

Госпитальная педиатрия

Задача № 1

Девочка В., 8,5 месяцев, доставлена в детскую больницу в связи с внезапным возникновением приступа судорог, остановкой дыхания и цианозом.

Анамнез заболевания: накануне вечером плакала, отмечался монотонный крик, после чего начались судороги, продолжавшиеся 3 минуты.

Во время осмотра участковым педиатром активно сопротивлялась, кричала. Внезапно крик стих, наступила остановка дыхания, появился диффузный цианоз, потеря сознания. Затем возникли судороги тонического характера с распространением их сверху вниз: нахмуренное лицо, вытягивание губ, рук, затем ног. Тонические судороги сменились клоническими, появилось храпящее дыхание. Через 3 минуты судороги спонтанно прекратились, ребенок пришел в сознание и уснул. Участковый педиатр направил ребенка в стационар.

Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекавшей с угрозой прерывания на сроке 25 недель, лечилась стационарно. Роды в срок без патологии. Профилактически во время беременности мать витамин Д не принимала.

Status praesens (при поступлении): ребенок в сознании, температура тела 36,6° С, кожа бледная, чистая. Зев чистый, умеренно гиперемирован. Большой родничок 2,0 × 2,5 см, не выбухает, края податливые. Обращают на себя внимание выступающие лобные бугры. Грудная клетка бочкообразной формы ("сдавлена" с боков), выражена гаррисонова борозда. Мышечный тонус понижен. Симптомы Хвостека, Труссо – положительные. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание жестковатое, хрипов нет с обеих сторон. ЧД – 32 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 0,5 см кнаружи от правой парастернальной линии, верхняя – II межреберье, левая – по левой среднеключичной линии. Пульс – 110 в 1 минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень +2,0 см ниже края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Менингеальных, общемозговых и очаговых симптомов не выявляется. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: HGB – 130 г/л, RBC – $4,5 \times 10^{12}$ /л, MCV – 75 фл, MCH – 26 пг, MCHC – 27 г/л, RDW – 3,5%, PLT – 217×10^9 /л, WBC – $11,2 \times 10^9$ /л, EO – 2%, NEUT – 33% (П – 1%, С – 32%), LYM – 60%, MON – 5%, СОЭ – 8 мм/ч.

Общий анализ мочи: KPO - NEG, BNL - NEG, YRO - NORM, KET – NEG, БЕЛ - NEG, НИТ – NEG, ГЛЮ – NEG, рН. – 5,0, У.В. = 1025, ЛЕЙ - 0-1-2 в п/зр., АСК - 2 mg/dl, COLLT – Yellow, CLAClear.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, мочевины – 4,7 ммоль/л, холестерин – 3,3 ммоль/л, калий – 4,3 ммоль/л, натрий – 138 ммоль/л, кальций ионизированный – 0,6 ммоль/л (N – 1,1-1,2), кальций общий – 1,6 ммоль/л (N – 2,2-2,7), фосфор – 1,3 ммоль/л (N – 1,3-2,1), АЛТ – 23 ЕД/л (N – до 40), АСТ – 19 ЕД/л (N – до 40), серомукоид – 0,180 (N – до 0,200).

Исследование спинномозговой жидкости: ликвор вытекает частыми каплями, прозрачность – прозрачная, белок – 160 мг/л, цитоз – 2/3 мкл: нейтрофилы – 0%, лимфоциты – 100%.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз согласно Х МКБ
2. Каков механизм развития судорожного синдрома у данного ребенка?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие мероприятия Вы сочли бы первичными и неотложными согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР)?
5. Чем опасен судорожный синдром?

Задача № 2

Ребенок 10 месяцев, поступил в состоянии средней тяжести с резкой слабостью, выраженной мышечной гипотонией.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей с нефропатией, первых срочных родов. Первые 7 мес. беременности мать проживала на Севере, питалась в основном консервами. Ребенок до 2 мес. кормился грудью матери, с 2 мес. – питание искусственное, адаптированными смесями, с 3 мес. – в основном кашами. Ребенок часто (каждые 2 мес.) болел ОРВИ, редко бывал на свежем воздухе. Заболевание началось с 4,5 месяцев. В настоящее время отмечают: резкая слабость, беспокойство, потливость, мышечная гипотония. Ребенок отстает в психомоторном развитии, 2 недели назад переболел ОРВИ.

Status praesens: температура тела 36,7° С. Ребенок не сидит, не стоит. Масса тела 8200 г, длина 71 см. Кожа сухая, бледная, слизистые рта бледные. Зубы – 0/2, обломаны на уровне шеек, с дефектами эмали. Голова с резко выраженными лобными и теменными буграми, "олимпийский лоб". Грудная клетка деформирована – "куриная грудь". При попытке посадить ребенка видна деформация позвоночника (кифоз). Ноги: Х-образное искривление. Правая нога короче левой на 1-1,5 см. Нижняя апертура грудной клетки развернута. Живот распластан. Аускультативно: выслушивается жесткое дыхание. ЧД – 32 в 1 минуту. Границы сердца не расширены. Аускультативно: функциональный систолический шум на верхушке и в V точке. ЧСС – 116 в мин. Печень + 4 см из-под реберного края. Селезенка +2 см из подреберья. Стул через день, "овечий". Нервно-психическое развитие: ребенок безучастен, не проявляет интереса к окружающим, игрушкам. Предречевое развитие задержано.

Общий анализ крови: HGB – 110 г/л, RBC – $3,8 \times 10^{12}$ /л, MCV – 75 фл, MCH – 26 пг, MCHC – 27 г/л, RDW – 3,5%, PLT – 217×10^9 /л, WBC – $7,5 \times 10^9$ /л, EO – 1%, NEUT – 33% (П – 2%, С – 31%), LYM – 63%, MON – 3%, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: КРО - NEG, BNL - NEG, YRO - NORM, KET – NEG, БЕЛ - NEG, НИТ – NEG, ГЛЮ – NEG, рН. – 5,0, У.В. = 1025, ЛЕЙ - 0-1-2 в п/зр., АСК - 2 mg/dl, COLLT – Yellow, CLAClear.

Биохимический анализ крови: общий белок – 65,0 г/л, холестерин – 4,6 ммоль/л, глюкоза – 4,3 ммоль/л, кальций ионизированный – 0,6 ммоль/л (N – 1,1-1,2), кальций общий – 1,6 ммоль/л (N – 2,2-2,7), фосфор – 1,1 ммоль/л (N – 1,3-2,1), ЩФ – 950 ЕД/л (N – до 600).

Рентгенограмма трубчатых костей: выраженный остеопороз, размытость и нечеткость зон предварительного обызвествления.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз согласно X МКБ.
2. Что способствовало развитию заболевания у этого ребенка?
3. Ваши представления о патогенезе заболевания.
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
5. Назначьте лечение согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР).

Задача № 3

У мальчика 2,5 лет, после употребления в пищу ухи появился зуд, жжение языка, необильная пруригинозная сыпь на лице, туловище и ногах.

Анамнез заболевания: впервые изменения на коже в виде покраснения на щеках, ягодицах, в естественных складках появились в 3 месяца после введения в пищу адаптированной молочной смеси, был переведен на гипоаллергенную смесь – высыпания на коже уменьшились, но совсем не прошли. После года кожные высыпания стали распространенными, занимали большую площадь поверхности кожи, беспокоит выраженный зуд. При соблюдении гипоаллергенной диеты кожа становилась чистой. Мать больного страдает бронхиальной астмой.

Анамнез жизни: ребенок от 2 беременности, протекавшей физиологически. Роды 2 срочные. У матери – поллиноз, у отца – Бронхиальная астма

Status praesens: больной повышенного питания. Кожные покровы сухие, отмечается диффузное шелушение. Кожа на щеках, в подколенных ямках, на запястьях гиперемирована, инфильтрирована, с мокнутием и корками. Слизистая рта чистая, язык "географический". В легких дыхание пуэрильное. Живот мягкий, определяется урчание по ходу толстой кишки. Стул неустойчивый, жидкий, с примесью светлой слизи.

Общий анализ крови: HGB – 112 г/л, RBC – $3,8 \times 10^{12}/л$, MCV – 75 фл, MCH – 26 пг, MCHC – 27 г/л, RDW – 3,5%, PLT – $217 \times 10^9/л$, WBC – $7,0 \times 10^9/л$, EO – 12%, NEUT – 37% (П – 2%, С – 35%), LYM – 47%, MON – 4%, СОЭ – 6 мм/ч.

Общий анализ мочи: КРО - NEG, BNL - NEG, YRO - NORM, KET – NEG, БЕЛ - NEG, НИТ – NEG, ГЛЮ – NEG, pH. – 5,0, У.В. = 1025, ЛЕЙ - 0-1-2 в п/зр., АСК - 2 mg/dl, COLLT – Yellow, CLAClear.

Специфический IgE: титр антител к рыбе 1:280 (N – 1:30), к белку коровьего молока 1:920 (N – 1:80).

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

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз согласно X МКБ.
2. Каковы механизмы развития аллергических реакций?
3. Чем характеризуется аллергическая реакция I типа (немедленного)?
4. Назовите принципы питания детей 1-го года жизни с аллергией к белкам коровьего молока
6. Назначьте лечение согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР).

Задача № 4

Ребенок 5 месяцев поступил в детскую больницу на лечение и обследование.

Анамнез жизни: девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. Закричала сразу, к груди приложена на первые сутки, выписана из роддома на 6-е сутки. Период новорожденности протекал без особенностей. В возрасте 1 мес. из-за гипогалактии у матери стала получать адаптированные смеси. С 1,5 мес. на искусственном вскармливании. С этого времени прибавляла в массе больше нормы. В настоящее время масса тела 8500,0

Анамнез жизни: ребенок от 3 беременности, протекавшей с анемией, роды срочные физиологические. У матери – пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров. Ребенок в 3 мес. перенес ОРВИ, протекавшую с небольшим повышением температуры, серьезным выделением из носа. Лечение симптоматическое.

Анамнез заболевания: заболевание началось остро, с подъема температуры до 38° С. На следующий день состояние резко ухудшилось: появились пароксизмальный кашель, одышка с затрудненным свистящим дыханием.

Status praesens: состояние тяжелое. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. ЧД – 68 в минуту. Перкуторно над легкими легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно – масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в самом начале выдоха. Границы сердца: правая – на 0,5 см кнутри от правого края грудины, верхняя – 2 межреберье, левая – на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС – 140 в 1 мин. Температура тела 38,6° С. Зев слегка гиперемирован. Живот вздут, при пальпации безболезненный. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Стул 2 раза, кашицеобразный, желтый, без патологических примесей. Мочеиспускание без особенностей.

Общий анализ крови: HGB – 118 г/л, RBC – $4,3 \times 10^{12}$ /л, MCV – 75 фл, MCH – 26 пг, MCHC – 27 г/л, RDW – 3,5%, PLT – 217×10^9 /л, WBC – $6,2 \times 10^9$ /л, EO – 3%, NEUT – 31% (П – 1%, С – 30%), LYM – 58%, MON – 8%, СОЭ – 15 мм/ч.

Общий анализ мочи: КРО - NEG, BNL - NEG, YRO - NORM, KET – NEG, БЕЛ - NEG, НИТ – NEG, ГЛЮ – NEG, рН. – 5,2, У.В. = 1023, ЛЕЙ - 0-1-2 в п/зр, АСК - 2 mg/dl, COLLT – Yellow, CLAClear.

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

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз согласно Х МКБ.
2. Назовите основные звенья патогенеза заболевания.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение, обозначьте тактику оказания неотложной помощи при острой дыхательной недостаточности лечение согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР).
5. Укажите прогноз заболевания.

Задача № 5

Мальчик 3 года. Родители обратились к врачу с жалобами на длительный кашель после ОРВИ, повышение температуры.

Анамнез жизни: Мальчик от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 2600 г, длина 51 см. Закричал сразу, к груди приложен на первые сутки. Выписан из роддома на 6-й день. Период новорожденности протекал без особенностей. С 2,5 месяцев переведен на искусственное вскармливание. Сидит с 7 месяцев, стоит с 10 месяцев, ходит с 1 года. С 5 месяцев отмечаются локальные проявления атопического дерматита. Профилактические прививки проводились по индивидуальному календарю. С 2,5 лет посещает детский сад. С этого же времени часто болеет ОРВИ, которые протекают с длительным кашлем. Носовое дыхание постоянно затруднено. ЛОР-врач диагностировал аденоидные вегетации II степени.

Семейный анамнез: у матери ребенка – сезонный аллергический риноконъюнктивит, пищевая и лекарственная аллергия, отец – практически здоров, много курит.

Анамнез заболевания: заболевание началось с повышения температуры, головной боли, отделяемого из носа, сухого кашля, который постепенно стал влажным. Кашель усиливался утром. Иногда приступы кашля заканчивались рвотой. Симптоматическое лечение (микстура от кашля) облегчения не приносило. На третий день болезни появилась одышка, затрудненное свистящее дыхание. Был приглашен участковый педиатр.

Status praesens: состояние ребенка тяжелое. Выражены бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, ринорея. Кашель влажный, малопродуктивный. Температура тела 37,2° С. Грудная клетка бочкообразно вздута, перкуторный звук с коробочным оттенком. При аускультации на фоне удлиненного выдоха выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы,

мелкопузырчатые влажные на вдохе, выдох резко удлинен. ЧД – 42 в 1 минуту. Границы сердца в пределах возрастной нормы, шумов нет. ЧСС – 110 в 1 мин. Зев слегка гиперемирован. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1,5 см из-под правого края реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул и мочеиспускание без особенностей.

Общий анализ крови: HGB – 120 г/л, RBC – $5,1 \times 10^{12}/л$, MCV – 75 фл, MCH – 26 пг, MCHC – 27 г/л, RDW – 3,5%, PLT – $217 \times 10^9/л$, WBC – $4,9 \times 10^9/л$, EO – 3%, NEUT – 50% (П – 2%, С – 48%), LYM – 38%, MON – 9%, СОЭ – 16 мм/ч.

Общий анализ мочи: КРО - NEG, BNL - NEG, YRO - NORM, KET – NEG, БЕЛ - NEG, НИТ – NEG, ГЛЮ – NEG, рН. – 5,3, У.В. = 1021, ЛЕЙ - 0-1-2 в п/зр, АСК - 2 mg/dl, COLLT – Yellow, CLAClear.

Рентгенография органов грудной клетки: повышена пневматизация легких, отмечается усиление легочного рисунка, особенно в области корней легких, за счет сосудистого компонента и перибронхиальных изменений.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз согласно Х МКБ.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР).
4. Напишите план диспансерного наблюдения.
5. Каков прогноз у ребенка и какую информацию следует донести до курящих родителей.

Задача № 6

Мальчик 9 лет, заболел остро. Заболевание началось с подъема температуры до $39,0^{\circ}C$, затем появился сухой, навязчивый, болезненный кашель, головная боль.

Анамнез заболевания: впервые подъем температуры зафиксирован сутки назад, после приема жаропонижающих температура практически не снижалась, присоединился сухой, навязчивый кашель. Был вызван участковый врач-педиатр на дом.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении, первых преждевременных родов. В периоде новорожденности – синдром дыхательных расстройств. Находился на искусственном вскармливании с рождения. На первом году жизни трижды перенес ОРВИ. В последующие годы ребенок часто болел ОРВИ (4-5 раз в год), перенес лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Страдает поливалентной (пищевой, лекарственной) аллергией. Привит по возрасту, реакций на прививки не было.

Status praesens (на дому): состояние среднетяжелое, жалобы на головную боль, сухой навязчивый кашель. Кожные покровы бледные, с "мраморным" рисунком. Слизистые чистые, суховатые, задняя стенка глотки с лимфоидной гиперплазией, конъюнктивы отечны, гиперемированы. Пальпируются передне- и заднешейные лимфатические лимфоузлы, множественные, мелкие, плотные. Дыхание хрипящее. ЧД – 32 в 1 минуту. Грудная клетка вздута, правая половина отстаёт в дыхании. Перкуторно – справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно – дыхание жесткое, над областью притупления – ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, шумов нет, ЧС 120 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: HGB – 115 г/л, RBC – $4,8 \times 10^{12}/л$, MCV – 75 фл, MCH – 26 пг, MCHC – 27 г/л, RDW – 3,5%, PLT – $217 \times 10^9/л$, WBC – $18,6 \times 10^9/л$, EO – 1%, NEUT – 67% (П – 10%, С – 57%), LYM – 23%, MON – 9%, СОЭ – 28 мм/ч.

Общий анализ мочи: КРО - NEG, BNL - NEG, YRO - NORM, КЕТ – NEG, БЕЛ - NEG, НИТ – NEG, ГЛЮ – NEG, pH. – 5,0, У.В. = 1025, ЛЕЙ - 0-1-2 в п/зр, АСК - 2 mg/dl, COLLT – Yellow, CLAClear.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз согласно Х МКБ и обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Какие существуют критерии эффективности проводимой терапии?
4. Назначьте лечение согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР).
5. Какие осложнения могут быть у данного заболевания?

Задача № 7

Девочка 5 лет, осмотрена врачом скорой помощи по поводу гипертермии и болей в животе.

Анамнез заболевания: известно, что девочка больна в течение 4 дней, когда появились катаральные явления и повысилась температура до 39,4° С.

Мама давала ребенку жаропонижающие препараты, температура снижалась кратковременно, затем вновь повышалась до 38,8-39° С. Накануне мать отметила, что состояние ребенка резко ухудшилось: появились болезненный кашель с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб, боли в правом боку. Ночь провела беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Утром мама вызвала скорую помощь.

Анамнез жизни: ребенок от 2 беременности, протекавшей с поздним гестозом (нефропатия 1 степени). Роды в срок при помощи операции кесарева сечения. Состояла на учете невролога до 1 года. Перенесла ветряную оспу, корь. ОРВИ до 3 раз в год.

Status praesens: врач обратил внимание на заторможенность девочки, бледность кожных покровов с выраженным румянцем щек, особенно справа, бледность ногтевых лож, одышку в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. ЧД – 38 в 1 минуту. Ребенок лежал на правом боку с согнутыми ногами. Наблюдалось отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого легкого. Отмечалось укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого легкого по задней поверхности. Над поверхностью левого легкого перкуторный звук имел коробочный оттенок. Хрипы не выслушивались. Соотношение пульса к частоте дыхания составило 2:1. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца приглушены, учащены. ЧСС – 89 в 1 минуту. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: HGB – 134 г/л, RBC – $4,8 \times 10^{12}$ /л, MCV – 75 фл, MCH – 26 пг, MCHC – 27 г/л, RDW – 3,5%, PLT – 217×10^9 /л, WBC – $16,2 \times 10^9$ /л, NEUT – 74% (Ю – 2%, П – 8%, С – 64%), LYM – 24%, MON – 2%, СОЭ – 22 мм/ч.

Общий анализ мочи: КРО - NEG, BNL - NEG, YRO - NORM, КЕТ – NEG, БЕЛ - NEG, НИТ – NEG, ГЛЮ – NEG, pH. – 4,9, У.В. = 1020, ЛЕЙ - 0-1-2 в п/зр, АСК - 2 mg/dl, COLLT – Yellow, CLAClear.

Рентгенограмма органов грудной клетки: выявляется инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого легкого, повышение прозрачности легочных полей слева.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз согласно ХМКБ..

2. О какой этиологии заболевания следует думать в данном клиническом случае? Чем обусловлена тяжесть заболевания?
3. Назовите группы антибиотиков, которые используются в терапии данного заболевания.
4. Назначьте лечение, окажите помощь больному с гипертермией лечение согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР)..
5. Назовите критерии выздоровления.

Задача № 8

Мальчик 8 лет, поступил в детскую больницу с жалобами на затрудненное дыхание, частый стул до 6-7 раз в сутки.

Анамнез заболевания: болен с рождения, когда при рождении была диагностирована пневмония, затем пневмонии повторялись 2-3 раза в год. Лечились по месту жительства. Данное заболевание началось 3 дня назад, когда поднялась температура до 38,8 градусов С, затем присоединилась одышка, сухой, болезненный кашель. Обратились к врачу по месту жительства, был госпитализирован по месту жительства и проведена консультация по санитарной авиации. Принято решение госпитализировать ребенка в пульмонологическое отделение краевого стационара.

Анамнез жизни: ребенок от 3-й беременности (дети от 1-й и 2-й беременности умерли в неонатальном периоде от мекониевого илеуса). Болен с рождения: постоянный кашель, на 1-м году трижды перенес пневмонию. Затем неоднократно госпитализировался с жалобами на высокую температуру, одышку, кашель с трудно отделяемой мокротой. Страдает хроническим пансинуситом.

Status praesens: состояние очень тяжелое. Масса тела 29 кг, рост 140 см. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Носовое дыхание затруднено. Симптомы "часовых стекол" и "барабанных палочек". ЧД – 40 в 1 минуту, ЧСС – 120 в 1 мин. АД 90/60 мм рт. ст. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторный звук над легкими с тимпаническим оттенком. Аускультативно – справа дыхание ослаблено, слева – жесткое. Выслушиваются разнокалиберные влажные и сухие хрипы, больше слева. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. Печень выступает из-под края реберной дуги на 6 см, край плотный, поверхность гладкая, селезенка не увеличена. Стул 1 – 2 раза в сутки, обильный, жирный, «замазкообразный». Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: HGB – 100 г/л, RBC – $3,3 \times 10^{12}$ /л, MCV – 75 фл, MCH – 26 пг, MCHC – 27 г/л, RDW – 3,5%, PLT – 217×10^9 /л, WBC – $7,7 \times 10^9$ /л, EO – 3%, NEUT – 62% (П – 8%, С – 54%), LYM – 25%, MON – 10%, СОЭ – 45 мм/ч.

Общий анализ мочи: КРО – NEG, BNL – NEG, YRO – NORM, KET – NEG, БЕЛ – NEG, НИТ – NEG, ГЛЮ – NEG, рН – 5,1, У.В. = 1023, ЛЕЙ – 0-1-2 в п/зр, АСК – 2 mg/dl, COLLT – Yellow, CLAClear.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, альбумины – 46%, α_1 -глобулины – 9%, α_2 -глобулины – 15%, β -глобулины – 10,5%, γ -глобулины – 19,5%, тимоловая проба – 9,0, СРБ – ++, ЩФ – 850 Ед/л (N – 220-820), АЛТ – 36 Ед/л, АСТ – 30 Ед/л.

Потовый тест («Macroduct»): проводимость хлоридов пота – 120 ммоль/л.

Копрограмма: большое количество нейтрального жира.

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена за счет левой доли, уплотнена, неоднородна, сосудистый рисунок по периферии обеднен, умеренное разрастание соединительной ткани. Поджелудочная железа – 15 × 8 × 25 мм, увеличена, диффузно уплотнена, имеет нечеткие контуры. Желчный пузырь S-образной формы, с плотными стенками. Селезенка увеличена, уплотнена, стенки сосудов плотные, селезеночная вена извита.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз согласно X МКБ. Каковы этиология и патогенез основного заболевания?
2. Какие специалисты должны проконсультировать ребенка?
3. Составьте план дальнейшего обследования и лечения согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР)..
4. Назначьте лечение, окажите помощь при острой дыхательной недостаточности.
5. Каков прогноз при данном заболевании?

Задача № 9

Девочка 6 лет. Участковый врач посетил ребенка на дому по активу, полученному от врача неотложной помощи. Жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание.

Анамнез заболевания: Заболела ночью, когда внезапно появился приступообразный кашель, свистящее дыхание. Была вызвана бригада Скорой медицинской помощи, проведены ингаляции с беродуалом и дексаметазоном через небулайзер. Состояние несколько улучшилось, кашель стал влажным, дыхание перестало быть свистящим, но сухие свистящие хрипы в легких при auscultation выслушиваются.

Анамнез жизни: девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3400 г, длина 52 см. Период новорожденности – без особенностей. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. До 1 года жизни страдала детской экземой. Не переносит коровье молоко, рыбу (на коже появляются высыпания). С 3 лет посещает детский сад, после чего болеет респираторными инфекциями практически ежемесячно, эпизоды свистящего затрудненного дыхания отмечаются 1-2 раза в неделю. Приступы кашля при физической нагрузке, в ночное время 3-4 раза в месяц. Постоянно нарушено носовое дыхание.

Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница, у отца – язвенная болезнь желудка, у бабушки по материнской линии бронхиальная астма. Настоящий приступ возник после употребления в пищу большого количества шоколада. Врачом неотложной помощи проведены экстренные мероприятия. Приступ купирован. Актив передан участковому врачу.

Status praesens: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, синева под глазами. На щеках, за ушами, в естественных складках рук и ног сухость, шелушение, расчесы. Язык "географический", заеды в углах рта. Дыхание свистящее, слышное на расстоянии. Выдох удлинен. ЧД – 38 в 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно – масса сухих хрипов по всей поверхности легких. Границы сердца: правая – на 1 см кнутри от правого края грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 72 в 1 мин. Зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Селезенка не увеличена. Стул ежедневный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: HGB – 118 г/л, RBC – $4,3 \times 10^{12}$ /л, MCV – 75 фл, MCH – 26 пг, MCHC – 27 г/л, RDW – 3,5%, PLT – 217×10^9 /л, WBC – $13,2 \times 10^9$ /л, EO – 14%, NEUT – 49% (П – 1%, С – 48%), LYM – 29%, MON – 8%, СОЭ – 3 мм/ч.

Общий анализ мочи: KPO – NEG, BNL – NEG, YRO – NORM, KET – NEG, БЕЛ – NEG, НИТ – NEG, ГЛЮ – NEG, pH. – 5,3, У.В. = 1022, ЛЕЙ – 0-1-1 в п/зр, АСК – 0-1 mg/dl, COLLT – Yellow, CLAClear.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз согласно X МКБ, оцените тяжесть течения заболевания и уровень контроля.
2. Окажите неотложную помощь ребенку с приступом удушья

3. Какие дополнительные исследования, проведенные во внеприступном периоде, подтвердят данную форму заболевания лечение согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР).?
4. Назначьте базисную терапию.
5. Какую связь имеют заболевания у родителей и у ребенка?

Задача № 10

Данил И., 4 года. Родители ребенка обратились за медицинской помощью по поводу грубого, непродуктивного кашля, который сохраняется в течение 1,5 месяцев.

Анамнез заболевания: кашель усиливается по ночам и в утренние часы, при физической нагрузке, эмоциональном волнении. Носовое дыхание затруднено в течение 1,5 месяцев, отделяемого из носа нет.

Анамнез жизни: Ребенок от беременности, протекавшей сугрозой прерывания в 17 недель, лечилась амбулаторно. В 37 недель беременности перенесла грипп. Роды в срок, физиологические.

Status praesens: пониженного питания, носовое дыхание резко затруднено, параорбитальный цианоз, поперечная складка на спинке носа. Слизистые полости рта розовые, чистые. Грудная клетка эмфизематозно вздута, втяжение податливых мест грудной клетки, при перкуссии – коробочный оттенок звука, при аускультации – дыхание жесткое, сухие свистящие хрипы над всей поверхностью легких, выдох удлиннен, ЧД – 38 в 1 мин. Сердечные тоны ритмичные, ясные, ЧСС – 89 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание без особенностей.

Семейный аллергоанамнез отягощен: у матери и бабушки – поллиноз (риноконъюнктивальный синдром).

Общий анализ крови: HGB – 129 г/л, RBC – $4,8 \times 10^{12}$ /л, MCV – 75 фл, MCH – 26 пг, MCHC – 27 г/л, RDW – 3,5%, PLT – 217×10^9 /л, WBC – $6,6 \times 10^9$ /л, EO – 5%, NEUT – 51% (П – 1%, С – 50%), LYM – 38%, MON – 6%, СОЭ – 11 мм/ч.

Общий анализ мочи: КРО – NEG, BNL – NEG, YRO – NORM, KET – NEG, БЕЛ – NEG, НИТ – NEG, ГЛЮ – NEG, рН – 4,9, У.В. = 1020, ЛЕЙ – 0-1-1 в п/зр, АСК – 1 mg/dl, COLLT – Yellow, CLAClear.

Общий IgE 53 МЕ/мл.

Специфический IgE: молоко коровы +, пшеничная мука +, шерсть кролика +, клещ Фарины +.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз согласно Х МКБ.
2. Какое дополнительное обследование необходимо провести лечение согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР).?
3. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?
4. Назначьте пациенту лечение.
5. Какие профилактические мероприятия порекомендуете пациенту?

Задача № 11

Мальчик 4 мес. Госпитализирован в детское отделение с жалобами матери на повышение температуры до $37,5^{\circ}\text{C}$, сухой кашель на протяжении 2-х месяцев.

Анамнез заболевания: ребенок болен с рождения. С первых дней жизни отмечался конъюнктивит, постепенно присоединился нарастающий кашель «стокатто», тахипное без температурной реакции.

Анамнез жизни: Ребенок от 1 беременности, во время которой у матери выявлена хламидийная инфекция гениталий. Роды 1, срочные. Масса при рождении 2900 г, длина – 48 см. Закричал сразу. К груди приложен на 1 сутки. Находился на естественном вскармливании.

Status praesens: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Кашель сухой, «коклюшеподобный», но без реприз, нарастающая одышка. ЧД – 60 в минуту. Перкуторно над легкими – легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно – рассеянные влажные мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон, выдох удлинен. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 132 в минуту. Живот мягкий безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул 4 раза в сутки, кашицеобразный, желтого цвета, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: HGB – 109 г/л, RBC – $3,9 \times 10^{12}$ /л, MCV – 78 фл, MCH – 27 пг, MCHC – 28 г/л, RDW – 3,0%, PLT – 213×10^9 /л, WBC – $18,5 \times 10^9$ /л, EO – 8%, NEUT – 70% (П – 6%, С – 64%), LYM – 17%, MON – 5%, СОЭ – 13 мм/ч.

Общий анализ мочи: KPO - NEG, BNL - NEG, YRO - NORM, KET – NEG, БЕЛ - NEG, НИТ – NEG, ГЛЮ – NEG, рН. – 5.1, У.В. = 1023, ЛЕЙ - 0-2-1 в п/зр, АСК - 1 mg/dl, COLLT – Yellow, CLAClear.

Рентгенография органов грудной полости: на фоне вздутия легочной паренхимы выявлено усиление легочного рисунка множество мелких инфильтративных очажков.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз согласно Х МКБ.
2. Назначьте дополнительное обследование больного лечение согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР)..
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Обоснуйте заключительный диагноз.
5. Этиология. Патогенез.
6. Лечение.
7. Прогноз, исход.

Задача № 12

Ребенок П. 11 месяцев, поступил в больницу с жалобами на отсутствие аппетита, отставание в весе, обильный, зловонный стул.

Анамнез заболевания: болен с 5 месяцев, когда в питание была введена манная каша, после чего ухудшился аппетит, появился жидкий обильный стул, периодическая рвота, живот увеличился в объеме, стала нарастать дистрофия.

Анамнез жизни: ребенок от 3 беременности, 3-их родов (1-й ребенок умер от «кишечной инфекции», 2-й здоров). Настоящая беременность протекала с нефропатией. Роды срочные, масса при рождении – 3500 г, длина – 54 см. Вскармливание естественное до 4-х месяцев, далее – искусственное. Прикорм манной кашей с 5 месяцев. Рос и развивался хорошо до введения прикорма.

Status praesens: состояние тяжелое. Масса тела 7,5 кг, рост 72 см, тургор тканей снижен. Кожные покровы бледные, сухие. Волосы сухие, тусклые, ломкие. Умеренно выраженная отечность на голенях, передней брюшной стенке, рахитоподобные изменения костей. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 120 в минуту. Живот увеличен в размере, мягкий, при пальпации болезненный. Печень выступает из-под реберного края на 2 см. Стул 10 раз в сутки, обильный, зловонный, пенистый, с жирным блеском. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: HGB – 112 г/л, RBC – $4,2 \times 10^{12}$ /л, MCV – 78 фл, MCH – 28 пг, MCHC – 29 г/л, RDW – 3,1%, PLT – 242×10^9 /л, WBC – $11,5 \times 10^9$ /л, EO – 6%, NEUT – 70% (П – 4%, С – 66%), LYM – 19%, MON – 5%, СОЭ – 15 мм/ч.

Общий анализ мочи: KPO - NEG, BNL - NEG, YRO - NORM, KET – NEG, БЕЛ - NEG, НИТ – NEG, ГЛЮ – NEG, рН. – 5.0, У.В. = 1022, ЛЕЙ - 0-2-2 в п/зр, АСК - 1 mg/dl, COLLT – Yellow, CLAClear.

Биохимический анализ крови: общий белок – 40 г/л, альбумины – 40%, глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β – 20%, γ – 25%; мочевины – 3,7 ммоль/л; билирубин – 7,0 мкмоль/л; холестерин – 1,9 ммоль/л; общие липиды – 2,5 г/л (N – 4,50-7,00 г/л); калий – 3,7 ммоль/л; натрий – 140 ммоль/л; кальций ионизированный – 0,54 ммоль/л; фосфор – 0,93 ммоль/л; глюкоза – 4,7 ммоль/л; ЩФ – 830 ЕД/л (N до 600).

Копрограмма: форма – кашицеобразная, цвет – светло-желтый, запах – гнилостный, слизь и кровь – отсутствуют, мышечные волокна – немного, нейтральные жиры – единичные, жирные кислоты – много, крахмал – много.

Анализ кала на дисбактериоз: общее количество кишечной палочки – 3×10^8 (N – $3 \times 10^8 - 4 \times 10^8$), стафилококковая флора 30^5 (N до 25^5), бифидобактерии 10^2 (N – более 10^7).

Исследование кала на сывороточный белок: реакция положительная.

Исследование кала на углеводы: реакция положительная.

Пилокарпиновая проба: хлориды пота – 39 мэкв/л.

Антитела к деамидированным пептидам глиадина (IgA, IgG) – пол.

Рентгенограмма органов брюшной полости: в петлях тонкой и толстой кишки повышено содержание газов, отмечены уровни жидкости.

УЗИ органов брюшной полости: печень – увеличена, зерниста, неоднородна; поджелудочная железа увеличена в хвосте, паренхима неоднородна. Желчный пузырь без особенностей.

Эзофагогастродуоденоскопия: пищевод и желудок не изменены, двенадцатиперстная кишка обычного вида, начальные отделы тощей кишки – слизистая сглажена, атрофична, умеренно выраженная поперечная исчерченность складок. Взята биопсия из 3-х точек 12-перстной и тощей кишки.

Гистологическое исследование слизистой тощей кишки: атрофические изменения слизистой оболочки в виде полного исчезновения ворсин, увеличение глубины крипт.

Генетическое обследование – выявлена HLA-DQ 2.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз согласно Х МКБ.
2. Оцените проведенное обследование
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Обоснуйте заключительный диагноз.
5. Этиология и патогенез заболевания.
6. Назначьте лечение согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР)..
7. Прогноз, исход.

Задача № 13

Ребенок 3 мес. Переведен в детское соматическое отделение из хирургического, где находился на операции по поводу пилоростеноза, для коррекции массы тела.

Анамнез жизни: ребенок от молодых, здоровых родителей, от 1 беременности, протекавшей физиологически. Роды 1, срочные. Масса тела при рождении 3100 г, длина 50 см. Находится на естественном вскармливании. Прибавляла каждый месяц по 300 г, так как после кормления наблюдалась рвота «фонтаном». Был госпитализирован в хирургическое отделение, где было проведено оперативное лечение.

Status praesens: в соматическом отделении состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, эластичность сохранена, тонус мышц несколько понижен. Подкожно-

жировой слой истончен на туловище, отсутствуют физиологические складки на нижних конечностях. Дыхание пуэрильное. ЧД – 40 в 1 минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС – 110 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не увеличена. Стул 4 раза в сутки, желтого цвета, кашецеобразный, без патологических примесей. Мочеиспускание без особенностей.

При контрольном кормлении установлено, что ребенок за одно кормление высасывает 100 мл молока. При химическом анализе оказалось, что содержание жира в женском молоке составляет 2,9%, содержание белка, углеводов, минеральных солей нормальное.

Общий анализ крови: HGB – 120 г/л, RBC – $4,5 \times 10^{12}$ /л, MCV – 78 фл, MCH – 28 пг, MCHC – 29 г/л, RDW – 3,1%, PLT – 242×10^9 /л, WBC – $9,5 \times 10^9$ /л, EO – 2%, NEUT – 48% (П – 2%, С – 46%), LYM – 45%, MON – 5%, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: КРО - NEG, BNL - NEG, YRO - NORM, KET – NEG, БЕЛ - NEG, НИТ – NEG, ГЛЮ – NEG, pH. – 5,0, У.В. = 1025, ЛЕЙ - 0-1-2 в п/зр, АСК - 2 mg/dl, COLLT – Yellow, CLAClear.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз согласно Х МКБ.
2. Назначьте обследование больного согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР)...
3. Укажите возможные причины заболевания.
4. Каков механизм развития заболевания?
5. Заключительный диагноз?
6. Диетотерапия.
7. Лечение.
8. Прогноз, исход.

Задача № 14

Мальчик, 7 лет. Жалобы на приступообразный влажный кашель с обильной слизисто-гнойной мокротой, особенно по утрам, повышенную утомляемость, субфебрильную температуру. Ухудшение состояния наблюдается в течение последних 2 недель.

Анамнез заболевания: ребенок болен с годовалого возраста, когда первый раз лечился в стационаре по поводу пневмонии по месту жительства в участковой больнице. Мать отмечает частые ОРВИ (5-6 раз в год). Ежегодно 3-4 раза болеет бронхитами и пневмонией (диагнозы устанавливались без рентгенологического обследования).

Анамнез жизни: Ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне хронического бронхита у матери. Роды в срок при помощи операции кесарева сечения, так как наблюдалась слабость родовой деятельности и диагностирована брадикардия у плода.

Status praesens: ребенок отстаёт в физическом развитии. Грудная клетка деформирована («грудь сапожника»). Концевые фаланги пальцев изменены по типу «барабанных палочек». При перкуссии, по задней поверхности справа, ниже угла лопатки определяется укорочение перкуторного звука, там же выслушиваются стойкие сухие и влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД – 30 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, на верхушке выслушивается систолический шум. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на +2 см, селезенка не увеличена. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: HGB – 101 г/л, RBC – $3,6 \times 10^{12}$ /л, MCV – 75 фл, MCH – 26 пг, MCHC – 27 г/л, RDW – 3,2%, PLT – 240×10^9 /л, WBC – $7,8 \times 10^9$ /л, EO – 3%, NEUT – 72% (П – 4%, С – 68%), LYM – 19%, MON – 6%, СОЭ – 19 мм/ч.

Общий анализ мочи: КРО - NEG, BNL - NEG, YRO - NORM, KET – NEG, БЕЛ - NEG, НИТ – NEG, ГЛЮ – NEG, pH. – 5,1, У.В. = 1025, ЛЕЙ - 0-1-2 в п/зр, АСК - 2 mg/dl, COLLT – Yellow, CLAClear

Рентгенография органов грудной полости: на фоне эмфиземы справа определяется понижение прозрачности легочной ткани. Междолевая плевро утолщена. Корни расширены, не структурные. Легочный рисунок деформирован по крупноячеистому типу.

Бронхография: справа в нижней доле (9-10 сегменты) выявлены мешотчатые бронхоэктазы.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз согласно Х МКБ.
2. Назначьте необходимое дополнительное обследование согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР)...
3. Какие возбудители чаще всего высеваются из мокроты у подобных больных?
4. Патогенез.
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Назначьте лечение.
7. Показано ли хирургическое лечение у данного больного?
8. Прогноз, исход.

Задача № 15

Больной П. 7 лет обратился в приемное отделение детской больницы в связи с травмой коленного сустава. Жалобы на ограничение подвижности, боли в правом коленном суставе, появившиеся спустя 2 часа после падения с качелей.

Анамнез заболевания: у мальчика с 1 года после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3, 4, 5 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность и ограничение подвижности в них. Во все перечисленные случаи ребенок госпитализировался в стационар для проведения специфической терапии.

Анамнез жизни: Ребенок от 1 физиологически протекающей беременности, 1 срочных родов. Роды без патологии

Семейный анамнез: дедушка со стороны матери в детстве имел подобные жалобы и на протяжении всей жизни госпитализировался в стационар для проведения специфического лечения.

Status praesens: при поступлении состояние ребенка тяжелое. Беспокоит боль в правом коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях и на лбу крупные гематомы. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены, в области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объема, как следствие травмы, перенесенной в 4 летнем возрасте.

Общий анализ крови: HGB – 100 г/л, RBC – $3,0 \times 10^{12}$ /л, Ретикулоциты – 3%, PLT – 300×10^9 /л, WBC – $8,3 \times 10^9$ /л, EO – 3%, NEUT – 66% (П – 3%, С – 63%), LYM – 22%, MON – 9%. СОЭ – 12 мм/ч.

Общий анализ мочи: КРО - NEG, BNL - NEG, YRO - NORM, KET – NEG, БЕЛ - NEG, НИТ – NEG, ГЛЮ – NEG, pH. – 5,0, У.В. = 1025, ЛЕЙ - 0-1-2 в п/зр, АСК - 2 mg/dl, COLLT – Yellow, CLAClear

Длительность кровотечения по Дьюку: 1 мин. 30 сек.

Время свертывания крови по Ли-Уайту: более 15 минут.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз согласно Х МКБ.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР).?
3. Что лежит в основе патогенеза данного заболевания?

4. На что следует обратить внимание при сборе анамнеза у родителей ребенка?
5. Назначьте лечение больному.
6. Почему боль в суставе возникла только через 2 часа после травмы?
7. Какие виды физиотерапии показаны при поражении суставов?

Задача № 16

Девочка Д., 12 лет поступила в клинику с жалобами на повышение температуры, боли в ногах, слабость, тошноту, рвоту, носовое кровотечение.

Анамнез заболевания: в течение последних 2-х месяцев девочка начала быстро уставать, ухудшился аппетит. Родители заметили, что 2 недели назад ребенок побледнел. Состояние ухудшилось 7 дней назад, когда повысилась температура до $39,3^{\circ}\text{C}$, увеличились подчелюстные и подмышечные лимфоузлы. В амбулаторном анализе крови выявлен гиперлейкоцитоз до $100 \times 10^9/\text{л}$, с подозрением на хронический лейкоз девочка госпитализирована в гематологическое отделение.

Анамнез жизни: девочка от 2 беременности, протекавшей на фоне пиелонефрита у матери. Роды срочные физиологические.

Status praesens: состояние ребенка тяжелое. Резко выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, на конечностях многочисленные экхимозы. Пальпируются подчелюстные, шейные, подмышечные лимфоузлы размерами от 1,5 до 2,0 см, подвижные, безболезненные; 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, при пальпации безболезненный. Печень +4,0 см, селезенка +3,0 см ниже края реберной дуги. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига, болезненность при поколачивании по груди.

Общий анализ крови: HGB – 86 г/л, RBC – $3,3 \times 10^{12}/\text{л}$, PLT – $23,0 \times 10^9/\text{л}$, WBC – $108,0 \times 10^9/\text{л}$, NEUT – 81% (Бласты – 76%, П – 1%, С – 4%), LYM – 19%, СОЭ – 64 мм/ч.

Общий анализ мочи: КРО - NEG, BNL - NEG, YRO - NORM, KET – NEG, БЕЛ - NEG, НИТ – NEG, ГЛЮ – NEG, рН. – 5,0, У.В. = 1025, ЛЕЙ - 0-1-2 в п/зр, АСК - 2 mg/dl, COLLT – Yellow, CLAClear.

Миелограмма: костный мозг гиперплазирован, бласты – 96%, нейтрофильный росток – 2%, эритроидный росток – 2%, мегакариоциты – не найдены.

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

Иммунологическое исследование костного мозга: выявлены маркеры зрелой Т-клетки.

Исследование ликвора: цитоз – 180/3, белок – 950 ммоль/л, реакция Панди +++, бласты – 99%.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз согласно Х МКБ
2. Уточните ведущую концепцию этиологии лейкозов.
3. Какие методы исследования необходимо дополнительно провести ребенку согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР).?
4. Объясните патогенез клинических симптомов, тип кровоточивости.
5. Назовите основные этапы лечения этого заболевания и современные программы терапии.

Задача № 17

Девочка О., 7 лет поступила в детскую больницу с жалобами на появление сыпи на коже, боли в животе и суставах. Боли в животе носят схваткообразный характер. В области левого коленного и левого голеностопного суставов и ягодицах отмечается мелкоточечная красноватая сыпь.

Анамнез заболевания: 3 недели назад ребенок перенес лакунарную ангину, по поводу которой получал амоксициллин. Через 2 недели на коже ног и ягодицах появилась мелкоточечная сыпь, непостоянные боли в правом коленном суставе.

Анамнез жизни: девочка от 2 физиологически протекающей беременности, 1 физиологических срочных родов.

Status praesens: состояние ребенка тяжелое. Вялый, адинамичный. Вынужденная поза тела: лежит с поджатыми к животу коленями. На коже ног, ягодицах, мочках ушей отмечается мелкоточечная, местами сливная красновато-синюшная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи. Правый коленный и левый голеностопный суставы отечны, болезненны при пальпации и движении, горячие на ощупь, над ними геморрагическая сливная сыпь. Живот при пальпации болезненный по ходу кишечника, печень, селезенка не увеличены. Стул скудный, небольшими порциями, кашицеобразный, цвета «малинового желе». Мочится свободно, безболезненно, моча светлая.

Общий анализ крови: RBC – $3,7 \times 10^{12}/л$, HGB – 112 г/л, MCV – 83 фл, MCH – 28 пг, MCHC – 32,6%, RDW – 13,7%, WBC – $12,0 \times 10^9/л$, HCT – 38%, PLT – $229,0 \times 10^9/л$, NEUT – 76% (Ю – 1%, П – 7%, С – 68%), LYM – 22%. MON – 2%, СОЭ – 37 мм/час.

Общий анализ мочи: КРО - NEG, BNL - NEG, YRO - NORM, KET – NEG, БЕЛ - NEG, НИТ – NEG, ГЛЮ – NEG, pH. – 5,0, У.В. = 1025, ЛЕЙ - 0-1-2 в п/зр, АСК - 2 mg/dl, COLLT – Yellow, CLAClear

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, мочевины – 3,6 ммоль/л, креатинин – 48 ммоль/л, билирубин общий – 19,2 мкмоль/л, АСТ – 24 ЕД, АЛТ – 19 ЕД.

Коагулограмма: время свертывания по Ли-Уайту – 1,9 мин., фибриноген 5,9 г/л.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз. Согласно Х МКБ
2. Какие факторы способствуют развитию патологического процесса?
3. Объясните патогенез основных клинических синдромов заболевания.
4. Составьте план лечения больного согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР), , принципы диетотерапии.
5. Прогноз. Исход.

Задача № 18

Больной М., 5 лет, поступил в отделение детской больницы с носовым кровотечением, кровоточивостью десен.

Анамнез заболевания: 2 недели назад перенес ОРВИ, после чего на различных участках тела, без определенной локализации появились экхимозы различной величины не связанные с травмой и мелкоточечная геморрагическая сыпь, особенно на лице. Участковый педиатр поставлен диагноз: геморрагический васкулит.

Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне анемии. Роды 1 срочные физиологические

Status praesens: состояние ребенка тяжелое, обращает на себя внимание обильный геморрагический синдром в виде экхимозов различной величины и давности, на руках, шее, лице петехиальные элементы.

В носовых ходах тампоны, пропитанные кровью. Во рту явления геморрагического гингивита. Периферические лимфоузлы мелкие, подвижные, безболезненные, с подлежащими тканями не спаяны. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, на верхушке выслушивается легкий систолический шум. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул 1 раз в сутки, обычной консистенции, коричневого цвета, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Положительный симптом «жгута».

Общий анализ крови: HGB – 98 г/л, RBC – $3,2 \times 10^{12}/л$, PLT – $10 \times 10^9/л$, WBC – $7,4 \times 10^9/л$, EO – 3%, NEUT – 62% (П – 1%, С – 61%), LYM – 27%, MON – 8%, СОЭ – 6 мм/ч.

Общий анализ мочи: KPO - NEG, BNL - NEG, YRO - NORM, KET – NEG, БЕЛ - NEG, НИТ – NEG, ГЛЮ – NEG, pH. – 5,2, У.В. = 1024, ЛЕЙ - 0-1-3 в п/зр, АСК - 4 mg/dl, COLLT – Yellow, CLAClear

Миелограмма: костный мозг клеточный, бластные клетки – 1,5%, мегакариоцитарный росток раздражен, нарушена отшнуровка тромбоцитов от мегакариоцитов.

Коагулограмма: ретракция кровяного сгустка не произошла. Длительность кровотечения по Дьюку – 16 минут, время свертывания крови по Ли-Уайту – 6 минут.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз согласно Х МКБ.
2. Перечислите возможные провоцирующие этиологические факторы.
3. Уточните основные аспекты патогенеза.
4. Основные принципы терапии данного заболевания согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР)..
5. Какие существуют методы остановки носового кровотечения?
6. Исход, прогноз.

Задача № 19

Девочка П., 4 года, поступила в отделение гематологии с жалобами на бледность и желтушность кожных покровов, вялость, повышение температуры до $37,5^{\circ}C$.

Анамнез заболевания: Состояние ухудшилось 2 дня назад, когда повысилась температура до $38^{\circ}C$, девочка пожелтела.

Анамнез жизни: девочка родилась от 2 беременности, протекавшей с токсикозом второй половины, 1 срочных родов. При рождении отмечалась выраженная желтушность кожных покровов, проводилось заменное переливание крови. Эпизоды желтушности кожных покровов регистрировались в возрасте 1 года, 2 и 3 года, но к врачу не обращались.

Генеалогический анамнез: у матери периодически желтеют склеры, у бабушки по материнской линии в возрасте 10 лет удалили селезенку.

Status praesens: состояние ребенка тяжелое. Девочка адинамичная, сонливая. Кожа и слизистые оболочки бледные с иктеричным оттенком. Обращает внимание высокая степень стигматизации (>7), в том числе: башенный череп, готическое небо, седловидная переносица, гипертелоризм сосков, сандалевидная щель, аномальное прорезывание зубов, синдактилия. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца учащены, приглушены, выслушивается систолический шум на верхушке, и в V точке, экстракардиально не проводится. ЧСС – 140 в 1 минуту Живот мягкий, пальпация безболезненный. Печень + 1 см, селезенка + 5 см ниже края реберной дуги, плотно-эластической консистенции. Стул 1 раз в сутки, коричневого цвета, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча интенсивно окрашена.

Общий анализ крови: HGB – 53 г/л, RBC – $2,0 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты – 17%, ЦП – 0,9, PLT – $280 \times 10^9/л$, WBC – $13,2 \times 10^9/л$, EO – 3%, NEUT – 53% (П – 2%, С – 51%), LYM – 37%, MON – 7%, СОЭ – 30 мм/ч.

Общий анализ мочи: КРО - NEG, BNL - NEG, YRO - NORM, KET - NEG, БЕЛ - NEG, НИТ - NEG, ГЛЮ - NEG, рН. - 5,2, У.В. = 1024, ЛЕЙ - 0-1-3 в п/зр, АСК - 4 mg/dl, COLLT - Yellow, CLAClear

Биохимический анализ крови: общий белок - 65 г/л, билирубин общий - 167 мкмоль/л, непрямой - 152 мкмоль/л, прямой - 15 мкмоль/л, АСТ - 15 ЕД/л, АЛТ - 10 ЕД/л. Свободный гемоглобин крови - отсутствует. Сывороточное железо - 30 мкмоль/л. Фетальный гемоглобин - 2%. Проба Кумбса - отрицательная.

Осмотическая резистентность эритроцитов: min - 0,82%, max - 0,32%; 50% эритроцитов представлены сфероцитами.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз согласно Х МКБ.
2. Уточните патогенез и тип гемолиза.
3. Какие лабораторные признаки гемолиза имеются у данной больной?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
7. Укажите основные направления неотложной терапии по купированию гемолитического криза.
8. Какой метод лечения является оптимальным, показан ли он данной больной
Состояние ухудшилось 2 дня назад, когда повысилась температура до 38° С, девочка пожелтела?

Задача № 20

Мальчик С., 1 года 3 месяцев, поступил в гематологическое отделение детской больницы с жалобами матери на снижение аппетита, вялость, извращение вкуса (лизет стены, ест землю).

Анамнез заболевания: В возрасте 1 года мальчик был отправлен в деревню, где питался, в основном, коровьим молоком, кашами, овощами и ягодами; от мясных продуктов отказывался. Там же впервые обратили внимание на извращение аппетита. По возвращении в город обратились к врачу. Было проведено исследование крови, где обнаружено снижение уровня гемоглобина до 80 г/л, и ребенок был госпитализирован.

Анамнез жизни: ребенок от I беременности, протекавшей с анемией во второй половине (никаких противоанемических препаратов во время беременности мать не принимала). Роды I, срочные, физиологические. Масса тела при рождении 3200 г, длина - 50 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. На грудном вскармливании находился до 3-х месяцев. Затем вскармливание смесью "Малютка", с 5 месяцев введен прикорм преимущественно манной кашей, с 11 месяцев - мясное пюре (ел плохо). Прививки сделаны по календарю. Перед проведением прививок анализы крови и мочи не делали.

Status praesens: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, волосы тусклые, ломкие. Мальчик капризный, достаточно активен. Перкуторно над легкими - легочный звук, аускультативно - пуэрильное дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧД - 30 в 1 минуту. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, на верхушке выслушивается короткий систолический шум, экстракардиально не проводится. ЧСС - 126 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень выступает из-под реберного края на 2,5 см. Селезенка не пальпируется. Стул 1 раз в сутки, оформленный обычной окраски, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча светлая. Менингеальной и очаговой симптоматики не выявляется.

Общий анализ крови: RBC - $2,8 \times 10^{12}/л$, HGB - 76 г/л, WBC - $13,2 \times 10^9/л$, PLT - $312 \times 10^9/л$, НСТ - 21% (N - 33,0-41,0%), MCV - 75 фл (N - 75,0-95,0 фл), MCH - 26 пг (N - 27,0-31,0 пг), MCHC - 10,3 г/л (N - 32,0-37,0 г/л), RDV - 17% (N - 11,6-14,8%),

ретикулоциты – 2,8%, ЕО – 2%, NEUT – 32% (П – 2%, С – 30%), LYM – 58%, MON – 8%, СОЭ – 21 мм/ч.

Общий анализ мочи: КРО - NEG, BNL - NEG, YRO - NORM, KET – NEG, БЕЛ - NEG, НИТ – NEG, ГЛЮ – NEG, рН. – 5,3, У.В. = 1022, ЛЕЙ - 0-2-3 в п/зр, АСК - 4 mg/dl, COLLT – Yellow, CLAClear

Биохимический анализ крови: общий белок – 63 г/л; мочеви́на – 3,4 ммоль/л; билирубин общий – 20,5 мкмоль/л; калий – 4,1 ммоль/л; натрий – 136 ммоль/л; кальций (ионизированный) – 1,1 ммоль/л (N – 0,8-1,1); фосфор – 1,4 ммоль/л (N – 0,6-1,6); сывороточное железо – 4,3 мкмоль/л (N – 10,4-14,2); ОЖСС – 103 мкмоль/л (N – 63,0-80,0); свободный HGB – не определяется (N – нет).

Анализ кала на скрытую кровь (троекратно): отрицательный.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз согласно Х МКБ.
2. Какие причины способствовали развитию заболевания у данного ребенка?
3. Какое лечение необходимо назначить ребенку согласно Фежеральным клиническим рекомендациям (ФКР)?
4. Какова продолжительность курса лечения и реабилитационного периода при данном заболевании?
5. Каким препаратам в настоящее время отдаётся предпочтение при терапии подобных состояний

Задача № 21

Больной В., 3 г. 4 мес. поступил в стационар с жалобами на одышку и тахикардию при физической и эмоциональной нагрузке, слабость, цианотичную окраску кожных покровов.

Анамнез заболевания: одышка у ребенка появилась на втором месяце жизни, во время кормлений и при беспокойстве. При кормлении отмечалась быстрая утомляемость, вплоть до отказа от груди. С 4 месяца жизни отмечалась недостаточная прибавка массы тела, впервые с этого возраста стал отмечаться цианоз кожи при крике, беспокойстве ребенка. С 10 мес. неоднократно отмечались приступы одышки, тахикардии, при которых кожные покровы были резко цианотичны. Однократно, во время приступа отмечалась потеря сознания. Мальчик бронхитами и пневмониями не болел.

Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, в 7 недель мать переболела гриппом, не лечилась. Роды в срок физиологические

Status praesens: значительно отстает в физическом развитии, масса тела 10 кг, кожные покровы с цианотичным оттенком. Пульс ритмичный, хорошо определяется на руках и ногах. Пальцы на кистях рук изменены в виде «барабанных палочек», ногти деформированы в виде «часовых стекол». Грудная клетка уплощена. Умеренно выражена эпигастральная пульсация. Во 2-м межреберье слева от грудины пальпируется систолическое дрожание. Границы относительной сердечной тупости: правая – немного кнутри от правой парастеральной линии, верхняя – II-е межреберье, левая – на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца удовлетворительной громкости, второй тон ослаблен во II межреберье слева от грудины. ЧСС – 122 уд/мин, ЧД – 28 в 1 минуту. Во II межреберье слева от грудины выслушивается грубый, скребущего характера шум, проводится вдоль левого края грудины, хорошо проводится на сосуды шеи, на спину. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: RBC – $5,4 \times 10^{12}$ /л, MCV – 84 фл, WBC – $5,5 \times 10^9$ /л, HGB – 174 г/л, MCH – 31 пг, MCHC – 32,6%, RDW – 12,7%, НСТ – 39%, PLT – $236,0 \times 10^9$ /л, MPV – 8,6 фл, PDW – 17%, PCT – 0,35%, ЕО – 2%, NEUT – 29% (П – 3%, С – 26%), LYM – 63%, MON – 6%, СОЭ – 2 мм/час.

Общий анализ мочи: Glu. – neg., Bil - neg., SG – 1014, pH – 8,0, Pro -abs, Uro - neg., Leu – 1-2 в п/зр., Bld - neg.

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, АЛТ – 23 ЕД/л (N – до 40), АСТ – 19 ЕД/л (N – до 40), серомукоид – 0,180 (N – до 0,200).

Кисотно-основное состояние крови: pO_2 – 62 мм рт ст (N – 80-100), pCO_2 – 50 мм рт ст (N – 36-40), pH – 7,29, BE – 8,5 ммоль/д (N – +2,3).

ЭКГ: ЭОС отклонена вправо, ритм синусовый, признаки гипертрофии правого желудочка. Нарушение процессов реполяризации в миокарде левого желудочка.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз согласно Х МКБ.
2. Какова анатомия данного порока.
3. Каков патогенез появления диффузного цианоза, тахикардии и одышки.
4. Какие дополнительные обследования следует провести для уточнения диагноза согласно Фежеральным клиническим рекомендациям (ФКР)??
5. Какие изменения возможны на рентгенограмме?
6. Назначьте лечение одышечно-цианотического приступа.
7. В чем заключается оперативное лечение данного порока
8. Можно ли назначать для лечения данного порока сердечные гликозиды?

Задача № 22

Больной Р., 1 года 3 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.

Анамнез заболевания: мать считает ребенка больным с возраста 1 года 2 мес., когда он перенес ОРВИ. Заболевание сопровождалось умеренно выраженными катаральными явлениями в течение 5 дней (насморк, кашель), в это же время отмечался жидкий стул, температура – 37,2-37,5° С в течение 2 дней. С этого времени мальчик стал вялым, периодически отмечалась рвота, преимущественно по ночам возникали приступы беспокойства, влажного кашля. Стал уставать «ходить ножками». Значительно снизился аппетит. Обращались к врачу, состояние расценено как астенический синдром. В общем анализе крови: HGB – 100 г/л, WBC – $6,4 \times 10^9$ /л, EO – 1%, NEUT – 50% (П – 2%, С – 48%), BAS – 1%, LYM – 45%, MON – 3%, СОЭ – 11 мм рт. ст. С диагнозом: «Железодефицитная анемия» ребенок госпитализирован. Накануне поступления состояние мальчика резко ухудшилось: был крайне беспокоен, отмечалась повторная рвота, выявлена гепатомегалия до + 7 см из-под реберной дуги.

Анамнез жизни: мальчик от 11 беременности, 11 срочных родов, протекавших физиологически. До 10 месяцев в развитии не отставал. Ходит с 9 месяцев, в массе прибавлял хорошо. Всегда был подвижным, активным.

Status praesens: состояние тяжелое. Выражены вялость, адинамия, аппетит отсутствует. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника, на голених – отеки. В легких при перкуссии – коробочный оттенок звука, аускультативно – дыхание жестковатое, в нижних отделах – влажные разнокалиберные хрипы. ЧД – 60 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней подмышечной линии. Тоны глухие, систолический шум короткий, малоинтенсивный на верхушке, ЧСС – 160 в 1 мин. Печень + 7 см по правой средне-ключичной линии, селезенка + 2 см. Мочится мало, стул оформлен.

Общий анализ крови: RBC – $4,0 \times 10^{12}$ /л, MCV – 72 фл, HGB – 100 г/л, MCH – 25,0 пг, MCHC – 31,3%, RDW – 13,7%, HCT – 32%, PLT – $230,0 \times 10^9$ /л, MPV – 8,9 фл, PDW – 16%,

RCT – 0,34%, WBC – $6,6 \times 10^9/\text{л}$, NEUT – 76% (П – 6%, С – 70%), LYM – 22%, MON – 2%, СОЭ – 15 мм/час.

Общий анализ мочи: Glu. – neg., Bil - neg., SG – 1014, pH – 5,0, Protein ++, Uro - neg., Leu – 2-3 в п/зр., Bld - neg.

Задание

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите ребенку согласно Х МКБ?
2. Предположительно, какой этиологии данное заболевание?
3. Какие вирусы тропны к миокарду?
6. Какие дополнительные обследования необходимо провести согласно Фежеральным клиническим рекомендациям (ФКР)??
7. Какие изменения могут быть на ЭКГ?
8. Какие показатели по данным эхокардиограммы могут быть изменены?
9. Назначьте лечение данному ребенку.
10. Какой из механизмов действия сердечных гликозидов используется в данной ситуации, если Вы рекомендуете их назначить?
11. Какие диуретики Вы назначите больному и почему?

Задача № 23

Мальчик И., 11 лет, поступил в отделение без направления поликлиники.

Анамнез заболевания: 2,5 месяца назад перенес скарлатину (типичная форма, средней степени тяжести). Получал антибактериальную терапию. Через месяц был выписан в школу. Тогда же стали отмечать изменения почерка, мальчик стал неусидчивым, снизилась успеваемость в школе, появилась плаксивость. Вскоре мама стала замечать у ребенка подергивания лицевой мускулатуры, неточность движений при одевании и во время еды. Периодически повышалась температура до субфебрильных цифр, катаральных явлений не было. Обратились к врачу, был сделан анализ крови, в котором не выявлено изменений. Был поставлен диагноз: грипп, астенический синдром. Получал виферон в течение 7 дней, без эффекта. Неврологические расстройства нарастали: усилились проявления гримасничанья, мальчик не мог самостоятельно одеться, иногда требовалась помощь при еде, сохранялась плаксивость и раздражительность, в связи с чем больной обратился в стационар за медпомощью.

Анамнез жизни. Ребенок от 1 беременности, 1 срочных родов. Патологии во время беременности и родов не выявлено. Рос и развивался соответственно возрасту. Привит по календарю.

Status praesens: при поступлении состояние тяжелое. Мальчик плаксивый, раздражительный, быстро устает, отмечается скандированность речи, неточное выполнение координационных проб, мышечная гипотония, гримасничанье. При перкуссии легких – легочной звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в 1 мин. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца умеренно приглушены, выслушивается негрубый систолический шум на верхушке, занимающий 1/2 систолы, не проводящийся экстракардиально. ЧСС – 82 в 1 мин. АД – 92/46 мм рт ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: RBC – $3,4 \times 10^{12}/\text{л}$, MCV – 84 фл, HGB – 94 г/л, MCH – 28 пг, MCHC – 30,6%, RDW – 13,2%, HCT – 37%, PLT – $250,0 \times 10^9/\text{л}$, MPV – 6,9 фл, PDW – 16%, RCT – 0,34%, WBC – $12,8 \times 10^9/\text{л}$, EO – 2%, NEUT – 61% (П – 5%, С – 56%), LYM – 34%, MON – 3%, СОЭ – 32 мм/ч.

Общий анализ мочи: Glu. – neg., Bil - neg., SG – 1014, pH – 5,0, Protein ++, Uro - neg., Leu – 2-3 в п/зр., Bld - neg.

Задание

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз по X МКБ.
2. Какие клинические проявления определяют в данном случае активность процесса?
3. Какие еще обследования следует провести больному для уточнения диагноза и определения характера сердечных изменений согласно Фежеральным клиническим рекомендациям (ФКР)?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Назначьте лечение больного.
6. В консультации какого специалиста нуждается данный пациент?

Задача № 24

Больная Р., 9 лет, поступила в стационар с жалобами на длительный субфебрилитет, слабость и утомляемость, плохой аппетит.

Анамнез заболевания: данные жалобы появились после удаления кариозного зуба 4 недели назад. К врачу родители не обращались, проводили лечение самостоятельно жаропонижающими средствами. Однако лихорадка сохранялась, слабость и ухудшение самочувствия нарастали, в связи с чем ребенок был госпитализирован.

Анамнез жизни: девочка родилась от 1 физиологически протекавшей беременности, 1 срочных родов, в физическом и психомоторном развитии соответствовала возрасту. В возрасте 1 месяца был выслушан систолический шум с *punctum maximum* в III-IV межреберье слева от грудины. После обследования диагностирован дефект межжелудочковой перегородки небольших размеров, расположенный в мембранозной части субаортально. В дальнейшем самочувствие девочки оставалось хорошим, признаков сердечной недостаточности не наблюдалось, лечения не получала.

Status praesens: состояние больной тяжелое, очень бледная, вялая, отмечается одышка в покое до 28 в минуту. При перкуссии над легкими – легочной звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. При пальпации верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в IV-V межреберье на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. В области III-IV межреберья слева определяется систолическое дрожание, диастолическое дрожание во II-III межреберье слева от грудины. Границы сердца при перкуссии: правая – по правому краю грудины, верхняя – во II межреберье, левая – на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. При аускультации: в III-IV межреберье слева от грудины выслушивается грубый, скребущего тембра систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 3/4 систолы; шум проводится практически над всей областью сердца. Во II-III межреберье слева от грудины выслушивается протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. Во II межреберье слева – акцент II тона. ЧСС – 100 в 1 мин. АД 115/40 мм рт.ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: RBC – $3,4 \times 10^{12}/л$, MCV – 103 фл, WBC – $16,6 \times 10^9/л$, HGB – 96 г/л, MCH – 28,2 пг, MCHC – 27,5%, RDW – 14,5%, HCT – 35%, PLT – $230,0 \times 10^9/л$, MPV – 8,9 фл, PDW – 16%, PCT – 0,34%, NEUT – 76% (П – 6%, С – 70%), LYM – 22%, MON – 2%, СОЭ – 39 мм/час.

Общий анализ мочи: Glu. – neg., Bil - neg., SG – 1010, pH – 8,0, Pro -0, 05 г/л, Uro - neg., Leu – 1-2 в п/зр., Bld - neg.

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

Задание

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз согласно X МКБ.
2. Что явилось предрасполагающим фактором при развитии данного заболевания?

3. Какие еще обследования необходимо провести данной больной? Каковы их предполагаемые результаты согласно Фежеральным клиническим рекомендациям (ФКР)?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Назначьте лечение больной.
7. Почему именно данный вариант анатомического расположения ДМЖП осложнен?
8. Почему снижено диастолическое давление?
9. Ожидаемые эхокардиографические результаты.

Задача № 25

Больной О., 13 лет, поступил в отделение повторно для проведения комплексной терапии.

Анамнез заболевания: заболевание началось в 3-летнем возрасте, когда после перенесенного гриппа мальчик стал хромать – как оказалось при осмотре, из-за поражения коленного сустава. Сустав был шаровидной формы, горячий на ощупь, отмечалось ограничение объема движений. В дальнейшем отмечалось вовлечение других суставов в патологический процесс. Практически постоянно ребенок получал нестероидные противовоспалительные препараты, на этом фоне отмечались периоды ремиссии продолжительностью до 10-12 месяцев, однако заболевание постепенно прогрессировало. В периоды обострения больной предъявлял жалобы на утреннюю скованность.

Анамнез жизни. Мальчик от 11 беременности, протекавшей с угрозой прерывания, 11 срочных физиологических родов. Рос и развивался соответственно возрасту. Привит по календарю.

Status praesens: состояние тяжелое, отмечается дефигурация и припухлость межфаланговых, лучезапястных, локтевых суставов, ограничение движений в правом тазобедренном суставе. В легких при перкуссии легочной звук, дыхание чистое, хрипов нет. ЧД – 20 в 1 мин. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: RBC – $4,0 \times 10^{12}/л$, MCV – 72 фл, HGB – 100 г/л, MCH – 25,0 пг, MCHC – 31,3%, RDW – 13,7%, HCT – 32%, PLT – $230,0 \times 10^9/л$, MPV – 8,9 фл, PDW – 16%, PCT – 0,34%, WBC – $12,6 \times 10^9/л$, NEUT – 76% (П – 6%, С – 70%), LYM – 22%, MON – 2%, СОЭ – 45 мм/час.

Общий анализ мочи: Glu. – neg., Bil - neg., SG – 1020, pH – 8,0, Pro -0, 033 g/l, Uro - neg., Leu – 1-2 в п/зр., Bld - neg.

Биохимический анализ крови: общий белок – 82 г/л, альбумины – 48%, глобулины: α_1 – 12%, α_2 – 10%, β – 4%, γ – 26%, серомукоид – 0,8 (N – до 0,2 ед. оп. пл.), мочевины – 4,8 ммоль/л, СРБ – 24 мг/л, РФ – положительный.

Рентгенография кистей и лучезапястных суставов определяется выраженный эпифизарный остеопороз. Артрозо-артрит 3 степени лучезапястных, межфаланговых, пястно-фаланговых суставов.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз согласно Х МКБ.
2. Какова патоморфологическая основа процесса?
3. Почему отмечается утренняя скованность?
4. Какие еще обследования следует провести больному согласно Фежеральным клиническим рекомендациям (ФКР)?
5. Консультации каких специалистов необходимы при данном заболевании?

6. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в начале процесса?
7. Назначьте лечение больного.
8. Каков прогноз данного заболевания и чем он определяется?

Задача № 26

Девочка Р., 5 дней, родилась от первой беременности, протекавшей с гестозом легкой степени в 1-й половине, срочных родов на 40 неделе. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Девочка закричала сразу, к груди приложена в родзале. С 3-х суток жизни появилась желтуха. Первые дни ребенок терял в весе. Масса тела на 4-е сутки 2950,0

Status praesens: на 5-й день жизни состояние девочки удовлетворительное, грудь матери сосет хорошо, активна, масса тела 3000 г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы желтушные до 3 зоны, на коже лица, больше на крыльях носа, переносице, имеются беловато-желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота – крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены с обеих сторон до 2 см, при надавливании выделяется бело-молочная жидкость; пупочная ранка чистая. Аускультативно в легких дыхание чистое, хрипы не выслушиваются. ЧД – 43 в 1 минуту. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Сердечные тоны отчетливые, ритмичные. ЧСС – 180 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул в каждое кормление, кашицеобразный с неперевавшими белыми комочками, прожилками слизи. Моча мутная, окрашивает подгузник в красно-коричневый (кирпичный) цвет.

Общий анализ крови: RBC – $5,6 \times 10^{12}/л$, MCV – 85 фл, HGB – 186 г/л, MCH – 31 пг, MCHC – 34%, RDW – 12,5%, HCT – 45%, PLT – $260,0 \times 10^9/л$, WBC – $10,7 \times 10^9/л$, EO – 1%, NEUT – 47% (П – 5%, С – 42%), LYM – 45%, MON – 7%, СОЭ – 2 мм/час.

Общий анализ мочи: Glu. – neg., Bil - neg., SG – 1014, pH – 5,0, Protein ++, Uro - neg., Leu – 2-3 в п/зр., Bld - neg.

Биохимический анализ крови: общий белок – 52,4 г/л, билирубин: непрямой – 126 мкмоль/л, прямой – 1,2 мкмоль/л, АЛТ – 30 ЕД, АСТ – 35 ЕД, мочевины – 4,2 ммоль/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий – 141 ммоль/л, кальций – 2,2 ммоль/л, фосфор – 1,9 ммоль/л, магний – 0,9 ммоль/л.

Задание

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка согласно Х МКБ? С чем их надо дифференцировать согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР)?
2. За счет чего отмечалось падение веса в первые дни жизни?
3. Как должна вести себя весовая кривая в ближайшие дни?
4. Чем объяснить нагрубание молочных желез? Необходим ли осмотр хирурга?
5. Чем обусловлено наличие крупнопластинчатого шелушения? Необходим ли осмотр дерматолога?
6. С чем связано изменение характера стула? Требуется ли экстренная коррекция?
7. Оцените результаты общего анализа крови. Оцените результаты общего анализа мочи. С чем могут быть связаны выявленные изменения? Необходима ли консультация нефролога?
8. Оцените результаты биохимического анализа крови. Чем обусловлены выявленные отклонения?

Задача № 27

Девочка Г., 1-е сутки жизни, находится в родильном доме.

Анамнез жизни: матери 25 лет, она имеет A(II) Rh-отрицательную группу крови. Первая беременность была 3 года назад, закончилась медицинским абортом при сроке 9 недель, осложнений не было.

Настоящая беременность вторая, протекала с токсикозом в первом триместре, в третьем триместре периодически отмечались подъемы АД до 145/90 мм рт. ст. В женской консультации женщина наблюдалась нерегулярно. Роды срочные, самостоятельные. 1-й период – 6 часов 30 минут, 2-й – 25 минут, безводный промежуток – 3 часа. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Сразу при рождении было отмечено желтушное прокрашивание кожных покровов, оболочек пуповины и околоплодных вод. Выявлено увеличение размеров печени до + 4 см и селезенки до + 1,5 см.

Общий анализ крови: RBC – $4,8 \times 10^{12}/л$, MCV – 83 фл, HGB – 149г/л, MCH – 30 пг, MCHC – 33%, RDW – 12,7%, HCT – 38%, PLT – $260,0 \times 10^9/л$, WBC – $18,5 \times 10^9/л$, EO – 1%, NEUT – 67% (П – 5%, С – 62%), LYM – 29%, MON – 3%, СОЭ – 3 мм/час.

Биохимический анализ крови из пуповинной крови: общий билирубин 105 мкмоль/л.

Биохимический анализ крови (4 часа жизни новорожденного): общий билирубин 175 мкмоль/л.

Задание

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае согласно X МКБ?
2. Оцените результаты исследования, проведенного новорожденному в родильном доме. Определите почасовой прирост билирубина в крови.
3. Какое обследование следует провести ребенку для уточнения диагноза согласно Фежеральным клиническим рекомендациям (ФКР)?
3. Какие изменения можно ожидать в общем анализе крови?
4. Этиология данного заболевания.
5. Каков патогенез настоящего заболевания?
6. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?
7. Назначьте и обоснуйте лечение.

Задача № 28

Ребенок И., 8-ой день, находится на посту интенсивной терапии роддома.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, анемией (Hb 98 г/л) во втором триместре (по поводу чего получала препараты железа). Матери 25 лет. В 28 недель была угроза прерывания, лечилась в стационаре. Роды в срок, слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином, гипоксия плода; 1-й период родов – 8 часов, 2-й – 25 минут, безводный промежуток – 10 часов, воды мекониальные. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Закричал после отсасывания слизи. После рождения состояние средней тяжести за счет неврологической симптоматики в виде беспокойства, тремора рук, подбородка. Со стороны внутренних органов патологии не определялось. На 2-е сутки состояние ухудшилось по неврологическому статусу, и ребенок переведен на пост интенсивной терапии.

Status praesens: состояние тяжелое, кожные покровы с сероватым оттенком, акроцианоз, мраморность. Пупочная ранка сухая. Гиперестезии. Зев бледный. В легких дыхание чистое, хрипы не выслушиваются. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 152 в 1 минуту. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый с неперевааренными комочками. Мочеиспускание без особенностей. В неврологическом статусе – крик

монотонный, большой родничок $2,0 \times 2,0$ см, выбухает, открыт сагиттальный шов, выражен симптом Грефе, непостоянное сходящееся косоглазие. Безусловные рефлексы новорожденного снижены, мышечный тонус с тенденцией к гипотонии, сухожильные рефлексы S=D, средней силы. При нагрузке появляется тремор рук. Судорог при осмотре не было.

Общий анализ крови: RBC – $5,8 \times 10^{12}/л$, MCV – 83 фл, HGB – 192 г/л, MCH – 30 пг, MCHC – 33%, RDW – 12,7%, HCT – 40%, PLT – $230,0 \times 10^9/л$, WBC – $12,5 \times 10^9/л$, EO – 1%, NEUT – 67% (П – 5%, С – 62%), LYM – 29%, MON – 3%, СОЭ – 6 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 62,0 г/л, билирубин непрямой – 55 мкмоль/л, прямой – нет, мочевины – 3,3 ммоль/л, калий – 5,5 ммоль/л, натрий – 136 ммоль/л, кальций – 1,1 ммоль/л, магний – 0,5 ммоль/л.

Нейросонограмма в возрасте 8 дней: сглажен рисунок извилин и борозд. Фронтальные рога расширены до 6 мм. Глубина боковых желудочков на уровне тел S=D=7 мм (N – 5 мм). Локальные эхогенные включения в подкорковых ганглиях. Киста сосудистого сплетения справа – 3 мм. Умеренно повышена эхогенность перивентрикулярных областей.

Задание

1. Ваш предварительный диагноз согласно Х МКБ?
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза согласно Фежеральным клиническим рекомендациям (ФКР)?? Возможные результаты?
3. Какие факторы способствовали развитию данной патологии у новорожденного?
4. Этиология гипоксии и асфиксии новорожденного.
5. Патогенез гипоксического поражения ЦНС.
6. Есть ли изменения в биохимическом составе крови? Чем их объяснить?
7. Назначьте лечение.
8. Назовите основные причины неонатальных судорог.

Задача № 29

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

Анамнез жизни: 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-й неделе. 1-й период – 15 часов, 2-й – 25 минут, безводный промежуток – 4 часа. Масса тела при рождении 2850 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 на первые сутки, но у матери гипогалактия. 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 эписилон-аминокапроновая кислота. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась и ребенка перевели в отделение патологии новорожденных.

Status praesens: состояние мальчика средней тяжести, отмечаются лануго, низко расположенное пупочное кольцо, кожные покровы слегка истеричны, в легких дыхание чистое, хрипы не выслушиваются, тоны сердца звучные, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется, мелена. Мочеиспускание без особенностей. В неврологическом статусе – ребенок вялый, рефлексы новорожденного угнетены, мышечный тонус быстро истощается, при нагрузке появляется тремор рук.

Общий анализ крови: RBC – $5,4 \times 10^{12}/л$, MCV – 83 фл, HGB – 180 г/л, MCH – 31 пг, MCHC – 34%, RDW – 13,7%, HCT – 40%, PLT – $310,0 \times 10^9/л$, WBC – $13,9 \times 10^9/л$, NEUT – 54% (П – 3%, С – 51%), LYM – 38%, MON – 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" (N – 40-60"), АЧТВ – 90" (N – 40-60"), протромбиновое время по Квику – 26" (N – 12-15"), тромбиновое время – 30" (N – 28-32"), протромбиновый комплекс – 25%.

Биохимические анализы крови: общий белок – 48,4 г/л, билирубин непрямой – 196 мкмоль/л, прямой – нет, АСТ – 38 ЕД/л, АЛТ – 42 ЕД/л, мочевины – 4,2 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л.

Нейросонограмма: рисунок извилин и борозд сглажен. Эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена. Глубина большой затылочной цистерны 8 мм (N – до 6 мм).

Задание

1. Ваш предварительный диагноз согласно Х МКБ?
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. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
8. Назначьте лечение согласно Фежеральным клиническим рекомендациям (ФКР)?

Задача № 30

Девочка Л. поступила в стационар патологии новорожденных в возрасте 6 дней.

Анамнез жизни: ребенок от женщины 26 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, нефропатией. Роды в срок, слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином. 1-й период 12 часов, 2-й – 25 минут, безводный промежуток – 10 часов, в родах отмечалось затруднение выведения плечиков. Масса тела при рождении 4200 г, длина тела 54 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.

После рождения ребенок был беспокойным, отмечалась гиперактивность, мышечная дистония, объем активных движений в левой руке снижен. В роддоме ребенку проводилось лечение сернокислой магнезией 25% по 0,5 мл в/м, фенотропилом 0,005 × 2 раза, викасолом 0,3 мл в/м № 2. На 6-е сутки ребенок переведен в стационар патологии новорожденных для дальнейшего лечения.

Status praesens (при поступлении): состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы розовые, выражена мраморность кожного рисунка. Пупочная ранка сухая. В легких дыхание чистое. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. Окружность головы – 37 см, большой родничок 2 × 2 см. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Рефлексы новорожденных: орального автоматизма +, но ладонно-ротовой слева не вызывается, хватательный и рефлекс Моро слева снижены. Мышечный тонус дистоничен, 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. На опоре девочка «сидит», автоматическая походка вызывается. Рефлексы: ползания +, защитный +, Переза «обезглавленный», Галанта +, сухожильные рефлексы с ног высокие.

Общий анализ крови: RBC – $6,5 \times 10^{12}/л$, MCV – 86 фл, HGB – 221 г/л, MCH – 31 пг, MCHC – 34%, RDW – 13,7%, HCT – 40%, PLT – $310,0 \times 10^9/л$, WBC – $8,2 \times 10^9/л$, EO – 1%, NEUT – 41% (П – 5%, С – 36%), LYM – 58%, СОЭ – 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 55,0 г/л, билирубин непрямо́й – 68 мкмоль/л, прямо́й – нет, мочеви́на – 4,0 ммоль/л, калий – 6,0 ммоль/л, натрий – 136 ммоль/л, кальций – 1,05 ммоль/л.

Нейросонограмма: немногочисленные эхоплотные включения в подкорковых ганглиях, повышена эхогенность перивентрикулярных областей, глубина большой затылочной цистерны 8 мм (N – 6 мм).

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз согласно X МКБ.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Показано ли этой больной рентгенологическое исследование, и какие изменения Вы ожидаете?
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза согласно Фежеральным клиническим рекомендациям (ФКР)?
5. Нуждается ли данная больная в консультации хирурга?
6. Назначьте лечение.
7. Каков прогноз у этого ребенка и от чего он будет зависеть?
8. Какие осложнения возможны?

Задача № 31

Мальчик К., 8 дней, поступил в отделение патологии новорожденных по направлению районной поликлиники.

Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, гнойным гайморитом в третьем триместре. Роды в срок, физиологичные. Масса тела при рождении 3500 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен на первые сутки, сосал грудь 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 8-й день при патронаже педиатра выявлены пузыри на туловище, в связи с чем ребенок был госпитализирован.

Status praesens (при поступлении): состояние ребенка средней тяжести, вялый, сосет неохотно, периодически срыгивает, температура тела $37,4-37,6^{\circ}C$. Кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком. На коже туловища, бедрах на инфильтрированном основании имеются полиморфные, окруженные венчиком гиперемии, вялые пузыри, диаметром до 2 см, с серозно-гнойным содержимым. На месте вскрывшихся элементов – эрозивные поверхности с остатками эпидермиса по краям. Пупочная ранка чистая. Зев спокойный. В легких дыхание чистое. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. Мочеиспускание без особенностей.

Общий анализ крови: RBC – $5,5 \times 10^{12}/л$, MCV – 85 фл, HGB – 180 г/л, MCH – 31 пг, MCHC – 34%, RDW – 13,7%, HCT – 40%, PLT – $270,0 \times 10^9/л$, WBC – $17,2 \times 10^9/л$, NEUT – 73% (Метамиелоциты – 3%, П – 13%, С – 57%), LYM – 24%, MON – 3%, СОЭ – 9 мм/час.

Общий анализ мочи: BLd – neg, BIL – neg, URO – N, KET – neg, PRO – abs, NIT – neg, GLU – neg, pH – 8,0, S.G = 1004, LEU – 1-2 в п/зр.,

Биохимический анализ крови: общий белок – 52,4 г/л, билирубин: непрямо́й – 51 мкмоль/л, прямо́й – нет, мочеви́на – 4,2 ммоль/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий – 141 ммоль/л, кальций – 2,2 ммоль/л, фосфор – 1,9 ммоль/л.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз согласно X МКБ. Тактика участкового педиатра.
2. Какие дополнительные исследования надо провести для уточнения диагноза согласно Фежеральным клиническим рекомендациям (ФКР)?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Какой этиологический фактор чаще вызывает это заболевание?
5. Какие грам-положительные микроорганизмы Вы знаете?
6. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка?
7. Назначьте лечение.
8. Остаются ли изменения на коже после этого заболевания?
9. Можно ли купать ребенка?

Задача № 32

Мальчик О., 8 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом: перинатальное поражение центральной нервной системы, гнойный омфалит, недоношенность.

Анамнез жизни: ребенок от третьей беременности, протекавшей с нефропатией в третьем триместре, кольпитом. Первая беременность закончилась срочными родами, вторая – самопроизвольным выкидышем. Роды II, преждевременные на 36-й неделе гестации путем кесарева сечения по поводу первичной слабости родовой деятельности, безводный промежуток составил 11 часов. Масса тела при рождении 2550 г, длина тела 46 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. К груди приложен на 4-й день грудь, сосал вяло. Первоначальная потеря массы тела составила 260 г, далее весовая кривая была плоской. Пуповинный остаток обработан хирургически на 2-й день, пупочная ранка мокла, на 7-й день появилось гнойное отделяемое, и ребенок был переведен в стационар.

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

Общий анализ крови: RBC – $4,1 \times 10^{12}/л$, MCV – 80 фл, HGB – 121 г/л, MCH – 27 пг, MCHC – 32%, RDW – 14,5%, HCT – 38%, PLT – $120,0 \times 10^9/л$, WBC – $5,1 \times 10^9/л$, NEUT – 63% (Миелоциты – 4%, Метамиелоциты – 18%, П – 21%, С – 20%), LYM – 18%, MON – 19%, СОЭ – 16 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий билирубин – 205 ммоль/л, прямой – 45 ммоль/л, АСТ – 57 ЕД/л, АЛТ – 42 ЕД/л, креатинин – 76 мкмоль/л, СРБ – 64 г/л (N – до 10 г/л).

Прокальцитонин – 12 нг/мл (N – менее 0,5 нг/мл)

Исследование спинномозговой жидкости: прозрачность – мутная, белок – 9,0 г/л, реакция. Панди – +++++, цитоз – 5960/3 мкл: нейтрофилы – 82%, лимфоциты – 18%.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз согласно Х МКБ
2. Какие дополнительные обследования следует провести для уточнения диагноза согласно Фежеральным клиническим рекомендациям (ФКР)?
3. Какие факторы способствовали развитию данной патологии у новорожденного?
4. Изложите классификацию, используемую при постановке данного диагноза.
5. Что такое SIRS и CARS?
6. Какая этиология с большей вероятностью могла бы быть причиной данного заболевания?
7. Назначьте лечение данному больному.

Задача № 33

Больной К. поступил в отделение патологии новорожденных в возрасте 1 суток.

Анамнез жизни: ребенок от матери 19 лет, страдающей пиелонефритом. Беременность первая, протекала с токсикозом в первом и обострением хронического пиелонефрита в третьем триместрах. Роды срочные в 39 недель, 1-й период родов – 13 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток – 7 часов. Задние воды зеленоватые, с неприятным запахом. Масса тела при рождении 2550 г, длина тела 49 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.

Status praesens (при поступлении): При первичном осмотре обращало на себя внимание снижение двигательной активности, повторные приступы асфиксии. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, мраморность рисунка, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, одышка с втяжением межреберных промежутков, отделение пенистой слизи изо рта. В родильном доме начата инфузионная и антибактериальная терапия, и для дальнейшего лечения ребенок переведен в отделение патологии новорожденных.

При осмотре к концу первых суток жизни состояние тяжелое, крик слабый, сосет вяло. Гипотермия. Кожные покровы серые, выраженный цианоз носогубного треугольника, крылья носа напряжены. Дыхание поверхностное, 80 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 1 минуту. Живот мягкий, доступен пальпации. Печень выступает из-под реберного края на 2 см, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе: вялость, адинамия, мышечная гипотония, безусловные рефлексы снижены.

Общий анализ крови: RBC – $5,5 \times 10^{12}/л$, MCV – 83 фл, HGB – 180 г/л, MCH – 31 пг, MCHC – 34%, RDW – 13,7%, HCT – 40%, PLT – $208,0 \times 10^9/л$, WBC – $23,1 \times 10^9/л$, EO – 5%, NEUT – 69% (Миелоциты – 2%, Метамиелоциты – 4%, П – 13%, С – 50%), LYM – 11%, MON – 15%, СОЭ – 4 мм/час.

Прокальцитониновый тест – 3 нг/мл (N – 0,5-2 нг/мл в первые сутки жизни)

Кислотно-основное состояние крови: pO_2 – 55 мм рт. ст., pCO_2 – 70 мм рт. ст., pH – 7,21, BE – 18 ммоль/л, AB – 9 ммоль/л, SB – 8 ммоль/л, BB – 19 ммоль/л.

Рентгенография органов грудной полости прилагается.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз данному ребенку согласно Х МКБ.
2. Перечислите предрасполагающие факторы, которые способствовали развитию данного заболевания.
3. Оцените лабораторные исследования.
4. Какие изменения можно выявить на рентгенограмме у этого ребенка?
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
6. Что лежит в основе классификации дыхательной недостаточности?

7. Какие факторы являются ведущими в патогенезе дыхательной недостаточности при пневмонии?
8. Назначьте лечение согласно Фежеральным клиническим рекомендациям (ФКР).

Задача № 34

Недоношенная девочка родилась с массой тела 1500 г, длиной 40 см, окружностью головы 29 см, окружностью груди 26 см с оценкой по шкале Апгар на первой минуте 2 балла далее ИВЛ.

Анамнез жизни: ребенок 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.

Status praesens: состояние девочки после рождения тяжелое за счет синдрома дыхательных расстройств, оценка по шкале Сильвермана 7 баллов, синдром угнетения ЦНС. Ребенку вводился Куросурф однократно в дозе 200 мг/кг.

На третьи сутки жизни состояние ребенка резко ухудшилось, появились приступы апноэ по 15-20 с, сопровождавшиеся цианозом. С четвертых суток – приступы клонико-тонических судорог.

На пятые сутки жизни состояние тяжелое. Девочка самостоятельно не сосет, кормится через зонд, часто срыгивает. Кожные покровы бледные, чистые. Дыхание самостоятельное, не ритмичное. Находится на ИВЛ в режиме интермиттирующей вентиляции. Дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 52 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 152 в 1 мин. Живот мягкий, доступен пальпации, печень + 1,5 см из-под края реберной дуги. Стул с примесью слизи. Диурез в норме. Рефлексы новорожденного не вызываются. Тонус мышц асимметричен: слева больше, чем справа. Сухожильные рефлексы слева оживлены, отмечается судорожная готовность. Большой родничок 3 × 3 см, пульсация повышена, отмечается расхождение сагиттального шва на 0,2 см, малый родничок открыт.

Общий анализ крови: RBC – $2,5 \times 10^{12}/л$, MCV – 80 фл, HGB – 90 г/л, MCH – 27 пг, MCHC – 32%, RDW – 14,5%, HCT – 38%, PLT – $120,0 \times 10^9/л$, WBC – $9,8 \times 10^9/л$, EO – 0%, NEUT – 47% (П – 3%, С – 44%), LYM – 47%, MON – 6%, СОЭ – 10 мм/час.

Общий анализ мочи: Glu. – neg., Bil - neg., SG – 1014, pH – 8,0, Pro -abs, Uro - neg., Leu – 3-4 в п/зр., Bld - neg.

Исследование ликвора (4-е сутки жизни): цвет – кровянистый, цитоз повышен за счет свежих эритроцитов (покрывают все поля зрения), подсчет невозможен.

Нейросонограмма (4-е сутки жизни): мозговая паренхима слабо дифференцирована на борозды и извилины. Левый боковой желудочек расширен во всех отделах, диаметр 11 мм, в полости – эхопозитивные включения. Правый желудочек расширен до 10 мм. Расширены полости прозрачной перегородки, большой цистерны, 3-го желудочка.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз согласно Х МКБ.
2. Расскажите о патогенезе данного заболевания у недоношенных.
3. Какие синдромы можно выделить в клинике данного заболевания?
4. Назовите осложнения данного заболевания.
5. Классификация данного заболевания.
6. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
7. Какое лечение необходимо ребенку согласно Фежеральным клиническим рекомендациям (ФКР)?

Задача № 35

Девочка 11 лет, больна 1 год. Жалобы на "голодные" боли в эпигастрии, появляющиеся утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом

пищи. Беспокоит отрыжка «кислым», стул регулярный, оформленный. Первое обращение к врачу неделю назад, после проведенной амбулаторно ЭФГДС, госпитализирована.

Анамнез жизни: от 1 беременности, протекавшей на фоне язвенной болезни 12-перстной кишки у матери. Роды 1 физиологические срочные. Росла и развивалась согласно возрасту. Прививки по календарю. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. По характеру интроверт.

Семейный анамнез: у матери ребенка – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца – гастрит, у бабушки по линии матери – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Status praesens: кожа бледно-розовая, чистая. Живот: синдром Менделя положительный, болезненность в точке Дежардена и Мейо-Робсона, в эпигастрии при поверхностной и глубокой пальпации – небольшой мышечный дефанс, при глубокой пальпации – болезненность в эпигастрии и пилорoduodenальной области. Печень не увеличена. По другим органам без патологии.

Общий анализ крови: HGB – 120 г/л, RBC – $4,3 \times 10^{12}$ /л, MCV – 75 фл, MCH – 26 пг, MCHC – 27 г/л, RDW – 3,5%, PLT – 217×10^9 /л, WBC – $7,4 \times 10^9$ /л, EO – 2%, NEUT – 53% (П – 1%, С – 52%), LYM – 40%, MON – 5%, СОЭ – 11 мм/ч.

Общий анализ мочи: Glu. – neg., Bil - neg., SG – 1014, pH – 8,0, Pro -abs, Uro - neg., Leu – 3-4 в п/зр., Bld - neg.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, АЛТ – 19 ЕД/л, АСТ – 24 ЕД/л, ЩФ – 138 ЕД/л (N – 107-213 ЕД/л), амилаза – 100 ЕД/л (N – 28-100 ЕД/л), тимоловая проба – 4 ЕД билирубин – 15 мкмоль/л, из них связ. – 3 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум – очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8 × 0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55 × 21 мм с перегибом в области дна, содержимое его гомогенное, толщина стенки 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка 21 мм (N – 18), тело 15 мм (N – 15), хвост 22 мм (N – 18), эхогенность головки и хвоста снижена.

Ацидометрия желудка: натошак – pH в теле 2,4; в антруме 4,2; через 30 минут после стимуляции 0,1% р-ром гистамина в дозе 0,008 мг/кг – pH в теле 0,9; в антруме 2,8.

Дыхательный уреазный тест: положительный.

Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++).

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз и его обоснование согласно X МКБ.
2. Этиопатогенез заболевания.
3. Эпидемиология хеликобактерной инфекции и пути ее передачи.
4. Перечислите основные методы и способы диагностики НР-инфекции.
5. В чем сущность дыхательного теста?
6. Оцените кислотообразующую функцию желудка.
7. Оцените картину УЗИ, какова информативность УЗИ для постановки диагноза?
8. Назначьте лечение данного больного согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР).

Задача № 36

Мальчик 12 лет, в течение последнего года беспокоят боли в подложечной области, возникающие после приема острой, жареной, обильной пищи, газированной воды, при длительном перерыве в еде, изжога, отрыжка. Реже беспокоят боли за грудиной и чувство затруднения при прохождении кусковой пищи, боли в эпигастрии.

Семейный анамнез: мать ребенка страдает гастритом, отец – гастродуоденитом; бабушка (по матери) – рак пищевода.

Анамнез жизни: до 4 лет у ребенка отмечалась пищевая аллергия на цитрусовые в виде сыпи. Начал заниматься тяжелой атлетикой – штангой.

Status praesens: кожа и видимые слизистые бледно-розовые, зев спокоен, сердце и легкие – без патологии. Живот не увеличен, мягкий, при глубокой пальпации под мечевидным отростком появляется болезненность в пилорoduodenальной области и небольшая изжога. Печень у края реберной дуги, безболезненная. Стул регулярный, оформленный.

Общий анализ крови: HGB – 123 г/л, RBC – $4,4 \times 10^{12}$ /л, MCV – 75 фл, MCH – 26 пг, MCHC – 27 г/л, RDW – 3,5%, PLT – 217×10^9 /л, WBC – $7,2 \times 10^9$ /л, EO – 2%, NEUT – 57% (П – 1%, С – 56%), LYM – 36%, MON – 5%, СОЭ – 7 мм/ч.

Общий анализ мочи: BLd – neg, BIL – neg, URO – N, KET – neg, PRO – neg, NIT – neg, GLU – neg, pH – 5,2, S.G = 1017, LEU – 1-2 в п/зр., ASC – 1 mg/dl, COLOR – Yellow, CLA – Clear

Биохимический анализ крови: общий белок – 76 г/л, альбумины – 56%, глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β – 12%, γ – 18%, АЛТ – 30 ЕД/л, АСТ – 28 ЕД/л, ЩФ – 78 ЕД/л (N – 70-140), амилаза – 60 ЕД/л (N – 18-110 ЕД/л), тимоловая проба – 3 ЕД, общий билирубин – 15 мкмоль/л, из них связ. – 4 мкмоль/л, сывороточное железо – 16 мкмоль/л.

Кал на скрытую кровь: отрицательная реакция.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода в нижней трети гиперемирована, отечна, гиперемия по типу "языков пламени", на задней стенке крупная эрозия до 0,3 см. Кардия смыкается недостаточно, находится ниже пищеводного отверстия диафрагмы. В желудке – желчь, слизистая антрального отдела гиперемирована, умеренно отечна. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарных отделов не изменена.

Внутриполостная pH-метрия 3-х электродным зондом: натошак – pH в н/3 пищевода 6,3; периодически кратковременное на 15-20 сек снижение до 3,3-3,0; в теле желудка 1,7, в антруме 3,8; после стимуляции 0,1% р-ром гистамина в дозе 0,008 мг/кг – pH пищевода 6-6,5 со снижением уровня pH чаще по 30-40 сек до 2,8-3,3; в теле 1,3; в антруме 3,6.

Биопсийный тест (де-нол тест) на НР-инфекцию: отрицательный.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его согласно X МКБ
2. Этиопатогенез заболевания.
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз.
4. Что такое пищевод Баррета?
5. Назначьте комплексную терапию данному больному согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР)..
5. Какие режимные моменты следует соблюдать ребенку?
6. Требуется ли контроль ЭГДС, и в какие сроки?

Задача № 37

Девочка 12 лет, предъявляет жалобы на боли в животе тупые, ноющего характера, возникающие через 30-45 минут после приёма пищи, а также слабость, быструю

утомляемость, частые головные боли. Впервые вышеперечисленные жалобы появились 6 месяцев назад, однако обследование и лечение не проводилось.

Анамнез жизни: ребенок от 1 родов, протекавших на фоне гипертонической болезни у матери. Роды 1 срочны, длительный безводный период. Рос и развивался соответственно возрасту. Привит по календарю. С 10 лет находится на диспансерном учете у невропатолога по поводу вегето-сосудистой дистонии.

Семейный анамнез: мать – страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Отец – хронический гастродуоденит.

Status praesens: кожные покровы бледные, умеренной влажности. Со стороны легких и сердца без патологии. Живот увеличен. При поверхностной и глубокой пальпации в правом подреберье и в эпигастрии отмечается болезненность. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. край печени мягкий, эластичный, безболезненный. Симптом Ортнера-Грекова (+). Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: HGB – 125 г/л, RBC – $4,2 \times 10^{12}$ /л, MCV – 75 фл, MCH – 26 пг, MCHC – 27 г/л, RDW – 3,5%, PLT – 217×10^9 /л, WBC – $7,8 \times 10^9$ /л, EO – 3%, NEUT – 58% (П – 2%, С – 56%), LYM – 35%, MON – 4%, СОЭ – 9 мм/ч.

Общий анализ мочи: BLd – neg, BIL – neg, URO – N, KET – neg, PRO – neg, NIT – neg, GLU – neg, pH – 5,7, S.G = 1017, LEU – 2-3 в п/зр., ASC – 2 mg/dl, COLOR – Yellow, CLA – Clear.

Биохимический анализ крови: общий белок – 79 г/л, АЛТ – 30 ЕД/л, АСТ – 40 ЕД/л, ЩФ – 150 ЕД/л (N – 70-140), амилаза – 78 ЕД/л (N – 12-110 ЕД/л), тимоловая проба – 4 ЕД, билирубин – 17 мкмоль; из них связ. – 3 мкмоль/л.

Диастаза мочи: 32 ЕД.

УЗИ органов брюшной полости: печень – контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь 85 × 37 мм (N – 75 × 30), стенки не утолщены. Холедох до 3,5 мм (N – 4), стенки не утолщены. После желчегонного завтрака – желчный пузырь сократился на 10%.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз согласно X МКБ
2. Назовите этиопатогенетические причины возникновения данного заболевания.
3. Проведите дифференциальный диагноз различных типов дискинезии желчевыводящих путей.
4. Как расценить функцию желчного пузыря после дачи желчегонного завтрака?
5. Назначьте лечение данному ребенку согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР)..
6. Прогноз заболевания

Задача № 38

Мальчик 9 лет.

Анамнез заболевания: в течение 1,5 лет у ребенка отмечаются повторные приступы болей в околопупочной области и левом подреберье, иррадиирующие в спину или имеющие опоясывающий характер, боли сопровождаются многократной рвотой. Приступы провоцируются обильной пищей, "праздничным" столом. Последний приступ был в течение 2 дней перед госпитализацией. Стул неустойчивый, часто разжижен и обильный.

Анамнез жизни: мальчик от беременности, протекавшей физиологически. Роды 1 срочные, отмечалась слабость родовых сил

Семейный анамнез: у матери – гастрит, у бабушки (по матери) – холецистопанкреатит, сахарный диабет.

Status praesens: кожа бледно-розовая, чистая. Сердце – тоны звучные, ясные, ЧСС – 92 в минуту, АД – 95/60 мм рт. ст., дыхание – везикулярное хрипы не выслушиваются.

Живот вздут в верхней половине, при глубокой пальпации болезненный в эпигастрии, в зоне Шоффара, точках Дежардена, Мейо-Робсона. Печень у края реберной дуги, селезенка не увеличена, симптомы желчного пузыря слабо положительные. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: HGB – 124 г/л, RBC – $4,3 \times 10^{12}$ /л, MCV – 75 фл, MCH – 26 пг, MCHC – 27 г/л, RDW – 3,5%, PLT – 215×10^9 /л, WBC – $6,6 \times 10^9$ /л, EO – 3%, NEUT – 55% (П – 4%, С – 51%), LYM – 36%, MON – 6%, СОЭ – 12 мм/ч.

Общий анализ мочи: BLd – neg, BIL – neg, URO – N, KET – neg, PRO – neg, NIT – neg, GLU – neg, pH – 6,2, S.G = 1019, LEU – 1-2-3 в п/зр., ASC – 2 mg/dl, COLOR – Yellow, CLA – Clear.

Биохимический анализ крови: общий белок – 78 г/л, альбумины – 52%. глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 14%, β – 13%, γ – 16%; ЩФ – 140 ЕД/л (N – 70-140), амилаза – 120 ЕД/л (N – 10-120), тимоловая проба – 3 ЕД, общ. билирубин – 16 мкмоль/л, из них связ. – 3 мкмоль/л. СРБ 5 мг/л.

Диастаза мочи: 128 ЕД (N – 32-64).

УЗИ органов брюшной полости: печень – не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная, сосуды печени не расширены. Желчный пузырь – 58 × 35 мм (N – не больше 50 × 30), перегиб в области шейки, стенки не утолщены, содержимое его гомогенное. Поджелудочная железа: головка – 22 мм (N – 16), тело – 18 мм (N – 14), хвост – 26 мм (N – 18), имеют гиперэхогенные включения, несколько уплотнена капсула поджелудочной железы.

ЭФГДС с ретроградной холепанкреатографией: внепеченочные и внутрипеченочные протоки не расширены. Пузырный проток – длина и диаметр не изменены. Вирсунгов проток дилатирован, имеет общую ампулу с общим желчным протоком.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его согласно Х МКБ.
2. Этиопатогенез заболевания.
3. Какова причина заболевания в данном случае?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз.
5. Назначьте лечение данного ребенка согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР)..
6. Дайте рекомендации по диетотерапии.
7. Требуется ли ребенку ферментотерапия, и с какой целью? Какие ферменты лучше рекомендовать и почему?

Задача № 39

Девочка 12 лет, предъявляет жалобы на боли в животе в течение 2 лет, колющего характера, локализующиеся в левом подреберье и эпигастрии, возникающие через 20-25 минут после еды. Диету и режим питания не соблюдает.

Анамнез жизни: беременность 2 на фоне хронического гастрита у матери. Роды 2 срочные физиологические.

Семейный анамнез. У матери – хронический гастрит, у отца – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у бабушки (по матери) – гастрит.

Status praesens: кожа чистая, бледно-розовая. Живот не увеличен, при поверхностной и глубокой пальпации в эпигастрии и пилорoduоденальной области отмечается напряжение мышц и болезненность, положительные с-мы Менделя, Мейо-Робсона. Печень у края реберной дуги, по другим органам без патологии.

Общий анализ крови: HGB – 130 г/л, RBC – $4,5 \times 10^{12}$ /л, MCV – 75 фл, MCH – 26 пг, MCHC – 27 г/л, RDW – 3,5%, PLT – 215×10^9 /л, WBC – $6,0 \times 10^9$ /л, EO – 0%, NEUT – 64% (П – 2%, С – 62%), LYM – 29%, MON – 7%, СОЭ – 7 мм/ч.

Общий анализ мочи: BLd – neg, BIL – neg, URO – N, KET – neg, PRO – neg, NIT – neg, GLU – neg, pH – 6,2, S.G = 1019, LEU – 1-2-3 в п/зр., ASC – 2 mg/dl, COLOR – Yellow, CLA – Clear.

Биохимический анализ крови: общий белок – 79 г/л, альбумины – 61, глобулины: α_1 – 4%, α_2 – 8%, β – 12%, γ – 15%; ЩФ – 160 ЕД/л (N – 70-140), АЛТ – 26 ЕД/л, АСТ – 28 ЕД/л, амилаза – 60 ЕД/л (N – 10-120), тимоловая проба – 4 ЕД, общий билирубин – 12 мкмоль/л, из них связ. – 2 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, в желудке немного слизи, слизистая желудка в антральном отделе пестрая, с утолщенными складками, на стенке желудка множественные разнокалиберные выбухания, точечные кровоизлияния различной давности. Слизистая луковицы 12 п.к. очагово гиперемирована, отечна.

УЗИ органов брюшной полости: печень – не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная. Желчный пузырь овальной формы 50 × 19 мм. Поджелудочная железа: головка – 18 мм (N – 18), тело – 16 мм (N – 14), хвост – 20 мм (N – 14), паренхима гомогенная.

Дыхательный уреазный тест: положительный.

Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (+++).

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз согласно Х МКБ.
2. Назовите путь передачи хеликобактерной инфекции.
3. Перечислите основные методы диагностики хеликобактериоза у детей согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР)..
4. Что такое эрадикация НР-инфекции?
5. О чем говорит болезненность в т. Мейо-Робсона?
6. Какие отягощающие моменты можно выделить в течение данного заболевания?
7. Назначьте лечение данному пациенту.

Задача № 40

Ребенок В., 8 лет, поступил в больницу с жалобами на головную боль, боли в пояснице тошноту, отеки, изменение цвета мочи (цвет "мясных помоев"), быструю утомляемость.

Анамнез заболевания: болен с 5 лет. Заболевание возникло через 2 недели после ОРВИ: появились отеки, олигурия, протеинурия, эритроцитурия, анемия, АД 150/90 мм рт ст. Лечился в стационаре по месту жительства. После проведенной терапии состояние улучшилось, анализы мочи и крови нормализовались.

До 8 лет ребенок нефрологом не наблюдался.

Анамнез жизни: ребенок от 1 физиологически протекавшей беременности. Роды 1 срочные, физиологические. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ – 3-4 раза в год, отмечается лекарственная аллергия на пенициллин (крапивница).

Status praesens: состояние тяжелое, распространенные отеки (лицо, поясница и передняя брюшная стенка, голени). Кожа и видимые слизистые бледные. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 28 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 150/100 мм рт. ст. Диурез – 250,0 мл/сут. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень + 3 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Моча цвета «мясных помоев». Масса 30 кг, рост 100 см.

Общий анализ крови: HGB – 96 г/л, RBC – $3,2 \times 10^{12}$ /л, Ретикулоциты – 1%, PLT – 300×10^9 /л, WBC – $6,5 \times 10^9$ /л, EO – 1%, NEUT – 74% (П – 8%, С – 66%), LYM – 20%, MON – 5%. СОЭ – 40 мм/ч.

Общий анализ мочи: BLd – neg, rbc – сплошь в п/зр., BIL – neg, URO – N, KET – neg, PRO – 3,6 ‰, NIT – neg, GLU – neg, pH – 5,0, S.G = 1003, LEU – 3-5 в п/зр

Проба по Зимницкому: удельный вес от 1002 до 1010.

Биохимический анализ крови: общий белок – 30 г/л, альбумины – 30%, холестерин – 12,37 ммоль/л, калий – 7,23 ммоль/л, натрий – 144 ммоль/л, мочевины – 10,4 ммоль/л, креатинин – 260 мкмоль/л; фосфор – 2,5 ммоль/л, pH крови – 7,2.

Клиренс по эндогенному креатинину: 28 мл/мин

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его согласно Х МКБ.
2. Опишите этиологию и патогенез основных симптомов заболевания.
3. Проведите дифференциальный диагноз различных форм заболевания.
4. Какая необходима диета при обострении данного заболевания?
5. Назначьте лечение согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР)..
6. Каков прогноз данного заболевания?
7. Показания к гемодиализу.

Задача № 41

Мальчик 4 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, сниженный аппетит, отеки.

Анамнез заболевания: ребенок заболел через 16 дней после перенесенного гриппа. Появился отечный синдром. В дальнейшем отеки нарастали, уменьшился диурез.

Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне гипертонической болезни у матери. Роды 1 срочные, длительный безводный период. Страдал атопическим дерматитом до 3 лет. Привит по календарю. Перенес ветряную оспу, часто болел ОРВИ.

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

Status praesens: состояние средней тяжести. АД 95/45 мм рт.ст. ЧСС – 82 в 1 мин. Кожные покровы бледные. Выраженная отечность лица, голеней, стоп, передней брюшной стенки, поясничной области. Границы сердца: левая – по левой среднеключичной линии, верхняя – 3 межреберье, правая – по правому краю грудины. Тоны сердца несколько приглушены. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень + 2 см из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Выделил за сутки 300 мл мочи.

Общий анализ крови: HGB – 120 г/л, RBC – $4,2 \times 10^{12}$ /л, Ретикулоциты – 1%, PLT – 316×10^9 /л, WBC – $9,8 \times 10^9$ /л, EO – 7%, NEUT – 39% (П – 3%, С – 36%), LYM – 49%, MON – 5%. СОЭ – 37 мм/ч.

Общий анализ мочи: rbc – 0-1 в п/зр., BACT- мало. BIL – neg, URO – N, KET – neg, PRO – 6,0 г/л, NIT – neg, GLU – neg, pH – 5,0, S.G = 1028, LEU – 3-5 в п/зр

Биохимический анализ крови: общий белок – 48 г/л, альбумины – 20 г/л, СРБ – 25 мг/л (N – менее 10 мг/л), серомукоид – 0,44, холестерин – 10,9 ммоль/л, натрий – 137,5 ммоль/л, мочевины – 5,1 ммоль/л, креатинин – 96 мкмоль/л (N – для возраста 4 года – 27-62 мкмоль/л), суточная протеинурия – 2,5 г/сут (N – до 100 мг/сут).

Клиренс по эндогенному креатинину: 80,0 мл/мин.

Коагулограмма: фибриноген – 4,5 г/л, протромбин – 130%.

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

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз согласно Х МКБ.
2. Этиология, патогенез заболевания и основного синдрома.
3. Назначьте лечение согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР)..
4. Диета при данном заболевании.

5. Патогенетическая терапия
6. Побочные действия гормональной терапии
7. Прогноз заболевания

Задача № 42

Девочка 8 лет, поступила в нефрологическое отделение с жалобами на повышенную утомляемость, боли в животе, частое болезненное мочеиспускание.

Анамнез заболевания: за 4 дня до поступления в клинику отмечался подъем температуры до 38,5° С, однократная рвота, боли в животе. Осмотрена хирургом, хирургическая патология не обнаружена.

Анамнез жизни: ребенок от 3 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания в 7 недель и в 24 недели. Лечилась амбулаторно. Роды в срок, физиологические. Росла и развивалась согласно возрасту. Привита по календарю. Болела 5-6 раз в год ОРВИ.

Status praesens: состояние тяжелое, высоко лихорадит, кожные покровы чистые, слизистые сухие, лихорадочный румянец. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, шумов нет. ЧСС – 88 в 1 мин. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Печень + 1 см из-под реберного края. Мочеиспускание учащено, болезненно.

В период пребывания ребенка в стационаре самочувствие улучшилось, температура нормализовалась, болевой синдром исчез.

Общий анализ крови: HGB – 120 г/л, RBC – $4,6 \times 10^{12}$ /л, Ретикулоциты – 1%, PLT – 312×10^9 /л, WBC – $10,8 \times 10^9$ /л, NEUT – 76% (П – 7%, С – 69%), LYM – 22%, MON – 2%. СОЭ – 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: rbc – 0 в п/зр., BACT- много, BLd – neg, BIL – neg, URO – N, KET – neg, PRO – следы г/л, NIT – neg, GLU – neg, pH – 5,2, S.G = 1020, LEU – 22-24 в п/зр.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 14.500, эритроциты – 1000 в мл мочи.

Анализ мочи на стерильность: выделено *Escherichia coli* – 100.000 микробных тел/мл.

Анализ мочи по Зимницкому: колебания относительной плотности – 1,010-1,020.

Биохимический анализ крови: общий белок – 75,9 г/л, альбумины – 60%. глобулины: α_1 – 2%, α_2 – 15%, β – 13%, γ – 10%, мочевины – 6,32 ммоль/л.

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. Выделительная функция нормальная.

Микционная цистография: пузырно-мочеточниковый рефлюкс не обнаружен.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз согласно Х МКБ.
2. Каковы этиологические факторы возникновения данного заболевания?
3. Основные патогенетические звенья заболевания.
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести ребенку согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР).?
5. Назначьте лечение больному
6. Какая диета необходима больному?
7. Возможные исходы заболевания?

Задача 43

Катя П., 5 лет. Жалобы на учащенное мочеиспускание (до 12 раз в сутки), позывы на мочеиспускание, периодически эпизоды ночного энуреза (2-3 неконтролируемых мочеиспускания за ночь).

Анамнез заболевания: болеет на протяжении 2-х лет, направлен в нефрологическое отделение для обследования и установление диагноза

Анамнез жизни: беременность 1 на фоне анемии. Роды 1, диагностирована слабость родовой деятельности. Родоразрешение по помощи наложения акушерских щипцов. Ребенок родился в асфиксии, до 1 года наблюдается неврологом по поводу гипоксически-ишемической энцефалопатии.

Status praesens: состояние ребенка удовлетворительное, физическое развитие соответствует возрасту. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Зев спокоен. Костно-мышечная система без видимых деформаций. Отмечаются стигмы дизэмбриогенеза: широкая сандалевидная щель, «готическое» небо, гипертелоризм, асимметрия расположения ушных раковин. Дыхание везикулярное. ЧД 20 в 1 минуту. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС – 98 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул 1 раз в день, оформленный. Мочеиспускание учащено, императивные позывы. Моча светлая. Ребенок расторможен, негативно реагирует на осмотр, эмоционально лабилен.

Общий анализ крови: HGB – 136 г/л, RBC – $4,44 \times 10^{12}/л$; MCV – 82 фл, PLT – $264 \times 10^9/л$, WBC – $7,2 \times 10^9/л$, EO – 1%, NEUT – 40% (П – 2%, С – 38%), LYM – 56%, MON – 3%, СОЭ – 8 мм/ч.

Общий анализ мочи: RBC – 0 в п/зр., SRC – 2-3 в п/зр. BLd – neg, BIL – neg, URO – N, KET – neg, PRO – neg, NIT – neg, GLU – neg, pH – 5,0, S.G = 1012, LEU – 4-5 в п/зр.

Исследование мочи на степень бактериурии: 20 000 микробных тел в 1 мл.

Цистография: контур мочевого пузыря неровный, тонус повышен. Объем мочевого пузыря уменьшен. При исследовании мочевого пузыря после опорожнения объем остаточной мочи 10 мл.

УЗИ мочевого пузыря: стенка мочевого пузыря утолщена, ложные дивертикулы, Эффективная ёмкость мочевого пузыря – 60 мл.

Биохимический анализ крови: общий белок – 73 г/л; мочевины – 5,1 ммоль/л, креатинин – 56 ммоль/л.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз согласно Х МКБ.
2. Оцените результаты проведенных исследований.
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
4. Назначьте лечение пациенту согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР)..
5. Какие рекомендации по амбулаторному лечению необходимо дать больному?

Задача № 44

Света Х. 10 лет. Жалобы на слабость, боли в суставах, внезапное появление лихорадки с ознобом, боли в животе, периодические высыпания на коже пятнисто-папулезного характера, снижение аппетита, уменьшение объема мочи.

Анамнез заболевания: семь дней назад девочка перенесла ОРВИ с выраженным лихорадочным синдромом. Для купирования лихорадки применялись: парацетамол, диклофенак.

Анамнез жизни: ребенок от физиологически протекавшей беременности, 1 срочных физиологических родов. Рос и развивался согласно возрастк. Привит по календарю. Перенесла корь, коклюш, коревую краснуху. ОРВИ переносит 2-3 рза в год

Status praesens: состояние средней тяжести, лихорадит, нормального телосложения, удовлетворительного питания. Отеки отсутствуют, отмечается пастозность лица. Кожные покровы сухие с угасающей пятнисто-папулезной сыпью на туловище и конечностях. Дыхание везикулярное. ЧД – 20 в 1 минуту. Границы сердца в пределах возрастной нормы.

Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 100 в 1 минуту. АД 115/75 мм рт ст. Живот мягкий, при глубокой пальпации слегка болезненный в области пупка, печень и селезенка не увеличены. Положительный симптом поколачивания с обеих сторон. Стул 1 раз в сутки, оформленный. Мочеиспускание урежено, безболезненное. Моча мутная.

Общий анализ крови: HGB – 100 г/л, RBC – $4,1 \times 10^{12}$ /л; MCV – 80 фл, PLT – 224×10^9 /л, WBC – $17,5 \times 10^9$ /л, EO – 1%, NEUT – 60% (П – 3%, С – 57%), LYM – 36%, MON – 3%, СОЭ – 28 мм/ч.

Общий анализ мочи: RBC – 8-9-10 в п/зр., SRC – 2-3 в п/зр., CAST зернистые – 2-3-5 в п/зр. BLd – neg, BIL – neg, URO – N, KET – neg, PRO – 0,9 г/л, NIT – neg, GLU – neg, pH – 5,0, S.G = 1009, LEU – 14-18 в п/зр.,

Суточный диурез: 300 мл.

Морфология мочевого осадка: лимфоциты – 80%, эозинофилы – 20%.

Суточная протеинурия: 1 г/сутки.

Исследование мочи на степень бактериурии: 10 000 микробных тел в 1 мл мочи.

Биохимический анализ крови: калий – 2,5 ммоль/л, натрий – 110 ммоль/л, магний – 0,5 ммоль/л, мочевины – 11,6 ммоль/л, креатинин – 231 мкмоль/л.

Проба по Зимницкому: колебания плотности мочи от 1003 до 1009.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз согласно ХМКБ
2. Укажите предположительную этиологию заболевания
3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР)?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Назначьте лечение.
6. Какой прогноз заболевания в данном случае?