

ЗАДАЧИ ПЕДИАТРЫ, ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Задача 1.

В приемном отделении стационара больная В., 7 лет, с жалобами на зудящую волдырную сыпь на теле и местный отек кисти.

Анамнез заболевания: больна второй день, когда через 20 минут после укуса жалящего насекомого (оса) появился отек кисти с гиперемией, распространенная сыпь на коже.

Из анамнеза жизни: пищевая аллергия в раннем возрасте на молоко, яйцо в виде распространенной сыпи, с 6 лет – умеренная сезонная заложенность носа в августе.

Наследственный анамнез: у отца бронхиальная астма.

Объективно: кисть значительно увеличена в размерах, гиперемирована, зудит, функция ограничена. На коже конечностей, туловища крупная волдырная сыпь более 50 элементов, сливная, возвышается над кожей, мигрирует. Зуд выраженный, нарушает дневную активность и сон. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. Гемодинамика стабильная, тоны сердца ритмичные, звучные. АД 105/95, Живот мягкий, безболезненный. Диурез, адекватный выпитому около 700 мл/сут, стул без патологии.

1. Обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ 10
2. Дайте характеристику заболевания (триггеры, патогенез)
3. Оцените тяжесть заболевания в соответствии со шкалой UAS. Окажите неотложную специализированную помощь
4. Показания для госпитализации
5. План обследования в соответствии с клиническими рекомендациями
6. План лечения в соответствии с клиническими рекомендациями
7. План диспансерного наблюдения в соответствии с клиническими рекомендациями

Задача 2.

На амбулаторном приеме ребёнок 6 месяцев.

Жалобы: сыпь на теле с зудом в течение 3-х мес., мокнутие и корочки на лице. Ребенок находится на смешанном вскармливании с 2-х месяцев. Мать ребенка придерживается диеты, не ест ярко окрашенные продукты, острое, сладкое, употребляет много овощей, говядину, молочные продукты.

Смешанное вскармливание осуществляется адаптированной молочной смесью на основе коровьего молока. Введена молочная каша в качестве прикорма, ребёнок получает фруктовые пюре (яблоко, чернослив, груша).

Объективно: Масса 7500 г., кожные покровы очень сухие, на лице, разгибательных поверхностях конечностей, туловище папулезные элементы на гиперемированной и утолщенной коже, на лице корки. Периферические л/у до 0,6 см. Катаральных явлений нет. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот увеличен в размерах за счет метеоризма. Печень, селезенка не увеличены.

Диурез адекватен, стул неустойчивый: чередуются запоры и диарея.

В ОАК – Эп – $4,58 \cdot 10^{12}/л$, L – $10,5 \cdot 10^9/л$, НГ – 25%, ЛФ – 55%, М – 8%, Э – 12%.

Общ. IgE – 240 ЕД/мл. IgE спец. к БКМ – 12 мкг/л (норма – менее 0,2 мкг/л), IgE спец. к казеину 9,2 мкг/л (норма – менее 0,2 мкг/л)

1. Обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ 10

2. Дайте характеристику заболевания (этиология, иммунопатогенез, клинические проявления в зависимости от возраста)
3. Показания для госпитализации
4. План обследования в соответствии с клиническими рекомендациями
5. План лечения в соответствии с клиническими рекомендациями. Диетические рекомендации матери и ребенку
6. План диспансерного наблюдения в соответствии с клиническими рекомендациями

Задача 3.

На амбулаторном приеме ребенок 8 лет

Жалобы: на одышку при физической нагрузке, кашель днем, ночные приступы удушья с малопродуктивным кашлем 1-2 р/неделю. Периодически отмечается назальная обструкция с вязким секретом, утренний зуд в носу.

Анамнез заболевания: болен в течение 2 недель, когда после перенесенной респираторной инфекции почувствовал себя плохо. На 2-3 сутки лихорадка купировалась, однако появился ночной кашель с удушьем, дистанционные сухие хрипы, дневные приступы кашля с небольшим количеством вязкой светлой мокроты. По рекомендации участкового педиатра получал ингаляции с беродуалом, супрастин, лазолван.

Из анамнеза жизни: на первом году жизни проявления пищевой аллергии, с 2-х лет не менее 4-х эпизодов обструктивного бронхита в год.

Наследственность: у матери проявления атопического дерматита до настоящего времени, у брата – аллергический ринит.

Объективно: кожа сухая, чистая, в локтевых и коленных сгибах - гиперпигментация с шелушением. Тургор сохранен, л/у не увеличены. Перкуторно – звук легочной с коробочным оттенком. Аускультативно – жесткое дыхание, выдох удлинен, при форсированном выдохе – сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, ЧСС-100'. Живот мягкий безболезненный, печень не увеличена. Мочится адекватно выпитому, стул 1 раз в 2 суток.

В ОАК – Эр – $4,0 \cdot 10^{12}/л$, HGB – 135 г/л, L – $12,0 \cdot 10^9/л$, П – 2%, С – 46%, ЛФ – 38%, М – 7%, Э – 7%.

Рентгенография ОГП: изменения по обструктивному типу.

Мазок из носа – эозинофилы 6-10 в п/з, на флору – рост *S. aureus*.

Спирометрия: ОФВ₁ – 70% от должноствующего, прирост ОФВ₁ после ингаляции с сальбутамолом на 20%. Общ. IgE – 750 ЕД/мл. IgE спец. к клещу домашней пыли – 42 мкг/л (норма менее 0,3 мкг/л).

1. Обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ 10
2. Дайте характеристику заболевания (иммунопатогенез, фенотипы и эндотипы, клинические проявления)
3. Критерии тяжести заболевания, показания для госпитализации
4. Критерии тяжести обострения, показания для перевода в реанимационное отделение
5. План обследования в соответствии с клиническими рекомендациями
6. Базисная терапия и терапия обострений в соответствии с клиническими рекомендациями. Патогенетическое лечение заболевания
7. Диспансерное наблюдение в соответствии с клиническими рекомендациями

Задача 4.

На амбулаторном приеме пациент 10 лет с жалобами на заложенность носа с мая по июль, чихание, зуд в носу, глазах, слезотечение.

Болен в течение 3-х лет, не обследован. В период обострения нарушен сон, снижена дневная активность. Периодически отмечает покашливание, отхождение мокроты, першение в глотке.

Анамнез жизни: на первом году жизни атопический дерматит, пищевая аллергия. До 3-х лет – рецидивирующий обструктивный бронхит.

Наследственный анамнез: у матери полиноз.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа розовая, влажная. Видимые слизистые глаз гиперемированы, носовое дыхание затруднено, из носа обильное серозное отделяемое. В зеве умеренная гиперемия. В легких дыхание жесткое, хрипов. Тоны сердца ясные ритмичные, живот мягкий, б\б. Диурез адекватен, стул без патологии.

В ОАК Эр – $4,1 \cdot 10^{12}/л$, HGB – 131 г/л, L – $11,0 \cdot 10^9/л$, Б – 1%, Э – 10%, НГ – 39%, ЛФ – 44%, М – 6% , СОЭ – 20 мм/ч.

Мазок из носа: патологической флоры нет, при окраске по Грамму эозинофилы 6-8 в п\зр. Рентгенография ОГП – изменения по бронхитическому типу.

1. Обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ 10
 2. Дайте характеристику заболевания (этиологические факторы, патогенез, классификация, клинические проявления)
 3. План обследования пациента в соответствии с клиническими рекомендациями
 4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
 5. План лечения в соответствии с клиническими рекомендациями.
- Патогенетическая терапия
6. Диспансерное наблюдение в соответствии с клиническими рекомендациями

Задача 5. Анафилактический шок

Больная М., 14 лет, обратилась в приемное отделение по поводу респираторной инфекции. Накануне, 8 часов назад, по поводу лихорадки принимала ибупрофен. После осмотра врачом диагностирована пневмония, госпитализирована, назначен амоксициллин.

Из анамнеза жизни: наблюдается у аллерголога по поводу сезонного аллергического ринита. Год назад отмечались единичные элементы пятнисто-папулезной сыпи на фоне приема ампициллина.

После приема препарата амоксициллин в течение 15-20 мин. у больной появилась головная боль, чувство недомогания, потливость, гипергидроз ладоней. Пациентка почувствовала страх, потемнение в глазах и головокружение.

Объективно: возбуждена, речь бессвязная, выполняет движения по голосовой команде. Кожа бледная, влажная, акроцианоз, гипергидроз ладоней. Тургор тканей сохранен. Мышечный тонус несколько снижен. Над легкими выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 48'. Тоны сердца приглушены, учащены до 120', АД 70/45 мм. рт. ст. Живот мягкий, малоболезненный в эпигастрии. Непроизвольного отделения мочи нет.

1. Обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ 10
2. Дайте характеристику заболевания (этиологические факторы, патогенез, диагностические критерии, клинические варианты течения)
3. Критерии степени тяжести. Оценка уровня сознания по шкале Глазго. Окажите неотложную помощь в соответствии с клиническими рекомендациями
4. Критерии госпитализации пациента в отделение ОРИТ
5. План обследования в соответствии с клиническими рекомендациями
6. План диспансерного наблюдения в соответствии с клиническими рекомендациями

Задача 6.

Мальчик Д., 4 мес., родился доношенным. В родильном доме – отказ от расширенного неонатального скрининга. До 2-х мес. развивался нормально, в последующем – рецидивирующий кандидоз слизистых ротовой полости, периодически – диарея. В течение 2-х недель повышение температуры до 38,5 °С, кашель, одышка. Госпитализирован.

Объективно: Пониженного питания, дефицит массы 20%. Кожные покровы бледные,

сыпи на конечностях. Периферические лимфоузлы не пальпируются. При аускультации дыхание жесткое, мелкопузырчатые хрипы. ЧД-72'. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС- 130'. Живот вздут, печень +4 см. Стул жидкий, со слизью.

На рентгенограмме ОГП – признаки атипичной пневмонии. При бактериологическом исследовании бронхоальвеолярного лаважа – *Pneumocystis carinii*.

В ОАК: эритроциты – $3,1 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты – $5,7 \cdot 10^9/л$, HGB – 96 г/л, HГ – 75%, ЛФ – 12%, М – 8%, Э – 5%.

В иммунограмме: $\downarrow CD3^+$ – 0,8% ($0,06 \cdot 10^9/л$), $\downarrow CD3^+CD4^+$ – 0,6% ($0,04 \cdot 10^9/л$), $\downarrow CD3^+CD8^+$ – 0,2% ($0,02 \cdot 10^9/л$), $\uparrow CD19^+$ – 72% ($0,49 \cdot 10^9/л$), $\downarrow IgG$ – 0,06 г/л, $\downarrow IgM$ – 0,19 г/л, $\downarrow IgA$ – 0,01 г/л. ПЦР ВИЧ – отр.

1. Обоснуйте предварительный клинический диагноз в соответствии с МКБ 10
2. Дайте характеристику заболевания (патогенез, клинические проявления, прогноз)
3. Какие лабораторные данные подтверждают диагноз?
4. Показания для госпитализации, принципы маршрутизации в иммунологические отделения федеральных центров
5. План обследования пациента
6. План лечения пациента
7. План диспансерного наблюдения

Задача 7.

Мальчик И., 7 лет. До 9 мес. развивался нормально, в последующем – частые респираторные инфекции, рецидивирующий бронхит. Отмечались повторные гнойные отиты, пневмонии с периодичностью 1-2 раза в год. С 4-х лет появились телеангиэктазии на коже и склерах, с 2-х лет – шаткость походки.

Объективно: кожные покровы бледные, периферические л/у не пальпируются, атрофия миндалин. В легких дыхание жесткое, мелкопузырчатые влажные хрипы ЧД-62'. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС-136'. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены, стул регулярный.

НС: признаки мозжечковой атаксии, косоглазие, скандированная речь, снижение сухожильных рефлексов. На рентгенограмме ОГП – признаки хронической пневмонии.

В ОАК: эритроциты – $3,4 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты – $8,6 \cdot 10^9/л$, HGB – 89 г/л, HГ – 64%, ЛФ – 22%, М – 10%, Э – 4%.

В иммунограмме: $CD3^+$ – $\downarrow 42\%$ ($0,79 \cdot 10^9/л$), $CD3^+CD4^+$ – $\downarrow 17\%$ ($0,32 \cdot 10^9/л$), $CD3^+CD8^+$ – 24% ($0,45 \cdot 10^9/л$), $CD19^+$ – 12% ($0,22 \cdot 10^9/л$), IgG – 5,6 г/л, IgM – 1,2 г/л, IgA – $\downarrow 0,06$ г/л. АФП – $\uparrow 28$ МЕ/мл (норма 0,7-12,4 МЕ/мл).

1. Обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ10
2. Дайте характеристику заболевания (патогенез, клинические проявления, прогноз)
3. Какие лабораторные данные подтверждают диагноз?
4. Показания для госпитализации, принципы маршрутизации в иммунологические отделения федеральных центров
5. План обследования пациента
6. План лечения и вакцинации пациента
7. Принципы мультидисциплинарного диспансерного наблюдения

Задача 8.

Мальчик С., 1 год. Родился в срок, с массой 3100 г. С первых дней жизни петехиальные кровоизлияния на лице, экхимозы. С 3-х недель повторные респираторные инфекции, диарея с примесью крови, кровоизлияния в кожу при небольших травмах, тромбоцитопения в ОАК. С 3-х мес. распространенная форма атопического дерматита. На 1-м году жизни гнойный отит, дважды пневмонию, гемоколит.

Объективно: m – 8 кг, кожа бледная, петехии от 3 до 5 мм на лице, туловище, конечностях, гематома на левой голени. Распространенные элементы эритематозно-сквамозного атопического дерматита. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД-48'. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС-118'. Живот вздут, печень +3,5 см, селезенка +2 см. Стул 4 р/сут, слизь, прожилки крови.

В ОАК: эритроциты – $3,1 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты – $6,7 \cdot 10^9/л$ тромбоциты – $32 \cdot 10^9/л$, HGB – 90 г/л, HГ – 67%, ЛФ – 24%, М – 8%, Э – 7%.

В иммунограмме: $\downarrow CD3^+$ – 42% ($0,68 \cdot 10^9/л$), $\downarrow CD3^+CD4^+$ – 17% ($0,27 \cdot 10^9/л$), $CD3^+CD8^+$ – 24% ($0,39 \cdot 10^9/л$), IgG – 7,2 г/л, $\downarrow IgM$ – 0,25 г/л, $\uparrow IgA$ – 3,50 г/л, $\uparrow IgE$ – 400 ЕД/мл.

1. Обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ10
2. Дайте характеристику заболевания (патогенез, клинические проявления, прогноз)
3. Какие лабораторные данные подтверждают диагноз?
4. Показания для госпитализации, принципы маршрутизации в иммунологические отделения федеральных центров
5. План обследования пациента
6. План лечения и вакцинации пациента
7. Принципы мультидисциплинарного диспансерного наблюдения

Задача 9.

Девочка М., 14 лет, поступила в клинику с острой долевой пневмонией и опоясывающим лишаем. В течение года у ребенка 3 эпизода гнойного среднего отита,

дважды госпитализирована по поводу пневмонии, периодически – неустойчивый стул. Семейный анамнез без особенностей.

В объективном статусе: Кожные покровы бледные. По ходу межреберных нервов сгруппированные везикулы. Периферические л/у передне- и заднешейные, подчелюстные до 1,2-1,5 см. Носовое дыхание затруднено. В легких по задней поверхности слева крепящиеся хрипы, ЧД-54'. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 120'. Живот мягкий, безболезненный, гепатомегалия +4 см. Стул разжижен, 3 р/сут. Диурез адекватен.

В иммунограмме: CD3⁺ – 72% ($1,9 \cdot 10^9/\text{л}$), CD3⁺CD4⁺ – 38% ($0,9 \cdot 10^9/\text{л}$), CD3⁺CD8⁺ – 30% ($0,7 \cdot 10^9/\text{л}$), CD19⁺ – 19% ($0,4 \cdot 10^9/\text{л}$), IgG – ↓1,9 г/л, IgM – ↓0,25 г/л, IgA – ↓0,09 г/л. АТ к ВИЧ – отр.

1. Обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ10
2. Дайте характеристику заболевания (патогенез, клинические проявления, прогноз)
3. Какие лабораторные данные подтверждают диагноз?
4. Показания для госпитализации, принципы маршрутизации в иммунологические отделения федеральных центров
5. План обследования в соответствии с клиническими рекомендациями
6. План лечения и вакцинации пациента в соответствии с клиническими рекомендациями
7. Принципы мультидисциплинарного диспансерного наблюдения

Задача 10.

Больной Н., 6 лет. Родился доношенным, вес при рождении – 3300 г. Естественное вскармливание до 7 мес. Со второго полугодия жизни – локализованная форма атопического дерматита. Страдает частыми респираторными инфекциями до 10 раз в год. В анамнезе повторные бронхиты, рецидивирующий гнойный гайморит, ячмени, дисбактериоз кишечника.

Объективно: Кожные покровы бледные, сухие, в области локтевых сгибов, подколенных ямок кожа инфильтрирована, утолщена. Периферические л/у шейной группы до 1 см. Носовое дыхание умеренно затруднено. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий, б/б. Печень +1 см, м/э консистенции. Стул неустойчивый, периодически разжиженный 1-2 р/сут.

В иммунограмме: CD3⁺ – 62% ($1,9 \cdot 10^9/\text{л}$), CD3⁺CD4⁺ – 35% ($1,0 \cdot 10^9/\text{л}$), CD3⁺CD8⁺ – 26% ($0,9 \cdot 10^9/\text{л}$), CD19⁺ – 19% ($0,40 \cdot 10^9/\text{л}$), IgG – 7,45 г/л, IgM – 1,15 г/л, IgA – ↓0,04.

Общ. IgE – 240 ЕД/мл. Значительно высокий уровень специфического IgE к белку коровьего молока, рыбе. Микроскопия кала – *Giardia lamblia*.

1. Обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ10
2. Дайте характеристику заболевания (патогенез, клинические проявления, фенотипы заболевания)
3. Назовите лабораторные данные, подтверждающие диагноз
4. Показания для госпитализации
5. План обследования в соответствии с клиническими рекомендациями
6. План лечения и вакцинации пациента в соответствии с клиническими рекомендациями
7. Принципы диспансерного наблюдения

Задача 11.

На приеме ребенок 3,5 года.

Жалобы: частая заболеваемость острыми респираторными инфекциями. Со слов матери «снижен иммунитет», за последние полгода болел 7 раз.

Анамнез жизни и заболевания. Ребенок от первой, нормально протекавшей беременности. Роды физиологичные, в срок. Закричал сразу. Выписан на 5 сутки. До 4-х месяцев получал естественное вскармливание, далее – питание адаптированной смесью. До 3-х лет болел редко. С момента посещения детского сада отмечаются ОРВИ 1-2 р/мес, протекают с лихорадкой, купируются самостоятельно, без антибактериальной терапии. Периодически во время лихорадки мать самостоятельно дает ребенку антибиотики. Отиты, пневмонии, гнойничковые заболевания кожи отрицает. В течение последнего месяца у ребенка затяжной ринит, утренний кашель. Спит с открытым ртом.

Индивидуальный аллергоанамнез: отрицает. НВПС – сыпь.

В быту: условия удовлетворительные.

Вакцинирован по национальному календарю прививок.

Семейный анамнез не отягощен.

Объективно: $t=36,5^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы влажные, чистые, бледно-розовые. Лимфоузлы увеличены подчелюстные, переднешейные до 1 см, подвижные, безболезненные. Миндалины гиперемированы, гипертрофия 2 ст., Носовое дыхание затруднено. По задней стенке глотки слизисто – гнойное отделяемое. ЧДД до 27 в минуту. Перкуторно: легочной звук над всей поверхностью легких. Аускультативно: дыхание жесткое, без хрипов. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС до 105 в минуту. Живот мягкий, пальпация безболезненная. Печень, селезенка не увеличены. Стул 1 р/день, оформлен. Мочеиспускание свободное.

ОАК	RBC	HGB	HCT	PLT	PCT	WBC	Б	Э	П	С	М	Л	СОЭ	ЭДС
Дата	10^{12}	г/л	%	10^3	%	10^9	%	%	%	%	%	%	мм/ч	
	3,28	97	25	204	,156	5,2		2	1	40	7	50	3	отр

Б\х крови: общий белок – 65 г\л, СРБ – отриц., АСЛО – отриц., ферритин – 12 нг.\мкл, сывороточное Fe–6 мкмоль\л.

ЛОР – гипертрофия аденоидов 2 ст, хр. аденоидит, хр. тонзиллит, обострение

Рентгенография ОГП – данных за специфический процесс нет. Тимомегалия 1 ст.

Иммунограмма: $\downarrow$ IgA до 0,35 г\л, IgM, IgG – в норме. Снижение резервной активности нейтрофилов до данным НСТ теста.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз в соответствии с МКБ 10
2. Оцените количество заболеваний и их клинические формы с точки зрения возможности развития ПИДС. Прокомментируйте лабораторные данные.
3. Назначьте специфическую иммунотропную терапию с позиций доказательной медицины.
4. Назначьте неспецифическую иммунотропную терапию с позиции доказательной медицины.
5. Предложите мероприятия по реабилитации ребенка с учетом действующих клинических рекомендаций и протоколов лечения.