструктурность правого корня и трахеобронхиальной зоны.

#### **Задание:**

1. Оцените действия врача педиатра.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие противотуберкулезные препараты должны быть назначены этому больному? Обоснуйте выбор.
5. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
6. Оцените физическое развитие ребенка.
7. Оцените методы профилактики
8. Какие исследования необходимо провести матери для подтверждения диагноза ребенка?
9. Каков прогноз заболевания?
10. Возникновение каких осложнений возможно при несвоевременном лечении?

## ЗАДАЧА 212.

Девочка 4-х месяцев

*Анамнез заболевания:* В течение последних 2х недель отмечается вялость, плохой аппетит, субфебрильная температура тела, периодический сухой кашель. Участковым врачом была заподозрена пневмония и ребенок был госпитализирован в детскую инфекционную больницу.

*Анамнез жизни:* Вакцинация BCG при рождении не проводилась, так как родилась недоношенной, на сроке 33-34 недели, с массой тела 1700 г, ЗВУР, гипоксическое поражение ЦНС. Позже не была привита, так как дважды перенесла ОРВИ.

При поступлении в стационар ребенка его мать обследована ФЛГ – выявлены патологические изменения в виде инфильтративных изменений в верхних отделах правого легкого. В настоящее время мать ребенка проходит обследование в противотуберкулезном диспансере. У других членов семьи ФЛГ - патология не выявлена.

*Объективно при поступлении:* состояние средней тяжести, температура тела –  $37,4\text{C}^0$ , масса тела 4 100 г. Малопродуктивный кашель, ЧД – 40 в 1 мин., ЧСС – 114 в 1 мин. Кожные покровы бледные, с периоральным цианозом. Периферические лимфоузлы пальпируются в 10 группах, II-III размера, мягко-эластичной консистенции, не спаянные с подлежащими тканями, безболезненные. При перкуссии - в верхних отделах грудной клетки справа отмечается притупление перкуторного звука и ослабление дыхания, хрипы не выслушиваются.

*На рентгенограмме грудной клетки:* в S 3 правого легкого определяется обширная инфильтрация, связанная с корнем.

Проба Манту 2 Т.Е. – р 6 мм, Диаскинтест – р 10 мм.

Микроскопическое исследование промывных вод желудка на МБТ – отр.

### Задание

1. Какой предварительный диагноз можно поставить ребенку?
2. Какие осложнения могут возникнуть?
3. Какие методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Какие факторы риска способствовали возникновению и развитию заболевания?
5. Оцените тактику педиатров по специфической профилактике туберкулеза.
6. Возможен ли внутриутробный путь передачи инфекции в данном случае?
7. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
8. Как необходимо лечить ребенка?
9. Каков патогенез заболевания?
10. Какие еще варианты процесса характерны для этого возраста?