

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Деканат педиатрического факультета

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Специальность	31.05.02 Педиатрия
Направленность (специализация)	Медицинская и организационно-управленческая деятельность врача-педиатра
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2017

г. Ставрополь
2022 г.

Фонд оценочных средств разработан в соответствии со следующими документами:

- ФГОС ВО по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 17 августа 2015 г. N 853;
- программой ГИА, утвержденной 14.12.2022 г.
- профессиональный стандарт «Врач - педиатр участковый» утвержден Министерством труда и социальной защиты РФ 27 марта 2017 года № 306-н;

Программа ГИА согласована с представителем работодателя

Главный врач ГБУЗ СК
«Городская детская клиническая поликлиника №2»
города Ставрополя, к.м.н. О.В. Гунченко

Декан педиатрического факультета,
профессор Л.Я. Климов

Перечень компетенций, которыми должны овладеть обучающиеся в результате освоения образовательной программы, оцениваемые при проведении государственной итоговой аттестации выпускников по специальности 31.05.02. Педиатрия

Код компетенции	Содержание компетенции
ОК-1	способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
ОК-2	способностью использовать основы философских знаний для формирования мировоззренческой позиции
ОК-3	способностью анализировать основные этапы и закономерности исторического развития общества для формирования гражданской позиции
ОК-4	способностью действовать в нестандартных ситуациях, готовностью нести социальную и этическую ответственность за принятые решения
ОК-5	готовностью к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала
ОК-6	способностью использовать методы и средства физической культуры для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности
ОК-7	готовностью использовать приемы первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций
ОК-8	готовностью к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
Общепрофессиональные компетенции	
ОПК-1	готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности
ОПК-2	готовностью к коммуникации в устной и письменной формах на русском и иностранном языках для решения задач профессиональной деятельности
ОПК-3	способностью использовать основы экономических и правовых знаний в профессиональной деятельности
ОПК-4	способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности
ОПК-5	способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок
ОПК-6	готовностью к ведению медицинской документации
ОПК-7	готовностью к использованию основных физико-химических, математических и иных естественнонаучных понятий и методов при решении профессиональных задач
ОПК-8	готовностью к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач
ОПК-9	способностью к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач
ОПК-10	готовностью к обеспечению организации ухода за больными и оказанию первичной доврачебной медико-санитарной помощи

ОПК-11	готовностью к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи
Профессиональные компетенции	
ПК-1	способностью и готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье детей факторов среды их обитания
ПК-2	способностью и готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми детьми и детьми с хроническими заболеваниями
ПК-3	способностью и готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
ПК-4	способностью и готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей
ПК-5	готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта отсутствия или наличия заболевания
ПК-6	способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем – X пересмотр
ПК-7	готовностью к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы
ПК-8	готовностью к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара
ПК-9	готовностью к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара
ПК-10	готовностью к оказанию первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи
ПК-11	готовностью к участию в оказании скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
ПК-12	готовностью к ведению физиологической беременности, приему родов
ПК-13	готовностью к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе к участию в медицинской эвакуации
ПК-14	готовностью к определению необходимости применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у детей, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
ПК-15	готовностью к обучению детей и их родителей (законных

	представителей) основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний
ПК-16	готовностью к просветительской деятельности по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни
организационно-управленческая деятельность:	
ПК-17	способностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях
ПК-18	готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи детям с использованием основных медико-статистических показателей
ПК-19	способностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

Первый этап госэкзамена

Цель: оценка умений и навыков выпускников по осмотру больного, анализу данных лабораторного и инструментального исследований, проведению мероприятий по оказанию первой врачебной помощи и определению тактики лечения.

На этом же этапе оценивается уровень сформированности компетенций, не соотнесённых с трудовыми функциями, путем выполнения индивидуального задания.

Обучаемому предлагается путем случайного выбора самостоятельно определить индивидуальные практико-ориентированные задания для демонстрации умения осуществлять трудовые функции

А/01.7 Обследование детей с целью установления диагноза

А/02.7 Назначение лечения детям и контроль его эффективности и безопасности

- задания для проверки уровня сформированности компетенций, не соотнесённых с трудовыми функциями.

Каждый аттестуемый получает практико-ориентированное индивидуальное задание для проверки освоения практических умений («тематический» больной) и одно задание для проверки компетенций. На подготовку к ответу и выполнению необходимых манипуляций отводится не менее 30 минут. Для выполнения задания предоставляется справочный материал и необходимое для выполнения заданий оборудование, бланки для выполнения записей.

Первый этап экзамена проводится в устной форме в профильном отделении стационара (педиатрические и хирургические отделения в детской больнице, детское отделение инфекционной больницы), где выпускник, в присутствии комиссии, выполняет осмотр больного ребёнка, формулирует клинический диагноз с учетом представленных дополнительных инструментальных и лабораторных данных и назначает необходимое лечение. На этом же этапе оценивается уровень сформированности компетенций, не соотнесённых с трудовыми функциями, путем выполнения индивидуального задания, а также выполняет задание, направленное на проверку уровня сформированности одной из общекультурной, общепрофессиональной, профессиональной компетенции или их совокупности.

Для проверки уровня освоения практических навыков и умений подбираются «тематические» больные так, чтобы можно было оценить уровень умений по педиатрическим дисциплинам. Аттестуемый демонстрирует владение навыками, необходимыми для выполнения соответствующей трудовой функции: выполняет осмотр больного, формулирует клинический диагноз с учетом представленных дополнительных инструментальных и лабораторных данных, проводит дифференциальную диагностику, назначает необходимое лечение, а также выполняет задание, направленное на проверку уровня сформированности одной из общекультурной, общепрофессиональной, профессиональной компетенции или их совокупности.

Второй этап госэкзамена проводится в устной форме в виде собеседования по 3 клиническим задачам и вопроса по вакцинопрофилактике

Цель: оценка уровня сформированности профессиональных медицинских компетенций выпускника.

На данном этапе оценивается умение решать конкретные клинические ситуации, предусматривающие проверку умения выполнять трудовые функции

A/01.7 Обследование детей с целью установления диагноза

A/02.7 Назначение лечения детям и контроль его эффективности и безопасности

A/03.7 Реализация и контроль эффективности индивидуальных реабилитационных программ для детей

A/04.7 Проведение профилактических мероприятий, в том числе санитарно-просветительной работы, среди детей и их родителей

A/05.7 Организация деятельности медицинского персонала и ведение медицинской документации

Второй этап ГИА проводится в учебной аудитории.

Выпускнику предлагается несколько вопросов с целью ее оценки: формулировки клинического диагноза, его обоснования и дифференциальной диагностики; интерпретации данные дополнительных исследований, обоснования тактики лечения больного, оценки трудоспособности, прогноза в отношении течения заболевания, осложнений, исхода и профилактики.

Для подготовки к ответу на государственном экзамене выпускнику предоставляется не менее 40 минут. При этом используются бланки установленного образца для оформления экзаменационного задания или подготовки к устному ответу

Показатели и критерии оценивания компетенций, шкалы оценивания

Показатели и критерии оценивания на 1 этапе

Оценка	Показатель оценивания	
	Знания	Умения
Отлично	обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;	выпускник в полном объеме владеет навыками объективного обследования ребенка, правильно оценивает физическое, половое и нервно-психическое развитие, в полном объеме назначает инструментальное и лабораторное обследование, грамотно интерпретирует его результаты, правильно обосновывает клинический диагноз (включая осложнения основного заболевания и сопутствующую патологию), в соответствии с классификацией назначает лечение, верно указывает международное название, дозы и длительности лечения, составляет план диспансерного наблюдения.
Хорошо	обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные	в случае, если выпускник владеет навыками объективного обследования больного, но допускает неточности при их выполнении, испытывает некоторые затруднения при оценке отдельных показателей физического, полового и нервно-психического развития, в достаточном объеме для обоснования диагноза назначает план

	ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций.	инструментального и лабораторного обследования, но затрудняется с интерпретацией отдельных показателей, правильно обосновывает основной клинический диагноз, но не полностью указывает осложнения и сопутствующие заболевания, назначает основные препараты комплексной терапии, но допускает ошибки в лечении сопутствующих заболеваний и составлении плана диспансерного наблюдения, выписывает рецепты на лекарственные препараты с указанием международного названия препарата, с указанием возрастной дозы, но ошибается в длительности курса.
Удовлетворительно	обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в симптомах заболевания, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание.	выпускник не может выполнить большую часть практических навыков и умений или допускает существенные неточности в их выполнении, допускает ошибки при оценке физического, полового и нервно-психического развития, затрудняется в интерпретации результатов инструментального и лабораторного исследования, формулирует клинический диагноз не в полном объеме и/или формулировка диагноза не соответствует классификации, назначает отдельные этиопатогенетические препараты, при этом испытывает затруднения при выписке рецептов.
Неудовлетворительно	обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.	выпускник не может продемонстрировать практические навыки или допускает существенные неточности в выполнении большинства умений, неправильно оценивает физическое, половое и нервно-психическое развитие, допускает существенные ошибки в интерпретации результатов инструментальных и лабораторных методов исследования, затрудняется с обоснованием и формулировкой клинического диагноза, назначает отдельные симптоматические препараты, не может выписать рецепты.

Показатели и критерии оценивания 2 этапа

Оценка	Показатель оценивания	
	Знания	Умения

Отлично	<p>Обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения.</p> <p>Выпускник владеет методикой сбора и оценки жалоб пациента, анамнеза жизни, знает этиологию и патогенез болезней, особенности оценки состояния ребёнка, диагностики патологических симптомов в возрастном аспекте;</p> <p>клинические симптомы заболеваний с учетом возраста ребенка, требующих направления детей на лабораторное и инструментальное обследование, на консультацию специалистов, хорошо ориентируется в показаниях для госпитализации;</p> <p>правильно оценивает клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной и паллиативной помощи детям, знает правила проведения мероприятий при оказании медицинской помощи;</p> <p>знает базовую структуру и принципы Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра (МКБ- 10);</p> <p>знает принципы поведения профилактических и противоэпидемических мероприятий в очагах инфекции;</p> <p>правильно интерпретирует результаты лабораторного и инструментального обследования детей;</p> <p>знает современные методы медикаментозной терапии болезней у детей, принципы лечебного питания, порядок организации мероприятий по реабилитации длительно и часто болеющих детей, детей-инвалидов с учетом возраста ребенка и диагноза, принципы диспансеризации в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>знает принципы профилактического наблюдения за детьми, критерии распределения детей на группы здоровья, правила грудного вскармливания, применения специфической и неспецифической профилактики инфекционных</p>	<p>выпускник последовательно, грамотно и логически стройно излагает ответы на поставленные вопросы, не затрудняется с ответом при видоизменении задания и дополнительных вопросах, в т.ч. по смежным дисциплинам, правильно обосновывает клинический диагноз (включая осложнения основного заболевания и сопутствующую патологию) в полном соответствии с классификацией, в полном объеме назначает лечение с указанием возрастных дозировок и составляет план диспансерного наблюдения, умеет самостоятельно обобщать и излагать материал, не допуская ошибок.</p>
---------	--	---

	заболеваний у детей, национальный календарь профилактических прививок.	
Хорошо	Выпускник допускает неточности и несущественные ошибки при ответах на вопросы.	выпускник грамотно отвечает на поставленные вопросы, не допускает существенных неточностей в ответе на дополнительные вопросы, в т.ч. по смежным дисциплинам, при формулировке клинического диагноза но не в полном объеме указывает осложнения основного диагноза или сопутствующие заболевания, назначает основные этиотропные и патогенетические препараты.
Удовлетворительно	Обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения	выпускник отвечает на основные вопросы задачи, но затрудняется с ответом на дополнительные вопросы по смежным дисциплинам, допускает неточности, недостаточно точные формулировки основного заболевания и его осложнений, испытывает затруднения в проведении дифференциальной диагностики, назначении лечения и составлении плана диспансерного наблюдения.
Неудовлетворительно	обучающийся не показывает освоение планируемых результатов	если выпускник не отвечает на большую часть вопросов в задаче, допускает существенные ошибки, с большими затруднениями анализирует результаты дополнительных методов исследования, не может указать основные этиопатогенетические препараты и их возрастные дозировки.

Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки результатов освоения ОПОП

Первый этап

Виды профессиональной деятельности, на которые ориентирована программа специалитета	Код компетенций	Трудовая функция Профессиональный стандарт «Врач-педиатр участковый», утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27 марта 2017 г. N 306н	Типовое задание	
Медицинская	ОК-1 ОК-8 ОПК-3 ОПК-4	Обследование детей с целью установления диагноза	А/01.7	Установите контакт с ребенком, родителями и лицами, осуществляющими уход за ребенком.

	ОПК-6 ОПК-9			<p>Проведите сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания ребенка, полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)</p> <p>Обоснуйте необходимость и объем лабораторного и инструментального обследования детей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследования детей по возрастнополовым группам.</p> <p>Определите необходимость направления детей на консультацию к врачам-специалистам, направления детей на госпитализацию.</p> <p>Примените необходимые медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения), с учетом стандартов медицинской помощи детям.</p>
Медицинская	ОК-1 ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-8 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-12 ПК-14	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности	А/02.7	<p>Составьте план лечения болезней и состояний ребенка с учетом его возраста, диагноза и клинической картины заболевания и в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Назначьте диету, медикаментозную и немедикаментозную терапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской</p>

				помощи. Проанализируйте действие лекарственных препаратов по совокупности их фармакологического воздействия на организм в зависимости от возраста ребенка.
Организационно-управленческая	ОК-8 ОПК-1 ОПК-3 ОПК-6 ПК-4 ПК-17 ПК-18	Организация деятельности медицинского персонала и ведение медицинской документации	A/05.7	Заполните медицинскую документацию, в том числе в электронном виде (согласия родителей (законных представителей) и детей старше 15 лет на обработку персональных данных, на проведение обследования, лечение и иммунопрофилактику). Проведите экспертизу временной нетрудоспособности, оформите документации для направления ребенка на медико-социальную экспертизу.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ 1 ЭТАПА ГИА

Индивидуальные задания для оценки уровня сформированности компетенций, не соотнесённых с трудовыми функциями

Способность использовать основы философских знаний для формирования мировоззренческой позиции (ОК-2)	Выскажите свою гражданскую позицию по основным вопросам применения этических норм в практике врача
Способность анализировать основные этапы и закономерности исторического развития общества для формирования гражданской позиции (ОК-3)	Проанализируйте этапы и закономерности исторического развития общества и сформулируйте свою позицию о роли государства в сохранении здоровья населения
Готовность к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала (ОК-5)	Укажите содержание процессов саморазвития, самореализация исходя из целей совершенствования профессиональной деятельности.
Способность использовать методы и средства физической культуры для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности (ОК-6)	Опишите роль различных методов физической культуры в формировании здоровья
Готовностью использовать приемы первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций (ОК-7)	Укажите методы защиты при чрезвычайных ситуациях.
Готовность к коммуникации в устной и письменной формах на русском и иностранном языках для решения задач профессиональной	Используя знания иностранного языка осуществите коммуникацию с пациентом.

деятельности (ОПК-2)	
Готовностью к ведению физиологической беременности, приему родов (ПК-12)	Опишите порядок ведения беременности. Опишите действия врача на этапах ведения физиологических родов
Готовностью к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе к участию в медицинской эвакуации (ПК-13)	Опишите порядок действий врача в одной из ЧС.
Способность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-19)	Опишите алгоритм действий при организации медицинской эвакуации

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ 2 ЭТАПА ГИА

Ситуационные задачи

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПЕДИАТРИЯ

Задача № 1

Первичный патронаж к новорожденному мальчику на 7-й день жизни. Жалобы матери на беспокойство, плач ребенка. Мать считает, что у нее мало молока. Ребенок кормится каждые 3 часа.

Биологический анамнез: ребенок от второй беременности, протекавшей с нефропатией во II половине (повышение АД, отеки, прибавила в весе 15 кг), вторых родов. В первом триместре отмечалась анемия, получала препараты железа. В I и II половине беременности – стационарное лечение в связи с угрозой прерывания. Роды срочные, масса при рождении – 3400 г, длина – 52 см, окружность головы – 36 см, окружность груди – 35 см. Закричал после отсасывания слизи. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. К груди приложен в родильном зале. На вторые сутки появилось желтушное окрашивание кожных покровов. Обследован на 3-й день жизни:

Общий анализ крови: WBC– $17,6 \times 10^9$ /л, RBC– $5,5 \times 10^{12}$ /л, HGB–220 г/л, HCT–49%, MCV–112 фл, MCH–36 пг, MCHC–37 г/л; RDW–12 %, LYM–30%, MON–8%, EO–1%, NEUT–61% (П – 9%, С – 52%), СОЭ–1 мм/ч. *Биохимический анализ крови:* BIL–180 мкмоль/л, прямой–10,5 мкмоль/л.

Выписан 6 сутки с массой 3300 г. Прививки БЦЖ-М и от гепатита В проведены в роддоме.

Социальный анамнез: семья полная, благополучная, ребенок желанный.

Наследственный анамнез: не отягощен.

Объективно: температура 36,5°C, состояние удовлетворительное. Сосет активно. Кожные покровы, слизистые с желтушным оттенком. Отмечается нагрубание молочных желез. Мышечный тонус несколько снижен. Тремор подбородка. Физиологические рефлексы вызываются в полном объеме. Периодически отмечается спонтанный рефлекс Моро. Умеренное повышение сухожильных рефлексов. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 130 в 1 мин. В легких дыхание несколько ослабленное, ЧД – 40 в 1 мин. Живот мягкий. Печень +2 см из-под реберной дуги. Пупочная ранка под корочкой. Стул 2-3 раза в сутки, кашицеобразный, светло желтого цвета с кисловатым запахом.



Задание

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование, определите группу здоровья и группы риска.
2. Оцените физическое развитие новорожденного и.
3. Дайте интерпретацию лабораторных методов исследования.
4. Составьте план осмотров специалистами и лабораторно-инструментальных методов исследования до 3 мес жизни с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения), приказов МЗ РФ.
5. Оцените вероятность наличия гипогалактии у матери. Дайте врачебные рекомендации ребенку в течение первого месяца жизни.

Задача № 2

Мать с ребенком 3 месяцев пришла на профилактический прием к участковому педиатру.

Биологический анамнез: мальчик от первой беременности (гестоз I половины, во II половине – периодические подъемы АД до 140/90 мм рт. ст. Роды срочные, физиологические. Закричал сразу, оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. К груди приложен в род.зале. Масса – 3550 г, рост – 53 см, окружность головы – 36 см, груди – 35 см. Пуповинный остаток отпал на 4 сутки, пупочная ранка сухая. V1 против гепатита В и БЦЖ-М сделаны в род.доме. На грудном вскармливании. За первый месяц прибавил 900 г, за второй – 800 г. В возрасте 1 месяца проведена V₂ против гепатита, в 2 месяца - V₁ против пневмококковой инфекции, перенес хорошо. Не болел.

Наследственный анамнез: не отягощен

Социальный анамнез: семья полная, ребенок желанный.

Физическое развитие: рост – 61,5 см, масса тела – 6000 г, окружность головы – 39 см, груди – 39,5 см. **Нервно-психическое развитие:** Аз – фиксирует взгляд на подвижных предметах, находясь в любом положении; Ас – слуховое сосредоточение; Э – в ответ на ласковое обращение появляется комплекс оживления, До – хорошо удерживает голову, лежа на животе, есть упор ног; Др – случайно наталкивается на игрушки, висящие над грудью; Ра – начинает гулить.

Объективно: температура – 36,6°С, состояние удовлетворительное. Самочувствие хорошее. Аппетит хороший, сон глубокий. Температура – 36,6° С, ЧД – 38 в 1 мин, ЧСС – 128 в 1 мин. Кожные покровы и слизистые чистые. Большой родничок 2,5 × 2,5 см, не выбухает. В легких дыхание несколько ослаблено. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны чистые, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень +1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул 2 раза в сутки, без особенностей.

Общий анализ крови: WBC – $9,8 \times 10^9/\text{л}$, RBC – $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$, HGB – 112 г/л, HCT – 41%, PLT $322 - 10^9/\text{л}$, MCV – 85 фл, MCH – 36 пг, MCHC – 30 г/л, RDW – 12%, LYM – 60%, EO – 2%, MON – 8%, NEUT – 30% (П–1%, С–29%); СОЭ – 5 мм/ч.

Общий анализ мочи: CLA–Clear, pH–6.0, GLU–neg, PRO–neg, LEU–2-3 в п/зр.

Задание

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с МКБ-10, обоснуйте, определите группу здоровья и группы риска.
2. Оцените физическое, нервно-психическое развитие ребенка.
3. Оцените данные дополнительных методов исследования.
4. Дайте рекомендации по режиму, питанию, воспитательным воздействиям, гимнастике и массажу, профилактике заболеваний данному ребенку.
5. Составьте план профилактических прививок ребенку на первый год жизни.



Задача № 3

Мать с мальчиком 6 месяцев пришла на очередной профилактический прием к педиатру.

Биологический анамнез: ребенок от II беременности, протекавшей с гестозом и угрозой прерывания в первом триместре. Мать страдает хроническим пиелонефритом, обострения в период беременности не отмечалось. Роды в срок, преждевременное излитие околоплодных вод. Масса при рождении – 3200 г, длина – 52 см, окружность головы – 35 см, окружность груди – 33 см. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. К груди приложен в первые сутки. Естественное вскармливание до 1 месяца. В настоящее время кормится 5 раз в сутки (разведенное пополам цельное коровье молоко – 200 мл × 3 раза, овощное пюре – 150 г × 2 раза, фруктовое пюре и соки по 50 мл). Привит по календарю.

Социальный анамнез: неотягощен

Наследственный анамнез: у бабушки желчекаменная болезнь.

Физическое развитие: рост – 66 см, масса тела – 6500 г, окружность головы – 44 см, окружность грудной клетки – 41,5 см.

Нервно-психическое развитие: переворачивается со спины на живот, берет игрушку из разных положений, не произносит слогов, снимает пищу губами с ложки.

Объективно: Кожа и слизистые чистые, подкожно-жировой слой истончен на животе, тургор тканей снижен. Голова округлой формы. Большой родничок 2,0×2,0 см, не выбухает. Зубов нет. Мышечный тонус не изменен. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧДД 36 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 130 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1-1,5 см из подреберья, мягкая; селезенка не пальпируется. Стул неустойчивый.

Задание

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование, определите группу здоровья и группы риска.
2. Оцените физическое развитие ребенка, дефицит массы тела.
3. Оцените нервно-психическое развитие ребенка.
4. Дайте рекомендации по правильному питанию ребенка.
5. Сформулируйте врачебные рекомендации ребенку на профилактическом приеме.



Задача № 4

Мать с мальчиком 1 года пришла в детскую поликлинику на профилактический прием с жалобами на снижение аппетита, бледность, вялость.

Биологический анамнез: ребенок от I беременности, протекавшей с анемией во второй половине (мать не лечилась). Роды срочные, масса при рождении 3150 г, длина 51 см, окружность головы 35 см, окружность груди 34 см. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. На грудном вскармливании находился до 2 месяцев, затем – смесь «НАН 1»; соки и фруктовые пюре с 4 месяцев, с 5 месяцев введены каши (манная, овсяная), творог, с 9 месяцев – овощное пюре, с 11 месяцев – мясное пюре (ел плохо). Привит по возрасту. Перенес 1 раз ОРВИ. **Наследственный анамнез:** без особенностей. **Социальный анамнез:** не отягощен.

Физическое развитие: рост – 75 см, масса 10 кг, окружность головы – 47 см, окружность груди – 49 см.

Нервно-психическое развитие: ходит самостоятельно, произносит 8-10 слов, выполняет элементарные требования взрослого, сам берет чашку и пьет.

Объективно: состояние средней степени тяжести по основному заболеванию, самочувствие страдает: вялый, капризный. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые. В легких пуэрильное дыхание. ЧДД – 34 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, звучные, систолический шум, ЧСС – 116 в 1 мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1-1,5 см, селезенка не пальпируется. Моча и стул обычной окраски.

Общий анализ крови: WBC – $8,5 \times 10^9/\text{л}$, RBC – $3,70 \times 10^{12}/\text{л}$, HGB – 96 г/л, HCT – 34,3%, MCV – 67 фл, MCH – 20,7 пг, MCHC – 35,8 г/л, RDW – 11,6%, LYM – 60%, MON – 7%, EO – 1%, NEUT – 32% (П – 3%, С – 29%); RTC – 1,9 %, ЦП – 0,8, СОЭ – 12 мм/ч.

Общий анализ мочи: COLOR – Yellow, S.G – 1010, pH – 5.0, GLU – neg, PRO – neg, BLd – neg, LEU – 0-1 в п/зр., эпителий плоский – единичные в п/зр.

Биохимический анализ крови: сывороточное железо – 4,0 мкмоль/л, ОЖСС – 80,0 мкмоль/л, свободный гемоглобин – не определяется.

Анализ кала на скрытую кровь (трехкратно): отрицательно.

Задание

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование, определите группу здоровья.
2. Оцените физическое и нервно-психическое развитие ребенка.
3. Какие отклонения в биологическом анамнезе привели к развитию заболевания?
4. Определите тактику ведения ребенка (расчет дозы рекомендуемого препарата, длительность курса лечения, частоту наблюдения и обследования, длительность диспансерного наблюдения).
5. Дайте рекомендации по коррекции питания.



Задача № 5

Мать с ребенком пришла на профилактический прием к участковому педиатру. Мальчику 1 год.

Биологический анамнез: ребенок от первой беременности на фоне гестоза I половины, обострения хронического пиелонефрита, мать лечилась амбулаторно. Во 2 половине беременности наблюдались периодические подъемы артериального давления до 140/90 мм рт ст. Роды срочные, физиологические. Масса при рождении 3750 г, длина 54 см, окружность головы – 36 см, груди – 35 см. Закричал сразу, оценка по шкале Апгар 8-8 баллов. К груди приложен в родзале. Пуповинный остаток отпал на 4 сутки. В роддоме сделана прививка БЦЖ-М, V₁ против гепатита В. Выписан на 5 сутки. На грудном вскармливании до 6 месяцев. За 1-й год жизни ни разу не болел. Привит по календарю. В возрасте 1 года осмотрен специалистами – здоров.

Семейный анамнез: благополучный. **Социальный анамнез:** не отягощен

Физическое развитие: рост – 75 см, масса тела – 10,5 кг, окружность головы – 46 см, груди – 48 см.

Нервно-психическое развитие: До – ходит самостоятельно; Ра – произносит 8-10 простых слов; Рп – выполняет элементарные требования взрослых; Н – сам берет чашку и пьет из нее.

Объективно: состояние удовлетворительное, самочувствие хорошее, активен. Аппетит хороший, сон глубокий. Температура – 36,6° С, ЧДД – 30 в 1 мин, ЧСС – 120 в 1 мин. Кожные покровы и слизистые чистые. Большой родничок 0,5×0,5 см, не выбухает. В легких пуэрильное дыхание. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны чистые, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень +1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул 2 раза в сутки, без особенностей.

Общий анализ крови: WBC – $5,6 \times 10^9/\text{л}$, RBC – $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$, HGB – 116 г/л, HCT – 39%, MCV – 82 фл, MCH – 28 пг, MCHC – 37 г/л, RDW – 12%, LYM – 54%, MON – 5%, EO – 2%, NEUT – 39% (П-4%, С-35%), СОЭ – 5 мм/ч.

Общий анализ мочи: COLOR – Yellow, CLA – Clear, pH – 5.0, S.G – 1016, GLU – neg, PRO – neg, Bld – neg, LEU – 2-3 в п/зр.

Исследование кала на яйца глистов: не обнаружены.

Задание

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с МКБ-10, обоснуйте, определите группу здоровья.
2. Оцените физическое и нервно-психическое развитие ребенка.
3. Сформулируйте врачебные рекомендации ребенку на профилактическом приеме.
4. Какие специалисты должны осмотреть ребенка в 1 год?
5. Какие должны быть проведены лабораторные и инструментальные исследования с учетом приказов МЗ РФ?



Задача № 6

Девочка в возрасте 3 лет оформлена в детский сад 10 дней тому назад. Из анамнеза известно, что ребенок III группы здоровья (частые ОРВИ, перинатальная патология ЦНС в анамнезе, атопический дерматит). Социально-бытовые условия благополучные. В семье у матери пищевая аллергия, у бабушки по материнской линии бронхиальная астма.

Показатели нервно-психического развития ребенка перед поступлением в ДДУ: перешагивает через веревочку, горизонтально приподнятую над полом на 30 см. В речи начинает употреблять придаточные предложения, появились вопросы «Когда?», «Почему?», называет 4 основных цвета, дома появились элементы ролевой игры. Одевается самостоятельно, но не умеет застегивать пуговицы.

Лабораторные данные к моменту начала посещения детского сада.

Общий анализ крови: WBC – $8,1 \times 10^9/\text{л}$, RBC – $3,6 \times 10^{12}/\text{л}$, HGB – 115 г/л, HCT – 39%, PLT $342 - 10^9/\text{л}$, MCV – 82 фл, MCH – 28 пг, MCHC – 37 г/л, LYM – 54%, EO – 6%, MON – 5%, NEUT – 35% (П – 4%, С – 31%); СОЭ – 10 мм/ч.

Уровень общего IgE в крови: 150 кЕ/л (норма до 100 кЕ/л).

Выявлена повышенная чувствительность к пищевым аллергенам: банан, апельсин, яблоко, персик, груша, лимон, земляника, ананас.

Со слов матери, отмечаются негативные изменения в поведении ребенка после начала посещения детского сада. Девочка стала капризной, агрессивной, возбужденной; ночью плохо спит, во время ужина дома съедает пищи больше обычного. Утром в детский сад идет неохотно. При ежедневном наблюдении в группе воспитатель отмечает, что ребенок плохо вступает в контакт с детьми, не принимает участия в играх, отказывается от еды, не выполняет режимные требования, днем не спит, часто плачет, просится домой. Показатели нервно-психического развития не изменились.

Физическое развитие: рост – 93,5 см, масса тела – 13300 г, окружность груди – 51 см.

Объективно: температура тела $36,8^\circ \text{C}$. Кожные покровы бледные, пастозные, на щеках гиперемия. На разгибательных поверхностях рук кожа сухая, шершавая, расчесы. Небные миндалины увеличены до II степени, рыхлые. Легкие и сердце без патологии.

Задание

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование. Определите группу здоровья.
2. Оцените физическое и нервно-психическое развитие ребенка.
3. Оцените данные лабораторных исследований. Какие дополнительные исследования необходимы с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения), приказов МЗ РФ?
4. Составьте план лечения с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения).
5. Оцените степень тяжести адаптации к ДДУ, дайте рекомендации по облегчению адаптации.



Задача № 7

Мать с ребёнком 2 лет обратилась к участковому педиатру с жалобами на повышение температуры 39,0°C, жидкий стул.

Болен 2-е сутки. Ребенок заболел остро, когда появилась температура 38,0°C, рвота 2 раза, покашливание. В течение суток температура повышалась до 39,0°C, жаловался на боли в животе. К концу первых суток появился жидкий стул, сначала кашицеобразный калового характера, затем водянистый, обильный, без патологических примесей.

Эпидемиологический анамнез: в детском саду, который посещает ребёнок, есть ещё 2 случая подобного заболевания.

При осмотре: температура - 37,4°C, вялый, бледный. От еды и питья отказывается. Слизистые оболочки ротовой полости и язык сухие. В ротоглотке: гиперемия дужек, задней стенки глотки, из носа необильное слизистое отделяемое. Со стороны сердца и лёгких без патологии. Пульс – 120 в минуту, АД – 95/62 мм рт. ст., ЧДД – 30 в минуту. Живот вздут, болезненный при пальпации в эпигастрии и околопупочной области, отмечается громкое урчание. Печень +1,5+2+2 см, селезёнка не пальпируется. Стул за сутки 6 раз, жидкий, жёлтый, водянистый, пенистый, обильный, с кислым запахом без патологических примесей. Мочится обычно.

Общий анализ крови: HGB – 120 г/л, RBC – $3,86 \times 10^{12}/л$, WBC – $4,8 \times 10^9/л$; EO – 1%, NEUT – 29% (П – 1%, С – 28%), LYM – 64%, MON – 6%, СОЭ – 6 мм/ч.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование.
2. С какими заболеваниями требуется провести дифференциальный диагноз?
3. Укажите патогенетический тип диарейного синдрома, вид и степень эксикоза.
4. Показана ли госпитализация? Составьте план лечения с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения).
5. Укажите меры профилактики заболевания.



Задача № 8

Девочка 14 лет на повторном приеме у участкового педиатра. Обратилась с жалобами на боли в эпигастрии, появляющиеся утром натощак или через 1,5-2 часа после еды, иногда ночью купирующиеся приемом пищи.

Анамнез заболевания: больна в течение 1 года. Лечилась амбулаторно, получала антациды, де-нол, антибиотик. В последние 2 недели боли усилились, снизился аппетит, участилась отрыжка кислым, стул со склонностью к запорам.

Анамнез жизни: девочка первая в семье. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией.

Генеалогический анамнез: у отца девочки гастрит.

Объективно: общее состояние средней тяжести, кожа бледно – розовая, чистая. Язык густо обложен желтоватым налетом. Живот при поверхностной пальпации болезненный в мезогастррии, там же отмечается мышечный дефанс. Печень не пальпируется. По другим органам и системам без патологии.

ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая визуально не изменена. Кардия смыкается полностью. В желудке мутное слизистое содержимое без примеси желчи, складки утолщены, полностью не расправляются при инсуфляции воздухом, местами наложения слизи на стенках желудка. Тонус желудка повышен. На слизистой в антральном отделе определяется язвенный дефект размером 1×1,5 см. Привратник сомкнут, симметричен, свободно проходим, с удовлетворительной замыкательной функцией. Луковица двенадцатиперстной кишки и постбульбарные отделы с усиленным сосудистым рисунком, складки ровные. Тест на *Helicobacter pylori* – положительный.

УЗИ органов брюшной полости: печень с ровным четким контуром, в размерах не увеличена. Структура однородная. Эхогенность – средней интенсивности. Воротная вена – 8 мм, холедох – 4 мм. Внутривенечные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь – перегиб в нижней части пузыря, 54×13 мм, стенка 1 мм, эхосвободен. Через 40 после желчегонного завтрака – 46×11 мм. ПДФ – 0,99. Поджелудочная железа с ровным четким контуром 14×16×18 мм, структура однородная, эхогенность средней интенсивности. Вирсунгов проток фрагментами до 2 мм. Селезенка – без особенностей.

Внутрижелудочная рН-метрия: тело – гиперацидность, Декомпенсация ощелачивания в антральном отделе желудка.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование.
2. Показана ли госпитализация? Составьте план лечения с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения).
3. По какой группе здоровья должен наблюдаться ребенок?
4. Составьте план лабораторных и инструментальных исследований, осмотров специалистами при диспансеризации по ф.30 с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения), приказов МЗ РФ.
5. Определите группу для занятия физической культурой.



Задача № 9

На приеме участкового педиатра девочка 10 лет. Болеет 5-й день. Жалобы на боли в поясничной области, учащенное до 12 раз в сутки мочеиспускание, повышение температуры тела. Заболеванию предшествовало переохлаждение. На следующий день появилась головная боль, боли в животе и поясничной области, температура тела до 39°C. В течение последующих 4 дней продолжала высоко лихорадить, наблюдалась поллакиурия, помутнение мочи. Лечилась симптоматически.

Биологический анамнез: С возраста 2 лет наблюдается по поводу пиелозктазии легкой степени слева. Эпизодов мочевой инфекции не отмечалось. Страдает гастроинтестинальной формой пищевой аллергии Склонна к вульвитам.

Генеалогический анамнез: у матери хронический пиелонефрит на фоне МКБ, у бабушки по линии матери – желчекаменная болезнь.

Объективно: температура тела 38,2°C, состояние средней тяжести за счет интоксикационного синдрома. Кожные покровы чистые, бледные, отеков не определяется. В легких дыхание везикулярное, Тоны сердца ритмичные. АД – 110/70 мм рт. ст., ЧСС – 96 в 1 мин. Миндалины выступают из-за небных дужек на 2/3, застойная гиперемия. Симптом поколачивания болезненный слева. Отмечается учащенное мочеиспускание до 15-18 раз в сутки. Стул - запоры

Общий анализ крови: WBC – $17,5 \times 10^9$ /л, RBC – $4,2 \times 10^{12}$ /л, HGB – 122 г/л, HCT – 37%, MCV – 82 фл, MCH – 28 пг, MCHC – 37 г/л, LYM – 22%, MON – 7%, EO – 1%, NEUT – 70% (П – 7%, С – 63%); СОЭ – 38 мм/ч.7

Общий анализ мочи: COLOR – Yellow, S.G – 1010, pH – 7.0, PRO – 0,165 г/л, BLd – 1-2 в п/зр, LEU – сплошь, эпителий плоский – единичные в п/зр, цилиндры – нет, слизь – немного, соли – оксалаты в большом количестве.

Анализ мочи по Зимницкому: дневной диурез - 600 мл, ночной диурез – 400 мл, относительная плотность 1008-1020.

Посев мочи с определением чувствительности к антибиотикам: кишечная палочка 10^6 КОЕ/мл чувствительная к цефалоспорином, ампициллину.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, СРБ +++ , мочевины – 4,3 ммоль/л, креатинин – 69 мкмоль/л.

УЗИ почек: аномалия развития: удвоение левой почки. Признаки повышения эхогенности паренхимы, расширения ЧЛС слева. Мочевой пузырь без особенностей. Остаточной мочи нет

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование.
2. Показана ли госпитализация? Составьте план дальнейшего обследования для уточнения диагноза с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения), приказов МЗ РФ.
3. Каковы принципы лечения данного заболевания?
4. Составьте план лабораторных и инструментальных исследований, осмотров специалистами при диспансеризации по ф.30 с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения), Приказов МЗ РФ.
5. По какой группе здоровья должен наблюдаться ребенок? Определите группу для занятия физической культурой.



Задача № 10

Девочка, 6-ти лет находится на диспансерном учете у педиатра и аллерголога с диагнозом: бронхиальная астма. Пришла на очередной диспансерный прием в поликлинику.

Анамнез заболевания: В возрасте 2-х лет диагностирован рецидивирующий обструктивный бронхит. В 4,5 года выставлен диагноз: бронхиальная астма. Приступы астмы возникают на фоне ОРВИ. Последний приступ развился 6 месяцев тому назад. Получает базисную терапию.

Анамнез жизни: На 1-м году жизни у ребенка аллергический дерматит на яичный белок. С возраста 1-го года отмечались частые (6-8 раз в год) ОРВИ. Посещает детский сад.

Генеалогический анамнез: у отца поллиноз, у бабушки по линии отца бронхиальная астма.

Физическое развитие: рост – 115 см, масса – 18 кг, окружность грудной клетки – 53 см.

Объективно: в контакт вступает неохотно, с трудом расстается с родителями. В зеве миндалины рыхлые, выступают из – за небных дужек на 2/3, носовое дыхание затруднено, отделяемого нет. В легких – без патологии, ЧДД – 24 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 100 в 1 мин. Живот мягкий.

Общий анализ крови: WBC – $7,3 \times 10^9$ /л, RBC – $4,1 \times 10^{12}$ /л, HGB – 127 г/л, HCT – 37%, MCV – 82 фл, MCH – 28 пг, MCHC – 37 г/л, RDW – 12%, LYM – 25%, MON – 5%, EO – 7%, NEUT – 63% (П – 3%, С – 60%), СОЭ – 5 мм/ч.

Пикфлоуметрия: пиковая скорость выдоха 85% от нормы.

Спирография в покое: ЖЕЛ и ФЖЕЛ в пределах нормы. Показатели проходимости дыхательных путей понижены.

IgE общий: 510 МЕ/л.

IgE специфический: выявлена сенсibilизация к аллергенам пыльцы полыни и амброзии

Консультация ЛОР: гипертрофия аденоидов II степени, гипертрофия небных миндалин II степени.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование. Определите группу здоровья.
2. Оцените физическое развитие.
3. Составьте план лечения ребенка.
4. Составьте план осмотра специалистами на 1 год при диспансеризации по ф.30 с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения), приказов МЗ РФ.
5. Составьте план профилактических прививок на год. Укажите особенности вакцинации детей с бронхиальной астмой.



Задача № 11

На профилактическом приеме у участкового педиатра мальчик 11 месяцев. Жалобы на отставание в физическом развитии, плохой аппетит, одышку при эмоциональной и физической нагрузке, быструю утомляемость при кормлении. Наблюдается кардиологом с рождения.

Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне гестоза и угрозы прерывания в первой половине, контакта с токсическими веществами (мать – штукатур-маляр). На 30-й неделе УЗИ плода выявило порок сердца. Роды в срок. Масса – 2800 г, длина – 49 см, окружность головы – 35 см, окружность груди – 32 см. ОША – 5-6 баллов. Закричал сразу, к груди приложен на 4-е сутки, на 5-е сутки переведен в отделение патологии новорожденных. С 3 мес. на искусственном вскармливании, аппетит снижен.

Генеалогический анамнез: у матери – аллергический риноконъюнктивит.

Физическое развитие: длина – 70 см, масса тела – 8500 г, окружность груди – 45 см, окружность головы – 44 см.

Нервно-психическое развитие: ходит при поддержке, стоит самостоятельно без опоры, действует с предметами по – разному, произносит первые слова-обозначения «мама», «ав-ав», «кис-кис», знает свое имя, пьет из чашки.

Объективно: кожные покровы с цианотичным оттенком, выраженный акроцианоз. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 0,5 см кнаружи от правой парастернальной линии, верхняя – 2 межреберье, левая – на 2,5 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Вдоль левого края грудины выслушивается грубый систолический шум жесткого тембра, 2 тон ослаблен во 2 межреберье слева. ЧСС – 140 в 1 мин. Дыхание по типу диспноэ (углубленное, аритмичное). При аускультации хрипы не выслушиваются. ЧДД – 40 в 1 мин. Печень не выступает из-под края реберной дуги.

Общий анализ крови: WBC – $6,1 \times 10^9$ /л, RBC – $5,4 \times 10^{12}$ /л, HGB – 170 г/л, HCT – 46%, MCV – 85 фл, MCH – 31 пг, MCHC – 39 г/л, LYM – 64%, MON – 5%, EO – 1%, NEUT – 30% (П – 2%, С – 28%), СОЭ – 2 мм/ч.

ЭКГ: отклонение ЭОС вправо, признаки гипертрофии миокарда правого желудочка. *Эхо-КГ:* стеноз легочной артерии, дефект мембранозной части межжелудочковой перегородки 10 мм, смещение аорты вправо, гипертрофия правого желудочка.

Задание

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование. Определите группу здоровья и группы риска.
2. Оцените физическое и нервно-психическое развитие ребенка.
3. Оцените данные дополнительных методов исследования.
4. Составьте план диспансеризации по ф.30.
5. Какое угрожающее состояние может возникнуть при данном заболевании, окажите неотложную помощь с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения).



Задача № 12

Вызов участкового педиатра на дом к мальчику 7 лет. Жалобы на повышение температуры тела до 38,9°C, выраженные боли в горле, снижение аппетита. Ребенок заболел остро, сутки назад. Заболевание началось с вышеперечисленных жалоб. Дома все здоровы.

Анамнез жизни: Мальчик единственный ребенок в семье, от молодых здоровых родителей. С возраста 3 лет ребенок посещает детский сад. Острыми респираторными заболеваниями болеет редко. На диспансерном учете не состоит.

Физическое развитие: рост – 126 см, масса тела – 24,5 кг, окружность грудной клетки – 60 см.

Объективно: состояние средней степени тяжести за счет интоксикационного синдрома. Самочувствие страдает. Кожные покровы чистые, бледные. Видимые слизистые чистые, в зеве яркая разлитая гиперемия. Миндалины рыхлые, отечные, с большим количеством гнойных фолликулов. Губы сухие. Подчелюстные лимфоузлы пальпируются в диаметре до 1-1,5 см, болезненные, с кожей и подкожной клетчаткой не спаяны. Носовое дыхание свободно. В легких перкуторно определяется ясный легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное. ЧДД – 28 в 1 мин. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 110 в 1 мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочится свободно. Стул 1 раз в сутки.

Задание

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование.
2. Составьте алгоритм врачебных действий соответственно диагнозу, план обследования с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения).
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Составьте план лечения больного с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения).
5. Перечислите возможные осложнения при данном заболевании.



Задача № 13

На профилактическом приеме у участкового педиатра мальчик 6 мес. Жалобы матери на кожные высыпания, беспокойство, зуд кожных покровов.

Анамнез заболевания: болен с 2 месяцев, когда после перевода на искусственное вскармливание на коже щек появились участки покраснения с элементами микровезикул, затем мокнутие с образованием корочек. Применение антигистаминных препаратов давали кратковременный эффект. В 5,5 месяцев после введения овсяной каши отмечался разжиженный стул со слизью. Ребенок получает смесь «НАН кисломолочный» по 200 мл, 3 раза в день, пюре из кабачков – 150,0 г 1 раз в день, молочную овсяную кашу – 200,0 г, 1 раз в день, яблочный сок – 60,0 мл, 1 раз в день.

Анамнез жизни: ребенок от II беременности с гестозом I половины, роды I срочные, масса при рождении – 3200 г, рост – 50 см, окружность груди – 33 см, окружность головы – 35 см, ОША – 8-9 баллов. К груди приложен в родзале. Сделана BCG и две вакцинации от гепатита В в срок, далее не привит.

Генеалогический анамнез: у матери – поллиноз, у бабушки по линии матери - бронхиальная астма.

Физическое развитие: масса – 8000 г, рост – 66 см, окружность груди – 43 см, окружность головы – 43 см.

Нервно-психическое развитие: поворачивается с живота на спину, подползает, свободно берет игрушку из разных положений, произносит слоги «ма», «ба», снимает пищу губами с ложки.

Объективно: состояние средней тяжести, беспокоен. На волосистой части головы – корочки желтого цвета. На коже лица, туловища, шеи, разгибательных поверхностях конечностей определяются папулы, везикулы на эритематозном фоне с расчесами, эрозиями и выделением серозного экссудата. Стул кашицеобразный с примесью слизи.

Общий анализ крови: WBC – $9,2 \times 10^9$ /л, RBC – $4,0 \times 10^{12}$ /л, HGB – 120 г/л, HCT – 36%, MCV – 78 фл, MCH – 27 пг, MCHC – 35,8 г/л, LYM – 51%, MON – 10%, EO – 9%, NEUT – 30% (П – 3%, С – 27%), СОЭ – 12 мм/ч.

Иммунологическое исследование крови: IgE – 530 МЕ/л (N до 100 МЕ/л), повышение уровня специфических IgE к белку коровьего молока, овсу.

Задание

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование. Определите группу здоровья и группы риска.
2. Оцените физическое и нервно-психическое развитие ребенка
3. Назначьте лечение с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения).
4. Составьте план осмотров специалистов и лабораторных исследований по ф.30 с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения), приказов МЗ РФ.
5. Определите тактику по дальнейшей вакцинации ребенка.



Задача №14

Вызов участкового педиатра на дом к мальчику 2-х лет.

Жалобы: мучительный кашель, затрудненное носовое дыхание, отказ от еды, повышение температуры тела в течение дня до 39°C.

Анамнез заболевания: болен в течение 7-ми дней. Со 2-го дня болезни лечился симптоматически по поводу ОРВИ участковым педиатром. С 3-го дня болезни T° тела снизилась до субфебрильных цифр, самочувствие улучшилось. Накануне ночью мама обратила внимание на ухудшение состояния ребенка: появилась синева вокруг губ, одышка, усилился кашель.

Анамнез жизни: на диспансерном учете не состоит, ДООУ не посещает.

Физическое развитие: рост – 86,5 см, масса – 12,5 кг, окружность грудной клетки – 51 см.

Объективно: температура тела 39,5° С. Кожные покровы бледные, щеки гиперемированы. Перiorальный цианоз. В зеве гиперемия дужек, слизистая задней стенки глотки рыхлая, зернистая. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки. Над легкими укорочение перкуторного звука справа ниже угла лопатки, там же выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД – 60 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 130 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

Общий анализ крови: WBC – $15,3 \times 10^9/\text{л}$, RBC – $4,4 \times 10^{12}/\text{л}$, HGB – 122 г/л, HCT – 36%, MCV – 78 фл, MCH – 27 пг, MCHC – 35,8 г/л, LYM – 25%, MON – 5%, EO – 3%, NEUT – 67% (П – 6%, С – 61%), СОЭ – 23 мм/ч.

Общий анализ мочи: COLOR – Yellow, CLA – Clear, S.G – 1018, pH – 5,0, GLU – neg, PRO – neg, BLd – neg, LEU – 0-1 в п/зр., эпителий – 1-2 в п/зр.

Рентгенограмма органов грудной клетки: в прямой проекции корни легких расширены, правый корень не структурен, легочный рисунок усилен. В правой нижней доле отмечается инфильтрация S₉₋₁₀. Купола диафрагмы свободны, расположены обычно. Органы средостения не изменены.

Задание

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование.
2. Оцените физическое развитие.
3. С какими заболеваниями надо провести дифференциальный диагноз.
4. Показана ли госпитализация ребенку, обоснуйте. Назначьте антибактериальную терапию.
5. Определите группу здоровья после выздоровления. Составьте план диспансерного наблюдения за ребенком.



Задача № 15

Девочка в возрасте 1 года приглашена на профилактический прием к педиатру.

Мать предъявляет **жалобы** на вялость и снижение аппетита у ребенка.

Анамнез жизни: Беременность вторая, со слов матери протекала нормально, в женской консультации женщина не наблюдалась. Роды вторые, срочные, без особенностей. Старшему ребенку 2 года 2 месяца. Масса при рождении – 3100 г, длина – 51 см, оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов. На грудном вскармливании до 3 месяцев, затем переведена на цельное коровье молоко. С 4 месяцев введены соки, фруктовое и овощное пюре, с 5 месяцев – манная каша, творог, с 8 месяцев – мясное пюре (ела плохо). Привита по календарю. За последние 2 месяца дважды переболела ОРВИ.

Физическое развитие: рост – 73 см, масса тела – 9,6 кг, окружность головы – 45 см, окружность груди – 47 см. **Нервно – психическое развитие:** стоит с опорой, произносит 2-3 слова, выполняет элементарные требования взрослых, пьет из чашки, которую держит взрослый.

Объективно: состояние средней степени тяжести за счет основного заболевания. На осмотр реагирует вяло. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледные, сухие. Волосы ломкие. Отмечается умеренная мышечная гипотония. В легких дыхание пузырьное, хрипов нет. ЧДД 32 в 1 мин. Тоны сердца громкие, ритмичные, на верхушке выслушивается короткий систолический шум, за пределы сердца не проводится. ЧСС – 126 в 1 мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Селезенка не пальпируется. Мочится свободно, стул 1-2 раза в день.

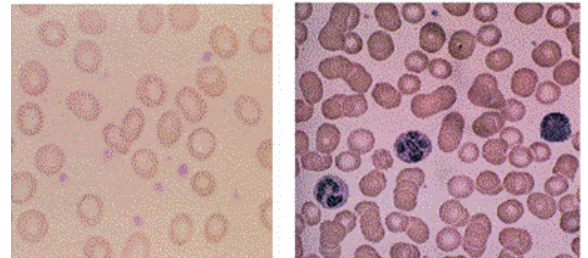
Общий анализ крови: WBC – $8,8 \times 10^9/\text{л}$, RBC – $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, HGB – 78 г/л, HCT – 33%, MCV – 68 фл, MCH – 20 пг, MCHC – 28 г/л, RDW – 15,6%, LYM – 60%, MON – 10%, EO – 4%, NEUT – 26% (П – 2%, С – 24%), RTC – 1,5%, ЦП – 0,73, СОЭ – 22 мм/ч. Анизоцитоз (++) , пойкилоцитоз (++) эритроцитов.

Общий анализ мочи: COLOR – Yellow, CLA – Clear, S.G – 1018, GLU – neg, PRO – neg, BLD – neg, LEU – 2-3 в п/зр., эпителий – 1-2 в п/зр., цилиндры – нет, слизь – немного.

Биохимический анализ крови: сывороточное железо – 6,3 мкмоль/л, ОЖСС – 90,2 мкмоль/л, свободный гемоглобин – не определяется.

Задание

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование. Определите группу здоровья.
2. Оцените физическое и нервно-психическое развитие.
3. Определите место лечения ребенка. Составьте план лечения с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения).
4. Составьте план диспансерного наблюдения за ребенком на участке по ф.30/у.
5. Обоснуйте тактику дальнейшей вакцинации ребенка.



Задача № 16

Мать с мальчиком 6 месяцев пришла на профилактический прием в поликлинику.

Анамнез жизни: мальчик от 2 беременности, протекавшей на фоне гестоза II половины. Первый ребенок здоров. Роды в срок, со стимуляцией. Родился с массой тела – 3600 г, длиной – 53 см, окружностью головы – 35 см, окружностью груди – 34 см. Закричал сразу. В роддоме привит. Естественное вскармливание до 2,5 месяцев, затем цельное коровье молоко. Кормится 5 раз, съедает по 180-200 мл в одно кормление. Профилактика рахита не проводилась. В 1 месяц проведена вторая вакцинация от гепатита В. В 3 месяца сделана прививка АКДС + полиомиелит, реакции на прививку не наблюдалось. В 4 и 5 месяцев на профилактический прием не явились. В течение последнего месяца мать обращает внимание на то, что ребенок стал сильно потеть, вздрагивает во сне, от пеленки резкий запах аммиака.

Физическое развитие: рост – 64 см, масса тела – 7500 г, окружность головы – 42 см, окружность груди – 43 см.

Нервно-психическое развитие: поворачивается со спины на живот, свободно берет игрушку из разных положений, длительно гулит, снимает пищу губами с ложки.

Объективно: определяется уплощение и облысение затылка, податливость костей черепа по ходу стреловидного и лямбдовидного швов, размягчение краев большого родничка. Нижняя апертура грудной клетки развернута, пальпируются реберные «четки». Большой родничок 3×3 см. Мышечная гипотония, плохо опирается на ноги. В легких и сердце без особенностей. Живот мягкий, распластаный. Печень+3+3+3 см, селезенка не пальпируется.

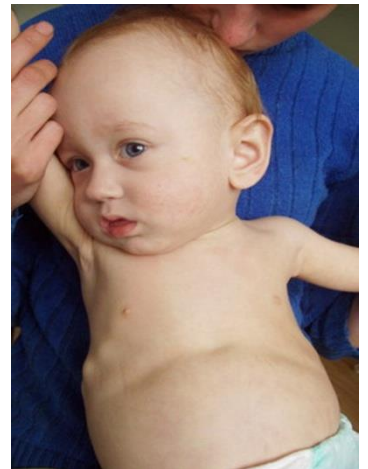
Общий анализ крови: WBC – $7,9 \times 10^9/\text{л}$, RBC – $3,9 \times 10^{12}/\text{л}$, HGB – 114 г/л, HCT – 36%, PLT – $272 \times 10^9/\text{л}$, PCT – 32 %, MCV – 78 фл, MCH – 27 пг, MCHC – 35,8 г/л, RDW – 13,6%, MPV – 9,7 фл, LYM – 60%, MON – 3%, EO – 1%, NEUT – 36% (П – 2%, С – 34%), СОЭ – 8 мм/ч.

Общий анализ мочи: COLOR – Yellow, CLA – Clear, pH – 5,0, S.G – 1016, GLU – neg, PRO – neg, BLd – neg, LEU – 0-1 в п/зр., эпителий – 0-1 в п/зр.

Биохимический анализ крови: кальций общий – 1,8 ммоль/л (N 2,2-2,7 ммоль/л), фосфор крови – 1,2 ммоль/л (N 1,3-2,1 ммоль/л).

Задание

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование. Определите группу здоровья, группы риска.
2. Оцените физическое, нервно-психическое развитие.
3. Назначьте лечение с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения).
4. Составьте план диспансерного наблюдения.
5. Решите вопрос о проведении вакцинации.



Задача № 17

Девочка 5 месяцев направлена к педиатру в ЦРБ фельдшером.

При поступлении мать предъявляет **жалобы** на периодическое беспокойство ребенка, снижение аппетита, плохую прибавку массы тела.

Анамнез жизни: ребенок от юной матери из малообеспеченной полноценной семьи, от 1-ой беременности, протекавшей с гестозом I и II половины. Роды в срок. Масса ребенка при рождении – 2750 г, длина – 51 см. С 2 месяцев на искусственном вскармливании в связи с недостатком молока у матери, получала разведенное водой домашнее коровье молоко, кефир, с 4 месяцев – соки, фруктовое пюре. Дважды переболела ОРВИ. На прием в поликлинику мать являлась нерегулярно. От вакцинации мать отказалась.

Физическое развитие: рост – 63 см, масса тела – 5000 г, окружность головы – 41 см, окружность груди – 39 см.

Нервно-психическое развитие: мать узнает, гулит, поворачивает голову на звук, улыбается редко, захватывает висящую игрушку, но не удерживает ее, с помощью переворачивается со спины на живот, четко берет чашку, которую держат перед грудью ребенка.

Объективно: состояние ребенка средней степени тяжести за счет основного заболевания. Девочка вялая, иногда беспокойная, на осмотр реагирует негативно. T^0 тела нормальная. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Тургор тканей снижен. Подкожный жировой слой слабо выражен на туловище и конечностях. Умеренная мышечная гипотония. Видимые слизистые чистые, розовые. Губы сухие. В углах рта заеды. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧДД 32 в 1 мин. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС 125 в 1 мин. Живот умеренно вздут. Печень +2,5+3+3 см. Мочеиспускание безболезненное. Стул со скудными каловыми массами 1 раз в день.

Общий анализ крови: WBC – $9,2 \times 10^9$ /л, RBC – $3,9 \times 10^{12}$ /л, HGB – 112 г/л, HCT – 36%, MCV – 78 фл, MCH – 27 пг, MCHC – 35,8 г/л, LYM – 52%, MON – 8%, EO – 4%, NEUT – 36% (П – 2%, С – 34%), СОЭ – 3 мм/ч.

Копрограмма: цвет светло-коричневый, запах специфический, консистенция густая. Микроскопия: жир нейтральный -, жир омыленный +, крахмал внеклеточный +, растительная клетчатка +, мышечные волокна переваренные +, каловый детрит +, яйца глистов не обнаружены.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование. Определите группу здоровья и группы риска.
2. Оцените физическое и нервно-психическое развитие.
3. Обоснуйте показания для госпитализации у данного ребенка.
4. Составьте план диспансерного наблюдения за ребенком по ф.30/у с учетом групп риска после выписки из стационара.
5. Дайте врачебные рекомендации родителям по вскармливанию, воспитанию, уходу за ребенком, его реабилитации после выписки из стационара.



Задача № 18

К девочке 5 лет, посещающей ДОО, вызван участковый врач.

Жалобы на повышение температуры тела до фебрильных цифр, появление сыпи на коже, зуд кожных покровов, болезненность при глотании.

Анамнез заболевания: Заболела остро 3 дня назад. Заболевание началось с повышения температуры до 38,0°C и появления пятнистой сыпи за ушами. В течение 3-х дней температура тела периодически повышалась до 37,5-38,0° С. Каждое повышение температуры тела сопровождалось появлением новых элементов сыпи. Имеющаяся сыпь постепенно изменяла свой характер: на месте розовых пятен появлялись папулы, затем везикулы, наполненные прозрачным содержимым, которое становилось мутным, и пузырек вскрывался, образуя корочку.

Объективно: состояние средней тяжести, умеренные проявления интоксикационного синдрома. Температура тела – 37,8°C, ЧДД – 28 в 1 мин, ЧСС – 110 в 1 мин. На коже и волосистой части головы полиморфная сыпь в виде папул, пузырьков, наполненных серозным, мутным содержимым, корочки. На слизистой полости рта также имеются единичные элементы сыпи. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено.



Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз.
3. Какие лабораторные методы исследования используются для подтверждения этиологии заболевания с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения)?
4. Составьте план лечения и наблюдения за больным с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения).
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в детском учреждении и дома.

Задача № 19

К девочке 4 лет, посещающей ДОО, вызван повторно участковый врач.

Жалобы на повышение температуры тела, болезненность при глотании, слизистые выделения из носа, светобоязнь, боли в животе.

Анамнез заболевания: Впервые обратилась за медицинской помощью 5 дней назад, когда отмечалось повышение температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, катаральные явления в носоглотке. Был выставлен диагноз ОРВИ, получала симптоматическое лечение. С 4-го дня болезни появилась светобоязнь, слезотечение, инъекция сосудов склер, присоединился сухой кашель. В течение последних суток появилась сыпь за ушами, затем на шее, лице, верхней части груди.

Анамнез жизни: в первые 2 года жизни привита не в полном объеме в связи с частыми заболеваниями ребенка. С 2 лет болеет не более 4 раз в год ОРВИ.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Проявления интоксикации выражены умеренно, температура тела $37,8^{\circ}\text{C}$. Отмечаются насморк, сухой кашель, конъюнктивит, светобоязнь, слезотечение, одутловатость лица, припухлость век, носа, губ. Шейные лимфатические узлы пальпируются размером до 0,5-1,0 см в диаметре, умеренно болезненные, плотные, с кожей и подкожной клетчаткой не спаяны. На коже лица, груди, верхней части спины обильная пятнисто-папулезная сыпь с тенденцией к слиянию, насыщенно-розового цвета. Свободная от сыпи кожа обычной окраски. Слизистая оболочка полости рта, ротоглотки гиперемирована, разрыхлена. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено.

Общий анализ крови: WBC – $6,3 \times 10^9/\text{л}$, RBC – $4,1 \times 10^{12}/\text{л}$, HGB – 136 г/л, HCT – 36%, MCV – 78fl, MCH – 27 pg, MCHC – 35,8 g/l, RDW – 13,6%, LYM – 54%, MON – 6%, EO – 3%, NEUT – 37% (П – 1%, С – 36%), СОЭ – 12 мм/ч.

Задание

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз.
3. Составьте план лечения и наблюдения за больной с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения).
4. Составьте план противоэпидемических мероприятий в детском учреждении и дома.
5. Укажите схему вакцинации против данного заболевания, состав вакцины, противопоказания.



Задача №20

К мальчику 6 лет, посещающему ДОУ, вызван участковый врач.

Жалобы на повышение температура, насморк, сыпь по всему телу.

Анамнез заболевания: Ребенок заболел остро. Заболевание началось с повышения температуры тела до 37,4°C, появления незначительных выделений из носа слизистого характера. К вечеру текущего дня у ребенка появилась сыпь, располагающаяся на лице, туловище, конечностях. Мать ребенка находится на 8-й неделе беременности.

Объективно: состояние средней степени тяжести, умеренные проявления интоксикационного синдрома, самочувствие удовлетворительное. Температура тела – 37,4°C, ЧДД – 22 в мин, ЧСС – 90 в мин. Положение активное. Пальпируются заднешейные, затылочные, околоушные лимфатические узлы диаметром до 0,8-1,0 см. На лице, шее, туловище, разгибательных поверхностях конечностей, спине и ягодицах определяется необильная, пятнистая, пятнисто-папулезная сыпь, располагающаяся на неизменном фоне, без тенденции к слиянию. На животе, груди, лице сыпь выражена слабо. На слизистой мягкого неба выявляется энантема в виде мелких, бледно-розовых пятнышек диаметром 3-5 мм. Умеренная гиперемия небных дужек. Катаральный конъюнктивит. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено.

Задание

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз.
3. Составьте план лечения и наблюдения за больным с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения).
4. Составьте план противоэпидемических мероприятий в детском учреждении и дома.
5. Укажите схему вакцинации против данного заболевания, состав вакцины, противопоказания.



Задача № 21

Ребёнка 5 лет в течение двух дней беспокоят кашель, насморк, повышение температуры до 39°C. Мать заметила подкожные кровоизлияния на коже груди, конечностях, дважды было носовое кровотечение.

Эпид.анамнез: мальчик посещает детский сад, где регистрируются ОРВИ.

Обследование:

Общий анализ крови: гемоглобин – 132 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – $3,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 28%, лимфоциты – 64%, моноциты – 2%, тромбоциты – $180 \times 10^9/л$; СОЭ – 5 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1020, белок – нет, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий – 1-2 в поле зрения.

Иммунофлюоресценция: выявлены РНК-содержащие вирусы.



Задание:

1. Поставьте диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование.
2. Оцените результаты лабораторных методов исследования.
3. Составьте план лечения с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения).
4. Укажите специфические и неспецифические профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Противозидемические мероприятия при данном заболевании?

Задача № 22

Ребёнок С. 3 лет болен второй день, заболел остро, стали беспокоить кашель, насморк, температура повысилась до 37,2°C. Развился приступ затруднённого дыхания.

При осмотре врачом-педиатром участковым состояние оценено как тяжёлое за счёт дыхательной недостаточности. Одышка с затруднением вдоха при беспокойстве. Кашель «лающий», ребёнок беспокойный, голос осипший, с тенденцией к афонии. Наблюдаются втяжение межрёберных промежутков, ярёмной ямки, цианоз носогубного треугольника. Масса ребёнка – 15 кг, ЧДД – 52 в минуту, ЧСС – 120 в минуту.

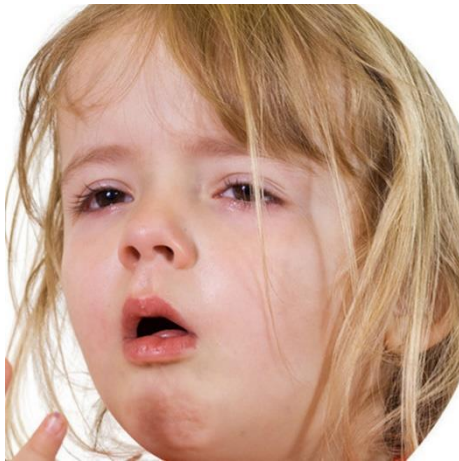
Мать ребёнка от госпитализации отказалась.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 122 г/л, эритроциты – $4,7 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,8, лейкоциты – $4,3 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 14%, лимфоциты – 73%, моноциты – 11%, СОЭ – 5 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1015, белок – нет, лейкоциты – 0-1 в поле зрения.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: усиление сосудистого рисунка.



Задание:

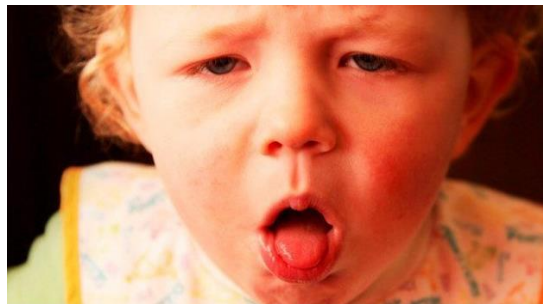
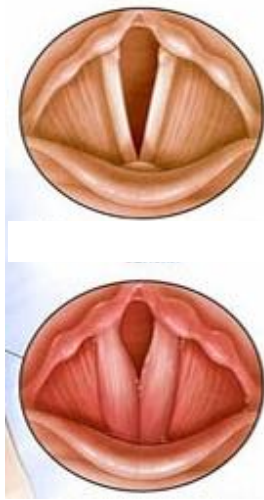
1. Поставьте диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование.
2. Укажите патогенез основных клинических синдромов.
3. Составьте план лечения с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения). Обоснуйте необходимость госпитализации.
4. Существует ли специфические профилактические мероприятия при данном заболевании?
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача № 23

Ребёнок 2 лет заболел остро с повышения температуры тела до 38,0°C, появления сухого кашля, насморка. Среди ночи проснулся от шумного, затруднённого дыхания. Беспокоен, мечется в кроватке. Кашель сухой, «лающий». Мать вызвала скорую помощь.

При осмотре врач отметил заложенность носа (ребёнок дышит ртом), бледность кожных покровов, периоральный цианоз, втяжение межреберий, яремной и надключичной ямок при вдохе. Число дыханий – 42 в минуту. Голос осипший, вдох шумный. Кашель грубый, сухой. При осмотре ротоглотки врач отметил яркую гиперемию дужек, нёбных миндалин, зернистость задней стенки глотки. Налётов нет. Аускультативно дыхание жёсткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, ЧСС – 142 в минуту. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень, селезёнка не увеличены. Стул (со слов матери) был оформленным. Мочится обычно. Моча светлая.

Пульсоксиметрия: насыщение крови кислородом – 92%.



Задание:

1. Поставьте диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование.
2. Укажите патогенез основных клинических синдромов.
3. Укажите этиологию данного заболевания. Какие лабораторные методы исследования используются для подтверждения этиологии с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения)?
4. Показана ли госпитализация и в какое отделение?
5. Составьте план лечения больного с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Задача № 24

Ребёнок 7 месяцев болен в течение 3 дней. Температура – 38-39°C, беспокойный, аппетит снижен. Отмечается влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа.

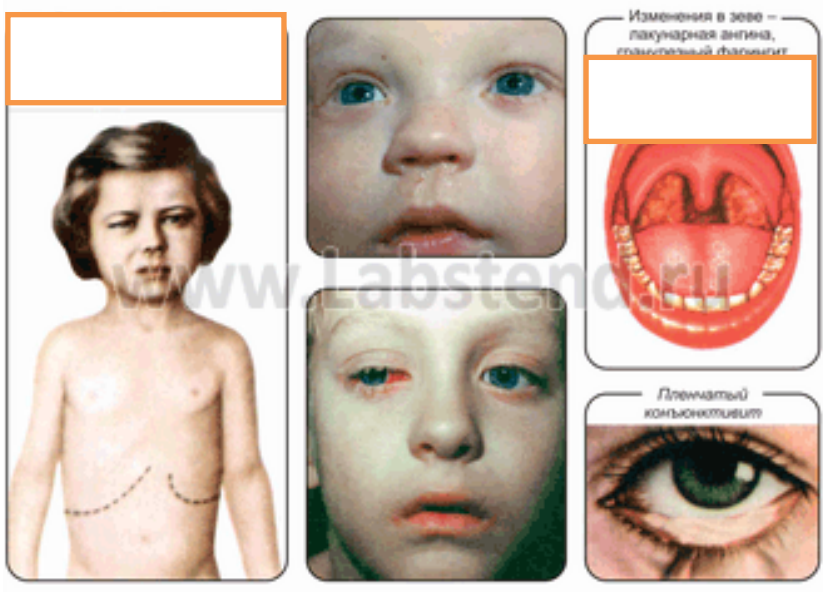
Участковый врач-педиатр при осмотре на 4 день болезни расценил состояние ребёнка как средне-тяжёлое. Температура – 38,3°C. Веки отёчны, конъюнктива гиперемирована. На нижнем веке справа небольшая белая плёнка, снимающаяся свободно, поверхность не кровоточит. Пальпируются подчелюстные, передне-, задне-шейные лимфатические узлы в диаметре до 1,5-2 см, безболезненные, эластичные. Зев гиперемирован, миндалины и фолликулы задней стенки глотки гипертрофированы. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа. В лёгких аускультативно жёсткое дыхание, проводные влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 132 ударов в минуту. Печень +3,5+3,5+3 см, селезенка +1,5 см из-под рёберной дуги, эластической консистенции. Стул разжиженный, 5 раз за сутки, со слов мамы без патологических примесей.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 133 г/л, эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – $7,9 \times 10^9/л$; палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 18%, базофилы – 1%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 72%, моноциты – 4%, СОЭ – 4 мм/час.

Анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый; прозрачность – прозрачная; относительная плотность – 1021; белок – нет, глюкоза – нет; лейкоциты – 1-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 74 г/л, мочевины – 5,2 ммоль/л, АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 30 Ед/л.

На рентгенограмме органов грудной клетки лёгочный рисунок усилен, лёгочные поля без очаговых и инфильтративных теней, корни структурны, срединная тень без особенностей, диафрагма чёткая, синусы дифференцируются.



Задание:

1. Поставьте диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование.
2. На основании каких основных клинических синдромов поставлен клинический диагноз ребёнку?
3. Обоснуйте необходимость назначения антибактериальной терапии данному больному.
4. Составьте план лечения с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения).
5. Перечислите меры профилактики заболевания.

Задача № 25

Мальчик 4 месяцев заболел 3 дня назад с подъёма температуры тела до 37,2°C, заложенности носа, покашливания. В течение последующих двух дней отмечалась субфебрильная температура, кашель стал нарастать, сегодня появилось затруднение дыхания, со слов матери, ребёнок «задыхается», отказывается пить. Мать обратилась к врачу-педиатру участковому.

Из анамнеза жизни известно, что ребёнок родился доношенным, с массой тела 3400 г, длиной тела 52 см, период новорождённости протекал без особенностей, выписан под наблюдение врача-педиатра участкового на 3 суток после рождения. В возрасте ребёнка 2 месяцев у матери пропало молоко (мать курила во время беременности и сейчас курит). Ребёнок находится на искусственном вскармливании. До настоящего времени не болел. Прививается по возрасту.

Семья – 5 человек, есть ещё двое детей в возрасте 8 и 4 лет, старший ребёнок переносит лёгкую форму острого назофарингита.

При осмотре состояние ребёнка тяжёлое, за счет симптомов дыхательной недостаточности. SaO₂ – 90%. Ребёнок беспокоен, часто кашляет, кашель влажный. Отмечается одышка экспираторного типа, ЧДД 78 в минуту, мелкопузырчатые хрипы и крепитация в лёгких с обеих сторон, выслушиваются редкие сухие свистящие хрипы. Визуально отмечается незначительное вздутие грудной клетки, перкуторно определяется коробочный оттенок звука. В акте дыхания принимают участие вспомогательные мышцы, отмечается втяжение межреберий на вдохе, раздувание крыльев носа.

Живот мягкий и безболезненный при пальпации, печень выступает на +1,5+1,5+2см из-под края рёберной дуги, селезёнка не увеличена. Стул до 4 раз в день без патологических примесей. Мочится редко.



Задание:

1. Поставьте диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование.
2. Укажите основные клинические синдромы.
3. Патогенез развития дыхательной недостаточности при данном заболевании.
4. Назовите факторы риска развития заболевания и тяжёлого течения болезни у данного ребёнка.
5. Назовите основные направления терапии данного заболевания с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Задача № 26

На амбулаторном приёме мать с мальчиком 1 года 6 месяцев.

Ребёнок от первой беременности, протекавшей с гестозом I половины. Роды срочные, без осложнений. Масса при рождении – 3 500 г, длина тела – 52 см. Закричал сразу, к груди приложен в родильном зале, привит по календарю.

Семья полная.

Индекс отягощённости наследственного анамнеза – 0,6.

Мальчик с 6 месяцев жизни находится на искусственном вскармливании по причине гипогалактии матери. На первом году жизни однократно перенес ОРВИ, в 8 месяцев – пневмонию.

На момент осмотра соматический статус без патологии.

Масса – 10500 г, длина – 80 см, окружность груди – 48 см.

Сон спокойный.

Аппетит хороший.

Зубов – 14 (8 верхних и 6 нижних).

Психометрия:

Д – перешагивает через препятствие приставным шагом;

И – умеет воспроизводить часто наблюдаемые в жизни действия (причёсывает, умывает);

Ра – в момент заинтересованности называет предметы;

Рп – находит по слову среди нескольких сходных предметов по цвету, размеру и пр.;

Ср – ориентируется в 3-4 контрастных формах предметов (шар, куб, кирпичик)

Н – самостоятельно ест жидкую пищу ложкой, просится на горшок.

Задание:

1. Поставьте диагноз в соответствии с МКБ-10, обоснуйте, определите группу здоровья.
2. Оцените физическое и нервно-психическое развитие ребенка.
3. Дайте врачебные рекомендации законному представителю ребёнка на профилактическом осмотре.
4. Проведите профилактику пограничных состояний и специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок.
5. В каком возрасте следующий раз ребенок должен пройти на профилактический осмотр? Консультации каких специалистов должен получить ребёнок в рамках приказа МЗ РФ №514н?



Задача № 27

На амбулаторном приёме мать с девочкой 4 месяцев.

Ребёнок от V беременности II срочных родов; первая беременность закончилась выкидышем, последующие беременности – мед. аборты, IV беременность закончилась срочными родами – мальчик 1,5 года. Данная беременность протекала с гестозом I и II половины. В женской консультации на учете с 36 недели беременности. Роды срочные, без патологии. Масса при рождении – 3150 г, длина тела – 49 см.

С одного месяца ребёнок находится на искусственном вскармливании по причине гипогалактии у матери. Перенесённые заболевания: ОРВИ в 2 месяца жизни. Привита по календарю.

Ребёнок из неполной семьи. Мать с детьми проживает в однокомнатной квартире. Материальное обеспечение семьи неудовлетворительное. Имеются вредные привычки.

Индекс отягощённости наследственного анамнеза – 0,5.

При осмотре: отмечается бледность кожных покровов, повышенная потливость, небольшая мышечная гипотония, облысение затылка, краниотабес. Мать отмечает беспокойный сон. По другим внутренним органам и системам – без видимой патологии.

Зубов нет. Большой родничок – 2,5×2,5 см, края податливы. Масса тела – 5800 г, длина – 59 см.

Психометрия:

Аз – узнаёт близкого человека (радуется);

Ас – ищет источник звука, поворачивает голову в его сторону;

Э – появляется комплекс оживления в ответ на разговор с ним, смеётся в ответ на речевое общение с ней;

Др – рассматривает, не захватывает игрушки, низко висящие над ней;

До – не удерживает голову в вертикальном положении, при поддержке за подмышки ноги не упираются о твёрдую опору;

Ра – гулит;

Н – во время кормления перестала поддерживать бутылочку руками.



Задание:

1. Поставьте диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование.
2. Определите группу здоровья и группу риска.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения).
4. Составьте план лечения с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения).
5. Дайте врачебные рекомендации законному представителю ребенка на профилактическом приеме.

Задача № 28

На амбулаторном приёме мать с дочерью 4,5 месяцев.

Жалобы: на повышение температуры тела до 38°C, беспокойство, появление покраснения, болезненность и уплотнение в месте введения вакцины АКДС.

Анамнез заболевания: день назад ребёнку на фоне полного здоровья проведены V2 АКДС + V2 ИПВ + V2 пневмококковая инфекция. Предыдущую вакцинацию в возрасте 3 месяцев девочка перенесла хорошо. Реакций не наблюдалось.

Анамнез жизни: ребёнок от первой физиологической беременности, первых срочных физиологических родов. Масса при рождении - 3100 г, длина тела - 50 см. Оценка по шкале Апгар 8-10 баллов. В роддоме проведена вакцинация V1 BCG и V1 ВГВ. Выписана на 4 сутки.

Далее прививалась согласно национальному календарю прививок.

До настоящего времени ничем не болела. Физическое и нервно-психическое развитие соответственно возрасту. Находится на естественном вскармливании.

Наследственный анамнез не отягощен.

Объективно: температура тела - 37,0°C. Видимые слизистые чистые. По внутренним органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный, без патологических примесей. В месте введения вакцины АКДС пальпируется инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отёк мягких тканей диаметром 3 см.



Задание:

1. Обоснуйте и поставьте диагноз в соответствии с МКБ-10. Определите группу здоровья.
2. Дайте рекомендации по дальнейшей тактике иммунизации ребёнка.
3. Дайте определение поствакцинальных осложнений. Перечислите общие клинические проявления при поствакцинальных осложнениях.
4. Перечислите местные клинические проявления при поствакцинальных осложнениях.
5. В каких ситуациях необходимо подать экстренное извещение при проведении вакцинопрофилактики?

Задача № 29

Вызов на дом к ребёнку 1 года 10 месяцев.

Жалобы: насморк, частый кашель, частое шумное дыхание с затрудненным выдохом, субфебрильная температура.

Анамнез заболевания: заболел постепенно - появились слизистые выделения из носа, редкий кашель, температура тела – 37,5°C. Ночью кашель усилился, стал частым и малопродуктивным. Ребёнок не спал, беспокоился. Появилось частое шумное дыхание с затруднённым выдохом.

Анамнез жизни: ребёнок от I беременности, протекавшей с гестозом I половины. Роды в срок. Масса при рождении - 3000 г, длина - 50 см. Физическое и нервно-психическое развитие – соответственно возрасту. На грудном вскармливании находился до 1 года. С введением блюд прикорма появилось мокнутие щек, которое периодически повторяется. К врачу по этому поводу не обращались. Перенес ОРВИ после 1 года 3 раза, последние 2 эпизода сопровождались затруднённым выдохом.

Объективно: состояние мальчика средней степени тяжести, положение - ортопноэ. Вялый, в сознании. Кожные покровы бледные, на щеках – пятнисто-папулезная сыпь с мокнутием, при плаче – периоральный цианоз. В акте дыхания участвуют крылья носа и мышцы плечевого пояса. Зев умеренно гиперемирован. Грудная клетка бочкообразная, перкуторно - коробочный оттенок звука над всей поверхностью легких. Аускультативно - на фоне жёсткого дыхания много сухих свистящих хрипов, выдох удлинён, ЧДД – 55 в мин. ЧСС – 146 в мин. Тоны сердца громкие, ритмичные. Печень – у нижнего края рёберной дуги.



Задание:

1. Поставьте диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование.
2. Каковы патогенетические механизмы возникновения дыхательной недостаточности в данном случае?
3. Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференцированный диагноз в данной ситуации.
4. Назначьте лечение ребенку на догоспитальном этапе с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения).
5. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача № 30

Вызов на дом врача-педиатра участкового к подростку 17 лет.

Жалобы: на сильные боли в горле, общую слабость, головную боль, температуру тела 39,0°C.

Анамнез заболевания: Болен вторые сутки. Утром прошлого дня стало больно глотать, в течение дня боль в горле усилилась, к вечеру резко поднялась температура, от еды отказывается (больно глотать), сон беспокойный. Утром вызвали участкового врача-педиатра. Контакт с инфекционными больными отрицает.

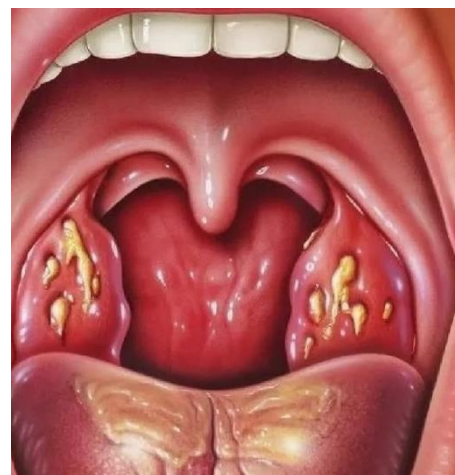
Анамнез жизни: без особенностей.

Объективно: температура – 38,5°C. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, розовые, горячие. В зеве яркая гиперемия нёбных дужек, мягкого нёба, миндалин. Лакуны миндалин расширены, густо обложены налётом жёлто-белого цвета. Пальпируются подчелюстные, передние шейные лимфоузлы диаметром до 2,5 см, резко болезненные. Дыхание через нос свободное. Частота дыхания – 20 в минуту. Над лёгкими перкуторно - ясный лёгочный звук. В лёгких аускультативно - дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Частота сердечных сокращений – 90 в минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий безболезненный, печень по краю рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Мочится достаточно. Стул в предыдущие сутки 1 раз, оформленный.

За ребёнком ухаживает мать, которой необходимо освобождение от работы.

Задание:

1. Поставьте диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование.
2. Какие анализы необходимо сделать пациенту с данным заболеванием при первичном вызове?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику данной патологии?
4. Назначьте лечение с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения).
5. На какой максимальный срок можно выдать лист нетрудоспособности по уходу за данным пациентом?



Задача № 31

Вызов к ребенку 3 месяцев.

Жалобы: температура до 39°C, кашель, шумное дыхание.

Анамнез заболевания: заболел остро, температура поднялась до 39°C, появились кашель и шумное дыхание. За неделю до заболевания ребёнка у отца был насморк, кашель и субфебрильная температура.

Анамнез жизни: Ребёнок от I беременности, во время беременности мать дважды болела ОРВИ, бронхитом, получила курс антибактериальной терапии. Роды срочные. Период новорождённости протекал без особенностей. На естественном вскармливании до 2 месяцев. Переведён на искусственное вскармливание адаптированной смесью первой линии из-за гипогалактии у матери. С переходом на искусственное вскармливание – проявления дерматита в виде гиперемии, мокнутия на щеках, сухости и шелушения кожи на груди, ягодицах. Темпы физического и психомоторного развития нормальные. Наблюдается аллергологом с диагнозом: Атопический дерматит, младенческий вариант, распространенная форма.

Генеалогический анамнез: Отец страдает поллинозом, курит.

Объективно: при осмотре состояние тяжёлое. Температура – 37,5°C. Экспираторная одышка, частый кашель. Снижена активность, сосёт вяло, с перерывами. Пена в углах рта, слизь в ротовой полости и оральная крепитация. Отмечается раздувание крыльев носа при дыхании, вздутие грудной клетки. Цианоз носогубного треугольника. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Перкуторный звук над лёгкими с коробочным оттенком. При аускультации дыхание с удлинённым выдохом, выслушиваются мелкопузырчатые влажные и сухие, свистящие хрипы над всеми отделами грудной клетки. Частота дыхательных движений – 76 в минуту. Частота сердечных сокращений – 150 в минуту, тоны сердца приглушены. По остальным органам без отклонений.

Задание:

1. Поставьте диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование.
2. Укажите предполагаемую этиологию заболевания.
3. Какова тактика врача-педиатра участкового с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения)?
4. Перечислите показания для госпитализации.
5. Перечислите инструментальные и лабораторные исследования, которые проводятся при диспансерном наблюдении по Ф30 детей с атопическим дерматитом с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения).



Задача № 32

Вызов к ребенку 3 лет.

Жалобы: малопродуктивный приступообразный кашель, одышка, подъем температуры до 38,5°C, отказ от еды.

Анамнез заболевания: болен в течение 3 дней, когда появились вышеперечисленные жалобы.

Анамнез жизни: Болеет редко. Антибиотики не получал. Периодически, со слов мамы отмечается одышка, первый эпизод – с начала посещения детского сада.

Генеалогический анамнез: у бабушки по линии матери – экзема. У матери аллергическая реакция на Пенициллин.

Объективно: состояние средней степени тяжести, обусловлено умеренно выраженной дыхательной недостаточностью (SatO₂- 94-95%), интоксикацией. Ребёнок возбуждён, на осмотр реагирует негативно. Кожные покровы бледные, периорбитальный и периоральный цианоз. В зеве умеренная гиперемия. Из носа слизистое отделяемое. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы 0,5 см, безболезненные, не спаянные с окружающей тканью, эластичные. Одышка экспираторного характера до 45 в минуту, с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно по всем полям определяется коробочный звук. При аускультации сухие свистящие хрипы на выдохе и разнокалиберные влажные. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 120 в минуту. Живот несколько вздут, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Рентгенография органов грудной полости: определяются легочные поля симметричной прозрачности, пневматизация периферических отделов несколько повышена. Легочный рисунок умеренно усилен, деформирован (преимущественно за счет перибронхиального компонента), Органы средостения не изменены.

Клинический анализ крови: лейкоциты - 19,2×10⁹/л, эозинофилы - 5%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%; сегментоядерные нейтрофилы - 52%; лимфоциты - 30%; моноциты - 5%. СОЭ - 23 мм/ч.

Задание:

1. Поставьте диагноз в соответствии с МКБ-10.
2. Напишите обоснование диагноза.
3. Оцените общий анализ крови.
4. Препарат какой группы необходимо назначить ребёнку в качестве основной терапии для купирования бронхообструктивного синдрома? Ваша дальнейшая тактика при отсутствии эффекта с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения).
5. Обоснуйте необходимость антибактериальной терапии. Какая группа антибиотиков в данной ситуации предпочтительна?



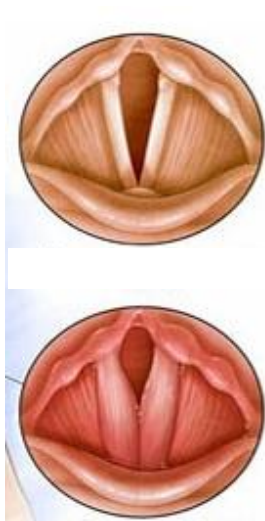
Задача № 33

Вызов к ребенку 1,5 лет.

Жалобы: на температуру 37,3°C, частый, грубый, «лающий» кашель, осипший голос, появилось шумное дыхание.

Анамнез заболевания: заболел остро, когда повысилась температура тела до 37,8°C, появилось обильное серозное отделяемое из носа. На следующий день присоединился кашель, к вечеру появилась осиплость голоса, кашель стал грубым, «лающим». Ночью состояние ребёнка ухудшилось: кашель участился, голос осипший, появилось шумное дыхание. Утром обратились к врачу-педиатру участковому.

Объективно: ребёнок беспокоен, шумное дыхание с участием вспомогательной мускулатуры (раздувание крыльев носа, втяжение уступчивых мест грудной клетки на вдохе). Температура тела - 37,3°C. Голос осипший. Беспокоит частый, грубый, «лающий» кашель. Кожные покровы бледные, чистые, умеренный цианоз носогубного треугольника. Слизистая нёбных дужек, задней стенки глотки гиперемирована, отёчная. Из носа обильное серозно-слизистое отделяемое. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук, дыхание жёсткое, хрипов нет, ЧД - 32 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС - 130 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезёнка не увеличены. Стул, мочеиспускание не нарушены.



Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование.
2. Укажите патогенез основных клинических синдромов.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Составьте план неотложной помощи на догоспитальном этапе с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения).
5. Составьте план лечения пациента с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения).

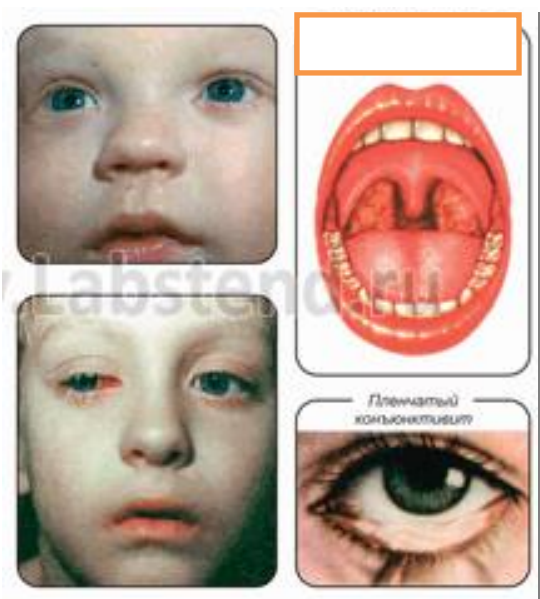
Задача № 34

Вызов к ребенку 7 месяцев.

Жалобы: температура - 38-39°C, беспокойство, снижение аппетита, влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа.

Анамнез заболевания: болен в течение 3 дней, когда появились вышеперечисленные жалобы.

Объективно: состояние ребёнка средней тяжести: температура - 38,3°C, веки отёчны, конъюнктива гиперемирована. На нижнем веке справа белая плёнка, легко снимается и растирается, поверхность не кровоточит. Пальпируются периферические подчелюстные, передне-, задне-шейные лимфатические узлы всех групп увеличены до 1-2 см, безболезненные, плотно-эластичные. Зев гиперемирован, гипертрофированы миндалины, фолликулы на задней стенке глотки. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа. В лёгких жёсткое дыхание, проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС - 132 ударов в минуту. Печень +3,5+3,5+3см, селезёнка +1,5 см. Стул разжиженный, непереваренный, до 5 раз в сутки.



Задание:

1. Поставьте диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование.
2. Укажите основные клинические синдромы.
3. Какие другие клинические формы встречаются при этом заболевании?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Составьте план лечения больного с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Задача № 35

Вызов к ребёнку 6,5 лет.

Жалобы: температура тела до 39°C, озноб, слабость, головная боль, боль в мышцах, чихание.

Анамнез заболевания: заболел остро с подъёма температуры тела до 39°C, озноба. Присоединились слабость, головная боль, боль в мышцах, чихание. Мать вызвала участкового врача-педиатра на дом.

Анамнез жизни: ребёнок не привит (со слов матери, у него медицинский отвод от вакцинации – аллергия на белок куриного яйца).

Объективно: температура тела до 39°C, состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы бледные, сухие. В ротоглотке гиперемия не яркая, инъекция сосудов, небольшая зернистость задней стенки глотки. Из носа – скудное серозное отделяемое. В лёгких: перкуторно по всем лёгочным полям – лёгочный звук, аускультативно – дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД – 36 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 118 в минуту, АД – 105/68 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Диурез сохранен, мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул оформленный. Менингеальные симптомы отрицательные.



Задание:

1. Поставьте диагноз в соответствии с МКБ-10, напишите его обоснование.
2. Укажите основные клинические синдромы.
3. Какие варианты поражения дыхательной системы возможны при данном заболевании.
4. Напишите план лечения и обследования с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения).
5. Укажите противоэпидемические мероприятия при данном заболевании

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Задача № 1

Девочка 5 лет, заболела остро, t до 40°C , сухой грубый резкий кашель, двукратная рвота.

Из анамнеза известно, что родители отказались от сезонной вакцинации ребенка.

При поступлении состояние тяжелое, вялость, $t - 39^{\circ}\text{C}$. На коже лица и шеи петехии, склеры инъектированы. Необильные слизистые выделения из носа. ЧДД – 48 уд/мин. В легких единичные сухие хрипы. Тоны сердца чистые, ЧСС – 146 уд/мин. Зев гиперемирован, налетов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 2 см. Стул без патологии. Менингеальных симптомов нет.

Общий анализ крови: HGB – 120 г/л, RBC – $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $4,0 \times 10^9/\text{л}$, PLT – $302 \times 10^9/\text{л}$, NEUT – 27% (П – 2%, С – 25%), LYM – 67%, MON – 6%, СОЭ – 3 мм/ч.

Вирусологическое исследование мазка из носоглотки в РИФ: грипп (+), парагрипп (-), РС (-), аденовирусы (-).

Рентгенограмма органов грудной клетки: легочный рисунок усилен, легочные поля без очаговых и инфильтративных теней, корни бесструктурны, срединная ткань без особенностей, диафрагма четкая, синусы свободные.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Оцените данные дополнительных методов исследования. Какие другие исследования следует провести? Назовите методы этиологической диагностики
3. Проведите дифференциальный диагноз
4. Назначьте лечение в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи
5. Укажите специфическую профилактику данного заболевания

Задача № 2

Мальчик 9 мес., заболел остро – с подъема t до $38,8^{\circ}\text{C}$, лающего кашля, осиплости голоса, насморка. К вечеру состояние ухудшилось, появились затрудненное дыхание, беспокойство.

Эпидемиологический анамнез: у отца ребенка отмечалась кратковременная афония.

При поступлении состояние крайне тяжелое, сознание спутанное, одышка инспираторного характера с участием вспомогательной мускулатуры. Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД – 70 уд/мин. Цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, мраморный оттенок кожи. Умеренные катаральные явления. Тоны сердца глухие, ЧСС – 160 уд/мин., выпадение пульсовой волны на вдохе. При аускультации вдох удлинен.

Проведена ларингоскопия: вход в гортань 1-2 мм, во входе в гортань – большое количество слизистой мокроты прозрачного цвета, яркая гиперемия черпаловидных хрящей, подсвязочного пространства, отек голосовых связок.

На рентгенограмме органов грудной клетки: усиление сосудистого рисунка, правая доля вилочковой железы увеличена.

Вирусологическое исследование мазка из носоглотки в РИФ: парагрипп (+), грипп (-), РС (-), адено (-).

Общий анализ крови: HGB – 130 г/л, RBC – $4,1 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $8,3 \times 10^9/\text{л}$, EO – 2%, NEUT – 41% (П – 3%, С – 38%), LYM – 48%, MON – 9%, СОЭ – 10 мм/ч.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Охарактеризуйте свойства возбудителя и объясните патогенез развившегося синдрома.
3. Оцените данные дополнительных методов исследования. Какое еще обследование необходимо провести?

4. План лечения в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи
5. Консультативная помощь каких специалистов потребуется?
6. Определите круг дифференциально-диагностического поиска.

Задача № 3

Мальчик 3 лет, болен в течение 4 дней. Беспокоен, аппетит снижен, t 38-39° С. Отмечаются светобоязнь, слезотечение, утром при пробуждении реснички слипшиеся. К 3 дню болезни усилились кашель, насморк.

Эпидемиологический анамнез: у старшего брата – гнойный конъюнктивит.

Объективно при поступлении: конъюнктивы гиперемированы, веки отечны. Лимфоузлы шейной группы множественные, до 1-2 см, безболезненные. В зеве гиперемия, нежный белый налет на миндалинах, зернистость задней стенки глотки. Дыхание через нос затруднено, обильное слизисто-гнойное отделяемое. В легких жесткое дыхание, выслушиваются сухие свистящие и влажные разнокалиберные хрипы. ЧДД – 46 уд/мин., ЧСС – 140 уд/мин. Печень +3,5 см, селезенка + 1 см ниже реберной дуги.

Общий анализ крови: HGB – 133 г/л, RBC – $4,2 \times 10^{12}$ /л, WBC – $7,9 \times 10^9$ /л, NEUT – 41% (П – 3%, С – 38%), LYM – 55%, MON – 4%, СОЭ – 4 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок 74 г/л, АЛТ 32 ед/л, АСТ 22 ед/л. (N до 37 ед/л).

РИФ: парагрипп (-), грипп (-), РС(-), адено (+).

На рентгенограмме органов грудной клетки: легочный рисунок усилен, легочные поля без очаговых и инфильтративных теней, корни бесструктурны, срединная ткань без особенностей, диафрагма четкая, синусы свободные.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Оцените данные дополнительных методов исследования. Какими методами можно подтвердить диагноз?
3. Определите круг дифференциально-диагностического поиска
4. Назначьте лечение в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Проведите профилактические мероприятия и диспансеризацию.

Задача № 4

Девочка 3 мес., поступила в стационар на 5-й день болезни с диагнозом: ОРВИ, пневмония? Заболевание началось с насморка, редкого кашля, повышения t до 37,4°С. Получала симптоматическую терапию. Кашель имел тенденцию к учащению, оставался непродуктивным. На 4-й день болезни появились дистанционные хрипы, одышка.

Эпиданамнез: у отца ребенка в последние 2 недели отмечался насморк.

При поступлении общее состояние средней тяжести, t 37,2°С, вяловата, но аппетит сохранен. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника, при беспокойстве – акроцианоз. Кашель частый, непродуктивный. «Дистанционные» хрипы. Одышка смешанная, с участием вспомогательной мускулатуры (яремная ямка, межреберные промежутки), ЧДД – 60 уд/мин. В легких дыхание жесткое, хрипы влажные мелкопузырчатые на вдохе и выдохе. Перкуторно – коробочный звук. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС – 140 уд/мин. В зеве – гиперемия дужек. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 2,5 см. Стул, диурез – в норме.

На рентгенограмме органов грудной клетки: без очаговых и инфильтративных теней, усиление бронхо-сосудистого рисунка, вздутие, повышение прозрачности легочных полей.

Общий анализ крови: HGB – 115 г/л, RBC – $3,5 \times 10^{12}$ /л, WBC – $3,0 \times 10^9$ /л; NEUT – 23% (П – 3%, С – 20%), LYM – 70%, MON – 7%, СОЭ – 13 мм/ч.

РИФ: носоглоточный смыв: адено (-), РС (+), парагрипп (-).

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Оцените эпидемиологический анамнез
3. Проведите дифференциальный диагноз
4. Назначьте лечение в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Проведите противоэпидемические мероприятия.

Задача № 5

Мальчик 8 лет, болен в течение недели: в дебюте заболевания – заложенность носа, повышение t до 38°C , боль при глотании. Диагностирована лакунарная ангина, получал амоксициллин без эффекта.

Из анамнеза известно, что у 2 детей в классе в течение последнего месяца отмечались аналогичные заболевания.

При поступлении состояние тяжелое, t 39°C , лицо одутловатое, носом не дышит, голос с гнусавым оттенком, склеры субиктеричны. На лице, туловище – элементы пятнисто-папулезной сыпи, склонной к слиянию. Увеличены задне- и переднешейные лимфоузлы, больше слева. В ротоглотке яркая гиперемия, на миндалинах сплошные наложения беловато-желтого цвета. Язык густо обложен белым налетом. ЧСС – 120 уд/мин. Печень и селезенка выступают ниже края реберной дуги на +3 см.

Общий анализ крови: HGB – 130 г/л, RBC – $4,1 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $10,0 \times 10^9/\text{л}$, EO – 1%, NEUT – 18% (П – 7%, С – 11%), LYM – 43%, MON – 13%, атипичные мононуклеары – 25%. СОЭ – 25 мм/час.

ИФА: анти-ВЭБ-VCA IgM (+), анти-ВЭБ-ЕА IgG (+), анти-ВЭБ-NA IgG (-)

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Дайте этиопатогенетическую характеристику заболевания
3. Оцените данные дополнительных методов исследования. Какие еще исследования необходимо провести?
4. Проведите дифференциальный диагноз. Назначьте лечение в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Противоэпидемические мероприятия и правила выписки из стационара

Задача № 6

Ребенок 5 лет, посещает детский сад. Заболевание началось остро с повышения t до 39°C , двукратной рвоты, боли в горле. Через несколько часов мать заметила покраснение лица, сыпь на коже.

Эпидемиологический анамнез: в детском саду имелись случаи лакунарной ангины.

Состояние средней тяжести, t – $38,2^{\circ}\text{C}$, головная боль, боль в горле. На щеках яркий румянец, бледный носогубный треугольник. Кожа сухая, на боковых поверхностях туловища, сгибательных поверхностях конечностей обильная мелкоточечная сыпь. Слизистая рта чистая, язык сухой, густо обложен белым налетом. В зеве яркая, отграниченная гиперемия миндалин, точечная энантема на небе. Миндалины гипертрофированы, в лакунах гной желтого цвета. Переднешейные лимфатические узлы до 1,5 см, болезненные. Дыхание через нос свободное, кашля нет. В легких везикулярное дыхание, тоны сердца звучные, ЧСС – 130 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Осмотр ЛОР – врача: лакунарная ангина.

На 3 день болезни t до 38°C . В подмышечных, локтевых сгибах и паховой области заметны темно-красные полосы за счет концентрации сыпи и геморрагического пропитывания, дермографизм белый, отмечается очищение языка с краев, в зеве яркая гиперемия, в лакунах следы гноя.

Общий анализ крови: HGB – 135 г/л, RBC – $4,2 \times 10^{12}$ /л, WBC – $15,0 \times 10^9$ /л, EO – 3%, NEUT – 72% (П – 10%, С – 62%), LYM – 20%, MON – 5%, СОЭ – 30 мм/ч.

В посеве слизи из зева: рост гемолитического стрептококка.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Проведите дифференциальный диагноз
4. Назначьте лечение в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Укажите правила выписки из стационара, противоэпидемической мероприятия

Задача № 7

Мальчик 5 мес., заболел остро, когда повысилась t до $39,5^{\circ}\text{C}$, стал вялым, периодически беспокойным, отказался от еды. На следующее утро появились судороги, ребенок госпитализирован.

Из анамнеза известно, что ребенок до настоящего времени не вакцинирован.

При поступлении состояние очень тяжелое. Кожные покровы бледные, чистые. ЧДД – 60 уд/мин. В легких хрипов нет, тоны сердца глухие, ЧСС – 200 уд/мин. Не мочится в течение 6 часов. Отмечается резкое выбухание большого родничка. Сознание отсутствует.

Общий анализ крови: HGB – 120 г/л, RBC – 5×10^{12} /л, WBC – 19×10^9 /л, EO – 0%, NEUT – 75% (П – 20%, С – 55%), LYM – 20%, MON – 5%, СОЭ – 27 мм/ч., токсическая зернистость нейтрофилов +++.

Анализ ликвора: мутный, молочно-белого цвета, цитоз – 5000×10^6 /л, нейтр. – 92%, лимф. – 8%, белок – 1,0 г/л. В ликворе методом РЛА обнаружен антиген *Neisseria meningitidis*.

Бактериологический анализ – в работе.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Укажите этиопатогенетические и эпидемиологические особенности заболевания.
3. Оцените лабораторные анализы и составьте план обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Составьте план лечения и диспансерного наблюдения больного в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи

Задача № 8

Мальчик 4 лет, заболел остро – с повышения t до $39,5^{\circ}\text{C}$, повторной рвоты. Через 3 часа на животе, нижних конечностях, лице появилась звездчатая геморрагическая сыпь с некрозами в центре. Ребенок стал сонлив, заторможен.

Из анамнеза известно, что у старшего брата в течение недели был фарингит.

При поступлении состояние крайне тяжелое, сомнолентность, мидриаз, анизокория, реакция зрачков на свет слабая. Кожа серого цвета, крупные элементы сливающейся геморрагической сыпи до 5-15 см в диаметре. В зеве зернистость задней стенки глотки. Тоны сердца глухие ЧСС – 136 уд/мин., АД – 70/50 мм рт. ст. Не мочится. Менингеальные симптомы положительны.

Окулист: глазное дно: ДЗН застойны – бледно-розовые, границы ступеваны. Вены сетчатки расширены, извиты, кровоизлияние на глазном дне.

Общий анализ крови: HGB – 120 г/л, RBC – $3,6 \times 10^{12}$ /л, PLT – 137×10^9 /л, WBC – $20,7 \times 10^9$ /л, EO – 2%, NEUT – 73% (П – 37%, С – 33%, Ю – 3%), LYM – 20%, MON – 5%, СОЭ – 35 мм/ч.

Методом «толстой» капли в крови обнаружены диплококки, расположенные внутриклеточно.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра

2. Назовите клиническую классификацию инфекции.
3. План обследования. Методы диагностики.
4. План лечения больного в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Противоэпидемические мероприятия

Задача № 9

Девочка 2 лет, заболела остро: повысилась t до $38,5^{\circ}\text{C}$, появились кашель, насморк, конъюнктивит. В последующие дни катаральные явления narosли, появилась светобоязнь. На четвертый день болезни t тела – $39,5^{\circ}\text{C}$, появилась на лице сыпь.

Эпиданамнез: ребенок до настоящего времени не вакцинирован.

При осмотре на 5 день болезни: состояние средней тяжести, t – $38,2^{\circ}\text{C}$, вялость, влажный кашель. На туловище и верхних конечностях пятнисто-папулезная экзантема, местами сливная. В зеве яркая гиперемия, на мягком небе экзантема, на слизистой щек – белесоватые наложения. Из носа слизисто-гнойное отделяемое. Конъюнктивит, слезотечение. Лимфоузлы всех групп, особенно шейных, увеличены. В легких дыхание жесткое, сухие хрипы. ЧДД – 30 уд/мин. Сердечные тоны ритмичные, ЧСС – 124 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: HGB – 130 г/л, RBC – $4,85 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $7,0 \times 10^9/\text{л}$; NEUT – 59% (П – 5%, С – 54%), LYM – 37%, MON – 4%, СОЭ – 25 мм/ч.

РИФ: мазок из зева на антигены к вирусам респираторной группы отрицателен.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Оцените данные дополнительных методов исследования. Какие исследования необходимо провести?
3. Проведите дифференциальный диагноз
4. Назначьте лечение в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Проведите противоэпидемические мероприятия

Задача № 10

Девочка 3-х лет, заболела остро, когда повысилась t до 38°C , появились насморк, кашель. В динамике кашель усилился, стал грубым, появились светобоязнь, отечность век. На 4-й день болезни температура $39,5^{\circ}\text{C}$, на лице, за ушами появилась пятнисто-папулезная сыпь, которая в последующие 2 дня распространилась на туловище и конечности. На 7 день болезни температура нормализовалась. Однако на 8-й день болезни появились головная боль, 2 раза рвота, нарушение сознания, судороги. Была госпитализирована.

Известно, что девочка родилась в срок, часто болеет ОРВИ. Не привита.

При поступлении: состояние очень тяжелое. Без сознания, клонико-тонические судороги. На коже лица, туловища и конечностей пигментация. В ротоглотке умеренная гиперемия. В легких жесткое дыхание, ЧДД – 18 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 100 уд/мин. Мышечный тонус повышен, сухожильные рефлексы оживлены. Менингеальные симптомы положительные.

На рентгенограмме органов грудной клетки – усиление легочного рисунка.

Общий анализ крови: HGB – 120 г/л, RBC – $3,5 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $8,4 \times 10^9/\text{л}$, EO – 5%, NEUT – 35% (П – 3%, С – 32%), LYM – 53%, MON – 7%, СОЭ – 22 мм/ч.

Общий анализ мочи: SG – 1011, GLU – NEG, PRO – NEG, EP. CEL – 1-2 в поле зрения, LEU – 0-1 в поле зрения.

Спинально-мозговая жидкость: прозрачная, вытекает частыми каплями, цитоз – $7000 \times 10^6/\text{л}$, нейтрофилы – 2%, л – 98%. Белок – 0,56 г/л, сахар – 2,5 ммоль/л.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Дайте характеристику возбудителя и укажите основные звенья патогенеза заболевания.
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

4. План обследования и лечения больного в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Профилактика. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача № 11

Мальчик 6 лет, посещает детский сад. Заболел остро, с повышения t до $38,5^{\circ}\text{C}$. На следующий день появилась сыпь на лице, туловище, конечностях.

Данные анамнеза: мальчик не привит; у матери ребенка беременность 12 недель.

При осмотре ребенка участковым врачом: $t - 37,8^{\circ}\text{C}$, редкий кашель. Сыпь розовая, мелкопятнистая на всем теле, кроме ладоней и стоп, с преимущественным расположением на разгибательных поверхностях конечностей, без склонности к слиянию. При осмотре ротоглотки: энантема в виде красных пятен на небе и небных дужках. Катаральный конъюнктивит. Затылочные лимфатические узлы увеличены до 1,0 см, умеренно болезненные. Дыхание везикулярное, ЧДД – 18 уд/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 100 уд/мин.

Общий анализ крови: HGB – 135 г/л, RBC – $4,1 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $6,3 \times 10^9/\text{л}$; EO – 5%, NEUT – 31% (П – 1%, С – 30%), LYM – 53%, MON – 3% плазматические клетки – 4:100, СОЭ – 8 мм/час.

ИФА крови: Анти-Rub IgM – положит.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Какие исследования проводятся для подтверждения диагноза?
3. Этиопатогенетическая характеристика. Дифференциальный диагноз
4. Назначьте лечение в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Профилактика. Противоэпидемические мероприятия в очаге

Задача № 12

Мальчик 7 лет, поступил на 7 день болезни. Заболевание началось с повышения t до $37,8^{\circ}\text{C}$, боли и припухлости в околоушной области с 2-х сторон. На 3 день болезни появились боли в животе опоясывающего характера, тошнота и рвота. На 6 день улучшилось самочувствие, температура нормализовалась. На 7-й день вновь температура 39°C , интенсивная головная боль, повторная рвота, сонливость, адинамия.

Эпиданамнез: не вакцинирован в связи с отказом родителей.

При объективном осмотре обнаружены ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига, Брудзинского. В легких без патологии. Живот мягкий, болезненность в зоне Шоффара, точке Мейо-Робсона.

Общий анализ крови: HGB – 126 г/л, RBC – $3,5 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $5,2 \times 10^9/\text{л}$, NEUT – 43% (П – 5%, С – 35%), LYM – 52%, MON – 8%, СОЭ – 11 мм/ч.

Общий анализ мочи: SG – 1007, GLU – NEG, PRO – NEG, EP. CEL – 1-2 в поле зрения, LEU – 2-3 в поле зрения.

Ликвор вытекал под высоким давлением, слегка опалесцирующий, цитоз – 380/3, нейтрофилы – 20%, лимфоциты – 80%, белок – 0,5 г/л.

Диастаза мочи – 128 ед. (N=16-32).

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Укажите свойства возбудителя и патогенетические аспекты заболевания, клиническую классификацию
3. План лечения больного в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
4. Профилактика, противоэпидемические мероприятия

Задача № 13

Мальчик 3 лет, посещает детский сад. Заболел остро – с подъема t до $37,5^{\circ}\text{C}$ и появления на коже волосистой части головы, туловища и конечностей пятнисто-папулезной сыпи. На следующий день отдельные элементы пятнисто-папулезной сыпи сформировались в везикулы, заполненные прозрачным содержимым. На 7 день болезни состояние ухудшилось: повысилась температура тела до 39°C , сильная боль, припухлость, отёк и уплотнение кожи спины, увеличились подмышечные лимфатические узлы, озноб, общая слабость, вялость.

Данные анамнеза: в детском саду у двоих детей в течение последних 3 недель были случаи заболевания с пузырьковой сыпью.

При осмотре: на коже лица и туловища корочки. Отмечаются сильная боль, припухлость, отёк и уплотнение кожи спины, увеличиваются подмышечные лимфатические узлы, озноб, общая слабость, вялость.

В легких пуэрильное дыхание, ЧДД – 36 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 140 уд/мин. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Стул оформлен. Диурез адекватен.

Общий анализ крови: HGB – 118 г/л, RBC – $3,4 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $12,5 \times 10^9/\text{л}$; EO – 1%, NEUT – 37% (П – 8%, С – 29%), LYM – 58%, MON – 4%, СОЭ – 35 мм/ч.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Оцените данные дополнительных методов исследования. Какие исследования можно провести для подтверждения диагноза?
3. Проведите дифференциальный диагноз
4. Составьте план лечения в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Противоэпидемические мероприятия в очаге

Задача № 14

Мальчик 10 лет. Заболел остро – с подъема температуры тела до 39°C , появления жжения, зуда, покалывания и болей на коже спины слева. На следующий день появились покраснение и уплотнение кожи, группы красных папул и пузырьков. В возрасте 3 мес. жизни перенес ветряную оспу.

При осмотре ребенок беспокоен, аппетит снижен. В области кожи спины, по ходу межреберных нервов, обнаруживаются сгруппированные папулезно-везикулезные элементы до 0,5 см, заполненные прозрачным содержимым, склонные к слиянию. Значительная зона гиперемии кожи, инфильтрация тканей, резкие боли по ходу высыпаний. Пульс 110 в минуту. Тоны сердца приглушены. Менингеальных симптомов нет. По органам без патологии.

Общий анализ крови: Hb – 140 г/л, RBC – $4,4 \times 10^{12}/\text{л}$, Ц.п. – 0,95, WBC – $7,5 \times 10^9/\text{л}$; EO – 1%, NEUT – 55% (П – 3%, С – 52%), LYM – 42%, MON – 2%, СОЭ – 14 мм/ч.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Этиопатогенетическая характеристика заболевания.
3. Дифференциальный диагноз
4. План лечения в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Профилактика. Противоэпидемические мероприятия в очаге

Задача № 15

Девочка 1,5 года, заболела остро: повысилась t до 39°C , стала вялой, сонливой. На следующий день t $38,6^{\circ}\text{C}$, отказывалась от еды. При попытке накормить ребенка – выраженное беспокойство.

Эпидемиологический анамнез: у матери *Herpes labialis*.

При осмотре: состояние средней тяжести, $t - 39^{\circ}\text{C}$, вялая. Кожные покровы бледные, свободные от сыпи. Слизистая полости рта гиперемирована, разрыхлена. На слизистой щек, языка и десен множественные округлые эрозии диаметром 0,3-0,5 см. Зев гиперемирован, налетов на миндалинах нет. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы до 1-1,5 см. Дыхание пуэрильное, ЧДД – 36 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 120 уд/мин.

Общий анализ крови: HGB – 124 г/л, RBC – $4,62 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $11,0 \times 10^9/\text{л}$, EO – 2%, NEUT – 22% (П – 3%, С – 19%), LYM – 68%, MON – 8%, СОЭ – 10 мм/ч.

ИФА: анти-ВПГ IgG – отр., IgM – полож. (1:800).

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Представьте этиопатогенез данного заболевания
3. Оцените данные дополнительных методов исследования. Какие исследования необходимо провести?
4. Определите круг дифференциально-диагностического поиска
5. Составьте план лечения в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи

Задача № 16

Мальчик 2 лет, страдает эритематозно-сквамозной формой атопического дерматита. Обострение проявилось сильным зудом, расчесами, мокнутием. Получал десенсибилизирующую терапию, гормональную мазь. На 3 день $t 39^{\circ}\text{C}$, ухудшился сон, усилился зуд. На коже появились везикулезные высыпания.

Анамнез: посещает детский сад, где были случаи ветряной оспы.

При поступлении состояние тяжелое, фебрильная температура, беспокоен, отказывается от еды, выраженный зуд. На коже лица, туловища, ягодиц, конечностей – обширные эритематозные участки с мокнутием, следы расчесов. На лице на фоне пораженной кожи – мелкие сгруппированные везикулезные высыпания с прозрачным, местами желтоватым содержимым. Слизистая оболочка полости рта, глотки без патологии. Печень + 2 см из-под края реберной дуги.

Общий анализ крови: HGB – 118 г/л, RBC – $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $18,0 \times 10^9/\text{л}$, EO – 3%, NEUT – 64% (П – 15%, С – 49%), LYM – 25%, MON – 8%, СОЭ – 23 мм/ч.

Определение антител (ИФА) к антигенам: CMV IgG (1:200), IgM – отр., ВПГ 1-2, IgG – отр., IgM – полож. (1:400).

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Укажите основные свойства возбудителя. Объясните патогенез данного заболевания
3. Клиническая классификация приобретенной герпетической инфекции
4. Дифференциальный диагноз
5. Назначьте этиотропное лечение в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи

Задача № 17

Девочка 6 лет, посещает детский сад, почувствовала боль в горле при глотании, повышение t до $38,5^{\circ}\text{C}$. Участковый врач обнаружил налеты на миндалинах, диагностировал фолликулярную ангину, назначил амоксициллин внутрь. Наложения на миндалинах имели тенденцию к распространению на дужки и небный язычок, с трудом снимались шпателем, не растирались между предметными стеклами.

Из анамнеза: в возрасте 3 мес. была проведена 1 вакцинация АКДС, после которой отмечался пронзительный крик в течение нескольких часов. Родители отказались от последующих вакцинаций.

Общий анализ крови: HGB – 126 г/л, RBC – $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $12,6 \times 10^9/\text{л}$; EO – 1%, NEUT – 78% (П – 7%, С – 71%), LYM – 18%, MON – 3%, СОЭ – 26 мм/ч.

Посев слизи из зева и носа на VL: выделена *C. diphtheriae mitis* (токсигенная).

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Свойства возбудителя, патогенез
3. Дифференциальный диагноз
4. Назначьте лечение в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге

Задача № 18

Девочка 2 лет, заболела остро, с повышения t до $37,8^{\circ}\text{C}$, кашля. На следующий день появились осиплость голоса, одышка. На 3 день болезни госпитализирована с диагнозом: ОРВИ, стенозирующий ларинготрахеит 2 ст.

Из анамнеза: в 3 месяца перенесла коклюш в тяжелой форме, после чего наблюдалась неврологом по поводу энцефалопатии, имела отвод от профилактических прививок до 1 года. Вакцинирована АДС-М анатоксином однократно в возрасте 1 года.

При поступлении состояние тяжелое, инспираторная одышка, беззвучный кашель. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. При вдохе втяжения межреберий и эпигастрия. В легких жестковатое дыхание. ЧДД – 40 уд/мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 132 уд/мин. Через 30 мин отмечено резкое беспокойство ребенка, дыхание стало более затрудненным, появились потливость волосистой части головы, парадоксальный пульс. Ребенок переведен в реанимационное отделение, где произведена прямая ларингоскопия: на голосовых связках и в подсвязочном пространстве обнаружены пленки серовато-белого цвета.

Посев слизи из зева и носа: обнаружена *C. diphtheriae mitis* (токсигенная).

Общий анализ крови: HGB – 153 г/л, RBC – $4,3 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $9,6 \times 10^9/\text{л}$, EO – 1%, NEUT – 76% (P – 6%, C – 70%), LYM – 18%, MON – 5%, СОЭ – 15 мм/ч.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Свойства возбудителя, патогенез
3. Проведите дифференциальный диагноз
4. Назначьте лечение в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Противоэпидемические мероприятия

Задача № 19

Девочка 2 мес. Появился кашель без повышения температуры. Через неделю кашель стал приступообразным, до 15-20 эпизодов в сутки, сопровождался цианозом лица, иногда рвотой, отхождением густой, вязкой мокроты. При осмотре участковым врачом: t – $36,7^{\circ}\text{C}$, ЧДД – 36 уд/мин. ЧСС – 136 уд/мин. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Со стороны других органов без особенностей. Психомоторное развитие соответствует возрасту.

К концу второй недели состояние ухудшилось, ребенок госпитализирован с диагнозом: ОРВИ, пневмония.

Из анамнеза: девочка от 1 беременности, 1 срочных родов, масса при рождении 3050 г, на искусственном вскармливании. У отца ребенка в последние две недели отмечался кашель.

При поступлении m – 4450 г. Состояние тяжелое, t – $38,5^{\circ}\text{C}$, вялость, периодически беспокойство, повторные судороги. Кашель приступообразный, до 20 – 30 раз в сутки с рвотой. Отмечаются остановки дыхания, во время которых ребенок синееет. Кожные покровы бледные, лицо одутловатое, цианоз носогубного треугольника. В легких влажные мелкопузырчатые хрипы, одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. ЧДД – 52 уд/мин. Сердечные тоны приглушены, ЧСС – 160 уд/мин.

Рентгенограмма органов грудной клетки: округлое затемнение с неровными нечеткими контурами воспалительного генеза в S5 правого легкого на фоне деформированного легочного рисунка, корни структурны, тяжисты за счет сосудистого компонента, правый купол диафрагмы приподнят; левый – без особенностей.

Общий анализ крови: HGB – 128 г/л, RBC – $3,8 \times 10^{12}$ /л, WBC – $18,2 \times 10^9$ /л; EO – 3%, NEUT – 14% (П – 2%, С – 12%), LYM – 77%, MON – 6%, СОЭ – 8 мм/ч.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Свойства возбудителя. Патогенез
3. Дифференциальный диагноз
4. Лечение в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Профилактика

Задача № 20

Ребенок 8 лет, заболел остро – с повышения t до 39°C , повторной рвоты, жидкого калового стула с примесью слизи и зелени. На второй день t – $40,5^{\circ}\text{C}$, однократно судороги тонического характера. Стул до 20 раз, скудный, бескаловый, с большим количеством мутной слизи и прожилками крови. Спазматические боли в животе перед актом дефекации.

Эпиданамнез: был в походе, где отмечались нарушения личной и пищевой гигиены.

При поступлении: состояние тяжелое, вялость, сменяющаяся беспокойством. Кожа бледная, сухая, конечности прохладные, тургор снижен. Язык густо обложен налетом, сухой. ЧДД – 40 уд/мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 140 уд/мин. Живот втянут, болезненный в левой подвздошной области. Печень, селезенка в норме. Сигмовидная кишка спазмирована в виде тяжа, болезненная. Анус податлив. Диурез сохранен. Ригидность затылочных мышц, синдромы Кернига и Брудзинского – отрицательные.

Общий анализ крови: HGB – 150 г/л, RBC – $4,0 \times 10^{12}$ /л, WBC – $9,6 \times 10^9$ /л; EO – 2%, NEUT – 72% (П – 12%, С – 60%), LYM – 20%, MON – 6%, СОЭ – 22 мм/ч.

Копрограмма: консистенция жидкая, слизь – большое количество, кровь – большое количество, мышечные волокна (+), нейтральный жир (+), жирные кислоты (–), мыла (+), крахмал (–), йодофильная флора (++), лейкоциты – 30-50 в п/з, эритроциты – до 10-15 в п/з, яйца глистов – не обнаружены.

РПГА: с сальмонеллезным диагностикумом – отрицательная.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Укажите вероятный источник инфекции и путь заражения.
3. Объясните патогенез неврологических и диарейных проявлений. Укажите тип диареи.
4. Принципы лечение в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции

Задача № 21

Ребенок 3 лет, заболел остро: повысилась t до $39,5^{\circ}\text{C}$, появились 3-кратная рвота, головная боль, жидкий стул до 8 раз, обильный, затем скудный, по типу «ректального плевка».

Эпидемиологический анамнез: в разных группах детского сада заболели несколько детей с повышением температуры тела, появлением повторной рвоты, жидкого стула.

При поступлении: лихорадка $39,6^{\circ}\text{C}$, вялость. Кожные покровы бледные, черты лица заострены. Язык густо обложен налетом, сухой. Тоны сердца ясные, громкие. ЧСС – 140 уд/мин. Живот втянут. При пальпации болезненность в левой подвздошной области, сигмовидная кишка

спазмированная, болезненная, анус податлив. Стул скудный с большим количеством мутной слизи, зелени и прожилками крови до 15 раз в сутки, тенезмы.

Общий анализ крови: HGB – 130 г/л, RBC – $3,8 \times 10^{12}/л$, WBC – $10,0 \times 10^9/л$; EO – 4%, NEUT – 65% (П – 10%, С – 55%), LYM – 28%, MON – 3%, СОЭ – 22 мм/ч.

Копрограмма: консистенция – жидкая, слизь – большое количество, кровь (++) , реакция кала – щелочная, мышечные волокна (++) , нейтральный жир (+) , жирные кислоты (–) , мыла (+) , крахмал (–) , йодофильная флора (++) , лейкоциты – 40-50 в п/з, эритроциты – 15-20 в п/з.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Укажите предполагаемую этиологию заболевания и путь заражения
3. Определите тип диареи, объясните патогенез развития диарейного синдрома
4. Назначьте терапию в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Проведите профилактические мероприятия в очаге

Задача № 22

Ребенок 4 мес., находится на искусственном вскармливании. Заболел остро – с появления стула до 5 раз в сутки, снижения аппетита, срыгивания.

При поступлении на 4 день болезни: состояние тяжелое, t – 39°C, рвота 10 раз в сутки. Кожные покровы бледные, ячеистый рисунок. Легко собираются в складки, медленно расправляются. Тургор тканей снижен, черты лица заострены. Слизистые оболочки сухие. Дыхание пуэрильное, ЧДД – 50 уд/мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 140 уд/мин. Живот резко вздут. Стул 15 раз в сутки, водянистый, жидкий, желтовато-оранжевого цвета с примесью слизи и зелени. Диурез снижен. Менингеальных симптомов нет.

Анализ кала на кишечную группу: *E. Coli* 0126.

Копрограмма: консистенция – жидкая, реакция – слабощелочная, мышечные волокна (–) , нейтральный жир (++) , жирные кислоты (+++), мыла (++) , крахмал (+++), йодофильная флора (+) ; лейкоциты – 4-6 в п/з, эритроциты (–).

Общий анализ крови: HGB – 134 г/л, RBC – $4,0 \times 10^{12}/л$, WBC – $9,0 \times 10^9/л$; EO – 2%, NEUT – 52% (П – 2%, С – 50%), LYM – 40%, MON – 6%, СОЭ – 12 мм/ч.

РПГА: с комплексным шигеллезным и сальмонеллезным диагностикумом – отрицательная.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз с указанием синдрома, определяющего тяжесть заболевания в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Патогенез развития диарейного синдрома. Клиническая классификация
3. Принципы лечения в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
4. Показания для выписки больного из стационара
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции

Задача № 23

Мальчик 12 лет, заболел остро – с появления резких болей в эпигастральной области, тошноты, многократной рвоты. При поступлении t – 38°C, вялость, 3-кратная рвота. Кожные покровы бледные, сухие, тургор снижен, язык густо обложен белым налетом. ЧДД – 30 уд/мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 90 уд/мин. Живот слегка вздут, при пальпации болезненный. Сигмовидная кишка эластичная. Анус сомкнут. Стул за сутки 12 раз, жидкий, обильный, зловонный, по типу «болотной тины». Мочеиспускание не нарушено.

За 6 часов до заболевания в столовой ел пирожки с мясом.

Общий анализ крови при поступлении в стационар: HGB – 130 г/л, RBC – $3,6 \times 10^{12}/л$, WBC – $12,0 \times 10^9/л$; EO – 0%, NEUT – 70% (П – 10%, С – 60%), LYM – 28%, MON – 2%, СОЭ – 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: SG – 1010, PRO – 0,033‰, GLU – neg, LEU – 3-4 в поле зрения.
Кал на кишечную группу: *S. enteritidis*.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Определите тип диареи, объясните патогенез развития диарейного синдрома.
3. Назначьте лечение (диета, этиотропная, патогенетическая терапия).
4. Определите показания для выписки больного из стационара и допуска в детское учреждение.
5. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции

Задача № 24

Девочка 2 лет 7 мес., поступила в стационар на 3-й день болезни. Заболевание началось остро с повышения t до 39°C , многократной рвоты. Посещает детский сад. Накануне заболевания ела творог со сметаной.

При поступлении на 2-ой день болезни: состояние тяжелое, t $39,3^{\circ}\text{C}$, повторная рвота, стул 4 раза. Кожные покровы бледные, сухие, легко собираются в складки, медленно расправляются, конечности прохладные, ячеистый рисунок на коже. Слизистые полости рта сухие. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 150 уд/мин. Живот болезненный при пальпации в околопупочной и правой подвздошной области, вздут. Стул 10 раз, обильный, водянистый, зловонный, желто-зеленого цвета, с примесью слизи. Диурез снижен. Менингеальных знаков нет, периодически возбуждение.

Общий анализ крови: HGB – 130 г/л, RBC – $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $13,0 \times 10^9/\text{л}$; EO – 0%, NEUT – 70% (П – 33%, С – 37%), LYM – 27%, MON – 3%, СОЭ – 15 мм/ч.

Биохимическое исследование сыворотки крови: калий – 4,2 ммоль/л, натрий – 149 ммоль/л.

Копрограмма: консистенция – жидкая, слизь (++) , кровь (–), реакция кала – кислая, мышечные волокна (++) , нейтральный жир (++) , жирные кислоты (–), мыла (++) , крахмал (–), лейкоциты – 15-25 в поле зрения, эритроциты (–).

РПГАс шигеллезным диагностикумом – отрицательная.

Задание

1. Обоснуйте предварительный клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Укажите патогенетические особенности диареи при данном заболевании.
3. Проведите дифференциальную диагностику
4. Назначьте терапию в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Укажите правила выписки и мероприятия в очаге сальмонеллеза.

Задача № 25

Девочка 10 лет, поступила в стационар с жалобами на повышение t до $38,9^{\circ}\text{C}$, головную боль, жидкий стул. Больна в течение 8-ми дней: нарастающая гипертермия, бессонница, снижение аппетита.

Из анамнеза известно, что семья вернулась из Узбекистана.

При поступлении – бледная, вялая, сонливая. На коже живота – единичные розеолезные элементы, ладони и подошвы стоп желтоватой окраски. Язык густо обложен грязно-серым налетом, утолщен, по краям – отпечатки зубов. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 58 уд/мин, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот вздут, при пальпации в правой подвздошной области отмечаются болезненность, урчание и притупление перкуторного звука. Печень и селезенка ниже края реберной дуги на 3 см. Стул за сутки 4-5 раз, желтого цвета, по типу «горохового пюре».

За две недели до заболевания находилась в деревне, где купалась в пруду и пила воду из колодца. В семье еще двое детей: 5 лет (посещает детский сад) и 12 лет (школьник), родители здоровы.

Общий анализ крови: HGB – 125 г/л, RBC – $4,0 \times 10^{12}/л$, WBC – $2,6 \times 10^9/л$, EO – 0%, NEUT – 61% (П – 6%, С – 55%), LYM – 32%, MON – 7%, СОЭ – 22 мм/ч.

Копрограмма: консистенция – жидкая, реакция – щелочная, слизь – большое количество, реакция на скрытую кровь (+++), стеркобилин (+), билирубин (–), мышечные волокна – небольшое количество без исчерченности, нейтральный жир – нет, жирные кислоты (–), мыла (++), крахмал (++), йодофильная флора (+), лейкоциты (+++), эритроциты (++), яйца глистов – нет.

РПГА: с комплексным дизентерийным и сальмонеллезным диагностикумом – отрицательная.

Реакция Видаля – нарастание в динамике.

РНГА с О-антигеном (на 8 день болезни) – 1: 200

ИФА: исследования копрофильтрата на антиген ротавируса – отриц.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предполагаемый диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Какие дополнительные исследования могут подтвердить диагноз?
3. Назовите основные звенья патогенеза.
4. Назначьте лечение в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Противоэпидемические мероприятия в очаге

Задача № 26

Мальчик 12 лет, отдыхал с родителями в Индии. Заболел через 2 дня после возвращения – с подъема t тела до $37,5^{\circ}C$, вялости, головокружения, жажды, повторной рвоты. Стул обильный, водянистый, до 12 раз в сутки. Дефекации без потуг, часто произвольные.

При осмотре: ребенок заторможен, черты лица заострены, глаза запавшие, язык обложен, сухой. Руки и ноги холодные. Кожа бледная с мраморным рисунком, акроцианоз, на животе – собирается в складку. ЧСС – 130 уд/мин., глухость сердечных тонов. Дыхание везикулярное, ЧДД – 38 уд/мин. Живот безболезненный, при пальпации – разлитое урчание. Стул жидкий, обильный, водянистый, типа «рисового отвара». Диурез снижен.

Общий анализ крови: HGB – 150 г/л, RBC – $5,0 \times 10^{12}/л$, WBC – $5,0 \times 10^9/л$; EO – 2%, NEUT – 64% (П – 4%, С – 60%), LYM – 26%, MON – 8%, СОЭ – 5 мм/ч.

Общий анализ мочи: SG – 1038, PRO – 0,06‰, GLU – neg. EP. CEL – ед. в препарате; LEU - 5-6 в поле зрения, ERY – neg.

Показатели КОС: pH крови – 7,24 (N=7,26-7,42); PCO_2 – 30 мм рт.ст. (N=26,5-40), PO_2 – 70 мм рт. ст.(N=90-100), BE – 0,5 (N=0,65), калий плазмы – 2,8 ммоль/л, натрий плазмы – 125 ммоль/л.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Назначьте дополнительное лабораторное обследование.
3. Объясните патогенез развития диарейного синдрома. Какой тип диареи развивается при этом заболевании?
4. Назначьте лечение в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Основные противоэпидемические мероприятия в очаге

Задача № 27

Мальчик 3 лет, заболел в детском саду: повторная рвота, повышение t до $38,3^{\circ}C$, обильный водянистый стул желто-зеленого цвета с резким запахом, непереваренный.

При поступлении на 2-й день болезни: $t = 38,8^{\circ}\text{C}$, вялый, капризный, пьет неохотно. Кожа бледная, с мраморным оттенком, тургор тканей снижен. Язык сухой, обложен белым налетом, слизистая полости рта суховата, умеренная гиперемия небных дужек и задней стенки глотки. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 140 уд/мин. Живот умеренно вздут, урчит во всех отделах. За прошедшие сутки рвота – 8 раз, стул – 10 раз. Диурез снижен.

Общий анализ крови: HGB – 134 г/л, RBC – $4,86 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $8,0 \times 10^9/\text{л}$; EO – 2%, NEUT – 42% (П – 3%, С – 39%), LYM – 50%, MON – 6%, СОЭ – 6 мм/ч.

В посевах испражнений: патогенные микробы не обнаружены.

РПГА: с комплексным дизентерийным и сальмонеллезным антигеном – отрицательная.

РИФ в кале: обнаружен *Rotavirus*.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Назовите эпидемиологические особенности инфекции. Объясните механизм развития диарейного синдрома.
3. Дайте оценку результатов лабораторных исследований. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Назначьте лечение: диетотерапию, этиотропную, патогенетическую и симптоматическую терапии в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции

Задача № 28

Мальчик 7 лет, заболел остро – с повышения t до $39,0^{\circ}\text{C}$, слабости, тошноты. На 3-й день болезни появились боль в животе, гиперемия лица и шеи.

Эпиданамнез: есть погреб, где видели грызунов.

Объективно: одутловатость и гиперемия лица и шеи, язык обложен белым налетом, на участках очищения – малиновый. Обильная мелкопятнистая и пятнисто-папулезная сыпь на коже внизу живота, вокруг крупных суставов, в области кистей рук и стоп, на шее. В легких дыхание везикулярное, ЧДД – 25 вмин. Сердечные тоны ритмичные, приглушены, ЧСС – 100 уд/мин. Живот умеренно вздут, при пальпации болезненность в правой подвздошной области. Печень +1,5+1,5+2,5 см ниже края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Цвет мочи в течение 3 дней был насыщенным, цвет кала не менялся. Стул 3 раза в день, кашицеобразный. Мочится адекватно.

Биохимический анализ крови: общий билирубин – 48 мкмоль/л, конъюгированный – 30 мкмоль/л, АЛТ – 90 Ед/л., АСТ – 88 Ед/л. (N до 37 Ед/л)

ИФА: HBsAg – отриц., анти-HCV – отриц., анти-HAV – отриц.

Общий анализ крови: HGB – 120 г/л, RBC – $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $19,5 \times 10^9/\text{л}$, EO – 7%, NEUT – 68% (П – 10%, С – 58%), LYM – 22%, MON – 3%, СОЭ – 30 мм/ч.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра. Укажите возможный источник заболевания.
2. Патогенез. Клиническая классификация
3. Лабораторная диагностика
4. Принципы лечения в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Профилактика

Задача № 29

Ребенок 8 лет, проживает в сельской местности. Заболел остро: $t 38-38,6^{\circ}\text{C}$, озноб, рвота 1-2 раза, боли в животе, снижение аппетита, слабость, боли в мышцах и суставах, стул кашицеобразный со слизью и зеленью 4 раза в сутки. Консультирован хирургом в связи с появлением симптомов раздражения брюшины, диагноз «аппендицит» снят.

Поступил в инфекционное отделение с диагнозом: «Грипп? Кишечная инфекция?». Температура 37,8°C. Желтушность кожи и склер, в области локтевых, коленных суставов и на шее появились пятнисто-папулезные высыпания. Печень + 4 см, селезенки +2 см. Моча темная. С 5 дня болезни язык «малиновый».

Общий анализ крови: HGB – 133 г/л, RBC – $4,0 \times 10^{12}/л$, WBC – $13,0 \times 10\%$; EO – 10%, NEUT – 55% (П – 10%, С – 45%), LYM – 20%, MON – 15%, СОЭ – 20 мм/ч. ASLO отриц.

Анализ кала на кишечную группу – отрицательный.

Анализ мочи на желчные пигменты (++).

Биохимический анализ крови: билирубин общий – 68,4 мкмоль/л, конъюгированный – 46,4 мкмоль/л, АЛТ – 78 Ед/л, АСТ – 72 Ед/л (N до 37 Ед/л).

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра. Назовите возможный источник и путь инфицирования
2. Укажите свойства возбудителя, патогенез
3. Принципы лечения в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
4. Определите показания для выписки больного из стационара и допуска в детский коллектив. Составьте план диспансерного наблюдения за ребенком
5. Определите противоэпидемические мероприятия

Задача № 30

Девочка 4-х лет, заболела остро – с подъема t тела до 37,8°C, боли в животе, однократной рвоты, недомогания, на 4-й день потемнела моча, на 5-й день появилась желтушность кожи и склер.

Эпидемиологический анамнез: в детском саду случаи заболевания детей гепатитом.

При поступлении самочувствие удовлетворительное. Склеры и кожные покровы умеренно иктеричны. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье и в эпигастрии. Печень выступает из подреберья на +2,5+3,0+3,5 см, умеренно-эластической консистенции, болезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Моча темная. В последующие дни отмечалось постепенное исчезновение желтухи, моча стала светлой.

Биохимический анализ крови: билирубин общий – 80 мкмоль/л, конъюгированный – 50 мкмоль/л, АЛТ – 185 Ед/л (N=0-37), АСТ – 130 Ед/л, тимоловая проба – 8 ед.

Вирусные маркеры: HBsAg (-), anti-HCV (-), anti-HAVIgM (+).

Данные УЗ-исследования органов брюшной полости: печень повышенной эхогенности, увеличена, селезенка, почки, поджелудочная железа – без патологии.

Общий анализ крови: HGB – 130 г/л, RBC – $4,0 \times 10^{12}/л$, WBC – $5,4 \times 10^9/л$, EO – 1%, NEUT – 51% (П – 2%, С – 49%), LYM – 40%, MON – 8%, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: COLLT – brown, SG – 1017, GLU – NEG, PRO – NEG, LEU – 2-3 в п/зр., ERY – 1-2 в п/зр., BIL (+++).

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Укажите свойства возбудителя и основные звенья патогенеза
3. Укажите методы этиологической диагностики.
4. Назначьте лечение в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Противоэпидемиологические мероприятия, диспансеризация

Задача № 31

Девочка 10 лет, заболела остро – с появления слабости, схваткообразных болей в эпигастриальной области живота, чувства переполнения и распирания в желудке, однократной

рвоты. Состояние ухудшалось: прогрессировала мышечная слабость, появились сухость во рту, головная боль, головокружение. Температура тела не повышалась.

Эпидемиологический анамнез: употребление маринованных грибов накануне заболевания.

При поступлении: состояние тяжелое, двоение предметов, «туман» перед глазами, гнусавость, затруднение глотания. Кожа бледная, слизистая полости рта сухая, подвижность мягкого неба ограничена. Веки обоих глаз опущены, стойкое расширение зрачков и пониженная их реакция на свет. Чувство нехватки воздуха, снижение экскурсии грудной клетки. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Стул задержан.

Общий анализ крови: HGB – 134 г/л, RBC – $4,06 \times 10^{12}$ /л, WBC – $9,0 \times 10^9$ /л; EO – 2%, NEUT – 52% (П – 2%, С – 50%), LYM – 40%, MON – 6%, СОЭ – 2 мм/ч.

Копрограмма: консистенция кала – кашицеобразная, цвет – коричневый, реакция – слабощелочная, слизь – нет, кровь – нет, остатки непереваренной пищи (+), мышечные волокна (+), нейтральный жир (-), жирные кислоты (-), мыла (+). крахмал (-), йодофильная флора (+), лейкоциты – 2-3 в п/з, эритроциты – нет, яйца глистов – отриц.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Этиология, патогенез заболевания
3. Представьте алгоритм лечения в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
4. Укажите возможные исходы болезни
5. Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции

Задача № 32

Ребенок К., 4 мес., заболел с подъема t до субфебрильных цифр, вялости, срыгиваний, однократной рвоты. На 3-й день болезни – повторная рвота, появились желтуха, единичные геморрагические высыпания на лице и шее. Госпитализирован.

Из анамнеза жизни известно, что в роддоме проводились реанимационные мероприятия, переливание свежзамороженной плазмы.

При поступлении состояние очень тяжелое: желтуха кожи и склер, резкая вялость с периодическим беспокойством. Число дыханий – 60 в минуту, пульс – 160 уд/мин. Живот вздут. Печень выступает на +3 +3 +4 см из-под края реберной дуги.

На третий день пребывания в клинике потеря сознания, монотонный крик, тонические судороги, на коже папулезная сыпь, имеются геморрагические элементы сыпи, кровоточивость в местах инъекций. Рвота "кофейной гущей". Атония, арефлексия. Размеры печени сократились до +0,5+1+1,5 см.

Биохимический анализ крови: билирубин общий – 180 мкмоль/л, конъюгированный – 80 мкмоль/л, АЛТ – 100 Ед/л (N – до 37), АСТ – 140 Ед/л (N – до 37). В коагулограмме: АВР – 230 сек (N – 50-70), АЧТВ – 150 сек (N – 35-45), время рекальцификации плазмы – 216 сек (N – 60-120), концентрация фибриногена – 1,2 г/л (N – 1,7-3,5), ПТИ – 35%.

Вирусные маркеры:

Anti-HAV IgM – отр., anti-HAV IgG – полож., HBsAg – положит., anti-HBcor IgM – положит., anti-HDV IgM – отр., anti-HCV – отр.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Укажите свойства возбудителя и основные звенья патогенеза
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Составьте план лечения больного в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Укажите принципы профилактики

Задача № 33

Девочка 1 года, направлена в инфекционную больницу в связи с обнаружением в крови HBsAg.

Эпидемиологический анамнез: за 3 мес. до беременности матери в связи с автотравмой проводилось переливание препаратов крови.

Состояние при поступлении средней тяжести, самочувствие удовлетворительное. Кожные покровы бледные, чистые. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги +3+3,5+4 см, плотноэластической консистенции, край закруглен. Селезенка +2 см. Стул, диурез не нарушены. Моча светлая.

Общий анализ крови: HGB – 110 г/л, WBC – $8,7 \times 10^9$ /л, NEUT – 41% (П – 3%, С – 38%), LYM – 56%, MON – 3%, СОЭ – 5 мм/ч.

Биохимический анализ крови: билирубин общий – 17,1 мкмоль/л, прямой – 6,3 мкмоль/л, АЛТ – 120 Е/л (N=0-40), АСТ – 130 Е/л, тимоловая проба – 0,5 Ед.

Маркерный спектр: HBsAg(+), HBeAg(+), анти-HBeAg(-), анти-HBcIgG(+), анти-HCV(-). В маркерном спектре матери: анти-HBs (+), анти-HBc IgG «+».

Допплер УЗИ: печень немного увеличена, паренхима однородная, отмечаются уплотнения в перипортальной зоне за счет мелкоочаговых структур. Сосуды воротной вены не расширены.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Представьте этиологию и эпидемиологические особенности заболевания
3. Укажите лабораторные критерии хронизации. Оцените возможные исходы
4. Составьте план лечения в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Назовите критерии оценки проводимой терапии
6. Принципы профилактики

Задача № 34

Больной А., 12 лет, поступил в стационар с диагнозом «Вирусный гепатит».

Эпидемиологический анамнез: в 3 месяца жизни перенес абсцедирующую пневмонию, в связи с чем получал препараты крови.

Из анамнеза заболевания известно, что в течение последнего года беспокоили боли в животе, аппетит стал избирательным, отмечалась быстрая утомляемость.

При объективном обследовании: печень выступает из-под реберной дуги на 4 см, плотноэластической консистенции, безболезненная, пальпируется край селезенки.

Биохимический анализ крови: билирубин общий – 17 мкмоль/л, конъюгированный – 10 мкмоль/л, активность АЛТ – 210 Ед/л (N=0-40), АСТ – 190 Ед/л (N=0-40), тимоловая проба – 5 ед. Белок общий – 60 г/л, альбумины – 30 г/л.

Серологические вирусные маркеры гепатитов: anti-HAVIgM (-), HBsAg (-), анти-HBs (+), анти-HBcIgG (-), anti-HCVIgG (+).

ПЦР: ДНК HCV (позитивный), генотип 1в, вирусная нагрузка – $3,9 \times 10^5$ копий/мл.

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена, паренхима равномерно уплотнена за счет мелкоочаговых структур. Стенки желчного пузыря утолщены, перетяжка в области тела.

Задание

1. Обоснуйте и поставьте диагноз в соответствии с классификацией в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Укажите свойства возбудителя и факторы, предрасполагающие к хронизации
3. Составьте план дополнительного обследования. Какие серологические маркеры могут быть выявлены?
4. Составьте план лечения в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Оцените эффективность терапии
6. Назовите методы профилактики. Что применяется для экстренной профилактики?

Задача № 35

Больной 17 лет, поступил с жалобами на выраженную слабость, быструю утомляемость, похудание, боль и тяжесть в правом подреберье, усиливающиеся после приема пищи, неустойчивый стул, субфебрилитет, носовые кровотечения.

Эпидемиологический анамнез: из асоциальной семьи, инъекционный наркоман с 13 лет. Вышеперечисленные жалобы в течение года.

При поступлении состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, с иктеричным оттенком, телеангиэктазии, пальмарная эритема. Тоны сердца приглушены, тахикардия 108 в 1 мин. Живот увеличен в объеме, печень +5+7+8 см из-под края реберной дуги, болезненная, селезенка + 5 см; оба органа плотной консистенции.

Серологические маркеры: HBsAg (+), anti-HBcor IgG (+), анти-HCV IgG «-», anti-HDV IgG (+).

Биохимический анализ крови: билирубин общий – 35 мкмоль/л, конъюгированный – 24 мкмоль/л, АЛТ – 60 Ед/л (N=40), АСТ – 80 Ед/л (N=40). Общий белок – 45 г/л, альбумин – 20 г/л, протромбиновый индекс – 45%.

ПЦР: РНК HDV (+): вирусная нагрузка – 10^7 копий/мл.

ФГДС: извитые дефекты наполнения в нижнем отделе пищевода

Коагулограмма: фибриноген 1,2 г/л, ПТИ – 42%, время рекальцификации – 140 сек, толерантность плазмы к гепарину – 7 мин.

УЗИ печени: контур печени неровный, паренхима плотная за счет мелко- и среднеочаговых структур. Воротная и селезеночная вены извиты. Плохо визуализируются желчевыводящие протоки среднего калибра.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Укажите эпидемиологические и этиопатогенетические особенности заболевания
3. Составьте план дополнительного исследования
4. Составьте план лечения в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Укажите профилактику заболевания

Задача № 36

Ребенок 11 мес., заболел остро – с появления боли в правом ухе, $t 39^{\circ}\text{C}$. Через сутки появилось гноетечение из уха, лечились самостоятельно (парацетамол, отипакс). На 4 день болезни рвота 2 раза, выраженная вялость, температура не снижалась на фоне парацетамола, однократно тонические судороги.

Анамнез: у ребенка с рождения дефицит веса, признаки рахита. Не вакцинирован.

При поступлении состояние тяжелое: ребенок заторможен, $t 39,5^{\circ}\text{C}$, повторная рвота. Кожные покровы бледные, единичные элементы геморрагической сыпи на лице. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 150 уд/мин, АД – 120/75 мм рт. ст. Патологии органов грудной клетки не выявлено. Живот мягкий, печень + 2 см. Стул и мочеиспускание в норме. Положительные менингеальные знаки: РМЗ ++, верхний Брудзинского +, Кернига 110° . Вялая реакция зрачков на свет. Очаговой неврологической симптоматики нет.

Общий анализ крови: HGB – 102 г/л, RBC – $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $25 \times 10^9/\text{л}$; EO – 2%, NEUT – 78% (Ю – 3%, П – 24%, С – 51%), LYM – 18%, MON – 2%, СОЭ – 26 мм/ч.

Анализ ликвора: вытекал под давлением, белый с зеленоватым оттенком, цитоз $8000 \times 10^6/\text{л}$, нейтрофилы – 95%, лимфоциты – 5%, белок – 1,9 г/л.

В ликворе методом РЛА обнаружен H1b-антиген.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Свойства возбудителя, патогенез
3. Составьте план лечебных мероприятий в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи

4. Дифференциальная диагностика
5. Специфическая профилактика

Задача № 37

На приёме у врача-педиатра участкового мать с ребёнком 3 лет с жалобами на боль в горле, слюнотечение, нарушение глотания и затруднённое дыхание.

Из анамнеза известно, что ребёнок заболел внезапно, когда на фоне полного здоровья появились лихорадка и боли в горле. Температура тела фебрильная (до 40°C). Через 2 часа присоединилось затруднение дыхания. До настоящего времени не вакцинирован.

Объективно: состояние ребенка тяжелое, температура тела – 38,8°C. Ребёнок капризен и возбужден. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Отмечается слюнотечение, ребёнок отказывается от еды и питья. Голос приглушённый (как будто больной разговаривает «с положенным в рот горячим картофелем»). Лёгкое покашливание. Болезненная пальпация остова гортани. Дыхание затруднено, инспираторная одышка, частота дыхания – 40 в 1 минуту, определяется втяжением над- и подключичных ямок, межрёберных промежутков, частота сердечных сокращений – 140 в 1 минуту, АД – 100/60 ммрт.ст.

Фарингоскопия: умеренная гиперемия задней стенки глотки, виден ярко гиперемированный, увеличенный в размерах, инфильтрированный надгортанник.

Общий анализ крови: HGB – 114 г/л, RBC – $4,06 \times 10^{12}$ /л, WBC – $18,0 \times 10^9$ /л; EO – 1%, NEUT – 75% (П – 10%, С – 65%), LYM – 22%, MON – 3%, СОЭ – 20 мм/ч.:

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Определите тактику ведения ребенка на догоспитальном этапе.
3. Составьте план лечебных мероприятий в стационаре в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
4. Проведите дифференциальную диагностику
5. Принципы профилактики

Задача № 38

Больной Б., 13 лет. Заболел внезапно, когда появились стойкая t до 39,8°C, рвота, сильная головная боль, возбуждение. На 3-е сутки потеря сознания, судороги.

Анамнез: за 4 дня до заболевания ударился головой о притолоку. Страдает хронической патологией ЛОР органов.

Госпитализирован в реанимационное отделение на 3 день болезни в коматозно-судорожном статусе. Стойкая гипертермия до 40,0°C, гипергидроз головы. Гиперпноэ. Тоны сердца глуховаты, ЧСС – от 60 до 120 уд/мин. Ригидность мышц затылка доскообразная, симптом Бабинского с двух сторон резко положительны, повышение мышечного тонуса и рефлексов. Положительные глазные симптомы: анизокория, расходящееся косоглазие.

Общий анализ крови: HGB – 115 г/л, RBC – $3,6 \times 10^{12}$ /л, WBC – $29,3 \times 10^9$ /л, EO – 2%, NEUT – 85% (Ю – 5%, П – 18%, С – 60%), LYM – 12%, MON – 1%, СОЭ – 50 мм/ч.

Общий анализ мочи: SG – 1016, PRO – 0,5 г/л, GLU – neg, EP. CEL – 2-3 в поле зрения, LEU- 2-3 в поле зрения.

Анализ ликвора: вытекал под давлением, ликвор желто-зеленый с металлическим оттенком, цитоз 25000×10^6 /л, нейтрофилы – 95%, лимфоциты – 5%, белок – 3,9 г/л. При микроскопии Гр «+» диплококки в форме «пламени свечи».

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Представьте этиопатогенез и клиническую классификацию
3. Составьте план лечебных мероприятий в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
4. Проведите дифференциальную диагностику
5. Укажите специфическую профилактику

Задача № 39

Мальчик 2,5 года заболел остро: t до 38°C , однократная рвота, боли в животе. На 3 день болезни – боль в ногах, положительный симптом «треножника», утром – отсутствие активных движений в ногах.

Мальчик не привит в связи с отказом родителей от вакцинации.

При поступлении состояние тяжелое, беспокоен, на ногах не стоит, не удерживает предметы. Сила мышц в руках 3 балла, в ногах: слева – 3 балла, справа – 1 балл. Снижение сухожильных рефлексов с рук, больше справа, отсутствие рефлексов с ног. Болевая и тактильная чувствительность сохранены, функции тазовых органов не нарушены.

В течение 1 месяца восстановились двигательные функции рук и левой ноги, в правой ноге движения отсутствовали, сухожильные рефлексы не вызывались, появилась атрофия мышц.

Общий анализ крови: HGB – 120 г/л, RBC – $3,5 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $6,3 \times 10^9/\text{л}$; NEUT – 43% (П – 5%, С – 38%), LYM – 48%, MON – 9%, СОЭ – 15 мм/ч.

Общий анализ мочи: PRO – следы, LEU – 2-3 в поле зрения.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Укажите свойства возбудителя, патогенез заболевания
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
4. Составьте план лечения заболевания в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Противоэпидемические мероприятия

Задача № 40

Мальчик 3-х лет заболел остро: стал жаловаться на боли в горле, отказывался от еды, отмечалась однократная рвота, температура 38°C . С подозрением на герпангину направлен на госпитализацию.

Из анамнеза известно, что семья 2 дня назад возвратилась с моря.

При осмотре состояние средней тяжести, возбужден, кожные покровы гиперемированы, на кистях и стопах имеются папулезные высыпания, на слизистой оболочке щек, языка, небе, деснах и губах эрозии и единичные везикулы. Живот равномерно вздут, безболезненный при пальпации. На 3-й день болезни температура снизилась до нормальных показателей, а на кистях и стопах появились мелкие везикулы. На слизистой оболочке щек, языка, небе, деснах и губах появились изъязвления (афты). Сыпь держалась несколько суток и исчезла без пигментации. По другим органам – без патологии.

Известно, что вернулся с отдыха на море 3 дня назад, аналогичные признаки отмечаются у брата.

Общий анализ крови: HGB – 125 г/л, RBC – $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$, Ц.п. – 0,86, WBC – $12,6 \times 10^9/\text{л}$, NEUT-30 % (п/я – 4%, с/я – 26%), EO – 2%, LYM – 68%, MON- 2%, СОЭ – 15 мм/час.

Иммунофлюоресцентное исследование мазков носоглотки: грипп, парагрипп, аденовирус, RS-антигены – отрицательно; ЭВ-А71 – положительно.

РСК: 8-кратное нарастание титра антител к ЭВ-А71.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Представьте эпидемиологические и патогенетические особенности заболевания
3. Проведите дифференциальную диагностику
4. Определите тактику лечения при данном заболевании в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Укажите профилактику данного заболевания

Задача № 41

Девочка 5 лет, заболела остро: t тела – $39,0^{\circ}\text{C}$, повторная рвота, головная боль, головокружение, гиперестезия, гиперакузия.

Эпидемиологический анамнез: купалась в водоеме.

Состояние тяжелое, сонливая, лежит на боку, запрокинув голову назад. На коже лица, шеи и верхней части туловища необильная пятнисто-папулезная сыпь. На мягком небе и основании язычка эритематозные папулы (пятна Нагайяма). Живот мягкий. Стул и мочеиспускание в норме. Ригидность мышц затылка, положительные симптомы Кернига, нижний симптом Брудзинского. ЧМН – без патологии.

Общий анализ крови: HGB – 120 г/л, RBC – $3,5 \times 10^{12}$ /л, WBC – $6,0 \times 10^9$ /л, NEUT – 33% (П – 5%, С – 28%), LYM – 62%, MON – 5%, СОЭ – 17 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельный вес – SG – 1009, GLU – neg, PRO – neg, EP. CEL – 0-1 в поле зрения, LEU – 1-2 в поле зрения.

Ликвор вытекал под давлением, жидкость опалесцирующая, цитоз – 720/3, нейтрофилы – 10%, лимфоциты – 90%, белок – 0,4 г/л.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Укажите свойства возбудителя, основные звенья патогенеза
3. План лечебных мероприятий в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
4. Проведите дифференциальную диагностику
5. Укажите прогноз заболевания и план диспансерного наблюдения

Задача № 42

Мальчик 14 дней, родился от 1 беременности в сроке 36 недель, протекавшей на фоне угрозы прерывания в 20 недель, анемии, кольпита, повышения t до 38°C на 30 неделе. Вес при рождении 2900. Оценка по Апгар 7-8 баллов. Закричал после отсасывания слизи, крик слабый.

Объективно: состояние тяжелое, срыгивание, вялость, желтушное окрашивание кожи, слизистых, необильная петехиальная сыпь. Со 2 дня повысилась температура, появились признаки дыхательной недостаточности: ЧДД – 80 уд/мин, участие вспомогательной мускулатуры. При аускультации с обеих сторон выслушиваются крепитирующие хрипы. ЧСС – 170 уд/мин. Живот мягкий, печень $+5+5+5,5$ см; селезенка $+2,0$ см из-под реберного края. Ребенок беспокоен, большой родничок напряжен, пульсирует, горизонтальный нистагм, тремор конечностей, мышечный тонус и физиологические рефлексы новорожденного снижены.

Общий анализ крови: HGB – 103 г/л, RBC – $3,5 \times 10^{12}$ /л, PLT – $90,0 \times 10^9$ /л, WBC – $2,9 \times 10^9$ /л, EO – 1%, NEUT – 34% (П – 3%, С – 31%), LYM – 63%, MON – 2%, СОЭ – 15 мм/ч.

Биохимический анализ: билирубин общий – 157,3 мкмоль/л, прямой – 75,7 мкмоль/л, АЛТ – 80 Ед/л, АСТ – 60 Ед/л, ПТИ – 70%.

Серологические маркеры:

анти-CMV IgM (+), анти-CMV IgG (+)
анти-TOXO IgM (-), анти-TOXO IgG (+)
анти-HSV 1-2 типа IgM (-), анти-HSV IgG (+)

ДНК ЦМВ в ликворе - положительная

Исследование спинномозговой жидкости: бесцветная, прозрачная, белок – 0,4 г/л, реакция Панди +, цитоз – 10×10^6 /л, лимфоциты – 100%.

Аудиологический скрининг: не прошёл

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Укажите возможные пути инфицирования плода. Какой вариант был реализован у данного больного?
3. Укажите основные свойства возбудителя

4. Составьте план лечения в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи и диспансерного наблюдения больного
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Задача № 43

Девочка Р., 2 дней, находится в роддоме.

Из *анамнеза*: в сроке 8-9 недель беременности отмечались необильная мелкоточечная сыпь и боль в области шеи, третий триместр протекал с угрозой прерывания. Роды 2 в 35-36 недель. Масса при рождении 2150 г. Эпидемиологический анамнез: в детском саду, который посещает старший ребенок, регистрировались случаи краснухи.

Состояние тяжелое, вялость, срыгивание. Множественные стигмы дизэмбриогенеза, микрофтальм. Кожные покровы бледные, в виде «пирога с ежевикой» (множественные голубые пятна), петехиальная сыпь. В легких дыхание ослабленное. При аускультации сердца грубый систолодиастолический шум. Живот увеличен в размере. Печень +3 см, селезенка + 1 см, плотноэластические при пальпации.

Общий анализ крови: HGB – 144 г/л, RBC - $4,1 \times 10^9$ /л, PLT- $95,0 \times 10^9$ /л, WBC- $7,1 \times 10^9$ /л, EО – 1%, NEUT – 55% (П – 6%, С – 49%), LYM – 32%, MON – 12%, СОЭ – 4 мм/ч.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Укажите свойства возбудителя, эпидемиологические особенности заболевания.
3. Что такое эмбрио- и фетопатия? Укажите механизмы повреждающего действия возбудителя.
4. Составьте план лечения в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи и диспансерного наблюдения больного.
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Задача № 44

Девочка 4 месяцев, рожденная женщиной, употреблявшей инъекционные наркотики.

С 2-х месяцев отмечались нарастающая анемия, увеличение всех групп лимфоузлов до 1,5 см, задержка прибавки массы тела, упорный кашель, жидкий стул. В 3 мес. ребенок госпитализирован в тяжелом состоянии с диагнозом: ВУИ: двусторонняя пневмония, энцефалопатия, энтероколит. Распространенный кандидоз слизистых и кожи. Гипотрофия 3 ст. Гипохромная анемия.

Общий анализ крови: HGB – 83 г/л, RBC – $2,8 \times 10^{12}$ /л, WBC – $3,9 \times 10^9$ /л, PLT - 56×10^9 /л, EО – 3%, NEUT – 62% (П – 9%, С – 53%), LYM – 31%, MON – 4%, СОЭ – 8 мм/ч.

ПЦР к РНК ВИЧ1 – 10000 копий/мл

Иммунограмма: CD3 отн. – 36% (60-80%), CD3 абс. – $0,92 \times 10^9$ /л ($1,8-5,2 \times 10^9$ /л), CD4 отн. – 11% (31-49%), CD4 абс. – $0,39 \times 10^9$ /л ($1,1-4,1 \times 10^9$ /л), CD8 отн. – 21% (19-37%), CD8 абс. – $0,51 \times 10^9$ /л ($0,5-1,8 \times 10^9$ /л).

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Какие лабораторные критерии можно использовать для оценки тяжести и прогнозирования инфекции у ребенка?
3. Назовите особенности этой инфекции у детей раннего возраста.
4. Каковы подходы к противовирусной терапии в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Оцените прогноз и исходы данного заболевания. Существует ли перинатальная профилактика данного заболевания?

Задача № 45

Мальчик М., 1 месяца, от 3 беременности с токсокозом в первом триместре, повышением t тела и увеличением лимфоузлов – в 24-26 недель беременности, преждевременных родов в 37 недель. Масса при рождении 2700 г, окружность головы 35 см. Частые срыгивания, вялость. Прибавка в массе за первый месяц 200 г. Госпитализирован.

Состояние тяжелое, крик монотонный, гиперестезия, периодически вздрагивает. Взгляд на предметах не фиксирует. Голова гидроцефальной формы. Окружность головы 40 см, сагиттальный шов открыт на 1 см, венечный – на 0,2 см, большой родничок 4×4 см, выбухает и пульсирует, малый родничок 0,5 × 0,5 см. Выражен симптом Грефе, горизонтальный нистагм. Преобладает тонус разгибателей. Тоны сердца приглушены, систолический шум в 5 точке и на верхушке, тахикардия 154 в минуту. Печень выступает из-под реберного края на 2,5 см, селезенка – на 1 см.

Исследование спинномозговой жидкости: прозрачность – мутная, белок – 1 г/л, цитоз – 9×10^6 /л: лимфоциты – 100%.

Серологические маркеры в реакции ИФА:

анти-CMV IgM (-), анти-CMV IgG (+); индекс avidности 80%.

анти-Rub IgM (-), анти Rub IgG (+), индекс avidности 90%.

анти-ВПГ IgM (-), анти-ВПГ IgG (+), индекс avidности 76%.

анти-ТОХО IgM (+), анти-ТОХО IgG (+), индекс avidности 35%.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Укажите свойства возбудителя, эпидемиологические особенности
3. Составьте план лечения в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи и диспансерного наблюдения больного
4. Оцените прогноз данного заболевания. Существует ли перинатальная профилактика данного заболевания?
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Задача № 46

Девочка А., 9 лет, заболела остро: t 38,5° С, головная боль, слабость, снижение аппетита, мышечные боли, на 8 день болезни t субфебрильная, увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов. Ребенок госпитализирован.

Эпидемиологический анамнез: в доме есть кошка и собака.

При поступлении состояние средней тяжести, субфебрилитет, отказ от еды, вялость. Увеличены все группы лимфоузлов до 2 см в диаметре, слегка болезненны при пальпации. Тоны сердца средней звучности, пульс 108 уд/мин; в легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,0 см, селезенка + 1,0 см. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики нет. Температура нормализовалась на 19 день болезни, лимфаденопатия отмечалась в течение 1,5 месяца.

Общий анализ крови: HGB – 110 г/л, RBC – $3,2 \times 10^{12}$ /л, WBC – $5,6 \times 10^9$ /л, EO – 6%, NEUT – 43% (П – 5%, С – 38%), LYM – 44%, MON – 7%, СОЭ – 33 мм/ч.

Серологические маркеры:

анти-CMV IgG (+), IgM (-);

анти-EBV (VCA) IgM (-), IgG (-),

анти-Тохо IgG (-), анти-Тохо IgM (+).

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Укажите основные свойства возбудителя. Объясните патогенез данного заболевания
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Составьте план лечения больного в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Укажите меры профилактики

Задача № 47

Больной А., 14 дней, госпитализирован в инфекционный стационар с жалобами на беспокойство, срыгивания, сниженный аппетит, гнойное отделяемое из глаз, одышку, разжиженный стул со слизью.

Ребенок от 1 беременности. Мать в течение 8 лет получала лечение по поводу бесплодия. Беременность протекала с токсокозом, угрозой невынашивания. Родился в срок 39 недель с весом 2900 г. ОША 6-7 баллов. Околоплодные воды зеленые. На 7 день жизни у ребенка появились гнойное отделяемое из глаз, затрудненное носовое дыхание, к 10 дню - сухой кашель, одышка.

При поступлении состояние тяжелое, повышение t до $37,7^{\circ}\text{C}$, вялый, гнойное отделяемое из глаз, кашель приступообразный сухой, коклюшеподобный, с эпизодами апноэ. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, при аускультации - мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон, ЧДД 64 в минуту. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Печень 1,5+2,0+2,0 см. Стул разжижен, желтый, непереваренный.

В общем анализе крови: RBC – $3,1 \times 10^{12}$ /л, WBC – $15,6 \times 10^9$ /л, EO – 2%, NEUT – 73% (П – 5%, С – 68%), LYM – 23%, MON – 2%, СОЭ – 28 мм/ч.

Биохимический анализ крови: билирубин общий 19,9 мкмоль/л, прямой 5 мкмоль/л. АЛТ – 35 Е/л (N 40), АСТ – 32 Е/л (N 37).

Серологические маркеры ВУИ:

IgG к Chlamidia trachomatis - 1:240

IgM к Chlamidia trachomatis 1:60

Иммунофлуоресцентный анализ соскоба с конъюнктивы и задней стенки глотки – обнаружена Chlamidia trachomatis.

Консультация окулиста: двусторонний гнойный конъюнктивит, ретинопатия.

Рентгенография органов грудной клетки: интерстициальная пневмония.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Охарактеризуйте основные свойства возбудителя и механизм повреждающего действия
3. Перечислите пути инфицирования плода и новорожденного. Назовите клинические формы заболевания
4. Назначьте план лечения больного в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Задача № 48

Девочка Д., 12 дней, рождена от матери, страдающей генитальным герпесом. Беременность протекала на фоне токсокоза, рецидива генитального герпеса в 36-37 недель.

Роды срочные, безводный период 12 часов. Оценка по шкале Апгар 6-8 баллов. Масса тела при рождении 2950 г. В периоде ранней адаптации повышенная возбудимость, крупноразмашистый тремор рук.

На 13 день жизни на туловище, конечностях, слизистой рта появились везикулярные высыпания с плотной покрывкой и прозрачным содержимым, нарастающая желтушность кожных покровов и склер. Через 3 дня состояние ухудшилось до тяжелого, температура $38,7^{\circ}\text{C}$, частые срыгивания, беспокойство, гиперестезия, клонико-тонические судороги. Выбухание и пульсация большого родничка, расхождение сагиттального шва на 0,3 см.

Серологические маркеры в реакции ИФА:

анти-СМVIgM (-), анти-СМVIgG (+); индекс avidности – 90%

анти ВПГ IgM (+), анти-ВПГ IgG (+), индекс avidности – 25%.

Общий анализ крови: HGB – 172 г/л, RBC – $4,6 \times 10^{12}$ /л, PLT – 190×10^9 /л, WBC – $10,0 \times 10^9$ /л, NEUT – 21% (П – 1%, С – 20%), LYM – 74%, MON – 5%, СОЭ – 2 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, билирубин: общий – 310 мкмоль/л, прямой – 170 ммоль/л, АЛТ – 64 Ед/л (N-до 40), АСТ – 58 Ед/л (N-до 40), мочевины – 4,2 ммоль/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, калий – 5,2 ммоль/л, натрий – 141 ммоль/л.

Исследование спинномозговой жидкости: на 16 день жизни: прозрачность – мутная, белок 1,6 г/л, реакция Панди ++++, цитоз – 350×10^6 /л: нейтрофилы 15%, лимфоциты 85%.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра
2. Охарактеризуйте основные свойства возбудителя, особенности инфицирования.
3. Укажите клиническую классификацию врожденного процесса
4. Составьте план лечения в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи и диспансерного наблюдения больного
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Задача № 49

Больная О., 11 лет, поступила на 2 день болезни с жалобами на повышение t до 39°C , головную боль, однократную рвоту, вялость. За два дня до заболевания девочку укусил клещ.

При поступлении состояние тяжелое, вялость, слабость, фебрильная температура, отказ от еды. Кожные покровы чистые, бледные, гиперемия лица, шеи. В зеве умеренная гиперемия дужек и миндалин, зернистость задней стенки глотки, инъекция сосудов склер, лимфаденопатия. Со 2-го дня лечения – вялость, t $39,4^{\circ}\text{C}$, боль в пояснице, повторная рвота, в местах инъекций подкожные кровоизлияния, на коже груди и плечевого пояса – единичные петехиальные элементы, точечные кровоизлияния на слизистой мягкого неба, положительный симптом «щипка», носовое кровотечение. АД – 90/60 мм рт. ст. ЧСС – 102 уд/мин.

Общий анализ крови – RBC – $3,06 \times 10^{12}$ /л, HGB – 90 г/л, PLT – 60×10^9 /л, WBC – до $1,4 \times 10^9$ /л, NEUT – 76% (П – 17%, С – 53%, Ю – 6%), LYM – 22%, MON – 2%.

Гемостазиограмма: агрегация тромбоцитов с АДФ 23% (N-50-80%), с адреналином 22% (N-50-80%), с ристомицином – 20% (N-50-80%); АЧТВ – 55 сек (N-35-45 сек), тромбиновое время 50 сек (N – 12-20 сек); фибриноген 3,0 г/л, РКФМ $6,0 \times 10^9$ /л (N-3-4x10⁹ /л),

Методом ПЦР в крови на 3 день болезни обнаружена РНК ККГЛ.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра. Какие синдромы свидетельствуют о данном заболевании?
2. Назовите свойства и особенности экологии возбудителя
3. Укажите эпидемиологические особенности данного заболевания
4. Определите лечебную тактику в разные периоды заболевания в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Принципы профилактики

Задача № 50

У мальчика 12 лет две недели назад родители самостоятельно сняли клеща с кожи головы за правым ухом. На 10 день в месте укуса появилось гиперемированная папула, которая увеличилась в диаметре с просветлением в центре. Через 3 дня отметил боль на задней поверхности шеи справа.

Обратились к участковому педиатру. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы физиологической окраски, в области волосистой части головы эритема диаметром 10 см с просветлением в центре. Пальпируются увеличенные до 1,0 см заднешейные и затылочные лимфоузлы справа, умеренно болезненные. Слизистая ротоглотки без признаков воспаления, миндалины не увеличены. В лёгких везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 92 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Стул и диурез не нарушены.

Общий анализ крови: HGB – 134 г/л, RBC – $4,86 \times 10^{12}$ /л, WBC – $8,0 \times 10^9$ /л; EO – 1%, NEUT – 53% (П – 3%, С – 50%), LYM – 42%, MON – 4%, СОЭ – 28 мм/ч.

ИФА: anti-*Borrelia burgdorferi* IgG <5 Ед/мл, anti-*Borrelia burgdorferi* IgM – 103.3 Ед/мл

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз в соответствии с МКБ - X пересмотра

2. Свойства возбудителя, патогенез, эпидемиологические особенности
3. Проведите дифференциальную диагностику боррелиоза
4. Назначьте лечение в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи
5. Укажите принципы профилактики заболевания

ГОСПИТАЛЬНАЯ ПЕДИАТРИЯ

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: КРО - NEG, BNL - NEG, YRO - NORM, КЕТ – 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 X 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?



Рис. 1.1

Ответ № 1

1. Сформулируйте клинический диагноз.

Основной диагноз: Спазмофилия, явная форма, эклампсия.

Сопутствующий диагноз: Рахит II степени, подострое течение, период разгара.

2. Каков механизм развития судорожного синдрома у данного ребенка?

Судороги развились в результате повышенной нервно-мышечной возбудимости вследствие понижения уровня ионизированного кальция в экстрацеллюлярной жидкости на фоне дыхательного алкалоза (девочка плакала).

3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с:

- менингитом, менингоэнцефалитом;
- эпилепсией;

- судорогами при заболеваниях, вызванных наследственным или приобретенным нарушением обмена веществ;
- судорогами при травме головного мозга.

4. Какие мероприятия Вы сочли бы первичными и неотложными?

Необходимо:

- госпитализировать ребенка;
- соблюдать охранительный режим (ограничение или крайне осторожное выполнение неприятных для ребенка процедур);
- наладить ингаляции кислорода;
- в/в медленно (со скоростью 1 мл/мин) ввести кальция глюконат (1 мл/кг 10% р-ра); предварительно растворив в таком же объеме 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора натрия хлорида;
- при отсутствии эффекта через 15 минут повторить введение глюконата кальция в той же дозе;
- в дальнейшем поддерживать уровень общего кальция в сыворотке крови в пределах 2,0-2,2 ммоль/л.

Для этого в течение первых суток при необходимости вводить внутривенно-капельно каждые 6-8 часов 1% раствор кальций глюконата из расчета 10-15 мл/кг (для приготовления 1% раствора кальция глюконата развести базовый (10%) раствор в соответствующем количестве 0,9% раствора натрия хлорида или 5% раствора глюкозы;

- при сохранении симптомов скрытой тетании после введения препаратов кальция ввести раствор магния сульфата 25% – 0,2-0,5 мл/кг внутривенно-струйно;
- желательнее ребенка перевести на кормление материнским молоком, при невозможности этого – на адаптированную молочную смесь (1/3 суточного рациона может составить кисломолочная смесь); при этом надо максимально ограничить содержание цельного коровьего молока в рационе (из-за большого количества фосфатов) и увеличить количество овощного прикорма;

5. Чем опасен судорожный синдром?

Судорожный синдром опасен развитием гипоксии мозга, которая может привести к отеку мозга и летальному исходу, либо к повреждению ЦНС, обуславливающему нарушение дальнейшего нервно-психического развития ребенка. При спазмофилии может развиваться тяжелый приступ ларингоспазма, при отсутствии неотложной помощи который может закончиться летально, может произойти внезапная остановка сердца (тетания сердца).

Рис.1.1. « Рука акушера» и карпопедальный спазм при спазмофилии

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).



Рис. 1.2



Рис.2.2

Ответ № 2

1. Сформулируйте клинический диагноз.

Основной диагноз: Рахит III степени (тяжелый), период разгара, подострое течение.

2. Что способствовало развитию заболевания у этого ребенка?

У данного ребенка развитию рахита способствовали:

- пренатальные факторы (неправильное питание, дефицит солнечного облучения матери во время беременности, осложненное течение беременности) способствовали недостаточному запасу витамина Д в организме ребенка;
- пищевые факторы (ранний перевод на искусственное вскармливание, неправильное вскармливание (молочно-мучная диета));

- редкое пребывание на свежем воздухе и, следовательно, недостаток солнечного облучения.

3. Ваши представления о патогенезе заболевания?

Патогенез заболевания (рахита): недостаток витамина Д вызывает снижение синтеза кальцийсвязывающего белка и всасывание солей кальция в кишечнике, уменьшает способность органической матрицы костей фиксировать их, вызывает снижение синтеза цитратов в тканях. Гипокальциемия ведет к усилению функции околотитовидных желез. Паратгормон тормозит реабсорбцию фосфатов в почках, кроме этого при дефиците витамина Д неорганический фосфор не отщепляется от органических соединений, содержащихся в пище, развивается гипофосфатемия, способствующая ацидозу и нарушению белкового обмена. В результате происходит деминерализация костей, разрастание остеоидной ткани. Нарушается проникновение кальция в мышцы и возникает развитие мышечной гипотонии. В результате нарушения синтеза белков (ферментов в том числе) происходит нарушение функции ЦНС, ЖКТ, печени. Имеется дефицит витаминов А, Е, В1, В5, В6, С, меди, цинка, магния, железа, что способствует развитию анемии (чаще железодефицитной).

Витамин Д обладает иммуномодулирующим эффектом, при его недостатке развивается снижение иммунитета.

4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Дифференциальный диагноз проводят в первую очередь с так называемыми рахитоподобными заболеваниями:

- витамин-Д-зависимый рахит (I и II тип);
- витамин-Д-резистентный рахит (фосфат-диабет);
- синдром деТони-Дебре-Фанкони;
- первичная хондродистрофия;
- врожденная ломкость костей.

5. Как проводить лечение?

Лечение:

- организация правильного режима (пребывание на свежем воздухе не менее 2-3 часов в день, регулярное проветривание помещения);
- адаптированное питание (адаптированная молочная смесь, своевременное введение овощных, злаковых, кисломолочных, фруктовых, мясных блюд соответственно возрасту);
- витамин Д начать с дозы 2000 МЕ в день в течение 3-5 дней, постепенно довести до 5000 МЕ в день (например, холекальциферол (Аквдетрим) водный раствор – по 10 кап в день (в 1 кап. – 500 МЕ)), курс лечения – 30-45 дней. После окончания лечебного курса переходят на прием профилактических доз (400-500 МЕ в день) ежедневно в течение 2-2,5 лет, исключая летние месяцы;
- препараты кальция в течение 3 недель (предпочтение отдается кальцию карбонату – в 1 г соли содержится 400 мг кальция) из расчета 50 мг/кг/сут;
- цитратная смесь – по 1 ч. л. × 3 раза в день;
- препараты, уменьшающие вегетативные нарушения (например, аспаркам – 1/3 таб. × 3 раза в день);
- препараты стимулирующие метаболические процессы (например, левокарнитин – 2-3 кап. 1 раз в день);
- препараты для коррекции обмена фосфора в течение 3-4 недель (например, кальция глицерофосфат – 50 мг 2-3 раза в сутки внутрь);
- занятие лечебной физкультурой, массаж через 2 недели после начала медикаментозной терапии в течение 1,5-2 мес.

Рис. 1.2. О - образное искривление нижних конечностей при рахите.

Рис.2.2. Гarrisонова борозда при рахите.

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 – 217×10^9 /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, КЕТ – 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.

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).



Рис. 1.3

Ответ № 3

1. Клинический диагноз.

Атопический дерматит, младенческая форма, распространенный, среднетяжелое течение, обострение.

2. Каковы механизмы развития аллергических реакций?

Механизмы развития аллергических реакций:

- проникновение антигена во внутреннюю среду организма в результате нарушения целостности биологических мембран;
- увеличение продукции общего и специфических IgE-антител;
- фиксация образовавшихся IgE к специфическим рецепторам на мембранах тучных клеток и базофилов. При повторном поступлении АГ (аллерген) распознается фиксированными на тучной клетке (ТК) антителами, происходит активация тучной клетки с высвобождением предсуществующих медиаторов (медиаторов, которые там уже находились), в том числе гистамина, серотонина, кининов, которые обуславливают развитие ранней (или быстрой) фазы аллергического ответа. Некоторые из них (например, гистамин) вызывают внешние клинические проявления: сокращение гладких мышц, повышение сосудистой проницаемости, гиперсекреция слизи, стимуляция нервных окончаний. Другие видоизменяют состояние ткани, подготавливая ее к пролонгации процесса аллергической реакции. Некоторые медиаторы обладают противогистаминной активностью и способностью ингибировать действие лейкотриенов. Таким образом, предсуществующие в ТК медиаторы вызывают, во-первых, внешние проявления аллергической реакции, во-вторых, подготавливают ткань к пролонгации всего аллергического процесса, в-третьих, оказывают в какой-то степени сдерживающее влияние на дальнейшее продолжение аллергической реакции, что может привести к спонтанному завершению аллергического процесса;
- несколько позже в ходе активации ТК образуются новые медиаторы – простагландины, тромбоксан, лейкотриены, фактора активации тромбоцитов, которые участвуют в формировании поздней фазы аллергического ответа (они способствуют развитию хронического аллергического воспаления, усилению неспецифической гиперреактивности и поддержанию обострений).

3. Чем характеризуется аллергическая реакция I типа (немедленного)?

При реакции I типа сенсibilизация тканей связана с фиксацией комплексов антител-реагинов (IgE – главного компонента аллергической реакции немедленного типа) антигенов на поверхности ТК и выбросом ими биологически активных веществ (гистамина, серотонина) или синтезом последних другими клетками. Реагирование этого типа лежит в основе атопии. Б/а вещества обуславливают развитие ранней (или быстрой) фазы аллергического ответа. Некоторые из них (например, гистамин) вызывают внешние клинические проявления: сокращение гладких мышц, повышение сосудистой проницаемости, гиперсекреция слизи, стимуляция нервных окончаний (зуд).

4. Назовите принципы питания детей 1-го года жизни с аллергией к белкам коровьего молока.

Принципы вскармливания детей 1-го года жизни с аллергией к белкам коровьего молока: аминокислотные смеси (Неокейт) до 6 недель, затем гидролизаты казеина или сывороточных белков (Пепти ТСЦ, Алфаре, Нутрамиген, Прегестемил) до 6 месяцев, затем молочные смеси, при ухудшении состояния – возврат к исходному типу питания.

5. Назначьте лечение.

Лечение:

- диетотерапия;
- контроль окружающей среды;
- антигистаминные препараты 2 поколения (цетиризин по 5 кап × 2 раза в день) длительно – до 3 месяцев, мембранстабилизирующие (налкром 100 мг (1 капсула) × 3 раза в день за 30 мин до еды – предупреждает развитие аллергических реакций на уровне ЖКТ);
- препараты, улучшающие функцию органов пищеварения (панкреатин 0,25 г × 3 раза перед едой);
- наружная терапия – эмульсия Адвантан, лечебная косметика (локобейз, липокрем, топикрем, экзомега и т.д.) 1-2 раза в первую половину дня.

Рис.1.3. Пруригинозная сыпь при атопическом дерматите.

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, серозным 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.

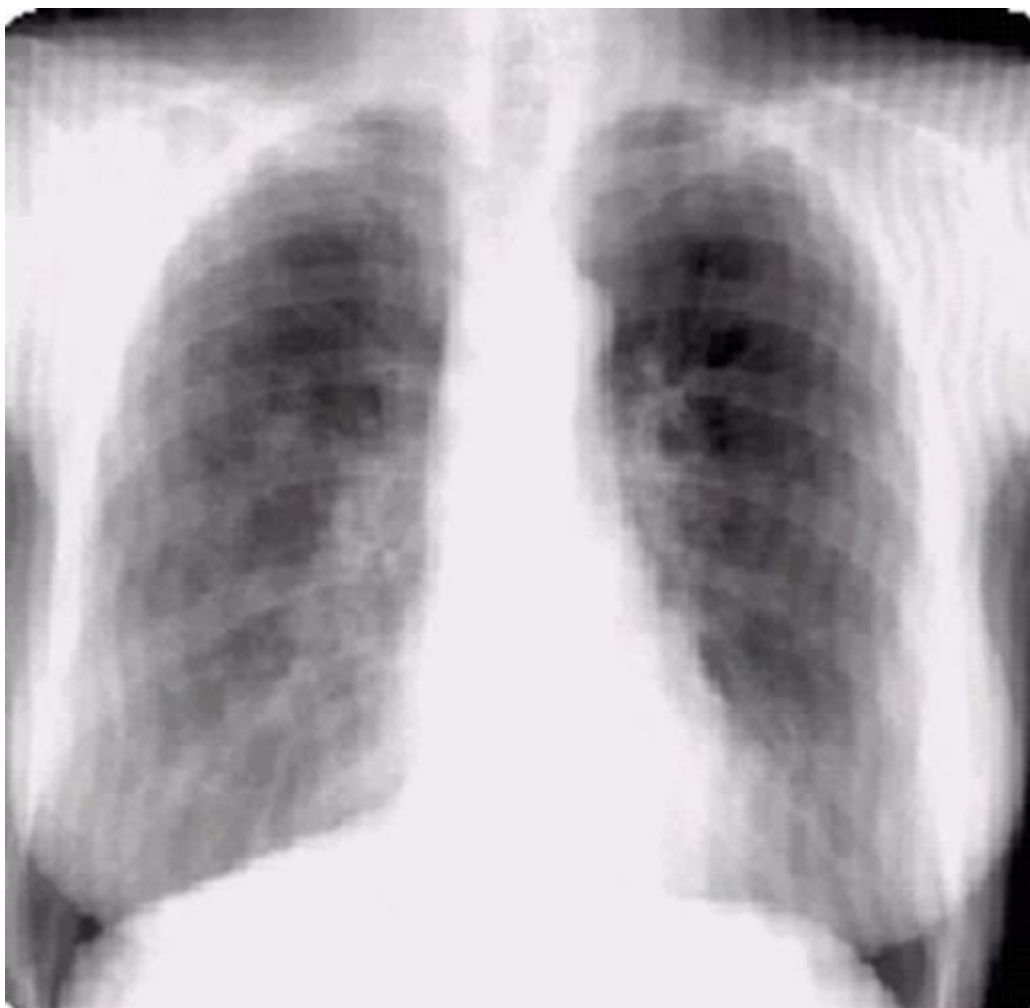
Общий анализ крови: HGB – 118 г/л, RBC – $4,3 \times 10^{12}$ /л, MCV – 75 фл, MCH – 26 пг, MCHC – 27 г/л, RDW – 3,5%, PLT – 217×10^9 /л, WBC – $6,2 \times 10^9$ /л, EO – 3%, NEUT – 31% (П – 1%, С – 30%), LYM – 58%, MON – 8%, СОЭ – 15 мм/ч.

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 X 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.



Ответ № 4

1. Сформулируйте клинический диагноз.

Диагноз: Острый бронхиолит, ДН 2. Этиология вероятно – вирусная (РС-вирусы, парагрипп III-V).

2. Назовите основные звенья патогенеза заболевания

Некроз мерцательного эпителия мелких бронхов и бронхиол, отек слизистой, гипертрофия гладкой мускулатуры бронхов, десквамация эпителия и обтурация просвета дыхательных путей некротизированными массами.

3. Проведите дифференциальный диагноз.

Следует дифференцировать с

- обструктивным бронхитом, для которого также характерна клиника бронхиальной обструкции, но течение менее тяжелое, без тяжелой дыхательной недостаточности, с более быстрым эффектом от комбинированной терапии бета-2-агонистами и ингаляционными кортикостероидами;
- синдромом аспирации – в анамнезе обычно указывается факт вдыхания инородного тела (жидкости), сопровождавшийся приступом кашля;
- муковисцидозом – отягощенный семейный анамнез, сопутствующий синдром мальабсорбции;
- бронхиальной астмой – повторные эпизоды бронхиальной обструкции, наличие других аллергических заболеваний у ребенка, отягощенный семейный аллергологический анамнез.

4. Назначьте лечение, обозначьте тактику оказания неотложной помощи при острой дыхательной недостаточности.

1. Суточный объем пищи 1 л. Разовый объем пищи 200 мл.

6 час. – 200 мл гипоаллергенный «NAN».

10 час. – 180 мл картофельное пюре, 20 мл яблочное пюре.

14 час. – 200 мл гипоаллергенный «NAN».

18 час. – 200 мл гипоаллергенный «NAN».

22 час. – 200 мл гипоаллергенный «NAN». Вместо животных употребление растительных жиров.

Поить кипяченой водой 200-300 мл в сутки.

2. Ингаляции увлажненного кислорода под контролем пульсоксиметрии.

3. Ингаляции β 2-агонистов возрастной дозе (сальбутамол, фенотерол, сальбутамол+фенотерол) на физиологическом растворе через небулайзер каждые 20 мин. в течение часа, далее повторять ингаляции каждые 4 часа.

4. Ингаляционный кортикостероид будесонид (пульмикорт) 250-500 мкг каждые 12 часов.

5. Муколитические препараты после купирования обструкции – амброксол (лазолван) по 1,0 мл 2 раза на физиологическом растворе через небулайзер.

6. Вибрационный массаж, постуральный дренаж.

7. При отсутствии эффекта от ингаляционной терапии – внутривенные инфузии системных глюкокортикостероидов (преднизолон) 1-2 мг/кг и метилксантинов (эуфиллин 2,4%).

8. Необходим контроль газов крови, при нарастании гипоксии выше 60% – перевод в реанимационное отделение, ИВЛ.

5. Укажите прогноз заболевания.

Прогноз благоприятный, заболевание завершается полным выздоровлением. При выписке из стационара необходимо обсудить с родителями перспективы течения аллергии (с учетом отягощенного семейного анамнеза и раннего перевода на искусственное вскармливание). Является фактором риска развития бронхиальной астмы после 2 лет..

Рис.1.4. Рентгенологическая картина бронхиолита.

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 – 217×10^9 /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, pH. – 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.

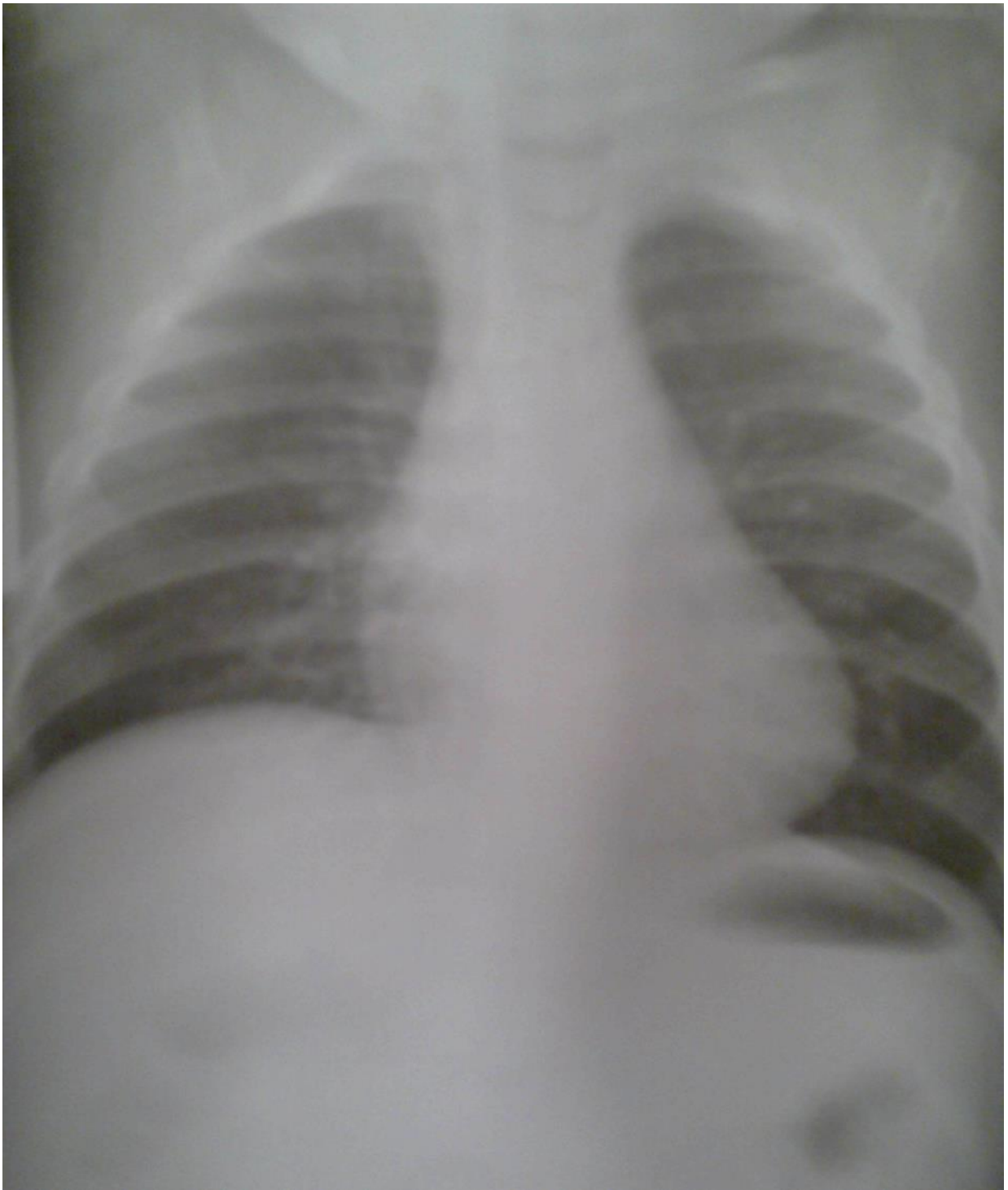


Рис. 1.5

Ответ № 5

1. Сформулируйте клинический диагноз

Диагноз: Острый обструктивный бронхит.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

Дифференцировать заболевание необходимо с:

- бронхиальной астмой (отягощенный аллергологический анамнез, наличие атопического дерматита у ребенка, клиническая картина обструкции, повторные эпизоды обструкции, возникающие не только в связи с инфекцией, но и с физической нагрузкой, ночные приступы удушья, а также повышение общего IgE);
- муковисцидозом (подтверждение – потовая проба);

- туберкулезом (проба Манту с 2,5 ТЕ PPD_L);
- пороками развития легких (в случае повторных эпизодов обструкции с тяжелой дыхательной недостаточностью, торможением физического развития возможно проведение диагностической и лечебной бронхоскопии, компьютерной томографии легких);
- ВПС (эхокардиография);
- синдром аспирации (рентгеноскопия органов грудной клетки).

3. Назначьте лечение.

Ребенка необходимо госпитализировать.

ОВД – гипоаллергенная. Режим – постельный.

Оксигенотерапия под контролем пульсоксиметрии. Обильное теплое питье. Повторные ингаляции В₂-агонистов короткого действия в течение часа каждые 20 минут, далее каждые 4-6 часов (сальбутамол, фенотерол) через небулайзер или дозирующий аэрозоль со спейсером. При недостаточном эффекте от бронхолитиков – ингаляционные кортикостероиды – будесонид (пульмикорт) по 250-500 мкг через небулайзер каждые 12 часов. После купирования бронхиальной обструкции – муколитики: амброксол (лазолван). Вибрационный массаж, постуральные дренажи.

4. Напишите план диспансерного наблюдения.

Диспансерное наблюдение включает контроль факторов риска (атопический дерматит, частые ОРВИ, аденоиды, курение родителей, наследственность по атопии), соблюдение неспецифической гипоаллергенной диеты, элиминация потенциальных аллергенов из окружения ребенка, санация носоглотки, прием бактериальных вакцин (бронхомунал, рибомунил и другие) в сезон респираторных инфекций, закаливание, соблюдение режима дня.

5. Каков прогноз у ребенка и какую информацию следует донести до курящих родителей?

Пассивное курение парализует работу респираторного эпителия, угнетает местный иммунитет, что снижает устойчивость к респираторным инфекциям, облегчает развитие аллергического воспаления в дыхательных путях. Учитывая отягощенный семейный аллергоанамнез (у матери поллиноз, пищевая и лекарственная аллергия), наличие у ребенка атопического дерматита, высока вероятность развития бронхиальной астмы.

Рис. 1.5. Рентгенологическая картина острого обструктивного бронхита

Задача № 6

Мальчик 9 лет, заболел остро. Заболевание началось с подъема температуры до 39,0° С, 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 кряхтящее. ЧД – 32 в 1 минуту. Грудная клетка вздута, правая половина отстает 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: 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.

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?



Рис. 1.6.

Ответ № 6

1. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его.

Диагноз: внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония, среднетяжелая, неосложненная, острое течение, ДН 2.

Обоснование:

- фебрильная лихорадка;
- выраженные симптомы интоксикации, фарингит, конъюнктивит, полилимфаденопатия;
- локальные изменения – притупление перкуторного звука справа, там же ослабление дыхания при аускультации;
- гуморальная активность (лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, ускорение СОЭ);
- рентгенологические данные – затемнение в нижней доле справа.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

Заболевание следует дифференцировать с:

- туберкулезом (проба Манту с 2,5 ТЕ PPD-L);
- альвеолитом (диагноз исключается при отсутствии рецидивов с тяжелой дыхательной недостаточностью, признаками фиброза легких).

3. Какие существуют критерии эффективности проводимой терапии?

Проводится эмпирическая антибактериальная терапия. Основным критерием эффективности терапии – нормализация температуры, которая оценивается в течение 24-48 часов. При отсутствии эффекта проводится смена антибактериальной терапии. Кроме того, учитываются динамика клинических симптомов, изменения в гемограмме, проводится контрольная рентгенография.

4. Назначьте лечение:

- режим постельный 2-3 дня, по мере улучшения состояния – полупостельный и свободный;
- ОВД – 15;
- оксигенотерапия;
- антибактериальная терапия – aminopenicillins: флемоксин – 250 мг 3 раза в сутки 7-10 дней. Внутривенно цефтриаксон 1 г в сутки 1 раз 5-7 дней;
- при сохраняющейся тяжести – в/венный иммуноглобулин;
- муколитические средства – амброксол (лазолван) сироп 15 мг 3 раза в день 7-14 дней;
- дренажное положение, питьевой режим.

5. Какие осложнения могут быть у данного заболевания?

Возможные осложнения заболевания – деструкция, плеврит, абсцесс легкого.

Рис. 1.6. Рентгенография органов грудной клетки: отмечается негетогенное затемнение нижней доли правого легкого. Верхняя и средняя доля правого легкого вздута, повышена пневматизация. Слева отмечается усиление легочного рисунка. Тень средостения расположена срединно.

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, рН. – 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.

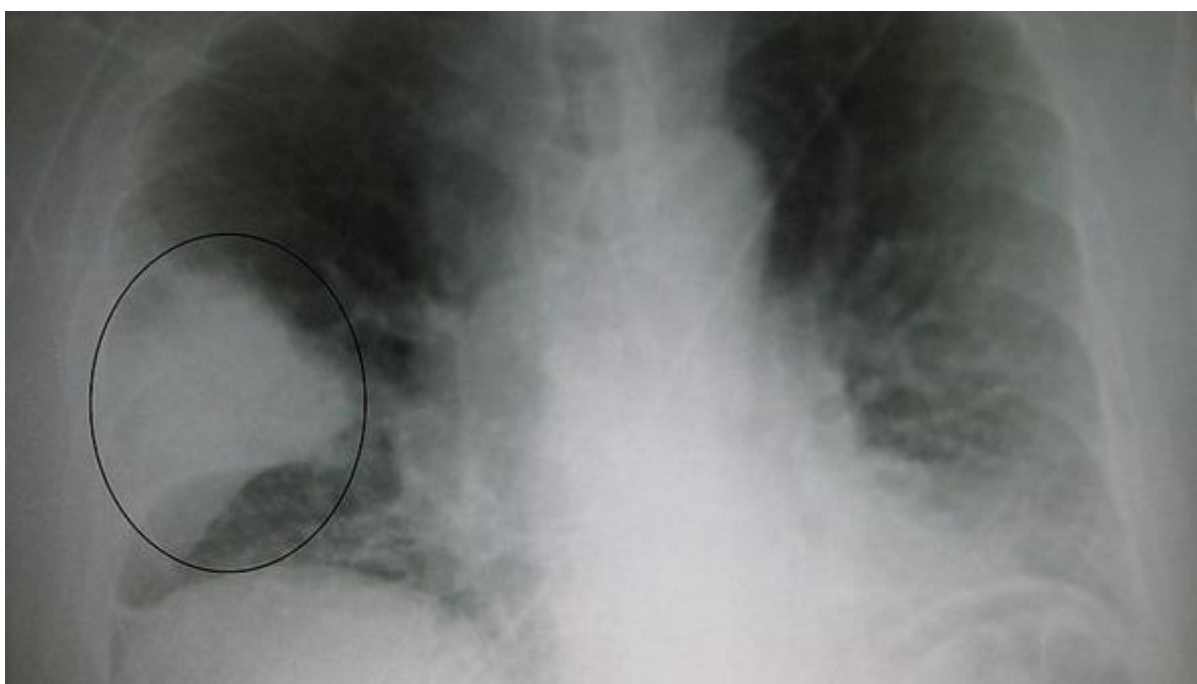


Рис. 1.7.

Ответ № 7

1. Сформулируйте клинический диагноз.

Диагноз: внебольничная нижнедолевая правосторонняя пневмония, тяжелая, неосложненная, ДН 2, острое течение.

Обоснование:

- локальная легочная симптоматика;

- фебрильная температура, выраженные симптомы интоксикации;
- гуморальная активность крови;
- рентгенологически инфильтративное затемнение.

2. О какой этиологии заболевания следует думать в данном клиническом случае? Чем обусловлена тяжесть заболевания?

Пневмококковая этиология, типичная клиническая картина «крупозной» пневмонии. Тяжесть обусловлена массивным поражением легкого, инфекционным токсикозом, вовлечением в воспалительный процесс плевры, дыхательной недостаточностью, гемодинамическими нарушениями.

3. Назовите группы антибиотиков, которые используются в терапии данного заболевания.

Препараты выбора – незащищенные или ингибиторзащищенные аминопенициллины, цефалоспорины 2-3 поколения, в случае непереносимости – макролиды.

4. Назначьте лечение, окажите помощь больному с гипертермией.

Физические методы охлаждения, нестероидные противовоспалительные препараты (ибупрофен, парацетамол), раннее назначение антибактериальных препаратов.

5. Назовите критерии выздоровления.

Клинические – нормализация температуры, отсутствие бронхитической симптоматики, стабилизация гемодинамики и общего состояния, рентгенологические – рассасывание инфильтрата.

Рис. 1.7. инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого легкого, повышение прозрачности легочных полей слева.

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, «замаскообразный». 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 – $15 \times 8 \times 25$ 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 лечение согласно Федеральным клиническим рекомендациям (ФКР)..
4. Назначьте лечение, окажите помощь при острой дыхательной недостаточности.
5. Каков прогноз при данном заболевании?



Рис. 1.8.

1. Клинический диагноз. Каковы этиология и патогенез основного заболевания?

Диагноз: муковисцидоз, смешанная форма, тяжелое течение. Вторичный хронический обструктивный бронхит, обострение, ДН 2. Хроническая панкреатическая недостаточность. Задержка физического развития. Оценка по шкале Швахмана-Даймонда 45 баллов. Легочное сердце?

Обоснование диагноза:

- смерть сибсов от кишечной непроходимости в неонатальном периоде;
- болен с рождения – рецидивирующие пневмонии, обилие мокроты;
- периферические симптомы хронической дыхательной недостаточности, рентгенологические данные;
- результат потового теста;
- гуморальная активность крови;
- УЗИ брюшной полости, данные копрологического исследования.

В патогенезе заболевания – системное поражение экзокринных желез, нарушение транспорта и секреции ионов, изменение реологических свойств секретов с последующим нарушением дренажной функции бронхиального дерева и желчевыводящих путей. Моногенное заболевание, аутосомно-рецессивный тип наследования. Основа – мутация гена MB (CFTR).

2. Какие специалисты должны проконсультировать ребенка?

Гастроэнтеролог, ЛОР, генетик, кардиолог, диетолог.

3. Составьте план дальнейшего обследования.

Общий анализ крови в динамике, липидограмма, иммунограмма, посев мокроты, потовый тест (3кратно), генетическое обследование, бронхоскопия, КТ грудной клетки, спирометрия (ФВД), ЭКГ, ЭхоКГ, эластаза-1 кала, оценка физического развития в динамике.

4. Назначьте лечение, окажите помощь при острой дыхательной недостаточности.

- ОВД – 15 + дополнительное питание (сыр, творог, мясо, яйцо, масло, фрукты);
- смеси для дополнительного питания («Педиашур»);
- кинезитерапия;
- антибактериальная терапия (с учетом посева мокроты) – препараты с антисинегнойной активностью, предпочтение ингаляционным формам – тобрамицин (Тоби, Брамитоб), цефалоспорины 4 поколения, аминогликозиды, респираторные фторхинолоны;
- ежедневно ингаляция с пульмозимом (Дорназа-Альфа) через небулайзер;
- муколитики (ацетилцистеин, карбоцистеин, амброкол);
- микросферические ферменты в высоких дозах с каждым приемом пищи (Креон, Эрмиталь) – 2000-3000 ЕД липазы/кг/сут;
- жирорастворимые витамины (А, Д, Е, К);
- оксигенотерапия;
- радикальная помощь – трансплантация комплекса «легкие-сердце».

5. Каков прогноз при данном заболевании?

Сомнительный, чаще неблагоприятный – определяется сроками постановки диагноза, качеством лечения и наблюдения.

Рис. 1.8. Рентгенограмма органов грудной полости: усиление и резкая двухсторонняя деформация бронхосудистого рисунка, преимущественно в прикорневых зонах, густые фиброзные тяжи. В области средней доли справа значительное понижение прозрачности. Расширение конуса легочной артерии, "капельное сердце".

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 аускультации 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: КРО - NEG, BNL - NEG, YRO - NORM, KET – NEG, БЕЛ - NEG, НИТ – NEG, ГЛЮ – NEG, рН. – 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?

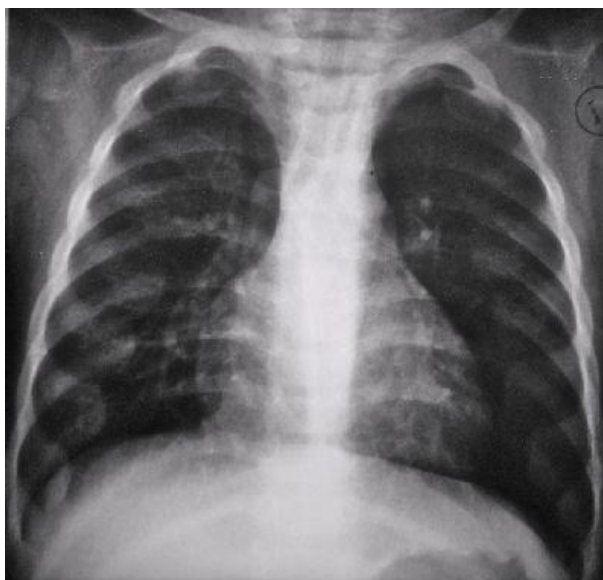


Рис.1.9.

Ответ № 9

1. Клинический диагноз, оцените тяжесть течения заболевания и уровень контроля.

Диагноз: бронхиальная астма, атопическая, средней тяжести, неконтролируемое течение, приступный период. Аллергический ринит, персистирующий, средней тяжести, обострение. Атопический дерматит, детская форма, локализованный, легкое течение, обострение. Пищевая аллергия (белки коровьего молока, рыба).

Обоснование диагноза:

- отягощенный семейный и личный аллергоанамнез;
- приступы затрудненного дыхания: дневные 1-2 раза в неделю, ночные симптомы 3-4 раза в месяц, плохая переносимость физической нагрузки;
- эозинофилия 14 %;
- на рентгенограмме – эмфизема легких.

2. Какие неотложные мероприятия необходимы в данном случае?

- неотложная помощь больному с приступом БА: ингаляции β_2 -агонистов возрастной дозе (сальбутамол, фенотерол, сальбутамол + фенотерол) на физиологическом растворе через небулайзер каждые 20 мин. в течение часа, далее повторять ингаляции каждые 4ч;
- ингаляционный кортикостероид будесонид (пульмикорт) 250 мкг каждые 12 часов;
- оксигенотерапия;
- муколитические препараты после купирования обструкции – амброксол (лазолван) по 1,0 мл 2 раза на физиологическом растворе через небулайзер;
- вибрационный массаж, постуральный дренаж;
- при отсутствии эффекта от ингаляционной терапии – внутривенные инфузии системных глюкокортикостероидов (преднизолон) 1-2 мг/кг и метилксантинов (эуфиллин 2,4%) или преднизолон внутрь коротким курсом.

3. Какие дополнительные исследования, проведенные во внеприступном периоде, подтвердят данную форму заболевания?

- исследование функции внешнего дыхания – мониторинг пиковой скорости выдоха и спирометрия после 7 лет (снижение ОФВ₁, прирост после ингаляции бронхолитика на 12% и более);
- высокий уровень общего и наличие специфических IgE антител;
- аллергопробы в межприступном периоде;
- эозинофилия периферической крови и мокроты;

- осмотр ЛОР-врача, дерматолога.
- поведение АСТ-теста.

4. Назначьте лечение в межприступном периоде.

Элиминация аллергенов (комплекс мероприятий – гипоаллергенный быт, гипоаллергенная диета).

Самоконтроль (пикфлоуметрия).

В качестве базисной терапии – комбинированный ингаляционный препарат сальметерол/флутиказона пропионат (серетид).

Специфическая иммунотерапия причинными аллергенами.

Лечебная физкультура. Массаж.

Санаторно-курортное лечение (спелеотерапия, галотерапия и т.д.).

5. Какую связь имеют заболевания у родителей и у ребенка?

Наследственная предрасположенность (HLA-B27, DR-4 и др. варианты генотипа).

Рис. 1.10. Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет.

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 удлинён, 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, КЕТ – 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 X 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?



Рис. 1.10.

Ответ № 10

1. Сформулируйте клинический диагноз

Диагноз: Острый обструктивный бронхит. Аллергический персистирующий риносинусит, легкое течение, обострение.

2. Какое дополнительное обследование необходимо провести?

Рентгенография органов грудной клетки, консультация ЛОР-врача, ПЦР – диагностика внутриклеточных возбудителей, герпес-вирусов.

3. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?

Бронхиальная астма, острый бронхит.

4. Назначьте пациенту лечение.

ОВД – гипоаллергенная.

Ингаляции через небулайзер: сальбутамол 0,2 каждые 4-6 часов, амброксол – сироп 7,5мг 2-3 раза, внутрь дезлоратадин 2,5 мг 1 раз – 5-7 дней, интраназально солевые растворы и топические ГКС (мометазон, флутиказон) по 50 мкг в обе половины носа 1 раз в день 10-14 дней.

5. Какие профилактические мероприятия порекомендуете пациенту?

Гипоаллергенный быт и диета, бактериальные вакцины в сезон респираторных инфекций, вакцинация от гриппа ежегодно.

Рис. 1.10. Рентгенография придаточных пазух носа: пристеночное затемнение обеих гайморовых пазух, отек слизистой носа.

Задача № 11

Мальчик 4 мес. Госпитализирован в детское отделение с жалобами матери на повышение температуры до 37,5° С, 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, pH. – 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 X 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.

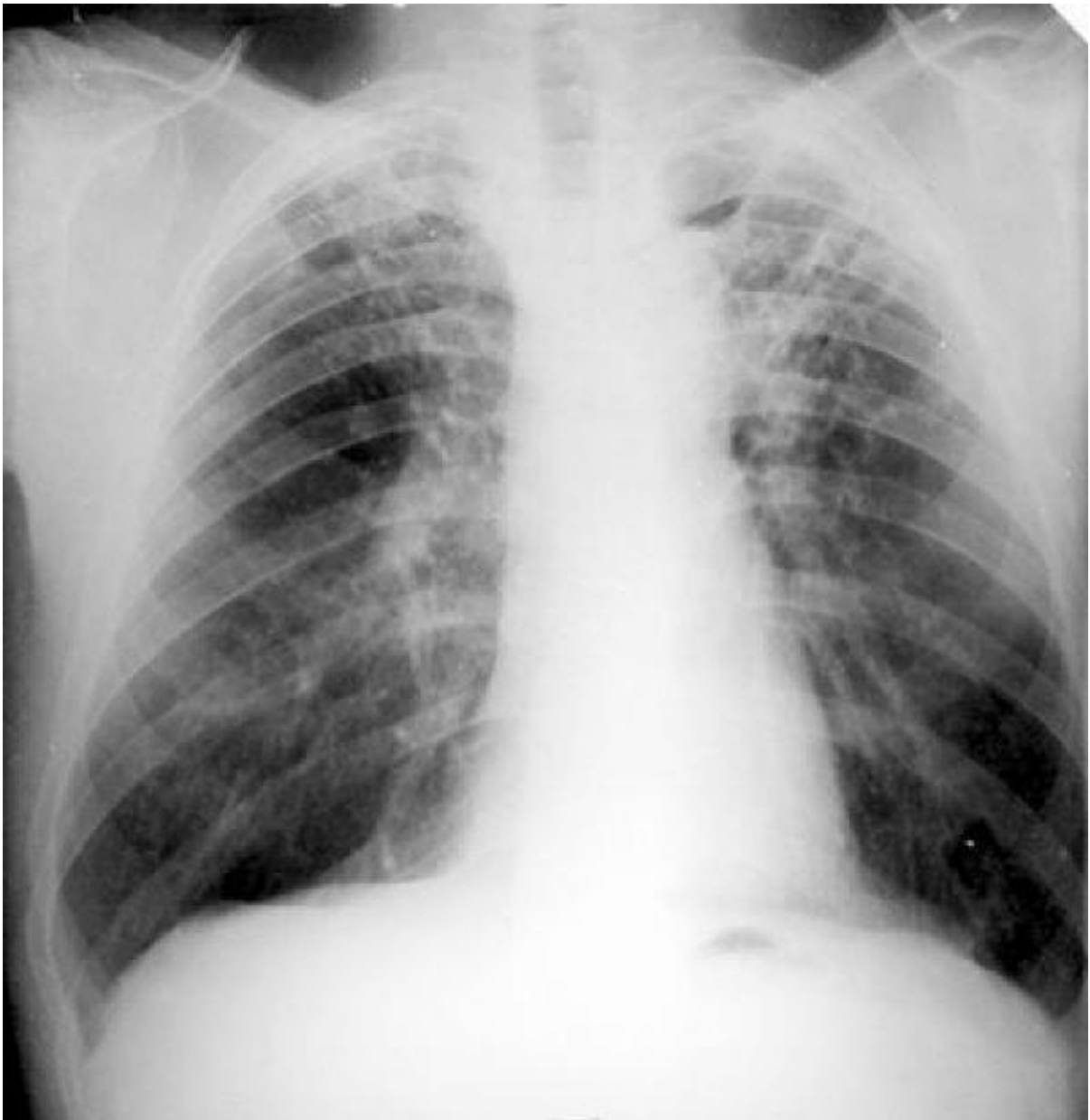


Рис.1 11.

Ответ № 11

1. Сформулируйте клинический диагноз.

Диагноз: Атипичная пневмония, возможно хламидийной этиологии.

2. Назначьте дополнительное обследование больного.

- мазок из зева, носа, конъюнктивы на хламидии;
- анализ крови на IgM к хламидиям;
- ЭКГ.

3. Проведите дифференциальную диагностику.

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с бактериальной пневмонией, микоплазменной пневмонией.

Микоплазменная пневмония в отличие от хламидийной возникает с периодичностью 4-5 лет, обычно в августе-ноябре в закрытых детских преимущественно школьных коллективах (эпидемический сезон).

Ведущими симптомами являются:

- упорный кашель и высокая температура при относительно нетяжелом состоянии;
- скудные катаральные явления;

- покраснение век без выпота;
- рассеянные мелкопузырчатые хрипы;
- негетерогенная инфильтрация в обоих легких, чаще ассиметричная;
- отсутствие лейкоцитоза, нормальная или умеренно повышенная СОЭ.

Ведущими симптомами внебольничной бактериальной пневмонии в отличие от хламидийной являются:

- учащенное дыхание с втяжением межреберных промежутков при отсутствии обструкции;
- стонущее (кряхтящее) дыхание;
- цианоз носогубного треугольника;
- признаки токсикоза;
- локальные физикальные признаки пневмонии (асимметрия хрипов);
- ограниченная пневмоническая инфильтрация на рентгенограмме легких.

4. Обоснуйте заключительный диагноз.

Внебольничная, двусторонняя, интерстициальная пневмония, затяжное течение, средней степени тяжести, неосложненная, хламидийной этиологии.

Обоснование:

- течение заболевания с рождения при наличии у матери генитального хламидиоза;
- конъюнктивит в анамнезе – на первом месяце жизни;
- наличие сухого кашля «стокатто»;
- рассеянные влажные хрипы при отсутствии бронхиальной обструкции;
- необычно высокого лейкоцитоза и эозинофилии.

5. Этиология. Патогенез.

Chlamidia turachomatis вызывает пневмонии у детей первых 6 мес. жизни. Заражение происходит во время родов (редко внутриутробно) от матери, страдающей хламидийной инфекцией гениталий.

Chlamidophila pneumoniae вызывает пневмонии у детей школьного возраста и подростков.

6. Лечение.

Препаратами выбора являются макролиды до 3-х недель. Эритромицин 30мг/кг/с, сумамед 10мг/кг/с. Отхаркивающие средства (бромгексин 4 мг 3 раза в день, 14 дней). Жаропонижающие средства по показаниям.

7. Прогноз. Исход.

Для выздоровления и жизни – благоприятный.

Рис.1.11. На фоне вздутия легочной паренхимы выявлено усиление легочного рисунка множество мелких инфильтративных очажков.

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. Мочейспускание 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: КРО - 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 – 3×10^8 - 4×10^8), 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 X 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.



Рис.1.12

Ответ № 12

- 1. Клинический диагноз.**
Диагноз: Целиакия. Рахит. Дисбактериоз.
- 2. Оцените проведенное обследование.**

В общем анализе крови отмечается небольшой лейкоцитоз и ускорение СОЭ. Анализ мочи без патологии. В биохимических исследованиях крови: выраженная гипопротеинемия, гипоальбуминемия, гипохолестеринемия, гиполипидемия гипокальциемия, гипофосфатемия, увеличение щелочной фосфатазы.

В копрограмме – стеаторея за счет жирных кислот, характерная для целиакии.

Пилокарпиновая проба отрицательная, что указывает на отсутствие муковисцидоза.

Рентгенологическая картина органов брюшной полости указывает на наличие метеоризма, имеющего место при целиакии.

Отмечается дисбиоз кишечника за счет недостатка бифидобактерий, что является сопутствующей патологией при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

На УЗИ паренхиматозных органов отмечаются реактивные изменения в паренхиме печени и поджелудочной железе, как в сопряженных органах.

На ФГДС в начальных отделах тощей кишки отмечаются – сглаженность и атрофичность слизистой оболочки, умеренно выраженная поперечная исчерченность складок – изменения, характерные для врожденной целиакии.

Гистологическое исследование тощей кишки подтверждает диагноз целиакии.

Положительные реакции на исследование белка и углеводов в кале относятся к характерным особенностям при целиакии.

Наличие на коротком плече 6 хромосомы CELIAC1 HLA-DQ 2.

3. Проведите дифференциальную диагностику.

Дифференциальную диагностику проводят с муковисцидозом, дисахаридазной недостаточностью.

Начало заболевания при целиакии (Ц) чаще всего после 6 мес. до 2-3 лет, при дисахаридазной недостаточности (ДН) – это период новорожденности, первые месяцы жизни, при муковисцидоз (МВ) – вскоре после рождения.

Масса тела при рождении при Ц нормальная, при ДН – ниже средней, при МВ – часто низкая.

Семейная предрасположенность при Ц – иногда наблюдается у родителей. При ДН – у ближайших родственников может быть непереносимость молока, при МВ – часто бывает подобное заболевание у двоюродных братьев и сестер.

Акушерский анамнез при Ц и ДН без особенностей, при МВ – неблагоприятный у большинства матерей.

Склонность к заболеваниям органов дыхания при Ц может быть вялотекущая пневмония поддающаяся комплексному лечению, при ДН – не характерна, при МВ – тяжелые поражения бронхолегочной системы, плохо поддающиеся лечению.

Поражения печени при Ц и ДН – не характерно, при МВ – наблюдаются часто.

Аппетит при Ц – снижен, при ДН – хороший, при МВ – обычно хороший, иногда повышен.

Гипотрофия при Ц – развивается во 2-ом полугодии, но быстро прогрессирует до III степени, при ДН – у отдельных детей с первых месяцев жизни – I-II степени, при МВ – отмечается с первых месяцев жизни, постепенно нарастая до II-III степени.

Боли в животе при Ц и ДН не характерны, при МВ – довольно часто.

Метеоризм при Ц – выражен резко, при ДН – выражен резко у всех больных, при МВ – возможен.

Неврологическая симптоматика при Ц – раздражительность, мышечная гипотония, иногда судороги, при ДН и МВ – не характерна.

Общий белок сыворотки крови при Ц – тяжелая гипопротеинемия, при ДН – в N, при МВ – гипопротеинемия.

Белковые фракции, IgA, IgM, IgG при Ц – гипоальбуминемия, повышение IgA в 2 раза при обострении, при ДН – в N, при МВ – гипоальбуминемия, повышены Ig.

Холестерин при Ц – снижен, при ДН – в N, при МВ – снижен.

Исследование кала (характер, цвет, запах, рН) при Ц – обильный, пышный, разжиженный, светло-желтый с гнилостным запахом, рН ≥ 5 ; при ДН – частый, водянистый, иногда со слизью, кислый, рН ≤ 5 ; при МВ – жидкий, светло-желтый, глинистый, жирный, с «мышинным» запахом, рН ≥ 5

Нейтральный жир при Ц – в небольшом количестве, при ДН – не характерен, при МВ – в большом количестве.

Жирные кислоты при Ц – в большом количестве, при ДН – в N, при МВ – умеренно повышены.

Трипсин при Ц – умеренно снижен, при ДН – нормальный, при МВ – резко снижен до полного отсутствия.

Молочная кислота при Ц – умеренно повышена, при ДН – высокая, при МВ – умеренно повышена.

Хлориды пота при Ц и ДН – нормальные, при МВ – повышены.

Рентгенологическое исследование ЖКТ при Ц – расширение петель кишечника, явления гипотонии, дискинезия кишечника, горизонтальные уровни жидкости, рельеф слизистой размыт; при ДН – избыточное количество газа и жидкости в просвете кишки, дискинетические расстройства; при МВ – дискинезия тонкой кишки, рельеф слизистой оболочки грубый, «спикулы» или псевдодивертикулы, большое количество слизи в просвете кишечника.

Исследование биоптата слизистой оболочки тонкой кишки при Ц – дистрофические изменения энтероцитов, тотальная или субтотальная атрофия ворсинок и гиперплазия крипт; при ДН – неизменная слизистая оболочка; при МВ – значительное увеличение количества бокаловидных клеток в слизистой оболочке тонкой и толстой кишок.

При генетическом исследовании обнаружение при Ц наличие на коротком плече 6 хромосомы CELIAC1 HLA-DQ 2.

4. Обоснование клинического диагноза.

Врожденная типичная целиакия. Белково-энергетическая недостаточность II степени. Рахит, II, подострое течение, разгар. Дисбактериоз, стафилококковый, субкомпенсированный, 2 степени.

Обоснование:

- начало заболевания после введения в рацион питания манной каши;
- отсутствие аппетита;
- разжиженный обильный стул, светло-желтого цвета, с гнилостным запахом;
- отягощенный акушерский анамнез матери;
- нормальная масса тела при рождении;
- быстро прогрессирующая гипотрофия, дефицит массы тела 26%, что соответствует гипотрофии II степени;
- выраженный метеоризм;
- раздражительность, мышечная гипотония, симптомы рахита и спазмофилии;
- отеки голеней и передней брюшной стенки за счет гипопроотеинемии;
- гипопроотеинемия, гипоальбуминемия, гипохолестеринемия, стеаторея за счет жирных кислот, а также – сглаженность и атрофичность слизистой оболочки тонкой кишки на ФГДС, умеренно выраженная поперечная исчерченность складок; при гистологическом исследовании слизистой тощей кишки: атрофические изменения слизистой оболочки в виде полного исчезновения ворсин, увеличение глубины крипт – характерны для врожденной целиакии;
- обнаружение наличия на коротком плече 6 хромосомы CELIAC1 HLA-DQ 2.

5. Этиология, патогенез заболевания.

Целиакия – это одна из наиболее частых наследственных болезней с синдромом мальабсорбции. Тип наследования аутосомно-доминантный.

Механизм развития Ц изучен недостаточно. Существует несколько теорий патогенеза Ц. Из них заслуживают внимания ферментная и иммунная. Первая теория

предполагает в основе заболевания ферментную недостаточность – отсутствие специфической пептидазы. Ответственной за расщепление ряда токсических соединений глютена.

Глютен – белковый компонент клейковины некоторых злаков (пшеница, рожь, ячмень, овес). При экстрагировании глютена алкоголем выделяются 2 фракции: глютеин, относительно безвредный, и глиадин, токсически действующий на слизистую оболочку тонкой кишки. Доказано, что полностью дезаминированный глиадин не вызывает каких-либо патологических явлений у больных Ц. Нормальная слизистая оболочка глютеном не повреждается, так как она содержит ферменты, расщепляющие его на нетоксические фракции. У больных Ц имеется дефицит этих ферментов, что ведет к накоплению продуктов неполного расщепления глиадина, которые оказывают токсическое действие на энтероциты.

Вторая теория основана на иммунологической гиперчувствительности слизистой оболочки кишечника к глютену. Глиадин злаков, введенный здоровому ребенку, расщепляется в ЖКТ и не обладает антигенными свойствами. У больных Ц глиадин не подвергается гидролизу вследствие дефицита интрацеллюлярных ферментов пептидаз и становится антигеном. Образующийся при этом в ЖКТ комплекс антиген (глютен) – антитело обуславливает местную реакцию гиперчувствительности, которая ведет к повреждению клеток слизистой оболочки кишечника с последующей атрофией ворсинок и появлением синдрома нарушенного всасывания. Тонкая кишка при Ц рассматривается как орган-мишень, где под влиянием глютена в слизистой оболочке возникает аллергическая реакция гуморального и клеточного типа. У таких больных допускается также генетически детерминированная предрасположенность к иммунным реакциям типа трансплантат против хозяина на отдельные фракции глютена. Гиперчувствительность к глютену у больных сохраняется всю жизнь.

6. Лечение.

Полное пожизненное исключение из рациона больных продуктов, содержащих глютен (мука и крупы из зерна злаков – пшеницы, ржи, овса, ячменя). Разрешаются кисломолочные продукты (кефир, творог, йогурт), мясо (нежирная говядина, курятина), яйца, овощи, хлебные изделия и каши из кукурузы, риса, гречневой крупы, фрукты (яблоки, груши), свежие ягодные соки, мед. В рацион включается повышенное содержание белка (4,5-5,0 г/кг).

У больного гипотрофия II степени. Питание назначается в 2 этапа. 1 этап – *определения толерантности к пище*. Расчет питания проводится на фактическую массу тела ребенка $7500.0:8=940$ мл – суточный объем пищи. Разовый объем пищи составляет $940\text{ мл}:7=134$ мл через 3 часа специальной адаптированной гидролизатной смеси «Нутрилон Пепти ТСЦ» или «Прогестимил» или «Алфаре» или «Нутрилак пептиди СЦТ» в течение 7-10 дней (до тех пор, пока ребенок начнет стабильно съедать свой суточный объем пищи). Затем переходим ко 2-ому этапу *усиленное кормление*, когда расчет питания проводится на должную массу тела. Должная масса тела $=10.300:8=1000$ мл – суточный объем питания. Разовый объем остается уменьшенным, так как количество кормлений в сутки увеличивается от возрастного на 1-2 и составляет $1000:6=166$ мл адаптированной смеси «Нутрилон Пепти ТСЦ» в течение 7-10 дней. Если ребенок справляется с увеличенным объемом питания и кривая массы тела начинает подниматься вверх, можно переходить к введению прикормов безглютеновыми продуктами. Сначала овощное пюре 160-170 мл постепенно заменяет одно кормление смесью, затем можно ввести гречневую молочную кашу, заменив еще одно кормление смесью. Введение прикормов проводится постепенно, в течение нескольких дней. После введения двух прикормов можно приступать к введению супа на мясном отваре с мясом и овощами в том же объеме. Последним этапом вводят цельные молочные продукты в виде кефира с творогом. Во время 1 и 2 прикормов в рацион можно ввести фруктовое пюре с учетом одноразового кормления. В промежутках между кормлениями вводят фруктовые соки.

Медикаментозное лечение показано в период обострения:

- ферменты (креон, панзинорм, панцитрат, фестал). Доза подбирается индивидуально до уменьшения стеатореи. Длительность приема с заменой препаратов также определяется клинической картиной;
- витамины группы В и жирорастворимые (А, Е, К). При выраженном синдроме мальабсорбции целесообразно назначать витамины парентерально с переходом на per os.
- препараты кальция, магния, калия. Парентерально вводят глюконат кальция из расчета 1 мл/ кг, затем per os в виде кальцевиата, магне В6;
- для коррекции биоциноза используют линекс, энтерол, аципол, затем хилак-форте;
- при тяжелом состоянии больного, обусловленном выраженными дистрофическими изменениями, нарушениями иммунитета назначаются стероиды как противовоспалительные средства (преднизолон 2 мг/кг 3-4 недели с постепенным снижением дозы и отменой препарата);
- при невозможности энтерального питания, назначается парентеральное питание: белковое – аминокислоты («Альвезин», «Аминон», «Левамин» 10-15 мл/кг) и жировые эмульсии («Липовенос», «Интралипид», «Липофундин» 10 мл/кг в разведении с дистиллированной водой в соотношении 1:1), углеводы (10% глюкоза).

7. Прогноз. Исход.

Целиакия не излечивается, возможно только достижение ремиссии при пожизненном соблюдении аглиадиновой диеты. Своевременно начатое лечение, с учетом рациональной фармакотерапии, существенным образом отражается на качестве жизни больных и во многом определяет прогноз заболевания.

Рис. 1.12. Увеличение объема живота у ребенка с целиакией на фоне гипотрофии

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. Мочевыделение 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, КЕТ – 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.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз согласно X 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.



Рис. 1.13.

Ответ № 13

1. Поставьте предварительный диагноз.

Гипотрофия. Пилоростеноз. Состояние после оперативного лечения.

2. Назначьте обследование больного.

Необходимо выполнить следующие методы исследования:

- протеинограмма,

- липидограмма,
- глюкоза крови,
- хлориды крови,
- копрограмма
- микробиологическое исследование кала,
- кал на дисбактериоз
- щелочная фосфатаза,
- ЭКГ,
- УЗИ паренхиматозных органов.

3. Укажите возможные причины заболевания.

Пилоростеноз у детей – врожденное сужение привратника. Заболевание чаще отмечается у мальчиков. Пилоростеноз у детей (*pylorostenosis*; от греч. *pyloros* – привратник и *stenosis* – сужение) – заболевание детей первых месяцев жизни, имеющее клинику частичной непроходимости желудка. Этиология и патогенез заболевания до настоящего времени недостаточно изучены. В основе пилоростеноза лежит врожденный порок развития стенки привратника и вторично присоединяющийся нервный спазм.

4. Каков механизм развития заболевания?

Основным симптомом является рвота, которая появляется на 2-3-й неделе жизни. Рвота обильная, «фонтаном», количество рвотных масс, как правило, превышает количество молока, принятого ребенком во время кормления. Примеси желчи в рвотных массах нет. В начале заболевания рвота возникает через 10-15 мин. после кормления, но в дальнейшем по мере расширения желудка интервалы между кормлением и рвотой удлиняются. Вследствие упорной рвоты развивается истощение и обезвоживание. Вес ребенка 1,5-2 месяцев оказывается нередко меньшим, чем при рождении. Число мочеиспусканий и количество мочи при пилоростенозе уменьшается, чаще отмечаются запоры. При осмотре живота в большинстве случаев можно наблюдать перистальтику желудка в виде «песочных часов». Этот симптом является очень важным, может быть вызван поглаживанием кожи живота в области желудка. Ускорить появление перистальтики можно также, давая ребенку несколько глотков воды. В сомнительных случаях прибегают к рентгенологическому исследованию желудка. При лабораторных исследованиях обнаруживается повышение содержания гемоглобина и замедление СОЭ (из-за обезвоживания и сгущения крови), а также уменьшение количества хлоридов в крови вследствие потери соляной кислоты с рвотными массами.

Дифференциальную диагностику в основном следует проводить с пилороспазмом и псевдопилоростенозом – заболеванием, в основе которого лежат эндокринные нарушения (адреногенитальный синдром). Лечение пилоростеноза только оперативное. Операция показана как только поставлен диагноз и заключается в лапаротомии и рассечении мышечного слоя привратника до слизистой оболочки. Кормление начинают через 3 часа после операции сцеженным грудным молоком по 10-20 мл через 2 часа. В последующие дни на каждое кормление прибавляют по 10 мл. К груди начинают прикладывать с 4-го дня, но основное кормление продолжают сцеженным грудным молоком. На кормление грудью переводят с 7-10-го дня. В тяжелых случаях пилоростеноза в первые дни после операции необходимо внутривенное введение 5% раствора глюкозы, изотонического раствора хлорида натрия, а также повторные переливания крови или плазмы. После операции дети развиваются нормально.

5. Заключительный диагноз.

Белково-энергетическая недостаточность 2 степени на фоне пилоростеноза. Состояние после оперативного лечения.

6. Диетотерапия.

У больного гипотрофия II степени. Питание назначается в 2 этапа. 1 этап – определения толерантности к пище. Расчет питания проводится на фактическую массу тела ребенка $4000.0:6=660$ мл – суточный объем пищи. Разовый объем пищи составляет

660 мл:10=66 мл через каждые 2 часа сцеженным грудным молоком в течение 7-10 дней (до тех пор, пока ребенок не начнет стабильно съедать свой суточный объем пищи). Затем переходим ко 2-ому этапу *усиленное кормление*, когда расчет питания проводится на должную массу тела. Должная масса тела =5.300:6=880 мл – суточный объем питания. Разовый объем остается уменьшенным, так как количество кормлений в сутки увеличивается от возрастного на 2-3 и составляет 880:10=88 мл сцеженного грудного молока в течение 7-10 дней. Если ребенок справляется с увеличенным объемом питания и кривая массы тела начинает подниматься вверх, можно переходить постепенно к увеличению разового объема пищи, увеличивая интервалы между кормлениями.

7. Медикаментозное лечение.

- ферменты (креон, панзинорм, панцитрат, фестал). Доза подбирается индивидуально до уменьшения стеатореи. Длительность приема с заменой препаратов также определяется клинической картиной;
- витамины группы В и жирорастворимые (А, Е, К). При выраженном синдроме мальабсорбции целесообразно назначать витамины парентерально с переходом на per os.
- препараты кальция, магния, калия. Парентерально вводят глюконат кальция из расчета 1 мл/ кг, затем per os в виде кальцевиата, магне В6;
- для коррекции биоциноза используют линекс, энтерол, аципол, затем хилак-форте;
- при тяжелом состоянии больного, обусловленном выраженными дистрофическими изменениями, нарушениями иммунитета назначаются стероиды как противовоспалительные средства (преднизолон 2 мг/кг 3-4 недели с постепенным снижением дозы и отменой препарата);
- при невозможности энтерального питания, назначается парентеральное питание: белковое – аминокислоты («Альвезин», «Аминон», «Левамин» 10-15 мл/кг) и жировые эмульсии («Липовенос», «Интралипид», «Липофундин» 10 мл/кг в разведении с дистиллированной водой в соотношении 1:1), углеводы (10% глюкоза).

8. Прогноз. Исход.

Благоприятные по выздоровлению и развитию ребенка.

Рис. 1.13. Определение толщины кожной складки на животе для определения степени гипотрофии.

Задача № 14

Мальчик, 7 лет. Жалобы на приступообразный влажный кашель с обильной слизисто-гноющей 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 отстает 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, EО – 3%, NEUT – 72% (П – 4%, С – 68%), LYM – 19%, MON – 6%, СОЭ – 19 мм/ч.

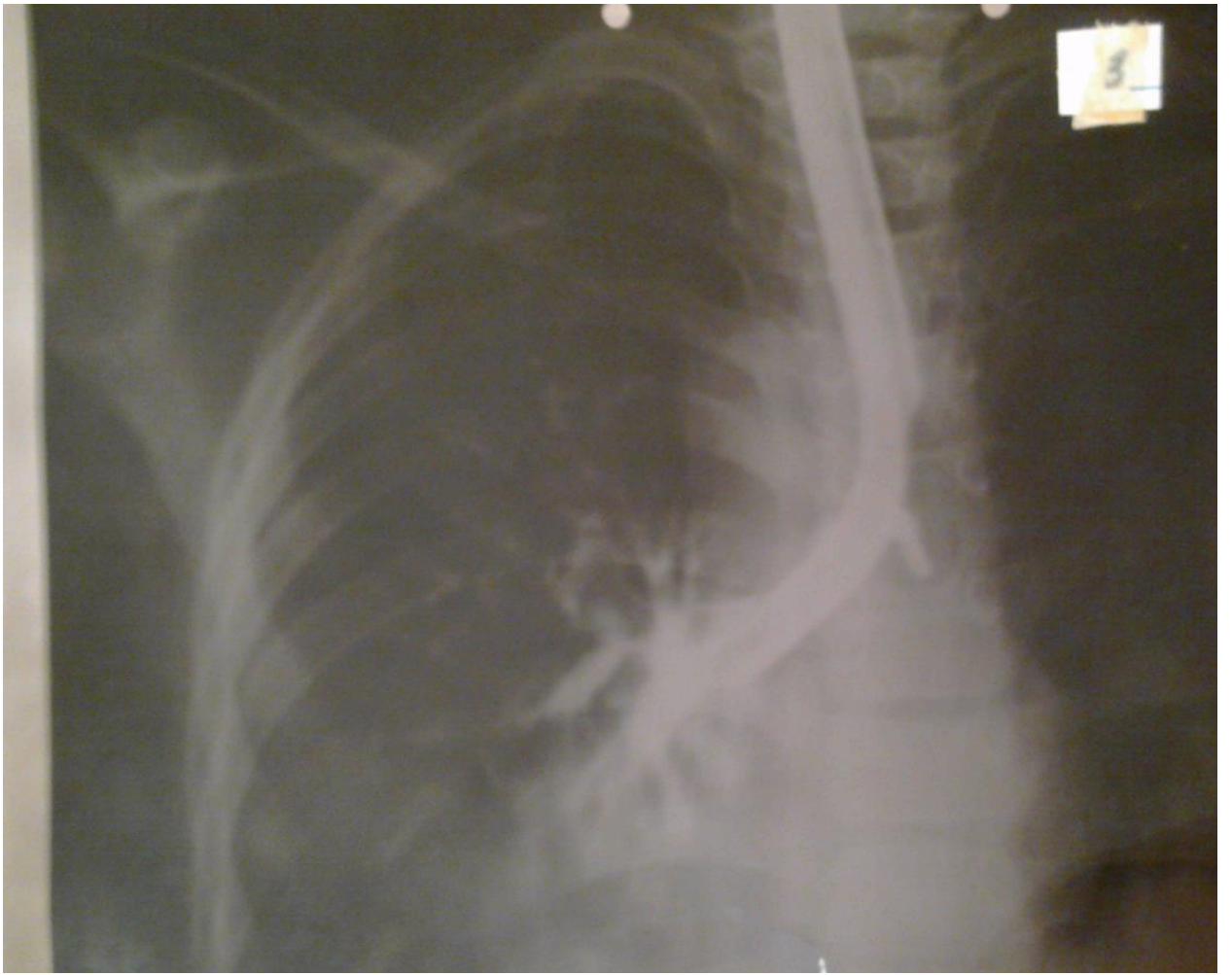
Общий анализ мочи : КРО - NEG, BNL - NEG, YRO - NORM, KET – NEG, БЕЛ - NEG, НИТ – NEG, ГЛЮ – NEG, рН. – 5,1, У.В. = 1025, ЛЕЙ - 0-1-2 в п/зр, АСК - 2 mg/dl, COLLТ – Yellow, CLAClear

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



Puc.1.14.



Рис.2.14.

Ответ № 14

1. Сформулируйте клинический диагноз.

Хроническое неспецифическое бронхолегочное заболевание.

2. Назначьте необходимое дополнительное обследование.

Обследование:

- спирография;

- ЭКГ;
- сцинтиграфия;
- посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам;
- микроскопия мокроты;
- КТ-легких;
- реакция Манту с консультацией фтизиатра;
- проба с бронхолитиком;
- иммунограмма;
- потовая проба;
- протеинограмма, щелочная фосфатаза;
- исследование газов крови.

3. Какие возбудители чаще всего высеваются из мокроты у подобных больных?

Бескапсульная гемофильная палочка (60-70%), пневмококки (30-40%), *M. Catarrhalis* (4-10%).

4. Патогенез.

Наиболее частой причиной развития хронического бронхолегочного процесса (ХБЛП) является пневмония, возникшая в раннем возрасте, несвоевременно и неправильно леченная. Формирование ХБЛП происходит во время текущего затяжного сегментарного процесса; при этом деформация бронхов и развитие соединительной ткани в легком происходит параллельно. Такой исход обычно происходит при наличии:

- врожденных пороков развития легких и бронхов;
- значительную роль могут играть стойкие ателектазы – врожденные, образовавшиеся вследствие инородного тела, инфекционные (корь, коклюш);
- нарушение мукоцилиарного клиренса (муковисцидоз, цилиарная дискинезия);
- иммунодефицитные состояния.

ХБЛП в структурно нарушенных и функционально неполноценных бронхах реализуется и поддерживается бактериальной флорой.

Морфологической основой ХБЛП является ограниченный (сегментарный, долево́й) пневмосклероз с деформацией бронхов в его зоне, хронический локальный бронхит, а также нарушение проходимости на уровне мелких бронхов. Воспаление в бронхах приводит к гиперплазии слизистой оболочки, метаплазии эпителия в плоский, а в отдельных участках – атрофии слизистой. Важным признаком ХБЛП является поражение сосудов с резким снижением легочного кровотока в зоне воспаления. Легочная ткань может замещаться склеротической полностью или частично.

5. Дифференциальный диагноз.

Проводится с туберкулезом.

Признаки	Туберкулез	ХБЛП
Указание на перенесенный в прошлом туберкулез	Часты	Редки
Положительные туберкулиновые пробы	Часто	Редко
Локализация	Чаще верхние доли обоих легких, средняя доля, язычковые сегменты, преобладают правосторонние поражения. Двусторонние крайне редко.	Чаще нижняя доля левого легкого вместе с язычковыми сегментами. Нередки двусторонние поражения
Кальцификаты, туберкуломы и пр.	Часто	Очень редко
Распространенность	Часто моносегментарные поражения	Преобладают полисегментарные

		поражения
Форма пневмосклероза	Преобладают ателектатические формы	Чаще встречаются гипо- и дистелектитические формы
Физикальные изменения	Редки и непостоянны	Встречаются часто, имеют непостоянный характер
Клинические проявления	Наблюдаются нечасто, появляются в поздние сроки	Наблюдаются часто, появляются рано
Бронхоскопическая картина	Могут встречаться специфические изменения в трахее и бронхах, язвы, инфильтраты, рубцы. Нередко обнаруживается ограниченный гнойный эндобронхит	Картина эндобронхита, нередко распространяющегося за пределы поражения

6. Лечение.

Обязательная терапия:

- антибиотики (амоксциллин – 1ч.л. суспензии 3 раза в день, цефалоспорины 3 поколения – цефатоксим 50-100 мг/кг/с в/в, в/м 2-4 раза, аминогликозиды – гентамицин 3-4 мг/кг/с в/м, в ингаляциях;
- вибромассаж и дренаж 3-4 раза в день по 10-15 минут до еды.

Вспомогательная терапия:

- муколитики (АЦЦ-100, карбоцистеин, амброксол);
- лечебные бронхоскопии с эндотрахеальным введением антибиотиков;
- физиолечение (УВЧ, микроволновая терапия, лекарственный элетрофорез с платифиллином, индуктотермия или ультразвуковая терапия.

7. Показано ли хирургическое лечение у данного больного?

Оперативное лечение показано при наличии хорошо отграниченного участка пневмосклероза с бронхоэктазами, а также (паллиативная операция) при обширных проявлениях, негативно влияющих на развитие ребенка.

8. Прогноз, исход.

У больных с ХБЛП не наблюдается прогрессирования процесса на протяжении детского и подросткового возраста. Характер и объем бронхиальных деформаций не меняются. С возрастом обострения возникают реже, уменьшается выраженность основных симптомов болезни.

Исход – развитие легочного сердца.

Рис. 1.14. Бронхография. Деформирующий бронхит, цилиндрические и мешотчатые бронхоэктазы нижней и средней долях правого легкого.

Рис. 2.14. Деформация грудной клетки «грудь сапожника»

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 – $300 \times 10^9/л$, 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, рН. – 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?



Рис.1.15.

Ответ № 15

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

Гемофилия А, так как встречается в 85% случаев; снижение активности VIII фактора свертывания крови. Гемартроз правого коленного сустава.

2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

- гемостазиограмма/коагулограмма;
- определение в крови уровней активности антигена факторов VIII-IX, фактора Виллебранда;
- рентгенологическое исследование пораженных суставов.

3. Что лежит в основе патогенеза данного заболевания?

В основе патогенеза гемофилии лежит наследственный дефект синтеза факторов свертывания крови (VIII-IX), в результате которого нарушается I фаза коагуляционного гемостаза, в основном внутренний путь, с образованием кровяной протромбиназы. Тип кровотечения – гематомный.

4. На что следует обратить внимание при сборе анамнеза у родителей ребенка?

Для больных гемофилией характерен отягощенный семейный анамнез в плане кровотечения по материнской линии и личный анамнез с информацией геморрагических проявлений у данного пациента.

5. Назначьте лечение больному.

Обязательным в лечении является использование концентратов факторов (октанат, гемоктин СДТ, иммунат, гемофил М и т.д.) и рекомбинантные (рекомбинат, когенейт ФС и т.д.). Доза подбирается по формуле: масса тела (кг) × желаемый уровень (%) × 0,5. Вводится только внутривенно!

Местная гемостатическая терапия, иммобилизация сустава, физиотерапия, массаж, ЛФК, внутрисуставное введение гидрокортизона.

Схема профилактической терапии 25-40 МЕ/кг Кф. VIII раз в 2 дня или 3 раза в неделю.

6. Почему боль в суставе возникла только через 2 часа после травмы?

К кровоизлиянию в суставе присоединяется асептическое воспаление не сразу, поэтому болевой синдром возникает не сразу.

7. Какие виды физиотерапии показаны при поражении суставов?

Иммобилизация сустава на 2-3 часа, гемостатики. При большом объеме крови – пункция сустава с введением гидрокортизона внутрисуставно. Физиолечение – электрофорез с Σ -аминокапроновой кислотой, гидрокортизоном, ЛФК.

Рис.1.15. Гемартроз правого коленного сустава.

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° С, увеличились подчелюстные и подмышечные лимфоузлы. В амбулаторном анализе крови выявлен гиперлейкоцитоз до 100×10^9 /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 грудине.

Общий анализ крови: HGB – 86 г/л, RBC – $3,3 \times 10^{12}$ /л, PLT – $23,0 \times 10^9$ /л, WBC – $108,0 \times 10^9$ /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%.

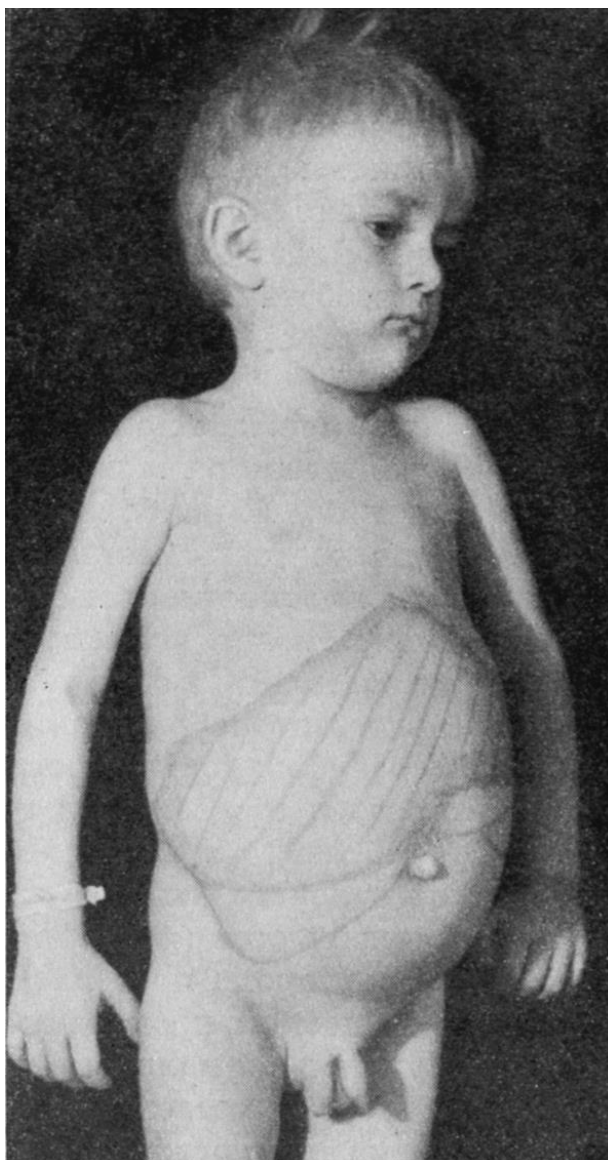


Рис. 1.16.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз согласно X 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.

Ответ № 16

1. Сформулируйте клинический диагноз.

Острый лимфобластный лейкоз, Т-клеточный вариант, нейролейкоз.

2. Уточните ведущую концепцию этиологии лейкозов.

Лейкозы – это злокачественные опухоли системы гемопоэза. Которые характеризуются бесконтрольной пролиферацией кроветворных клеток. Красный костный мозг – шоковый орган, патоморфологический субстрат – бластные клетки. Ведущей этиологической концепцией лейкозов является вирусно-генетическая.

3. Какие методы исследования необходимо дополнительно провести ребенку?

- Биохимические исследования крови: протеинограмма, азот мочевины, мочевины, креатинин, билирубин и его фракции, АСТ, АЛТ, ЩФ, ЛДГ, К, Na, Са, мочевиная кислота;
- Рентгенография грудной клетки в прямой и боковых проекциях;
- УЗИ органов брюшной полости;
- ЭКГ;
- ЭЭГ;
- Серологическое исследование на ЦМВ, гепатит В и С;
- КТ или МРТ головного мозга;
- Группа крови и резус-фактор;
- Консультации окулиста, невролога.

4. Объясните патогенез клинических симптомов, тип кровоточивости.

Прролиферативный синдром обусловлен лейкоэмической инфильтрацией бластными клетками лимфатических узлов, печени, селезенки, миокарда, легких и других органов.

Геморрагический синдром появляется вследствие редукции мегакариоцитарного роста бластными клетками и сопровождается симптоматической тромбоцитопенической пурпурой. Тип кровоточивости петехиально-экхимозный.

Анемический синдром возникает вследствие угнетения эритроцитарного роста кроветворения.

Костно-суставной синдром возникает вследствие скопления лейкоэмических клеток поднадкостнично или в костно-мозговых полостях с разрушением компактного вещества кости, что приводит к остеопорозу и патологическим переломам.

Синдром иммунодефицита возникает вследствие угнетения лейкоэмической инфильтрацией гранулоцитарно-моноцитарного роста.

Синдром нейролейкемии – прорыв бластных клеток через гематоэнцефалитический барьер с диффузной инфильтрацией ими белого вещества и оболочек мозга.

Интоксикационный синдром. У больных преобладают катаболические процессы над анаболическими с выбросом пирогенных аминов.

Поражение почек, сердца, легких и других органов обусловлено лейкоэмической инфильтрацией, специфическим воспалением и кровоизлиянием в эти органы.

5. Назовите основные этапы лечения этого заболевания и современные программы терапии.

Основными этапами терапии являются:

- *индукция* – предполагает максимально быстрое сокращение опухолевой массы и достижение полной ремиссии (уменьшение лейкоэмических клеток на 99-99,9%);
- *консолидация* – закрепление достигнутого противоопухолевого эффекта, полное уничтожение лейкоэмических клеток, оставшихся после индукции;
- *реиндукция* – повторные индукции на фоне поддерживающей терапии;
- *профилактика нейрорлейкемии* – распределяется на все периоды лечения – индукцию, консолидацию, поддерживающую терапию;
- *поддерживающая терапия* – продолжение цитостатического воздействия в малых дозах (начинается с момента достижения ремиссии и продолжается до окончания общей длительности лечения – 2 года). В настоящее время чаще всего используется протокол ALL-MB-2008.

Индукция с 1 по 36 день лечения дексаметазон + винкристин + рубомицин. Интратекальное введение метатрексата + цитозара + преднизолона – профилактика нейрорлейкемии.

Консолидация состоит из 3-х фаз; (S₁ с 7 по 12 неделю, S₂ – с 15 по 20 неделю и S₃ – с 23 по 28 неделю) 6-меркаптопурин, метатрексат, L-аспарагиназа.

После каждой из фаз проводят 2-х недельные курсы **реиндукции** (дексаметазон + винкристин + интратекальное введение метатрексата + цитозара + преднизолона – профилактика нейрорлейкемии).

Поддерживающая терапия начинается с 31-33 недели лечения и продолжается до конца лечения (2 года), которая представлена курсами полихимиотерапии – (6 недель терапии).

Рис.1.16. Пролиферативный синдром: гепатоспленоменалия.

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 – 112г/л, MCV – 83 фл, MCH – 28 пг, MCHC – 32,6%, RDW – 13,7%, WBC – $12,0 \times 10^9/л$, НСТ – 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, 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 – 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.



Рис. 1.17.

Ответ № 17

1. Сформулируйте клинический диагноз.

Геморрагический микротромбоваскулит, смешанная (кожная, суставная, абдоминальная) форма, средней степени тяжести, острое течение, II степень активности.

2. Какие факторы способствуют развитию патологического процесса?

Заболевание полиэтиологичное. К провоцирующим факторам относят:

- перенесенную острую инфекцию (стрептококковая, вирусная и др. 65-80%);
- обострение хронических очагов инфекции;
- персистенцию НВsAg;
- вакцины, пищевую и лекарственную аллергию;
- укусы насекомых;
- глистную инвазию;
- переохлаждение, стресс.

3. Объясните патогенез основных клинических синдромов заболевания.

Синдром кожной экзантемы. В основе патогенеза лежит асептическое воспаление сосудов дермы. Тип кровоточивости – васкулитно-пурпурный.

Суставной синдром. В основе патогенеза – отек периартикулярных тканей с геморрагиями, серозным выпотом в суставы в результате нарушения микроциркуляции.

Абдоминальный синдром. В основе генеза – спазм отдельных сегментов ЖКТ с нарушением моторики, возможен тромбоз сосудов брыжейки, реактивный панкреатит. На слизистой желудка и кишечника выявляются геморрагические высыпания и микрокровоизлияния. Обширные субсерозные кровоизлияния могут привести к некрозу стенки кишечника с развитием инвагинации, перфорации, динамической кишечной непроходимости.

Почечный синдром. Легкий в виде транзиторной протеинурии и микрогематурии. Тяжелый вариант – в виде острого иммунокомплексного гломерулонефрита с ренальными и экстраренальными проявлениями.

4. Составьте план лечения больного, принципы диетотерапии.

Базисная терапия.

- *Режим.* В остром периоде постельный (в среднем 3-4 недели) до исчезновения высыпаний, затем полупостельный, щадящий, тренирующий, общий;
- *Диета.* Гипоаллергенная на весь период пребывания в стационаре. В первую неделю острого периода ограничиваются мясные, рыбные, молочные блюда. При выписке в течение месяца сохраняется строгая гипоаллергенная диета, а в течение года – постепенное расширение диеты. При абдоминальном синдроме показана диета №1 по Певзнеру, при почечном – №7 (без соли, мяса, творога) с постепенным переходом на гипохлоридную диету, добавляя соль в готовые блюда до 0,5 г/сут, через 1-1,5 месяца – 3-4 г сут;
- *Энтеросорбция* 10-14 дней энтеросгель, смекта и др.
- *Деагреганты* курантил + аспирин; в тяжелых случаях курантил + трентал;
- *Антикоагулянты* гепарин 100-120-150 ЕД/кг – средняя стартовая доза. Суточная доза 200-400 ЕД/кг. Курс лечения от 2 до 6 недель. Доза постепенно снижается после получения клинико-гематологического эффекта;
- *Антигистаминная терапия* – при наличии в анамнезе пищевой и лекарственной аллергии (зиртек по 1 т утром, натоцак, тавегил по 1 т 3 раза в день 7-14 дней);
- *Инфузионная терапия* назначается для улучшения периферической микроциркуляции, реологических свойств крови;
- *Антибактериальная терапия* показана при сопутствующей фоновой инфекции (хронические очаги инфекции) сумамед или клацид 10 мг/кг 5-7 дней;
- *Кортикостероиды* показаны при тяжелых формах заболевания с волнообразным течением, почечным синдромом;

Альтернативная терапия.

- нестероидные противовоспалительные средства (ортофен 1-2 мг/кг/с, индометацин 2-4 мг/кг/с 4-6 недель) при суставном синдроме.

5. Прогноз. Исход.

В данном случае благоприятный, так как отсутствует поражение почек, церебральный синдром.

Рис. 1.17. Геморрагический микротромбоваскулит. Кожный синдром.

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: ребенокот 1беременности,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 – 10×10^9 /л, WBC – $7,4 \times 10^9$ /л, EO – 3%, NEUT – 62% (П – 1%, С – 61%), LYM – 27%, MON – 8%, СОЭ – 6 мм/ч.

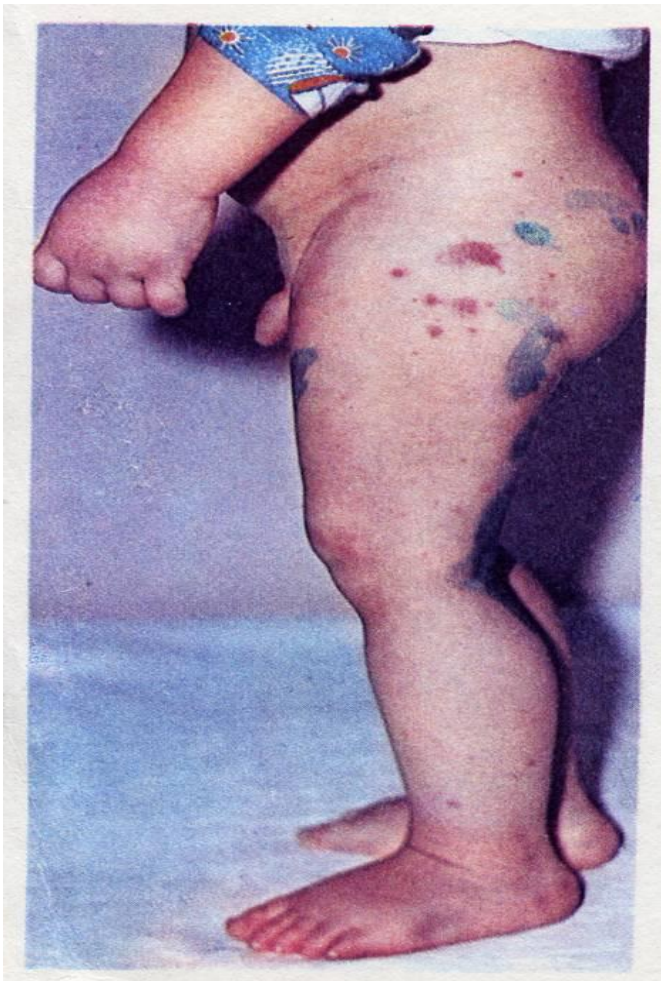
Общий анализ мочи: КРО - NEG, BNL - NEG, YRO - NORM, KET – NEG, БЕЛ - NEG, НИТ – NEG, ГЛЮ – NEG, рН. – 5,2, У.В. = 1024, ЛЕЙ - 0-1-3 в п/зр, АСК - 4 mg/dl, COLLT – Yellow, CLAClear

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 X 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.



Puc. 1.18.



Puc.2.18.

Ответ № 18

1. Сформулируйте клинический диагноз.

Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпур, иммунная форма, период клинико-гематологического криза, острое течение.

2. Перечислите возможные провоцирующие этиологические факторы.

Провоцирующими факторами могут быть:

- перенесенные вирусные и бактериальные инфекции;
- профилактические прививки;
- пищевая и лекарственная аллергия;
- глистная инвазия, дисбактериоз у детей раннего возраста;
- УФО-инсоляция, прием лекарств, ингибирующих свойства тромбоцитов, психические и физические травмы.

3. Уточните основные аспекты патогенеза.

В патогенезе ИТП выделяют следующие звенья:

- I звено – иммунопатологический процесс с синтезом антитромбоцитарных и антимегакариоцитарных антител (IgM или IgM + IgG) с повышенным разрушением, лизисом тромбоцитов и их секвестрацией в селезенке;
- II звено – участие сосудистой стенки. Нарушается ангиотрофическая функция тромбоцитов, от чего сосудистый эндотелий становится порозным, ломким, повышенно проницаемым для форменных элементов;
- III звено – нарушение сосудисто-тромбоцитарного гемостаза за счет тромбоцитопении и тромбоцитопатии – неполноценности первичного звена гемостаза. Происходит нарушение образования тромбоцитарного тромба;
- IV звено – костно-мозговое. Количество мегакариоцитов в костном мозге увеличено, росток раздражен, тромбоцитопоэз не эффективен, мегакариоциты заблокированы аутоантителами;
- V звено – селезеночное. Селезенка – «плацдарм» иммуногенеза; она синтезирует антитромбоцитарные и антимегакариоцитарные аутоантитела. Здесь же происходит повышенная деструкция тромбоцитов.

4. Основные принципы терапии данного заболевания.

Режим – в период повышенной кровоточивости постельный;

Диета – стол № 11 по Певзнеру – (ОВД – гипоаллергенный);

Терапия острой ИТП направлена на иммунопатологический процесс. Высокие дозы внутривенных иммуноглобулинов (веноглобулин, иммуноглобулин человеческий 1000 мг/кг -2000 мг/кг – разовая доза и глюкокортикоидные гормоны – преднизолон 1-2 мг/кг в течение 2-3 недель с постепенной отменой препарата);

Спленэктомия. Эффективность составляет 50%. Показания для каждого больного индивидуальные (в основном тяжелое хроническое течение ИТП, спонтанные внутричерепные кровоизлияния, повторные тяжелые маточные кровотечения).

5. Какие существуют методы остановки носового кровотечения?

- гемостатическая губка, фибриновая пленка;
- тампоны, смоченные 5% раствором аминокaproновой кислоты, 1-0,5% раствором перекиси водорода + 1-2 капли раствора адреналина;
- передняя тампонада носа должна быть рыхлой, задняя – противопоказана из-за травматизации и некроза тканей;
- при упорных носовых кровотечениях для регенерации слизистой полости носа показано: масла чайного дерева, туи, абрикосовое, миндальное, персиковое.

6. Прогноз. Исход.

У абсолютного большинства больных ИТП характеризуется наступлением полной клинико-лабораторной ремиссии. В 10-15% случаев регистрируется спонтанное выздоровление. Прогноз для жизни благоприятный. Летальность не превышает 2-3%.

Рис. 1.18 и 2.18. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Обильный геморрагический синдром (экхимозы различной величины и давности)

Задача № 19

Девочка П., 4 года, поступила в отделение гематологии с жалобами на бледность и желтушность кожных покровов, вялость, повышение температуры до 37,5° С.

Анамнез заболевания: Состояние ухудшилось 2 дня назад, когда повысилась температура до 38° С, 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 – 280×10^9 /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?

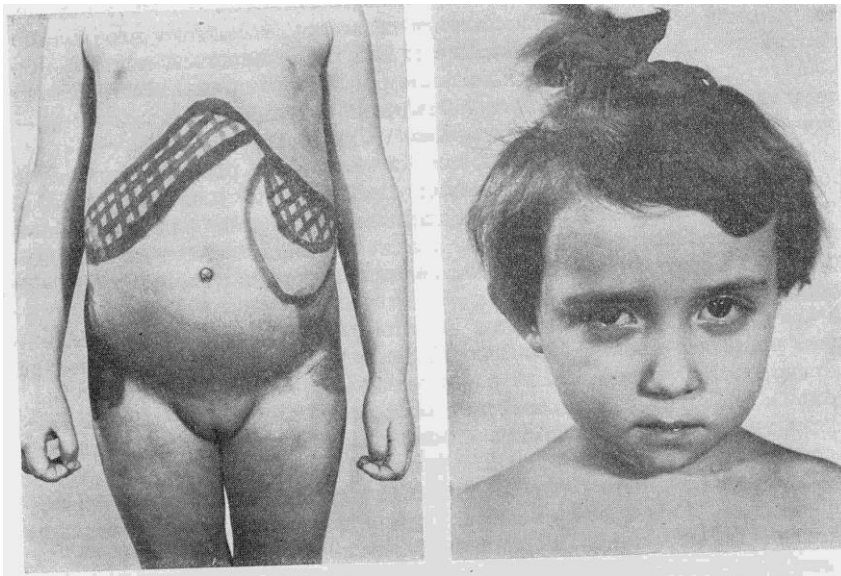


Рис. 1.19.

Ответ № 19

1. Сформулируйте клинический диагноз.

Наследственная гемолитическая микросфероцитарная анемия (Минковского-Шоффара), период криза.

2. Уточните патогенез и тип гемолиза.

В основе данной анемии лежит дефект мембраны эритроцитов, что приводит к снижению их осмотической стойкости и уменьшению продолжительности жизни эритроцита. Тип наследования в 70% случаев аутосомно-доминантный. Ген локализован на коротком плече 8 хромосомы. Тип гемолиза внутриклеточный (деструкция эритроцитов происходит преимущественно в селезенке). Срок жизни эритроцитов при данной анемии 8-10 дней в отличие от N – 80-120 дней.

3. Какие лабораторные признаки гемолиза имеются у данной больной?

Лабораторными признаками гемолиза являются: анемия, повышение числа ретикулоцитов, общего билирубина за счет непрямого (внутриклеточный гемолиз), наличие фетального гемоглобина, повышение сывороточного железа.

4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Дифференциальный диагноз проводят:

- с другими гемолитическими анемиями (энзимдефицитные, иммунные, талассемия);
- гепатитами различной этиологии;
- гемолитической болезнью новорожденного;
- синдромом Жильбера.

5. Укажите основные направления неотложной терапии по купированию гемолитического криза.

Базисная терапия.

- *Режим* – строгий постельный в период криза.
- *Диета* – ОВД № 5.
- *Заместительная гемокомпонентная терапия* проводится при снижении Нв ниже 70 г/л. Эритроцитарная масса 100-200 мл до нормализации Нв.
- *Дезинтоксикационная терапия* – в/в введение реополиглюкина, 10% или 5% глюкозы, ККБ, аскорбиновая кислота, мембранстабилизаторы (эссенциале, вит.Е).
- *Глюкокортикоиды* показаны только в тяжелых случаях при регенераторных кризах парентерально 1-2 мг/кг до стабилизации криза в течение 3-5 дней.

6. Какой метод лечения является оптимальным, показан ли он данной больной?

Хирургическое лечение – спленэктомия. Оптимальные сроки 5-10 лет. Частые кризы, гиперспленизм, выраженная хроническая гипербилирубинемия, желчекаменная болезнь.

Рис. 1.19. Наследственный микросфероцитоз, гепатоспленомегалия.

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 – $312 \times 10^9/л$, HCT – 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), RDW – 17% (N – 11,6–14,8%), ретикулоциты – 2,8%, EО – 2%, NEUT – 32% (П – 2%, С – 30%), LYM – 58%, MON – 8%, СОЭ – 21 мм/ч.

Общий анализ мочи: KPO - 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; мочевины – 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 (тремякратно): отрицательный.

Задание

1. Сформулируйте клинический диагноз согласно X 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



Рис.1.20.



Рис.2.20.

Ответ № 20

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

Железодефицитная анемия средней степени тяжести.

2. Какие причины способствовали развитию заболевания у данного ребенка?

Развитию заболевания у данного ребенка способствовали:

- дефицит железа в организме матери во время беременности;
- недостаточное поступление железа с пищей у ребенка (раннее искусственное вскармливание, несвоевременное и неправильное введение прикормов, преобладание в рационе коровьего молока, вегетарианской пищи, несбалансированная диета, лишенная мясных продуктов).

3. Какое лечение необходимо назначить ребенку?

- *Режим* – достаточным пребыванием на свежем воздухе;
- *Диета* – полноценная сбалансированная по основным ингредиентам;

- *Лечение* – пероральными препаратами железа, желательно в жидкой форме (сироп Феррум Лек, капли Мальтофер). Суточная лечебная доза составляет – 6 мг /кг). Масса ~ 10 кг. Суточная доза = $6 \times 10 = 60$ мг. Для приема полной терапевтической дозы необходимо 6 мл сиропа Феррум Лек в сутки (1 мл содержит 10 мг элементарного железа). Курс лечения 6-10 недель.

4. Какова продолжительность курса лечения и реабилитационного периода при данном заболевании?

Длительность основного курса лечения железодефицитной анемии препаратами железа зависит от степени тяжести анемии. Критерием отмены препарата является восстановление депо железа – уровня сывороточного ферритина. Прием терапевтической дозы происходит до нормализации уровня гемоглобина и эритроцитов крови (6-10 неделя от начала терапии в зависимости от степени тяжести анемии). После достижения нормальных уровней гемоглобина для создания депо железа в организме целесообразно продолжать ферротерапию:

- при анемии легкой и средней степени – 3-6 недель (суточная доза элементарного железа при этом должна соответствовать 2-3 мг/кг);
- при анемии тяжелой степени – 4-8 недель (суточная доза элементарного железа при этом должна соответствовать 2-3 мг/кг).

5. Каким препаратам в настоящее время отдается предпочтение при терапии подобных состояний?

В настоящее время для лечения железодефицита отдается предпочтение препаратам железа в виде гидроксид-полимальтозного комплекса трехвалентного железа (Феррум Лек, Мальтофер). Преимущественно используются препараты железа для перорального приема, у детей раннего возраста лучше использовать препараты, выпускаемые в жидкой форме. Эти препараты:

- имеют высокую биодоступность;
- их прием не требуется сочетать с приемом пищи;
- не требуют методики постепенного наращивания дозы, т.к. обладают высокой безопасностью, имеют хорошие органолептические свойства.

Рис.1.20. Железодефицитная анемия. Дистрофические изменения ногтей.

Рис.2.20. Атрофия эпителия и сосочков языка.

•

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 парастернальной 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%, HCT – 39%, PLT – $236,0 \times 10^9/л$, MPV – 8,6 фл, PDW – 17%, PCT – 0,35%, EO – 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).

Кислотно-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?



Рис. 1.21.

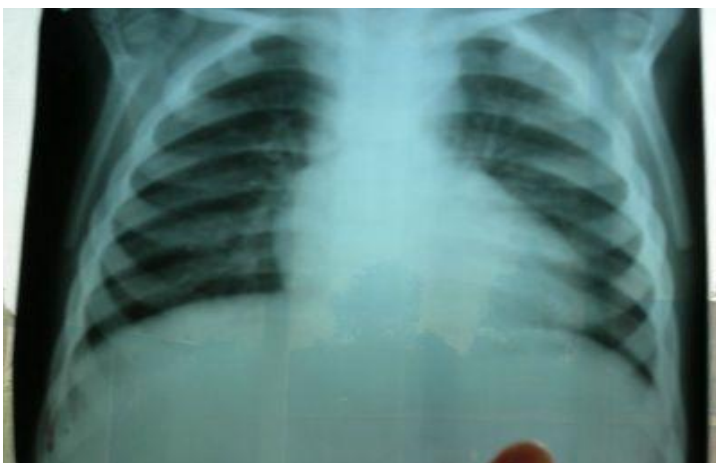


Рис. 2.21.

Ответ № 21

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

Врождённый порок сердца синего типа, тетрада Фалло.

2. Какова анатомия данного порока:

Дефект межжелудочковой перегородки, стеноз лёгочной артерии (инфундибулярный), гипертрофия миокарда правого желудочка, неполная декстропозиция аорты («верхом» над МЖП). Возможна атрезия ЛА (крайняя форма).

3. Каков патогенез появления диффузного цианоза, тахикардии и одышки.

Диффузный цианоз – развивается постепенно, так как при рождении функционирует ОАП, затем развиваются коллатерали, окружают пищевод, ворота лёгкого и внешние слои

грудной клетки. Гепатомегалии и кардиомегалии нет, так как нет снижения сердечного выброса. Цианоз проявляется в силу обеднения малого круга кровообращения. Сердечная недостаточность I степени. Спазм инфундибулярного отдела правого желудочка (большая часть венозной крови идёт в аорту).

4. Какие дополнительные обследования следует провести для уточнения диагноза?

Рентгенография грудной клетки, рентгеноконтрастное исследование сердца, УЗИ сердца (желательно с «ДОППЛЕРОМ»), ЭКГ, общий анализ крови, измерение АД, ангиография.

5. Какие изменения возможны на рентгенограмме?

Лёгочный рисунок обеднён, сердечная тень в виде «деревянного башмака», небольшая. Имеет место западение дуги лёгочной артерии, левый желудочек небольшой, в виде шапочки во 2-й косой проекции.

6. Назначьте лечение одышно-цианотического приступа.

1% промедол (0,05 мл/год) + кордиамин 0,1 мг/год в одном шприце в/м; кислород; в/в-струйно бикарбонат натрия. Для профилактики – обзидан 1 мг/кг/сут.

7. Оперативное лечение:

Наложение анастомоза между ветвями ЛА и АО, или непосредственно между АО и ЛА. Недостаток операции – перегрузка левого желудочка. Радикальная операция: закрытие ДМЖП и устранение обструкции выходного отдела правого желудочка.

8. Можно ли назначать для лечения данного порока сердечные гликозиды?

Сердечные гликозиды не показана, при их назначении состояние может ухудшиться из-за усиления спазма легочной артерии. Так же сердечные гликозиды не показаны в связи с отсутствием перегрузки и СН.

Рис. 1.21. Акроцианоз у ребенка с тетрадой Фалло.

Рис. 2.21. Конфигурация сердца в виде «сапожка» на рентгенографии органов грудной полости.

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 – 6,4×10⁹/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%, PCT – 0,34%, WBC – $6,6 \times 10^9/л$, 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 X 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?

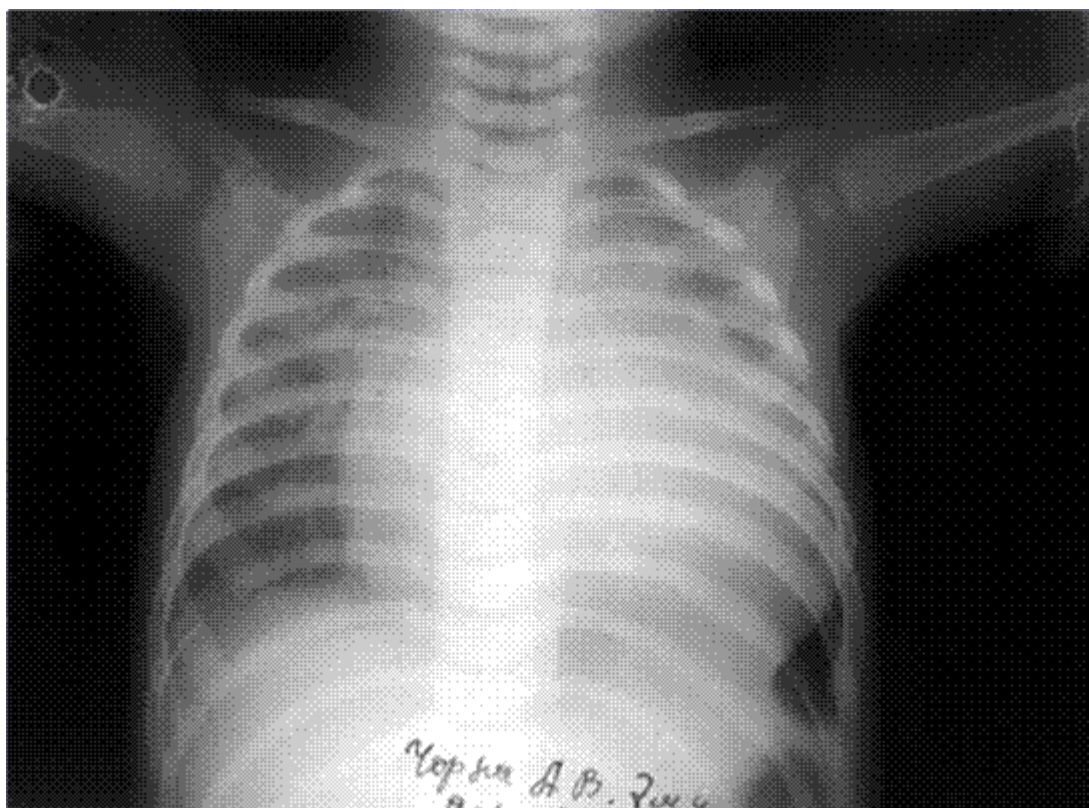


Рис. 1.22.

Ответ № 22

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите ребенку?

Ревматический кардит, предположительно вирусной этиологии, с преимущественным поражением миокарда, острое течение, лево-правожелудочковая тотальная недостаточность II Б степени, Сопутствующее: гипохромная анемия, этиология?

2. Предположительно, какой этиологии данное заболевание?

Предположительно, заболевание вирусной этиологии.

3. Какие вирусы тропны к миокарду?

Вирусы: Коксаки, А, В, ЕСНО, гриппа, аденовирусы, парагрипп и др.

4. Какие дополнительные обследования необходимо провести?

УЗИ сердца и брюшной полости, мониторинг ЭКГ, рентгенографию органов грудной клетки с определением КТИ, измерение АД, биохимические анализы крови (с определением ЛДГ₁ и ЛДГ₂, АСТ, АЛТ, активности витаминно-оксидантной пероксидазы, активности КФК, КФК МВ, тропанин Н).

5. Какие изменения могут быть на ЭКГ?

ЭКГ: наиболее частыми признаками является снижение вольтажа комплексов QRS во всех отведениях, нарушения ритма и проводимости (синусовая тахи- и брадикардия, экстрасистолия, особенно политопная, пароксизмальная тахикардия, атриовентрикулярные блокады). Могут быть признаки перегрузки левого желудочка и предсердия, перегрузка правого желудочка, диффузные изменения миокарда – сглаженный или отрицательный зубец Т в стандартных или грудных отведениях. В ряде случаев возникают инфарктоподобные изменения на ЭКГ: глубокие зубцы Q в I, aVL, V5-V6 отведениях в сочетании с отрицательным зубцом Т и приподнятым сегментом ST, а также отсутствие увеличения зубца R в V1-V4.

6. Какие показатели по данным эхокардиограммы могут быть изменены?

ЭХОКГ: дилатация полостей сердца, гипертрофии различных отделов сердца, повышение эхоплотности миокарда, снижение сократительной способности миокарда, жидкость в перикарде, патология клапанного аппарата (пролапсы, недостаточность и т.д.).

7. Назначьте лечение данному ребенку.

Терапия комплексная, этапная. В остром периоде и при обострении заболевания требуется оказание стационарной помощи. Необходимы постельный режим и щадящая диета, обогащенная витаминами и солями калия, при тяжелой форме болезни – кислородотерапия. В начальной фазе обязательным является назначение антибактериальных средств при бактериальной этиологии заболевания. В течение 12 мес. проводится курс лечения противовоспалительными средствами: вольтареном, бруфеном, индометацином, найз, в сочетании с антигистаминными препаратами, сердечными гликозидами, мочегонными, ингибиторами АПФ, витаминами, калием. В тяжелых или плохо поддающихся противовоспалительной терапии случаях показано назначение преднизолона по 0,5-0,75 мг/кг в сутки или других кортикостероидов в течение месяца. При наличии признаков внутрисосудистого свертывания крови применяются антикоагулянты, антиагреганты, препараты, улучшающие микроциркуляцию и метаболические процессы миокарда. По показаниям проводится антиаритмическая терапия. Двигательный режим расширяется постепенно под контролем ЭКГ и функциональных проб.

Стационарный этап: ограничение двигательной активности 2-4 недели, продукты богатые солями калия. Найз суспензия 3-5 мг/кг в 2-3 приема (вместе с антацидами – альмагель). Аспаркам (1/3 драже) или панангин, трентал в возрастной дозировке. Дигоксин (доза насыщения 0,04-0,05 мг/кг дается 2-3 дня в 3 приема), поддерживающая доза 1/5-1/6 от дозы насыщения в 2 приема. Каптоприл (1 мг/кг). Препарат назначают с минимальных доз и повышают их под контролем АД. Верошпирон 3-5 мг/кг, салуретики (лазикс 1 мг/кг). В амбулаторных условиях: рибоксин (2 мес.), оротат калия, витамин В, ретаболил (не ранее 1,5-2 мес. от начала заболевания). Эффективность кардиотрофиков не доказана.

8. Какой из механизмов действия сердечных гликозидов используется в данной ситуации, если Вы рекомендуете их назначить?

Кардиотоническое действие. Улучшение работы миокарда при СН с уменьшением потребности в кислороде. Точки приложения: Na, K-АТФ-аза мембраны кардиомиоцитов вместе с Na/Ca – обменником; ионный кальциевый канал; саркоплазматический ретикулум. Таким образом, снижается активность Na, K-зависимой АТФ-азы, в миокардиоците: Na^+ , Ca^{2+} , K^+ , актомиозина.

9. Какие диуретики Вы назначите больному и почему?

Рекомендуются калийсберегающие диуретики в связи с гипокалиемией – верошпирон, триампур (2-3 мг/кг), вместе с лазиксом для увеличения эффекта.

Рис. 1.22. Увеличение границ сердца на рентгенограмме органов грудной полости.

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%, PCT – 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?



Рис. 1.23.

Ответ № 23

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз по классификации.

Ревматизм I, активная фаза, активность II-III степени, эндомиокардит (?), хорея, острое течение.

2. Какие клинические проявления определяют в данном случае активность процесса?

Клинический синдром: подострый ревмокардит, хорея с выраженными проявлениями активности (гиперкинезы, нарушение координации, эмоциональная лабильность, мышечная гипотония).

3. Какие еще обследования следует провести больному для уточнения диагноза и определения характера сердечных изменений?

ЭКГ, ЭХОКГ, рентгенография органов грудной клетки, биохимия крови (СРБ, АСЛО, серомукоид, КФК, КФК-МВ, РФ).

4. Проведите дифференциальный диагноз.

Неревматические кардиты, токсико-инфекционные кардиопатии, инфекционно-аллергический полиартрит, ревматоидный артрит, инфекционный эндокардит, торсионная дистония, синдром Вильсона-Коновалова, опухоль мозга, невроз навязчивых движений.

5. Назначьте лечение больного.

Стационарная фаза (кардиоревматологическое отделение): 1,5-2 месяца (постельный режим на 2-3 недели), пенициллин, с дальнейшим переводом на бициллин, вольтарен (2-3 мг/кг или другой противовоспалительный препарат). Фенобарбитал, финлепсин, седуксен,

витамины В. Лечебная гимнастика, электрофорез, УФО и УВЧ. Санация хронических очагов инфекции. Санаторное долечивание – при активности I; с неактивной фазой – 2 месяца, с активной – 3 месяца. Поликлиника: в первые 3 года – круглогодичная профилактика (бициллин 5 – 1500000 единиц 1 раз в месяц в/м). Одновременно, весной и осенью по 4 недели аспирин (по 0,15 на год). Прививки – через 2 года после прекращения активности. Наблюдение – 5 лет после острой атаки при отсутствии рецидивов.

6. В консультации какого специалиста нуждается данный пациент?

Невропатолог.

Рис. 1.23. Изменение коленных суставов при ревматизме.

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 надо 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%, НСТ – 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 g/l, 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.

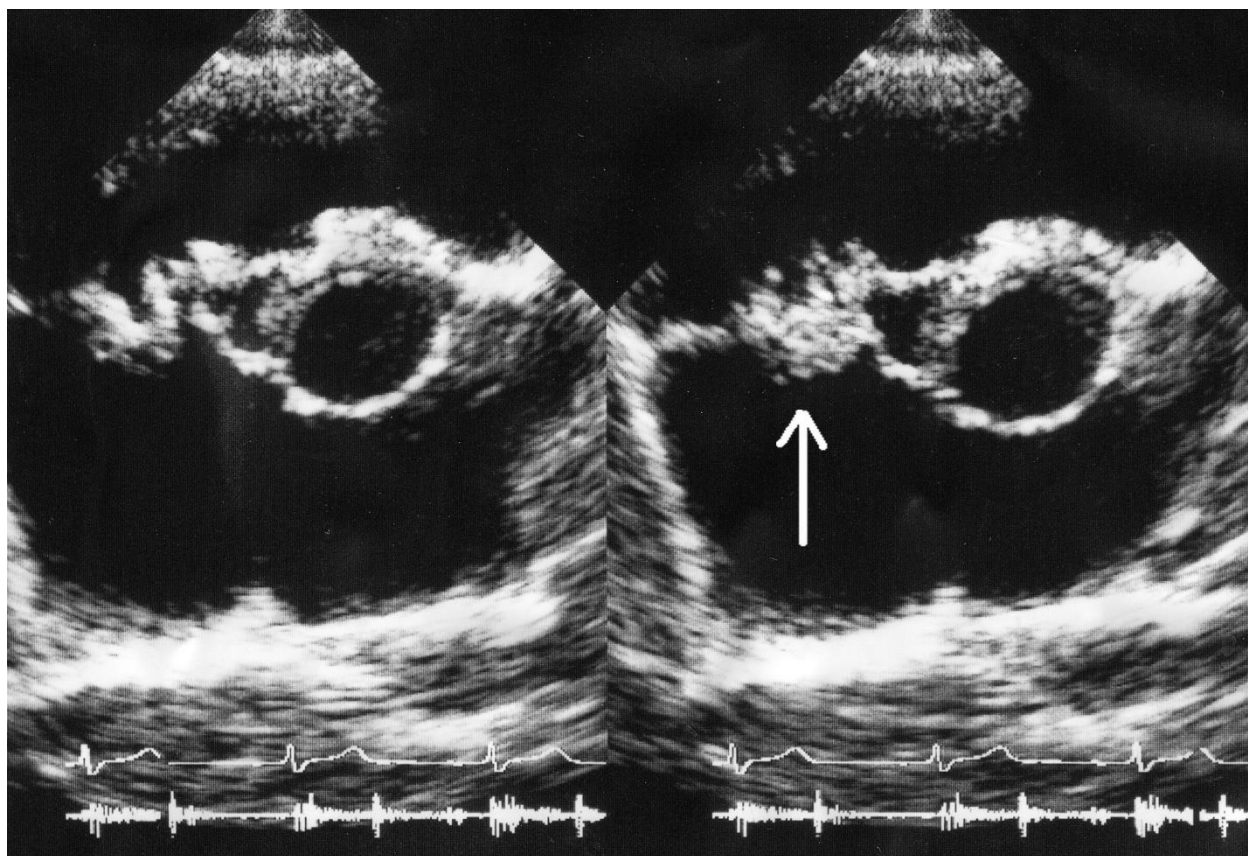


Рис. 1.24.

Ответ № 24

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз.

Инфекционный эндокардит, вторичный, на фоне дефекта межжелудочковой перегородки, поражение аортального клапана, острое течение, сердечная недостаточность II Б степени.

2. Что явилось предрасполагающим фактором при развитии данного заболевания?

Дефект межжелудочковой перегородки, удаление кариозного зуба.

3. Какие еще обследования необходимо провести данной больной? Каковы их предполагаемые результаты?

Множественный посев крови, рентгенография органов грудной клетки, ЭХО-КГ, повторные анализы мочи (через 3 дня).

4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Атака ревматизма, врожденный порок сердца, неревматический кардит, токсические миокардиты (например, дифтеритический), функциональные кардиопатии, кардиомиопатии.

5. Составьте план лечения больной.

Режим постельный, диета № 10. Массивная и длительная антибиотикотерапия (пенициллин 300000-500000 ЕД/кг не менее 3-4 недель. Возможна дальнейшая замена пенициллина на антибиотики цефалоспоринового ряда в дозах, в 1,5-2 раза превышающих общепринятые. Обязательно постельный режим. Санация очагов инфекции. В иммуновоспалительную фазу наряду с антибактериальной терапией показано использование противовоспалительных препаратов (найз, бруфен, метиндол, вольтарен и др.) в обычных возрастных дозировках. Преднизолон 0,5 мг/кг. Антикоагулянты – гепарин.

6. Почему именно данный вариант анатомического расположения ДМЖП осложнен?

Субаортальное расположение ДМЖП: турбулентный ток крови постоянно повреждает эндокард.

7. Почему снижено диастолическое давление?

Недостаточность аортального клапана.

8. Ожидаемые эхокардиографические результаты.

Неоднородности, разрыхления и вегетации в полости левого желудочка и на створках аортального клапана, признаки недостаточности аортального клапана, расположенного субаортально, дефект межжелудочковой перегородки.

Рис. 1.24. ЭХО-КГ. Бактериальные вегетации на клапанном аппарате сердца.

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 X МКБ.
2. Какова патоморфологическая основа процесса?
3. Почему отмечается утренняя скованность?
4. Какие еще обследования следует провести больному согласно Федеральным 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?



Рис. 1.25.



Рис. 2.25.



Рис. 3.25.



Рис. 4.25.

Ответ № 25

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

Ювенильный ревматоидный артрит, преимущественно суставная форма, активность III степени, медленно прогрессирующее течение, серо-позитивный вариант (?), рентгенологическая стадия процесса II-III степени, функциональная недостаточность II степени. Критерии: артрит, продолжительностью более 3 месяцев + артрит второго

сустава + утренняя скованность + остеопороз (4 критерия). Рентгенологическая стадия: эпифизарный остеопороз + сужение суставной щели. Функциональная недостаточность: способность к самообслуживанию сохранена.

2. Какова патоморфологическая основа процесса?

Отложение иммунных комплексов в органах и тканях (по типу васкулита) и разрушение поражённых суставов (разрушение хрящевой ткани, мелкокистозная перестройка структуры эпифизов, узурация суставных поверхностей, анкилозирование). Объективно преобладают пролиферативные поражения суставов.

3. Почему отмечается утренняя скованность?

Отложение иммунных комплексов на хрящевых поверхностях не работающих ночью суставов, за счёт разрастания синовиальной оболочки (панус), скопления выпота.

4. Какие еще обследования следует провести больному?

Рентгенологическое исследование скелета, пункция поражённых суставов с определением рогоцитов в пунктате, офтальмоскопия, рентген грудной клетки (лёгкие), определение ревматоидного фактора.

5. Консультации каких специалистов необходимы при данном заболевании?

Хирург, офтальмолог, нефролог, невропатолог, пульмонолог, гематолог, иммунолог.

6. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в начале процесса?

Реактивные артриты (симптом Рейтера), ревматизм, травматические и обменные поражения суставов, остеомиелит, стрептококковая и иерсиниозная генерализованные инфекции, мукополисахаридозы.

7. Назначьте лечение больного.

Ритуксимаб или индаметацин, ортофен (75-150 мг/с) + альмагель. Никошпан (2-3 мг/кг), курантил (4-5 мг/кг), гепарин (100-150 ЕД 2 р/с п/к). Лечебная физкультура, физиотерапия (УФО, УВЧ в эритемных дозах).

8. Каков прогноз данного заболевания и чем он определяется?

Прогноз: благоприятен при ЮРА (нет проградентности течения), неблагоприятный при ЮХР (в силу инвалидизации больных). Прогноз заболевания также определяется качеством терапии и поражением внутренних органов.

Рис.1.25. и 2.15. Изменения суставов при ревматоидном артрите.

Рис. 3.23. и 4.23. Рентгенография кистей, лучезапястных суставов и коленных суставов. Определяется выраженный эпифизарный остеопороз. Артрозо-артрит 3 степени лучезапястных, межфаланговых, пястно-фаланговых суставов и коленных суставов.

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 непереваженными 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: непрямо́й – 126 мкмоль/л, прямо́й – 1,2 мкмоль/л, АЛТ – 30 ЕД, АСТ – 35 ЕД, 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, магний – 0,9 ммоль/л.

Задание

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка согласно X МКБ? С чем их надо дифференцировать согласно Фежеральным 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?



Рис. 1.26.



Рис. 2.26.

Ответ № 26

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка? С чем их надо дифференцировать?

- Половой криз (нагрубание молочных желез, милиа на крыльях носа, переносице). Дифференцируют с маститом, гнойно-воспалительными заболеваниями кожи;
- Физиологическая убыль массы тела на 4 сутки 4,5%. Дифференцируют с патологической потерей массой тела;
- Физиологическая желтуха. Дифференцируют с патологическими видами желтух;
- Транзиторный дисбактериоз. Дифференцируют с кишечными инфекциями;
- Мочекислый инфаркт. Дифференцируют с ИМВП;
- Крупнопластинчатое шелушение. Дифференцируют с гнойно-воспалительными заболеваниями кожи.

2. За счет чего отмечалось падение веса в первые дни жизни?

Транзиторная потеря первоначальной массы тела возникает, в основном, вследствие недостаточного поступления молока и воды в первые дни жизни. Максимальная убыль первоначальной массы тела (МУМТ) чаще наблюдается на 3-4-й день жизни. В оптимальных условиях вскармливания и выхаживания у здоровых доношенных новорожденных МУМТ не превышает 6% (допустимые колебания от 3 до 10%). Значениям МУМТ 14-15% массы тела и более способствуют: недоношенность, большая масса тела при рождении, затяжные роды, родовая травма, гипогалактия у матери, высокая температура и недостаточная влажность воздуха в палате новорожденных и др. МУМТ больше, чем 10% у доношенного свидетельствует или заболевании, или о нарушениях в выхаживании ребенка. При значительной потере массы тела выявляются проявления эксикоза, часто сопровождающиеся повышением температуры тела (транзиторная лихорадка).

3. Как должна вести себя весовая кривая в ближайшие дни?

Восстановление массы тела у здоровых доношенных новорожденных наступает к 5-6 дню жизни, у недоношенных – в течение 2-3 недель. Раннее прикладывание ребенка к груди матери, грудное вскармливание «по требованию» – главные методы восстановления массы тела новорожденного.

4. Чем объяснить нагрубание молочных желез? Необходим ли осмотр хирурга?

Нагрубание молочных желез (физиологическая мастопатия) связано с реакцией организма новорожденного на освобождение от материнских эстрогенов, появляется с 3-4-го дня жизни и достигает максимума к 7-8-10 дню жизни, затем постепенно степень нагрубания уменьшается. Увеличение молочных желез симметричное, кожа над ними иногда слегка гиперемирована. При пальпации железы иногда бывают выделения беловато-молочного цвета по своему составу приближающиеся к молозиву. Данное пограничное состояние специального лечения не требует, но при выраженном нагрубании показан обычный туалет. Консультация хирурга не требуется.

5. Чем обусловлено наличие крупнопластинчатого шелушения? Необходим ли осмотр дерматолога?

Физиологическое шелушение кожных покровов возникает на 3-5 день жизни после простой эритемы. После появления на свет кожа новорожденного сталкивается с воздушной (агрессивно – бактериальной) средой, что провоцирует эпидермис к обновлению после внутриутробного стерильного нахождения. Шелушение может появиться не только между складочками (паховые зоны и подмышечные впадинки), но на руках, ногах, лице и даже за ушами. Лечение не требуется, изменения проходят самостоятельно.

6. С чем связано изменение характера стула? Требуется ли экстренная коррекция?

Транзиторный дисбактериоз – развивается у всех новорожденных. При неосложненном течении беременности плод стерилен. В момент рождения кожу и слизистые оболочки ребенка заселяет флора родовых путей матери. Источниками инфицирования являются руки медперсонала, воздух, предметы ухода, молоко матери.

При этом первичная бактериальная флора кишечника и кожи, слизистых оболочек представлена не только такими бактериями, как бифидобактерии, молочнокислые стрептококки, сапрофитный стафилококк, но и условнопатогенными стафилококками, кишечной палочкой с измененными ферментативными свойствами, различными штаммами протей, грибами, которые в небольшом количестве могут быть также естественными симбионтами взрослого человека.

Выделяют следующие фазы бактериального заселения кишечника новорожденных:

- I фаза (10-20 ч после рождения) – *асептическая*;
- II фаза (3-5-й день жизни) – *фаза нарастающего инфицирования*, происходит заселение кишечника бифидобактериями, кокками, грибами и т.д.;
- III фаза (конец 1-й – 2-я недели после рождения) – *стадия трансформации*, вытеснения других бактерий бифидофлорой, которая становится основой микробного пейзажа.

Молоко матери – источник бифидофлоры, поэтому раннее прикладывание к груди матери защищает кишечник ребенка от обильного заселения патогенной флорой. Заселению кожи младенца сапрофитным стафилококком способствует раннее выкладывание ребенка на живот матери (в родзале), совместное пребывание матери и ребенка.

7. Оцените результаты общего анализа крови. Оцените результаты общего анализа мочи. С чем могут быть связаны выявленные изменения? Необходима ли консультация нефролога?

В общем анализе крови наблюдается физиологический перекрест на 5 сутки жизни с преобладанием лимфоцитов. В общем анализе мочи – протеинурия, кислая рН за счет наличия мочевой кислоты.

Мочекислый инфаркт развивается у 1/3 детей на 1-й неделе жизни в результате отложения мочевой кислоты в виде кристаллов, преимущественно в просвете собирательных трубочек почек. В анализах мочи кроме кристаллов мочевой кислоты находят гиалиновые и зернистые цилиндры, лейкоциты, эпителий. В основе мочекислого инфаркта лежит катаболическая направленность обмена веществ и распад большого количества клеток (в основном лейкоцитов); образование из ядер нуклеиновых кислот пуриновых и пиримидиновых оснований, конечным этапом метаболизма которых и является мочевая кислота. Изменения в моче исчезают к 7-10 дню жизни без лечения. Консультация нефролога не показана.

8. Оцените результаты биохимического анализа крови. Чем обусловлены выявленные отклонения?

В биохимическом анализе крови наблюдается гипербилирубинемия за счет непрямой фракции. Развивается вследствие гемолиза эритроцитов, содержащих fetal гемоглобин и недостаточной конъюгационной способности печени. Желтушное окрашивание кожи возникает через 24-36 часов после рождения (при уровне билирубина выше 68 мкмоль/л), усиливается у доношенных до 4-5 дня и начинает угасать к 7-10 дню, полностью исчезая к 3-й неделе жизни. Максимальная концентрация общего билирубина составляет у доношенных новорожденных ≤ 256 мкмоль/л на 3-4-е сутки (у недоношенных ≤ 171). При физиологической желтухе общий билирубин крови повышен за счёт непрямой фракции, в клиническом анализе крови отмечают нормальные значения гемоглобина, эритроцитов, ретикулоцитов. Относительная доля прямой фракции сывороточного билирубина менее 20%. Никаких других отклонений кроме желтого окрашивания кожных покровов и повышения уровня сывороточного билирубина за счет непрямой фракции у ребенка не обнаруживают.

Рис. 1.26. Половой криз (нагрубание молочных желез).

Рис. 1.26. Половой криз (милиа на крыльях носа).

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 абортom 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.



Рис. 1.27.

Ответ № 27

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?

Гемолитическая болезнь новорожденного, несовместимость по резус-фактору, желтушная форма, тяжелое течение.

2. Оцените результаты исследования, проведенного новорожденному в родильном доме. Определите почасовой прирост билирубина в крови.

Билирубин пуповинной крови повышен (105 мкмоль/л, в норме билирубин пуповинной крови не выше 51 мкмоль/л), что позволяет заподозрить ГБН. Через 4 часа билирубин общий возрос до 175 мкмоль/л. Почасовой прирост билирубина = $(B_n - 2) : n$, где B_n – билирубин в данный момент, 2 – средний уровень билирубина в пуповинной крови, n – часы жизни ребенка. $175 - 105 / 4 = 17,5$ мкмоль/л. Критерием ГБН является почасовой прирост билирубина в первые сутки жизни больше 5,1 мкмоль/л/час, в тяжелых случаях – более 8,5 мкмоль/л/час (в данном случае указывает на тяжелое течение ГБН). Гемоглобин снижен (149 г/л).

3. Какое обследование следует провести ребенку для уточнения диагноза?

Развернутый анализ крови (снижение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и повышение количества ретикулоцитов в клинических анализах крови в течение 1-й недели жизни), биохимический анализ крови с фракциями билирубина (максимальная концентрация общего билирубина на 3-4 сутки $\gg 256$ мкмоль/л у доношенных, $\gg 171$ мкмоль/л у недоношенных; общий билирубин крови повышается преимущественно за счет непрямой фракции, относительная доля прямой фракции составляет менее 20%), определение группы крови и резус фактора матери и ребенка, прямая проба Кумбса положительная.

4. Какие изменения можно ожидать в общем анализе крови?

В клинических анализах крови в течение 1-й недели жизни наблюдается снижение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и повышение количества ретикулоцитов; полихромазия; анизоцитоз; сфероцитоз (чаще выявляется при ГБН по системе АВО) и фрагментация клеток; может быть лейкоцитоз, повышение количества незрелых форм лейкоцитов, лейкопения и тромбоцитопения.

5. Этиология данного заболевания.

Гемолитическая болезнь новорожденного (ГБН) – изоиммунная гемолитическая анемия, возникающая в случаях несовместимости крови матери и плода по эритроцитарным антигенам (АГ), при этом АГ локализуются на эритроцитах плода, а антитела (АТ) к ним вырабатываются в организме матери. В России в 2013 году ГБН была диагностирована у 0,83% новорожденных.

Возникновение иммунологического конфликта возможно, если на эритроцитах плода присутствуют антигены, отсутствующие на мембранах клеток у матери. Так, иммунологической предпосылкой для развития ГБН является наличие резус-положительного плода у резус-отрицательной беременной. При иммунологическом конфликте вследствие групповой несовместимости у матери в большинстве случаев определяется О (I) группа крови, а у плода А (II) или (реже) В (III). Более редко ГБН развивается из-за несовпадения плода и беременной по другим групповым (Дафф, Келл, Кидд, Льюис, MNSs и т.д.) системам крови.

6. Каков патогенез настоящего заболевания?

К попаданию эритроцитов плода в кровотоки матери и возникновению иммунологического конфликта в случаях антигенной несовместимости по факторам крови предрасполагает предшествующая изосенсибилизация, вследствие абортов, выкидышей, внематочной беременности, родов, при которых иммунная система матери вырабатывает антитела к эритроцитарным антигенам. Если АТ относятся к иммуноглобулинам класса G (к подклассам IgG1, IgG3, IgG4) – они беспрепятственно проникают через плаценту. С увеличением их концентрации в крови повышается вероятность развития гемолитической болезни плода и новорожденного. Антитела подкласса IgG2 обладают ограниченной способностью трансплацентарного транспорта, антитела класса IgM, к которым относятся в том числе α - и β -агглютинины, не проникают через плаценту.

Реализация ГБН по резус-фактору, как правило, происходит обычно при повторных беременностях, а развитие ГБН в результате конфликта по групповым факторам крови возможно уже при первой беременности. При наличии иммунологических предпосылок для реализации обоих вариантов ГБН чаще развивается по системе АВО. При этом возникновение гемолиза вследствие попадания в кровь ребенка II группы материнских анти-А-антител встречается чаще, чем при попадании в кровь ребенка III группы анти-В-антител. Однако в последнем случае проникновение анти-В-антител приводит к более тяжелому гемолизу, нередко требующему заменного переливания крови. Тяжесть состояния ребенка и риск развития ядерной желтухи при ГБН по АВО-системе менее выражены по сравнению с ГБН по резус-фактору. Это объясняется тем, что групповые антигены А и В экспрессируются многими клетками организма, а не только эритроцитами, что приводит к связыванию значительного количества антител в некроветворных тканях и препятствует их гемолитическому воздействию.

7. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?

Дифференциальную диагностику проводят со следующими заболеваниями:

- наследственные гемолитические анемии, обусловленные нарушением морфологии эритроцитов (сфероцитоз, эллиптоцитоз, стоматоцитоз), дефицитом ферментов эритроцитов (глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы, глутатион редуктазы, глутатион пероксидазы, пируваткиназы), аномалиями синтеза гемоглобина (α -талассемия);
- постгеморрагические анемии;
- неиммунная водянка плода;
- инфекции: цитомегаловирусная, парвовирус В19, сифилис, токсоплазмоз;
- обменные нарушения: дефицит галактоз-1-фосфат уридилтрансферазы (галактоземия), гипотиреоз, тирозинемия.

8. Назначьте и обоснуйте лечение.

- наличие показаний для проведения операции заменного переливания крови в любом возрасте в периоде новорожденности является основанием для перевода ребенка с ГБН в палату или отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Показания к ОЗПК в данном случае: почасовой прирост билирубина более 6,8 мкмоль, общий билирубин ≥ 68 мкмоль/л;
- подготовка к ОЗПК включает в себя определение группы крови и резус фактора новорожденного и расчет необходимой дозы одногруппной эритроцитарной массы Rh-отриц. и свежзамороженной плазмы;
- фототерапия интенсивная до проведения ОЗПК;
- введение иммуноглобулина человеческого возможно было в первые часы жизни ребенка.
- стандартная ОЗПК (замена 160-180 мл/кг крови ребенка на одногруппную эритроцитарную массу Rh-отриц. и свежзамороженную плазму).

Операция заменного переливания крови (ОЗПК) в первую очередь направлена на удаление свободного (непрямого) билирубина, цель операции – предотвратить развитие ядерной желтухи при неэффективности консервативной терапии. Наиболее эффективное удаление билирубина из крови достигается при замене крови пациента на компоненты крови донора (эритроцитарная масса и плазма) в объеме 2-х ОЦК.

При наличии показаний к ОЗПК у детей с желтушной формой ГБН операция всегда проводится в стандартном (замена 2 ОЦК) объеме. Донорская кровь и (или) ее компоненты при ОЗПК переливаются из расчета 160-180 мл/кг массы тела для доношенного ребенка и 170-180 мл/кг для недоношенного. Соотношение эритроцитарной массы/взвеси и свежзамороженной плазмы составляет 2:1.

Расчет объема компонентов крови для ОЗПК:

Масса тела ребенка – 3300 гр.

Необходимый общий объем замещения:

$V \text{ (мл)} = \text{масса тела (кг)} \times 85 \times 2 = 3,3 \times 85 \times 2 = 570 \text{ мл}$, где 85 – одно ОЦК (мл/кг)

Соотношение объема эритроцитарной массы к объему СЗП – 2:1

570 мл:3=190 мл

Фактический объем эритроцитарной массы = 190 мл × 2 = 380 мл

Фактический объем свежзамороженной плазмы = 190 мл

Порядок проведения ОЗПК:

- уложить ребенка под источник лучистого тепла;
- зафиксировать конечности ребенка путем надежного пеленания, кожа живота остается открытой;
- установить пупочный катетер с присоединенным к нему заранее тройником со строгим соблюдением правил асептики и антисептики и зафиксировать его;
- при наличии противопоказаний для катетеризации пупочной вены ОЗПК проводят через любую другую центральную вену;
- компоненты донорской крови предварительно необходимо согреть до температуры 36-37⁰ С;
- первую порцию выводимой крови необходимо отобрать для биохимического исследования на уровень билирубина;
- далее последовательно проводят постепенное выведение крови ребенка и последующее восполнение выведенного объема;
- объем одного замещения (однократного выведения крови) и одного восполнения (однократного введения компонентов крови) не должен превышать 5 мл/кг под обязательным контролем показателей гемодинамики, дыхания и функции почек;
- скорость одного замещения – 3-4 мл/мин;
- на 2 шприца эритроцитарной массы вводится 1 шприц свежзамороженной плазмы;
- после каждых 100 мл замещающей среды (эритроцитарной массы и плазмы) ввести 1,0-2,0 мл 10% раствора глюконата кальция или 0,5 мл 10% раствора хлористого кальция, предварительно разведенных в 5,0 мл 5% глюкозы (только между шприцами с эритроцитарной массой!);
- перед окончанием операции осуществляется забор крови на билирубин;
- длительность операции – не менее 2 часов;
- в результате операции (с учетом крови, взятой на биохимическое исследование) суммарный объем вводимых компонентов донорской крови должен быть равен суммарному объему выведенной крови ребенка.

Рис. 1.27. Общий вид новорожденного с гемолитической болезнью (гипербилирубинемия, угнетение центральной нервной системы).

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 неперевавленными комочками. Мочеиспускание без особенностей. В неврологическом статусе – крик монотонный, большой родничок 2,0 × 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 – 192г/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 экзогенные включения в подкорковых ганглиях. Киста сосудистого сплетения справа – 3 мм. Умеренно повышена экзогенность 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.



Рис. 1.28.

1. Ваш предварительный диагноз?

Основной: Перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, острый период, средне-тяжелое течение, синдром внутрочерепной гипертензии, синдром вегето-висцеральных нарушений, синдром угнетения ЦНС.

Сопутствующий: Физиологическая желтуха новорожденного.

2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?

Компьютерная томография или ядерная магнитно-резонансная томография головного мозга.

На томограммах визуализируются локальные очаги пониженной плотности в мозговой ткани (у недоношенных – чаще в перивентрикулярной области, у доношенных – субкортикально и/или кортикально); сужение пространств циркуляции спинномозговой жидкости; мультифокальные кортикальные и субкортикальные очаги пониженной плотности; изменение плотности базальных ганглиев и таламуса (у доношенных); перивентрикулярные кистозные полости – у недоношенных.

3. Какие факторы способствовали развитию данной патологии у новорожденного?

Токсикоз в первом триместре, анемия (Hb – 98 г/л) во втором триместре, в 28 недель угроза прерывания у беременной женщины – причины возникновения хронической внутриутробной гипоксии плода. Слабость родовой деятельности, начавшаяся гипоксия плода, стимуляция окситоцином, околоплодные воды мекониальные, оценка по шкале Апгар 6/8 баллов – признаки развития асфиксии новорожденного. В совокупности эти данные привели к развитию ГИЭ.

4. Этиология гипоксии и асфиксии новорожденного.

Этиология гипоксии.

Хроническая гипоксия плода развивается при осложненном течении беременности, фето-плацентарной недостаточности или при заболеваниях беременной, протекающих с гипоксемией (пороки сердца, тяжелая анемия, хронические болезни легких).

Острая гипоксия (асфиксия) чаще возникает в процессе родов в результате нарушения маточно-плацентарного кровообращения при преждевременной отслойке плаценты, пролапсе пуповины, аномальном предлежании плода и плаценты, гипертонусе и разрывах матки, острой гипоксии у роженицы, а также вследствие замедления кровотока при сжатии головки плода и полости малого таза.

5. Патогенез гипоксического поражения ЦНС.

Патогенез ГИЭ. У плода гипоксия приводит к сдвигу реакцию крови и тканей в кислую сторону, развивается метаболический ацидоз, снижается активность ферментов, обеспечивающих «синтез роста», нарушается функция миокарда. Появляются тахикардия и децелерация сердечного ритма, экстрасистолии. Регистрируется положительный – нереактивный – нестрессовый тест.

Кратковременная умеренная внутриутробная гипоксия вызывает включение механизмов компенсации, направленных на поддержание адекватной оксигенации тканей плода. Увеличивается выброс глюкокортикоидов, число циркулирующих эритроцитов в объеме циркулирующей крови. Возникает тахикардия, некоторое повышение систолического давления без увеличения сердечного выброса. Увеличивается двигательная активность плода и частота «дыхательных» движений грудной клетки при закрытой голосовой щели, что также способствует компенсации гемодинамических нарушений.

Продолжающаяся гипоксия приводит к активации анаэробного гликолиза. Нарастающий дефицит кислорода заставляет организм снизить оксигенацию кишечника, кожи, печени, почек; происходит перераспределение кровообращения с преимущественным кровоснабжением жизненно важных органов (головной мозг, сердце, надпочечники). Централизация кровообращения, в свою очередь, усугубляет тканевой

метаболический ацидоз (резко увеличивается в крови уровень лактата). Развивается снижение двигательной активности плода, частотной активности на ЭЭГ, числа «дыхательных» экскурсий грудной клетки, появляется брадикардия.

Тяжелая и/или длительная гипоксия влечет за собой срыв механизмов компенсации, что проявляется, прежде всего, истощением симпато-адреналовой системы и коры надпочечников, артериальной гипотензией, брадикардией, коллапсом. Патологический ацидоз увеличивает проницаемость сосудистой стенки и клеточных мембран. Это, в свою очередь, приводит к гемоконцентрации, сладжированию эритроцитов, образованию внутрисосудистых тромбов, выходу жидкой части крови в интерстициальное пространство, гиповолемии. Повышение проницаемости клеточных мембран вызывает дисэлектролитемиию (гиперкалиемию, гипомагниемию, гипокальциемию), что может спровоцировать синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания.

Гипоксическая энцефалопатия, которая является грозным клиническим проявлением тяжелой асфиксии, возникает, прежде всего, вследствие ишемии ткани головного мозга (артериальная гипотензия при артериальном давлении на локтевой артерии менее 50 мм рт ст, тромбозы венул и артериол, нарушение венозного оттока из-за отека головного мозга), дисэлектролитемии, мелких кровоизлияний в ткань мозга и субарахноидальное пространство. Наличие таких кровоизлияний не служит главным прогностическим признаком, как в остром периоде, так и для дальнейшего нервно-психического развития.

Поражения головного мозга обусловлены не только изменениями в момент гипоксии, но и могут возникать в процессе реанимации ребенка, в постгипоксическом периоде. Изменения в головном мозге объясняют накоплением в крови и тканях избытка свободных радикалов и продуктов перекисного окисления липидов («кислородный парадокс» – токсичность избытка кислорода после периода длительной гипоксии), протеолитических ферментов, ионов кальция, и др. Отсюда возникает опасность чрезмерно активной, неконтролируемой оксигенотерапии в неонатологии.

6. Есть ли изменения в биохимическом составе крови? Чем их объяснить?

В биохимическом анализе крови отмечается гипербилирубинемия за счет непрямой фракции на 3 сутки, что свидетельствует о физиологической желтухе новорожденного. Гипомагниемия вследствие расстройства работы натрий-калиевого насоса (из-за истощения запасов магний-зависимой $\text{Na}^+\text{-K}^+\text{-АТФазы}$), накапливающего ионы калия внутри клеток, возникает из-за повышенной проницаемости клеточной мембраны.

7. Назначьте лечение.

Лечение. Дегидратационная терапия: 10% глюкоза + сернокислая магнезия 25% 0,2 мл/кг, лазикс, затем с 10 суток жизни применяют диакарб, начиная с 20 мг/кг до 80 мг/кг.

При тяжелых состояниях показан трентал по 5-10 мг/кг в 2 введения внутривенно-капельно; парацетам по 50-100 мг/кг в 2 введения внутривенно; глицерин 0,5-1,0 мл в сутки внутривенно или внутримышечно; кортексин по 0,1 мг/кг в сутки внутримышечно; пантогам 10% раствор по 20-40 мг/кг 2 раза в сутки в первой половине дня; фенибут по 10-20 мг/кг в 2 приема при состоянии средней тяжести.

8. Назовите основные причины неонатальных судорог.

Причины неонатальных судорог:

- ГИЭ (гипоксически-ишемическая энцефалопати).
- Инфаркт мозга.
- Септицемия / менингит.
- Метаболические: гипогликемия, гипо-/гипернатриемия, гипомагниемия.
- Гипокальциемия.
- Врожденные метаболические нарушения.
- Зависимость от витамина В6.
- Внутрочерепное кровоизлияние.
- Мальформаций головного мозга.
- Ядерная желтуха.

- Врождённые инфекции.
- Отмена препаратов, например материнских опиатов.

Рис. 1.28. Синдром внутричерепной гипертензии (симптом «восходящего солнца» или Грефе).

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, отмечают 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. Мочевыделение 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 X 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)?

Ответ № 29

1. Ваш предварительный диагноз?

Основной: Геморрагическая болезнь новорожденного, классическая форма, мелена, гематомезис.

Сопутствующий: Перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, острый период, средне-тяжелое течение, синдром угнетения ЦНС.

СЗВУР 1 степени, гипотрофический вариант.

Физиологическая желтуха новорожденного.

2. Какие факторы могли привести к развитию этого заболевания в данном случае?

Беременность протекала с угрозой прерывания, задержка внутриутробного развития 1 степени, гипогалактия у матери.

3. Какие звенья гемостаза Вы знаете?

Коагуляционное и сосудисто-тромбоцитарное звенья гемостаза.

4. Оцените результаты общего анализа крови.

В общем анализе крови норма.

5. Оцените результаты исследования коагулограммы. Что характеризуют проведенные тесты?

В коагулограмме – снижен протромбиновый индекс (N – 80-105%), удлинено каолиновое время, АЧТВ, протромбиновое время по Квику, время свертывания удлинено, что свидетельствует о патологии коагуляционного звена гемостаза.

6. Оцените результаты биохимического анализа крови.

Гипопротеинемия у ребенка с ЗВУР, гипербилирубинемия за счет непрямой фракции, что свидетельствует о физиологической желтухе новорожденного.

7. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?

Дифференциальную диагностику ГрБН проводят с заболеваниями, проявляющимися геморрагическим синдромом у новорожденных, а также с рядом заболеваний, не связанных с нарушением гемостаза:

Синдром проглоченной крови. Для исключения кровотечения из ЖКТ показано проведение пробы Апта-Даунера: кровянистые рвотные массы или кал разводят водой и получают розовый раствор, содержащий гемоглобин. После центрифугирования 4 мл надосадочной жидкости смешивают с 1 мл 1% раствора натрия гидроксида. Изменение цвета жидкости (оценка через 2 минуты) на коричневый свидетельствует о наличии в ней гемоглобина А (свойственного материнской крови), а сохранение розового цвета – о наличии гемоглобина ребенка (щелочно-резистентный фетальный гемоглобин);

1. Врожденные коагулопатии;
2. Тромбоцитопении/тромбоцитопатии;
3. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание (ДВС);
4. Другие причины кровотечений (травмы, эрозии, папилломы ЖКТ, ангиоматоз кишечника, мальформации сосудов и др.).

8. Назначьте лечение.

Главная цель лечения – прекратить кровотечение!

Энтеральная пауза. При купировании гематомезиса – дробное кормление молоком комнатной температуры.

Любому новорожденному с подозрением на ГрБН незамедлительно должен быть введен витамин К, не дожидаясь лабораторного подтверждения.

При кровоточивости рекомендовано одновременное введение свежзамороженной плазмы и менадиона натрия бисульфита ("Викасол"). Эта рекомендация обусловлена тем, что менадион натрия бисульфит является в настоящее время единственным зарегистрированным в нашей стране препаратом для лечения витамин К-зависимых кровотечений, и его действие начнется только через 8-24 часа после введения. Свежзамороженная плазма: стандартная доза 10-15 мл/кг с целью доставки плазменных прокоагулянтов.

Для лечения ГИЭ – пираретам по 50-100 мг/кг в 2 введения внутривенно; кортексин по 0,1 мг/кг в сутки внутримышечно; пантогам 10% раствор по 20-40 мг/кг 2 раза в сутки в первой половине дня; фенибут по 10-20 мг/кг в 2 приема.

Лечение физиологической желтухи не показано.

Расчет питания проводить на фактическую массу тела с увеличением потребности в калорийности.

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 гипервозбудимость, мышечная дистония, объем активных движений в левой руке снижен. В роддоме ребенку проводилось лечение сернокислой магнезией 25% по 0,5 мл в/м, фенobarбиталом 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 непрямой – 68 мкмоль/л, прямой – нет, мочевины – 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?



Рис. 1.30.

Ответ № 30

1. Сформулируйте клинический диагноз.

Основной: Перинатальное гипоксически-травматическое поражение ЦНС (парез Дюшенна-Эрба), острый период, средне-тяжелое течение, синдром угнетения ЦНС, болевой синдром, синдром вегето-висцеральных нарушений.

Сопутствующий: Крупный плод.

Физиологическая желтуха новорожденного.

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Дифференциальную диагностику параличей верхних конечностей следует проводить с:

- переломом ключицы;
- эпифизиолизом;
- остеомиелитом плеча (припухлость и гиперемия сустава, крепитация, болезненность при пассивных движениях в области плечевого сустава; при рентгенологическом исследовании на 7-10-й день жизни обнаруживается расширение суставной щели, а в последующем – костные изменения; кроме того, имеются симптомы интоксикации, в крови – нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево; иногда с диагностической целью проводится пункция сустава);
- врожденной гемигипоплазией (имеется черепно-лицевая асимметрия с недоразвитием половины туловища и одноименных конечностей). Кроме того, травматические повреждения спинного мозга необходимо дифференцировать с:
- пороками развития спинного мозга (отсутствие положительной динамики на фоне комплексного лечения);
- синдромом Маринеску-Сегрена (показаны нейросонография или компьютерная томография для выявления атрофии мозжечка и осмотр окулиста в динамике для выявления катаракты);
- врожденными миопатиями (минимальная положительная динамика на фоне лечения, решающими в диагнозе являются электромиография и гистологическое

исследование биопсированных мышц); артрогрипозом, инфантильным миофиброматозом.

3. Показано ли этой больной рентгенологическое исследование, и какие изменения Вы ожидаете?

Для подтверждения диагноза необходимы рентгенография позвоночника (выявление пороков развития и травматических повреждений), рентгенография грудной клетки (для диагностики паралича диафрагмы).

Рентгенограмму позвоночника осуществляют в двух проекциях. Для выявления подвывиха атланта делают прямой снимок со слегка запрокинутой головой ребенка (на 20-25°), а рентгеновский луч центрируют на область верхней губы.

4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Краниография и осмотр окулиста показаны при подозрении на сочетанную травму головного и спинного мозга, особенно при повреждении верхних шейных сегментов.

Электромиография позволяет выявить преганглионарные (наличие денервационных потенциалов) и постганглионарные (электромиограмма без патологии) нарушения при параличах.

Следует помнить, что при вялых парезах спинального происхождения, в отличие от центральных параличей, отсутствуют сухожильные рефлексы и имеются трофические расстройства.

5. Нуждается ли данная больная в консультации хирурга?

Показана консультация ортопеда для фиксации поврежденной конечности в позу «готов».

6. Назначьте лечение.

Иммобилизация поврежденного отдела позвоночника и спинного мозга иммобилизирующими укладками (воротничок Шанца, полихлорвиниловые кровати и т. д.).

Полный покой, щадящее пеленание, подмывания и т. д.

При шоке – дополнительная оксигенация вплоть до ИВЛ, инфузионная терапия для коррекции ОЦК с использованием препарата инфукол 6%.

Обезболивание: парацетамол, анальгин с димедролом (очень осторожно), дроперидол, реланиум, трамал, коррекция водноэлектролитного баланса.

Вазотропная терапия (трентал, кавинтон, оксибрал) проводится в раннем восстановительном периоде, одновременно с витаминами В₁, дибазолом в микродозах, физиолечением (электрофорез с эуфиллином-папаверином на шейный отдел поперечно, массаж, ЛФК).

7. Каков прогноз у этого ребенка и от чего он будет зависеть?

Прогноз natalной травмы спинного мозга зависит от степени тяжести и уровня поражения. При легком поражении спинного мозга восстановление происходит в первые 4-6 недель. При среднетяжелом поражении спинного мозга восстановление происходит в первые 6-12 месяцев жизни. В дальнейшем могут наблюдаться синдром периферической спинальной недостаточности, развитие раннего остеохондроза, сколиоз.

При тяжелых поражениях спинного мозга прогрессирующая дыхательная недостаточность часто приводит к летальному исходу в периоде новорожденности.

8. Какие осложнения возможны?

У выживших детей наблюдаются грубые неврологические дефекты в виде миотонического синдрома, спастического тетрапареза, вялого нижнего парапареза с тазовыми нарушениями. Эти дети попадают в разряд часто болеющих детей из-за поражения дыхательной мускулатуры и сниженного иммунитета.

Рис. 1.30. Парез Дюшенна-Эрба (рука приведена к туловищу, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании; активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах; голова наклонена к больному плечу).

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° С. 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 – 180г/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: непрямой – 51 мкмоль/л, прямой – нет, мочевины – 4,2 ммоль/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий – 141 ммоль/л, кальций – 2,2 ммоль/л, фосфор – 1,9 ммоль/л.



Рис. 1.31.

Рис. 2.31.

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?

Ответ № 31

1. Сформулируйте клинический диагноз? Тактика участкового педиатра.

Основной: Пузырчатка новорожденного, доброкачественная форма.

Тактика участкового педиатра – госпитализация в отделение патологии новорожденных (показание – выявление любой формы пузырчатки новорожденного).

2. Какие дополнительные исследования надо провести для уточнения диагноза?

Бактериологическое исследование содержимого пузырей позволит выявить возбудителя заболевания.

3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Дифференциальный диагноз пузырчатки новорожденного проводят с сифилитической пузырчаткой новорожденных и врожденным буллезным эпидермолизом, эксфолиативным дерматитом Риттера, ветряной оспой.

При *сифилитической пузырчатке* пузыри на инфильтрированном основании могут находить на ладонях, подошвах и ягодицах. Кроме этого обнаруживают другие симптомы раннего врожденного сифилиса (сифилитический ринит, папулы, диффузная инфильтрация Гохзингера, обнаружение бледных трепонем в секрете пузырей, поражение длинных трубчатых костей, положительные результаты реакции Вассермана).

Пузыри при *врожденном буллезном эпидермолизе* локализуются на участках кожи, подвергающихся травме (минимальному трению), у новорожденных – в области головы, плеч, нижних конечностей. Пузырей немного, они могут быть единичными. Воспалительные явления, как правило, отсутствуют или едва выражены. При дистрофической форме врожденного буллезного эпидермолиза отмечают дистрофические изменения ногтей, волос, а в дальнейшем – зубов.

При *ветряной оспе* пустулы редко вскрываются, их содержимое чаще подсыхает, образуя серозно-гнойные корочки. Для диагностики важно выявление центрального западения пустул при их сферичности и напряженности. По периферии они окружены узкой зоной слегка отёчной гиперемированной ткани.

Для *эксфолиативного дерматита Риттера* характерно появление пузырей на фоне покраснения, мокнутия и образования трещин. Симптом Никольского положителен.

4. Какой этиологический фактор чаще вызывает это заболевание?

Возбудителями пузырчатки новорожденного чаще всего являются стафилококки II фаговой группы.

5. Какие грам-положительные микроорганизмы Вы знаете?

Грамм-положительные микроорганизмы: *Bacillus*, *Listeria*, *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Enterococcus* и *Clostridium*.

6. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка?

Инттоксикационный и кожный синдром.

7. Назначьте лечение.

Немедикаментозное лечение. Ультрафиолетовое облучение, ежедневные гигиенические ванны с раствором калия перманганата 1:10000, отварами чистотела травы, ромашки цветков. Пузырь прокалывают стерильной иглой. Нельзя допускать попадания содержимого пузыря на участки здоровой кожи.

Медикаментозное лечение. Обработка мелких элементов 1-2% спиртовыми растворами бриллиантового зеленого, анилиновых красителей, 1% спиртовым раствором эвкалипта шарикового листьев экстракт, фулорцином, 5% раствором калия перманганата. Для обработки крупных элементов используют мази с мупироцином, бацитрацином и неомицином (банеоцин), фузидовой кислотой.

При любой форме пузырчатки показано проведение антибактериальной терапии оксациллином или цефалоспорином I-II поколения. В более тяжелых случаях показана иммунотерапия (иммуноглобулин человека антистафилококковый, иммуноглобулин человеческий). При развитии инфекционного токсикоза проводят инфузионную терапию, с включением 10% раствора глюкозы 15-20 мл/кг, альбумина.

8. Остаются ли изменения на коже после этого заболевания?

Изменения на коже не остаются после перенесенного заболевания.

9. Можно ли купать ребенка?

Купать ребенка нельзя, т.к. это способствует распространению инфекции на здоровую кожу.

Рис. 1.31. Общий вид больного пузырчаткой.

Рис. 2.31. Пузырчатка новорожденного (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).

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%, НСТ – 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).

Прокальцитониновый тест – 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.



Рис. 1.32.



Рис. 2.32.

Ответ № 32

1. Сформулируйте клинический диагноз?

Основной: Ранний неонатальный сепсис: септикопиемия (менингит, гепатит, нефрит, пневмония, кардит, омфалит).

Осложнения: ДВС, гипокоагуляция. Кожный геморрагический синдром. Судорожный синдром. Склерема. Септический шок.

Сопутствующий: Недоношенность 36 недель.

2. Какие дополнительные обследования следует провести для уточнения диагноза?

Бактериологические исследования биологического материала для установления этиологии, т.е. посев крови, СМЖ (по клиническим показаниям), аспирата из трахеи, мочи, отделяемого из гнойных очагов. Следует помнить, что результаты

микробиологического исследования мазков из зева, конъюнктивы, кожных покровов, мочи, кала (если они не являются первичными гнойно-воспалительными очагами) не могут использоваться для этиологического диагноза. Все посевы желательно делать до начала антибиотикотерапии и с обязательным использованием сред для выделения грамотрицательных микробов, грибов, анаэробной флоры. Диагноз сепсиса можно считать бактериологически подтвержденным, если из материала, взятого из двух разных мест, высеивается один и тот же микроб или ассоциация микробов.

Недоношенных детей с подозрением на сепсис обязательно нужно обследовать на наличие внутриутробных инфекций (как минимум на цитомегаловирусную, герпетическую, микоплазменную, хламидийную и токсоплазменную).

3. Какие факторы способствовали развитию данной патологии у новорожденного?

Из анамнеза известно, что ребенок от третьей беременности, протекавшей с нефропатией в третьем триместре, кольпитом (это является источником внутриутробной инфекции). Первая беременность закончилась срочными родами, вторая – самопроизвольным выкидышем (отягощенный акушерко-гинекологический анамнез). Роды II, преждевременные на 36-37-й неделе гестации путем кесарева сечения по поводу первичной слабости родовой деятельности, безводный промежуток составил 11 (! – длительный) часов. Пуповинный остаток обработан хирургически на 2-й день (нарушение ухода за пупочной ранкой).

4. Изложите классификацию, используемую при постановке данного диагноза.

Классификация сепсиса новорождённых

(Национальное руководство по неонатологии под ред. Володина, М., 2007)

А. По срокам возникновения:

- ранний сепсис (в первые 3-е суток жизни),
- поздний сепсис (манифестация позднее 4-го дня жизни).

Б. По этиологии:

- при раннем сепсисе чаще кишечная палочка или другие представители грам (-) микрофлоры,
- при позднем сепсисе – стрептококки группы В, золотистый стафилококк, кишечная палочка, клебсиелла, синегнойная палочка, энтеробактер и др.

В. По входным воротам:

- пупочный;
- кожный;
- отогенный;
- урогенный;
- катетеризационный;
- легочной;
- абдоминальный.

Г. По форме:

- септицемия (чаще при раннем сепсисе);
- септикопиемия (один или несколько метастатических гнойных воспалительных очагов).

Д. По течению:

- фульминантное (гиперергическое);
- медленно прогрессирующее (гипореактивное).

Е. Синдром органной недостаточности (в том числе инфекционно-токсический шок).

5. Что такое SIRS и CARS?

Целесообразность включения в определение сепсиса понятия «синдром системного воспалительного ответа» (ССВО) – *systemic inflammatory response syndrome (SIRS)* в настоящее время доказана обнаружением в крови больного с сепсисом переизбытка

провоспалительных цитокинов, хотя также очевидна и неспецифичность ССВО. Последний может быть при любом экстремальном состоянии: шоке, ожогах, тяжелых гипоксии, гиповолемии, травмах. В 1996 г. R.C.Bone, предложивший в начале 90-х годов понятие SIRS, ввел термин «компенсаторный противовоспалительный ответ» – *compensatory antiinflammatory response syndrome (CARS)* и обосновал представление о септическом процессе как динамическом взаимодействии SIRS и CARS. Превалирование SIRS-компонента проявляется кардиоваскулярной комприметацией (септический шок, коллапс, стимулированный апоптоз). Превалирование CARS-компонента ведет к супрессии иммунной системы, что выражается в анергии и/или повышенной чувствительности к инфекции. По образному выражению С.Мoggi и соавт. (1996), при сепсисе наблюдается «цитокиновый шторм», т.е. неконтролируемая продукция цитокинов и того, и другого профиля. У новорожденных надо различать клинические и лабораторные критерии ССВО.

Клинические критерии ССВО:

1. Расстройство температурного гомеостаза (гипертермия $>38,0^{\circ}\text{C}$ или гипотермия $<36,0^{\circ}\text{C}$).
2. Одышка или тахипное более 60 в 1 мин.
3. Тахикардия (более 160 сокращений в 1 мин) или брадикардия (менее 100 сокращений в 1 мин).
4. Утрата коммуникабельности, анорексия, синдром угнетения и/или судороги.
5. Олигурия на фоне адекватной инфузионной терапии (диурез менее 1 мл/кг/ч).

Лабораторные признаки ССВО инфекционного генеза:

1. Внезапно возникший тяжелый метаболический лактат-ацидоз с гипокапнией (последнее при отсутствии поражения легких).
2. Лейкоцитоз или лейкопения с нейтрофилезом или нейтропенией, лимфоцитопенией.
3. Регенеративный или регенеративно-дегенеративный ядерный сдвиг нейтрофилов при числе палочкоядерных и более молодых форм более 500 в 1 мкл (в первый день жизни – более 2000 в 1 мкл).
4. Токсическая зернистость нейтрофилов.
5. Индекс иммунологической реактивности – менее 2,5 и лейкоцитарный индекс интоксикации – более 3,5.
6. Тромбоцитопения.
7. Анемия.
8. Внезапно возникшее укорочение или удлинение АЧТВ или ПТВ.
9. Повышение уровня С-реактивного протеина или других острофазовых белков.
10. Бактериемия.
11. Гипергликемия более 6,5 ммоль/л на фоне адекватной инфузионной терапии (глюкоза 5-6 мг/кг/мин).
12. Гиперкалиемия более 7,0 ммоль/л.
13. СОЭ более 10 мм/ч.

6. Какая этиология с большей вероятностью могла бы быть причиной данного заболевания?

В антенатальном период наиболее частыми возбудителями сепсиса являются: стрептококки группы В, *E. coli*, *S. agalacticae*. В интранатальном периоде С вызывают: *S. agalacticae*, *E. coli*, *S. aureus*. Для постнатального периода характерны: *S. aureus*, *E. coli*, *Klebsiella spp.*, *S. pyogenis* и др. В данном случае первичный очаг – пупочная ранка – наиболее вероятные возбудители *S. aureus*, *E. coli*.

7. Назначьте лечение данному больному.

Больной ребенок должен быть госпитализирован в отдельный бокс реанимационного отделения.

Волюмонагрузка – 15 мл/кг. Инотропная поддержка – дофамин 5 мкг/кг/мин. Адекватная оксигенотерапия – аппаратная ИВЛ. Противосудорожная терапия (диазепам 0,2 мг/кг).

Инфузионная терапия в данном случае как парентеральное питание начинают после купирования клиники шока.

Антибактериальная химиотерапия – важнейшее звено лечения в начале и разгаре септического процесса. Обычно используют максимальные возрастные дозы двух антибиотиков бактерицидного, но не родственного действия; назначают их внутривенно.

До получения результатов бактериологического обследования обычно используют комбинации ампициллина (300-400 мг/кг/сут. на 4-6 введений) с аминогликозидами (гентамицин или тобрамицин по 7,5-10 мг/кг/сут или амикацин по 22,5-30,5 мг/кг/сут. на 3 введения) или цефалоспоринов (200 мг/кг/сут. на 4 введения) с карбенициллином, аминогликозидами. Каждые 7-10 дней антибиотики меняют (при отсутствии эффекта – через 2 дня). При установлении (высеве) возбудителя антибиотикотерапию корректируют.

Иммунокорректирующая терапия в начальный период и период разгара – заместительная, т.е. создание пассивного иммунитета, – введение препаратов направленного действия при установленном возбудителе. При стафилококковом сепсисе переливают антистафилококковую плазму (10-15 мл/кг ежедневно) или вводят внутримышечно антистафилококковый иммуноглобулин (20 АЕ/кг) в течение 7-10 дней подряд. При грамотрицательной флоре переливают антисинегнойную или антипротейную, антиклебсиеллезную плазмы в дозе 10-15 мл/кг в течение 3-5 дней ежедневно.

При неидентифицированном возбудителе в качестве заместительной иммунотерапии можно использовать нормальный иммуноглобулин внутривенно (только специально выпускаемый для внутривенных введений), если уровень IgG в плазме крови менее 2,0 г/л. Вливают иммуноглобулин внутривенно-капельно в дозе 500 мг/кг (обычно 10 мл/кг 5% раствора внутривенного иммуноглобулина), интервалы между введениями 1-3 нед. Оптимально при сепсисе у новорожденных использовать все же пентаглобин.

Гепатопротекторы (гептрал 50 мг/кг).

Эффективность глюкокортикоидов безусловна при осложнении сепсиса надпочечниковой недостаточностью, т.е. в качестве заместительной терапии.

Местное лечение пиемических очагов педиатр осуществляет совместно с детским хирургом – вскрытие абсцессов, псевдофурункулов, очагов остеомиелита, наложение аппарата активной аспирации и др. В качестве местной терапии при патологии легких используют аэрозоли с антибиотиками, при гнойных эндобронхитах – промывания антисептическими растворами и др. Физиотерапевтическое лечение на очаг поражения – неотъемлемая составная часть терапии. Назначают вначале СВЧ на гнойный очаг, а затем электрофорез антибиотиков.

Поддержание и коррекция нормального микробного биоценоза – необходимый компонент терапии больного сепсисом. В период использования антибиотиков широкого спектра действия назначают внутрь лактобактерин (1-2 дозы 3 раза в день).

Рис. 1.32. Кожные геморрагии в виде экхимозов у ребенка с сепсисом.

Рис. 2.32. Местные признаки омфалита (гиперемия и отечность пупочного кольца, гнойное отделяемое из пупочной ранки).

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.

Прокальцитонин – 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 X 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).

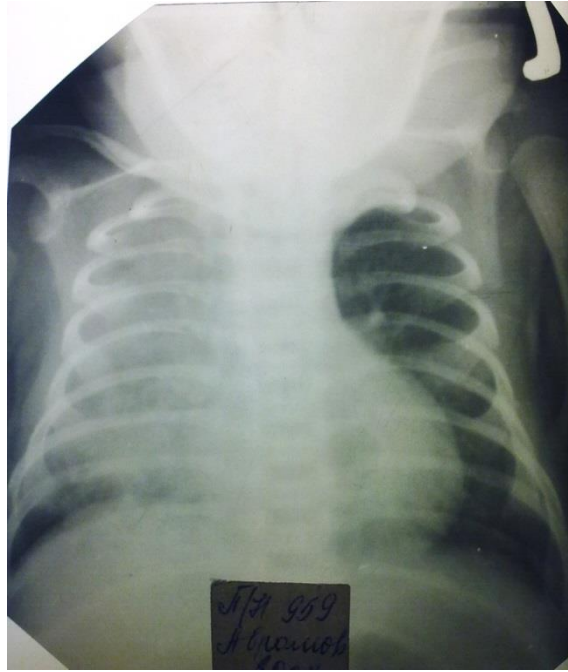


Рис. 1.33.

Ответ № 33

1. Сформулируйте клинический диагноз данному ребенку.

Основной: Внутриутробная правосторонняя тотальная пневмония, тяжелое течение.

Осложнения: Дыхательная недостаточность III степени. Инфекционно-токсический шок.

Сопутствующий: Перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, острый период, средне-тяжелое течение, синдром угнетения ЦНС.

СЗВУР 1 степени, гипотрофический вариант.

2. Перечислите предрасполагающие факторы, которые способствовали развитию данного заболевания.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 19 лет, страдающей пиелонефритом. Беременность протекала с токсикозом в первом и обострением хронического пиелонефрита в третьем триместрах. Задние воды зеленоватые, с неприятным запахом. Масса тела при рождении 2550 г, длина тела 49 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.

3. Оцените лабораторные исследования.

В общем анализе крови: лейкоцитоз с нейтрофилёзом и сдвигом лейкоцитарной формулы влево до юных форм. Повышен прокальцитонинный тест – ранний маркер воспаления. В кислотно-основном состоянии крови – дыхательный метаболический ацидоз.

4. Какие изменения можно выявить на рентгенограмме у этого ребенка?

На рентгенограмме органов грудной полости – инфильтрация правого легкого, синусы легких свободные. Гипервентиляция левого легкого как компенсаторная реакция.

5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Дифференциальный диагноз пневмонии необходимо проводить с респираторным дистресс-синдромом новорожденных, синдромом аспирации мекония, синдромом «утечки воздуха», аномалиями бронхолегочной системы, врожденными пороками сердца, нарушениями КОС.

Дифференциальный диагноз пневмоний новорожденных с респираторным дистресс-синдромом

Признак	Пневмония новорожденных	Респираторный дистресс-синдром
Рентгенологические данные	Очаговые и/или инфильтративные тени на рентгенограмме	Воздушные бронхограммы, снижение пневматизации, нечеткие границы легких
Результаты бактериологического обследования	Выделение возбудителя	Отрицательные
Гнойная мокрота при первой интубации	Характерна	Не характерна
Тромбоцитопения	Характерна	Не характерна
Воспалительные изменения в крови	Характерно (с первых суток жизни)	Не характерно (в первые сутки жизни)
Повышение уровня IgM в пуповинной крови	Характерно	Не характерно
Воспалительные изменения в плаценте	Возможны	Не характерны

6. Что лежит в основе классификации дыхательной недостаточности?

Частота дыханий, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, цвет кожных покровов.

7. Какие факторы являются ведущими в патогенезе дыхательной недостаточности при пневмонии?

Ведущим в патогенезе дыхательной недостаточности при пневмонии является гипоксемия в сочетании с токсическим поражением центральной нервной системы. Тяжесть состояния обусловлена артериальной гипоксемией вследствие уменьшения распределительно-диффузионной способности легких. В легких кровь не оксигенируется и поступает в большой круг кровообращения с низким напряжением кислорода, в результате чего организм страдает от гипоксии. При токсической пневмонии, помимо дыхательной недостаточности, обычно наблюдаются сердечно-сосудистые нарушения, гиповолемия, нарушения функции почек, возможен отек мозга.

8. Назначьте лечение.

Лечение, *задачи лечения*: эрадикация возбудителя. Купирование основных патологических проявлений заболевания.

Схема лечения: обязательное лечение: терапия дыхательных расстройств, целенаправленная антибактериальная и иммунозаместительная терапия, режим, диета.

Вспомогательное лечение: поддерживающая и посиндромная терапия.

Показания для госпитализации: все новорожденные с пневмонией или подозрением на нее должны быть госпитализированы.

Режим. Недоношенные и новорожденные в тяжелом состоянии нуждаются в температурной поддержке (кувез, ОРС).

Диета. Характер питания (энтеральное, частично парентеральное, полное парентеральное, минимальное трофическое, зондовое) определяется степенью недоношенности, тяжестью состояния, зрелостью, способностью удерживать энтеральное питание, наличием патологических состояний, требующих изменения питания (парез кишечника, некротический язвенный колит и др.).

Оксигенотерапия – ингаляция увлажненной, подогретой (до 34° С) воздушно-кислородной смеси (40-50%) под контролем сатурации O₂ в крови. При прогрессировании ДН показан перевод ребенка на ИВЛ.

Антибактериальная терапия – основа лечения ПН. До получения результатов микробиологического исследования крови и эндотрахеального аспирата эмпирическая антибактериальная терапия в первые 3 суток проводится комбинацией беталактамов и аминогликозидов III поколения.

При ПН, вызванной метициллин-резистентным штаммом грамположительных кокков назначают ванкомицин. В качестве альтернативы используют линезолид. Все антибиотики лучше вводить внутривенно.

При хламидиозе и микоплазмозе назначают внутривенное введение эритромицина.

По жизненным показаниям используют сочетания: имипенем + циластатин или меропенем + ванкомицин.

Продолжительность антибактериальной терапии определяется динамикой клинических проявлений, ликвидацией рентгенологических признаков ПН и восстановлением гематологических нарушений. При неосложненных ПН продолжительность антибактериальной терапии составляет 2 недели, а при осложненных ее вариантах – до 3-4-х недель и более. Длительная и массивная антибактериальная терапия должна сочетаться с применением пробиотиков и противогрибковых препаратов (дифлюкан).

Иммунокорректирующая терапия: иммуноглобулин, специфические (антистафилококковый), иммуноглобулины. При грамотрицательных возбудителях ПН показано введение пентаглобина. Некоторые авторы рекомендуют применение виферона.

Коррекция КОС при ПН без лабораторного определения показателей КОС может проводиться только при наличии тяжелой гипоксии, терминального состояния, длительного приступа апноэ, остановки сердца. В этих случаях внутривенно вводят 2% раствор гидрокарбоната натрия из расчета 4% 4 мл/кг. До введения соды необходимо обеспечить адекватное дыхание (ИВЛ).

Инфузионная терапия при ПН представляет собой сложную проблему. Объем внутривенно вводимой жидкости рассчитывается на основе суточной потребности организма в жидкости, которую определяют по специальным таблицам или номограмме Абердина. Из рассчитанного объема вычитают питание и выпитую часть жидкости. Для новорожденных детей особую опасность представляют: быстрое внутривенное введение больших объемов жидкости, что приводит к появлению отеков, недостаточности кровообращения, электролитным расстройствам. Рассчитанный суточный объем должен вводиться на протяжении 24 часов, скорость инфузии, а следовательно и суточный объем, могут изменяться с учетом переносимости капельного введения.

Рис. 1.33. Рентгенография органов грудной полости. Тотальная пневмоническая инфильтрация справа. Синусы свободные. Компенсаторная гипервентиляция левого легкого.

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 родовое 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 X 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)?



Рис. 1.34.

Ответ № 34

1. Сформулируйте клинический диагноз.

Основной: Перинатальное гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС (внутрижелудочковое + паренхиматозное кровоизлияние III степени), острый период,

тяжелое течение, синдром угнетения ЦНС, правосторонний гемипарез, судорожный синдром.

Фоновое: Недоношенность 32 недели. Низкая масса тела (1500 г).

Осложнения: Постгеморрагическая анемия III степени. Дыхательная недостаточность III степени.

2. Расскажите о патогенезе данного заболевания у недоношенных.

Внутричерепные геморрагии у недоношенных имеют многофакторный генез. Выделяют 3 группы факторов: антенатальные, интранатальные и постнатальные. В настоящее время большинство крупных исследователей в области неонатологии высказывают предположение о большей значимости постнатальных факторов, так как в подавляющем большинстве случаев ВЖК является постнатальным феноменом. Среди антенатальных факторов наибольшая роль принадлежит внутриутробной инфекции, особенно вирусной. Интранатальные факторы-отслойка плаценты, стремительные роды, развитие ДВС-синдрома у матери и т.д. Постнатальные факторы – ИВЛ с высоким положительным давлением на вдохе, массивные внутривенные инфузии гиперосмолярных растворов, множество инвазивных исследований, нарушение температурного, влажностного и охранительного режима. Предполагается сочетанное влияние недоношенности, внутриутробной гипоксии и механических сил в период прохождения плода по родовым путям, хотя роль последних многими исследователями оспаривается. Кровоизлияния, как правило, симметричные, локализуются в эпендиме наружной стенки боковых желудочков, в зародышевом слое хвостатого ядра, чаще в бороздке между хвостатым ядром и зрительным бугром. Локализация кровоизлияний у недоношенных детей именно в этой зоне обусловлена анатомическими особенностями строения и кровоснабжения ее у плодов до 35-ти недель беременности. В ней располагается хорошо васкуляризованная ткань – герминальный матрикс, сосуды которого состоят из одного слоя эндотелия и не защищены окружающими тканями. В связи с этим при повышении внутримозгового или артериального давления, венозном застое крови возникают диапедезные субэпендимальные кровоизлияния (СЭК). Этому способствует и особое кровоснабжение мозга в указанной области, где имеется своя венозная сеть, причем все оттекающие отсюда вены впадают в одну центральную вену под острым углом, в результате чего нарушается кровоток. Разрушение эпендимы приводит к прорыву крови в желудочки мозга.

3. Какие синдромы можно выделить в клинике данного заболевания?

В клинике данного заболевания можно выделить синдром дыхательных нарушений вследствие угнетения дыхательного центра и незрелости сурфактантной системы недоношенного, геморрагический синдром, анемический синдром постгеморрагического генеза, неврологическую клинику в виде синдрома угнетения ЦНС, судорожного синдрома, правостороннего гемипареза на фоне морфофункциональной незрелости и недоношенности.

4. Назовите осложнения данного заболевания.

Излившаяся в полости желудочков кровь может формировать тромбы, фрагменты, которые могут механически нарушать нормальную циркуляцию цереброспинальной жидкости, что ухудшает состояние головного мозга и может привести к развитию гидроцефалии. Наличие крови в цереброспинальной жидкости приводит к реактивному воспалению паутинной оболочки в области задней черепной ямки с развитием слипчивого арахноидита, вследствие чего нарушается резорбция ликвора в задней черепной ямки (основной патогенетический механизм развития постгеморрагической гидроцефалии у 90% пациентов). При возникновении кровоизлияния нарушается естественный барьер между кровью и мозгом, в результате значительно повышается риск развития инфекционных осложнений, таких как менингит. Кровоизлияние значительно изменяет свёртывающую систему крови, что чревато дальнейшим прогрессированием ВЖК и развитием геморрагий других локализаций. ВЖК приводит к повреждению нервных

клеток герминативного матрикса и значительно осложняет прогноз для ребёнка. Постгеморрагическая гидроцефалия (ПГГ) у недоношенных детей возникает как осложнение при ВЖК в результате обструкции путей оттока цереброспинальной жидкости. ПГГ – это прогрессирующее заболевание, возникающее как осложнение ВЖК, сопровождается прогрессирующим нарастанием размеров ликворной системы. ПГГ возникает вследствие нарушения баланса между продукцией и оттоком/резорбцией ликвора. В отличие от ПГГ, гидроцефалия ex vasuo, которая возникает вследствие атрофии мозгового вещества, не сопровождается внутричерепной гипертензией и не имеет тенденции к нарастанию в динамике.

5. Классификация данного заболевания.

Классификация внутрижелудочковых кровоизлияний.

Кровоизлияния подразделяют на 3 (4) степени. Кровоизлияние первой степени ограничивается только стенкой желудочков, и кровь не проникает в полость желудочков (в отличие от второй степени). При третьей степени кровоизлияния нарушается нормальная циркуляция цереброспинальной жидкости (ЦСЖ), что приводит к её накоплению в желудочках мозга и их расширению, может осложняться развитием гидроцефалии. Кровоизлияние четвертой степени характеризуется проникновением крови в мозговую ткань.

	Papile L. et al.	Levene M.J., Crespigny L.C.H., модификация Ватолина К.В.	Menkes J.H., Sarnat H.B.	РАСПМ
ВЖК 1	Одно- или двусторонние СЭК на уровне герминативного матрикса	Локализованное СЭК на уровне геминативного матрикса меньше 10 мм в наибольшем размере (одно- или двустороннее)	СЭК или ВЖК менее 50% просвета желудочка	СЭК
ВЖК 2	Прорыв кровоизлияния в полость желудочка без его расширения	Кровоизлияние больше 10 мм в наибольшем размере, но без расширения бокового желудочка выше антральной части	ВЖК более 50% просвета желудочка	СЭК в сочетании с ВЖК
ВЖК 3	ВЖК с расширением желудочковой системы	Визуализация тромба или тромбов в просвете желудочка с его расширением выше антральной части или на всем протяжении	ВЖК более 50% просвета желудочка + расширение желудочка	ВЖК в сочетании с паренхиматозным
ВЖК 4	Прорыв ВЖК в перивентрикулярную паренхиму	Комбинация ВЖК с паренхиматозным	Геморрагический перивентрикулярный инфаркт условно обозначается как ВЖК 4	—

6. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?

Дифференциальный диагноз проводят с тяжёлым гипоксически-ишемическим поражением головного мозга, врождёнными пороками развития головного мозга, менингитами и менингоэнцефалитами.

Признак	Внутричерепные кровоизлияния	Бактериальные менингиты
Ступор ± гипервозбудимость	Возможно	Возможно
Кома	Возможна	Возможна
Судороги	Характерно	Характерно
Выбухание большого родничка	Характерно	Характерно
Ригидность мышц затылка	Возможно	Характерно
Лихорадка/гипотермия	Возможна	Характерно
Гиперестезия	Возможна	Возможна
Анемия	Возможна	Возможна

Нарушение функции черепных нервов	Возможно	Возможно
Исследование ликвора	Повышение, белка, ксантоchromия, эритроциты, макрофаги	Повышение уровня белка, нейтрофильный цитоз
Данные УЗИ, КТ	Ассиметричные, гиперэхогенные участки в мозге	Характерные изменения отсутствуют

7. Какое лечение необходимо ребенку?

Лечение, задачи лечения: обеспечение адекватной легочной вентиляции, коррекция полиорганной недостаточности, решение вопроса о необходимости хирургического лечения.

Основными направлениями при лечении больного: охранительный режим, температурная защита в условиях кувеза, адекватная оксигенотерапия, гемотрансфузия эр. взвесью 10 мл/кг, антибактериальная терапия с учетом проникновения через ГЭБ меронем 30 мг/кг каждые 8 часов. Важное место в лечении внутрочерепных кровоизлияний занимает нормализация нарушенной ликвородинамики с помощью проведения вентрикуло-субгалеального дренирования.

Кормление с учетом степени тяжести состояния ребенка отсрочено. В первые дни используют парентеральное питание, затем кормление через зонд.

Хирургическое лечение данной категории детей показано при наличии быстрого нарастания клинических проявлений заболевания, при субдуральных гематомах, при кровоизлиянии в заднечерепную ямку.

Рис. 1.34. Нейросонограмма: мозговая паренхима слабо дифференцирована на борозды и извилины. Боковые желудочки расширены во всех отделах, в полостях – эхопозитивные включения.

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 – 107-213ЕД/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.

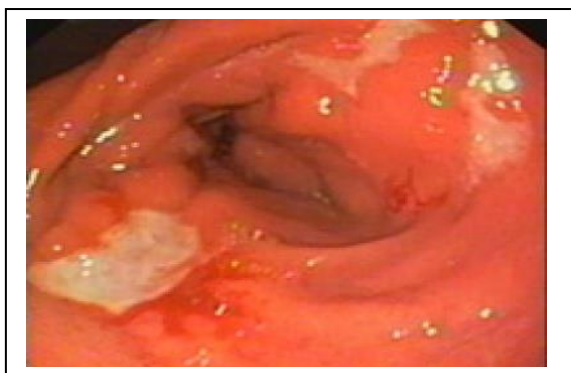
Ацидометрия желудка: натошак – рН в теле 2,4; в антруме 4,2; через 30 минут после стимуляции 0,1% р-ром гистамина в дозе 0,008 мг/кг – рН в теле **0,9**; в антруме 2,8.

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).



Ответ № 35

1. Сформулируйте клинический диагноз и его обоснование.

Свежая язва 12 п.к., обострение, неосложненная, с повышенной кислотообразующей функцией желудка. НР +.

Сопутствующие заболевания: антральный гастрит.

2. Этиопатогенез заболевания.

Нарушение взаимоотношения между факторами защиты и агрессии. К факторам агрессии относят: соляную кислоту, пепсины, гистамин, желчные кислоты, дуоденогастральный рефлюкс. К факторам защиты: слизь, щелочи, регенерационную способность слизистой, простагландины. Факторы агрессии вместе с хеликобактер пилори приводят к повреждению слизистой.

3. Эпидемиология хеликобактерной инфекции и пути ее передачи.

Хеликобактерная инфекция передается фекально-оральным путем или орально-оральным (через предметы личной гигиены) путем. Инфицирована половина населения земного шара.

4. Перечислите основные методы и способы диагностики НР-инфекции.

Методы диагностики: молекулярно-бактериологический метод определения генотипирования НР его антибиотикорезистентности; серологический метод (гастропанель – имеет ограниченные возможности, ошибки); иммуноферментный анализ (ИФА) для определения антител против НР; уреазный дыхательный тест с меченным атомом углерода; ПЦПР для диагностики НР в кале.

5. В чем сущность дыхательного теста?

Уреазный тест. НР – это специфические грамотрицательные бактерии, которые в процессе жизнедеятельности вырабатывают уреазу. Уреазы представляет собой фермент, ускоряющий реакции по переработке мочевины до аммиака и углекислого газа. Анализируя изотопный состав элементов выдыхаемого воздуха, можно делать выводы о наличии либо отсутствии вредоносных микроорганизмов. Если уреазная активность не отмечена, значит, организм не инфицирован.

6. Оцените кислотообразующую функцию желудка.

Имеет место нарушение ощелачивания в антральном отделе желудка, субкомпенсированное.

7. Оцените картину УЗИ, какова информативность УЗИ для постановки диагноза?

УЗИ данные свидетельствуют о наличии косвенных признаков гастрита. Диагностические возможности УЗИ для диагностики язвенной болезни ограничены.

8. Назначьте лечение данного больного.

Госпитализация. Стол №1. Кларитромицин 7,5 мг/кг 2 раза в сутки, омепразол 0,5 мг/кг 2 раза в сутки; Амоксициллин 30 мг/кг 2 раза в сутки. Длительность лечения 10 дней. Мотилиум 10 мг 3 раза в сутки за 30 минут до еды.

Рис.1.35. Первичная свежая неосложненная язва 12-перстной кишки при ЭФГДС

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; дедушка (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 пилородуоденальной 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 рН-метрия 3-х электродным зондом: натощак – рН 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 – рН пищевода 6-6,5 со снижением уровня рН 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?



Рис. 1.36.

Ответ № 36

1. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его.

ГЭРБ с эзофагитом 2 ст.; средней тяжести, НР (-), неосложненное течение. Наличие ГЭРB верифицируется данными рН-метрии и ЭФГДС.

2. Этиопатогенез заболевания.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – полисимптомное заболевание, обусловленное повреждением пищевода и смежных органов вследствие первичного нарушения двигательной функции пищевода, ослабления антирефлюксного барьера нижнего пищеводного сфинктера, снижения пищеводного клиренса и опорожнения

желудка, которые ведут к длительному контакту слизистой пищевода с кислым или щелочным желудочным содержимым.

3. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз.

Дифференциальный диагноз ГЭРБ проводят с: гастритами, язвенной болезнью желудка, дискинезиями системы желчевыделения. Клиническая дифференциальная диагностика обычно затруднена. Для дифференциальной диагностики используют: УЗИ органов пищеварения, ФГДС, рН-метрию, рентгенологическое исследование.

4. Что такое пищевод Баррета?

Пищевод Барретта – одно из серьезных осложнений ГЭРБ, состояния пищевода, при котором в эпителиальной выстилке слизистой оболочки пищевода обнаруживается нехарактерный для нормы цилиндрический эпителий, вместо плоского многослойного. Метаплазия клеток нижней части пищевода рассматривается, как состояние, вызванное хроническим кислотным повреждением, эзофагитом, и не является очерченным заболеванием.

5. Назначьте комплексную терапию данному больному.

Лечение. Диета (снижение количества жиров, увеличение количества белка, снижение объема пищи, исключение раздражающих продуктов). Омепразол 0,5 мг/кг на протяжении 3-4 недель. Мотилиум по 15 мл 3-4 раза в сутки на 3-4 недели. Вентер 0,5 г за 30 минут до еды 3-4 недели.

6. Какие режимные моменты следует соблюдать ребенку?

Режимные моменты: снизить массу тела, не есть перед сном, не лежать после еды, избегать тесной одежды и тугих поясов, прекратить курение, избегать перенапряжения мышц брюшного пресса.

7. Требуется ли контроль ЭГДС, и в какие сроки?

ФГДС показана ежегодно, при обострении и при переводе во взрослую поликлинику.

Рис. 1.36. Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода в нижней трети гиперемирована, отечна, гиперемия по типу "языков пламени".

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

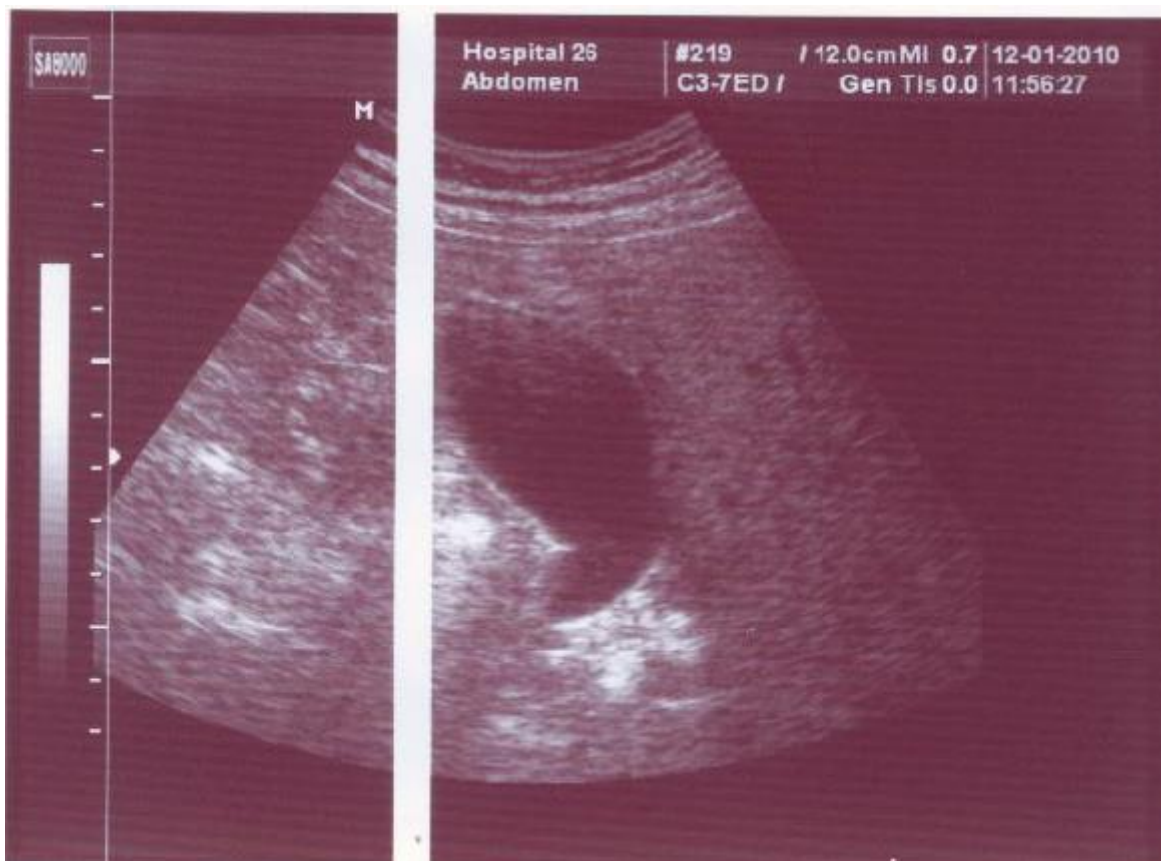


Рис. 1.37.

Ответ № 37

1. Сформулируйте клинический диагноз.

Дискинезия системы желчевыделения по гипомоторному типу.
Сопутствующее: вегетососудистая дистония.

2. Назовите этиопатогенетические причины возникновения данного заболевания.

Основные причины ДЖВП: неврозы, депрессия, стрессы, отрицательные эмоции, ВСД, заболевания органов пищеварения, аномалии билиарной системы, аллергия, холецистэктомия.

3. Проведите дифференциальный диагноз различных типов дискинезии желчевыводящих путей.

Дифдиагноз вариантов ДЖВП. *По длительности заболевания:* гипермоторная ДЖВП – до 6 мес., гипомоторная – несколько лет. *По характеру болей:* при гипермоторной ДЖВП боли острые, приступообразные, при гипомоторной дискинезии – боли тупые, ноющие, длительные. *По данным УЗИ:* при гипермоторной дискинезии желчный пузырь сокращается более чем на 60% от первоначального объема, при гипомоторной дискинезии – сокращение менее 40% от первоначального объема на 40 минуте.

4. Как расценить функцию желчного пузыря после дачи желчегонного завтрака?

На УЗИ признак гипомоторной дискинезии.

5. Назначьте лечение данному ребенку.

Лечение: стол №5. Циквалон по 1 т 3 раза в день после еды. Эссендуки № 17 по 200 мл за 15 минут до еды 3 раза в день (курс – 3 недели). Физиотерапия: электрофорез с хлористым кальцием на область правого подреберья. Тюбажи с сорбитом 2 раза в неделю.

Лечение ВСД (после уточнения диагноза и консультации невролога).

6. Прогноз заболевания.

Прогноз благоприятный при соблюдении режима жизни, диеты, лечения ВСД и других рекомендаций врача (противорецидивное лечение).

Рис. 1.37. ДЖВП по гипокинетическому типу при УЗИ желчевыводящих путей.

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 X 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?



Рис. 1.38.

Ответ № 38

1. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его.

Хронический вторичный панкреатит (на фоне аномалии Вирсунгова протока), рецидивирующее течение, период обострения, степень тяжести средняя? (недостаточно информации), неосложненное течение.

Наличие хронического панкреатита подтверждается: особенностями клиники заболевания (характер боли, рвота, нарушение диеты), результатами объективного осмотра (положительные панкреатические симптомы); повышением уровня диастазы мочи; характерными для панкреатита изменениями в поджелудочной железе по данным УЗИ; данными ЭФГДС с ретроградной холепанкреатографией.

2. Этиопатогенез заболевания.

Хронический панкреатит является полиэтиологическим заболеванием, в развитии которого можно выделить следующие основные патогенетические моменты: перенагрузку поджелудочной железы, нарушение питания, внутриклеточную активацию протеолитических ферментов и аутокаталитическое повреждение ацинозных клеток, каналикулярную гипертензию с последующим повреждением ацинозной ткани.

3. Какова причина заболевания в данном случае?

Причины заболевания: нарушение диеты, наличие аномалии Вирсунгова протока, наследственная предрасположенность к заболеваниям пищеварительной системы.

4. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз.

Дифференциальный диагноз. В первую очередь следует исключить муковисцидоз (хлориды пота, генетическое исследование). Чаще проводят дифдиагноз с эрозивно-язвенными поражениями желудка (ЭФГДС), заболеваниями системы желчевыделения (УЗИ, КТ), наибольшие трудности возникают при проведении дифдиагноза с заболеваниями, сопровождающимися синдромом мальабсорбции. Установление окончательного диагноза возможно после выполнения полного объема исследований по панкреатиту и синдрому мальабсорбции.

5. Назначьте лечение данного ребенка.

Лечение. Госпитализация, постельный режим. Голод на 1-2 дня. Энтеральное питание: смесь «Нутризон» с последующим переходом на стол №5П. Внутривенно: Аминосол 800 мл в сутки капельно (20-40 капель в минуту), 10% р-р глюкозы 1 л (в 3 приема).

Окреотид 70 мкг внутривенно 3 раза в сутки. Метамизол натрия внутрь 250 мг 2 раза в сутки. Дротаверин внутрь 100 мг в сутки. Домперидон 5 мг 2 раза в сутки. Креон 10 000 по 1 капсуле во время еды в каждое кормление.

6. Дайте рекомендации по диетотерапии.

Рекомендации по питанию. Диета №5П малокалорийная, содержит физиологическую норму белка, с ограничением жира и углеводов. Режим питания дробный – до 6 раз в сутки. В остром периоде исключают: грубую клетчатку, сырые овощи, ягоды, фрукты, сахар, варенье.

7. Требуется ли ребенку ферментотерапия, и с какой целью? Какие ферменты лучше рекомендовать и почему?

Ферментотерапия. Ферменты поджелудочной железы показаны (в анамнезе «стул неустойчивый, часто разжижен и обильный»). Наиболее эффективны препараты типа Креон (не разрушаются в желудке, препарат попадает в 12-пк вместе с пищевым комком).

Рис. 1.38. Хронический панкреатит на КТ брюшной полости.

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 пилородуоденальной 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.



Рис. 1.39.



Рис. 2.39.

Ответ № 39

1. Сформулируйте клинический диагноз.

Первичный хронический антральный поверхностный гастрит, НР (+), обострение.

Сопутствующее: реактивный панкреатит.

2. Назовите путь передачи хеликобактерной инфекции.

Инфекция передается фекально-оральным путем или орально-оральным (через предметы личной гигиены) путем. Инфицирована половина населения земного шара.

3. Перечислите основные методы диагностики хеликобактериоза у детей.

Методы диагностики: молекулярно-бактериологический метод определения генотипирования НР его антибиотикорезистентности; серологический метод (гастропанель – имеет ограниченные возможности, ошибки); иммуноферментный анализ (ИФА) для определения антител против НР; уреазный дыхательный тест с меченым атомом углерода; ПЦПР для диагностики НР в кале.

4. Что такое эрадикация НР-инфекции?

Эрадикация (удаление) НР из слизистой оболочки с помощью антибактериальных препаратов, устранение воспаления, коррекция секреторных нарушений.

Антихеликобактерная терапия представляет собой систему, включающую терапию, как первой линии, так и резервную (второй линии) на случай, если лечение по схеме первой линии окажется неэффективным. В качестве препаратов первой линии назначают омепразол, кларитромицин и амоксициллин. Длительность применения схемы 10-14 дней. Другие схемы лечения включают: метронидазол, де-нол, доксциклин, альфа нормикс, фуразолидон, вильпрофен, макмирор, ранитидин.

5. О чем говорит болезненность в т. Мейо-Робсона?

Болезненность в точке Мейо-Робсона свидетельствует о вовлечении в патологический процесс поджелудочной железы.

6. Какие отягощающие моменты можно выделить в течение данного заболевания?

Отягощающие моменты: наследственная отягощенность по заболеванию системы пищеварения, вовлечение в процесс поджелудочной железы.

7. Назначьте лечение данному пациенту.

Лечение. Стол № 1. Кларитромицин 7,5 мг/кг 2 раза в сутки, омепразол 0,5 мг/кг 2 раза в сутки; амоксициллин 30 мг/кг 2 раза в сутки. Длительность лечения 10 дней. Фосфалюгель по 1 пакету 3 раза в сутки.

Рис. 1.39.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая желудка в антральном отделе пестрая, на стенке желудка множественные разнокалиберные выбухания, точечные кровоизлияния различной давности.

Рис. 2.39. Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая желудка в антральном отделе пестрая, с утолщенными складками, на стенке желудка множественные разнокалиберные выбухания, точечные кровоизлияния различной давности.

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 X 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.

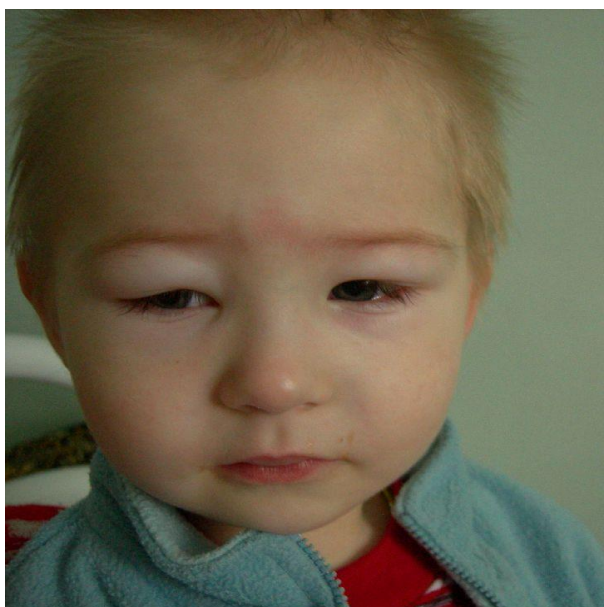


Рис. 1.40.

Ответ № 40

1. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его.

Хронический гломерулонефрит, смешанная форма, период обострения, ХПН.

Для смешанной формы хронического гломерулонефрита характерны: стойкая артериальная гипертензия, массивные отеки, протеинурия более 2-3 г/л в сутки, гиперхолестеринемия, прогрессивный характер течения заболевания.

2. Опишите этиологию и патогенез основных симптомов заболевания.

Этиология. Инфекционные факторы развития ХГН: микробные возбудители (β -гемолитический стрептококк, стафилококк, возбудители туберкулеза и др.); вирусные: (вирусы гриппа, ЦМВ, гепатитов В и С, герпеса, Эпштейн-Барра, кори, краснухи). *Механические и физические воздействия:* травма, инсоляция, переохлаждение. *Аллергические и токсические воздействия:* аллергия (особенно пищевая), лекарственные факторы (препараты ртути, йода, золота, пенициллин, наркотики, сульфаниламиды), вакцинации.

От 15 до 26,3% больных с ХГН имели в анамнезе ОГН. В последние годы установлена связь между определённым фенотипом HLA-системы и формированием ХГН.

Патогенез. В патогенезе ХГН играют роль: генетическая предрасположенность; сочетание нескольких факторов риска; приобретенные дефекты иммунной системы. Провоцируют проявления клинических и параклинических признаков воспаления в почках повторные охлаждения, вакцинации, вирусные и бактериальные инфекции, гепатит В, β -гемолитический стрептококк, хронический сепсис, малярия и др.

Чаще всего развиваются изменения по III типу аллергической реакции с образованием циркулирующих иммунных комплексов (ИК), которые откладываются в клубочках. После образования ИК в реакцию вступает комплемент и различные его фракции. Депозиты ИК могут располагаться в различных отделах капиллярах клубочка. Отсюда формируются разные типы нефрита и морфологические изменения. В процессе удаления ЦИКов из организма образуется ряд медиаторов, способствующих фагоцитозу и их перевариванию. Если ЦИКов много развивается их повреждающее действие.

ЦИКи повреждают ткань почки, активируют медиаторы воспаления – *гуморальные* (систему комплемента, коагуляцию, кинины, метаболиты арахидоновой кислоты) и *клеточные* (нейтрофилы, тромбоциты, моноциты, макрофаги, лимфоциты).

Прогрессирование ГН является следствием нарушенного взаимодействия между собственными клетками клубочка и клетками пришедшими в клубочек. Активированные моноциты и макрофаги выделяют биологически активные вещества, метаболиты O_2 , коллагеназу, которые повреждают ткани. Прогрессированию гломерулонефрита способствуют: иммунные механизмы, системная и внутрпочечная гипертензия, ишемия почки, протеинурия, гиперлипидемия, гиперкальциемия, гиперфосфатемия, высокобелковая диета.

Воспалительная реакция в почках происходит с пролиферацией (гиперклеточность) и расширением мезангиального матрикса. Накопление гломерулярного матрикса при длительном течении ГН сопровождается склерозированием и облитерацией клубочка. Склеротические изменения в интерстиции повышают постгломерулярное сопротивление кровотоку, уменьшают почечный кровоток, повышают внутриканальцевое гидростатическое давление и тем самым снижают почечную фильтрацию. Хемокины, эндотелин привлекают в интерстициальное пространство макрофаги и другие клетки воспаления, факторы фиброгенеза, что ведет к интерстициальному фиброзу.

3. Проведите дифференциальный диагноз различных форм заболевания.

Признак	Форма ХГН		
	Гематурическая	Нефротическая	Смешанная
Умеренные отеки	– (редко)	Не характерны	Могут быть
Выраженные отеки	Нет	Характерны	Характерны
Протеинурия до 1-2 г/л	Редко	Не характерно	Может быть
Протеинурия более 2-3 г/л	Нет	Характерно	Характерно
Повышение АД	Не характерно	Не характерно	Характерно
Гематурия	Характерна	Нет	Характерно
Течение	Рецидивы	Рецидивы	Прогрессиентное, ХПН
Гиперлипидемия	Не характерна	Характерна	Часто встречается

4. Какая необходима диета при обострении данного заболевания?

Диета при ХГН: Стол № 7, ограничение жидкости, поваренной соли, количества белка. При малосимптомном течении болезни ограничения режима диеты нецелесообразны.

5. Назначьте лечение.

Лечение. Госпитализация в специализированное отделение. Постельный режим. Стол № 7. Курантил по 1 т 3 раза в день. Преднизолон 2 мг/кг (6 таб. в 7 утра, 2 т в 11 ч, 2 т 13 ч.). Аспаркам по 1т 3 раза в день. Гепарин 300 ЕД 4 раза п/к; фуросемид 1-2 мг/кг 1-2 раза в сутки; каптоприл 1-2 мг/кг/сутки.

6. Каков прогноз данного заболевания?

Прогноз заболевания неблагоприятный (жизненный, для выздоровления, по развитию осложнений). Ближайший прогноз относительно благоприятный.

7. Показания к гемодиализу.

Показания к заместительной почечной терапии: СКФ более 10,5 мл/мин \times 1,73 м²; наличие симптомов уремии, рефрактерных отеков, тяжелого ацидоза, нарушений свертывания крови, выраженной БЭН.

Рис. 1.40. Отечный синдром.

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 ветрянную 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 1мин. 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 + 2см 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., **БАКТ- 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 X 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



Рис. 1.41.

Ответ № 41

1. Сформулируйте клинический диагноз.

Острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом, период начальных проявлений, с нарушением функции почек.

2. Этиология, патогенез заболевания и основного синдрома.

Этиология ОГН инфекционная. Заболевание вызывают вирусные болезни (австралийский антиген, инфекционный мононуклеоз, ЦМВИ, Вирус Коксаки В₄); бактериальные болезни (подострый бактериальный эндокардит, стрептококковая, стафилококковая инфекция, брюшной тиф); паразитарные болезни (малярия, шистосомоз, токсоплазмоз).

ОПСГН возникает после стрептококковых заболеваний (ангина, импетиго, скарлатина, рожа, лимфаденит и др.). Заболевание вызывают нефритогенные штаммы β-гемолитического стрептококка группы А (1, 2, 4, 12, 18, 25, 49 и др. типы). Этиология ОПСГН подтверждается высевом из очага стрептококка, обнаружением в крови антигенов и антител – АСО, антигиалуронидазы, антистрептокиназы.

Патогенез ОПСГН предусматривает образование иммунных комплексов, состоящих из противострептококковых антител и стрептококков. В иммунных реакциях принимают участие комплемент, пропердин, медиаторы воспаления, факторы клеточного иммунитета. В результате активации свертывающей системы развивается локальный ДВС-синдром.

Главными следствиями развившегося воспалительного процесса в почках являются снижение клубочковой фильтрации, и формирование основных синдромов ОПСГН – мочевого, отечного и гипертензионного.

Макрогематурия развивается за счет повышения сосудистой, капиллярной и тканевой проницаемости, активации гиалуронидазы, приводящей к деполимеризации гиалуроновой кислоты, входящей в состав основного вещества соединительной ткани и межклеточного вещества стенки сосудов – per diapedesum эритроциты проникают в мочу, затем в процесс вовлекаются свертывающие системы тромбоцитов (их агрегация) и

плазменные факторы (фактор XII, Хагемана), разворачивается местный ДВС-синдром, приводящий к макрогематурии.

Повышение артериального давления в своей основе имеет активацию ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, что приводит к усилению секреции АДГ гипофиза, что лежит в основе увеличения ОЦК.

Отеки при ОПСГН развиваются за счет стимуляции альдостерона, под действием которого увеличивается реабсорбция и задержка в организме натрия, воды. В развитии отеков также имеет значение повышение сосудистой и тканевой проницаемости за счет воспаления.

Накопление натрия в сосудистом русле повышает осмолярность плазмы, что способствует повышению секреции АДГ и повышению к нему чувствительности дистальных канальцев и большей задержки воды и развитию гиперволемии. Дополнительному увеличению содержания натрия в организме способствует увеличение содержания ангиотензина II и альдостерона.

Важное значение имеет активация кинин-каллекриновой системы, что приводит к повышению сосудистой проницаемости и выходу жидкости из крови в тканевое пространство, с перераспределением жидкости и скоплением ее в рыхлой клетчатке.

Патогенез быстро возникающих нефротических отеков включает первичную задержку натрия и воды, активацию каллекриинкининовой системы и гиалуронидазы с тотальным повышением сосудистой проницаемости с последующим выходом жидкой части крови в межтканевое пространство.

При медленно возникающих отеках развивается повреждение клубочка, которое приводит к протеинурии, снижению коллоидно-осмотического давления плазмы за счет уменьшения объема циркулирующей крови. Увеличение реабсорбции натрия, повышение секреции АДГ (вазопрессина) приводит к задержке воды в организме (в сосудистом русле) в результате чего развивается гиперволемия и увеличение жидкости в интерстициальном пространстве.

3. Назначьте лечение.

Лечение. Госпитализация в специализированный стационар. Постельный режим. Стол № 7. Преднизолон 2 мг/кг в сутки. Аспаркам 1/2 т 3 раза в день. Альмагель по 1 мерной ложке 3 раза в день за 30 мин до еды.

4. Диета при данном заболевании.

Диета при ОГН: стол № 7, ограничение жидкости, поваренной соли, количества белка. При малосимптомном течении болезни ограничения режима диеты нецелесообразны.

5. Патогенетическая терапия.

Патогенетическая терапия ОГН зависит от формы заболевания. При нефротическом синдроме она представлена преднизолоном и реже цитостатиками (при гормонорезистентности). При нефритическом синдроме: курантил, гепарин, никотиновая кислота, эуфиллин, трентал.

6. Побочные действия гормональной терапии.

Побочные действия гормональной терапии: задержка натрия и воды, выведение калия, остеопороз, выведение кальция, миопатия, поражение ССС, стероидные язвы, стероидный диабет, синдром Кушинга, активация инфекции.

7. Прогноз заболевания.

Прогноз: благоприятный (жизненный и по выздоровлению), высокий риск развития осложнений гормонотерапии.

Рис. 1.41. Отечный синдром.

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 – $312 \times 10^9/л$, 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., **БАКТ- 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 X 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?

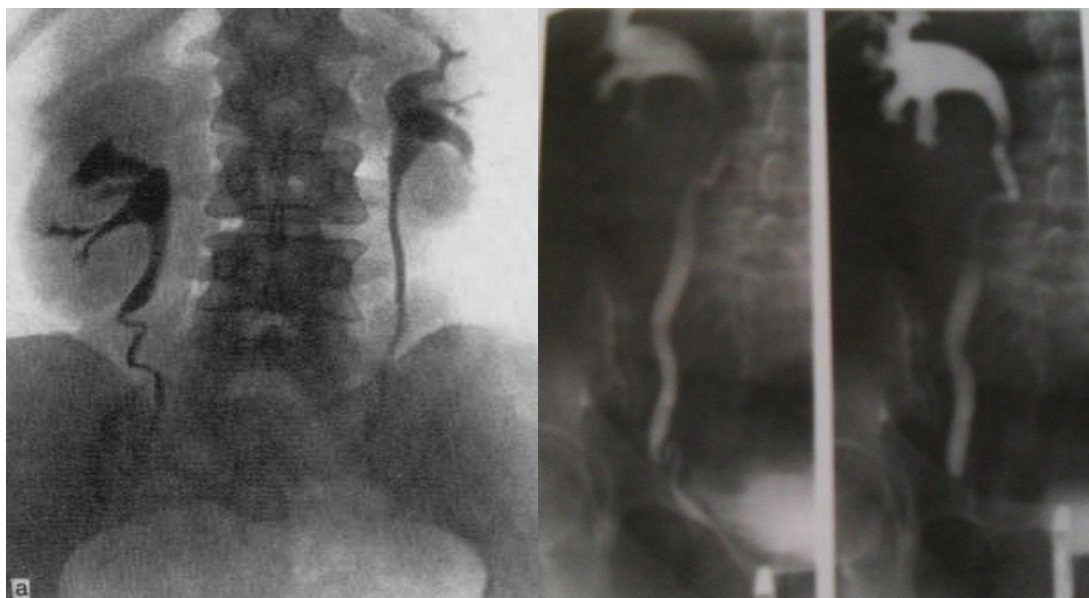


Рис. 1.42.

Рис. 2.42.

Ответ № 42

1. Сформулируйте клинический диагноз.

Острый вторичный пиелонефрит (на фоне расширения мочеточников, S-образный изгиб и сужение правого мочеточника на уровне II и III поясничных позвонков), активная стадия, ПН 0.

2. Каковы этиологические факторы возникновения данного заболевания?

Основной возбудитель ПН – кишечная палочка (до 90%). Грамположительная флора – в 8,4%, смешанная – у 12-25% больных. Изучается роль хламидийной инфекции, уреаплазмы, микоплазмы в развитии ПН. Вирусная инфекция способствует обострению персистирующей бактериальной инфекции. При длительной антибактериальной терапии возможна грибковая этиология ПН.

3. Основные патогенетические звенья заболевания.

Этапы патогенеза пиелонефрита

1-й этап. Преморбидный – пребывание уропатогенов в исходном биотопе, накопление в организме потенциальных возбудителей инфекции.

2-й этап. Транслокации – миграция уропатогенов в почки. Преодоление микроорганизмами иммунобиологических барьеров хозяина, прорыв микрофлоры в кровяное русло, лимфоток → гематогенная, лимфогенная диссеминация, заканчивающаяся инфицированием почки.

3-й этап. Колонизация – заселение уропатогенами почек.

4-й этап. Альтерация – инициация воспалительного процесса в почках (клиника воспаления). Продукция бактериями гистоповреждающих субстанций.

5-й этап. Санация – элиминация уропатогенов из почек, или этап персистенции.

В 80% случаев ПН развивается на фоне аномалии верхних и нижних мочевых путей при нарушении уродинамики.

4. Какие дополнительные исследования необходимо провести ребенку?

Обследование необходимо дополнить: морфология мочевого осадка, СРБ, мочевиная кислота крови, антибиотикограмма, определение креатинина, экскреция аммиака, титруемая кислотность мочи, исследование ритма и объема спонтанных мочеиспусканий, УЗИ мочевой системы, консультация гинеколога и уролога.

5. Назначьте лечение больному.

Лечение: госпитализация, постельный режим, стол № 7. Цефотаксим 100 мг/кг в/м 2 раза в сутки. Амикацин 7,5 мг/кг в/м 2 раза в сутки. Дезинтоксикационная терапия (30 мл/кг в сутки с включением реополиглюкина, 10% р-ра глюкозы).

6. Какая диета необходима больному?

Диета. При экстрауренальных проявлениях ПН диета должна быть с ограничением белка (до 1,5/кг) и натрия хлорида (2-3 г/сут.). Показан дополнительный прием жидкости:

- до 7 лет – 500-700 мл;
- 7-10 лет – 700-1000 мл;
- старше 10 лет – 1,0-1,5 л – клюквенный или брусничный морс, отвар из сухих яблок и груш.

Рекомендуется прием слабощелочных минеральных вод (типа Славяновской, Смирновской) из расчета 2-3 мл/кг массы на прием в течение 20 дней, 2 курса в год.

При ликвидации экстрауренальных симптомов используют диету с некоторым ограничением животных белков и жиров, исключением экстрактивных веществ, ограничением масла.

Важно соблюдение режима «регулярных» мочеиспусканий (через 2-3 часа в зависимости от возраста).

7. Возможные исходы заболевания?

Исходы заболевания зависят в первую очередь от возможности хирургической коррекции обструкции мочевых путей. Важное значение имеет адекватная антибактериальная терапия с соблюдением оптимальной длительности лечения (6-8 недель), назначение противорецидивного лечения и т. д.

Рис. 1.42. 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.

Рис. 2.42. Цистография. Правосторонний пузырно-мочеточниково-лоханочный рефлюкс 4 степени.

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 про 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 X 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?



Рис. 1.43.

Ответ № 43

1. Сформулируйте клинический диагноз.

Нейрогенная дисфункция мочевых путей по гиперрефлекторному типу. Вторичный энурез.

2. Оцените результаты проведенных исследований.

Результаты проведенных обследований: *общий анализ крови* – N; *общий анализ мочи* – N; *исследование мочи на степень бактериурии*: недостоверная бактериурия; *цистография* – признаки гиперрефлекторного мочевого пузыря; *УЗИ мочевого пузыря* – признаки гиперрефлекторного мочевого пузыря; *биохимические исследования*: *общий белок* – N; *мочевина* – N, *креатинин* – N.

3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Дифференциальный диагноз: гипорефлекторный мочевой пузырь, первичный энурез, стрессовое недержание мочи.

4. Назначьте лечение пациенту.

Тренировка мочевого пузыря, парафиновые аппликации на низ живота, Дриптан 3 мг 2 раза в сутки, глютаминовая кислота 0,25 г 2 раза в день. Пантогам 0,25 г 3 раза в день.

5. Какие рекомендации по амбулаторному лечению необходимо дать больному?

Рекомендации по амбулаторному лечению: физиолечение (электропроцедуры) каждые 2-4 месяца; иммунокорректирующие препараты (при частых ОРВИ) Тактивин (по схеме), нуклеинат натрия и др.

Рис. 1.43. Цистография. Нейрогенная дисфункция мочевых путей по гиперрефлекторному типу.

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 1 физиологически протекавшей беременности, 1 срочных физиологических родов. Рос и развивался согласно возрастк. Привит по календарю. Перенесла корь, коклюш, коревую краснуху. ОРВИ перенсит 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.



Рис. 1.44.

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?

Ответ № 44

1. Сформулируйте клинический диагноз.

Интерстициальный токсико-аллергический нефрит, активность 2 ст, с нарушением функции почек.

2. Укажите предположительную этиологию заболевания.

Причина заболевания: прием парацетамола или диклофенака.

3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?

Дополнительные исследования: УЗИ мочевыделительной системы, определение максимальной реабсорбции глюкозы; определение максимальной реабсорбции фосфатов; определение реабсорбции аминокислот; определение реабсорбции воды; секреторная проба с фенолрот.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

Признак	Интерстициальный нефрит	Пиелонефрит
Этиология	Часто медикаменты. Аллергия	Кишечная палочка
Диурез	Характер олигурия	Встречается редко
Относительная плотность мочи	Характерно снижение	Снижение при ХПН
Лейкоцитурия	Лимфоцитарная	Нейтрофильная
Наличие урообструкции	Не характерно	Характерно
Достоверная бактериурия	Не характерно	Характерно
Лихорадка	Редко	Характерно

5. Назначьте лечение.

Лечение. Гипоаллергенная диета. Фуросемид 1-2 мг/кг. Эуфиллин 2,4% р-р в/в по 10% растворе глюкозы в дозе 4 мг/кг. Фитотерапия (мать-и-мачеха, череда, мята).

6. Какой прогноз заболевания в данном случае?

Прогноз благоприятный.

Задача 1. Крапивница



На приеме больная В., 7 лет, с жалобами на зудящую волдырную сыпь на теле и местный отек кисти.

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

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

Наследственный анамнез: у отца бронхиальная астма.

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

1. Поставьте клинический диагноз в соответствии с МКБ 10
2. Укажите наиболее частые причины заболевания
3. Каков патогенез заболевания?
4. Оцените активность заболевания в соответствии со шкалой UAS
5. Какие диагностические исследования необходимо провести?
6. Определите тактику неотложной специализированной помощи с учетом действующих клинических рекомендаций
7. Определите дальнейшую тактику ведения пациента

Задача 2. Атопический дерматит



На амбулаторном приеме ребёнок 6 месяцев.

Жалобы: сыпь на теле с зудом в течение 2-3 недель, мокнутие и корочки на лице. Ребенок находится на смешанном вскармливании с 4 месяцев.

Мать ребенка придерживается диеты, не ест ярко окрашенные продукты, острое, сладкое, употребляет много овощей, говядину, молочные продукты.

Смешанное вскармливание осуществляется адаптированной молочной смесью на основе коровьего молока для детей старше 6 месяцев. Введена молочная каша в качестве прикорма, кроме того ребёнок получает фруктовые пюре (яблоко, чернослив, груша).

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

Диурез адекватен, стул неустойчивый: чередуются запоры и диарея.

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

Общ. IgE – 240 ЕД/мл. Определяется высокий уровень специфического IgE к белку коровьего молока.

1. Поставьте предварительный клинический диагноз в соответствии с МКБ 10
2. Укажите вероятную этиологию заболевания
3. Представьте современный иммунопатогенез заболевания
4. Дайте определение понятия «Атопический марш»
5. Укажите принципы диагностики заболевания
6. Дайте диетические рекомендации матери и ребенку
7. Определите принципы лечения заболевания с учетом действующих клинических рекомендаций

Задача 3. Бронхиальная астма



На приеме ребенок 8 лет

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

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

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

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

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

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

Рентгенография ОГП: изменения по обструктивному типу.

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

Спирометрия: ОФВ₁ – 70%, прирост ОФВ₁ после ингаляции с сальбутамолом на 20%. Общ. IgE – 750 ЕД/мл. Определяется значительно высокий уровень IgE к домашней пыли.

1. Поставьте предварительный клинический диагноз в соответствии с МКБ 10
2. Перечислите клинические симптомы, позволяющие заподозрить заболевание
3. Какие инструментальные и лабораторные данные подтверждают диагноз?
4. Представьте современный иммунопатогенез заболевания
5. Назначьте базисную терапию ребенку в соответствии с действующими клиническими рекомендациями
6. Существует ли патогенетическое лечение заболевания?
7. Укажите принципы дальнейшего ведения пациента

Задача 4. Аллергический ринит



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

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

Анамнез жизни: на первом году жизни атопический дерматит, пищевая аллергия. До 4-х лет – рецидивирующий обструктивный бронхит. Лекарственную, инсектную аллергию отрицает.

Наследственный анамнез: у матери аллергический контактный дерматит.

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

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

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

1. Поставьте предварительный клинический диагноз в соответствии с МКБ 10
2. Укажите клинические и лабораторные признаки, позволяющие заподозрить заболевание.
3. Какие лабораторные и инструментальные исследования следует назначить больному на этапе специализированной медицинской помощи?
4. Назовите наиболее распространенные причинно-значимые факторы в развитии заболевания.
5. Представьте патогенез заболевания.
6. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
7. Назначьте лечение с учетом действующих клинических рекомендаций и протоколов лечения.

Задача 5. Анафилактический шок



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

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

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

Объективно: кожа бледная, влажная, акроцианоз, гипергидроз ладоней. Тургор тканей сохранен. Мышечный тонус несколько снижен. Над легкими выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 48'. Тоны сердца приглушены, учащены до 120', АД 75\45 мм. рт. ст. Живот мягкий, малоболлезненный в эпигастрии. Непроизвольного отделения мочи нет.

1. Поставьте предварительный клинический диагноз в соответствии с МКБ 10
2. Перечислите ключевые симптомы, позволяющие заподозрить заболевание
3. Какие механизмы участвуют в развитии патологического состояния?
4. Назовите возможные клинические варианты заболевания
5. Какие лабораторные исследования необходимо провести?
6. Каков алгоритм неотложной помощи пациенту в соответствии с действующими клиническими рекомендациями?
7. Каковы принципы дальнейшего ведения ребенка?

Задача 6. ТКИД (Тяжелый комбинированный иммунодефицит)



Мальчик Д., 4 мес., родился доношенным. До 2-х мес. развивался нормально, в последующем стали беспокоить частые респираторные инфекции, рецидивирующий кандидоз слизистых ротовой полости, периодически – диарея. В течение 2-х недель повышение температуры до 38,5 °С, кашель. Госпитализирован.

Объективно: Пониженного питания, дефицит массы 20%. Кожные покровы бледные, элементы пятнисто-папулезной сыпи на конечностях. Периферические лимфоузлы не пальпируются. При аускультации дыхание жесткое, мелкопузырчатые хрипы. ЧД-72'. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС- 130'. Живот вздут, печень +4 см. Стул жидкий, со слизью.

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

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

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

1. Поставьте предварительный клинический диагноз в соответствии с МКБ 10
2. Представьте этиопатогенез заболевания
3. Перечислите клинические симптомы, позволяющие заподозрить заболевание

4. Какие лабораторные данные подтверждают диагноз?
5. Какие оппортунистические инфекции могут развиваться у пациента?
6. Уточните этиологию сыпи
7. Каковы принципы лечения заболевания в соответствии с клиническими рекомендациями?
8. Каков прогноз заболевания?

Задача 7. Атаксия-телеангиэктазия (Луи-Бар)



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

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

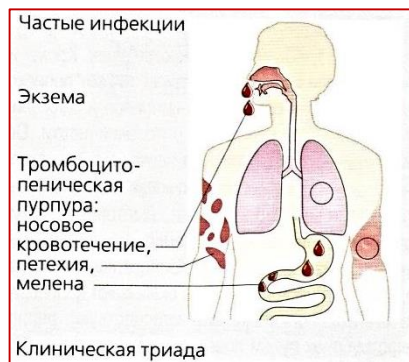
НС: признаки мозжечковой атаксии, косоглазие, скандированная речь, снижение сухожильных рефлексов. На рентгенограмме ОГП – признаки хронической пневмонии.

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

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

1. Поставьте предварительный клинический диагноз в соответствии с МКБ10
2. Представьте этиопатогенез заболевания
3. Перечислите клинические симптомы, позволяющие заподозрить заболевание.
4. Какие лабораторные данные подтверждают диагноз?
5. Какова причина неврологических нарушений у пациента?
6. Развитие каких инфекций и опухолей наиболее вероятно у пациента?
7. Перечислите принципы лечения заболевания в соответствии с клиническими рекомендациями.
8. Каков прогноз заболевания?

Задача 8. Синдром Вискотта-Олдрича



Мальчик С., 2 года. Родился в срок, с массой 3100 г. С первых дней жизни петехиальные кровоизлияния на лице. С 3-х недель повторные респираторные инфекции, диарея с примесью крови, кровоизлияния в кожу при небольших травмах. С 3-х мес. распространенная форма атопического дерматита. На 2-м году жизни – петехии, экхимозы, носовые кровотечения, перенес гнойный отит, пневмонию, дважды – гемоколит.

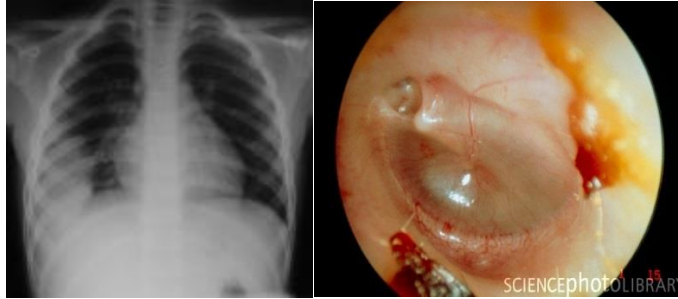
Объективно: m – 11 кг, кожа бледная, петехии от 3 до 5 мм на лице, туловище, конечностях, гематома на левой голени. Распространенные элементы эритематозно-сквамозного атопического дерматита. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД-48'. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС-118'. Живот вздут, печень +2,5 см. Стул 4 р/сут, слизь, прожилки крови.

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

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

1. Поставьте предварительный клинический диагноз в соответствии с МКБ 10
2. Представьте этиопатогенез заболевания
3. Перечислите клинические симптомы, позволяющие заподозрить заболевание
4. Какие лабораторные данные подтверждают диагноз?
5. Развитие каких инфекций и опухолей наиболее вероятно у пациента?
6. Оцените риск развития аутоиммунных заболеваний
7. Каковы принципы лечения заболевания с учетом действующих клинических рекомендаций?
8. Каков прогноз заболевания?

Задача 9. ОВИН (Общая переменная иммунная недостаточность)



Девочка М., 14 лет, поступила в клинику с острой долевой пневмонией и опоясывающим лишаем. В течение года у ребенка 3 эпизода гнойного среднего отита, дважды госпитализирована по поводу пневмонии, периодически – неустойчивый стул. Семейный анамнез без особенностей.

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

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

1. Поставьте предварительный клинический диагноз в соответствии с МКБ 10
2. Дефект каких иммунных факторов характерен для данного заболевания?
3. Перечислитестораживающие признаки заболевания
4. Какие оппортунистические инфекции развиваются у пациентов?
5. Развитие каких аутоиммунных заболеваний вероятно у ребенка?
6. Каковы принципы лечения с учетом действующих клинических рекомендаций?
7. Какие вакцины запрещено использовать у ребенка?
8. Каков прогноз заболевания?

Задача 10. Селективный дефицит IgA

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

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

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

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

1. Поставьте предварительный клинический диагноз в соответствии с МКБ 10
2. Дефект каких иммунных факторов характерен для данного заболевания?
3. Перечислите клинические симптомы, позволяющие заподозрить заболевание

4. Назовите 3 лабораторных критерия, подтверждающие диагноз
5. Перечислите варианты течения заболевания
6. Каковы принципы лечения заболевания с учетом действующих клинических рекомендаций и протоколов лечения?
7. Каков прогноз заболевания?

Задача 11. ЧБД



На приеме ребенок 3,5 года.

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

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

Индивидуальный аллергоанамнез: отрицает. НВПС – сыпь.

В быту: условия удовлетворительные.

Вакцинирован по национальному календарю прививок.

Семейный анамнез не отягощен.

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

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

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

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

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

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

Задание

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

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

Задача 1

Ребенок 5 лет проснулся ночью от боли в животе без четкой локализации. Дважды была рвота съеденной пищей. Утром вялый, отказывается от еды, жалуется на боль в правой половине живота, стула не было в течение 2-х суток. Температура – 38° С. Пульс – 120 в мин. Зев спокойный. Язык обложен у корня белым налетом. Живот не вздут, при пальпации напряжен и болезненный по правому флангу. Симптом Щеткина-Блюмберга сомнительный.

Задание

1. Предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Тактика участкового педиатра.
4. Тактика дежурного хирурга.

Задача 2

На прием в поликлинику к участковому педиатру обратился мальчик 12 лет с жалобами на “тянущие” боли внизу живота, больше справа. Заболел 4 дня назад. Тошноты, рвоты, нарушений стула не было. Температура тела выше 37,2° С не повышалась. При обследовании в правой подвздошной области пальпируется плотное неподвижное опухолевидное образование размером 10 × 8 см с нечеткими границами, умеренно болезненное. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. В других отделах живот мягкий безболезненный.

Общий анализ крови: WBC – $9,0 \times 10^9$ /л;

Задание

1. Предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика в условиях поликлиники и стационара.
3. Лечебная тактика.

Задача 3

В детское отделение поступил ребенок 1 года через 4 часа от начала заболевания. Направлен участковым педиатром с диагнозом: инвагинация кишок. Заболевание началось внезапно среди полного здоровья и проявляло себя беспокойным поведением ребенка, которое чередовалось со “светлыми” промежутками, однократно был жидкий стул без патологических примесей.

Задание

1. Какие еще клинические признаки могут свидетельствовать в пользу кишечной инвагинации?
2. С чем наиболее часто приходится дифференцировать это заболевание?
3. Какие методы дополнительного исследования при этом являются ведущими?
4. Лечебная тактика при установлении диагноза.

Задача 4

У ребенка 7 лет внезапно появились сильные схваткообразные боли в животе, была многократная рвота с примесью желчи, осмотрен врачом-педиатром через 3 часа от начала заболевания. При осмотре состояние средней тяжести, стонет от боли, поджимает ноги к животу. Пульс – 90 ударов в минуту, удовлетворительных свойств. Температура тела нормальная. При аускультации сердца и легких без особенностей. Живот умеренно вздут в мезогастрии, больше слева, где четко определяется видимая перистальтика кишки и положительный симптом Валя. При пальпации – выраженная болезненность в нижних отделах при относительно мягком животе. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. В правой подвздошной области – старый послеоперационный рубец. Со слов матери, в возрасте 4-лет оперирован по поводу флегмонозного аппендицита, осложненного перитонитом.

Задание

1. Диагноз.
2. Объем дополнительных исследований при поступлении в стационар.
3. Лечебная тактика.

Задача 5

В приемный покой ЦРБ доставлена девочка 7 лет через полчаса после автомобильной катастрофы. Дежурным врачом заподозрен разрыв полого органа брюшной полости. Состояние ребенка крайне тяжелое, выражены признаки шока.

Задание

1. На основании каких клинических признаков дежурный врач мог заподозрить разрыв полого органа брюшной полости?
2. Каковы дополнительные методы диагностики?
3. Лечебная тактика.

Задача 6

В приемное отделение доставлен ребенок 8 лет с жалобами на боли в животе, рвоту. Два часа назад упал с высоты 3-х метров на твердый предмет.

Задание

1. Ваш диагноз.
2. Уточните дополнительные способы диагностики.
3. Необходимо ли оперативное лечение, и в каком объеме?

Задача 7

Девочка 4-х лет жалуется на сильную боль в заднем проходе во время дефекации. Последние порции кала окрашены алой кровью. Отмечается склонность к запорам.

Задание

1. Предварительный диагноз.
2. Какие исследования подтвердят его?
3. Лечебная тактика.

Задача 8

В приемное отделение районной больницы машиной скорой помощи доставлена девочка 3-х лет. Со слов матери, около часа назад у ребенка на фоне полного здоровья была однократная обильная рвота малоизмененной кровью со сгустками, после чего состояние резко ухудшилось, появились слабость, чувство жажды, кожные покровы приобрели бледно-желтую окраску. Из перенесенных заболеваний отмечает гнойный омфалит, гематогенный остеомиелит правого плеча на первом месяце жизни. Состояние ребенка расценено как тяжелое. Выражены внешние признаки

анемии. Пульс – 140 в мин. АД – 70/30 мм рт ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны, на верхушке слабый систолический шум. При аускультации легких с обеих сторон чистое везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах слева. Живот несколько увеличен в размерах, при пальпации мягкий, безболезненный. Нижний край печени не пальпируется. Селезенка на 3см выступает из подреберья, край её плотный.

Задание

1. Какова наиболее вероятная причина кровотечения, и что является его источником?
2. Какими дополнительными методами исследования можно установить этиологический диагноз? Какова лечебная тактика?
3. Последовательность диагностических и лечебных мероприятий.
4. Лечебная тактика.

Задача 9

В детское хирургическое отделение поступил ребенок на 5 сутки после рождения, состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, выражены явления обезвоживания. Рвота после первых 2-х кормлений большим количеством желудочного содержимого с примесью желчи. Стул был в 1-е сутки, в дальнейшем стула не было. Живот не вздут, несколько выбухает в эпигастрии, после рвоты западает. При пальпации – мягкий, безболезненный. Температура тела – 37,7° С.

Задание

1. Предположительный диагноз.
2. Какие нужно провести дополнительные исследования для подтверждения диагноза?
3. Сроки и методы предоперационной подготовки.
4. Принципы хирургического лечения.

Задача 10

Мальчик 2-х мес. поступил в детское хирургическое отделение в тяжелом состоянии, с резко выраженными явлениями обезвоживания и гипотрофии. С 4-недельного возраста у ребенка отмечается рвота «фонтаном» створоженным молоком. До этого имели место упорные срыгивания, постепенно перешедшие в рвоту после каждого приема пищи. Масса тела при рождении – 3,5 кг, при поступлении – 2,8 кг. Живот запавший, при пальпации – мягкий безболезненный. Положительный симптом «песочных часов». Стул скудный 1 раз в сутки. Мочится редко небольшими порциями.

Задание

1. Предположительный диагноз.
2. План обследования.
3. Наиболее информативные методы диагностики.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Продолжительность и характер предоперационной подготовки.
6. Принцип хирургического лечения.

Задача 11

У мальчика 6 месяцев с рождения периодически отмечается обильная рвота 2-4 раза в сутки большим количеством желудочного содержимого. Рвотные массы интенсивно окрашены желчью. Приступы рвоты сопровождаются значительной потерей массы тела – на 300-400 г в сутки. Во время приступа ребенок ведет себя беспокойно, сучит ножками, принимает коленно-локтевое положение. Эпизоды рвоты заканчиваются также внезапно, как и появляются, после чего ребенок начинает прибавлять в весе. При осмотре состояние средней тяжести. Умеренно выражены признаки гипотрофии и обезвоживания. Вес при рождении – 3400 г, при поступлении – 5600 г. При физикальном исследовании легкие и сердце без особенностей. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, патологические образования не прощупываются. Печень у края реберной дуги мягко-эластической консистенции. Селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам. Мочится редко, моча внешне не изменена.

Задание

1. Возможные причины синдрома рвоты у данного ребенка.
2. План обследования.

3. Какие рентгенологические признаки будут указывать на нарушение проходимости начальных отделов ЖКТ?
4. Тактика педиатра при подтверждении диагноза высокой кишечной непроходимости.
5. Тактика детского хирурга

Задача 12

В приемный покой детского хирургического отделения поступил ребенок на 3 сутки после рождения. Состояние ребенка тяжелое, кожные покровы с землистым оттенком, выраженные явления интоксикации, многократная рвота кишечным содержимым, $t - 38,7^{\circ}\text{C}$, живот вздут, при пальпации напряженный и болезненный во всех отделах. Отмечаются пастозность и гиперемия передней брюшной стенки. Стула не было с момента рождения.

Задание

1. Предположительный диагноз.
2. Какие нужно провести дополнительные исследования для уточнения диагноза?
3. Принципы предоперационной подготовки и хирургического лечения.

Задача 13

У ребенка 10 мес. с рождения отмечаются затруднения в отхождении стула и газов. Последние 2 месяца стул удается получить только после очистительной клизмы. Ребенок ослаблен, масса тела – 8000 гр. Кожа и видимые слизистые бледны. Грудная клетка укорочена, живот увеличен в размерах, по флангам распластан, напоминает “лягушачий”. При пальпации положительный симптом “глины”.

Задание

1. Предположительный диагноз.
2. План обследования.
3. План лечения.

Задача 14

Мальчик 12 лет во время игры в футбол сильно ушиб ногу, на следующий день резко повысилась температура до 39°C , появились жалобы на боли в правой ноге, невозможно пользоваться конечностью, общее недомогание. Объективно: в верхней трети правой голени определяется припухлость кожи, в этом месте она слегка гиперемирована, резко болезненна при пальпации. Активные и пассивные движения в правом коленном суставе вызывают сильную боль.

Задание

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика участкового педиатра и врача скорой помощи.
3. Методы исследования, подтверждающие диагноз.
4. Принципы лечения и диспансеризации.

Задача 15

Ребенок 3-х мес. поступил в клинику с высокой температурой - до 39°C , признаками интоксикации. Со слов матери, заболевание началось сутки назад с подъема температуры тела, однократной рвоты, вялости, отказа от еды, беспокойства при пеленании. При осмотре выявлены припухлость, гиперемия и деформация правого коленного сустава, местное повышение температуры. Пальпация ножки и пассивные движения в суставе вызывают плач и беспокойство ребенка.

Задание

1. Предположительный диагноз.
2. Методы исследования для подтверждения диагноза.
3. Лечебные мероприятия, принципы диспансеризации.

ОРТОПЕДИЯ

Задача № 1

Мальчик 5 лет, 2 часа назад упал с качелей. Жалуется на боль в правом локтевом суставе. Сустав резко отёчен. Активные движения в суставе отсутствуют. Пассивные – резко ограничены

из-за боли. Движения и чувствительность в пальцах кисти не нарушены. Нарушен треугольник Гютера. АД – 90/50 мм рт. ст.

Задание

1. Диагноз.
2. Диагностические мероприятия.
3. Нужна ли при этом иммобилизация, и какой вид её наиболее приемлем?
4. Какие клинические признаки отличают надмышцелковые от чрезмышцелковых переломов?
5. Выбор метода лечения.
6. Способ обезболивания.
7. Способ иммобилизации.
8. Сроки иммобилизации.
9. Возможные осложнения.
10. Восстановительное лечение.

Задача № 2

Ребёнок 4-х лет, поступил в клинику с жалобами на нарушение походки. Родился в срок, с массой тела 3200 г; вскармливание искусственное. Ходить начал в 1 год 4 мес. До поступления в стационар не лечился.

Рост и развитие соответствуют возрасту. Ходит, покачиваясь из стороны в сторону. Пассивные и активные движения в тазобедренных суставах в полном объёме. Ограничено только отведение бёдер. Усилен поясничный лордоз, симптом Тренделенбурга положительный с обеих сторон. Абсолютная и относительная длина нижних конечностей одинакова. Отмечается выстояние больших вертелов.

Задание

1. Предположительный диагноз.
2. Какая патология тазобедренных суставов может давать аналогичную клиническую картину?
3. Что, по своей сути, представляет «утиная походка»?
4. Механизм возникновения симптома Тренделенбурга.
5. Как изменяется относительная и абсолютная длина нижних конечностей при односторонней патологии?
6. Дополнительные методы исследования.
7. Схема Омбредана.
8. Выбор метода лечения.
9. Возможные осложнения и их профилактика.
10. Обосновать необходимость и продолжительность диспансерного наблюдения

Задача № 3

Осмотр ребёнка в родильном доме. Жалобы на беспокойство ребёнка при пеленании, обильные срыгивания. Родился с массой тела 4000 г. Роды трудные с разрывом промежности. Предлежание головное.

При пальпации отмечается болезненность в шейном отделе позвоночника.

Задание

1. Предполагаемый диагноз.
2. Перечислить ранние симптомы натальной травмы шейного отдела позвоночника.
3. Перечислить симптомы последствий натальной травмы шейного отдела позвоночника.
4. Обосновать необходимость консультации «узких» специалистов.
5. Выбор метода лечения у данного больного.
6. Сроки иммобилизации.
7. Укладки при функциональной рентгенографии шейного отдела позвоночника при его нестабильности.
8. Объяснить патогенез синдрома вертебральной артерии при последствиях натальной травмы позвоночника.
9. Обосновать необходимость и сроки диспансерного наблюдения.

Задача № 4

На приёме у ортопеда девочка 12 лет предъявила жалобы на боли в нижней трети бедра. Боли неострые, усиливающиеся при физической нагрузке и к вечеру. В последнее время боли начали беспокоить ребёнка по ночам.

Локально: мягкие ткани в нижней трети бедра не изменены. При пальпации отмечаются умеренная болезненность по внутренней поверхности метафиза бедра, крепитация. Ортопед направил ребёнка на госпитализацию в ортопедическое отделение.

Задание

1. Предполагаемый диагноз.
2. Метод исследования.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Диспансерное наблюдение

Задача № 5

Девочка 8 лет, во время пожара выпрыгнула из окна 2 этажа. Сознания не теряла, встать не смогла из-за боли в левой голени. При осмотре общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Пульс 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 90/60 мм рт. ст. Моча не изменена. Левая голень деформирована в средней трети, имеется симптом патологической подвижности. На левом бедре имеются участки покраснения кожи с образованием эпидермальных пузырей.

Задание

1. Предположительный диагноз.
2. Неотложная помощь.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Тактика лечения.
5. Диспансерное наблюдение, прогноз для жизни и здоровья.

РЕАНИМАЦИЯ

Задача 1

Мальчик 10 лет при купании в озере стал тонуть.

Анамнез заболевания: был поднят спасателем со дна водоема через 3 минуты в состоянии клинической смерти. После успешной первичной реанимации возобновлены дыхание и сердечная деятельность. В сознание не приходил. К моменту прибытия реанимационной бригады службы "Скорой помощи" дыхание у ребенка стало kloкочущим, с частотой 48 в минуту.

Status praesens: ребенок без сознания. Периодически наблюдаются судороги с преобладанием клонического компонента. Зрачки несколько расширены, реакция на свет определяется. Корнеальный, глоточный и болевой рефлексы сохранены. Кожа и слизистые бледные. При аускультации над легкими масса влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 100 уд/мин, АД – 80/40 мм рт. ст.

Задание

1. Диагноз.
2. Неотложные мероприятия.
3. Дальнейшая тактика.
4. Условия транспортировки.
5. Нарушение функции какой системы имеет ведущее значение в изменении состояния ребенка?
6. Вероятный прогноз.
7. Отличие в характере развертывания поражения органов и систем детского организма в зависимости от варианта утопления (в пресной или морской воде).
8. При каком уровне артериального давления введение лазикса не будет иметь эффекта?

Задача 2

Вызов бригады "Скорой помощи" в детский сад. У девочки 4 лет среди полного здоровья во время обеда внезапно появились сухой, навязчивый кашель и одышка.

Анамнез заболевания: ребенок никакими бронхолегочными заболеваниями не страдает.

Status praesens: ребенок в сознании, беспокойный, вдох резко затруднен. Над легкими перкуторный звук не изменен. Дыхание поверхностное, равномерно проводится с обеих сторон. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС – 100 уд/мин, АД – 95/55 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Во время осмотра состояние девочки резко ухудшилось, вдох стал прерывистым, судорожным, быстро нарастает цианоз. Иностранного тела в ротоглотке не видно.

Задание

1. Диагноз.
2. Неотложные мероприятия.
3. Дальнейшая тактика.
4. Условия транспортировки.
5. Где расположена крикотиреоидная связка, и каково ее значение?
6. Противопоказания для проведения трахеостомии.
7. Тип острой дыхательной недостаточности в данном случае.
8. Ориентировочный диаметр эндотрахеальной трубки в данном возрасте.

Задача 3

Вызов бригады "Скорой помощи" к подростку 14 лет на дискотеку. Жалобы на острые боли за грудиной, в животе, головную боль.

Анамнез заболевания: установлено, что друзья мальчика употребляют амфетамины, а ему впервые перед дискотекой предложили таблетку "Адама".

Status praesens: мальчик возбужден, ориентация нарушена, зрачки расширены. Кожные покровы бледные, гипергидроз. Слизистые сухие. Дыхание – до 44 в минуту, проводится равномерно, хрипы не выслушиваются. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс более 180 уд/мин. АД – 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Задание

1. Диагноз.
2. Неотложные мероприятия бригады скорой помощи.
3. Дальнейшая тактика.
4. Условия транспортировки.
5. Что такое амфетамины? Их основные характеристики.
6. Ведущий патологический синдром.
7. Каковы вероятные поражения органов и систем у данного пациента в связи с развивающейся симптоматикой?
8. В наблюдении каких врачей-специалистов нуждается ребенок?

Задача 4

Вызов бригады "Скорой помощи" к мальчику 15 лет.

Анамнез заболевания: при самостоятельном спуске с горы зимой получил травму ноги, в связи с чем ночь провел вне лыжной базы. Найден спасателем утром.

Status praesens: резко заторможен. Температура тела – 32°C. Кожные покровы и слизистые бледные. Мышечная дрожь. Одышка, с частотой дыхания 36 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс – 120 уд/мин, АД – 80/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги. Деформация и гематома в нижней трети правой голени. Отек и затвердение тканей в области обеих ступней с потерей чувствительности.

Задание

1. Диагноз.
2. Неотложные мероприятия.
3. Дальнейшая тактика.
4. Условия транспортировки.
5. Совокупность каких климатических факторов способствует снижению температуры тела ниже нормы?

6. Введение каких лекарственных препаратов показано при тяжелых степенях общего переохлаждения у детей вне зависимости от клинической симптоматики?
7. Какие методы согревания противопоказаны при замерзании?
8. Критерии эффективности реанимационных мероприятий при замерзании у детей.

Задача 5

Мальчик 3 лет.

Анамнез заболевания: предположительно за 60 минут до прибытия машины "Скорой помощи" съел неизвестное количество таблеток. Родители, обратив внимание на заторможенность и неадекватное поведение ребенка, вызвали "скорую помощь".

Status praesens: общее состояние тяжелое. Сомнолентность, оценка по шкале Глазго – 10 баллов. Зрачки сужены. Периодически судороги с преобладанием клонического компонента. Кожные покровы и склеры глаз гиперемированы. Носовое дыхание затруднено. Дыхание поверхностное с частотой 40 в минуту. Аускультативно на фоне легочного дыхания выслушивается небольшое количество хрипов проводного характера. Тоны сердца резко ослаблены. Пульс слабого наполнения и напряжения с частотой 60 уд/мин. АД – 70/20 мм рт. ст. Живот мягкий. Печень +1 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Не мочился. При дополнительном сборе анамнеза выяснено, что бабушка ребенка страдает гипертонической болезнью, применяет для лечения нифедипин и резерпин.

Задание

1. Диагноз.
2. Неотложная помощь.
3. Дальнейшая тактика лечения.
4. Условия транспортировки.
5. К каким фармакологическим группам относятся нифедипин и резерпин? Их действие.
6. Что такое шкала Глазго? Для чего она применяется?
7. Возможно ли проведение методики форсированного диуреза для удаления всосавшегося яда у данного пациента на догоспитальном этапе?
8. Возможные последствия для жизни и здоровья ребенка.

Задача 6

Вызов реанимационной бригады службы "Скорой помощи" на дорожно-транспортное происшествие. Мальчик 9 лет.

Анамнез заболевания: сбит автомашиной при переходе улицы.

Status praesens: общее состояние крайне тяжелое. Заторможен. Оценка по шкале Глазго – 12 баллов. Обильное носовое кровотечение. Обширная ссадина в области левой скуловой кости. Выраженная деформация 6-7-8 ребер слева и гематома в этой области. Деформация и обширная гематома в средней трети бедра справа. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Дыхание поверхностное с частотой 44 в минуту. При аускультации легких дыхание слева не проводится. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Перкуторно границы абсолютной сердечной тупости смещены вправо. Пульс слабого наполнения и напряжения с частотой 140 в минуту. АД – 70/20 мм рт. ст. Живот несколько напряжен, имеется выраженная болезненность в области печени и в правой подвздошной области. Моча окрашена кровью.

Задание

1. Диагноз.
2. Неотложные мероприятия.
3. Какую диагностическую процедуру необходимо провести незамедлительно?
4. Дальнейшая тактика.
5. Условия транспортировки.
6. Противопоказания для применения наркотических анальгетиков при данном виде шока у детей.
7. Ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть состояния у данного пациента.
8. Прогноз для жизни и здоровья ребенка.

Задача 7

Вызов бригады "Скорой помощи" к мальчику 6 лет, вынесенному спасателем из горящей квартиры.

Status praesens: общее состояние тяжелое, ребенок без сознания. Оценка комы по шкале Глазго – 8 баллов. Эритема кожных покровов, вишневая окраска слизистых. Поверхностные ожоги кожи лица, обгоревшие брови и ресницы. Имеется спазм жевательной мускулатуры. Одышка смешанного характера: при преобладании затруднения вдоха выявляется ослабление дыхательных шумов над легкими, над всеми легочными полями выслушиваются сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 140 уд/мин. АД – 80/40 мм рт. ст. Живот мягкий. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. **Задание**

1. Диагноз.
2. Неотложная помощь.
3. Дальнейшая тактика лечения.
4. Условия транспортировки.
5. Ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть состояния пациента.
6. Профилактика токсического отека легких у данного пациента.
7. Укажите ведущее лечебное мероприятие при отравлении угарным газом на догоспитальном этапе.
8. Каков прогноз для жизни и здоровья ребенка?

Задача 8

К мальчику 3 лет вызвана бригада "Скорой помощи". 20 минут назад появились жалобы на беспокойство, резкую головную боль, затруднение дыхания, сыпь по всему телу с зудом.

Анамнез заболевания: ребенок болен в течение 2 дней двусторонней пневмонией. Участковый врач было накануне и назначил ампициллин внутримышечно. Первая инъекция препарата была сделана за 30 минут до прибытия бригады "Скорой помощи". В возрасте 2 лет ребенок болел острым гнойным отитом, лечился оспеном, на который была реакция в виде кратковременной аллергической сыпи.

Status praesens: ребенок заторможен. На коже лица, туловища, конечностей – уртикарная сыпь на бледном фоне. Холодный липкий пот. Затруднен выдох, частота дыхания 56 минут. Аускультативно дыхание проводится равномерно с обеих сторон, рассеянные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. Перкуторно – звук с коробочным оттенком. Границы сердца не расширены, тоны приглушены. Пульс нитевидный с частотой 160 уд/мин. АД – 60/20 мм рт. ст. Живот доступен пальпации, умеренная болезненность без определенной локализации. Печень +1 см из-под края реберной дуги. В течение последнего часа мочеиспускания не было.

Задание

1. Диагноз.
2. Первая врачебная помощь.
3. Дальнейшая тактика лечения.
4. Условия транспортировки.
5. Определите клинический вариант течения данного вида острой анафилаксии.
6. Какие виды трансфузионных растворов не рекомендуется применять в данном случае?
7. Как Вы будете дозировать скорость введения противошоковых растворов в данном случае? Сколько капель в 1,0 мл?
8. Какие мероприятия необходимо провести до прибытия врача?

Задача 9

Вызов врача "неотложной помощи" в 4 часа утра к мальчику 4 лет. Жалобы: повышение температуры до 38,5°C, насморк, "лающий" кашель, осиплость голоса, затрудненное, шумное дыхание.

Анамнез жизни: до настоящего времени ребенок рос и развивался соответственно возрасту. Острыми заболеваниями болел не более 2-3 раз в год. В 1,5 года перенес обструктивный бронхит. На первом году жизни страдал пищевой аллергией в виде атопического дерматита. На диспансерном учете не состоит. Организованный коллектив не посещает.

Анамнез заболевания: ребенок заболел остро, накануне. Заболевание началось с лихорадки, сухого кашля, насморка, ухудшения самочувствия.

Status praesens: ребенок возбужден. Кожа чистая, на лице румянец. Слизистые чистые, зев гиперемирован. Периодически появляется цианоз носогубного треугольника. Небные миндалины

II степени. Из носовых ходов серозное отделяемое. Дыхание затруднено, шумное, вдох слышен на расстоянии, отмечается "лающий" кашель, осиплость голоса. Выраженное участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, западение уступчивых мест грудной клетки. Тоны сердца громкие, ритмичные, шумов нет. ЧДД – 35 уд/мин. ЧСС – 126 уд/мин. АД – 85/45 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненности нет. Печень +1 см из-под края реберной дуги.

Задание

1. Диагноз.
2. Неотложная помощь.
3. Показания к назначению глюкокортикоидов.
4. Показания для проведения коникотомии.
5. Дальнейшая тактика врача.
6. Нужна ли госпитализация? Если да, что каковы условия транспортировки?
7. Тип острой дыхательной недостаточности в данном случае.
8. Какие осложнения угрожают ребенку?

ФТИЗИАТРИЯ

Задача № 1

Девочка 1 года 9 месяцев.

Анамнез жизни: ребенок от IV беременности, 4-х преждевременных родов. Беременность у матери протекала с токсикозом и нефропатией. Девочка родилась на 33-й неделе беременности. Масса при рождении – 1500 г, оценка по Апгар – 3/5 баллов. В период новорожденности находилась в отделении недоношенных. Выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение невропатолога по месту жительства. Вакциной БЦЖ не вакцинирована. Перенесла ОРВИ в 10 и 11 месяцев.

Анамнез заболевания: перед вакцинацией БЦЖ поставлена реакция Манту с 2ТЕ ППД-Л – в 1 год и 4 мес. – папула 8 мм. Обследована по поводу положительной реакции Манту. При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки выявлены изменения в легких, ребенок консультирован в противотуберкулезном диспансере, сделан Диаскинтест – 15 мм. рекомендована госпитализация в специализированный стационар. При обследовании окружения ребенка – у отца был выявлен инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого, фаза распада МБТ+ (открытая форма).

Status praesens: состояние средней тяжести. Температура тела – 36,7° С. Масса тела – 9100 г. Выражены симптомы интоксикации, симптомы лимфоаденопатии. В легких выслушивается жесткое дыхание, перкуторно – над легкими ясный легочный звук, частота дыхания – 34 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, частота сердечных сокращений – 132 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Со стороны других органов отклонений не выявлено.

Общий анализ крови: WBC – $7,4 \times 10^9$ /л, RBC – $3,5 \times 10^{12}$ /л, HGB – 103 г/л, LYM – 28%, EO – 1%, MON – 2%, NEUT – 69% (П – 1%, С – 68%); СОЭ – 5 мм/ч.

Общий анализ мочи: CLA – Clear, pH – 5.0, GLU – neg, PRO – следы, S.G – 1022, BLd – neg, LEU – 3-5 в п/зр., эпителий – в значительном количестве.

Рентгенограмма органов грудной клетки: справа определяется инфильтративно-ателектатическое затемнение с четкими границами, расширение тени средостения вправо за счет увеличенных всех групп лимфоузлов с нечеткими контурами и слева инфильтративное изменение в области бронхопульмональных лимфоузлов.

Задание

1. На основании каких признаков можно заподозрить туберкулез?
2. Проанализируйте данные лабораторных показателей, рентгенограммы органов грудной клетки и наметьте план дополнительного обследования.
3. Оцените показатели туберкулиновых проб и дайте заключение.
4. Сформулируйте клинический диагноз.
5. Назначьте лечение.
6. Методы профилактики туберкулеза у детей и подростков.
7. Какие мероприятия необходимо проводить после выписки ребенка из стационара?

Задача № 2

Девочка 6 месяцев.

Анамнез жизни: девочка от II нормально протекавшей беременности, вторых срочных родов. Вес при рождении – 3000 г. Длина – 50 см. Закричала не сразу, крик слабый. Выявлена опухоль носоглотки. Вакцинация БЦЖ не проводилась.

Лечилась в хирургическом отделении детской больницы, где удалена параганглиома носоглотки. Вскармливалась искусственно. Росла и развивалась соответственно возрасту.

Анамнез заболевания: в 3-месячном возрасте появился кашель на фоне субфебрильной температуры. Амбулаторное лечение без эффекта.

Госпитализирована в детскую больницу. В течение 1,5 месяца проводилось лечение по поводу пневмонии: гентамицином, линкомицином, эритромицином.

При рентгенологическом исследовании динамики не отмечено.

Консультирована фтизиатром и переведена в специализированный стационар.

Status praesens: состояние тяжелое. Температура тела – 36,6°С. Масса тела – 5500 г. Кожные покровы бледно-серые, периоральный, периорбитальный цианоз. Синдром лимфоаденопатии. ЧДД – 80 уд/мин. Втяжение уступчивых мест грудной клетки. Перкуторно – над правым легким притупление легочного звука, над левым – коробочный звук. При аускультации справа – бронхиальное дыхание, слева – жесткое. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. ЧСС – 160 уд/мин. Живот вздут. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, селезенка выступает из-под края реберной дуги на 5 см. Со стороны других органов патологии не обнаружено.

Общий анализ крови: WBC – $8,6 \times 10^9$ /л, RBC – $3,5 \times 10^{12}$ /л, HGB – 90 г/л, LYM – 31%, MON – 11%, EO – 1%, NEUT – 56% (П – 10%, С – 46%), ЦП – 0,9, СОЭ – 3 мм/ч.

Общий анализ мочи: COLOR – Yellow, CLA – Clear, pH – 5,0, S.G – 1018, GLU – neg, PRO – neg, BLd – neg, LEU – 2-3 в п/зр.

Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л – 12 мм с некрозом.

Рентгенограмма органов грудной клетки: инфильтративная тень в области корня правого легкого с четкими краями, увеличение всех групп лимфоузлов справа, слева корень также расширен.

Задание

1. На основании каких признаков можно заподозрить специфическое поражение легких?
2. Проанализируйте данные лабораторных показателей, рентгенограммы органов грудной клетки и наметьте план дополнительного обследования.
3. Оцените показатели туберкулиновых проб и дайте заключение.
4. Сформулируйте клинический диагноз.
5. Назначьте лечение.
6. Какие мероприятия необходимо проводить после выписки ребенка из стационара?
7. Профилактика туберкулеза у детей и подростков.

Задача № 3

Девочка 11 месяцев.

Анамнез жизни: девочка от II нормально протекавшей беременности, роды со стимуляцией. Масса тела при рождении – 3500 г, длина тела – 53 см. На третьи сутки ребенок переведен из роддома в психоневрологическое отделение с судорожным синдромом. Выписана через 1 месяц. Вакцинация БЦЖ не проводилась. Отмечено отставание в физическом и психомоторном развитии. Перенесла в 6 месяцев ОРВИ, в 8 месяцев – ветряную оспу.

Отец ребенка умер от легочного кровотечения, на секции установлен диагноз туберкулез – деструктивная форма.

Анамнез заболевания: как контактный осмотрен фтизиатром и рекомендована госпитализация в специализированный стационар. За две недели до госпитализации появился кашель, периодические подъемы температуры до 38,8° С.

Status praesens: состояние средней тяжести. Т – 36,6° С, вес – 8500 г, рост – 79 см. Выражены симптомы интоксикации и лимфоаденопатии. ЧДД – 28 уд/мин. При перкуссии легких – притупление перкуторного звука справа над областью проекции верхней доли. Там же при аускультации – ослабленное дыхание, единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 124 уд/мин. Печень выступает ниже реберного края на 2,5 см. Селезенка на 1,5 см, безболезненные, плотно эластичные.

Общий анализ крови: WBC – $8,6 \times 10^9$ /л, RBC – $3,5 \times 10^{12}$ /л, HGB – 90 г/л, LYM – 31%, MON – 11%, EO – 1%, NEUT – 56% (П – 10%, С – 46%), ЦП – 0,9 %, СОЭ – 3 мм/ч., плазматические клетки – 1%.

Общий анализ мочи: CLA – Clear, pH – 5.0, GLU – neg, PRO – следы, S.G – 1018, BLd – neg, LEU – 2-3 в п/зр.

Реакция Манту с 2ТЕ ППД-Л – 12 мм с некрозом.

Рентгенограмма органов грудной клетки: определяется затемнение верхней доли правого легкого за счет слияния очагов, с размытыми контурами, неомогенной структуры, увеличение всех групп лимфоузлов. В левом легком в нижней доле также определяется затемнение с участками просветления и участками повышенной интенсивности.

Задание

1. На основании каких признаков можно заподозрить туберкулез?
2. Проанализируйте данные лабораторных показателей, рентгенограммы органов грудной клетки и наметьте план дополнительного обследования.
3. Оцените показатели туберкулиновых проб и дайте заключение.
4. Сформулируйте клинический диагноз.
5. Назначьте лечение.
6. Методы профилактики туберкулеза у детей и подростков.
7. Какие мероприятия необходимо проводить после выписки ребенка из стационара?

Задача № 4

Мальчик 11 месяцев. Поступил в детское отделение инфекционной больницы.

Анамнез жизни: ребенок от 2-й беременности, протекавшей с токсикозом, роды на 38-й неделе. Масса тела – 3350 г, рост – 50 см. Приложен к груди на 1-е сутки. На естественном вскармливании до 5 мес.

Вакцинация БЦЖ-М в роддоме, рубчик отсутствует.

Анамнез заболевания: с 2-месячного возраста стал часто болеть, плохая прибавка в весе. Получал лечение симптоматическими средствами, но без эффекта. Резкое ухудшение состояния: частый кашель, рвота, понос, температура тела до 38°C. В тяжелом состоянии поступил в детское отделение инфекционной больницы с явлениями острого нарушения дыхания 2 степени, лечение: инфузионная терапия, гентамицин, цефамезин – без эффекта. Консультирован фтизиатром и был переведен в специализированный стационар.

Status praesens: состояние тяжелое. Температура тела 37,6°C. Вес – 6 кг, окружность головы – 43,5 см. Положение вынужденное. Голова запрокинута. Сознание сохранено. Выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы бледные. Подкожно-жировой слой отсутствует. Синдром лимфоаденопатии. Влажный кашель. Одышка – 65 уд/мин, втяжение уступчивых мест грудной клетки. Перкуторно над легкими справа – коробочный звук, слева – притупление над верхней долей. Слева на фоне ослабленного дыхания выслушиваются сухие и разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 120 в минуту. Живот вздут. Печень выступает из-под края реберной дуги на 7,5 см, селезенка выступает из-под края реберной дуги на 4 см.

Неврологический осмотр: определяются менингеальные симптомы. Большой родничок 2 × 2 см, не выбухает, не пульсирует. Правая глазная щель сужена, опущен левый угол рта. Спастическая гемиплегия слева. Сухожильные рефлексы вызываются, брюшные рефлексы вялые.

Общий анализ крови: WBC – $7,2 \times 10^9$ /л, RBC – $3,3 \times 10^{12}$ /л, HGB – 100 г/л, LYM – 31%, MON 14%, EO – 1%, NEUT – 54% (П – 7%, С – 47%), ЦП – 0,9 %, СОЭ – 25 мм/ч.,

Общий анализ мочи: pH – 5.0, GLU – neg, PRO – 0,165г/л, S.G – 1011, BLd – 20-39 в п/зр., LEU – 30-40 в п/зр.

Рентгенограмма органов грудной клетки: по всем легочным полям мелкоочаговые тени, имеющие тенденцию к слиянию в верхних долях обоих легких, инфильтративная тень в области 1, 2, 3 сегментов левого легкого с участками просветления, увеличение всех групп лимфоузлов с обеих сторон в фазе инфильтрации.

Задание

1. На основании каких признаков можно заподозрить туберкулез?
2. Проанализируйте данные лабораторных показателей, рентгенограммы органов грудной клетки и наметьте план дополнительного обследования.
3. Оцените показатели туберкулиновых проб и дайте заключение.
4. Сформулируйте клинический диагноз.

5. Назначьте лечение.
6. Пути профилактики туберкулеза у детей и подростков.
7. Какие мероприятия необходимо проводить после выписки ребенка из стационара?

Задача № 5

Мальчик 13 лет, направлен в противотуберкулезный диспансер с интоксикационным синдромом неясного генеза.

Анамнез заболевания: Заболел около 3-х мес. назад, когда появились головная боль, слабость, повышение температуры, утомляемость.

Обследовался у ревматолога, оториноларинголога, нефролога, эндокринолога, диагноз оставался неясным. Терапевтом проведен 2-месячный курс неспецифической антибактериальной и десенсибилизирующей терапии по поводу инфекционно-аллергического состояния, без эффекта. Жалобы на постоянную субфебрильную температуру, слабость и повышенную утомляемость сохранялись.

Ревакцинирован БЦЖ в 7 лет – имеется рубчик.

Status praesens: кожные покровы чистые, бледные. Пальпируются лимфатические узлы (шейные, подмышечные и паховые). Они плотно – эластические, размерами 0,4 – 0,6 см. Выявлено укорочение перкуторного легочного звука в паравerteбральных зонах.

Общий анализ крови: WBC – $12 \times 10^9/\text{л}$, HGB – 109 г/л, NEUT – 54% (П – 10%, С – 44%), СОЭ – 28 мм/ч.

На прямой обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: обнаружены увеличение левого корня легкого за счет поражения внутригрудных лимфатических узлов и ограниченное затемнение верхней доли левого легкого.

Реакция на пробу Манту с 2ТЕ – инфильтрат диаметром 10 мм. Предыдущие туберкулиновые пробы отрицательные.

Задание

1. На основании каких признаков можно заподозрить туберкулез органов дыхания?
2. Проанализируйте данные лабораторных показателей, рентгенограммы органов грудной полости и наметьте план дополнительного обследования.
3. Сформулируйте клинический диагноз и дайте его обоснование.
4. Назначьте лечение.
5. С каким заболеванием проводим дифференциальную диагностику?
6. Прогноз и тактика ведения больного после выписки.
7. Методы профилактики туберкулеза у детей и подростков.

Задание по вакцинации

Составьте индивидуальный график вакцинации

Задача 1

На приеме ребенок 2,5 месяца. В анамнезе перинатальное поражение ЦНС, лечился в ОПН в течение 1 месяца. Сделаны V1,2 ВГ-В, V1 БЦЖ-М по календарю. В возрасте 2 месяцев осмотрен неврологом. Диагноз: гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, синдром двигательных нарушений, восстановительный период. Составьте план профилактических прививок этому ребенку до 2 лет.

Задача 2

Ребенок в возрасте 1 месяца. Родился от 3 беременности, перенес гемолитическую болезнь новорожденного, желтушную форму. Не привит. Состояние удовлетворительное. В 1 месяц консультирован неврологом: гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, синдром ВЧГ стадия компенсации. Составьте план профилактических прививок этому ребенку до 2 лет.

Задача 3

На приеме ребенок 1 года 3 мес. С 6 мес. - пищевая аллергия с преимущественным преобладанием респираторного синдрома. На первом году закончены вакцинации БЦЖ-М, АКДС, против полиомиелита, ВГ-В, реакция Манту – сомнительная. Составьте план профилактических прививок этому ребенку до 7 лет.

Задача 4

Ребенок в возрасте 3 месяцев. С 2,5 месяца переведен на искусственное вскармливание, появилась сыпь. Установлен диагноз: атопический дерматит, младенческая форма, стадия обострения. V₁ БЦЖ-М и V₁ ВГ-В сделаны в роддоме, V₂ ВГ-В в 1 месяц. Составьте план профилактических прививок этому ребенку до 2 лет.

Задача 5

На приеме мальчик 12 мес. Вакцинальные комплексы БЦЖ-М, АКДС, вакцина против полиомиелита, ВГ-В закончены на первом году жизни. Консультирован неврологом в 11 месяцев, диагноз – гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, гипертензионно-гидроцефальный синдром стадия компенсации, поздний восстановительный период. На УЗИ головного мозга – множественные петрификаты, расширение боковых желудочков головного мозга. Составьте план профилактических прививок этому ребенку до 7 лет.

Задача 6

Мальчик 6 месяцев. В течение 1 месяца лечился в ОПН по поводу гнойно-воспалительного заболевания кожи (внутриутробное инфицирование). На момент осмотра – БЦЖ-М нет, V_{1,2} ВГ-В сделаны в возрасте 1 и 2 месяцев, V_{1,2} АКДС и ИПВ сделаны в срок. Составьте план профилактических прививок этому ребенку до 2 лет.

Задача 7

Мальчик 4 месяцев. На 1 месяце жизни лечился в ОПН, затем в течение 1 месяца - в неврологическом отделении с диагнозом: гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, судорожный синдром, grand mal. Последний эпизод афебрильных судорог в 2 мес. Не привит. В настоящее время получает противосудорожные препараты. Невролог: противопоказаний к вакцинации нет. Составьте план профилактических прививок этому ребенку до 2 лет.

Задача 8

Ребенок в 6 месяцев перенес легкую форму кишечной инфекции невыясненной этиологии. До этого возраста сделаны V₁ БЦЖ-М, V_{1,2} АКДС, V_{1,2} ИПВ, V_{1,2} ВГ-В. Составьте план профилактических прививок этому ребенку до 2 лет.

Задача 9

Девочка двух лет. Относится к группе часто болеющих детей, основная причина – хронический аденоидит. До 1 года БЦЖ-М, АКДС, вакцина против полиомиелита, ВГ-В. Рубчика от БЦЖ-М нет. Составьте план профилактических прививок этому ребенку до 7 лет.

Задача 10

На приеме ребенок 12 месяцев, здоров. В роддоме сделана V₁ БЦЖ-М. Родители отказывались от проведения вакцинации до 12 мес. Составьте план профилактических прививок этому ребенку до 7 лет.

Задача 11

Ребенку 3 мес., находится в детском доме. В роддоме сделана V₁ БЦЖ-М, V₁ ВГ-В. В возрасте 1 мес. перенес пневмонию, фебрильные судороги, в 2 мес. – ОРВИ. Осмотрен неврологом: ПЭП, синдром внутричерепной гипертензии, ст. компенсации. Составьте план профилактических прививок этому ребенку до 2 лет.

Задача 12

На приеме ребенок 4 месяцев, здоров. Не привит в связи с отказом родителей. Составьте план профилактических прививок этому ребенку до 2 лет.

Задача 13

На приеме ребенок 4 месяцев. В 3,5 мес. - афебрильные судороги. Обследован у невролога, выставлен диагноз ПЭП: судорожный синдром. Получает противосудорожные препараты. Вакцинирован: V₁ БЦЖ-М, V_{1,2} ВГ-В, V₁ АКДС, V₁ ИПВ. Составьте план профилактических прививок этому ребенку до 2 лет.

Задача 14

На приеме ребенок 10 мес, здоров. В роддоме сделана V₁ БЦЖ-М. Далее не вакцинирован в связи с отказом родителей. В 6 мес перенес кишечную инфекцию, на введение амикацина - аллергическая сыпь. Составьте план профилактических прививок этому ребенку до 2 лет.

Задача 15

Ребенку 4 года, из семьи беженцев. Со слов матери, не вакцинирован. Составьте план профилактических прививок этому ребенку до 14 лет.

Задача 16

На приеме ребенок 12 мес. Страдает атопическим дерматитом. На момент осмотра единичные пятнисто-папулезные элементы сыпи на щеках. При попытке ввести в питание белок куриного яйца в 10 мес развился анафилактический шок. Вакцинирован по индивидуальному календарю: в роддоме - V₁ БЦЖ-М, V₁ ВГ-В, 4 мес - V₁ «Превенар», V₂ ВГ-В, в 6 мес. - V₁ «Пентаксим», V₂ «Превенар», Составьте план профилактических прививок этому ребенку до 7 лет.

Задача 17

На приеме ребенок 1 года 6 мес. Вакцинирован: V₁ БЦЖ-М, V_{1,2} ВГ-В, V₁ АКДС, V₁ ИПВ. После 4 мес. родители отказались от вакцинации. С 11 мес. ежемесячно ОРВИ. Последний раз перенес ОРВИ легкой степени тяжести 2 недели назад. Составьте план профилактических прививок этому ребенку до 7 лет.

Задача 18

У ребенка в 8 мес. выявлена гипогаммаглобулинемия. Вакцинирован: в роддоме - V₁ БЦЖ-М, V₁ ВГ-В, 2 мес. - V₁ «Превенар», V₂ ВГ-В, 4 мес. - V₁ «Пентаксим», V₂ «Превенар». Составьте план профилактических прививок этому ребенку до 2 лет.

Задача 19

Ребенку 2 мес. установлен диагноз: Перинатальная ВИЧ-инфекция. При иммунологическом обследовании отсутствует иммунодефицит, CD₄ больше 25%. Получает высокоактивную терапию (HAART). Не привит. Составьте план профилактических прививок этому ребенку до 2 лет.

Задача 20

Ребенку 3 лет установлен диагноз: бронхиальная астма, персистирующая, средней тяжести, контролируемая. Получает ингаляционные кортикостероиды в низких дозах в течении 3 мес. На первом году закончены вакцинации БЦЖ-М, АКДС, против полиомиелита, ВГ-В. Ревакцинация не была проведена в связи с частыми респираторными заболеваниями. Составьте план профилактических прививок этому ребенку до 7 лет.

Задача 21

Ребенок 12 мес. после ДТП получил переливание свежзамороженной плазмы. Ранее вакцинирован на календарю. Составьте план профилактических прививок этому ребенку до 7 лет.

Задача 22

Мальчик 6 лет, наблюдается по поводу гломерулонефрита с нефротическим синдромом, гормоночувствительный вариант с 5-летнего возраста, получал преднизолон, который отменен 6 месяцев назад. В настоящее время заболевание находится в стадии клинико-лабораторной ремиссии, без нарушения функции почек. До заболевания прививался по календарю, имеет законченные вакцинальные комплексы БЦЖ-М, АКДС, против полиомиелита, ВГ-В, RV₁ - АКДС, RV_{1,2} ОПВ. Составьте план профилактических прививок до 18 лет.

Задача 23

На приеме ребенок 4 лет. Наблюдается с рождения кардиологом с диагнозом ВПС: ДМПП, НК 2Аст. В 1 год было проведено оперативное лечение ВПС. Вакцинирован до 2 лет: БЦЖ-М, V_{1,2} ВГ-В, V_{1,2} АКДС и V_{1,2} ИПВ. Относится к группе часто болеющих детей. В 4 года консультирован кардиологом – ВПС: состояние после оперативного вмешательства ДМПП, НК 0. Составьте план вакцинации этому ребенку до 7 лет.

Задача 24

На приеме ребенок 2 месяцев. Родился на сроке 32 нед с массой 1900. ОПА 7-8. У матери во время беременности впервые выявлен HBsAg. Находился в отделении патологии новорожденных с диагнозом «Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС», выписан на 14 сутки. Вакцинирован: V_{1,2} ВГ-В. Наблюдается с диагнозом «Группа риска по HBV-инфекции», HBsAg отриц. Невролог «ПЭП, с двигательных нарушений, восстановительный период». Составьте план профилактических прививок этому ребенку до 2 лет.

