

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Тюменский государственный медицинский университет»

СБОРНИК СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ПО ПЕДИАТРИИ

Екатеринбург
Издательство УГМУ
2017

УДК 616.053.2
ББК 57.3
С232

*Печатается по решению
методической комиссии по специальности 31.05.02 Педиатрия
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России от 08.02.2017
(протокол № 5 от 08.02.2017)*

*Ответственный редактор
д-р мед. наук, проф. С. А. Царькова*

*Рецензент
д-р мед. наук, проф. И. В. Вахлова*

*Авторский коллектив:
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России:
проф. А.М. Чередниченко, проф. С.А. Царькова, проф. С.Н. Козлова,
проф. Н.А. Хрущева, доц. Н.Е. Громада, доц. А.В. Кияев, доц. Е.В. Савельева,
доц. Р.А. Ушакова, доц. Н.Д. Дашевская, доц. Ю.А. Трунова, асс. Ю.Л. Баженова.
ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России:
проф. А.Д. Петрушина, доц. Е.Е. Иванова, доц. С.А. Ушакова, доц. И.Д. Кайб,
доц. Л.А. Мальченко, асс. А.В. Шайтарова.*

С232 *Сборник ситуационных по педиатрии [Текст] / Под ред. С. А. Царьковой; ФГБОУ
ВО УГМУ Минздрава России. — Екатеринбург : Изд-во УГМУ, 2017 г. — 348 с.*

ISBN 978-5-89895-832-9

Ситуационные задачи предназначены для подготовки и проведения заключительного этапа сертификационного экзамена после освоения дополнительных образовательных программ. Сборник поможет провести самооценку уровня учебных достижений и корректировку собственных знаний, повысить мотивацию к освоению дополнительных профессиональных образовательных программ. Самопроверка профессиональных знаний окажет помощь при подготовке врача к очередной профессиональной аккредитации специалиста и повышению уровня квалификации врача-педиатра.

Ситуационные задачи могут быть использованы обучающимися по ООП ВО подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности «Педиатрия». Задачи позволят провести самооценку знаний углубленного содержания педиатрии как отрасли медицины. С помощью задач можно оценить как теоретические знания, так и готовность к выполнению основных трудовых функций и действий специалиста в области педиатрии.

Ситуационные задачи будут полезны и студентам медицинских вузов, позволят составить представление об объеме и глубине необходимых педиатру профессиональных знаний, выбрать материал для оценки собственных знаний, адекватных уровню освоения ими дисциплины или основных образовательных программ высшего образования по специальности «Педиатрия» в целом.

Ситуационные задачи являются междисциплинарным сборником, выполненным сотрудниками двух кафедр - кафедры поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России и кафедрой педиатрии института непрерывного профессионального развития ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России.

УДК 616.053.2
ББК 57.3

ISBN 978-5-89895-832-9

©УГМУ, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

НЕОНАТОЛОГИЯ.	5
ПАТОЛОГИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.	34
КАРДИОЛОГИЯ, РЕВМАТОЛОГИЯ.	66
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ	86
ГЕМАТОЛОГИЯ.	108
НЕФРОЛОГИЯ	118
ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ И ИММУНИТЕТ.	147
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ.	191
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ	217
ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПЕДИАТРИЯ.	224
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ	235

СОКРАЩЕНИЯ

АЛТ	аланинаминотрансфераза
АСЛО	антистрептолизин О
АСТ	аспартатаминотрансфераза
ГТПП	гамма-глутамил-транспептидаза
ИФА	иммуноферментный анализ
ОАК	общий анализ крови
ОАМ	общий анализ мочи
ПЦР	полимеразная цепная реакция
РНГА	реакция непрямой гемагглютинации
СРБ	С-реактивный белок
ЩФ	щелочная фосфатаза
аHAV	антитела к вирусу гепатита А
аНСV	антитела к вирусу гепатита С
АнтиНIV	антитела к вирусу иммунодефицита человека
Chl. pn.	<i>Chlamydomphila pneumoniae</i>
CMV	цитомегаловирус
DNA	ДНК
EBV EA IgG	антитела IgG к раннему антигену Эпштейн-Барр вируса
EBV NA IgG	антитела IgG к ядерному антигену Эпштейн-Барр вируса
EBV VCA IgM	антитела IgM к капсидному антигену Эпштейн-Барр вируса
HBV	вирус гепатита В
HCV	вирус гепатита С
HDV	вирус гепатита D
HGV	вирус гепатита G
HSV	вирус простого герпеса
Mycoplasma hom.	<i>Mycoplasma hominis</i>
RNA	РНК
ТОХО	токсоплазма
UREA	уреаплазма

НЕОНАТОЛОГИЯ

ЗАДАЧА 1

Мальчик, 7 дней, переведен в отделение патологии новорожденных с указанием на вялость, слабое сосание, срыгивания, повышение температуры до $37,8^{\circ}\text{C}$, отсутствие прибавки в массе.

Мать страдает хроническим пиелонефритом. Беременность вторая с гестозом I и II половины, роды II срочные с безводным периодом 10 ч. Родился с оценкой по шкале Апгар 6/8 баллов, массой 2800 г, длиной 50 см. Физиологическая убыль массы составила 300 г. Указанные ранее изменения отмечены с 5-го дня. На 7-й день повысилась температура.

При осмотре: состояние тяжелое. Кожа сероватого цвета. Из пупочной ранки — серозно-гнойное отделяемое. Пальпируются пупочные сосуды. В области левой ягодицы отмечается уплотнение и покраснение подкожно-жировой клетчатки размерами 5×5 см, с четкими краями, в течение нескольких часов площадь уплотнения значительно увеличилась в размерах. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ослаблены, ЧСС — 150 в 1 мин. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка у края реберной дуги. Стул с зеленью, разжижен, 2–3 раза в сутки. Анализ крови: эритроциты — $3,1 \times 10^9/\text{л}$, Нв — 105 г/л, цв. пок. — 0,85, лейкоциты — $18 \times 10^9/\text{л}$, э — 2%, п — 8%, сегм — 65%, л — 20%, мон — 5%, СОЭ — 34 мм/ч. Определяется токсическая зернистость нейтрофилов, плазматические клетки 2:100.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте диагноз.
2. Укажите необходимые дополнительные исследования.
3. Назначьте терапию больному.

ЗАДАЧА 2

У резус-положительной матери с группой крови 0 (I) родился мальчик резус-положительный с группой крови А (II) от первой

беременности, протекавшей без особенностей. Роды в срок, продолжительность 15 ч. Отхождение околоплодных вод за 2 часа до родов. Ребенок родился с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов, массой 3000 г, длиной 50 см. В середине вторых суток жизни появилось неинтенсивное окрашивание кожи в желтый цвет. На 4-й день желтуха усилилась, ребенок стал вялым, заметно снизился сосательный рефлекс, тонус мышц, сухожильные рефлексы.

Уровень билирубина — 300 мкмоль/л, реакция непрямая. Эритроциты — $4,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин — 130 г/л, цв. пок. — 0,9.

Ретикулоциты — 10%, лейкоциты — 18×10^9 /л, э — 2%, ю — 1%, п — 4%, с — 43%, л — 40%, м — 10%, СОЭ — 12 мм/час.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Перечислите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальный диагноз.
4. Выпишите рецепт на препарат, обладающий цитопротективным (цитозащитным) действием.

ЗАДАЧА 3

Мальчик родился от IV беременности, протекавшей с гестозом первой половины, 2-х родов, в срок, с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов, массой 3000 г, длиной 50 см, у матери резус-отрицательная кровь А (II) группы. От первых родов ребенок здоров, вторая и третья беременности закончились медицинским абортom.

Через 12 часов состояние ребенка тяжелое: желтушное окрашивание кожи, склер, вялость, срыгивания, снижение физиологических рефлексов и мышечного тонуса, приглушенные тоны сердца. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, селезенка — на 2 см, моча темного цвета. Кровь ребенка резус-положительная, группа А (II). Анализ крови: эритроциты — 4×10^9 /л, Нв — 140 г/л, ретикулоциты — 10%, цв. пок. — 1,0, лейкоциты — 26×10^9 /л, э — 0%, 6–0%, м — 1%, п — 14%, с — 50%, л — 25%, м — 8%, СОЭ — 12 мм/ч. Уровень непрямого билирубина — 310 мкмоль/л, общий билирубин — 330 мкмоль/л.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Перечислите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Какие специалисты должны осуществлять диспансерное наблюдение за этим ребенком после выписки из родильного дома?

ЗАДАЧА 4

Ребенок К., 5 дней, переведен в отделение патологии новорожденных из роддома с жалобами матери на желтушность кожи, снижение аппетита, отсутствие прибавки массы.

Из анамнеза известно, что на 3-й день жизни у ребенка появилась желтушность кожных покровов, что было расценено как физиологическая желтуха. В последующие дни стал вяло сосать, в массе не прибавил, желтушность кожи нарасла.

Родился от первой беременности. На 3-м месяце беременности мать перенесла острый бронхит. Масса при рождении 3200 г, длина тела 52 см. закричал сразу после рождения. Оценка по шкале Апгар — 7/8 баллов. К груди приложен через 2 часа. Пуповинный остаток в скобке, физиологическая потеря массы составила 10%.

При поступлении состояние тяжелое, вялый, высасывает по 30–40 мл грудного молока. Правильное телосложение. Масса 2900 г. Пуповинный остаток в скобке. Над легкими перкуторный легочный звук, аускультативно-пуэрильное дыхание. Границы сердца соответствуют возрастным, тоны сердца приглушены, ритмичные. Печень плотная, пальпируется на 4 см ниже реберной дуги, селезенка — на 2 см, стул обесцвечен, моча темного цвета. Рефлексы периода новорожденности сохранены. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Дополнительные данные обследования: эритроциты — $5,4 \times 10^{12}/л$, Нв — 161 г/л, СОЭ — 4 мм/ч. Общий билирубин — 171,04 мкмоль/л, прямой — 121,02 мкмоль/л, непрямой — 50,02 мкмоль/л, АСаТ — 2,0 ммоль/л, АЛаТ — 3,5 ммоль/л, реакция на желчные пигменты в моче положительная. В кале стеркобилин не обнаружен.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Перечислите основные клинические симптомы, подтверждающие установленный вами диагноз.
3. Перечислите основные лабораторные показатели, подтверждающие указанный диагноз.

ЗАДАЧА 5

После рождения у доношенного новорожденного отсутствует дыхание, отмечается брадикардия, ЧСС — 62 в 1 мин. Сердечные тоны глухие. Кожа бледно-цианотичной окраски. В ротоглотке околоплодные воды.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш предположительный диагноз.
2. План реанимационных мероприятий.

ЗАДАЧА 6

Ребенок в возрасте 3 дней находится в палате интенсивной терапии роддома.

Родился недоношенным в сроке 36 недель, массой 2300 г. В первые дни отмечались расстройства глубины и ритма дыхания. У матери повышенная температура, насморк. Мать кормит ребенка грудью, использует маску. Ночью у ребенка повысилась температура до 38°, он стал вялым, в 6 ч. отказался брать грудь. Несколько раз срыгнул. При осмотре цианоз носогубного треугольника, нарастающий при крике. Раздувание крыльев носа, ЧД — 86 в 1 мин. Дыхание ослаблено, живот вздут.

Анализ крови: Нв — 160 г/л, СОЭ — 15 мм/час.

ЗАДАНИЕ

1. Какой диагноз можно предположить?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
3. План лечения.

ЗАДАЧА 7

Ребенок П., 15 дней, поступил в отделение с жалобами матери на повышение температуры, беспокойство, отсутствие прибавки массы. Болен второй день. Заболевание началось с подъема температуры до 38° . Ребенок стал беспокойным, отказался от груди, срыгивал. Родился на 37-й неделе беременности массой 2200 г. Закричал сразу, к груди приложен на третьи сутки, сосал слабо. Пуповинный остаток отпал на 6-е сутки. Дома у ребенка отмечалось серозное отделяемое из пупочной ранки, с 7-го дня вяло сосал. На 14-й день жизни состояние ухудшилось. Для дальнейшего лечения направлен в клинику.

При поступлении состояние тяжелое, вялый, временами беспокойный, температура $38,8^{\circ}$, отмечается повторная рвота. Масса тела 2000 г. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, сухие. Тургор тканей снижен. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 180 в 1 мин. Живот умеренно вздут, участвует в акте дыхания. Выражена венозная сеть на передней брюшной стенке. Ткани вокруг пупочного кольца несколько гиперемированы, отечны, из пупочной ранки серозное отделяемое. Печень пальпируется на 3 см ниже края реберной дуги, селезенка — на 2 см. Стул частый, жидкий, желтоватого цвета. Мочится малыми порциями.

Анализ крови: эритроциты — $3,26 \times 10^9/\text{л}$, Нв — 105 г/л, цв. п. — 0,9, лейкоциты — $14,3 \times 10^9/\text{л}$, миел. — 2%, п — 15%, с — 40%, л — 35%, м — 8%. СОЭ — 18 мм/ч. При посеве крови выделен патогенный стафилококк, чувствительный к амоксиклаву, цефуроксиму.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие данные анамнеза и клинические симптомы говорят в пользу данного диагноза?
3. Укажите основные направления терапии.

ЗАДАЧА 8

Ребенок в возрасте 9 дней, от молодых родителей, от первой беременности, протекавшей с нефропатией. Роды первые, срочные,

с длительным безводным периодом 2 суток. Ребенок закричал сразу. Масса при рождении 3400 г, длина 32 см, пуповинный остаток отпал на 4-й день. После выписки из роддома через 2 дня педиатр отметил гнойно-сукровичные выделения из пупочной ранки, на коже — пустулы, лихорадит, сосет вяло, срыгивает с примесью желчи. Кожа серая, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, стул неустойчив, с примесью слизи и зелени.

ЗАДАНИЕ

1. Предположительный диагноз.
2. Какова должна быть тактика участкового врача?

ЗАДАЧА 9

Ребенок Н., 4 дня, находится в роддоме. На 4-й день жизни повысилась температура до 39°, стал беспокойным. Температура в палате в это время была 26 °С.

Родился от первой беременности. Беременность и роды протекали нормально. Масса при рождении 3600 г, длина тела 50 см. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен в родзале. Пуповинный остаток отпал на 4-е сутки.

Объективно: масса 3400 г, общее состояние ребенка несколько нарушено, периодически беспокоен. Кожные покровы чистые, слизистые оболочки суховатые. Пупочная ранка без особенностей. В легких пуэрильное дыхание, перкуторный звук не изменен. Живот мягкий. Печень на 1,5 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание не нарушены. Рефлексы периода новорожденности повышены. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Анализ крови: эритроциты — $5,5 \times 10^{12}$ /л, Нв — 200 г/л, тромбоциты — 331×10^9 /л, лейкоциты — 12×10^9 /л, эоз — 1%, п — 2%, с — 46%, л — 47%, мон. — 4%, СОЭ — 2 мм/ч. Гематокрит — 0,54 г/л. Анализ мочи без особенностей.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Перечислите основные лечебные мероприятия.
3. Рассчитайте суточную потребность в грудном молоке.

ЗАДАЧА 10

Девочка Р., 3 дня, от первой беременности, протекавшей с легким гестозом в первой половине, срочных родов. Масса при рождении 3100 г, длина 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. Первые дни теряла в массе, на 3 сутки масса составила 2950 г. На 3 сутки появилось нагрубание молочных желез.

При осмотре на 3-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активна, масса 3000 г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на коже лица, больше на крыльях носа, переносице, имеются беловато-желтые мелкие узелки. Молочные железы увеличены с обеих сторон до 2 см, при надавливании выделяется бело-молочная жидкость; пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчетливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул с неперевавленными комочками, с прожилками слизи.

Общий анализ крови: эритроциты — $5,6 \times 10^{10}/л$, Нв — 186 г/л, цв. п. — 0,94, лейкоциты — $6,4 \times 10^9/л$, э — 1%, п/я — 5%, с — 42%, л — 45%, м — 7%, СОЭ — 2 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет — соломенно-желтый, реакция — кислая, относительная плотность — 1004, белок отсутствует, эпителий плоский — много, лейкоциты — 2–3 в п/зр, эритроциты — 4–5 в п/зр, цилиндры — нет, соли — кристаллы мочевой кислоты.

Биохимический анализ крови: общий белок — 52,4 г/л, билирубин непрямой — 51 мкмоль/л, прямой — нет.

ЗАДАНИЕ

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?
2. Чем объяснить нагрубание молочных желез? Необходим ли осмотр хирурга?
3. С чем связано изменение характера стула? Требуется ли экстренная коррекция?
4. Оцените результаты общего анализа крови.

ЗАДАЧА 11

Девочка О., 4 дня, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с гестозом в первой половине. Роды срочные. Масса при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена в родзале, сосала хорошо. На 3 сутки появилась иктеричность кожи.

При осмотре на 4-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, крик громкий. Кожные покровы чистые, умеренно иктеричны, пупочная рана чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны звучные, живот мягкий, печень +1 см, селезенка не увеличена. Стул желтого цвета. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный.

Группа крови матери А (I) резус-положительная. Группа крови ребенка 0 (I) резус-положительная.

Общий анализ крови: эритроциты — $5,9 \times 10^{12}/л$, Нв — 196 г/л, цв. п. — 0,94, ретикулоциты — 1,5%, лейкоциты — $9,0 \times 10^9/л$, э — 1%, п/я — 5%, с — 42%, л — 47%, м — 5%, СОЭ — 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — соломенно-желтый, реакция — кислая, относительная плотность — 1004, белок отсутствует, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 2–3 в п/зр, эритроциты — нет, цилиндры — нет.

Биохимический анализ крови на 4-й день жизни: общий белок — 52,4 г/л, билирубин непрямой — 140 мкмоль/л, прямой — нет, АЛат — 0,25 ммоль/л, АСаТ — 0,18 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Оцените результаты общего анализа крови.
3. Оцените результаты общего анализа мочи.
4. Оцените результаты биохимического анализа крови. С чем связаны выявленные изменения?
5. Требуется ли лечение желтуха у данного ребенка?
6. Как кормить этого ребенка?
7. Каков прогноз для этого ребенка?

ЗАДАЧА 12

Мальчик А., 4 дня, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома по поводу выраженной желтухи. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 23 лет, имеющей резус-отрицательную группу крови 0 (I). Отец ребенка имеет резус-отрицательную группу крови А (II).

Первая беременность закончилась медицинским абортom при сроке 10 недель, настоящая беременность — вторая, протекала с гестозом во второй половине. Роды срочные. Масса при рождении 3200 г, длина 52 см. Закричал сразу, крик громкий. К концу первых суток отмечалась иктеричность кожи и склер. На вторые сутки желтуха усилилась.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, выраженная иктеричность кожи и склер, ребенок вялый, отмечается мышечная гипотония, гипорефлексия. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка у реберного края. Стул переходный. Общий анализ крови: эритроциты — $3,9 \times 10^9$ /л, Нв — 141 г/л, цв. п. — 0,99, лейкоциты — $9,4 \times 10^9$, э — 1%, п/я — 7%, с — 53%, л — 32%, м — 7%, СОЭ — 2 мм/час.

Биохимический анализ крови на 2-й день жизни: общий белок — 54,4 г/л, билирубин непрямой — 180 мкмоль, прямой — нет.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какие обследования надо провести дополнительно для уточнения диагноза?
3. Каковы возможные результаты дополнительного обследования?
4. Какие результаты могут быть получены при УЗИ органов брюшной полости?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
6. Назначьте лечение.
7. К какой группе здоровья следует отнести данного ребенка после выздоровления?

ЗАДАЧА 13

Девочка В., 3 дня, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что матери 21 год, она имеет резус-отрицательную группу крови А (II). Первая беременность закончилась родами 2 года назад, ребенок здоров, имеет резус-отрицательную группу крови 0 (I). Настоящая беременность вторая, протекала с отеками на ногах в третьем триместре. Роды срочные. Первый период 6 часов 30 минут, второй — 20 минут, безводный промежуток 4 часа 10 минут. Масса при рождении 3400 г, длина тела 53 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Закричала сразу, крик громкий. В возрасте 12 часов появилось желтушное окрашивание кожи. Проводилась инфузионная и фототерапия.

При осмотре на 3-й день жизни: кожные покровы интенсивно желтые с зеленоватым оттенком, склеры иктеричны, пупочная ранка сухая, в легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, тоны сердца ясные, живот мягкий, печень выступает из-под реберной дуги на 3,5 см, селезенка — на 1 см, моча имеет интенсивную окраску, физиологические рефлексы новорожденного снижены.

Общий анализ крови: эритроциты — $4,2 \times 10^{10}/л$, Hb — 152 г/л, ретикулоциты — 6%, цв. п. — 0,99, лейкоциты — $12,0 \times 10^9$, э — 1%, п/я — 6%, с — 49%, л — 36%, м — 8%, СОЭ — 2 мм/час.

Группа крови ребенка А (II) резус-положительная.

Биохимический анализ крови на 4-й день жизни: общий белок — 54,8 г/л, билирубин непрямо́й — 328 мкмоль/л, прямо́й — 34 мкмоль/л, мочеви́на — 4,2 ммоль/л, холестерин — 7,0 ммоль/л, калий — 4,6 ммоль/л, натрий — 138 ммоль/л, кальций — 1,2 ммоль/л, АСаТ — 65 ед., АЛаТ — 71 ед., ЩФ — 350 ед.

ЗАДАНИЕ

1. О каком заболевании можно думать в данном случае?
2. Оцените результаты общего анализа крови.
3. Оцените результаты биохимического анализа крови.
4. Какое дополнительное обследование следует провести ребенку для подтверждения диагноза?
5. Какие результаты можно ожидать при УЗИ органов брюшной полости?
6. Назначьте лечение.
7. Как должен наблюдаться ребенок участковым педиатром после выписки?

ЗАДАЧА 14

Ребенок И., 4 дня, поступил в отделение патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 25 лет, от первой беременности, протекавшей с гестозом в первом триместре, анемией (Hb — 98 г/л) во втором триместре (по поводу чего получала препараты железа). В 28 недель была угроза прерывания, лечилась стационарно. Роды в срок, слабость родовой деятельности, начавшаяся гипоксия плода, стимуляция окситоцином. Первый период родов 8 часов, второй — 25 минут, безводный промежуток 10 часов 20 минут, воды мекониальные. Масса при рождении 3300 г, длина 51 см, оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Закричал после отсасывания слизи. После рождения состояние средней тяжести за счет неврологической симптоматики: беспокойство, тремор рук, подбородка. Со стороны внутренних органов патологии не определено. На 4-е сутки состояние ухудшилось по неврологическому статусу. Ребенок переведен в стационар.

При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы с сероватым оттенком, акроцианоз, мраморность. Пупочная ранка сухая. Гиперестезия. Зев бледный. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, пульс — 152 в 1 минуту. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, с неперевавленными комочками. В неврологическом статусе: крик монотонный, большой родничок 2,0x2,0 см, выбухает, открыт сагиттальный шов. 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: эритроциты — $5,8 \times 10^{12}$ /л, Hb — 192 г/л, цв. п. — 0,98, лейкоциты — $12,5 \times 10^9$, э — 2%, п/я — 10%, с — 56%, л — 29%, м — 3%, СОЭ — 6 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок — 62,0 г/л, билирубин непрямой — 51 мкмоль/л, прямой — нет, мочевины — 3,3 ммоль/л, калий — 6,0 ммоль/л, натрий — 136,0 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 (норма — 5 мм). Локальные

эхогенные включения в подкорковых ганглиях. Псевдокиста сосудистого сплетения справа — 3 мм. Умеренно повышена эхогенность перивентрикулярных областей.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Перечислите препараты, которые используют для дегидратации при лечении отека головного мозга.
4. Каков прогноз для данного больного?

ЗАДАЧА 15

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

Из анамнеза известно, что ребенок от второй беременности, протекавшей с гестозом в первом триместре, гнойным гайморитом в третьем триместре. Роды в срок, физиологические. Масса при рождении 3500 г, длина 52 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен на первые сутки, сосал активно. Пуповинный остаток обработан хирургически на 2-е сутки, пупочная ранка сократилась хорошо. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались физиологическая желтуха, токсическая эритема. На 5-й день жизни ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии. На 8-й день при патронаже педиатра выявлены пузыри на туловище, в связи с этим ребенок был госпитализирован.

При поступлении состояние 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 пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный.

Общий анализ крови: эритроциты — $5,5 \times 10^{12}/л$, Нв — 180 г/л, цв. п. — 0,99, тромбоциты — 270×10^9 , лейкоциты — $17,2 \times 10^9$, метамиелоциты — 3%, п/я — 13%, с — 57%, л — 24%, м — 3%, СОЭ — 9 мм/час. Общий анализ мочи: цвет — соломенно-желтый, реакция — кислая, относительная плотность — 1004, белок отсутствует, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 2–3 в п/зр, эритроциты — нет, цилиндры — нет.

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

ЗАДАНИЕ

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования надо провести для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Какой этиологический фактор чаще вызывает это заболевание?
5. Какие граммположительные микроорганизмы вы знаете?
6. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка?
7. Назначьте лечение.
8. Какие анатомо-физиологические особенности кожи характеризуют новорожденного ребенка?
9. Остаются ли изменения на коже после этого заболевания?
10. Можно ли купать ребенка?
11. Возможные исходы и прогноз.
12. Определите тактику неонатолога при выявлении этого заболевания в родильном доме.
13. К какой группе здоровья относится данный новорожденный?
14. Как следует проводить профилактические прививки этому ребенку?

ЗАДАЧА 16

Мальчик О., 5 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом: перинатальное поражение центральной нервной системы, гнойный омфалит, недоношенность.

Из анамнеза известно, что ребенок от третьей беременности, протекавшей с нефропатией в третьем триместре, кольпитом. Первая беременность закончилась срочными родами, вторая — самопроизвольным выкидышем. Роды вторые, преждевременные, на 36–37-й неделе гестации путем кесарева сечения по поводу первичной слабости родовой деятельности, безводный промежуток составил 11 часов. Масса при рождении 2550 г, длина 46 см, оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Сосет грудь вяло. Первоначальная потеря массы тела составила 260 г, далее весовая кривая была плоской. На 5-й день появилось гнойное отделяемое из пупочной ранки. Ребенок был переведен в стационар.

При поступлении состояние крайней тяжести, крик пронзительный. Двигательная активность снижена. Не сосет. Тепло удерживает плохо, температура тела 35,9 °С. Имеются признаки доношенности. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, акроцианоз, периоральный цианоз. Края пупочной ранки отечные, умеренно гиперемированы, из ранки — скудное гнойное отделяемое. Подкожно-жировой слой развит слабо. Периодически отмечается апноэ. Одышка с участием вспомогательной мускулатуры, частота дыхания 64 в минуту. Перкуторно над легкими определяется легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, пульс 176 в 1 минуту. Живот умеренно вздут. Печень выступает из-под реберного края на 3 см, плотная, селезенка — на 1 см, плотно-эластической консистенции. Стул непереваренный, с примесью слизи. Мочится редко. В неврологическом статусе — арефлексия, клонические судороги, голову запрокидывает, ригидность затылочных мышц. Большой родничок 2,5x2,5 см, напряжен.

Общий анализ крови: эритроциты — $4,1 \times 10^{10}/л$, Нв — 140 г/л, цв. п. — 0,9, тромбоциты — $120 \times 10^9/л$, лейкоциты — $5,1 \times 10^9/л$, миелоциты — 4%, метамиелоциты — 18%, п/я — 21%, с — 20%, л — 18%, м — 19%, СОЭ — 6 мм/час.

Исследование спинномозговой жидкости: прозрачность — мутная, белок — 990 г/л, реакция Панди — +++++, цитоз — 5960 в 3 мкл: нейтрофилы — 82%, лимфоциты — 18%.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза?
3. Оцените результаты общего анализа крови.
4. Оцените результаты исследования ликвора.
5. Назовите показания к спинномозговой пункции у этого ребенка.
6. Какие исходы заболевания возможны?
7. Оцените группу здоровья новорожденного после выписки.
8. Определите тактику диспансерного наблюдения за ребенком после выздоровления.
9. Как следует проводить профилактические прививки ребенку в случае благоприятного исхода?

ЗАДАЧА 17

Девочка П., от второй беременности, протекавшей с вегето-сосудистой дистонией по гипотоническому типу, анемией, первых родов на 42-й неделе гестации. Первый период родов 8 часов, второй — 45 минут, безводный промежуток — 9 часов, околоплодные воды мекониальные. Вторичная слабость родовой деятельности, родостимуляция окситоцином. Плацента с множественными петрификатами. Двукратное тугое обвитие пуповины вокруг шеи. Масса при рождении 2950 г, длина тела 50 см, окружность головы 35 см, грудной клетки — 33 см, оценка по шкале Апгар в конце 1 минуты жизни — 3 балла.

После проведенной в течение 20 минут первичной реанимации состояние ребенка тяжелое, стонет, срыгивает околоплодными водами, крик слабый. Мышечная гипотония. Гипорефлексия. Кожные покровы бледные, с цианотичным оттенком, дистальный цианоз. Тепло удерживает плохо. Одышка до 80 в минуту с втяжением уступчивых мест грудной клетки, диафрагмы, яремной ямки. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно: справа под лопаткой укорочение легочного звука, слева — звук с коробочным оттенком. Аускультативно: справа на фоне ослабленного дыхания выслушиваются средне- и мелкопузырчатые хрипы, слева дыхание проводится. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 168 в 1 минуту. Живот умеренно вздут, доступен пальпации. Печень выступает из-под реберного края на 2 см, селезенка не пальпируется.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз.
2. Назовите предрасполагающие факторы в формировании патологии.
3. Какие изменения можно выявить на рентгенограмме грудной клетки?

ЗАДАЧА 18

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

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 19 лет, страдающей пиелонефритом. Беременность первая, протекала с гестозом в первом и обострением хронического пиелонефрита в третьем триместрах. Роды срочные, первый период родов 13 часов, второй — 25 минут, безводный промежуток 7 часов. Задние воды зеленоватые с неприятным запахом. Масса при рождении 2850 г, длина 49 см, оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.

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 стационар.

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, пульс 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 рефлексy снижены.

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

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

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз данному ребенку.
2. Какие изменения можно выявить на рентгенограмме у этого ребенка?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие факторы являются ведущими в патогенезе дыхательной недостаточности при пневмонии?
5. Назовите антибиотики, наиболее эффективные при лечении внутриутробной пневмонии.

ЗАДАЧА 19

Девочка 3., 14 дней, от второй, нормально протекавшей беременности, срочных родов. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Ранний неонатальный период протекал без особенностей. Выписана из родильного дома на 3 сутки жизни. Дома имела контакт с больным ОРВИ.

В возрасте 10 дней у ребенка появилось затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носовых ходов, подъем температуры до $37,4$ °С. Участковым педиатром был поставлен диагноз ОРВИ, назначены капли в нос. Через два дня состояние резко ухудшилось: отмечался подъем температуры до $38,0$ °С, стала беспокойной, отказывалась от груди, начала срыгивать, появилась одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок госпитализирован.

При осмотре обращали на себя внимание бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, не обильное пенистое отделяемое на губах. Носовое дыхание затруднено. Зев гиперемирован. Одышка до 70 в минуту, с участием вспомогательной мускулатуры. Грудная клетка вздута, в области угла лопатки справа

отмечается укорочение перкуторного звука, в остальных отделах звук с коробочным оттенком. Аускультативно: дыхание жесткое, в области укорочения перкуторного звука — ослабленное, там же на высоте вдоха периодически выслушиваются крепитирующие хрипы. Границы относительной сердечной тупости: правая — по правой парастернальной линии, левая — на 1,5 см снаружи от левой среднеключичной линии, верхняя — второе ребро. Тоны сердца несколько приглушены, пульс — 170 в 1 минуту. Живот несколько вздут, печень выступает из-под реберного края на 1 см, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе: ребенок беспокоен, мышечный тонус и рефлексы новорожденного снижены.

Общий анализ крови: эритроциты — $5,2 \times 10^{12}/л$, Нв — 174 г/л, цв. п. — 0,9, тромбоциты — 268×10^9 , лейкоциты — $7,1 \times 10^9/л$, э — 1%, п/я — 10%, с — 61%, л — 19%, м — 9%, СОЭ — 2 мм/час.

Кислотно-основное состояние крови: рО₂–60 мм рт. ст., рСО₂–72 мм рт. ст., ВЕ — 8 ммоль/л, АВ — 14 ммоль/л, SB — 12 ммоль/л, ВВ — 29 ммоль/л.

Иммунофлуоресцентный анализ мазка из носоглотки — положительная реакция с вирусом парагриппа.

Рентгенограмма органов грудной клетки: на фоне умеренного вздутия легких и усиления сосудистого и интерстициального рисунка выявляются очаги с понижением прозрачности и перифокальной воспалительной реакцией.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Как должны наблюдаться в поликлинике дети, перенесшие острую пневмонию в возрасте до 3-х месяцев?

ЗАДАЧА 20

Девочка Д., 13 дней, находится в отделении патологии новорожденных.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 24 лет, страдающей генитальным герпесом. Беременность первая, протекала с обострением герпеса в 36–37 недель гестации. Роды срочные, в головном

предлежании. Первый период — 7 часов, второй — 25 минут, безводный промежуток — 12 часов. Околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса при рождении 2950, длина 51 см, окружность головы — 35 см, грудной клетки — 32 см. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались повышенная возбудимость, крупноразмашистый тремор рук, расхождение сагиттального шва на 0,3 см, большой родничок — 2х2 см, малый — 0,3х0,3 см, на 3-й день жизни появилась желтуха с тенденцией к нарастанию, в связи с этим на 5-й день жизни в состоянии средней тяжести ребенок переведен в стационар.

На 13-й день жизни на туловище, конечностях, слизистой рта появились везикулярные высыпания с плотной покрывкой и прозрачным содержимым. Через 3 дня состояние ухудшилось до тяжелого, отмечался подъем температуры до 38,8 °С, крик раздраженный, гиперестезия, клонико-тонические судороги.

Общий анализ крови на 6-й день жизни: эритроциты — $4,6 \times 10^{12}/л$, Нв — 172 г/л, цв. п. — 0,94, тромбоциты — 190×10^9 , лейкоциты — $10,0 \times 10^9/л$, п/я — 1%, с — 30%, л — 54%, м — 15%, СОЭ — 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок — 60,0 г/л, билирубин: общий — 310 мкмоль/л, непрямой — 298 мкмоль/л, прямой — 12 мкмоль/л.

Исследование спинномозговой жидкости на 12-й день жизни: прозрачность — мутная, белок — 1650 г/л, реакция Панди — +++, цитоз — 350 в 3 мкл: нейтрофилы — 25%, лимфоциты — 75%.

ЗАДАНИЕ

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Оцените результаты общего анализа крови.
3. Оцените результаты исследования ликвора. С чем могут быть связаны выявленные изменения?
4. Какова лечебная тактика в этом случае?

ЗАДАЧА 21

Ребенок Н., 8 дней, находится в отделении патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности,

протекавшей с изменениями в анализах мочи (лейкоцитурия, умеренная протеинурия) во второй половине беременности, не лечилась. Роды срочные с длительным безводным периодом — 16 часов. Закричал после отсасывания слизи. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. Масса при рождении 2850 г, длина тела 50 см. К груди не прикладывался, проводилась оксигенотерапия.

С первых суток отмечались вялость, срыгивания околоплодными водами, сосал вяло, тремор конечностей, гипорефлексия, гипотония. На 6-й день жизни отмечался подъем температуры до 39,0 °С, возбужден, судорожная готовность, срыгивания фонтаном, в связи с чем ребенок переведен в стационар. При поступлении состояние тяжелое, температура 39,0 °С, крик мозговой, гиперестезия кожных покровов, большой родничок 3х3 см, выбухает. Кожные покровы с сероватым оттенком, в легких дыхание жестковатое, хрипов нет, сердечные тоны учащены, живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка — у реберного края. Стул желтого цвета, с неперевааренными комочками и прожилками слизи.

Исследование спинномозговой жидкости: белок — 660 г/л, реакция Панди — +++, цитоз 600 в 3 мкл: нейтрофилы — 30%, лимфоциты — 70%. Бактериологическое исследование ликвора: выделены листерии.

ЗАДАНИЕ

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать?
2. Оцените результаты исследования ликвора.
3. К какой группе здоровья можно будет отнести этого ребенка после выписки?
4. Как следует проводить профилактические прививки в данном случае?

ЗАДАЧА 22

Мальчик А., 6 дней, находится в отделении патологии новорожденных.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 29 лет, страдающей вегето-сосудистой дистонией и хроническим бронхитом. Беременность первая, протекала с периодическими подъемами артериального дав-

ления до 150/90 мм рт. ст. При сроке 27 недель перенесла острое респираторное заболевание. Роды на 38-й неделе, самостоятельные, безводный промежуток — 4 часа. Масса при рождении 3100 г, длина 51 см., окружность головы — 34 см, грудной клетки — 33 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. После рождения состояние расценено как среднетяжелое за счет неврологической симптоматики. К груди приложен через 6 часов, сосал вяло. С 3-х суток жизни появились срыгивания, частота которых нарастала, и на 4 день жизни ребенок переведен в стационар с диагнозом: синдром срыгиваний.

При осмотре: состояние средней тяжести, вялый. Обращали внимание лануго, низко расположенное пупочное кольцо, недостаточная поперечная исчерченность стоп. Кожные покровы умеренно иктеричные, «мраморные», выражен акроцианоз. Пастозность мягких тканей, отеки на ногах. Пупочная ранка сухая. Большой родничок 2,5x2,5 см, не выбухает. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. Тоны сердца звучные. Часто срыгивает створоженным молоком с кислым запахом, отмечается симптом «мокрой подушки». В срыгиваемых массах много слизи. Зев гиперемирован. Живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул диспепсический. В неврологическом статусе: мышечная гипотония, снижение физиологических рефлексов.

Общий анализ крови: эритроциты — $5,1 \times 10^{12}/л$, Hb — 184 г/л, цв. п. — 0,97, лейкоциты — $10,8 \times 10^9$, п/я — 7%, с — 56%, л — 28%, м — 9%, СОЭ — 5 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок — 55,0 г/л, билирубин: непрямой — 165 мкмоль/л, прямой — нет.

Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта: в положении по Тренделенбургу выявляется затекание бариевой взвеси в пищевод. Пищевод расширен, стенки его утолщены.

Нейросонография: рисунок извилин и борозд сглажен, экзогенность подкорковых ганглиев несколько повышена.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какими анатомо-физиологическими особенностями характеризуется желудочно-кишечный тракт новорожденного?

3. Есть ли необходимость в консультации хирурга для уточнения тактики дальнейшего ведения и почему?
4. Оцените результат общего анализа крови.
5. Объясните патогенез изменений, выявленных на НСГ.
6. Что явилось показанием к проведению рентгенологического исследования?
7. К какой группе здоровья можно будет отнести этого ребенка после выписки?

ЗАДАЧА 23

У ребенка 9 суток жизни в отделении патологии, родившегося на 34-й неделе беременности массой 2270 г, длиной 44 см, ухудшилось состояние. Наросли вялость, гипотония, потерял в массе 40 г, однократно рвота с примесью крови.

При осмотре: кожа бледная, с сероватым оттенком, единичные элементы петехиальной сыпи. Пальпируется пупочная вена. Дыхание аритмичное — чередование тахипноэ с апноэ. Аускультативно: в легких дыхание ослаблено, выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, короткий систолический шум в V точке. ЧСС — 160 уд./мин. Живот вздут, печень +3,0 см, селезенка +1,0 см выступает из-под края реберной дуги. Стул со слизью и зеленью.

В неврологическом статусе: взор «плавающий», крупноамплитудный горизонтальный нистагм. Не сосет, не глотает. Поза вынужденная, тянет голову назад. Гипертонус сгибателей голени и предплечий. Ригидности затылочных мышц нет. Большой родничок 1х1 см, не напряжен.

Общий анализ крови на 6-й день жизни: Нв — 150 г/л, лейкоциты — $26,3 \times 10^9$ /л, миелоциты — 6%, метамиелоциты — 6%, п/я — 17%, с — 50%, л — 17%, м — 4%, СОЭ — 30 мм/час.

Посев на микрофлору: из зева — густой рост золотистого стафилококка, грибов рода Кандида, из ануса — золотистый стафилококк.

Общий анализ мочи: реакция кислая, белок — 0,66‰, лейкоциты — сплошь все поля зрения, цилиндры зернистые 3–5 в п/зр.

Рентгенограмма: на фоне общего вздутия легких определяются сгущения легочного рисунка, справа над диафрагмой и слева

на уровне верхней доли имеются уплотнения. На уровне этих уплотнений видны фестончатые кольцевые тени (подозрение на полости). Корни структурны. Сердце: контуры видны слабо. Синусы свободны.

ЗАДАНИЕ

1. О каком заболевании идет речь? Ваш диагноз.
2. Каков генез систолического шума у данного ребенка?
3. Как лабораторно вы можете подтвердить ваш предполагаемый диагноз?
4. Наметьте основные принципы антибактериальной терапии данной патологии.

ЗАДАЧА 24

У недоношенного ребенка, длительно получавшего антибактериальную терапию по поводу пневмонии, в возрасте 1 мес. 10 дней состояние ухудшилось. Появились судороги в виде пароксизмов (однообразные сосательные, жевательные движения, высовывание языка), выросла окружность головы (+6 см за 1 мес. 10 дней). Исчезла двигательная активность в правой руке.

Кожа бледная с мраморным рисунком, папулезная сыпь на эритематозном фоне на ягодицах. На слизистой оболочке полости рта — трудно снимаемый белый налет. Дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД — 40 в 1 минуту. Границы сердца: правая — по правому краю грудины, левая — +1 см кнаружи от средне-ключичной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС — 120 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3 см из-под края реберной дуги, селезенка — +1 см, стул 2 раза в день, кашицеобразный. Диурез не изменен.

Общий анализ крови: эритроциты — $3,5 \times 10^{10}/л$, Нв — 112 г/л, цв. п. — 0,89, лейкоциты — $10,3 \times 10^9/л$, э — 3%, п/я — 2%, с — 33%, л — 52%, м — 10%, СОЭ — 15 мм/час.

Общий анализ мочи: прозрачность — мутная, лейкоциты — 10–12 в п/з, белка и глюкозы нет, много грибов рода Кандида.

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

Посев ликвора на бактериальные среды: стерильный.
Посев ликвора на грибы: высеваются грибы рода *Candida albicans*.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите, какие факторы способствовали возникновению заболевания в возрасте 1 мес. 10 дней.
3. Какой метод обследования необходимо повторить для контроля эффективности терапии?
4. Какие методы обследования показаны для выяснения этиологии судорожного синдрома?
5. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 25

У новорожденного с первых часов после рождения появились пенистые выделения изо рта и носа.

От 3-й беременности, протекавшей на фоне гестоза и многоводия. Женщине 28 лет. Роды 2-е (1-е роды — 3 года назад), срочные. Родился мальчик массой 3100 г, длиной 50 см, оценка по шкале Апгар 4/6 баллов.

Общее состояние тяжелое. Вялый, при беспокойстве нарастает цианоз. ЧД — 58 в 1 мин. При аускультации над всей поверхностью легких жесткое дыхание, в легких справа выслушиваются влажные хрипы. Границы сердца в пределах возрастной нормы. ЧСС 164–170 уд. в 1 мин. Эпигастральная область вздута. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Мочеиспускание не нарушено. Меконий отходит.

На обзорной рентгенограмме грудной и брюшной полости усиление легочного рисунка с обеих сторон, средостение расположено правильно, большой газовый пузырь желудка.

Общий анализ крови: эр — $6,0 \times 10^{12}/л$, Нв — 215 г/л, лейкоциты — $30 \times 10^9/л$, эоз. — 2%, мет. — 4%, баз. — 26%, нейтр. — 34,6%, лим — 24%, мон. — 9%, СОЭ — 1 мм/ч, тромб. — $350 \times 10^9/л$.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1017, лейкоциты — 1–3 в п/зр, сахар, белок — отр.

Биохимические исследования: прямой билирубин — 17 мкмоль/л, непрямой билирубин — 2,9 мкмоль/л.

ЗАДАНИЕ

1. Поставить и обосновать предварительный диагноз.
2. Тактика оказания неотложной помощи.
3. Назначение (с обоснованием) необходимого лечения.
4. Возможные осложнения.

ЗАДАЧА 26

Ребенок К., 2-е сутки, мальчик, родился недоношенным в сроке 34 недели массой тела 2015 г, длиной тела 43 см. У женщины 1-я беременность, в 3-м триместре наблюдалась эклампсия, в родах — преждевременная отслойка плаценты и кровотечение. Проведено кесарево сечение. Ребенок родился с оценкой по шкале Апгар 6/7 баллов без признаков кардио-респираторных нарушений. С первых часов жизни находился в палате интенсивной терапии в инкубаторе. Отсутствие зависимости от кислорода. У ребенка непропорциональное телосложение: относительно большая голова и туловище, короткие ноги, низкое расположение пупка, лануго, покрывающие плечи и спину, яички не опущены в мошонку. Отмечается гиподинамия, выраженная мышечная гипотония, гипорефлексия, слабый крик при раздражении, быстрое охлаждение при выносе из инкубатора на пеленальный столик и обогревании лампой лучистого тепла. Снижение оральных и спинальных рефлексов. Угнетение сосания и глотания. Не срыгивает. Других отклонений со стороны черепных нервов нет. Невыраженный акроцианоз. Дыхание в легких жесткое. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС — 138 уд. в 1 мин. ЧД — 42. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Стул — меконий. Диурез сохранен.

Нейросонография: ишемия I — II ст. Гемограмма: эр — $3,5 \times 10^{12}/л$, Нв — 162 г/л, лейкоциты — $15,2 \times 10^9/л$, э — 2%, п — 24%, с — 40%, л — 29%, м — 5%.

ЗАДАНИЕ

1. Определите степень недоношенности новорожденного.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Предложите объем исследований.
4. Проведите расчет питания.

ЗАДАЧА 27

Ребенок О., 5 дней. Родился доношенным, масса 3800 г. Оценка по шкале Апгар 0/2/4. С рождения на ИВЛ. Находится в реанимационном отделении. Состояние тяжелое. Потеря церебральной активности в первые 12 часов с последующим нарастанием угнетения. Не просыпается при повторной болевой стимуляции, глаза не открывает. Увеличенные зрачки, «мутные», отсутствует реакция на свет. Отсутствует рефлекс Пейпера и спонтанные движения глазных яблок. Мышечная атония, сухожильные и брюшные рефлексы угнетены, врожденные рефлексы отсутствуют, в том числе глотания и сосания. Первые сутки — клонико-тонические судороги. Снижение системного АД. Питание через зонд. Данные НСГ: вен-трикуломегалия желудочков мозга, внутрижелудочковые тромбы. Гемоглобин крови –100 г/л. ликвор на 3 сутки: примесь крови, пле-оцитоз — 300 кл в 1 мкл.

Аntenатальный, интранатальный анамнез: беременность первая, во время беременности наблюдалась хроническая фетоплацентарная недостаточность, в родах — первичная родовая слабость, безводный период — 18 часов, кесарево сечение.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Оцените состояние больного, период заболевания, выделите ведущие синдромы.
3. Терапевтическая тактика.
4. Мониторинг.

ЗАДАЧА 28

Ребенку А. — 28 дней. На приеме у педиатра. Родился недоношенным, гестационный возраст 35–36 недель, масса — 2010 г. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Выписан из роддома на 4-е сутки. Находится на грудном вскармливании. Жалобы на общее беспокойство, усиленную спонтанную двигательную активность, немотивированный плач, диссомнию. «Кишечных колик» нет.

Оживление сухожильных рефлексов, повышен рефлекс Моро, мелкоамплитудный тремор в руках. НСГ в роддоме: признаки церебральной ишемии 1 ст.

Аntenатальный, интранатальный анамнез: беременность первая. Роды на 35-й неделе, во время беременности наблюдалась хроническая фетоплацентарная недостаточность, анемия.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Оцените состояние больного.
3. Выделите ведущие синдромы.
4. Тактика ведения больного.

ЗАДАЧА 29

Ребенок М. Доношенная девочка, родилась у молодых родителей. Матери 28 лет, медсестра, считает себя здоровой. Группа крови В (III), Rf (+) пол. Отец — 30 лет, строитель, считает себя здоровым.

Беременность у матери вторая, в анамнезе — медицинский аборт. Течение настоящей беременности осложнено неоднократными эпизодами угрозы невынашивания, гиперандрогенией, отеочной формой гестоза. Роды самостоятельные в сроке 40–41 нед., быстрые. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. После рождения обнаружена кефалогематома в правой теменной области. Через 2 часа после рождения ребенок был переведен в палату «мать и дитя» на грудное вскармливание. В возрасте 2 сут. 7 ч. жизни поступила в отделение патологии новорожденных в связи с прогрессированием желтухи.

При переводе в отделение уровень билирубина в сыворотке крови составил 233,50 мкмоль/л (прямой — 5,10 мкмоль/л, непрямой — 228,4 мкмоль/л).

В последующие дни жизни на фоне инфузионной и фототерапии отмечалось дальнейшее прогрессирование желтухи. Появились элементы петехиальной сыпи, гематома в правой локтевой области. Наросли симптомы токсикоза: вялость, угнетение сосательного рефлекса, срыгивания. При осмотре обращали на себя внимание сухость кожного покрова, его землисто-серый оттенок на фоне желтухи, глухость сердечных тонов, увеличение размеров печени до 4–4,5 см

ниже края реберной дуги, плотная консистенция печени, ярко-желтая окраска мочи. Динамика уровня билирубина была следующей:

5 сут. — 357,87 мкмоль/л (прямой — 7,60 мкмоль/л, непрямой — 350,27 мкмоль/л);

8 сут. — 406,09 мкмоль/л (прямой — 10,15 мкмоль/л, непрямой — 395,94 мкмоль/л). 8 сут. — 458,2 мкмоль/л (прямой — 78,3 мкмоль/л, непрямой — 379,8 мкмоль/л);

9 сут. — 496,6 мкмоль/л (прямой — 113,1 мкмоль/л, непрямой — 383,5 мкмоль/л).

Биохимическое исследование крови: общий белок — 55 г/л; сахар — 3,0 ммоль/г; АСТ — 112,4 Ед/л (норма — до 80 Ед/л); АЛТ — 82,8 Ед/л (норма — 47 Ед/л); γ — глутамилтрансфераза — 105,9 Ед/л (норма).

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости: гепатомегалия, усиление ЭХО-плотности печени.

На 12-е сутки жизни из медико-генетического центра получена информация о положительных результатах скрининга на галактоземию у наблюдаемого ребенка.

Ребенок был переведен на искусственное вскармливание смесями на основе ионного гидролиза белка. Продолжена инфузионная и фототерапия.

На 24-е сутки жизни уровень билирубина составил 48 мкмоль/л (прямой — 10,65 мкмоль/л, непрямой — 37,6 мкмоль/л). Ребенок был выписан домой.

ЗАДАНИЕ

1. Какой клинический вариант гипербилирубинемии был у данной больной?
2. Какие клинические данные подтверждают генез желтухи?
3. Какие лабораторные показатели подтверждают диагноз?
4. Дайте совет по вскармливанию ребенка.

ЗАДАЧА 30

Ребенок Ф., 2 сутки жизни, доношенный, масса 2500. Длина 49 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. С первых суток с матерью в палате, пытается сосать грудь. На второй день у матери появилось

молоко. Ребенок грудь сосет вяло, глаза открывает неохотно, появился горизонтальный нистагм, крик слабый, неэмоциональный, снижена двигательная активность, тремор рук, повышенная возбудимость, бледность кожных покровов. Кардиореспираторных нарушений нет. Печень не увеличена. Стул — меконий. Диурез адекватный. Антенатальный, интранатальный анамнез: беременность первая, во время беременности наблюдалась хроническая фетоплацентарная недостаточность, гестационный сахарный диабет, в родах — первичная родовая слабость, безводный период — 10 часов, роды срочные.

Нейросонография: признаки морфологической незрелости. Гемограмма: эр. — $4,0-10^{12}/л$, гемоглобин — 190 г/л, лейкоциты — $12,2 \times 10^9/л$, э — 1%, п — 26%, с — 40%, л — 29%, м — 4%.

Глюкоза в крови 2,3 ммоль/л. Показатели глюкозы крови через 6 часов — 2,8 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие клинические симптомы подтверждают диагноз?
3. Какой уровень глюкозы считается критерием гипогликемии у новорожденных в любые сутки жизни?
4. Тактика ведения.

ПАТОЛОГИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

ЗАДАЧА 31

Мать 3,5-месячного ребенка обратилась к участковому врачу за советом, как правильно организовать питание ребенка. При контрольном взвешивании до и после кормления оказалось, что он высосал за одно кормление в пределах 100 мл грудного молока, т. е. за сутки ребенок получает 600 мл. Мать кормит ребенка 6 раз в день. Масса при рождении 3200 г. В настоящее время — 5100 г.

ЗАДАНИЕ

1. Соответствует ли масса ребенка долженствующей?
2. Определите суточный объем и количество пищи на одно кормление.
3. Какая потребность в белках, жирах, углеводах при данном способе вскармливания?

ЗАДАЧА 32

Мальчик, 3 мес., родился массой 3400 г, в настоящее время масса 5400 г. Вскармливается грудью матери через 3,5 ч. Ребенок сосет не всегда активно. Продолжительность одного кормления 30 мин. За последние три дня ребенок стал беспокойным после кормления и в промежутках между кормлениями. При осмотре отмечается некоторая бледность кожи, тургор тканей удовлетворительный, большой родничок 1,5x1,5 см, края плотные. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы изменений нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, мочеиспускания редкие. Стул 1–2 раза в сутки, желтого цвета.

При контрольном взвешивании до и после кормления оказалось, что ребенок высосал 100 мл грудного молока. После кормления сцедить остатки молока не удалось.

ЗАДАНИЕ

1. Оцените массу ребенка.
2. Определите причину беспокойства ребенка.

ЗАДАЧА 33

Девочка, 4 мес., родилась массой 3200 г, длиной тела 50 см. В настоящее время масса 6230 г, длина 61 см. За первый месяц прибавка массы составила 800 г, за второй — 850 г, за третий — 750 г, за четвертый — 600 г. Девочка хорошо держит голову, поворачивается со спины на бок, тянется к игрушке, рассматривает свои руки, певуче гулит, смеется. Вскармливается грудью матери. Ребенок сосет активно, продолжительность кормления 30 мин., после кормления беспокойна. Мать кормит ребенка беспорядочно, остатки молока не сцеживает, 3 раза в день докармливает адаптированной молочной смесью.

При осмотре кожа ребенка розовая, подкожно-жировой слой выражен хорошо, тургор тканей удовлетворительный. Большой родничок размерами 1,5х1,5 см, края плотные. Со стороны органов дыхания и кровообращения изменений нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Стул 1–2 раза в сутки, желтого цвета, плотный.

При контрольном взвешивании оказалось, что ребенок высосал 100 мл молока. После кормления удалось сцедить остатки молока.

ЗАДАНИЕ

1. Оцените показатели физического развития в настоящее время и в динамике, по месяцам.
2. Оцените психомоторное развитие ребенка.
3. Определите сроки введения прикорма.

ЗАДАЧА 34

В связи с заболеванием матери необходимо срочно перевести ребенка на искусственное вскармливание. Ребенок родился массой 3100 г. В настоящее время ему 3 мес. Масса его 5400 г. Кормится грудью 7 раз в сутки.

ЗАДАНИЕ

1. Соответствует ли масса ребенка должествующей?
2. Рассчитайте данному ребенку необходимый объем пищи на сутки.
3. Какова потребность в белке, жире и углеводах на кг массы при данном способе вскармливания?

ЗАДАЧА 35

Возраст ребенка 3 мес. Масса при рождении 3600, длина 50 см. При осмотре масса 6 кг 900 г, длина 59 см. Находится на искусственном вскармливании. Получает адаптированную молочную смесь по 150 мл через 3,5 часа, творог 50 г, сливки 50 мл в сутки. Мать предъявляет жалобы на беспокойство ребенка, плохой аппетит, срыгивания, периодически рвоту. Появилась склонность к запорам, редкие мочеиспускания. При осмотре ребенок возбудимый, пастозный. На коже проявления аллергического дерматита.

ЗАДАНИЕ

1. Найдите ошибки в проведении вскармливания ребенка.
2. Назначьте питание, соответствующее возрасту и характеру вскармливания.

ЗАДАЧА 36

Ребенок Ира М., 9 мес., поступила в детскую больницу с жалобами на вялость, отсутствие аппетита, периодически жидкий стул. Девочка родилась от матери 32 лет, первой беременности, протекавшей с гестозом первой и второй половины, срочных родов, массой 2800 г, длиной 50 см. С 4-х мес. переведена на искусственное вскармливание. Вскармливалась беспорядочно, без учета времени и количества пищи, в основном коровьим молоком, изредка адаптированной молочной смесью. Прикорм с 6 мес. 5-процентной, а затем — 10-процентной манной кашей.

В 5 мес. лежала в стационаре по поводу сальмонеллеза в течение 1,5 мес. За последний месяц прибавила в массе 350 г, Объективно:

состояние тяжелое, температура 35,6 °С, масса 5900 г, длина 64 см. Самостоятельно не сидит. Кожные покровы бледные, с сероватым оттенком, кожа сухая, легко собирается в складки. Тургор тканей резко снижен, гипотония скелетной мускулатуры, В легких при перкуссии легочный звук, хрипы не выслушиваются. Пульс удовлетворительного наполнения, 100 ударов в 1 мин., не напряжен. Тоны сердца приглушены. Живот вздут, увеличен в размере, печень и селезенка не пальпируются. Стул частый, жидкий, со слизью. Мочеиспускания редкие.

Анализ крови: эритроциты — $5,0 \times 10^{12}/л$, Нв — 140 г/л, цв. пок. — 1,0. Тромбоциты — $250 \times 10^9/л$, СОЭ — 2 мм/ч., лейкоциты — $8,1 \times 10^9/л$, э — 2%, п — 2%, с — 26%, л — 62%, мон. — 8%.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза, ожидаемые результаты?
3. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 37

Ребенок 4,5 мес., находящийся на искусственном вскармливании, осмотрен участковым педиатром. Девочка родилась в январе массой 3300 г, длиной 50 см. В настоящее время ребенок весит 6200 г. Кожные покровы бледные, выражена венозная сеть на голове. Затылок уплощен. Значительно выстоят лобные и теменные бугры («квадратная голова»). Большой родничок 3х4 см, края размягчены. Грудная клетка деформирована: развернута нижняя апертура, выражена «гаррисонова борозда». На ребрах «четки», живот увеличен в размерах, распластан. Печень пальпируется на 3,5 см из-под края реберной дуги.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дополнительные исследования, которые необходимо провести для подтверждения диагноза.
3. Назначьте лечение в амбулаторных условиях.

ЗАДАЧА 38

Мальчик Дима Н., 9 мес., поступил в детскую клинику с жалобами на бледность кожи, слабость, вялость, снижение аппетита, запоры, плаксивость. Бледность кожи и вялость нарастали постепенно с 4-х месяцев жизни. Последний месяц бледность заметно усилилась, снизился аппетит, ребенок стал беспокойным.

Мальчик от молодых здоровых родителей, второй беременности, первых родов до срока. Родился массой 1900 г, длиной 42 см, с 2-х мес. на искусственном вскармливании. Прикорм манной кашей введен с 5 мес., мясо получает с 8 мес. Трижды за последние 5 мес. переболел ОРВИ.

Объективно: состояние средней тяжести, масса 7700 г, длина 64 см. Кожа бледная, сухая, волосы тонкие. Тургор тканей, тонус мускулатуры снижены. В легких пуэрильное дыхание. Границы относительной сердечной тупости: правая — по правой парастернальной линии, левая — на 2 см влево от левой срединно-ключичной линии, верхняя — II ребро. Тоны сердца приглушены, на верхушке, в V точке систолический шум. Пульс 142 в 1 мин., видимые слизистые оболочки бледные. Сосочки языка выражены слабо. Живот мягкий. Печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги, селезенка — на 2 см.

Общий анализ крови: эритроциты — $2,8 \times 10^{12}/л$, Нв — 80 г/л, цв. пок. — 0,75, анизоцитоз, пойкилоцитоз, полихромазия, лейкоциты — $9,8 \times 10^9/л$, тромбоциты — $250 \times 10^9/л$, СОЭ — 4 мм/час, п — 4%, с — 20%, л — 64%, мон. — 10%.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Необходимые дополнительные исследования и ожидаемые результаты.
3. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 39

Наташа 8 мес. поступила в детскую больницу с жалобами на частый влажный кашель, одышку, повышение температуры до 38,5 °С. Ребенок болен 2 дня, когда появился кашель, повысилась темпера-

тура до 37,8 °С. Лечили амбулаторно жаропонижающими средствами, микстурой от кашля. Состояние продолжало ухудшаться, ребенок стал беспокойным, усилился кашель, появилась одышка, температура повысилась до 38,5 °С. Резко снизился аппетит. Известно, что девочка находится на естественном вскармливании, в 6-месячном возрасте перенесла ОРВИ с высокой температурой.

Состояние при поступлении тяжелое, температура 38,5 °С. Ребенок беспокоен. Кожные покровы бледные, с выраженным мраморным рисунком. Вокруг рта цианоз, дыхание с участием вспомогательной мускулатуры 68 в 1 мин. Перкуторно слева — легочный звук с коробочным оттенком, справа ниже угла лопатки между паравертебральной и средней аксиллярной линиями — укорочение перкуторного звука, аускультативно — в области укорочения мелкопузырчатые влажные хрипы. На остальном протяжении дыхание жесткое. Границы сердца: правая — по правой парастернальной линии, верхняя — на II ребре, левая — на 2,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены. Пульс 170 уд. в 1 мин. Печень пальпируется на 3,5 см ниже края реберной дуги.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Тактика участкового врача и лечение в стационаре.

ЗАДАЧА 40

Девочка М., 5 мес., поступила в отделение с жалобами на повышение температуры до 39 °С, кашель, одышку, отказ от еды, рвоту. С 3-х месяцев находится на искусственном вскармливании. Больна в течение 6 дней. Заболевание началось с повышения температуры до 37,2 °С, насморка, кашля, беспокойства, получала инъекции пенициллина, амидопирин, микстуру от кашля. На 3-й день состояние ухудшилось, температура повысилась до 38 °С, усилился кашель, появилась одышка. Госпитализирована на 6-й день болезни.

При поступлении состояние тяжелое, температура 39 °С. Кожа бледная, с сероватым оттенком, цианоз носогубного треугольника,

периоральный цианоз. Кашель влажный, частый, дыхание стонущее, 60 в 1 мин. с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Над верхним отделом правого легкого — притупление легочного звука, здесь же жесткое дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ЧСС — 160 в 1 мин.

Живот вздут. Печень пальпируется на 1,5 см ниже края реберной дуги. Рентгенограмма органов грудной клетки: справа в S_1 и S_2 неоднородная инфильтрация легочной ткани с наличием участков просветления с неровными контурами разной величины.

Анализ крови: эритроциты — $3,2 \times 10^{12}/л$, Нв — 100г/л, цв. пок. — 0,9, лейкоциты — $18 \times 10^9/л$, э — 1%, ю — 1%, п — 14%, с — 50%, л — 30%, мон. — 4%, СОЭ — 20 мм/час.

ЗАДАНИЕ

1. Клинический диагноз.
2. Укажите ошибки при ведении больного участковым педиатром.
3. Назначьте лечение в стационаре.

ЗАДАЧА 41

Мальчик Л., 8 месяцев, направлен в стационар в связи с фебрильной лихорадкой до $39,8^\circ\text{C}$ и выраженным возбуждением.

Из анамнеза известно, что ребенок заболел остро 2 дня назад, когда появились катаральные явления со стороны носоглотки, отмечался подъем температуры тела до $37,4\text{--}37,7^\circ\text{C}$, появились вялость, ребенок стал отказываться от еды и питья. В доме старшая сестра больна ОРВИ. На третьи сутки от начала заболевания температура тела повысилась до $39,8^\circ\text{C}$.

При осмотре врачом «скорой помощи» отмечают бледность кожи, резкое возбуждение ребенка, конечности холодные; на осмотр реагирует негативно. Из носа слизистые выделения, зев ярко гиперемирован, разрыхлен, налетов нет. ЧД — 54 в минуту. Над всей поверхностью легких перкуторно — звук легочный. Аускультативно — дыхание жесткое, проводится с обеих сторон, хрипы в легких не выслушиваются. Визуально область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая — на 0,5 см кнаружи от правой парастеральной линии, верхняя —

II ребро, левая — на 1,0 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, умеренно приглушены, ЧСС — 138 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень выступает на 2 см ниже края реберной дуги. Менингеальной и очаговой симптоматики не выявляется. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: эр. — $3,8 \times 10^{12}/л$, Нв — 112 г/л, цв. п. — 0,83, лейкоц. — $9,8 \times 10^9/л$, э — 1%, п/я — 4%, с — 32%, л — 56%, м — 7%, СОЭ — 11 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, относительная плотность мочи — 1010, белок — нет, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 0–1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

Биохимический анализ крови: общий белок — 72 г/л, мочевина — 4,7 ммоль/л, холестерин — 3,3 ммоль/л, калий — 4,3 ммоль/л, натрий — 138 ммоль/л, АЛТ — 23 Ед/л (норма — до 40), АСТ — 19 Ед/л (норма — до 40).

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Ваши действия.

ЗАДАЧА 42

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

Из анамнеза известно, что ребенок в течение 5 дней лечился амбулаторно по поводу бронхита. Накануне вечером при постановке горчичников 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.

При осмотре в клинике ребенок в сознании, температура тела 36,6 °С, кожа бледная, чистая. Зев чистый, умеренно гиперемирован. Большой родничок 2,0x2,5 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, выслушиваются единичные сухие хрипы с обеих сторон. Границы относительной сердечной тупости: верхняя — II межреберье, левая — по левой средне-ключичной линии, правая — на 0,5 см кнаружи от правой парастернальной линии. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень +2,0 см ниже реберного края. Селезенка не пальпируется. Менингеальных, общемозговых и очаговых симптомов не выявляется. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: эр. — $3,8 \times 10^{12}/л$, Нв — 120 г/л, цв. п. — 0,83, лейкоц. — $7,2 \times 10^9/л$, э — 4%, п/я — 2%, с — 20%, л — 64%, м — 10%, СОЭ — 8 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, относительная плотность мочи — 1010, белок — нет, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 0–1 в п/зр, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

Биохимический анализ крови: кальций ионизированный — 0,6 ммоль/л (норма — 0,8–1,1), кальций общий — 1,6 ммоль/л (норма — 1,8–2,1), фосфор — 0,6 ммоль/л (норма — 0,6–1,6).

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

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Необходимы ли данному ребенку консультации других специалистов?

ЗАДАЧА 43

Ребенок 6,5 месяцев, родился массой тела 3200 г. На грудном вскармливании до 2 мес., затем переведен на кормление адаптированной молочной смесью. С 4-х мес. получает манную кашу.

С 2-х месяцев потливость, беспокойный сон, пугливость, раздражительность.

Объективно: масса 7800 г, длина 63 см. Тургор тканей и мышечной тонус снижены. Голова гидроцефальной формы. Затылок уплощен. Большой родничок 3х3 см, края размягчены. Выражены лобные бугры. Грудная клетка уплощена, нижняя апертура развернута, выражена гаррисонова борозда, пальпируются «четки». Границы сердца: правая — по правой парастеральной линии, левая — на 1 см снаружи от левой средне-ключичной линии. ЧСС — 130 уд./мин. Тоны сердца ясные, чистые. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот распластан, мягкий, отмечается расхождение прямых мышц живота. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам. Статомоторное развитие: не поворачивается, двигательная активность снижена.

Общий анализ крови: эр. — $4,3 \times 10^{12}/л$, Нв — 118 г/л, лейкоц. — $6,4 \times 10^9/л$, э — 4%, п/я — 3%, с — 23%, л — 60%, м — 10%, СОЭ — 6 мм/час.

Общий анализ мочи: эпителия — нет, слизи — нет, лейкоциты — 2–3 в п/зр, эритроциты — нет.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте специфическую терапию.
3. Какие вспомогательные терапевтические средства можно назначить больному?
4. Каких специалистов необходимо привлечь к осмотру ребенка?

ЗАДАЧА 44

Ребенок 5 месяцев от молодых здоровых родителей, родился в срок, осенью. Масса при рождении 3850 г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8. К груди приложен на 2-е сутки. Грудное вскармливание

до 1,5 месяца, затем — искусственное. В последние 2 месяца у ребенка отмечается беспокойство, усилилась потливость.

Объективно: облысение затылка, уплощение костей черепа, размягчение их вдоль сагиттального шва и по краям родничка, очаг размягчения теменной кости диаметром 0,8–0,9 см. Мышечный тонус резко снижен. Гиперестезия. Опора на ноги отсутствует. Живот распластан. Тургор тканей снижен. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД — 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, пульс 120 уд./мин. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5 см, мягкая, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам.

Общий анализ крови: эр. — $3,6 \times 10^{12}/л$, Нв — 110 г/л, лейкоц. — $5,6 \times 10^9/л$, э — 2%, п/я — 2%, с — 31%, л — 56%, м — 9%, СОЭ — 6 мм/час.

Общий анализ мочи: количество — 40 мл, лейкоциты — 2–3 в п/зр, эритроциты — нет.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз.
2. Какие условия способствовали заболеванию?
3. Какие биохимические показатели могут подтвердить диагноз?
4. Тактика лечебных мероприятий.
5. Какие биохимические показатели можно использовать в качестве контроля за эффективностью лечения?

ЗАДАЧА 45

Ребенок 10 месяцев, поступил в тяжелом состоянии с затрудненным дыханием и кашлем, резкой слабостью, выраженной мышечной гипотонией.

Ребенок от первой беременности, протекавшей с гестозом, первых срочных родов. Первые 7 мес. беременности мать проживала на Севере, питалась в основном консервами. Ребенок до 2 месяцев кормился грудью матери, с 2-х месяцев питание искусственное, адаптированными смесями, с 3-х месяцев — в основном кашами. Ребенок часто (каждые 2 месяца) болел ОРВИ, редко бывал на свежем воздухе.

Заболевание началось с 1,5 месяца, когда появились беспокойство, потливость, мышечная гипотония. Ребенок отстает в психомоторном развитии, 2 недели назад переболел ОРВИ.

При осмотре: температура тела 37,4 °С. Ребенок не сидит, не стоит. Масса 8200 г, длина 71 см. Кожа сухая, бледная, слизистые оболочки рта бледные. Зубы — 0/2, обломаны на уровне шеек, с дефектами эмали. Голова с резко выраженными лобными и затылочными 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. Дыхание шумное с удлинненным выдохом. Аускультативно: на фоне жесткого дыхания — сухие свистящие хрипы. ЧД — 46 в 1 минуту. Границы сердца не расширены. Аускультативно: дующий систолический шум на верхушке и в V точке. ЧСС — 136 уд./мин. Печень +4 см из-под края реберной дуги. 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: эр. — $3,5 \times 10^{12}/л$, Нв — 100 г/л, лейкоц. — $7,5 \times 10^9/л$, э — 1%, п/я — 2%, с — 31%, л — 63%, м — 3%, СОЭ — 10 мм/час.

Общий анализ мочи: количество — 40,0 мл, относительная плотность — 1,012, лейкоциты — 2–3 в п/з, эритроциты — нет.

Биохимический анализ крови: кальций — 1,2 ммоль/л, фосфор — 1,1 ммоль/л, ЩФ — 950 Ед/л (норма — до 600).

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

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз.
2. Как проводить лечение?
3. Какие клинико-лабораторные критерии можно использовать в качестве маркера эффективности лечения?
4. Какими специалистами должен наблюдаться ребенок в дальнейшем?

ЗАДАЧА 46

Мальчик 6,5 месяца, поступил в больницу с плохим аппетитом, недостаточной прибавкой массы, неустойчивым стулом.

Ребенок от молодых здоровых родителей, от первой беременности, протекавшей с гестозом во второй половине. Во время беременности (на 33-й неделе) мать перенесла ОРВИ, лекарственные препараты не принимала. Роды на 38-й неделе. Мальчик родился в состоянии синей асфиксии. Масса при рождении 2900 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3-х мес. вскармливание искусственное, беспорядочное, кефиром, с 3,5 мес. — кашами. За 6,5 месяца ребенок прибавил в массе 3200 г.

В возрасте 2-х мес. заболел пневмонией. Долго лечился антибиотиками в условиях стационара. После выписки из больницы у ребенка неустойчивый стул, часто с примесью зелени и слизи. Аппетит снижен.

При поступлении в стационар состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 6100 г, длина 65 см. Мальчик вялый, иногда беспокоен. Температура тела нормальная. Кожные покровы сухие, бледные, с сероватым оттенком. Кожа с пониженной эластичностью, легко собирается в складки. Подкожно-жировой слой слабо выражен на туловище и конечностях. Большой родничок 2х2 см со слегка податливыми краями. Затылок уплощен. Выражены теменные и лобные бугры, реберные «четки». В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, отчетливые. Над верхушкой сердца систолический шум с музыкальным оттенком, за пределы сердца не проводится. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка — на 0,5 см. Стул от 3 до 5 раз в сутки, желто-зеленый, с неприятным запахом, жидкий.

Общий анализ крови: эр. — $3,3 \times 10^{12}/л$, Нв — 99 г/л, лейкоц. — $8,1 \times 10^9/л$, э — 1%, п/я — 4%, с — 49%, л — 44%, м — 2%, СОЭ — 9 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция — кислая, относительная плотность — 1,015, лейкоциты — 1–2 в п/з, эритроциты — нет.

Бактериологическое исследование кала: дизентерийная группа, кишечная палочка, стафилококк — не выделены.

ЗАДАНИЕ

1. Клинический диагноз на момент осмотра.
2. Возможные причины патологических состояний.
3. План дополнительного обследования.

4. Назначьте ребенку кормление.
5. План медикаментозного лечения.

ЗАДАЧА 47

Девочка 1 года 5 месяцев. Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, срочных родов. Родилась массой 3300 г, длиной 50 см, закричала сразу. Период новорожденности протекал без особенностей.

На грудном вскармливании до 7 мес. Аппетит был удовлетворительным, иногда срыгивала, стул был нормальным. Временами отмечалась вялость и повышенная потливость ребенка, особенно по утрам. Был однократный эпизод судорожных подергиваний конечностей. Нервно-психическое развитие до года было удовлетворительным. Масса в возрасте 1 года 8800 г, длина 73 см.

При осмотре масса 10 кг, рост 74 см. Обращает на себя внимание «кукольное лицо», короткая шея, выступающий за счет гепатомегалии живот. Кожа обычной окраски, венозная сеть на передней брюшной стенке не выражена. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет, ЧД 38 в 1 минуту. Границы сердца: правая — по правому краю грудины, левая — на 0,5 см влево от сосковой линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 120 уд./мин. Печень выступает на 10 см, плотная, селезенка не пальпируется. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту.

Общий анализ крови: эр. — $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв — 120 г/л, лейкоц. — $9,0 \times 10^9/л$, э — 1%, п/я — 2%, с — 29%, л — 60%, м — 8%, СОЭ — 5 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок — 75 г/л, альбумины — 53 г/л, альфа₁-глобулины — 5%, альфа₂-глобулины — 12%, бета-глобулины — 15%, гамма-глобулины — 15%, холестерин — 9,2 ммоль/л, общие липиды — 14 г/л (норма — 4,5–7), глюкоза — 3,1 ммоль/л, мочевая кислота — 0,65 ммоль/л (норма — 0,17–0,41), молочная кислота — 2,8 ммоль/л (норма — 1,0–1,7).

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

ЗАДАНИЕ

1. Ваш предварительный диагноз.

ЗАДАЧА 48

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

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

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

Общий анализ крови: эр. — $4,3 \times 10^{12}/л$, Нв — 120 г/л, лейкоц. — $5,8 \times 10^9/л$, э — 1%, п/я — 1%, с — 32%, л — 58%, м — 8%, СОЭ — 2 мм/час.

Общий анализ мочи: количество — 40 мл, относительная плотность — 1,012, лейкоциты — 2–3 в п/з, эритроциты — нет, слизь — немного.

Проба Фелинга: положительная.

ЗАДАНИЕ

1. О каком заболевании можно думать?
2. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
3. Каковы принципы лечения этого заболевания?

4. Охарактеризуйте основные принципы профилактики данной патологии.

ЗАДАЧА 49

Девочка 3., 1 год, поступила в клинику с жалобами матери на быструю утомляемость ребенка, выпадение волос, снижение аппетита, бледность кожи.

Из анамнеза известно, что при диспансеризации у ребенка выявлено снижение уровня гемоглобина до 76 г/л и цветового показателя до 0,53. Мать госпитализировала ребенка лишь в настоящее время, спустя 2 недели после рекомендации педиатра.

Анамнез жизни: ребенок от первой, нормально протекавшей беременности и родов. Масса при рождении 3300 г, длина 51 см. С 2-недельного возраста ребенок находится на искусственном вскармливании. С 4-месячного возраста девочку отправили к бабушке в деревню, где она вскармливалась козьим молоком, соками, овощами с собственного огорода. Мясо практически не получала, так как отказывалась от еды, если в ее состав входило мясо (со слов бабушки). Часто ела землю. Врачами все это время не наблюдалась, ничем не болела, профилактические прививки не сделаны.

При поступлении в стационар состояние ребенка расценено как тяжелое. Девочка вялая, почти безразлична к окружающему. Сознание ясное, на осмотр реагирует вяло. Кожа и видимые слизистые оболочки очень бледные, с желтоватым оттенком. Ушные раковины желтовато-зеленоватой окраски. В углах рта «заеды». В легких пуэрильное дыхание с жестковатым оттенком. Тоны сердца приглушены, ритмичные, на верхушке и над областью крупных сосудов выслушивается систолический шум мягкого тембра. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень +3,0 см ниже реберного края. Селезенка пальпируется у края подреберья, мягко-эластической консистенции. Моча светлая, стул 1–2 раза в день. Зрение и слух не нарушены. Склеры светлые. Менингеальной, общемозговой и очаговой симптоматики не отмечается. Психо-физическое развитие соответствует возрасту 9–10 мес.

Общий анализ крови: эр. — $2,6 \times 10^{12}/л$, Нв — 54 г/л, цв. п. — 0,63, ретик. — 2,9%, лейкоц. — $7,2 \times 10^9/л$, э — 4%, п/я — 2%, с — 20%, л — 64%, м — 10%, СОЭ — 14 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, относительная плотность мочи — 1010, белок — нет, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 0–1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

Биохимический анализ крови: железо — 4,1 мкмоль/л (норма — 10,4–14,2), железосвязывающая способность сыворотки — 103 мкмоль/л (норма — 63,0–80,0), свободный гемоглобин — не определяется (норма — нет).

Анализ кала на скрытую кровь (троекратно): отрицательно.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Ваши действия.
2. Какие причины способствовали развитию заболевания у данного ребенка?
3. Какое лечение необходимо назначить ребенку?
4. Какова продолжительность курса лечения и реабилитационного периода при данном заболевании?

ЗАДАЧА 50

Мальчик Р. 1 года 2 месяцев, поступил в больницу с жалобами матери на снижение аппетита у ребенка, вялость, извращение вкуса (лизжет стены, ест мел).

Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с анемией во второй половине (никаких противоанемических препаратов во время беременности мать не принимала). Роды срочные. Масса при рождении 3150 г, длина 51 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. На грудном вскармливании находился до 2-х месяцев. Затем вскармливание смесью «Агу», с 5 месяцев введен прикорм — овсяная и манная каши, творог, с 9 месяцев — овощное пюре, с 11 месяцев — мясное пюре (ел плохо). Прививки сделаны по возрасту. Перед проведением прививок анализы крови и мочи не делали. 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 Москву обратились к врачу, было проведено исследование крови, где обна-

ружено снижение уровня гемоглобина до 87 г/л, и ребенок был госпитализирован.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, чистые, волосы тусклые, ломкие. Мальчик капризный, достаточно активен. В легких пуэрильное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца громкие, ритмичные, на верхушке выслушивается короткий систолический шум. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень выступает из-под реберного края на 2,5 см. Селезенка не пальпируется. Моча и стул обычной окраски. Менингеальной и очаговой симптоматики не выявляется. Говорит отдельные слова.

Общий анализ крови: эр. — $3,1 \times 10^{12}/л$, Нв — 85 г/л, цв. п. — 0,71, ретик. — 1,9%, лейкоц — $7,2 \times 10^9/л$, э — 4%, п/я — 2%, с — 20%, л — 64%, м — 10%, СОЭ — 6 мм/час. Выражены анизоцитоз, пойкилоцитоз эритроцитов.

Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, относительная плотность мочи — 1010, белок — нет, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 0–1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

Биохимический анализ крови: общий белок — 68 г/л, билирубин общий — 22,5 мкмоль/л, калий — 4,3 ммоль/л, железо сыворотки — 7,3 мкмоль/л (норма — 10,4–14,2), железосвязывающая способность сыворотки — 87,9 мкмоль/л (норма — 63,0–80,0), свободный гемоглобин — не определяется (норма — нет).

Анализ кала на скрытую кровь (тремякратно): отрицательно.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие причины способствовали развитию заболевания у данного ребенка?
3. Какое лечение необходимо назначить ребенку?

ЗАДАЧА 51

У мальчика Е. 3-х лет после употребления в пищу жареной рыбы появился зуд и отек в области губ, жжение языка, небольшая уртикарная сыпь на лице, боли в животе и расстройство стула.

Из анамнеза известно, что впервые изменения на коже в виде покраснения на щеках, ягодицах, в естественных складках появились после введения в пищу козьего молока. Позже после употребления коровьего молока, апельсинов изменения стали распространенными, занимали большую площадь поверхности кожи. При соблюдении гипоаллергенной диеты кожа становилась чистой. Мать больного страдает контактной экземой.

При осмотре: больной повышенного питания. Кожные покровы влажные. Кожа на щеках, в подколенных ямках, на запястьях гиперемирована, инфильтрирована, с мокнутием и корками. Слизистая оболочка 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: эр. — $3,2 \times 10^{12}/л$, Нв — 112 г/л, лейкоц. — $7,0 \times 10^9/л$, э — 12%, п/я — 5%, с — 34%, л — 45%, м — 4%, СОЭ — 6 мм/час.

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

Радиоаллергосорбентный тест (РАСТ): уровень IgE в сыворотке крови 910 Ед/л (норма — до 100 Ед/л).

ЗАДАНИЕ

4. Поставьте диагноз.
5. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 52

Мальчик Б., 6 месяцев, поступил в стационар с направляющим диагнозом: детская экзема, период обострения.

Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей с гестозом в первой половине, срочных родов. Масса при рождении 2950 г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложен в родильном зале, сосал удовлетворительно. На естественном вскармливании до 2,5 месяца, затем переведен на искусственное вскармливание в связи с гипогалактией у матери. Вакцинация БЦЖ в родильном доме, других прививок не проводили.

Анамнез заболевания: после перевода на искусственное вскармливание у мальчика на коже щек появились участки покраснения

с элементами микровезикул, которые в дальнейшем подвергались мокнутию с образованием зудящих корочек. В возрасте 3-х месяцев на волосистой части головы отмечены диффузные серовато-желтые чешуйки. С 4-месячного возраста проводилась частая смена молочных смесей («Фрисолак», «Энфамил», «Симилак», «Хумана», «НАН» и т.д.), на фоне чего кожные проявления заболевания усилились, вовлекая в процесс лицо, верхние и нижние конечности, туловище. В дальнейшем высыпания появились на коже сгибательных поверхностей рук и ног, области ягодиц. Применение наружных медикаментозных средств («болтушки», кремы, мази, травяные ванны) и антигистаминных препаратов давали кратковременный эффект. В 5,5 месяца введен прикорм — овсяная каша, после чего отмечалось выраженное беспокойство, появился разжиженный стул со слизью и неперевавленными комочками, иногда с прожилками крови. Ребенок в последнее время практически не спит. Для обследования и лечения ребенок был направлен в стационар.

Семейный анамнез: мать — 29 лет, страдает экземой (в настоящее время в стадии обострения); отец — 31 год, страдает поллинозом.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко беспокоен. На волосистой части головы выражены проявления себорейного шелушения в виде «чепчика». Кожные покровы практически повсеместно (за исключением спины) покрыты мокнущими эритематозными везикулами, местами покрыты корочками. За ушами, в области шейных складок, в локтевых и подколенных сгибах, на мошонке и в промежности отмечаются участки с мокнутием и крупнопластинчатым шелушением. Пальпируются периферические лимфатические узлы до 0,5 см в диаметре, безболезненные, эластической консистенции, не спаяны с окружающими тканями. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС — 114 уд./мин. Живот несколько вздут, безболезненный при пальпации во всех отделах; урчание по ходу кишечника. Печень +3,0 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул разжиженный, желто-зеленого цвета, с неперевавленными комочками и слизью. Моча светлая. Общемозговых, очаговых и менингеальных симптомов не выявляется.

Общий анализ крови: эр. — $3,5 \times 10^{12}/л$, Нв — 104 г/л, цв. п. — 0,8, лейкоц. — $11,2 \times 10^9/л$, э — 9%, п/я — 7%, с — 33%, л — 41%, м — 10%, СОЭ — 12 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, относительная плотность мочи — 1010, белок — нет, глюкоза — нет, эпителий плоский — много, лейкоциты — 6–8 в п/з; эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — много.

Биохимический анализ крови: железо сыворотки — 8,1 мкмоль/л (норма — 10,4–14,2 мкмоль/л), железосвязывающая способность сыворотки — 87,9 мкмоль/л (норма — 63,0–80,0 мкмоль/л).

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз.
2. Какие специалисты должны посмотреть ребенка?
3. Основные принципы терапии данного заболевания.

ЗАДАЧА 53

Мальчик Д., 5,5 месяца, поступил в стационар с направляющим диагнозом: кишечная инфекция, токсикоз с эксикозом II степени.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности и родов, протекавших физиологически. Масса при рождении 3300 г, длина 52 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. До настоящего времени находится на грудном вскармливании. Помимо грудного молока получает яблочный и морковный соки, фруктовое пюре. Привит по возрасту. Стул до заболевания 2–3 раза в сутки, желтого цвета, без примесей. Наследственность неотягощена. В возрасте 5 месяцев масса составляла 7400 г.

Анамнез заболевания: заболел 4 дня назад, когда внезапно поднялась температура тела до 37,7 °С, появился разжиженный стул до 7–8 раз в сутки, отмечалась повторная рвота. На вторые сутки заболевания ребенок осмотрен участковым педиатром, который предложил госпитализировать ребенка, однако родители от госпитализации отказались. Было рекомендовано поить ребенка дробно до 500–600 мл в сутки, был назначен ампициллин в/м 250 тыс. ЕД х 3 раза в сутки. На 3-й день болезни рвота участилась до 8 раз за сутки, мальчик стал отказываться от питья и еды, появилась сонливость. В день госпитализации у ребенка отмечалась неукротимая рвота, в течение 8 часов не мочился, стул водянистый, скудный.

При поступлении в стационар состояние ребенка очень тяжелое. Сознание сопорозное, адинамичен. Температура тела 36,0 °С. Кожные покровы холодные на ощупь, выражены акроцианоз и «мраморный» рисунок. Большой родничок запавший, черты лица заострены, глазные яблоки запавшие, мягкие. Выражено диспноэ, ЧД — 42 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС — 88 уд./мин. Живот вздут, при пальпации безболезненный во всех отделах, перистальтика вялая. Печень +3,0 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Резкая мышечная гипотония, гипорефлексия. При осмотре дважды была рвота желчью. Стула во время осмотра не было, не мочился. Очаговой и менингеальной симптоматики не отмечается. Масса тела на момент поступления 6600 г.

Общий анализ крови: гематокрит — 61% (норма — 31–47), эр. — $5,2 \times 10^{12}/л$, Нв — 156 г/л, цв. п. — 0,9, э — 1%, лейкоц. — $18,8 \times 10^9/л$, п/я — 8%, с — 60%, л — 21%, м — 10%, СОЭ — 20 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — насыщенно-желтый, относительная плотность мочи — 1018, белок — 0,066%, глюкоза — нет, эпителий плоский — много, лейкоциты — 5–10 в п/з, эритроциты — единичные в п/з, цилиндры — нет, слизь — немного.

Биохимический анализ крови: кальций ионизированный — 0,7 ммоль/л (норма — 0,8–1,1), фосфор — 0,8 ммоль/л (норма — 0,6–1,6), АЛТ — 23 Ед/л (норма — до 40), АСТ — 19 Ед/л (норма — до 40).

ЗАДАНИЕ

Поставьте диагноз.

ЗАДАЧА 54

Девочка Ю. 1 года, поступила в больницу с жалобами матери на появление слабости у ребенка, повышение температуры тела до 39,0 °С, повторную рвоту, отказ от еды и питья. Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей с гестозом в третьем триместре, вторых срочных родов со стимуляцией. Масса при рождении 3200 г, длина 51 см. Закричала после отсасывания слизи. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложена в родильном зале, сосала хорошо. На естественном вскармливании до 11 мес., прикорм введен с 5 мес. В весе прибавляла нормально, масса

в 11 месяцев — 9,8 кг. Привита соответственно возрасту. До настоящего времени ничем не болела. Психофизическое развитие соответствует возрасту.

Анамнез болезни: ребенок отдыхал в деревне у бабушки, за 2 дня до поступления в стационар у девочки поднялась температура тела до 39,2 °С, появилась рвота, частый водянистый стул. В первые сутки заболевания жадно пила, была очень возбуждена. Врачом не осматривалась, лечения не получала. На вторые сутки болезни рвота участилась, стала отказываться от еды и питья, стул до 12 раз в сутки. Бабушка вызвала родителей, которые привезли ребенка в стационар.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Масса 9,4 кг. Выражена вялость, сонливость. Глаза «запавшие», «заострившиеся» черты лица. Кожа чистая, бледная, сухая, собирается в складки и медленно расправляется. Губы потрескавшиеся, сухие. Язык «сосочковый», прилипает к шпателью. Во рту вязкая слизь. Пульс и дыхание учащены. Живот вздут. Стул водянистый со слизью и зеленью. Ребенок не мочился в течение последних 5 часов. Менингеальных и очаговых знаков нет.

Общий анализ крови: эр. — $4,9 \times 10^{12}/л$, Нв — 158 г/л, цв. п. — 0,9, лейкоц. — $16,3 \times 10^9/л$, э — 1%, п/я — 6%, с — 41%, л — 44%, м — 8%, СОЭ — 13 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — насыщенно-желтый, относительная плотность мочи — 1018, белок — следы, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 4–5 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

Биохимический анализ крови: кальций ионизированный — 1,0 ммоль/л (норма — 0,8–1,1), фосфор — 1,2 ммоль/л (норма — 0,6–1,6), АЛТ — 23 ЕД/л (норма — до 40), АСТ — 19 ЕД/л (норма — до 40).

ЗАДАНИЕ

Сформулируйте предварительный диагноз.

ЗАДАЧА 55

У ребенка 2 мес., находящегося на лечении в отделении грудного возраста по поводу пневмонии, появилось кряхтящее дыхание, выраженная пульсация яремных вен, влажные хрипы во всех отделах легких.

Увеличились размеры печени на 2 см. Ребенок постоянно кашляет, возбужден, диффузный цианоз, ЧСС — 180 в 1 мин. Дежурный реаниматолог обратил внимание, что больному в течение 2 ч. было перелито 200 мл растворов, из которых 100 мл — плазмозамещающих. В течение 4-х последующих часов диурез составил 25 мл.

ЗАДАНИЕ

1. Какова причина ухудшения состояния ребенка?
2. План лечения развившегося состояния?

ЗАДАЧА 56

Вы участковый врач. К вам обратились родители с ребенком 6 мес. Болен в течение 3-х суток. Заболевание началось с ухудшения общего состояния, повышения температуры тела до 38 °С. На вторые сутки стал щадить правую ножку, при пеленании громко плачет. Общее состояние средней тяжести. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Правая нижняя конечность приведена, имеется болевая контрактура в тазобедренном суставе, при пальпации конечности ребенок становится беспокойным, громко плачет. Температура тела 38,7 °С. В анализе крови лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.

ЗАДАНИЕ

1. Диагноз.
2. Тактика.

ЗАДАЧА 57

Вы дежурный врач. Вас вызвали в диагностическое отделение к ребенку 9 мес., который находится на лечении по поводу дизентерии. Из анамнеза известно, что у ребенка при поступлении отмечалась рвота, беспокойство, скудный стул со слизью и кровью.

При осмотре ребенок адинамичный, бледный, кожа и видимые слизистые оболочки сухие. Язык сухой, обложен бурым налетом. Температура тела 38 °С, ЧСС — 120 в 1 мин., слабого наполнения и напряжения, живот вздут, болезненный, кишечные шумы не выслушиваются. При пальцевом исследовании прямой кишки — тонус

сфинктера снижен, ампула прямой кишки пустая, за пальцем выделяется темная кровь.

ЗАДАНИЕ

1. Диагноз?
2. Тактика дежурного врача-педиатра?

ЗАДАЧА 58

Ребенок К., 1 мес, поступил в клинику с жалобами матери на желтушность кожи и склер. Общее состояние ребенка оставалось удовлетворительным, сосал активно, не лихорадил. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с токсокозом, родился массой 3700 г. В родильном доме замечено появление желтухи на третьи сутки. У матери и ребенка группа крови А (II), Rh+. При исследовании периферической крови ребенка гемоглобин и эритроциты были в пределах нормы. Желтуха расценивалась как физиологическая, и ребенок был выписан домой. Однако участковый врач обратил внимание на прогрессирование желтухи, наличие темной мочи, окрашивающей пеленки, в связи с чем ребенок направлен в клинику. При осмотре обращает на себя внимание желтушность кожи и склер с зеленоватым оттенком. Состояние ребенка мало нарушено, активен, не лихорадит, однако отстаёт в массе, на передней брюшной стенке отмечается развитие венозной сети. Пальпируется плотная, с острым нижним краем печень 5 см ниже края реберной дуги, селезенка 3 см, плотная. Моча темная, стул ахоличен. При исследовании периферической крови: эритроцитов — $3,4 \times 10^{12}/л$, Hb — 103 г/л, ретикулоциты — 0,8%, СОЭ — 10 мм/ч, билирубин: общий — 310,7 мкмоль/л, прямой — 256,5 мкмоль/л, непрямой — 54,2 мкмоль/л. В моче обнаружены желчные пигменты. Анализ кала на стеркобилин отрицательный. Общий холестерин в сыворотке крови — 8,7 мкмоль/л. Отмечено повышение щелочной фосфатазы. Активность АЛаТ — 0,5 ммоль/л, АСаТ — 0,8 ммоль/л. В протеинограмме патологических сдвигов не выявлено. НБСа_q не обнаружен. При рентгенологических исследованиях желчевыводящих путей последние не контрастируются. При исследовании на токсоплазмоз, цитомегалию, листериоз получены отрицательные результаты.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие данные подтверждают ваш диагноз?

ЗАДАЧА 59

Оля В., 1 мес. 10 дней. Девочка от первой беременности, протекавшей с гестозом первой и второй половины, обострением пиелонефрита, ОРВИ в сроке 20 недель. Доношенная, масса при рождении 2900 г. Пуповинный остаток отпал на 5-е сутки. Кормить ребенка принесли на вторые сутки. Сделали БЦЖ. Выписка ребенка была задержана на 10 суток из-за состояния матери. Дома у девочки наблюдались кровянистые выделения из пупочной ранки в течение трех недель, правосторонний конъюнктивит. В возрасте 17–18 дней у ребенка появился жидкий, водянистый, брызжущий стул, после каждого кормления ежедневные срыгивания 1–2 раза в день. Девочка стала беспокойной, особенно во время кормления. Родители к врачу не обращались, поили ребенка отваром зверобоя. Сегодня пришли на профилактический осмотр. Участковый врач обратила внимание на недостаточное увеличение массы (Ф.М. 3200 г), на характер стула — жидкий, зеленый, со слизью, непереваренными остатками пищи, С диагнозом «инфекционный энтероколит» ребенок направлен в стационар.

При поступлении состояние больной средней тяжести. Девочка адекватно реагирует на осмотр. Температура тела 37,3 °С, кожа бледная, с субиктеричным оттенком, на бедрах легкая мраморность. Тургор тканей ослаблен. Подкожно-жировой слой развит слабо. Саливация достаточная. Большой родничок не запавший, ЧД — 38 в 1 мин., ЧСС — 140 в 1 мин. Дыхание в легких пуэрильное. Тоны сердца отчетливые. Живот мягкий. Печень выступает на 2–3 см ниже края ребра, селезенка не увеличена. Анус сомкнут, вокруг ануса гиперемия кожи. На пеленке зеленое пятно с комочками слизи.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш предположительный диагноз. Укажите вероятную этиологию заболевания.
2. Назовите план обследования.

ЗАДАЧА 60

У ребенка 3-х лет на фоне острой респираторной вирусной инфекции появились жалобы на боль в области шеи справа, припухлость, покраснение.

ЗАДАНИЕ

1. Укажите предварительный диагноз и обоснуйте.
2. Какое из перечисленных заболеваний может вызвать подобные симптомы:
 - a) отек Квинке;
 - b) лимфогранулематоз;
 - c) лимфаденит;
 - d) лимфома.

ЗАДАЧА 61

Ребенку 2 года, болеет острым простым бронхитом. На фоне лечения появилась брадикардия, выраженная потливость, сонливость, снижение температуры тела до 35 °С.

ЗАДАНИЕ

Какие мероприятия необходимо предпринять?

1. Ввести глюкокортикостероиды.
2. Срочно госпитализировать.
3. Назначить антибиотик.
4. Назначить антигистаминные препараты.

ЗАДАЧА 62

Ребенок 1,5 года, заболел остро с подъема температуры до фебрильных цифр, насморк, сухой кашель. На день осмотра: фебрильная температура, отказывается от еды, кашляет. Вялый, капризный, бледные кожные покровы. В зеве яркая гиперемия дужек, миндалин и задней стенки глотки. В легких жесткое дыхание, множественные сухие хрипы.

ЗАДАНИЕ

Назовите предположительный диагноз и обоснуйте свои действия.

1. Тонзилофарингит.
2. Острый назофарингит.
3. Острый обструктивный бронхит.

ЗАДАЧА 63

У ребенка 3-х лет высокая температура тела, боли в горле. Отказ от еды. При осмотре — температура 39°С, вялый, кожные покровы горячие на ощупь. В зеве увеличение и отечность миндалин, яркая гиперемия, в лакунах налеты беловато-желтого цвета. Реакция со стороны регионарных лимфоузлов.

ЗАДАНИЕ

Назовите предварительный диагноз из перечисленных. Обоснуйте свои действия.

1. Аденовирусная инфекция.
2. Острый тонзиллит.
3. Скарлатина.
4. Дифтерия.

ЗАДАЧА 64

Ребенок 5 мес., заболел остро с появления приступообразного сухого кашля, одышки экспираторного характера, насморка. Температура 38°С.

При осмотре состояние больного тяжелое, ребенок вялый, отказывается от еды. Кожные покровы бледные, периорбитальный и перiorальный цианоз. В зеве яркая гиперемия. В легких — сухие свистящие и мелкопузырчатые хрипы по всем полям. Перкуторно — коробочный звук.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз из перечисленных.
1. Острый простой бронхит.
2. Внебольничная пневмония.

3. Острый обструктивный бронхит.
 4. Бронхиолит
- II. Алгоритм диагностики и лечения.

ЗАДАЧА 65

Мальчик, 10 месяцев, поступил в отделение младшего возраста с жалобами матери на повышение температуры до 39°C , влажный кашель, слизистые выделения из носа, снижение аппетита. Со слов матери, ребенок заболел после контакта с больным ОРВИ, когда спустя 3 дня у него поднялась температура до 38°C , появилась заложенность носа. Лечился амбулаторно. Несмотря на проводимое лечение температура в пределах 38°C - $38,5^{\circ}\text{C}$ держится в течение 6 дней, выросла интоксикация, присоединился кашель.

В анамнезе ребенок родился доношенным, массой 3600 г. Акушерский анамнез неотягощен. Находится на естественном вскармливании. Ранее ничем не болел.

При осмотре состояние тяжелое, температура $38,7^{\circ}\text{C}$. Выражена одышка с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, цианоз носогубного треугольника. Ребенка беспокоит частый влажный кашель. Над легкими перкуторно отмечается притупление звука в подлопаточной области. Аускультативно — жесткое дыхание, справа в месте притупления перкуторного звука ослабленное дыхание, обилие влажных мелкопузырчатых хрипов. ЧД в покое — 40 в мин., ЧСС — 124 в мин. Живот умеренно вздут, безболезненный при пальпации. Печень выступает на 1,5 см из-под края реберной дуги.

Общий анализ крови: эр. — $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв — 120 г/л, цв. п. — 0,85, лейкоц. — $12,0 \times 10^9/\text{л}$, э — 2%, п — 6%, с — 64%, лимф. — 24%, мон. — 4%, СОЭ — 26 мм/ч.

На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции — усиление легочного рисунка; корни несколько расширены, справа в нижних отделах легкого очаг инфильтрации.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Выделите клинические синдромы.
3. Назовите критерии диагностики.
4. Назначьте антибиотикотерапию.

ЗАДАЧА 66

Ребенок, 2 мес., заболел остро с повышения температуры до 38°С, кашля, насморка. В течение следующих 3-х дней состояние ухудшалось, кашель стал приступообразным, снизился аппетит, больной стал беспокойным. Наблюдался периоральный цианоз, акроцианоз, оральная крепитация, втяжение уступчивых мест грудной клетки. Дыхание — 72 в мин. Перкуторно — коробочный звук. При аускультации — масса крепитирующих хрипов с обеих сторон на выдохе.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш предположительный диагноз:
 - a) бронхиолит;
 - b) внебольничная пневмония;
 - c) острый обструктивный бронхит.
2. Ваши действия.
3. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 67

Ребенок 2-х лет поступил в детское отделение с жалобами матери на слабость, влажный кашель, одышку. Заболел 7 дней назад, когда появились катаральные явления, сухой, затем влажный кашель, повысилась температура до 38,5°С. Участковый врач поставил диагноз ОРВИ, назначил лечение амбулаторно: сироп парацетамола, супрастин, мукалтин, амоксиклав. Однако состояние ребенка ухудшалось: температура держалась на высоких цифрах, отказывался от еды, усилились слабость, вялость, одышка.

В анамнезе: месяц назад ребенок перенес фурункулез. При осмотре состояние ребенка тяжелое, вялый, бледный, выраженный цианоз носогубного треугольника, одышка 34 в 1 мин., температура 39,4°С. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Перкуторно — притупление перкуторного звука справа под углом лопатки. Аускультативно — справа в нижних отделах ослабленное дыхание, множество влажных мелкопузырчатых хрипов. Тоны сердца приглушены, ЧСС — 120 в 1 мин., ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги.

Общий анализ крови: эр.— $3,7 \times 10^{12}/л$, Нв — 100 г/л, цв. п.— 0,8, лейкоц.— $15,8,0 \times 10^9/л$, э — 0%, п — 8%, с — 72%, лимф.— 15%, мон.— 5%, СОЭ — 40 мм/ч.

Рентгеновский снимок органов грудной клетки: легочный рисунок усилен, справа в нижней доле округлой формы интенсивное, ограниченное, с четкими ровными контурами гомогенное затемнение.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите посиндромное обоснование диагноза.
3. Какова предположительная этиология заболевания?
4. Ваш план обследования.
5. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 68

На прием к педиатру обратилась мать с мальчиком в возрасте 2 месяца с жалобами на отсутствие яичка в мошонке. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с гестозом во II триместре, роды в сроке 36–37 недель гестации, масса при рождении 2700 г. При осмотре наружных гениталий: пенис и мошонка сформированы правильно, левое яичко пальпируется в мошонке, эластичное, правое яичко в мошонке пальпаторно не определяется, однако в нижней трети пахового канала, у наружного пахового кольца, педиатру удалось пропальпировать овальное эластичное образование.

ЗАДАНИЕ

Определите тактику педиатра.

ЗАДАЧА 69

Коля, 6 мес., болен в течение 4-х дней. Беспокоит кашель, насморк температура $37,3^{\circ}C$. Обратились к участковому врачу. Диагноз — ОРВИ. Назначено лечение — анаферон детский, капли в нос. Сегодня состояние больного ухудшилось, температура $38,4^{\circ}C$, отказывался от еды. Мать вновь обратилась к участковому врачу. Ребенок госпитализирован.

При осмотре состояние больного средней тяжести за счет выраженного катарального синдрома: гиперемия конъюнктив, из носа слизисто-гнойное отделяемое, кашель частый, влажный. Веки отечны. Зев гиперемирован, миндалины отечные, гиперемированные.

Пальпируются мелкие шейные, подчелюстные, подмышечные, паховые лимфатические узлы. Кожные покровы чистые. В легких дыхание жесткое, местами ослаблено, слышны хрипы. Тоны сердца отчетливые, ритм правильный, пульс 160 в 1 минуту. Живот при пальпации мягкий, печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги. Стул скудный в течение двух дней.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите объем исследований.
3. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 70

У ребенка 3-х лет после перенесенного обструктивного бронхита сохраняется сухой приступообразный кашель в течение 1 месяца на фоне физической нагрузки. При применении беродуала в ингаляциях кашель усиливается. Мать продолжает применять беродуал.

ЗАДАНИЕ

1. Определите ваши действия.
2. Какие специалисты помогут вам провести диагностический алгоритм?

ЗАДАЧА 71

Больная К. 3-х лет, планово поступила в стационар.

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

При поступлении: кожа и видимые слизистые оболочки умеренно цианотичные, акроцианоз, пальцы в виде «барабанных палочек», ногти — «часовых стекол», умеренная деформация грудной клетки за счет срединно расположенного сердечного горба. Границы относительной сердечной тупости: правая — на 1,0 см вправо от правой парастернальной линии, левая — по левой аксиллярной линии, верхняя — II ребро. Аускультативно: тоны звучные, ритмичные, ЧСС — 160 уд./мин., во II — III межреберье по левому краю грудины выслушивается средней интенсивности систолический шум, без проведения за пределы области сердца, акцент второго тона во II межреберье слева. ЧД — 40 в 1 мин., дыхание глубокое, шумное. Печень выступает из-под реберного края на 3,0 см. Пастозность стоп.

Общий анализ крови: эр. — $4,9 \times 10^{12}/л$, Нв — 148 г/л, цв. п. — 0,9, лейкоц. — $6,3 \times 10^9/л$, э — 1%, п/я — 4%, с — 21%, л — 70%, м — 4%, СОЭ — 3 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, относительная плотность мочи — 1014, белок, глюкоза — отсутствуют, эпителий плоский — 1–2 в п/з, лейкоциты — 0–1 в п/з, эритроциты — нет, слизь — немного.

Биохимический анализ крови: общий белок — 69 г/л, С — реактивный белок — отрицательный.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Какова дальнейшая тактика ведения ребенка?

ЗАДАЧА 72

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

Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с 2-месячного возраста, при кормлении отмечалась быстрая утомляемость вплоть до отказа от груди. Бронхитами и пневмониями не болел.

При осмотре: кожа и слизистые с цианотичным оттенком, периферический цианоз. Область сердца визуально не изменена, границы относительной сердечной тупости: правая — по правой парастеральной линии, левая — по левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца удовлетворительной громкости, ЧСС — 146 уд./мин., ЧД — 40 в 1 мин. Вдоль левого края грудины выслушивается интенсивный систолический шум жесткого тембра, проводящийся на спину, II тон ослаблен во втором межреберье слева. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет.

Общий анализ крови: гематокрит — 49%, эр. — $5,4 \times 10^{12}/л$, Нв — 170 г/л, цв. п. — 0,91, лейкоц. — $6,1 \times 10^9/л$, э — 1%, п/я — 3%, с — 26%, л — 64%, м — 6%, СОЭ — 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, относительная плотность мочи — 1012, белок, глюкоза — отсутствуют, эпителий плоский — 1–2 в п/з, лейкоциты — 0–1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — нет.

Биохимический анализ крови: С-реактивный протеин — отрицательный.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Какие изменения вероятны на рентгенограмме?

ЗАДАЧА 73

Во время профилактического осмотра школьным врачом у девочки 11 лет выявлена экстрасистолия. Больная жалоб не предъявляет, давность возникновения аритмии неизвестна.

Из анамнеза: девочка родилась в срок, от первой беременности, протекавшей с гестозом, быстрых родов, массой 3300 г, длиной 52 см. Росла и развивалась в соответствии с возрастом. До трех лет часто болела ОРВИ. Кардиологом не наблюдалась. Учится в двух школах: общеобразовательной и музыкальной.

При осмотре состояние ребенка удовлетворительное. Телосложение правильное. Кожа чистая, нормальной окраски. Подкожно-жировой слой развит избыточно. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Визуально область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая — по правому краю грудины, верхняя — III ребро, левая — на 0,5 см кнутри от средне-ключичной линии. При аускультации в положении лежа тоны сердца слегка приглушены, ЧСС — 68 уд./мин., выслушивается 6–7 экстрасистол в минуту. В положении стоя тоны сердца ритмичные, ЧСС — 80 уд./мин., экстрасистолы не выслушиваются, при проведении пробы с физической нагрузкой (10 приседаний) ЧСС — 112 уд./мин., экстрасистол нет. Выслушивается средней интенсивности систолический шум в V точке, без проведения за пределы области сердца, только в положении лежа. Живот мягкий, слегка болезненный в правом подреберье. Печень, селезенка не пальпируются. Симптомы Кера, Орнтера слабо положительные. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: Нв — 120 г/л, лейкоц. — $7,0 \times 10^9$ /л, п/я — 5%, с — 60%, л — 31%, м — 4%, СОЭ — 7 мм/час.

Биохимический анализ крови: АЛТ — 40 Ед/л (норма — до 40), АСТ — 35 Ед/л (норма — до 40), СРБ — отрицательный.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС — 64 уд./мин., горизонтальное положение электрической оси сердца. Регистрируются одиночные суправентрикулярные экстрасистолы. Высокий зубец Т в грудных отведениях. В положении стоя синусовый ритм 82 уд./мин., экстрасистолы не зарегистрированы.

ЭхоКГ: размеры камер сердца, толщина, экскурсия стенок не изменены. Регистрируются множественные аномальные хорды в левом желудочке. Фракция выброса 68%.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие еще обследования необходимо провести данной больной?
3. Какова тактика ведения в поликлинике?

ЗАДАЧА 74

Мальчик Ц., 1 год 2 месяца, поступил в отделение с жалобами на снижение аппетита, потерю массы, влажный кашель.

Из анамнеза известно, что до одного года ребенок развивался в соответствии с возрастом, ходит самостоятельно с 10 месяцев. В возрасте 11,5 месяца перенес острое респираторное заболевание, сопровождавшееся катаральными явлениями и кишечным синдромом (боли в животе, жидкий стул), отмечалась субфебрильная температура. Указанные изменения сохранялись в течение 7 дней. Лечился амбулаторно, получал симптоматическое лечение.

Через 2–3 недели после выздоровления родители отметили, что ребенок стал быстро уставать во время игр, отмечалась одышка. Состояние постепенно ухудшалось: периодически появлялись симптомы беспокойства и влажного кашля в ночные часы, снизился аппетит, мальчик потерял в весе, обращала на себя внимание бледность кожи. Температура не повышалась. Участковым педиатром состояние расценено как проявление железодефицитной анемии, гипотрофии, ребенок направлен на госпитализацию для обследования.

При поступлении состояние расценено как тяжелое, ребенок вялый, аппетит снижен. Кожа, зев бледно-розовые. Частота дыхания 44 в 1 мин., в легких выслушиваются единичные влажные хрипы в нижних отделах. Область сердца: визуально — небольшой сердечный левосторонний горб, пальпаторно — верхушечный толчок разлитой, перкуторно — границы относительной сердечной тупости: правая — по правому краю грудины, левая — по передней подмышечной линии, верхняя — II межреберье, аускультативно — ЧСС — 146 уд./мин, тоны сердца приглушены, в большей степени I тон, на верхушке

выслушивается негрубого тембра систолический шум, занимающий 1/3 систолы, связанный с I тоном. Живот мягкий, печень +5 см по правой срединно-ключичной линии, селезенка +1 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: эр. — $4,1 \times 10^{12}/л$, Нв — 110 г/л, лейкоц. — $5,0 \times 10^9/л$, п/я — 2%, с — 56%, л — 40%, м — 2%, СОЭ — 10 мм/час.

ЭКГ: низкий вольтаж комплексов QRS в стандартных отведениях, синусовая тахикардия до 140 уд./мин., ЭОС отклонена влево. Признаки перегрузки левого предсердия и левого желудочка. Отрицательные зубцы T в I, II, aVL, V5, V6 отведениях.

Рентгенография грудной клетки в прямой проекции: легочный рисунок усилен. Кардиоторакальный индекс (КТИ) — 60%.

ЭхоКГ: увеличение полости левого желудочка и левого предсердия, фракция изгнания составляет 40%.

ЗАДАНИЕ

1. Какой предварительный диагноз вы поставите ребенку?
2. Предположительно какой этиологии данное заболевание?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести?

ЗАДАЧА 75

Мальчик И., 11 лет. Обратились в приемное отделение педиатрического стационара самостоятельно.

Из анамнеза известно, что 2,5 месяца назад ребенок перенес скарлатину (типичная форма, средней степени тяжести). Получал антибактериальную терапию амоксициллином в течение 5 дней. Через 14 дней был выписан в школу. Тогда же стали отмечать изменения почерка, мальчик стал неусидчивым, снизилась успеваемость в школе, появилась плаксивость. Вскоре мать стала замечать у мальчика подергивания лицевой мускулатуры, неточность движений при одевании и во время еды. Периодически повышалась температура до субфебрильных цифр, катаральных явлений не было. Обратились к участковому врачу, сделан общий анализ крови — без изменений. Был поставлен диагноз: астенический синдром, рекомендована витаминотерапия. Однако неврологические расстройства нарастали: усилились проявления гримасничанья, мальчик не мог самостоятельно

одеться, иногда требовалась помощь при еде, сохранялась плаксивость и раздражительность, в связи с чем самостоятельно обратились в педиатрический стационар. Больной был госпитализирован.

Состояние при поступлении тяжелое. Мальчик плаксив, раздражителен, быстро устает, отмечается скандированность речи, неточное выполнение координационных проб, мышечная гипотония, гримасничанье. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая — по правому краю грудины, верхняя — по III ребру, левая — на 1 см кнутри от средне-ключичной линии. Тоны сердца умеренно приглушены, выслушивается негрубый систолический шум на верхушке, занимающий 1/6 систолы, не проводится за пределы области сердца, в ортостазе его интенсивность уменьшается. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: эр. — $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв — 120 г/л, лейкоц. — $6,5 \times 10^9/л$, э — 2%, п/я — 2%, с — 46%, л — 48%, м — 2%, СОЭ — 10 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1018, белок, глюкоза — отсутствуют, лейкоциты — 2–3 в п/з, эритроциты — отсутствуют.

ЗАДАНИЕ

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз по классификации.
2. Какие еще обследования следует провести больному?
3. В консультации какого специалиста нуждается данный пациент?

ЗАДАЧА 76

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

Анамнез заболевания: 2 года назад перенес ревматическую атаку с полиартритом, поражением митрального клапана, следствием чего было формирование недостаточности митрального клапана II ст. Настоящее ухудшение состояния наступило после охлаждения.

При поступлении обращает внимание бледность, одышка до 26 в 1 мин. в покое. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. При пальпации: верхушечный толчок

разлитой и усиленный, расположен в IV — V межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. В области IV — V межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы сердца при перкуссии: правая — по правому краю грудины, верхняя — во II межреберье, левая — на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии. При аускультации на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 2/3 систолы; шум проводится в подмышечную область и на спину, сохраняется в положении стоя и усиливается в положении на левом боку. В точке Боткина выслушивается низкочастотный интенсивный мезодиастолический шум. Частота сердечных сокращений — 100 уд./мин. АД 105/50 мм рт. ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: эр. — $4,3 \times 10^{12}/л$, Нв — 115 г/л, лейкоц. — $10,0 \times 10^9/л$, э — 3%, п/я — 4%, с — 54%, л — 36%, м — 3%, СОЭ — 35 мм/час.

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

ЭКГ: синусовая тахикардия 112 в мин., отклонение электрической оси сердца влево, признаки перегрузки левого желудочка и левого предсердия. Признаки субэндокардиальной ишемии миокарда левого желудочка.

ЗАДАНИЕ

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз по классификации.
2. Какие еще обследования следует провести больному?
3. Составьте план лечения данного больного.

ЗАДАЧА 77

Больная Р., 9 лет, поступила в стационар с жалобами на сохраняющуюся в течение 4-х недель субфебрильную температуру, без катаральных явлений, слабость, 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 в педиатрической стационар.

Анамнез жизни: девочка родилась от первой, нормально протекавшей беременности, срочных родов, в физическом и психомоторном развитии не отставала. В возрасте 1 месяца был выслушан довольно интенсивный систолический шум с максимумом аускультации в III — IV межреберье слева от грудины, без проведения за пределы области сердца. После обследования диагностирован дефект межжелудочковой перегородки небольших размеров, расположенный в мембранозной части, субаортально. В дальнейшем самочувствие девочки оставалось хорошим, признаков сердечной недостаточности не отмечалось, лечения не получала, детским кардиологом осматривалась один раз в год.

При поступлении состояние больной тяжелое, очень бледная, вялая, отмечается одышка в покое до 28 в 1 мин. В легких 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 средне-ключичной линии. В области III — IV межреберья слева определяется систолическое дрожание, диастолическое дрожание в III межреберье слева от грудины. Границы сердца при перкуссии: правая — по правому краю грудины, верхняя — во II межреберье, левая — на 2 см кнаружи от средне-ключичной 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. В III межреберье слева от грудины выслушивается диастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. Во II межреберье слева — акцент II тона. Частота сердечных сокращений 120 уд./мин. АД 115/40 мм рт. ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги.

Общий анализ крови: эр. — $4,1 \times 10^{12}/л$, Нв — 105 г/л, лейкоц. — $12,0 \times 10^9/л$, э — 3%, п/я — 7%, с — 37%, л — 50%, м — 3%, СОЭ — 40 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1018, белок — 0,05 мг/л, лейкоциты — 2–3 в п/з, эритроциты — отсутствуют.

ЭКГ: синусовая тахикардия 116 в 1 мин., нормальное положение электрической оси сердца, признаки перегрузки правого и левого желудочков. Нарушение процессов реполяризации.

ЗАДАНИЕ

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие еще обследования необходимо провести данной больной?

ЗАДАЧА 78

Больной О., 10 лет, поступил в отделение для уточнения диагноза и коррекции терапии. Из анамнеза известно, что заболевание началось в 3-летнем возрасте, когда после перенесенного гриппа мальчик стал хромать — как оказалось при осмотре, из-за поражения правого коленного сустава. Сустав был шаровидной формы, горячий на ощупь, имелось ограничение объема движений. Лечился амбулаторно с диагнозом «реактивный артрит правого коленного сустава». 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.

При поступлении состояние тяжелое, отмечается деформация и припухлость межфаланговых, лучезапястных, коленных суставов, ограничение движений в правом тазобедренном суставе. В легких хрипов нет. Границы сердца: правая — по правому краю грудины, верхняя — по III ребру, левая — на 0,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет.

Общий анализ крови: эр. — $3,5 \times 10^{12}/л$, Нв — 100 г/л, лейкоц. — $10,0 \times 10^9/л$, э — 2%, п/я — 4%, с — 44%, л — 47%, м — 3%, тр. — $425 \times 10^9/л$, СОЭ — 46 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1014, белок, глюкоза — отсутствуют, лейкоциты — 2–3 в п/з, эритроциты — отсутствуют.

Биохимический анализ крови: общий белок — 73 г/л, общий билирубин — 20,0 мкмоль/л, непрямой билирубин — 18,0 мкмоль/л, АЛТ — 32 Ед/л, АСТ — 25 Ед/л, мочевины — 4,5 ммоль/л.

Рентгенологически определяется эпифизарный остеопороз, сужение суставных щелей межфаланговых, лучезапястных суставов.

ЗАДАНИЕ

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие еще обследования следует провести больному?
3. Консультации каких специалистов необходимы при данном заболевании?
4. Какая терапия показана больному?

ЗАДАЧА 79

Больная Р., 6 лет, поступает в стационар в неотложном порядке с жалобами на боли, нарушение движений, припухлость левого коленного и голеностопного суставов.

Из анамнеза известно, что 2 недели назад ребенок перенес острую респираторную инфекцию, протекавшую с конъюнктивитом. Сегодня утром не смогла встать на левую ногу.

При осмотре в стационаре состояние девочки средней тяжести. Ребенок щадит левую ногу, хромота. Кожа физиологической окраски, катаральных явлений нет. Отмечается умеренное увеличение передне- и заднешейных лимфоузлов. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца: правая — по правому краю грудины, верхняя — по III ребру, левая — по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет, ЧСС 92 в 1 мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Отмечается повышение местной температуры, увеличение в объеме, болезненность и значительное ограничение движений в левом коленном и голеностопном суставах.

Общий анализ крови: Нв — 118 г/л, лейкоц. — $10,0 \times 10^9$ /л, э — 2%, п/я — 4%, с — 42%, л — 49%, м — 3%, СОЭ — 20 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1018, белок, глюкоза — отсутствуют, лейкоциты — 1–3 в п/з, эритроциты — отсутствуют.

Биохимический анализ крови: общий белок — 78 г/л, общий билирубин — 20,0 мкмоль/л, непрямой билирубин — 18,0 мкмоль/л, АЛТ — 32 Ед/л, АСТ — 30 Ед/л, мочевины — 4,5 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ

1. О каком заболевании можно думать в первую очередь?
2. Какие еще обследования следует провести больной?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. Какая терапия показана?

ЗАДАЧА 80

Больной Г., 12 лет, был госпитализирован с жалобами на колющие боли в области сердца, продолжающиеся по 10–20 мин., а также эпизоды головной боли, возникающие в вечернее время с частотой 2–3 раза в месяц. Иногда приступ головной боли сопровождается рвотой, похолоданием конечностей, снижением артериального давления. Мальчик плохо переносит транспорт, душные помещения. За последнее время отмечает снижение аппетита, повышенную утомляемость, неустойчивое настроение. Имеющиеся жалобы появились около года назад после развода родителей. В школе часто вступает в конфликт с одноклассниками и учителями.

Из анамнеза известно, что мальчик родился в срок, от первой беременности, протекавшей с гестозом. Продолжительность родов — 2 часа, кричал сразу. Рос и развивался в соответствии с возрастом. В школе учился хорошо, но за последнее время успеваемость несколько снизилась. Наблюдается у отоларинголога по поводу хронического тонзиллита. Наследственность отягощена: мать страдает нейроциркуляторной дистонией, у отца — язвенная болезнь желудка, у бабушки по линии матери — гипертоническая болезнь.

При осмотре активен, температура нормальная, задает много вопросов по поводу своего заболевания. Кожа чистая, с склонностью к покраснению, отмечается «мраморность» конечностей, цианоз кистей при опущенных руках. На лице угревая сыпь. Выражен гипергидроз. Масса тела повышена. Пальпируются подчелюстные и переднешейные лимфоузлы. Гипертрофия миндалин II степени, гиперемии в зеве нет. В легких

дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок расположен в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумы не выслушиваются. Частота сердечных сокращений 60 в 1 мин. АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: эр. — $4,0 \times 10^{12}/л$, Нв — 120 г/л, лейкоц. — $7,8 \times 10^9/л$, э — 1%, п/я — 4%, с — 68%, л — 25%, м — 2%, СОЭ — 5 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1025, белок, глюкоза — отсутствуют, лейкоциты — 1–2 в п/з, эритроциты — отсутствуют.

Биохимический анализ крови: СРБ — 2 мг/л, АСЛО — 200 МЕ/мл, глюкоза — 4,5 ммоль/л, АЛТ — 30 Ед/л, АСТ — 25 Ед/л.

ЭКГ: синусовая брадикардия с ЧСС 60 уд./мин., электрическая ось сердца не отклонена. Синдром ранней реполяризации желудочков. В положении стоя учащение ЧСС до 96 уд./мин.

ЗАДАНИЕ

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие еще обследования следует провести больному?
3. Консультации каких специалистов необходимы данному пациенту?
4. Наметьте план лечения

ЗАДАЧА 81

Больная Д., 14 лет, поступила с жалобами на частые головные боли, диффузные, ощущения сердцебиений при волнении, беспокойный сон и раздражительность.

Анамнез заболевания: указанные жалобы появились впервые около года назад после переезда и смены школы. В это время ухудшилась успеваемость и начались конфликты с одноклассниками. Эпизоды головной боли в последнее время отмечаются по несколько раз в месяц, преимущественно после умственной и эмоциональной нагрузки, проходят после приема анальгетиков или самостоятельно после отдыха.

Анамнез жизни: девочка росла и развивалась нормально. На диспансерном учете не состояла. Мать ребенка страдает нейроциркуляторной дистонией, у бабушки по линии матери — гипертоническая болезнь.

При поступлении состояние больной удовлетворительное, температура нормальная. Девочка астенического телосложения, рост 172 см. Кожа обычной окраски. Зев не гиперемирован, миндалины гипертрофированы до 2-й ст., рыхлые. В легких дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая — по правому краю грудины, верхняя — по III ребру, левая — на 1,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС — 96 в 1 мин., в положении лежа выслушивается короткий негрубый систолический шум на верхушке, исчезающий в положении стоя. Пульс удовлетворительного наполнения, симметричный на обеих руках. Периферическая пульсация на нижних конечностях сохранена, удовлетворительная. АД 140/70 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: эр. — $4,6 \times 10^{12}/л$, Нв — 125 г/л, лейкоц. — $5,1 \times 10^9/л$, э — 2%, п/я — 2%, с — 63%, л — 30%, м — 3%, СОЭ — 8 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1024, белок, глюкоза — отсутствуют, лейкоциты — 2–3 в п/з, эритроциты — отсутствуют.

Биохимический анализ крови: общий белок — 73 г/л, АЛТ — 32 Ед/л, АСТ — 25 Ед/л, мочевины — 4,5 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС — 96 уд./мин, вертикальное положение электрической оси сердца.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие еще обследования необходимо провести?
3. Консультации каких специалистов необходимы данной больной?
4. Какие факторы способствовали возникновению заболевания?
5. Наметьте план лечения

ЗАДАЧА 82

Девочка 3., 13 лет, поступила на обследование с жалобами на полиартралгию в течение последних 4-х месяцев, повышенную утомляемость, высыпания на лице, периодически субфебрильную температуру до 37,3–37,8 °С.

Анамнез заболевания: начало заболевания связывают с перенесенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой. Уже на фоне сохраняющегося субфебрилитета девочка отдыхала летом в Крыму, после чего указанные жалобы усилились.

Из анамнеза жизни известно, что до настоящего заболевания росла и развивалась нормально, болела 2–3 раза в год простудными заболеваниями, протекавшими относительно нетяжело.

При поступлении состояние средней тяжести. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа бледная. Отмечаются бледно окрашенные эритематозно-дескваматозные элементы на лице, преимущественно на щеках и переносице, ладонный капиллярит. Имеются изменения суставов в виде припухлости и умеренной болезненности лучезапястных, локтевых и голеностопных суставов, движения в полном объеме. Подмышечные, задние шейные и кубитальные лимфоузлы умеренно увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая — по правому краю грудины, верхняя — по III ребру, левая — на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, ЧСС — 68 уд./мин., шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: эр. — $3,2 \times 10^{12}/л$, Нв — 92 г/л, тромб. — $90 \times 10^9/л$, лейкоц. — $2,5 \times 10^9/л$, э — 2%, п/я — 2%, с — 62%, л — 31%, м — 3%, СОЭ — 45 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1012, белок — 0,33 мг/л, лейкоциты — 3–4 в п/з, эритроциты — 20–25 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок — 63 г/л, альбумины — 46%, глобулины: альфа1- — 5%, альфа2- — 12%, бета- — 5%, гамма- — 32%, АЛТ — 32 Ед/л, АСТ — 25 Ед/л, мочевины — 4,5 ммоль/л, креатинин — 98 ммоль/л.

Проба Зимницкого: относительная плотность мочи: 1006–1014, дневной диурез — 320, ночной диурез — 460. Клиренс по эндогенному креатинину — 80 мл/мин.

ЗАДАНИЕ

1. Обоснуйте предварительный диагноз.

2. Какое дополнительное обследование необходимо провести больной?

ЗАДАЧА 83

Мальчик К., 6 лет, заболел через 10 дней после перенесенной ангины. Появились жалобы на боли и опухание голеностопных суставов, сыпь на их разгибательных поверхностях, боли в животе без определенной локализации, вечерами подъем температуры до 37,5 °С.

Обратились к участковому врачу. При объективном обследовании: состояние средней тяжести. Кожа бледная, на передних поверхностях голеней и разгибательных поверхностях голеностопных суставов, передней брюшной стенке, ягодицах симметрично расположена папулезно-геморрагическая сыпь. Голеностопные суставы увеличены в объеме, движения в них ограничены из-за боли. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца не расширены. Аускультативно — тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС — 96 в мин. Живот мягкий, умеренно болезненный по всей поверхности. Печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги. Физиологические отправления не нарушены. Стул черного цвета.

Результаты лабораторных исследований: общий анализ крови: эр. — $3,8 \times 10^{12}/л$, Нв — 100 г/л, цв. п. — 0,8, тромбоциты — $290 \times 10^9/л$, лейкоц. — $11,0 \times 10^9/л$, э — 4%, п — 2%, с — 68%, лимф. — 20%, мон. — 6%, СОЭ — 18 мм/ч. Общий анализ мочи без изменений. Реакция кала на скрытую кровь положительная. Время свертывания крови по Ли-Уайту — 4 мин., длительность кровотечения по Дьюку — 3 мин.; фибриноген плазмы — 6 г/л.

ЗАДАНИЕ

1. Какое заболевание можно заподозрить у больного?
2. Поставьте клинический диагноз в соответствии с принятой классификацией.
3. Дайте оценку лабораторным данным.
4. Консультации каких специалистов необходимо назначить для дифференциальной диагностики?

ЗАДАЧА 84

Девочка О., 10 лет, заболела 7 дней назад, когда у нее повысилась температура тела до $38,0^{\circ}\text{C}$, появились насморк, кашель, боль в горле при глотании. К врачу не обращались, лечились симптоматически (жаропонижающее, полоскание горла, сосудосуживающие капли в нос). Со вчерашнего дня стала жаловаться на боли и «перебои» в сердце, слабость, недомогание, обратились в приемное отделение педиатрического стационара. При объективном обследовании обнаружена бледность, повышенная влажность кожи. Зев умеренно гиперемирован, миндалины рыхлые. В легких дыхание везикулярное. Верхушечный толчок сердца ослаблен, разлитой. Границы относительной сердечной тупости: правая — на 1 см вправо от правого края грудины, верхняя — III ребро, левая — на 1,5 см влево от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, I тон ослаблен, на верхушке выслушивается «мягкий» систолический шум, который не проводится за пределы сердечной области, частые экстрасистолы. Пульс 106 уд./мин., аритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД — 90/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у реберного края. Физиологические отправления в норме.

В анализе крови: эр. — $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв — 120 г/л, цв. п. — 0,8, лейкоц. — $11,0 \times 10^9/\text{л}$, э — 4%, п — 2%, с — 46%, лимф. — 42%, мон. — 6%, СОЭ — 18 мм/ч. Общий белок — 70,0 г/л, альбумины — 60,0%, глобулины — 40%, СРБ — 12 мг/л.

На рентгенограмме органов грудной клетки: легочные поля без инфильтративных теней, легочный рисунок не изменен. Тень сердца расширена влево за счет левого желудочка.

На ЭКГ — синусовая аритмия 110 в 1 мин. с частыми суправентрикулярными экстрасистолами, интервал PQ — 0,10 сек, интервал ST ниже изолинии на 1,5 мм во II, III, а VF, V5—V6, зубец T в левых грудных отведениях отрицательный, признаки перегрузки левого желудочка.

На ЭхоКГ — расширение полости левого желудочка сердца, снижение сократительной способности миокарда (фракция выброса — 52%).

ЗАДАНИЕ

1. Обоснуйте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные обследования необходимо провести больной?

ЗАДАЧА 85

Девочка Г., 12 лет, поступила в педиатрический стационар для уточнения диагноза и лечения. Известно, что 3 недели назад переболела респираторной инфекцией, отмечала боль в горле, позже наблюдалось шелушение ладоней. Через 2 недели после выздоровления стала жаловаться на мигрирующие боли и припухлость коленных и голеностопных суставов, ощущения сердцебиений, одышку при физической нагрузке, слабость, утомляемость, повышение температуры вечерами до 37,5°С.

При объективном обследовании: девочка бледная, пониженного питания. В легких дыхание везикулярное. Верхушечный толчок сердца разлитой, низкоамплитудный, определяется в V межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая — на 1,5 см вправо от правого края грудины, верхняя — III ребро, левая — на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, I тон умеренно ослаблен, дующий систолический шум на верхушке, усиливающийся на левом боку. Пульс 105 уд./мин., ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД=100/60 мм рт. ст. Печень на 2 см выступает из-под реберного края.

Общий анализ крови: эр.— $3,6 \times 10^{12}/л$, Нв — 112 г/л, цв. п.— 0,9, лейкоц.— $11,6 \times 10^9/л$, э — 2%, п — 7%, с — 70%, лимф.— 18%, мон.— 3%, СОЭ — 35 мм/час, СРБ — 10 мг/л, АСЛО — 640 МЕ/мл. Протеинограмма: общий белок — 68 г/л, альбумины — 45%, глобулины — 55%.

На рентгенограмме органов грудной клетки — увеличение размеров сердца в обе стороны за счет обоих желудочков.

На ЭКГ — синусовая тахикардия 110 в 1 мин., интервал PQ — 0,22 сек; зубцы T I, II, III, V4 и P I, II, III снижены, интервал ST ниже изолинии на 1–1,5 мм в правых и левых грудных отведениях.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз по классификации.
2. Определите диагностические критерии.

3. Назначьте лечение.
4. Какая профилактика должна проводиться больной?

ЗАДАЧА 86

Профосмотр в школе. Мальчик — подросток 15 лет. Жалоб нет. Эмоционально лабилен. По органам без особенностей. ЧСС=90 в 1 мин. ЧДД=18 в 1 мин.

При первом измерении АД на правой руке 150/70 мм рт. ст. Второе измерение АД через 2 мин. — 145/70 мм рт. ст. Третье измерение АД через 2 мин. — 140/70 мм рт. ст.

Данные антропометрии: рост 185 см, масса 60 кг.

ЗАДАНИЕ

1. Оцените уровень выявленного АД по центильным таблицам в зависимости от пола, возраста и роста.
2. Определите дальнейшую диагностическую тактику.

ЗАДАЧА 87

Вызов на дом к новорожденной девочке, 18 дней. Причина вызова — появление одышки при кормлении грудью.

Анамнез: Ребенок от молодых родителей, от первой беременности, протекавшей с ОРВИ в первом триместре, угрозой прерывания в 4 мес., диагностированным и пролеченным в 6 мес. урогенитальным хламидиозом, гестозом II половины. Роды первые, срочные, со слабостью родовой деятельности. Оценка по Апгар на 1 мин. — 7 баллов. Масса при рождении 3200 г, длина тела 50 см. Выписана из роддома в удовлетворительном состоянии на 3 сутки. При предыдущих осмотрах жалоб и какой-либо патологической симптоматики не отмечалось.

Жалобы на появление учащенного дыхания при кормлении грудью в течение последних 2–3-х дней.

Объективно: Температура тела 36,8°C. Кожа бледно-розовая. При крике умеренный цианоз носогубного треугольника. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС — 160 в 1 мин. Интенсивный пансистолический шум по левому краю грудины в 3–4 межреберье, проводящийся вправо от грудины, на спину. Носовое дыхание свободное. Дыхание

в легких пуэрильное, хрипов нет, ЧД — 45 в 1 мин. в покое, при крике и кормлении — до 50–60 в 1 мин. Печень +2,0 см. Периферических отеков нет. Мочится регулярно.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Наличие какого симптома необходимо проверить у ребенка для проведения дифференциальной диагностики?
3. Дальнейшая тактика ведения.

ЗАДАЧА 88

Осматривая 6-месячного ребенка, участковый педиатр обратил внимание на снижение местной температуры ног, отсутствие пульсации на бедренных артериях. Область сердца не изменена, верхушечный толчок умеренно расширен и усилен, тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 120 в 1 мин. По левому краю грудины выслушивается средней интенсивности пансистолический шум, который определяется и в межлопаточном пространстве с обеих сторон. При измерении артериального давления возрастной манжеткой на руках получены цифры 130/75 мм рт. ст., а на ногах — 90/50 мм рт. ст. Живот мягкий, печень +1 см, край эластичный. Мочится регулярно. Периферических отеков нет.

ЗАДАНИЕ

1. Какой ВПС можно заподозрить у больного?
2. Объясните происхождение данных симптомов.
3. Что необходимо предпринять участковому врачу?

ЗАДАЧА 89

К участковому педиатру на прием обратилась девочка-подросток 14 лет с жалобами на головные боли, преимущественно к вечеру, головокружение при быстром вставании, чувство нехватки воздуха по вечерам, утомляемость, которая требует почти ежедневного сна после обеда. При дополнительном расспросе выяснилось, что ее часто укачивает в автотранспорте, она плохо переносит душные помещения.

При осмотре врач отметил повышенную влажность и прохладность ладоней. Область сердца не изменена, границы не расширены. При аускультации в положении лежа I тон умеренно ослаблен на верхушке, выслушивается III тон, дыхательная аритмия, ЧСС — 68 в 1 мин. При аускультации в положении стоя тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС — 88 в 1 мин., шумов нет. АД на обеих руках — 90/50 мм рт. ст.

ЗАДАНИЕ

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие минимальные инструментальные исследования вы считаете необходимыми?
3. Ваши рекомендации.

ЗАДАЧА 90

После длительной психоэмоциональной нагрузки у 16-летнего подростка в школе внезапно появилось чувство тревоги, страха, резкая головная боль, ощущение сердцебиения, учащенные мочеиспускания. Обратился в медицинский кабинет. При осмотре беспокоен, отмечает сухость во рту, температура тела 37,9 °С. Кожа бледная, высыпаний нет. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧД — 20 в 1 мин. Область сердца не изменена, границы не расширены. Верхушечный толчок не смещен, усилен. Тоны сердца звучные, ритмичные, выраженная тахикардия — 132 в 1 мин., шумы не выслушиваются. Живот умеренно напряжен, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. АД на обеих руках 150/70.

ЗАДАНИЕ

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите дальнейшую тактику врача.
3. Основные принципы неотложной помощи при данном состоянии.

ЗАДАЧА 91

Мальчик Ю., 9 лет, заболел остро. Отмечалось умеренное недомогание, головная боль, обильные слизистые выделения из носа, сухой навязчивый кашель. Первые 2 дня от начала заболевания больной высоко лихорадил, но температура снижалась после приема парацетамола.

Из анамнеза жизни известно, что мальчик родился от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Раннее развитие без особенностей. Привит по возрасту. Из детских инфекций перенес ветряную оспу, эпидемический паротит. Наблюдается окулистом по поводу миопии средней степени. Ребенок из группы часто болеющих детей (ОРВИ до 5–6 раз в год).

При осмотре на вторые сутки от начала болезни: состояние удовлетворительное. Мальчик правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа — чистая, бледная, видимые слизистые оболочки — чистые, в зеве — выраженные катаральные изменения, ринорея. Сохраняется сухой кашель. Пальпируются подчелюстные, заднешейные и переднешейные лимфоузлы, мелкие, эластичные, безболезненные. При аускультации выслушивается жесткое дыхание, рассеянные симметричные сухие и разнокалиберные (преимущественно среднепузырчатые) влажные хрипы. После откашливания хрипы не исчезают. Кашель малопродуктивный. Мокрота скудная, слизистая. Частота дыхания 22 в 1 мин. Перкуторно — ясный легочный звук. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание в норме.

Общий анализ крови: эр. — $3,2 \times 10^{12}/л$, Нв — 115 г/л, лейкоц. — $8,4 \times 10^9/л$, э — 7%, п/я — 2%, с — 22%, л — 63%, м — 6%, СОЭ — 14 мм/час.

ЗАДАНИЕ

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования больного.

3. Назначьте лечение.
4. Каковы методы профилактики данного заболевания?

ЗАДАЧА 92

Ребенок 5 месяцев. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса 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 одного месяца из-за гипогалактии у матери стала получать адаптированные молочные смеси. С 1,5 мес. на искусственном вскармливании. С этого времени прибавляла в массе больше нормы.

Семейный анамнез: у матери — гастроинтестинальная пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров.

Ребенок в 3 мес. перенес ОРВИ, протекавшую с небольшим повышением температуры, серозным выделением из носа. Лечение симптоматическое. Настоящее заболевание началось остро, с подъема температуры до 38 °С. На следующий день состояние резко ухудшилось: появились пароксизмальный кашель, одышка с затрудненным свистящим дыханием.

При осмотре состояние тяжелое. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. ЧД — 60 в 1 мин. Перкуторно над легкими легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно: обилие мелкопузырчатых и непостоянные крепитирующие хрипы. Границы сердца: правая — на 0,5 см кнутри от правого края грудины, левая — на 0,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС — 140 уд./мин. Температура тела 38,6 °С. Живот несколько вздут, при пальпации безболезненный. Печень +2 см из-под правого подреберья. Стул был 2 раза, кашицеобразный, желтый, без патологических примесей.

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

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

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз.
2. Этиология заболевания.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Принципы лечения.
5. Можно ли ребенка лечить на дому?

ЗАДАЧА 93

Мальчик 4-х лет. Родители обратились к врачу с жалобами на длительный кашель после перенесенной ОРВИ.

Мальчик от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса при рождении 3300 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 3,5 мес. переведен на искусственное вскармливание. Сидит с 7 мес., стоит с 10 мес., ходит с 1 года. Профилактические прививки проводились по индивидуальному календарю шадящим методом из-за атопического дерматита. С 3,5 года посещает детский сад. С этого же времени часто болеет ОРВИ, которые сопровождались кашлем, продолжающимся более 3-х недель. ЛОР-врач диагностировал аденоидные вегетации II степени. Семейный анамнез: у матери — гастроинтестинальная пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров, много курит.

Заболевание началось с повышения температуры, головной боли, отделяемого из носа, сухого кашля, который через несколько дней стал влажным. Кашель усиливался утром. Иногда приступы кашля заканчивались рвотой. Симптоматическое лечение (микстура от кашля) — без эффекта. Был приглашен участковый врач.

При осмотре одышка экспираторного типа, состояние ребенка средней тяжести. Грудная клетка вздута, выражены бледность кожных покровов, слезотечение, ринорея. Кашель влажный. Температура тела 37,8°C. Над легкими перкуторный звук легочный, с коробочным оттенком. Аускультативно: на фоне удлиненного выдоха — рассеянные сухие множественные свистящие хрипы, среднепузырчатые влажные. ЧД — 32 в 1 мин. Границы сердца: правая — по правому краю грудины, шумов нет. ЧСС — 115 уд./

мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под правого края реберной дуги.

Общий анализ крови: эр.— $5,1 \times 10^{12}/л$, Нв — 120 г/л, лейкоц.— $4,9 \times 10^9/л$, э — 3%, п/я — 2%, с — 48%, л — 38%, м — 9%, СОЭ — 6 мм/час.

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

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение.
4. Каков прогноз развития заболевания? Меры профилактики.

ЗАДАЧА 94

Ребенок 7 лет, заболел после охлаждения остро, отмечался подъем температуры до $39,0\text{ }^{\circ}\text{C}$, появился сухой болезненный кашель, головная боль.

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 гастроинтестинальной пищевой лекарственной аллергией. Привит по возрасту, реакций на прививки не было.

При осмотре на дому: состояние тяжелое, жалобы на головную боль, сухой кашель. Кожные покровы бледные, с «мраморным» рисунком. Слизистые оболочки чистые, суховатые. Зев гиперемирован. Дыхание хрипящее. ЧД — 32 в 1 мин. Грудная клетка вздута, правая половина отстаёт в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, шумов нет, ЧСС —

120 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Нв — 115 г/л, лейкоц. — $18,6 \times 10^9$ /л, э — 1%, п/я — 10%, с — 57%, л — 23%, м — 9%, СОЭ — 28 мм/час.

Рентгенография органов грудной клетки: отмечается интенсивное затемнение в области VIII и IX сегментов правого легкого.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Какие предшествующие факторы способствовали развитию данной формы заболевания?
3. Назначьте лечение.
4. Можно ли лечить ребенка в амбулаторных условиях?
5. Как долго необходимо наблюдать ребенка в поликлинике после выздоровления?

ЗАДАЧА 95

Больной К., 4 года 8 месяцев, осмотрен врачом неотложной помощи по поводу гипертермии и боли в животе.

Из анамнеза известно, что мальчик заболел остро, на фоне полного здоровья, повысилась температура до $39,4$ °С. Мать отметила резкое ухудшение общего состояния ребенка, появление болезненного кашля с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Появились боли в правом боку.

6. При осмотре: состояние ребенка тяжелое. Обращает на себя внимание резкая слабость, вялость, бледность кожи с выраженным румянцем щек, особенно справа, вынужденное положение на правом боку с согнутыми ногами. ЧД — 52 в мин., соотношение пульса к частоте дыхания — 2:1. При перкуссии отмечается отставание правой половины грудной клетки и участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Перкуторно — укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого легкого по задней поверхности. Над всей поверхностью левого легкого перкуторный звук имел коробочный оттенок. Хрипы не выслушивались. Соотношение пульса к частоте дыхания составило 2:1.

Общий анализ крови: эр. — $4,8 \times 10^{12}/л$, Нв — 134 г/л, лейкоц. — $26,2 \times 10^9/л$, юные — 2%, п/я — 8%, с — 64%, л — 24%, м — 2%, СОЭ — 22 мм/час.

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

ЗАДАНИЕ

1. Каков наиболее вероятный диагноз у этого больного?
2. О какой этиологии заболевания следует думать в первую очередь в описанном клиническом случае?
3. С чего следует начать патогенетическую терапию у данного больного?
4. В каком случае мы говорим о выздоровлении от этого заболевания?

ЗАДАЧА 96

Мальчик У., 11 месяцев, осмотрен педиатром по поводу повышения температуры и кашля. Из анамнеза известно, что он болен в течение 7 дней. Неделю назад мать стала отмечать у ребенка вялость, беспокойный сон, снижение аппетита. Одновременно появились заложенность и обильное отделяемое из носа слизистого характера, редкий кашель, покраснение конъюнктивы глаз. Температура повысилась до $37,5\text{ }^{\circ}\text{C}$. Мать обратилась в поликлинику к участковому врачу, который диагностировал у мальчика острое респираторное вирусное заболевание. Было назначено симптоматическое лечение, гипосенсибилизирующая терапия. На фоне проводимых лечебных мероприятий состояние мальчика улучшилось. Однако на 6-й день от начала заболевания вновь повысилась температура до $38,6\text{ }^{\circ}\text{C}$. Мальчик стал более вялым, отказывался от еды, перестал проявлять интерес к игрушкам, спал беспокойно, усилился кашель. Мать повторно вызвала врача.

5. При осмотре участковый врач обнаружил бледность кожи, периоральный цианоз, возникающий при плаче, раздувание крыльев носа в момент кормления, тахикардию до 140 ударов в 1 мин., ЧД — 47 в 1 мин. Соотношение пульса к числу

дыханий составило 3:Перкуторно — притупление легочного звука справа в подлопаточной области. Аускультативно — выслушиваются мелкопузырчатые хрипы в межлопаточной области справа, жесткое дыхание, удлинение выдоха. Ребенок госпитализирован.

Общий анализ крови: эр. — $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв — 118 г/л, лейкоц. — $10,8 \times 10^9/л$, э — 7%, п/я — 4%, с — 30%, л — 54%, м — 5%, СОЭ — 27 мм/час.

На рентгенограмме грудной клетки: отмечается повышенная прозрачность легочных полей, низкое стояние диафрагмы, усиление бронхосудистого рисунка, определяется инфильтрация с нечеткими контурами в области S VII правого легкого.

ЗАДАНИЕ

1. Какой наиболее вероятный диагноз у этого больного?
2. Перечислите факторы, предрасполагающие к развитию данного заболевания у детей раннего возраста.
3. Какие, предположительно, возбудители являются наиболее значимыми в развитии данного заболевания?
4. Какой антибактериальный препарат должен быть выбран в качестве стартового?
5. Перечислите критерии отмены антибактериальной терапии.

ЗАДАЧА 97

Мальчик М., 1 год 1 месяц, поступает в стационар с жалобами матери на ухудшение состояния ребенка, вялость, отказ от еды, повышение температуры тела до $38,8^\circ\text{C}$, влажный кашель.

Из анамнеза известно, что ребенок заболел 7 дней назад, когда впервые появились вялость, беспокойный сон, снижение аппетита. Одновременно отмечались заложенность и слизистое отделяемое из носа, редкий кашель. Вызванный участковый педиатр диагностировал у ребенка острое респираторное вирусное заболевание. Было назначено симптоматическое лечение, гипосенсибилизирующая терапия. На фоне проводимых мероприятий состояние ребенка улучшилось. Однако на 6-й день от начала заболевания у мальчика повысилась температура тела до $38,8^\circ\text{C}$, он вновь стал вялым, отка-

зывался от еды, перестал проявлять интерес к игрушкам, спал беспокойно, усилился кашель. Мать повторно вызвала участкового врача.

При осмотре обращали на себя внимание следующие симптомы: отсутствие аппетита, выраженная вялость, бледность кожи, периоральный цианоз, одышка до 80 в 1 мин. с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно над легкими определяется коробочный оттенок перкуторного звука, в межлопаточной области справа — участок притупления, там же и книзу от угла лопатки выслушиваются мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. Над остальными участками легких выслушивается жесткое дыхание. ЧСС — 160 уд./мин, сатурация кислорода — 88%. Ребенок госпитализирован.

Общий анализ крови: гематокрит — 49%, эр. — $3,8 \times 10^{12}/л$, Нв — 122 г/л, цв. п. — 0,8, лейкоц. — $10,8 \times 10^9/л$, э — 1%, п/я — 4%, с — 52%, л — 36%, м — 7%, СОЭ — 27 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, относительная плотность мочи — 1010, белок — 0,066%, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 0–1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какова, предположительно, этиология данного заболевания?
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Перечислите три основных звена патогенеза в развитии данной патологии.
5. Показания для смены антибактериальной терапии. Альтернативные группы антибактериальных препаратов.

ЗАДАЧА 98

Ребенок 5 месяцев, родился массой 3200 г, длиной 50 см. С 1,5 года на искусственном вскармливании.

Болен в течение 5 дней. Заболел остро. Появились вялость, отказ от еды, срыгивания, покашливание, повышение температуры тела до $37,5^\circ\text{C}$. Однократно рвота. Стул разжиженный, до 2-х раз в сутки.

На фоне лечения на дому (капли в нос, отхаркивающая микстура) состояние без динамики. Ребенка госпитализировали.

При поступлении в стационар масса 6000 г, длина 62 см. Температура тела 37,9 °С, сатурация кислорода — 84%. Кожа бледная, с сероватым оттенком, «мраморный» рисунок, акроцианоз, периоральный цианоз. Частота дыхания 54 в 1 мин. Дыхание поверхностное, отмечается втяжение межреберных промежутков на вдохе. Кашель сухой, частый. Перкуторно: над легкими звук с коробочным оттенком. Аускультативно: скудные сухие хрипы в нижних отделах. Тоны сердца приглушены. ЧСС — 142 уд./мин. Живот мягкий, распластан, выражена «гаррисонова» борозда. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул 2–3 раза в день, кашицеобразный со слизью.

Общий анализ крови: эр. — $3,8 \times 10^{12}/л$, Нв — 100 г/л, лейкоц. — $15,6 \times 10^9/л$, п/я — 10%, с — 58%, л — 22%, м — 10%, СОЭ — 18 мм/час.

Общий анализ мочи: количество — 50,0 мл, относительная плотность мочи — 1,010, слизи — нет, эпителия — нет, лейкоциты — 2–3 в п/з, эритроциты — нет.

Биохимический анализ крови: общий белок — 60 г/л, щелочная фосфатаза — 900 ммоль/л (норма — 220–820), кальций — 2,3 ммоль/л, фосфор — 1,1 ммоль/л.

На рентгенограмме грудной клетки: усиление бронхососудистого рисунка. Инфильтративная тень в средней доле справа. Прикорневая инфильтрация справа.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования для уточнения диагноза с учетом предполагаемого возбудителя.
3. Назначьте лечение.
4. Составьте план диспансерного наблюдения и реабилитационных мероприятий на педиатрическом участке.

ЗАДАЧА 99

Больной М., 4 года. Жалобы на приеме: подъем температуры до 38°С в течение 3-х дней, снижается на фоне приема парацета-

мола, кашель сухой, снижение аппетита, вялость, слабость, головокружение, боль в правом подреберье.

Из анамнеза: посещает детский сад, занимается плаванием. В семье больных нет.

При осмотре: ребенок вялый, температура $38,2^{\circ}\text{C}$. Дыхание шумное. Катаральных изменений нет. Носовое дыхание свободное. Кашель малопродуктивный. ЧД — 38 в 1 мин. Кожа бледная. Отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. В легких дыхание проводится по всем полям, жесткое. Выслушиваются сухие рассеянные хрипы, ослабление дыхания справа в подлопаточной области. Перкуторно — притупление легочного звука справа по задней поверхности под углом лопатки. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул ежедневный, оформленный, диурез в норме.

Общий анализ крови: эр. — $4,8 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв — 120 г/л, лейкоц. — $15,2 \times 10^9/\text{л}$, э — 2%, с — 65%, п — 10%, л — 20%, м — 5%, СОЭ — 20 мм/ч.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите дальнейшую тактику ведения больного.
3. Какие дополнительные исследования должны быть проведены?
4. Предположите этиологический фактор заболевания.

ЗАДАЧА 100

Больной И., 2 года. Жалобы на подъем температуры до $38,8^{\circ}\text{C}$ в течение суток, снижается на фоне приема парацетамола в течение 3-х часов, кашель сухой, снижение аппетита.

Из анамнеза: 2 недели назад перенес ОРВИ. Госпитализирован в стационар, где получил антибактериальную (цефотаксим), противовирусную (арбидол), симптоматическую (капли в нос, ингаляции, жаропонижающие препараты, муколитики) терапию. В течение 2-х недель сохранялся кашель.

При осмотре: температура $38,0^{\circ}\text{C}$. Активен. Зев гиперемирован. Носовое дыхание затруднено, выделения слизистого характера. Кашель малопродуктивный, частый. ЧД — 42 в 1 мин. Кожа бледная. Отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры.

Аускультативно — жесткое дыхание. Выслушиваются сухие свистящие хрипы, мелкопузырчатые хрипы справа в подлопаточной области. Перкуторно — коробочный оттенок легочного звука, справа по задней поверхности притупление. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул ежедневный, оформленный, диурез в норме.

Общий анализ крови: эр. — $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв — 122 г/л, лейкоц. — $7,2 \times 10^9/л$, э — 9%, с — 32%, п — 5%, л — 49%, м — 5%, СОЭ — 18 мм/ч.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите дальнейший объем диагностических мероприятий.
3. Назначьте лечение в соответствии с предполагаемым возбудителем.
4. Определите объем реабилитационных и диспансерных мероприятий.

ЗАДАЧА 101

Ребенок М, 3 года. В приемном покое — жалобы на повышение температуры до $39,8^{\circ}C$ в течение суток, кашель сухой, частый, снижение аппетита, вялость. Затрудненное, шумное дыхание.

Из анамнеза: ребенок неорганизованный, предшествующих заболеваний не было. В течение года болел ОРВИ 2 раза. 5 дней назад контактировал с больным ребенком.

При осмотре — температура $39,0^{\circ}C$. Вялый. Зев гиперемирован. Носовое дыхание затруднено. Кожа бледная. Кашель частый, по типу «stakatto». ЧД — 48 в 1 мин. Выдох затруднен, удлинён. Одышка экспираторного характера. Аускультативно — жесткое дыхание. В нижних отделах слева крепитирующие хрипы в подлопаточной области. Перкуторно — коробочный оттенок легочного звука. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул ежедневный, оформленный, диурез в норме.

Общий анализ крови: эр. — $4,0 \times 10^{12}/л$, Нв — 118 г/л, лейкоц. — $5,2 \times 10^9/л$, э — 11%, с — 25%, п — 3%, л — 51%, м — 10%, СОЭ — 25 мм/ч.

ЗАДАНИЕ

1. Предварительный диагноз.
2. Назначьте эмпирически антибактериальную терапию.
3. План реабилитационных мероприятий.

ЗАДАЧА 102

Больная У., 10 лет, поступила в стационар с жалобами на слабость, вялость, повышение температуры в вечернее время до 38,5 °С, кашель частый с отделением небольшого количества мокроты. Болеет 2 недели, когда впервые возникли боли в горле, слизистые выделения из носа, по вечерам в течение двух дней температура 37,5 °С. К врачу не обращалась, принимала парацетамол, лазолван, орошение зева ингалиптом, капли в нос. Состояние улучшилось, боли в горле исчезли, сохранялась умеренная общая слабость. Ухудшение наступило 3 дня назад, когда вечером повысилась температура до 38,5 °С, резко усилилась слабость, появился кашель с отделением небольшого количества желтовато-белой мокроты, после приема парацетамола температура снижалась до 37,7 °С в течение непродолжительного времени.

Объективно: состояние средней тяжести. Вялая. Appetit снижен. Зев гиперемирован. Боль в горле. Слизистые выделения из носа. Кожа бледная. В легких дыхание жесткое. Перкуторно — притупление легочного звука справа в подлопаточной области. Аускультативно — ослабление дыхания в подлопаточной области справа. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул ежедневный, оформленный, диурез в норме.

Общий анализ крови: эр. — $4,1 \times 10^{12}/л$, Нв — 118 г/л, гематокрит — 0,32, лейкоц. — $6,9 \times 10^9/л$, б — 0%, э — 2%, п — 2%, с — 56%, л — 35%, м — 5%, СОЭ — 37 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1020, цвет — соломенно-жёлтый, реакция кислая, белка нет, сахар не обнаружен, лейкоциты — 2–4 в п/з, эритроциты — 0 в п/з, кристаллы — нет.

ЭКГ: ритм синусовый, 93 уд. в 1 мин. Диффузные дистрофические изменения в миокарде.

Рентгенография грудной клетки: очаг инфильтрации в S V справа. Синусы свободны.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулировать диагноз.
2. Обосновать диагноз.
3. План дополнительного обследования.
4. Принципы лечения.

ЗАДАЧА 103

Больной Ж., 6 лет. Находился в гостях у бабушки. Заболел 22 ноября. Появился кашель и повышение температуры до 38 °С. Обратились в стационар. Жалобы при поступлении на сильный малопродуктивный кашель. Повышение температуры до 38–39 °С. Периодически возникающие боли в грудной клетке слева, чаще при кашле. Находился в стационаре с 25-го по 27 ноября с диагнозом: острый бронхит. Межреберная невралгия? Инфекционный эндокардит? Железодифицитная анемия легкой степени.

Объективно при поступлении: состояние средней степени тяжести. Одышки в покое нет. Зев ярко гиперемирован. Дыхание жесткое, хрипы сухие и влажные. Общий анализ крови: 25.11: эр.— 4,1 x 10¹²/л, Нв — 110 г/л, лейкоц.— 18,4 x 10⁹/л, э — 2%, п — 14%, с — 58%, л — 24%, м — 2%, СОЭ — 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1020, белок — 0,066, эпителий плоский 1–2 в п/з, лейкоциты — 3–4 в п/з, эритроциты — 2–3 в 1 п/з. Бак. посев кала: роста нет. Рентгенография грудной клетки: легочные поля без очаговых и инфильтративных теней.

Проведено лечение: цефазолин — 0,5 в/м 3 раза в день, бифидумбактерин, ингаляции с лазолваном, панадол. Выписан из стационара по просьбе матери с незначительным улучшением. На следующий день мальчик поступает в стационар по месту жительства. Жалобы при поступлении: температура 37,4–37,8 °С, сохраняется кашель, появились боли в грудной клетке слева. При осмотре — состояние средней степени тяжести, ЧД — 35 в 1 мин. Кожа бледная. В легких сухие хрипы рассеянного характера, ослабление дыхания слева. Перкуторно — притупление легочного звука слева. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул ежедневный, оформленный, диурез в норме.

Общий анализ крови: эр.— $4,1 \times 10^{12}/л$, Нв — 96 г/л, гематокрит — 0,32, лейкоц.— $27,3 \times 10^9/л$, э — 1%, п — 15%, с — 60%, л — 20%, м — 4%, СОЭ — 30 мм/ч.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Определите тактику дальнейшего обследования.
3. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 104

Ребенок Б., 7 лет, поступил в стационар с жалобами на частый малопродуктивный кашель, насморк, затрудненное дыхание, повышение температуры до $38,5 \text{ }^\circ\text{C}$.

Болеет в течение 3-х дней с подъемом температуры $38,7 \text{ }^\circ\text{C}$, нарушением самочувствия — вялость, насморк, затрудненное дыхание, частый сухой кашель. Вызвана СМП, ребенок доставлен в стационар.

При поступлении: температура $37,2 \text{ }^\circ\text{C}$, ЧСС — 100 уд. в 1 мин., ЧД — 46 в 1 мин., АД — 120/90 мм рт. ст., сатурация кислорода — 92%.

Состояние ребенка тяжелое за счет бронхообструктивного синдрома. Зев спокоен, носовое дыхание затруднено, выделения из носа слизистого характера. Миндалины увеличены до I — II ст. Кожа чистая, бледная, периорбитальный цианоз. Отмечается участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Кашель малопродуктивный. В легких дыхание проводится во все отделы, жесткое. Выслушиваются сухие свистящие хрипы. Перкуторно коробочный оттенок легочного звука. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул ежедневный, самостоятельный, оформленный. Диурез достаточный.

Учитывая тяжесть состояния, ребенок госпитализирован в ОРИТ с диагнозом: острый обструктивный бронхит; ДН II.

Общий анализ крови: эр.— $4,82 \times 10^{12}/л$, Нв — 132 г/л, гематокрит — 0,32, лейкоц.— $12,5 \times 10^9/л$, э — 0%, п — 11%, с — 66%, л — 21%, м — 2%, тр.— 263%, СОЭ — 2 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1020, цвет — соломенно-жёлтый, реакция кислая, белка нет, сахар не обнаружен, лейкоциты — 0–1 в п/з, эритроциты — 0 в п/з, кристаллов нет

ЭКГ: ритм синусовый, 120–130 уд. в 1 мин.

Биохимический анализ крови: СРБ — 93,81 мг/мл, АСТ — 9 Ед/л, АЛТ — 22 Ед/л, сахар — 5,4 мм/л.

Рентгенография грудной клетки: усиление бронхососудистого рисунка, гомогенная интенсивная тень в VII сегменте справа. Синусы свободны.

Проведенное лечение в ОРИТ: в/в 2,4% эуфиллина, в/в 1,0 (30 мг) преднизолона, глюкозо-солевые растворы, антибиотикотерапия — цефотаксим, ингаляции — беродуал, пульмикорт. Кислород.

После стабилизации состояния (2 суток) ребенок переведен в соматическое отделение.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулировать диагноз, учитывая этиологический фактор.
2. Обосновать диагноз.
3. План дополнительного обследования.
4. Определить дальнейшую тактику ведения больного.

ЗАДАЧА 105

Мальчик, 4 года. Поступил в стационар с жалобами на постоянный влажный кашель с выделением серозно-гнойной или гнойной мокроты.

Ребенок от второй беременности, протекавшей с незначительным токсикозом первой половины, вторых срочных родов. Масса при рождении 3500 г, длина 51 см. Вскармливался естественно. Прикорм вводился своевременно. В массе прибавлял плохо. Масса в 1 год — 9 кг, в 2 года — 10,5 кг.

Болен с первых дней жизни. Отмечались выделения из носа гнойного характера, затрудненное дыхание. В возрасте 8 месяцев впервые диагностирована пневмония. Повторные пневмонии наблюдались в возрасте одного года и 2-х лет. На первом году жизни трижды перенес отит. Со второго полугодия жизни — частые ОРВИ. У ребенка отмечался плохой аппетит, неустойчивый стул.

При поступлении масса 12 кг. Ребенок вялый, апатичный. Кожные покровы бледные, отмечается цианоз нососубного треугольника, акроцианоз. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногтевые пластинки

в виде «часовых стекол». ЧД — 42 в 1 мин. Перкуторно: над легкими участки притупления преимущественно в прикорневых зонах, аускультативно: с двух сторон разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца: правая — по правой средне-ключичной линии, левая — по левому краю грудины. Тоны сердца ритмичные, выслушиваются отчетливо, отмечается мягкий систолический шум, акцент II тона над легочной артерией, ЧСС — 100 уд./мин. Печень +2 см из-под края левой реберной дуги. Пальпируется край селезенки справа. Живот несколько увеличен, мягкий, болезненный по ходу толстой кишки.

Общий анализ крови: эр. — $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв — 115 г/л, лейкоц. — $6,8 \times 10^9/л$, э — 1%, п/я — 10%, с — 52%, л — 28%, м — 9%, СОЭ — 12 мм/час.

Общий анализ мочи: количество — 60,0 мл, относительная плотность мочи — 1,014, прозрачность — неполная, лейкоциты — 3–4 в п/з, эритроциты — нет.

Рентгенограмма грудной клетки: легкие вздуты. Во всех легочных полях немногочисленные очаговоподобные тени, усиление и деформация бронхосудистого рисунка.

Бронхоскопия: двухсторонний диффузный гнойный эндобронхит.

Бронхография: двухсторонняя деформация бронхов, цилиндрические бронхоэктазы S6, 7, 8, 9, 10 справа.

Рентгенография гайморовых пазух: двухстороннее затемнение гайморовых пазух.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Как наследуется это заболевание?
3. Каковы принципы лечения заболевания?
4. Какие специалисты должны наблюдать ребенка?
5. Ваш прогноз.

ЗАДАЧА 106

Мальчик, 8 лет, поступил в больницу с жалобами на затрудненное дыхание.

Мальчик от третьей беременности (дети от первой и второй беременности умерли в неонатальном периоде от кишечной непроходимости).

Болен с рождения: отмечался постоянный кашель, на первом году жизни трижды перенес пневмонию. В последующие годы неоднократно госпитализировался с жалобами на высокую температуру, одышку, кашель с трудноотделяемой мокротой.

При поступлении состояние мальчика очень тяжелое. Масса 29 кг, рост 140 см. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Выражены симптомы «часовых стекол» и «барабанных палочек». ЧД — 40 в 1 мин., ЧСС — 120 уд./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 слабой интенсивности. Печень +5–6 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул обильный, с жирным блеском, замазкообразный.

Общий анализ крови: эр. — $3,5 \times 10^{12}/л$, Нв — 100 г/л, цв. п. — 0,85, лейкоц. — $7,7 \times 10^9/л$, э — 3%, п/я — 8%, с — 54%, л — 25%, м — 10%, СОЭ — 45 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок — 60 г/л, альбумины — 46%, альфа1-глобулины — 9%, альфа2-глобулины — 15%, бета-глобулины — 10,5%, гамма-глобулины — 19,5%, тимоловая проба — 9,0, СРБ — ++, АЛТ — 36 Ед/л, АСТ — 30 Ед/л.

Копрограмма: большое количество нейтрального жира.

Рентгенограмма грудной клетки: усиление и резкая двухсторонняя деформация бронхососудистого рисунка, преимущественно в прикорневых зонах, густые фиброзные тяжи. В области средней доли справа значительное понижение прозрачности. Отмечается расширение конуса легочной артерии, «капельное сердце».

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 (газы); желчный пузырь S-образной формы, с плотными стенками; селезенка увеличена, уплотнена, стенки сосудов плотные, селезеночная вена извита.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте диагноз данному больному.
2. Назначьте больному лечение.
3. Какими видами спорта можно заниматься вне обострения заболевания?
4. Каков прогноз при данном заболевании?

ЗАДАЧА 107

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

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

Из семейного анамнеза известно, что мать ребенка страдает экземой, у самого больного детская экзема отмечалась до 3-х лет.

При осмотре: мальчик астенического телосложения. Кожные покровы чистые, сухие. Дыхание через нос затруднено, больной почесывает нос, чихает. Из носа обильные водянистые выделения. Веки отечны, конъюнктивита гиперемирована, слезотечение. Частота дыхания — 22 в 1 мин. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: эр. — $3,2 \times 10^{12}/л$, Нв — 112 г/л, лейкоц. — $7,2 \times 10^9/л$, э — 12%, п/я — 3%, с — 34%, л — 50%, м — 1%, СОЭ — 5 мм/час.

Скарификационные тесты: резко положительные (+++) с аллергенами пыльцы ольхи, орешника; умеренная положительная реакция (++) к пыльце полыни.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план дополнительного обследования.

3. Каковы основные принципы лечения?
4. Какие ингаляционные глюкокортикоидные препараты могут быть использованы у данного больного?

ЗАДАЧА 108

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

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-х месяцев. До первого года жизни страдала детской экземой. Не переносит шоколад, клубнику, яйца (на коже появляются высыпания).

Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница, у отца — язвенная болезнь желудка. В возрасте 3-х и 4-х лет в мае за городом у девочки возникали приступы удушья, которые самостоятельно купировались при переезде в город. Настоящий приступ возник после употребления в пищу шоколада. Врачом неотложной помощи проведены экстренные мероприятия. Приступ купирован. Передан актив участковому врачу.

При осмотре: 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 удлинён. ЧД — 38 в 1 мин. 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 средне-ключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС — 72 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный.

Общий анализ крови: эр. — $4,3 \times 10^{12}/л$, Нв — 118 г/л, лейкоц. — $5,8 \times 10^9/л$, э — 14%, п/я — 1%, с — 48%, л — 29%, м — 8%, СОЭ — 3 мм/час.

Общий анализ мочи: количество — 100,0 мл, относительная плотность — 1,016, слизи нет, лейкоциты — 3–4 в п/з, эритроциты — нет.

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

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз.
2. Неотложные мероприятия, необходимые в данном случае.
3. Назначьте лечение, необходимое в межприступном периоде.
4. Какие дополнительные исследования подтвердят данную форму заболевания?
5. Каким специалистам необходимо показать ребенка?

ЗАДАЧА 109

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

Ребенок от первой, нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3250 г, длина 50 см. Период новорожденности протекал без особенностей. На искусственном вскармливании с 4-х месяцев. С 5 месяцев страдает атопическим дерматитом. До 2-х лет рос и развивался хорошо. После поступления в детский сад (2–3 года) стал часто болеть респираторными заболеваниями (6–8 раз в год), сопровождающимися субфебрильной температурой, кашлем, одышкой, сухими и влажными хрипами. Рентгенографически диагноз «пневмония» не подтверждался. В 3 года во время очередного ОРВИ возник приступ удушья, который был купирован ингаляцией сальбутамола только через 4 часа. В дальнейшем приступы повторялись один раз в 3–4 месяца, были связаны с ОРВИ.

Семейный анамнез: у отца и деда по отцовской линии — бронхиальная астма, у матери — экзема.

Заболел 3 дня назад. На фоне повышения температуры тела до 38,2 °С отмечались насморк, чихание. В связи с ухудшением состояния, появлением приступообразного кашля, одышки направлен на стационарное лечение.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,7 °С, приступообразный кашель, дыхание свистящее с удлиненным

выдохом. ЧД — 32 в 1 мин. Слизистая оболочка зева слегка гиперемирована, зернистая. Грудная клетка вздута, над легкими перкурторный звук с коробочным оттенком, с обеих сторон выслушиваются свистящие сухие и влажные хрипы. Тоны сердца слегка приглушены. ЧСС — 88 уд./мин.

Общий анализ крови: эр. — $4,6 \times 10^{12}/л$, Нв — 120 г/л, лейкоц. — $15,8 \times 10^9/л$, э — 8%, п/я — 3%, с — 51%, л — 28%, м — 10%, СОЭ — 15 мм/час.

Общий анализ мочи: количество — 120,0 мл, прозрачность — полная, относительная плотность — 1,018, лейкоциты — 2–3 в п/з, эритроциты — нет.

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля прозрачные, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах. Очаговых теней нет.

Консультация отоларинголога: аденоиды II — III ст.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз.
2. Какое звено патогенеза обструктивного синдрома является ведущим в данном случае?
3. Назначьте лечение в этом периоде заболевания.
4. Какими специалистами должен наблюдаться больной?
5. Профилактические рекомендации.

ЗАДАЧА 110

Мальчик И., 2 года. Жалобы на повышение температуры до $38,8^\circ\text{C}$ в течение суток, снижается на фоне приема парацетамола, кашель сухой.

Из анамнеза: 2 недели назад перенес ОРВИ. К врачу не обращались, лечились домашними средствами. В течение 2-х недель сохраняется кашель.

При осмотре — температура $38,0^\circ\text{C}$. Активен. Зев гиперемирован. Носовое дыхание затруднено, выделения слизистого характера. Кашель малопродуктивный, частый. Частота дыхания — 42 в 1 мин. Кожа бледная. Отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Аускультативно — жесткое дыхание. Выслушиваются

сухие свистящие хрипы. Перкуторно — коробочный оттенок перкуторного звука. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул ежедневный, оформленный, диурез в норме.

Общий анализ крови: эр. — $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв — 120 г/л, лейкоц. — $14,2 \times 10^9/л$, э — 9% с — 37%, п — 10%, л — 49%, м — 5%, СОЭ — 18 мм/ч.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите дальнейший объем диагностических мероприятий.
3. Назначьте лечение в соответствии с предполагаемым возбудителем.
4. Определите объем реабилитационных мероприятий.

ГЕМАТОЛОГИЯ

ЗАДАЧА 111

Мальчик, 5 лет, перенес ОРВИ 2 месяца назад. После этого, со слов матери, появилась асимметрия лица. Лечение у невропатолога эффекта не дало. Последние 3–4 дня ребенка беспокоит головная боль с утра, дважды была рвота. Состояние тяжелое, вялый. Кожные покровы бледные, чистые. Периферические лимфоузлы мелкие, подвижные, безболезненные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичны, короткий систолический шум на верхушке, в т. Боткина. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги, безболезненная, средней плотности. Селезенка не пальпируется. Увеличены яички. Ригидность затылочных мышц. Симптом Кернига слабо положительный с обеих сторон.

В анализе крови: эритроциты — $3,2 \times 10^{12}/л$, Нв — 100 г/л, цв. п. — 1,0, лейкоциты — $4,0 \times 10^{12}/л$, бластные клетки — 7%, э — 1%, п — 2%, с — 7%, л — 77%, м — 6%, тромбоциты — $200 \times 10^9/л$, СОЭ — 11 мм/ч.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?

ЗАДАЧА 112

Девочка 4-х лет, поступила с жалобами на слабость, снижение аппетита, повышение температуры до субфебрильных цифр, боли в коленных и голеностопных суставах. Заболела месяц назад. Лечилась в стационаре по месту жительства антибиотиками, преднизолоном. Боли в суставах исчезли, но после прекращения лечения вскоре возобновились, стали упорными, нарастали слабость, бледность.

При осмотре состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, единичные кровоизлияния на верхних и нижних конечностях.

Периферические лимфоузлы — шейные, подчелюстные, паховые — до 10 мм, отдельные — до 15 мм, подвижные, безболезненные. Коленные и голеностопные суставы несколько деформированы, напоминая веретенообразные, движения в суставах ограничены из-за боли в них. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичны, учащены, короткий систолический шум на верхушке, т. Боткина. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги, безболезненная. Менингеальных явлений нет. Небольшой экзофтальм справа.

Общий анализ крови: эритроциты — $3,4 \times 10^{12}/л$, Нв — 100 г/л, цв. п. — 0,9, лейкоциты — $7,0 \times 10^{12}/л$, э — 1%, п — 2%, с — 4%, л — 80%, м — 13%, тромбоциты — $127 \times 10^9/л$, СОЭ — 27 мм/ч.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.

ЗАДАЧА 113

Девочка, 7 лет, поступила с жалобами на повышение температуры, боли в левой ноге, синяки на коже, недомогание. Больна 2 недели. Состояние тяжелое, отстает в физическом развитии. В контакт вступает с трудом. Микрофтальмия, микроцефалия. Большой палец правой кисти в виде крючка, отсутствует первая метакарпальная кость левой кисти. Выражена бледность кожи и видимых слизистых оболочек. На спине, животе бурая пигментация кожи. При осмотре левого бедра патологии нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны. ЧСС — 120 в мин., короткий систолический шум на верхушке, точке Боткина. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: эритроциты — $2,1 \times 10^{12}/л$, Нв — 68 г/л, цв. п. — 1,0, лейкоциты — $2,3 \times 10^{12}/л$, п — 2%, с — 14%, л — 80%, м — 4%, тромбоциты — $12 \times 10^9/л$, ретикулоциты — 2%, СОЭ — 36 мм/ч.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.

ЗАДАЧА 114

Девочка, 5 лет, поступила с жалобами на боли в животе. Месяц назад перенесла ангину. Спустя 2 недели повысилась температура до 37,7 °С, появились боли в животе без четкой локализации, однократная рвота, жидкого стула не было. Участковым врачом направлена в детское отделение по месту жительства. Боли в животе то затихали, то становились более интенсивными. Состояние продолжало ухудшаться, нарастали явления интоксикации. 10 дней назад переведена в хирургическое отделение, где произведена аппендэктомия (катаральный аппендицит), но боли в животе продолжались и после операции.

Поступила в тяжелом состоянии. Выражены явления интоксикации, страдальческое выражение лица. Лежит на боку с приведенными к животу коленями. В области голеностопных суставов многочисленные элементы угасающей пятнистой сыпи (появилась, как выяснилось из дополнительного анамнеза, 8 дней назад). Периферические лимфоузлы мелкие, подвижные, безболезненные. Суставы без видимых изменений. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичны, приглушены. Живот мягкий, разлитая болезненность без четкой локализации при пальпации. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул оформленный, коричневый. Мочеиспускание без особенностей. Менингеальных явлений нет.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Изложите принципы лечения.

ЗАДАЧА 115

Мальчик, 9 лет, поступил с жалобами на красный цвет мочи. 2 дня назад упал на спину при катании с горы. В 7 лет, после экстракции зуба, отмечалось кровотечение из лунки удаленного зуба. В семье повышенной кровоточивости ни у кого нет.

Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, единичные кровоизлияния в стадии обратного развития на передней поверхности голеней. Слизистые оболочки розовые, чистые. Периферические

лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, короткий систолический шум на верхушке, точке Боткина. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул без особенностей. Моча цвета мясных помоев.

Общий анализ крови: эритроциты — $3,3 \times 10^{12}/л$, Нв — 100 г/л, цв. п. — 1,0, лейкоциты — $7,9 \times 10^9/л$, э — 2%, п — 3%, с — 57%, л — 34%, м — 4%, тромбоциты — $200 \times 10^9/л$, СОЭ — 11 мм/ч.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План обследования.

ЗАДАЧА 116

Мальчик, 5 лет, поступил с жалобами на бледность, головокружение, быструю утомляемость, снижение аппетита. Родился недоношенным, массой 2000 г. Находился на естественном вскармливании до 4-х месяцев, затем из-за гипогалактии у матери был переведен на искусственное вскармливание коровьим молоком. С 6 мес. получал манную кашу, с 7 мес. — картофельное пюре, суп. Мясо, яичный желток не получал до одного года. Соки получал с 4 мес. нерегулярно. До 2-х лет болел респираторными заболеваниями. С 2-х мес. диагностирована анемия, с 3,5 мес. — рахит. Проводилось лечение витамином Д, ферроплексом. Неоднократно лечился в стационаре по поводу анемии гемотрансфузиями, но лечение давало кратковременный эффект.

Состояние средней тяжести. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, чистые.

Светлые жесткие волосы, толстые бледные губы. Периферические лимфоузлы мелкие, подвижные, безболезненные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, короткий систолический шум на верхушке, т. Боткина. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги, безболезненная, средней плотности. Селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Общий анализ крови: эритроциты — $2,1 \times 10^{12}/л$, Нв — 100 г/л, цв. п. — 0,95, лейкоциты — $7,0 \times 10^{12}/л$, э — 2%, п — 3%, с — 47%, л — 43%, м — 5%, тромбоциты — $180 \times 10^9/л$, СОЭ — 29 мм/ч.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План обследования.

ЗАДАЧА 117

В отделение поступил мальчик 12 лет, у которого через 2 недели после тяжелого гриппа резко ухудшилось общее состояние. Стал бледным, появились нерезко выраженная иктеричность кожи и склер, слабость, головная боль, головокружение. При осмотре: выраженная бледность с желтушным оттенком кожи, слизистых оболочек, склер. Периферические лимфоузлы мелкие, подвижные, безболезненные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны, учащены, короткий систолический шум на верхушке, т. Боткина. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги, безболезненная, средней плотности. Селезенка выступает на 1 см. Моча цвета крепкого чая, олигоурия.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. План обследования.

ЗАДАЧА 118

Мальчик, 5 лет, обратился с жалобами на синяки на руках, ногах и теле, носовые кровотечения. Проявления заболевания отмечаются с 1,5 года. Старшая сестра страдает повышенной кровоточивостью, которая выражается у нее синяками на коже, обильными, длительными менструациями.

Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, кровоизлияния на коже туловища и конечностей разной давности и вели-

чины, единичные мелкие кровоизлияния на слизистой оболочке щек. В носовых ходах кровяные корочки (2 дня назад было носовое кровотечение). Периферические лимфоузлы не увеличены. Суставы без изменений. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны, учащены, короткий систолический шум на верхушке, т. Боткина. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул черный, оформленный, мочеиспускание без особенностей.

Общий анализ крови: эритроциты — $3,3 \times 10^{12}/л$, Нв — 100 г/л, цв. п. — 0,9, лейкоциты — $7,2 \times 10^{12}/л$, э-2%, п — 3%, с — 50%, л — 41%, м — 4%, тромбоциты — $210 \times 10^9/л$, СОЭ — 9 мм/ч.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План обследования.

ЗАДАЧА 119

Девочка, 2,5 года, поступила с жалобами на насморк, кашель, повышение температуры, недомогание, отказ от еды. Заболела неделю назад, когда появились выделения из носа, чихание, кашель, через 2 дня температура повысилась до $37,4^{\circ}C$, затем и до $38^{\circ}C$. Лечилась на дому аспирином, микстурой от кашля.

Состояние ребенка тяжелое. Вялая, капризная. Кожа обычной окраски, лицо гиперемировано. Зев, миндалины разрыхлены, гиперемированы. Пастозность век, склеры инъецированы, слезотечение. Шейные, подчелюстные лимфоузлы увеличены до 15 мм, чувствительны при пальпации, кожа над ними не изменена, остальные лимфоузлы не увеличены. Серозные выделения из носа. Кашель влажный. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны, приглушены и слегка учащены. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 3,0 см выступает из-под края реберной дуги, средней плотности, селезенка — на 1 см.

Общий анализ крови: эритроциты — $4,0 \times 10^{12}/л$, Нв — 120 г/л, цв. п. — 0,9, лейкоциты — $5,1 \times 10^{12}/л$, п — 2%, с — 9%, л — 72%, м — 10%, плазматические клетки — 7%, тромбоциты — $210 \times 10^9/л$, СОЭ — 9 мм/ч.

ЗАДАНИЕ

1. Предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. План обследования.

ЗАДАЧА 120

На прием обратилась девочка 5 лет с жалобами на периодические боли в животе, чаще в левой половине, повторяющиеся в течение нескольких последних месяцев.

Состояние удовлетворительное. Физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Кожа бледная, на спине и животе желтовато-коричневая пигментация, единичные мелкие кровоизлияния на нижних конечностях. Периферические лимфоузлы мелкие, подвижные, безболезненные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, короткий систолический шум на верхушке, т. Боткина. Печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги, безболезненная, средней плотности. Селезенка выступает на 3 см.

Общий анализ крови: эритроциты — $3,6 \times 10^{12}/л$, Нв — 108 г/л, цв. п. — 0,9, лейкоциты — $3,3 \times 10^{12}/л$, э — 2%, п — 3%, с — 50%, л — 41%, м — 4%, тромбоциты — $130 \times 10^9/л$, СОЭ — 8 мм/ч.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Составьте план обследования.

ЗАДАЧА 121

Ребенок, 6,5 года, поступил в тяжелом состоянии с жалобами на повышение температуры до $37,5\text{ }^{\circ}\text{C}$, бледность, боли в животе, головную боль, головокружение.

Заболел 2 недели назад, когда температура повысилась до $37,3\text{ }^{\circ}\text{C}$. Лечился бисептолом, аспирином дома. Три дня назад состояние ухудшилось, стал бледным, вялым, появились боли в животе, голово-

кружение, отказ от еды. Со слов матери, 2 раза в 3 и 5 лет лечился в стационаре с диагнозом «вирусный гепатит».

Состояние тяжелое. Вялый. Бледность кожи и слизистых оболочек с желтушным оттенком. Субиктеричность склер. Высокое небо. Периферические лимфоузлы не увеличены. Суставы без изменений. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, короткий систолический шум на верхушке, т. Боткина. Живот мягкий, безболезненный на всем протяжении, больше в правом подреберье. Печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги, безболезненная, средней плотности. Селезенка выступает на 3–3,5 см, плотная, в виде языка. Кал обычной окраски, моча насыщенного желтого цвета.

Общий анализ крови: эритроциты — $2,3 \times 10^{12}/л$, Нв — 73 г/л, цв. п. — 0,9, лейкоциты — $11 \times 10^{12}/л$, п — 9%, с — 61%, л — 24%, м — 6%, тромбоциты — $170 \times 10^9/л$, СОЭ — 22 мм/ч. Гипохромия эритроцитов, анизоцитоз, пойкилоцитоз, микросфероцитоз эритроцитов.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш предварительный диагноз.
2. План обследования.

ЗАДАЧА 122

У ребенка 7 лет мать заметила 3 недели назад увеличение лимфоузлов на шее слева, боли не было.

Родился от второй, нормально протекавшей беременности, вторых срочных родов, массой 3300 г, длиной 52 см. Закричал сразу. К груди приложен через 6 часов, сосал активно. Период новорожденности протекал без особенностей. Естественное вскармливание со своевременными прикормами. Развивался соответственно возрасту. Перенес ОРЗ, корь. Привит по возрасту. Аллергических заболеваний у ребенка и родителей нет.

При осмотре в поликлинике: общее состояние не нарушено. Кожа и слизистые оболочки обычной окраски, чистые. Слева шейные лимфоузлы в виде конгломерата с поперечной бороздкой, в нем пальпируются отдельные лимфоузлы размерами от горошины до лесного ореха, безболезненные, другие лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот

мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание без особенностей.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш предварительный диагноз.
2. План обследования.

ЗАДАЧА 123

У доношенного мальчика в шестидневном возрасте появились единичные экхимозы и петехии на туловище, конечностях. Из беседы с матерью выяснилось, что у нее с 10 лет отмечались синяки и точечные кровоизлияния на коже, с 13 лет обильные маточные кровотечения, в 14 лет удалена селезенка, после чего геморрагические проявления исчезли.

Ребенок родился от первой беременности, протекавшей нормально, первых срочных родов, массой 3000 г, длиной 50 см. Закричал сразу, к груди приложен через 6 часов. Сосал активно. Пуповинный остаток отпал на 4-й день, пупочная ранка зажила на 5-й день.

Состояние удовлетворительное. Сосет активно. Кожа с легким иктеричным оттенком, на груди, животе, нижних конечностях, на ягодицах многочисленные мелкие экхимозы и петехии, беспорядочно расположенные. Слизистые оболочки чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный. Печень от края реберной дуги выступает на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание без особенностей.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

ЗАДАЧА 124

В клинику поступил ребенок 1,5 года, по национальности — таджик, с жалобами на стойкую бледность и грязно-серый колорит кожи.

При осмотре: отставание в нервно-физическом развитии, увеличение размеров головы за счет лобных и теменных бугров и скуловых костей. В анализе крови признаки гемолитической анемии.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. План лечения.

ЗАДАЧА 125

В клинику поступил мальчик С. 10 месяцев с жалобами на красную окраску мочи и прорезывание зубов коричневого цвета.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. План лечения.

ЗАДАЧА 126

В клинику поступил ребенок с жалобами на желтуху (лимонного оттенка), которая держалась с момента рождения до 2-х месяцев и сменилась бледностью. При осмотре отмечена широкая переносица и высокое стояние верхнего неба.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. План лечения.

ЗАДАЧА 127

Больной 7 лет, поступил в клинику на 3-й день болезни с жалобами на головную боль, отечность лица, голеней, появление мочи в виде «мясных помоев».

Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсокозом первой половины, первых срочных родов. Масса при рождении 3150 г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Раннее развитие без особенностей. На грудном вскармливании до 7 месяцев, привит по возрасту. С 5 лет состоит на диспансерном учете в связи с хроническим тонзиллитом, частыми ОРВИ.

Генеалогический анамнез не отягощен.

Настоящее заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины. При поступлении состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски, чистые, отмечается отечность лица, пастозность голеней и стоп. Зев нерезко гиперемирован, миндалины II — III степени, разрыхлены, без наложений. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. АД — 130/85 мм рт. ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Суточный диурез 300–400 мл, моча красного цвета.

Общий анализ крови: эр. — $4,3 \times 10^{12}/л$, Нв — 125 г/л, лейкоц. — $12,3 \times 10^9/л$, э — 5%, п/я — 5%, с — 60%, л — 24%, м — 6%, СОЭ — 20 мм/час.

Общий анализ мочи: количество — 70,0 мл, цвет — красный, прозрачность — неполная, реакция — щелочная, относительная плотность — 1,023, эпителий — 1–2 в п/з, эритроциты — измененные, покрывают все поля зрения, лейкоциты — 2–3 в п/з, цилиндры — зернистые 3–4 в п/з, белок — 0,99%.

Биохимический анализ крови: общий белок — 65 г/л, альбумины — 53%, альфа1-глобулины — 3%, альфа2-глобулины —

17%, бета-глобулины –12%, гамма-глобулины — 15%, мочеви́на — 17,2 ммоль/л, креатинин — 187 мкмоль/л, калий — 5,21 ммоль/л, натрий — 141,1 ммоль/л, холестерин — 6,0 ммоль/л, бета-липопротеиды — 2,0 г/л.

УЗИ органов пищеварения и почек: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка без патологии. Почки расположены обычно, размеры не увеличены, паренхима не изменена. ЧЛС имеет обычное строение.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Какие методы следует использовать для уточнения функционального состояния почек?
3. Какое исследование позволяет уточнить этиологию заболевания?
4. Назначьте необходимое лечение.
5. Длительность диспансерного наблюдения за больным.

ЗАДАЧА 128

Мальчик, 10,5 года, поступил в отделение с жалобами на вялость, уменьшение диуреза, изменение цвета мочи.

Ребенок от первой беременности, протекавшей с артериальной гипертензией и отечным синдромом в третьем триместре. Роды в срок. Масса при рождении 3000 г, длина 49 см. На естественном вскармливании до 3 мес. Аллергии не отмечено. Прививки по возрасту. Из инфекционных заболеваний перенес ветряную оспу, ангину; 1–2 раза в год болеет ОРВИ, болеет хроническим тонзиллитом.

Две недели назад перенес ОРВИ, но школу посещал. Заболевание началось с озноба, повышения температуры тела до 39,5 °С, дизурических явлений, появления мочи цвета «мясных помоев». Ребенок был госпитализирован.

При осмотре: определяется расхождение прямых мышц живота, гипертелоризм сосков и глаз, «двузубец» на ногах. Кожные покровы бледные, с мраморным рисунком. Пастозность век и голеней. В легких хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, систолический шум на верхушке. АД — 130/95 мм рт. ст. ЧСС — 100 уд./мин. Живот

мягкий. Печень +2 см из-под реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. За сутки выделил 300 мл мочи.

Общий анализ крови: Нв — 130 г/л, лейкоц. — $9,2 \times 10^9/\text{л}$, э — 1%, п/я — 7%, с — 71%, л — 18%, м — 3%, тромб. — $530,0 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ — 25 мм/час.

Общий анализ мочи: белок — 1,5%, эритроциты — все поле зрения, лейкоциты — 1–2 в п/з, гиалиновые цилиндры — 1–2 в п/з.

Посев мочи на стерильность: роста нет.

Биохимический анализ крови: общий белок — 62 г/л, холестерин — 3,1 ммоль/л, мочевины — 18,0 ммоль/л, креатинин — 90,0 мкмоль/л, СРБ — ++, калий — 5,8 ммоль/л, кальций — 2,5 ммоль/л.

Клиренс по эндогенному креатинину: 65 мл/мин.

УЗИ почек: почки увеличены в размерах, контуры неровные. Левая почка — 122x50 мм, паренхима — 17 мм. Правая почка — 125x47 мм, паренхима — 16 мм. Отмечается неравномерное повышение эхогенности паренхимы. Лоханка щелевидной формы.

ЗАДАНИЕ

1. Ваше представление о диагнозе.
2. Тактика дальнейшего обследования.
3. Этиология данного заболевания.
4. Ваша тактика лечения.
5. Каков прогноз?
6. В консультации каких специалистов нуждается больной?

ЗАДАЧА 129

Мальчик, 13 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, сниженный аппетит, отеки. Ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом первой половины и угрозой прерывания на 4-м месяце. Роды в срок, со стимуляцией. Масса при рождении 3200 г, длина 51 см. На грудном вскармливании до 3-х месяцев. Профилактические прививки по возрасту. Страдал атопическим дерматитом до 3-х лет. Перенес ветряную оспу, часто болел ОРВИ.

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

Ребенок заболел через 16 дней после перенесенного гриппа. Появился отечный синдром. В дальнейшем отеки нарастали, уменьшился диурез.

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

Общий анализ крови: эр. — $5,2 \times 10^{12}/л$, Нв — 160 г/л, тромб. — $416,0 \times 10^9/л$, лейкоц. — $9,8 \times 10^9/л$, э — 7%, п/я — 3%, с — 36%, л — 54%, СОЭ — 37 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1,028, белок — 6,0%, лейкоциты — 0–1 в п/з, эритроциты — 0–1 в п/з, бактерии — мало.

Биохимический анализ крови: общий белок — 48 г/л, альбумины — 20 г/л, СРБ — ++, холестерин — 10,9 ммоль/л, общие липиды — 13,2 г/л (норма — 1,7–4,5), калий — 3,81 ммоль/л, натрий — 137,5 ммоль/л, мочевины — 5,1 ммоль/л, креатинин — 96 ммоль/л (норма — до 100 ммоль/л).

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

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

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите функциональные методы исследования почек.
3. План лечения.
4. Какова длительность диспансерного наблюдения?

ЗАДАЧА 130

Девочка, 5 лет, от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре и нефропатией в третьем триместре. Роды вторые, в срок. Масса при рождении 3800 г, длина 52 см. Находилась на грудном вскармливании до 2-х мес. Перенесла краснуху, гепатит А. ОРВИ — редко.

Настоящее заболевание началось с появления рвоты, жидкого стула, субфебрильной температуры. На следующий день появилась

резкая боль в поясничной области, озноб, температура тела 39 °С, двукратная рвота, желтушность кожи, моча темного цвета.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, в сознании, вялая. Кожные покровы бледные, с желтушным оттенком, общая пастозность. Над легкими — перкуторный звук легочный. Аускультативно: везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца: правая — по правому краю грудины, левая — по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС — 100 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +4 см из-под края ребра. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Стул жидкий, с прожилками крови. Олигурия. На следующий день — анурия.

Общий анализ крови: эр. — $3,5 \times 10^{12}/л$, Нв — 100 г/л, ретик. — 8%, тромб. — $70,0 \times 10^9/л$, лейкоц. — $15,7 \times 10^9/л$, п/я — 2%, с — 70%, л — 19%, м — 9%, СОЭ — 25 мм/час.

Общий анализ мочи: количество — 20,0 мл, цвет — темно-коричневый, относительная плотность — 1,008, белок — 0,66%, лейкоциты — 4–6 в п/з, эритроциты — до 100 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок — 68 г/л, СРБ — ++, общий билирубин — 40 мкмоль/л (прямой — 3,5 мкмоль/л, непрямой — 36,5 мкмоль/л), холестерин — 4,7 ммоль/л, мочевины — 38,6 ммоль/л, креатинин — 673 мкмоль/л (норма — до 100).

Клиренс по эндогенному креатинину: 18 мл/мин.

УЗИ почек: почки расположены правильно, увеличены в размерах, отмечается отечность паренхимы, ЧЛС не изменена.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С каким заболеванием следует провести дифференциальный диагноз?
3. Какова причина желтушного синдрома?

ЗАДАЧА 131

Мальчик, 9 лет, поступил в отделение с жалобами на изменения в анализах мочи, понижение слуха.

Ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом, вторых родов (первый ребенок, мальчик, умер в возрасте 11 лет от почечной

недостаточности, страдал снижением слуха с 3-х лет). Настоящие роды в срок. Масса при рождении 2800 г, длина 50 см. Закричал сразу. Период новорожденности протекал без особенностей. Болел ОРВИ редко (2–3 раза в год).

В 3 года после перенесенного ОРВИ были выявлены: гематурия, незначительная лейкоцитурия, протеинурия до 600 мг/сут. С диагнозом «хронический нефрит, гематурическая форма» мальчик неоднократно лечился по месту жительства, эффекта не было. Стал отставать в физическом развитии.

При поступлении в нефрологическое отделение состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Масса тела 20 кг. Подкожно-жировой слой развит плохо. Отеков, пастозности нет. АД — 105/55 мм рт. ст. Отмечаются признаки аномалии развития: гипертелоризм, эпикант, высокое нёбо, аномальная форма ушных раковин, искривление мизинца. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС — 88 уд./мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги.

Общий анализ крови: эр. — $3,5 \times 10^{12}/л$, Нв — 110 г/л, лейкок. — $8,5 \times 10^9/л$, э — 1%, п/я — 2%, с — 66%, л — 23%, м — 8%, СОЭ — 10 мм/час.

Общий анализ мочи: белок — 0,9%, лейкоциты — 6–7 в п/з, эритроциты — покрывают все поле зрения, относительная плотность — 1,007.

Проба по Зимницкому: колебания относительной плотности от 1,002 до 1,008; дневной диурез — 250 мл, ночной диурез — 500 мл.

Биохимический анализ крови: общий белок — 70 г/л, холестерин — 5,3 ммоль/л, мочевины — 4,3 ммоль/л,

Клиренс по эндогенному креатинину: 75 мл/мин.

Экскреторная урография: правосторонняя пиелозктазия, нерезко выраженная дилатация чашечек, асимметрия размеров почек.

Аудиометрия: выявлено снижение слуха на высоких частотах.

Консультация окулиста: диагностированы катаракта I степени, миопия.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз.
2. Дополнительные исследования для уточнения диагноза.

3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
4. Показано ли назначение глюкокортикоидов?
5. Прогноз.

ЗАДАЧА 132

Ребенок 2-х месяцев, от первой беременности, протекавшей с тяжелым токсикозом. Роды на 37-й неделе беременности. Масса при рождении 3500 г, длина 48 см, плацента большая.

С первых дней жизни ребенок редко мочился, отмечались отеки на конечностях, лице, передней брюшной стенке.

Генеалогический анамнез: у родственников больного отмечалась ранняя детская смертность.

Ребенок поступил на обследование в нефрологическое отделение. Масса 5900 г. Состояние тяжелое. Выражены признаки соединительнотканной дисплазии: синдактилия, укороченные и искривленные мизинцы на руках, гипертелоризм, неправильная форма ушных раковин. Кожные покровы бледные, выражены отеки на лице, конечностях, асцит. Тоны сердца приглушены. ЧСС — 132 уд./мин. Печень выступает из-под реберного края на 4–5 см.

Несмотря на проводимую терапию состояние больного осталось тяжелым. В лечение были включены глюкокортикоиды, которые не оказали позитивного эффекта.

Общий анализ крови: эр. — $3,0 \times 10^{12}/л$, Нв — 100 г/л, лейкоц. — $12,0 \times 10^9/л$, э — 7%, п/я — 3%, с — 28%, л — 52%, м — 10%, СОЭ — 20 мм/час.

Общий анализ мочи: белок — 3,6%, эритроциты — 1–2 в п/з, лейкоциты — 1–2 в п/з, гиалиновые цилиндры — 6–9 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок — 50 г/л, альбумины — 38%, альфа1-глобулины — 4%, альфа2-глобулины — 14%, бета-глобулины — 18%, гамма-глобулины — 24%, мочевины — 3,0 ммоль/л, холестерин — 8,0 ммоль/л.

Клиренс по эндогенному креатинину: 20 мл/мин.

Гистологическое исследование почек (биопсия): микрокистоз, пролиферация ангиальных клеток, фиброзные изменения в обеих почках.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз.
2. Патогенез отеков у больного.
3. Прогноз.

ЗАДАЧА 133

Мальчик 6,5 года, родился от беременности, протекавшей с гестозом в течение всей беременности, угрозой прерывания в третьем триместре. В сроке 5 недель мать переболела гриппом. Роды срочные, протекали физиологично. Масса при рождении 2900 г, длина 49 см. Раннее развитие ребенка без особенностей. Перенесенные заболевания: ОРВИ 3–4 раза в год, ветряная оспа.

Генеалогический анамнез не отягощен. Профессиональные вредности: мать ребенка до и во время беременности имела контакт с химическими реактивами.

В возрасте 3-х лет при обследовании по поводу очередной ОРВИ у ребенка выявлены изменения в анализах мочи: относительная плотность — 1,002–1,008, протеинурия. Для уточнения диагноза ребенок был направлен в стационар.

При поступлении состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. При осмотре обнаружены: эпикант, «готическое» нёбо, аномальная форма ушных раковин. ЧСС — 90 уд./мин, АД — 100/55 мм рт. ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены, пальпируется нижний полюс правой почки.

Общий анализ крови: эр. — $3,4 \times 10^{12}/л$, Нв — 102 г/л, э — 4%, лейкоц. — $6,5 \times 10^9/л$, п/я — 3%, с — 64%, л — 23%, м — 6%, СОЭ — 20 мм/час.

Общий анализ мочи: количество — 200 мл, цвет — желтый, реакция — щелочная, относительная плотность — 1,004, белок — 0,02%.

Анализ мочи по Зимницкому: колебания относительной плотности 1,003–1,009, никтурия.

Биохимический анализ крови: общий белок — 60 г/л, альбумины — 59%, альфа1-глобулины — 5%, альфа2-глобулины — 8%, бета-глобулины — 13%, гамма-глобулины — 15%, мочевины — 17,9 ммоль/л, креатинин — 123 мкмоль/л (норма — 18–62).

Клиренс по эндогенному креатинину: 50 мл/мин (норма — 80–100).

УЗИ почек: почки резко увеличены в размерах, паренхима неоднородна, ЧЛС деформирована.

Экскреторная урография: обе почки значительно увеличены в размерах, контуры ровные, ЧЛС деформирована: паукообразная конфигурация почечной лоханки, чашечки полигональной формы, множественные кистозные образования в паренхиме обеих почек.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Какие еще методы лабораторно-инструментального обследования следует включить в план обследования ребенка?
3. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
4. Каков возможный прогноз заболевания?

ЗАДАЧА 134

Девочка, 9 лет, поступила в отделение по поводу боли в поясничной области, учащенного мочеиспускания. Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины. Роды на 38-й неделе. Масса при рождении 3500 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. Из детских инфекций перенесла ветряную оспу, краснуху. ОРВИ — часто. Аллергоanamнез не отягощен.

Заболеванию предшествовало переохлаждение. На следующий день появилась головная боль, адинамия, боль в животе и поясничной области слева, температура повысилась до 39 °С. Катаральных явлений не отмечалось. В течение последующих 4-х дней продолжала высоко лихорадить, наблюдалась поллакиурия, моча была мутная.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отеков не наблюдалось, температура тела 38 °С. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон, больше слева. Пальпация левой почки болезненна. Отмечаются учащенные мочеиспускания.

Общий анализ крови: эр. — $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв — 140 г/л, лейкоц. — $10,5 \times 10^9/л$, п/я — 10%, с — 60%, л — 22%, м — 8%, СОЭ — 28 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция — нейтральная, белок — 0,09%, лейкоциты — сплошь все поля зрения, эритроциты 1 в п/з, соли — оксалаты, бактерии — много.

Биохимический анализ крови: общий белок — 72,0 г/л, СРБ — +++.

УЗИ почек: почки расположены правильно, левая — 107х42х13 мм, правая — 94х37х13 мм. Эхо-сигнал от собирательной системы изменен с обеих сторон, больше слева, расширен. Подозрение на удвоение левой почки.

Посев мочи: высеяна кишечная палочка в количестве 100 000 микробных тел/мл.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз.
2. Составьте план дальнейшего обследования ребенка.
3. Какова врачебная тактика ведения ребенка?

ЗАДАЧА 135

Мальчик, 12,5 года, поступил с жалобами на боли в поясничной области, головокружение, урежение мочеиспускания.

Ребенок от второй беременности, протекавшей с нефропатией в третьем триместре. Роды вторые, в срок. Масса при рождении 3600 г, длина 53 см. Грудное вскармливание до 2-х мес. До одного года страдал атопическим дерматитом. Из инфекций перенес краснуху, вирусный гепатит В. Медицинский отвод от прививок.

Болен с рождения: в анализах мочи отмечалась лейкоцитурия (до 10 лейкоцитов в поле зрения), наблюдались эпизоды повышения температуры тела до 38,8 °С. Впервые был обследован в стационаре в возрасте 2-х лет, диагностирован двухсторонний смешанный ПМР IV — V ст., мега-уретер. По поводу этого проведена антирефлюксная операция. В дальнейшем ребенок регулярно наблюдался нефрологом. Неоднократно выявлялась лейкоцитурия и бактериурия. С 12-летнего возраста стали отмечаться подъемы АД, в анализах мочи — нарастающая протеинурия, в биохимическом анализе крови — периодическое повышение уровня мочевины и креатинина.

При осмотре: кожные покровы бледные, сухие, отеков нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. АД 150/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

Общий анализ крови: эр. — $4,3 \times 10^{12}/л$, Нв — 95 г/л, лейкоц. — $11,0 \times 5 \times 10^9/л$, э — 1%, п/я — 7%, с — 71, л — 16%, м — 5%, СОЭ — 25 мм/час.

Общий анализ мочи: белок — 0,3%, лейкоциты — сплошь все поля зрения, эритроциты — единичные в преп., бактерии — много.

Биохимический анализ крови: общий белок — 66,0 г/л, мочевины — 15,8 ммоль/л, креатинин — 280,0 мкмоль/л, кальций ионизированный — 1,2 ммоль/л.

УЗИ почек: контур почек неровный, больше справа. Правая почка — 82x40 мм, паренхима — 10 мм. Левая почка — 96x48 мм, паренхима — 19 мм. Паренхима почек уплотнена, мало структурна, эхогенность неравномерно значительно повышена, больше справа.

Проба по Зимницкому: дневной диурез — 350,0, ночной диурез — 1600,0; колебания относительной плотности — 1,000–1,006.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Тактика дальнейшего обследования.
3. Консультации каких специалистов необходимы этому больному?
4. Исход заболевания.

ЗАДАЧА 136

Мальчик, 10 лет, поступил в нефрологическое отделение с жалобами на нарушение аппетита, боли в животе.

Ребенок от второй беременности, протекавшей на фоне нефропатии второй половины. Роды в срок, без осложнений. Масса при рождении 3600 г, длина 53 см. Период новорожденности протекал без особенностей. После первого года жизни часто болел ОРВИ.

Семейный анамнез: матери 32 года, здорова. Отцу 36 лет, страдает артериальной гипертензией и заболеванием почек, проявляющимся гематурией, протеинурией, уратурией, оксалатно-кальциевой кристаллурией. У бабушки по линии отца гипертоническая болезнь, изменения в анализах мочи в виде протеинурии и гематурии. У дедушки по линии матери мочекаменная болезнь.

Ребенок заболел 3 года назад, когда на фоне ОРВИ, протекающего с длительным субфебрилитетом, была обнаружена оксалат-

но-кальциевая кристаллурия. Лечение по этому поводу не проводилось, диета не соблюдалась. Мальчик детским нефрологом не наблюдался. За первую неделю до поступления в нефрологическую клинику внезапно появилась боль в поясничной области слева, повышение температуры до 38,5 °С, рвота. Участковый врач направил ребенка в стационар.

Состояние ребенка при поступлении средней тяжести. Кожные покровы чистые, отеков нет, синева под глазами. Миндалины увеличены, рыхлые. Имеются кариозные зубы. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД — 24 в 1 минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС — 82 уд./мин. Живот мягкий, при глубокой пальпации отмечается болезненность по ходу мочеточников. Стул не нарушен, дизурических явлений нет.

Общий анализ крови: эр. — $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв — 110 г/л, лейкок. — $12,8 \times 10^9/л$, э — 1%, п/я — 6%, с — 70%, л — 18%, м — 5%, СОЭ — 18 мм/час.

Общий анализ мочи: белок — 0,099%, лейкоциты — 20–25 в п/з, относительная плотность — 1,030, слизь — большое количество, оксалаты кальция — 270 мкмоль/сут. (норма — 90–135 мкмоль/сут.), кальций — 10 мкмоль/сут. (норма — 1,5–41 мкмоль/сут.).

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты — 25000, эритроциты — 800.

Бактериологический анализ мочи: получен рост кишечной палочки — 2×10^5 КОЕ.

Биохимический анализ крови: общий белок — 72 г/л, альбумины — 58%, альфа1-глобулины — 2%, альфа2-глобулины — 12%, бета-глобулины — 11%, гамма-глобулины — 17%, мочевины — 5,2 ммоль/л, креатинин — 0,06 ммоль/л (норма — 0,035–0,01).

Обзорная рентгенография области почек: патологии нет.

Экскреторная урография: пиелозктазия слева.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо назначить ребенку с целью дифференциального диагноза?
3. Назначьте необходимую диету.
4. Медикаментозная терапия.

ЗАДАЧА 137

Девочка, 8 лет, поступила в нефрологическое отделение с жалобами на повышенную утомляемость, боли в животе, частые болезненные мочеиспускания. Девочка от первой беременности, протекающей с токсикозом второй половины, родов на 39-й неделе. Масса ребенка при рождении 3300 г, длина 51 см. Роды без стимуляции, безводный промежуток 3 часа. При рождении отмечалась асфиксия, проводились реанимационные мероприятия. Выписана на 7-е сутки. Период новорожденности без особенностей. До первого года ничем не болела. Далее развивалась хорошо. Болела 5–6 раз в год ОРВИ.

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.

При поступлении: состояние тяжелое, высоко лихорадит, кожные покровы чистые, слизистые оболочки сухие, лихорадочный румянец. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД — 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, шумов нет. ЧСС — 118 уд./мин. Живот мягкий, болезненный в окологупочной области. Печень +1 см из-под реберного края. Мочеиспускание учащенное, болезненное.

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

Общий анализ крови: эр. — $5,6 \times 10^{12}/л$, Нв — 118 г/л, лейкоц. — $10,5 \times 10^9/л$, п/я — 7%, с — 69%, л — 22%, м — 2%, СОЭ — 15 мм/час.

Общий анализ мочи: белок — следы, относительная плотность — 1,010, лейкоциты — 22–24 в п/з, эритроциты — нет.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты — 14500, эритроциты — 1000.

Анализ мочи на стерильность: выделена *Escherichia coli* — 100000 микробных тел/мл.

Анализ мочи по Зимницкому: дневной диурез — 250 мл, ночной — 750 мл, колебания относительной плотности — 1,010–1,020.

Биохимический анализ крови: общий белок — 75,9 г/л, альбумины — 60%, глобулины: альфа1 — 2%, альфа2 — 15%, бета — 13%, гамма — 10%, мочевины — 6,32 ммоль/л.

Экскреторная урография: отмечена деформация чашечно-лоханочной системы. 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 развернутый клинический диагноз.
2. К какой группе заболеваний относится основное заболевание?
3. Каковы этиологические факторы возникновения данного заболевания?
4. Какая диета необходима больному?
5. Какова длительность диспансерного наблюдения при этом заболевании?

ЗАДАЧА 138

Ребенок, 2,5 года, от второй беременности, протекавшей с токсикозом первой половины и нефропатией во второй половине. Роды в срок. Масса при рождении 3400 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал удовлетворительно. Сидит с 7 мес., стоит с 11 мес., ходит с 1 года 8 мес.

Семейный анамнез: родители мальчика здоровы, матери 23 года, отцу 28 лет, первый ребенок здоров.

Первые признаки заболевания наблюдались с 5,5 месяца в виде деформации черепа, уплощения и облысения затылка, размягчения краев большого родничка. Имеющиеся изменения оценивались как проявления витамин D-дефицитного рахита. Ребенок получал лечение витамином D₂ в курсовой дозе 450 000 МЕ в течение 30 дней, массаж. Однако улучшения не было. В возрасте 1 года 9 месяцев появились костные варусные деформации, стала меняться походка. В 2 года 3 месяца была выражена саблевидная деформация голеней, «утиная походка».

В стационар ребенок поступил в 2 года 6 месяцев. При поступлении обращало на себя внимание отставание в физическом развитии, варусные деформации нижних конечностей, мышечная гипотония, кариес зубов.

Общий анализ крови: эр. — $3,7 \times 10^{12}/л$, Нв — 126 г/л, лейкоц. — $6,0 \times 10^9/л$, э — 3%, п/я — 3%, с — 30%, л — 56%, м — 8%, СОЭ — 5 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1,012, реакция — кислая, белок — следы, лейкоциты — 2–3 в п/з, в осадке — оксалаты.

Биохимический анализ крови: общий белок — 52 г/л, СРБ — отрицат., ЩФ — 1100 ед (норма — до 600), кальций общий — 1,87 ммоль/л, кальций ионизированный — 0,9 ммоль/л, фосфор — 1,02 ммоль/л.

Биохимический анализ мочи: кальций — 3,8 мг/кг/сут. (норма — до 5,0), фосфор — 31 мг/кг/сут. (норма — до 20).

Рентгенография трубчатых костей: системный остеопороз, метафизы расширены, контуры неровные; расслоение надкостничного слоя.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз.
2. Главные клинические критерии болезни.
3. Назначьте лечение.
4. Прогноз.

ЗАДАЧА 139

Мальчик 4-х лет, от первой беременности, протекавшей с выраженным токсикозом первой половины. Роды в срок. Масса при рождении 3300 г, длина 51 см. Рос и развивался удовлетворительно. Зубы с 8 месяцев. На первом году жизни с профилактической целью получал витамин D₂ в курсовой дозе 250 000 МЕ. Ходит с 1 года 3 месяцев. Большой родничок закрыт с 1 года 6 месяцев. Часто болеет ОРВИ. Аллергоанамнез не отягощен.

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

В 1 год 3 месяца у ребенка появилась умеренная деформация голеней. По рекомендации ортопеда получал массаж, соленые ванны, препараты кальция. К концу второго года жизни походка стала «утиной», варусная деформация нарастала. На третьем году жизни проводились противорахитические мероприятия: витамин D₂ в курсовой дозе 600 000 МЕ, массаж, ЛФК, препараты кальция. В возрасте 3-х лет направлен на консультацию в нефро-урологический центр.

При поступлении жалобы на утомляемость, боли в ногах и позвоночнике при нагрузке. Походка «утиная». Рост 87 см. Выражена

варусная деформация голеней и бедер, мышечная гипотония, «браслетки», реберные «четки», увеличение коленных и голеностопных суставов.

Общий анализ крови: эр. — $3,8 \times 10^{12}/л$, Нв — 132 г/л, лейкоц. — $6,0 \times 10^9/л$, тромбоц. — $280,0 \times 10^9/л$, э — 1%, п/я — 2%, с — 33%, л — 52%, м — 12%, СОЭ — 9 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок — 58 г/л, ЩФ — 952 Ед (норма — до 600), кальций общий — 2,3 ммоль/л, кальций ионизированный — 1,02 ммоль/л, фосфор — 0,76 ммоль/л, мочевая кислота — 0,31 ммоль/л, мочевины — 4,6 ммоль/л, креатинин — 0,1 ммоль/л (норма — до 0,11).

УЗИ почек: почки расположены правильно, левая — $80 \times 25 \times 10$ мм, правая — $82 \times 24 \times 11$ мм. Эхогенность паренхимы не изменена.

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

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз?
2. Когда появляются первые симптомы заболевания?
3. Какова суточная дозировка витамина D₃ для лечения?

ЗАДАЧА 140

Ребенок М., 4 года, жалуется на боли в животе, пояснице. Боли в правой половине живота — острые, появились 3 часа назад. Ребенок доставлен в стационар по неотложной помощи с направительным диагнозом «острый гломерулонефрит».

Из анамнеза: ребенок от 2-й беременности, нормально протекавшей. До одного года находился на естественном вскармливании, ничем не болел. Отмечались проявления аллергического диатеза. С одного года до 4-х лет редко болел ОРВИ. У матери — желчно-каменная болезнь. У бабушки по линии матери — подагра.

Объективно: правильного телосложения, достаточного питания. Кожа бледная, веки пастозные. Со стороны сердца и легких без изменений. При пальпации живота — болезненность справа от пупка. Печень у края реберной дуги. Стул не нарушен. АД — 80/50 мм рт. ст.

Положительный симптом Пастернацкого справа. Моча кирпично-бу-
рого цвета, мутная.

Проведены лабораторные исследования в приемном отделении
стационара.

Общий анализ крови: эр. — $4,4 \times 10^{12}/л$, Нв — 130 г/л, лейкоц. — $8,0 \times 10^9/л$, э — 1%, п/я — 1%, с — 32%, л — 58%, м — 8%, СОЭ — 8 мм/
час.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1030, цвет-кир-
пичный, белок — отр., эритроциты — 15–20 в п/з, лейкоц. — 3–4 в п/з.
Кристаллы мочевой кислоты в большом количестве.

По данным пробы Зимницкого: дневной диурез — 450 мл, ночной —
300 мл. Объем принятой жидкости за сутки — 1 л. Колебания отно-
сительной плотности мочи 1021–1030.

Суточная экскреция оксалатов — 70 мг/24 часа (норма — до 80 мг/24
часа), экскреция уратов — 1800 мг/24 часа (норма — 600 мг/24 часа).

Анализ мочи по Нечипоренко: л — 2000, эр. — 120000.

Биохимическое исследование крови: общий белок — 70 г/л, аль-
бумины — 58%, глобулины — 44%: альфа1- — 5%, альфа2- — 9%,
бета- — 13%, гамма- — 17%, СРБ — отр., АСЛО — 250ед., сахар —
4,2 ммоль/л, билирубин — 18,2 мкмоль/л, холестерин — 5,2 ммоль/л,
АсАТ — 17 мкмоль/л, АлАТ — 30 мкмоль/л, калий — 4,0 ммоль/л,
мочевина — 5,0 ммоль/л.

Клубочковая фильтрация по клиренсу эндогенного креатинина
(расчетный показатель по сыворотке крови) — 90 мл/мин.

По данным УЗИ почек: размеры почек, чашечно-лоханоч-
ного комплекса — вариант возрастной нормы, отмечается уплот-
нение лоханок. Дополнительных эхосигналов не выявлено. Взвесь
в мочевом пузыре.

ЗАДАНИЕ

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Рекомендуйте (дополнительно к имеющимся в условии за-
дачи) исследования.
3. Назначить необходимое больному лечение.
4. Возможные осложнения.
5. Прогноз заболевания.
6. Диспансеризация.

ЗАДАЧА 141

Аня К., 1 год 4 месяца, от первой беременности, протекавшей с токсикозом II половины. Родилась в срок, с массой 3600 г. Раннее развитие без особенностей, несколько раз болела ОРВИ. У матери — хронический тонзиллит. У ближайших родственников, кроме радикулита, других заболеваний не выявлено.

Девочка больна около месяца. Перенесла ОРВИ, через 2 недели состояние ухудшилось, снизился аппетит, стала вялой, редко мочилась. Через 5 дней появились отеки на лице, конечностях. Ребенок госпитализирован.

Объективно: состояние тяжелое, бледная, выраженные отеки на лице, конечностях, туловище, асцит. Масса 14 кг, рост 77 см. Температура тела 37,5 °С. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС — 104 уд. в 1 мин. АД — 115/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, увеличен в размерах за счет асцита. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5 см. Селезенка не увеличена. Диурез: выпито жидкости накануне — 300 мл, выделено мочи — 150 мл.

Общий анализ крови: эр. — $4,43 \times 10^{12}/л$, Нв — 117 г/л, лейкоц. — $18,6 \times 10^9/л$, э — 5%, п/я — 6%, с — 68%, л — 17%, м — 4%, СОЭ — 37 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1020, белок — 16,6 г/л, эритроциты — 0–1 в п/з, лк — 1–2 в п/з, цилиндры гиалиновые — 2–3 в п/з. Суточная потеря белка — 6 г.

Биохимическое исследование крови: белок — 50 г/л, альбумины — 30,5%, глобулины: альфа1- — 8,0%, альфа2- — 26,5%, бета- — 25%, гамма- — 10,0%, сахар — 5 ммоль/л, холестерин — 10 ммоль/л, АСЛО — 250 ед, β-липопротеиды — 20 г/л, ДФА — 0,420 Ед, СРБ — 25 мг/л (норма — до 5 мг/л), АСТ — 28 мкмоль/л, АЛТ — 39 мкмоль/л, калий — 4 ммоль/л.

Клиренс эндогенного креатинина — 108 мл/мин.

ЗАДАНИЕ

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Рекомендуемые (дополнительно к имеющимся в условии задачи) исследования.
3. Назначить необходимое больному лечение.

4. Возможные осложнения.
5. Прогноз заболевания.
6. Диспансеризация.

ЗАДАЧА 142

Больной Володя М., 6 лет, поступил в стационар с жалобами на головную боль, отеки на лице, изменение цвета мочи («мясные помои»). Болен 3 дня. За две недели до появления перечисленных симптомов перенес скарлатину.

Мальчик от первой беременности, родился в срок массой 3600 г. Рос и развивался по возрасту. Перенес несколько раз ангину, ОРВИ, переболел ветряной оспой. Генеалогический анамнез неотягощен.

Объективно: состояние при поступлении тяжелое. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, чистые. Отеки на лице, пояснице, нижних конечностях, пастозность голеней и стоп. Температура тела 37,5 °С. Зев умеренно гиперемирован, миндалины II степени, рыхлые, без наложений. Границы сердца — вариант нормы. Тоны сердца ритмичные, акцентированы. АД — 140/90 мм рт. ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Правая доля печени выступает из-под края реберной дуги на 3,5 см. Селезенка не увеличена. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого — отрицательный с обеих сторон. Объем выделенной мочи за первые сутки — 300 мл, мочеиспускания редкие, моча красного цвета.

Результаты лабораторных анализов, проведенных в стационаре:

общий анализ крови: эр. — $4,43 \times 10^{12}/л$, Нв — 117 г/л, лейкоц. — $12,5 \times 10^9/л$, э — 5%, п/я — 5%, с — 60%, л — 24%, м — 6%, СОЭ — 42 мм/час;

общий анализ мочи: относительная плотность — 1025, белок — 1,65 г/л, эритроциты измененные/неизмененные (свежие) — 80–100 в п/з, лк — 3–5 в п/з, цилиндры гиалиновые — 2–3 в п/з. Суточная потеря белка — 0,8 г.

Колебания относительной плотности мочи в течение суток: 1003–1024;

биохимическое исследование крови: белок — 65,2 г/л, альбумины — 40,5%, глобулины: альфа1- — 7%, альфа2- — 20,5%, бета- — 12%,

гамма- — 20%, сахар — 4,8 ммоль/л, холестерин — 5,7 ммоль/л, АСЛО — 625 ед., калий — 4 ммоль/л, натрий — 141,1 ммоль/л, мочевины — 17,2 ммоль/л, В-липопротеиды — 2,0 г/л.

Клиренс эндогенного креатинина — 57 мл/мин.

ЗАДАНИЕ

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Рекомендуемые (дополнительно к имеющимся в условии задачи) исследования.
3. Назначить необходимое больному лечение.
4. Возможные осложнения.
5. Прогноз заболевания.
6. Диспансеризация.

ЗАДАЧА 143

Больной Петя Б., 1 год 5 мес., поступил в стационар на обследование для уточнения диагноза. Во время заболевания пневмонией в возрасте 8 месяцев была выявлена микрогематурия, которая сохраняется 9 месяцев.

Мальчик от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания, гестозом I — II половины: артериальная гипертензия, отеки, протеинурия и гематурия. Роды преждевременные, путем кесарева сечения. У ребенка тугое обвитие пуповины вокруг шеи. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов.

Мальчик из семьи, где имеются однопольные заболевания почек, проявляющиеся гематурией: у матери и родственников по линии матери (в трех поколениях, без пропусков по вертикали). У мужчин с гематурией больны только дочери. У женщин с гематурией имеют однопольную патологию почек дочери и сыновья.

Состояние ребенка при поступлении средней тяжести. Рост 73 см, масса 10,5 кг. Выявлено пять внешних малых аномалий развития. Кожа суховата, бледен. Саливация достаточная. Зубы здоровы. Миндалины не увеличены, чистые. Дыхание везикулярное. ЧД — 20 в 1 мин. Тоны сердца ясные, чистые, сокращения ритмичные, 118 уд. в мин. АД — 85/45 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Правая доля печени выступает из подреберья на 1,5 см, эластичной консистенции.

Селезенка не пальпируется. Мальчик легко возбуждается, плохо засыпает. Метеочувствителен. Его укачивает в транспорте. Мочеиспускания до 5 раз в сутки, безболезненные. Стул неустойчивый.

Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1012, белок — 0,9 г/л, эр. свежие и измененные — 40–50 в п/з, лк — 3–5 в п/з, цилиндры гиалиновые — 1–3 в п/з, слизь — ++.

Проба Зимницкого: дневной диурез — 270 мл, ночной — 350 мл, колебания относительной плотности мочи — 1005–1008.

Общий анализ крови: эр. — $3,8 \times 10^{12}/л$, Нв — 103 г/л, лейкоц. — $6,0 \times 10^9/л$, э — 2%, п/я — 3%, с/я — 53%, лф — 42%, м — 8%, СОЭ — 10 мм/час.

Биохимический анализ крови: креатинин — 90 мкмоль/л, сахар — 5,0 ммоль/л, АЛП/АСТ — 35/30 ммоль/л, холестерин — 5,0 ммоль/л, общий белок — 72 г/л, альбумины — 56%, глобулины — 44%: альфа1- — 4%, альфа2- — 10%, бета- — 11%, гамма- — 19%, СРБ — положительный, АСЛО — 250 ед. Клиренс эндогенного креатинина — 80 мл/мин.

ЗАДАНИЕ

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Рекомендовать (дополнительно к имеющимся в условии задачи) исследования.
3. Назначить необходимое больному лечение.
4. Возможные осложнения.
5. Исход.
6. Диспансеризация.

ЗАДАЧА 144

Мальчик, 3,5 года, поступил в стационар с симптомами заболевания: задержка моторного (не стоит, не ходит) и физического развития (отстает в росте и массе тела, полидипсия и полиурия, вальгусная деформация нижних конечностей).

Ребенок от первой, желанной беременности, доношен, роды в срок, самостоятельные. Беременность протекала с гестозом в первые 3 месяца. За 1,5 года до наступления беременности и в первые 4 месяца беременности имела контакт с анилиновыми красителями. Профессия матери — маляр. Масса при рождении 3000 г, длина 50 см. Грудное вскармливание до 1 года 3-х месяцев. Прикормы вве-

дены своевременно. Appetit по выбору. Ребенок отставал в физическом развитии, первые зубы прорезались в один год.

Состояние ребенка тяжелое. Выражен интоксикационный синдром: вялый, бледный. Масса 8 кг, длина 73 см (по параметрам физического развития соответствуют ребенку первого года жизни). Кожные покровы, губы, слизистая оболочка полости рта сухая. Выражена полидипсия, пьет с жадностью крупными глотками, выпивает стакан жидкости; плачет, тянется к воде, соку; просит жёстами, что хочет пить. Говорит отдельные слова. Тургор тканей снижен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Лобные, теменные бугры увеличены, пальпируются реберные «четки», выражена Гаррисонова борозда. Дыхание пуэрильное. Границы сердца в норме. Тоны сердца ясные, сокращения ритмичные. АД — 85/40 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, правая доля печени выступает из-под края реберной дуги до 3,5 см. Пальпируется край селезенки.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1005, белок — 0,09 г/л, эритроциты — 8–10 клеток в п/з, цилиндры гиалиновые — 1–2 в п/з.

Белок сыворотки крови: 60 г/л, альбумин — 34 г/л, холестерин — 7 ммоль/л, мочеви́на — 16 ммоль/л, креатинин — 400 мкмоль/л, клиренс эндогенного креатинина — 29 мл/мин. Калий — 3,4 ммоль/л, натрий — 128 ммоль/л, кальций — 1,8 ммоль/л, фосфор — 3 ммоль/л. рН сыворотки крови — 7,24, BE (–9,5 ммоль/л), SB (–16 ммоль/л), AB (–16,5 ммоль/л).

УЗИ почек: отсутствие правой почки. Левая почка 5,4x2,5x0,8 см. Отсутствие дифференцировки коркового и мозгового слоев. Повышена эхоплотность тканей.

ЗАДАНИЕ

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Ваш план дообследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Прогноз.

ЗАДАЧА 145

Девочка К., 15 лет, поступила с жалобами на повышение температуры тела до 38–39 °С, слабость, снижение аппетита, появление

сыпи розового цвета на лице, выпадение волос, миалгии, артралгии, похудание (масса 35 кг). За 1,5 мес. до госпитализации девочка имела сильное охлаждение. Отмечался подъем температуры, нарастали все вышеперечисленные симптомы, уменьшился суточный диурез, макрогематурия, головная боль, повышение АД. Направительный диагноз районной больницы: острый гломерулонефрит, нефритический синдром. Лечение по месту жительства: стол 7Б, режим постельный, преднизолон — 30 мг в/в на физ. растворе 100 мл, диуретики в течение одного месяца без эффекта.

Состояние больной тяжелое. Настроение подавленное. Наряду с наличием розовой пятнистой сыпи на коже лица отмечено увеличение периферических лимфоузлов размером до горошины: затылочных, заднешейных, подмышечных, чувствительных при пальпации. Миндалины не увеличены. Дыхание везикулярное. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца акцентированы, систолический шум на верхушке. Пульс — 106 уд. в 1 мин., АД — 150/100 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, эластической консистенции. В первые сутки пребывания в стационаре возникли судороги с потерей сознания.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1017, белок — 1,32 г/л, эритроциты неизмененные/измененные — до 100 клеток в поле зрения, лейкоциты — 3–4 клетки в п/з, цилиндры гиалиновые — 1–2 в п/з.

Общий анализ крови: эр. — $2,6 \times 10^{12}$ /л, Нв — 80 г/л, лейкоц. — $3,2 \times 10^9$ /л; э — 1%, п — 2%, с — 58%, л — 30%, м — 3%, тромб. — 87×10^9 /л. СОЭ — 52 мм/час.

Биохимическое исследование крови: общий белок — 70 г/л, альбумины — 43,8%, глобулины — 56,2% (альфа1- — 6%, альфа2- — 10%, β- — 12%, γ- — 26,2%). АСЛО — 250 единиц, сахар — 3,9 ммоль/л, холестерин — 6,9 ммоль/л, мочевины — 12 ммоль/л, креатинин — 120 мкмоль/л. Клиренс эндогенного креатинина — 51 мл/мин.

ЗАДАНИЕ

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Рекомендовать (дополнительно к имеющимся в условии задачи) исследования.
3. Назначить необходимое лечение.

4. Возможные осложнения.
5. Диспансеризация.

ЗАДАЧА 146

Больная М., 4 года (масса 15 кг, рост 93 см), поступила с жалобами на боли в животе и пояснице, температуру тела 38 °С, рвоту, частое мочеиспускание. Стул нормальный. Госпитализирована в хирургическое отделение с подозрением на «острый живот». Диагноз не подтвердился. Переведена в соматическое отделение.

Девочка от первой беременности, которая протекала с обострением пиелонефрита. Роды в срок, затяжные. Масса при рождении 3200 г. На первом году дважды перенесла ОРВИ. Профилактические прививки по возрасту. В течение последнего года беспокоят боли в животе. Со стороны сердца и легких без особенностей. АД — 90/50 мм рт. ст. Печень выступает на 2 см ниже края реберной дуги. Частота мочеиспусканий — 10–12 раз в сутки. С 2-х лет отмечаются императивные позывы на мочеиспускания, недержание мочи. При этом девочка принимает вынужденное положение — приседание на корточках, садится промежностью на пятку.

Общий анализ крови: эр. — $4,0 \times 10^{12}/л$, Нв — 120 г/л, лейкоц. — $12,0 \times 10^9/л$; э — 2%, п — 4%, с — 50%, л — 34%, м — 10%, тромб. — $180 \times 10^9/л$. СОЭ — 28 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1010, белок — 0,165 г/л, лейкоциты — 35–40 в п/з, местами скопления до 10 в п/з, единичные гиалиновые цилиндры в п/з.

Проба по Зимницкому: дневной диурез — 300 мл, ночной — 450 мл. Объем принятой жидкости — один литр. Колебания относительной плотности — 1003–1012.

Биохимическое исследование крови: общий белок — 68 г/л, альбумины — 48%, глобулины — 52% (альфа1- — 6,8%, альфа2- — 14%, β- — 11,2%, γ- — 20%); СРБ — положительный, креатинин — 70 мкмоль/л, клиренс эндогенного креатинина — 92 мл/мин. Мочевина — 6 мкмоль/л. Холестерин — 4 ммоль/л, билирубин — 10,2 ЕД/л; АЛТ/АСТ — 18/9,2 Ед/л, сахар — 4,5 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ

1. Оценить физическое развитие.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Ваш план обследований больной.
4. Принципы лечения.
5. В консультации каких врачей-специалистов нуждается больная?
6. К какой группе здоровья относится больная? Диспансеризация.

ЗАДАЧА 147

Госпитализирован мальчик 12 лет. В анамнезе частые ОРВИ, отит. В 9 лет после перенесенной ангины впервые выявлены изменения в анализе мочи: следы белка, микрогематурия. После обнаружения умеренного повышения экскреции уратов заболевание расценили как дисметаболическую нефропатию. В дальнейшем появились вялость, головные боли. К врачу не обращались. Доставлен в стационар врачом неотложной помощи на седьмой день от начала ОРВИ в связи с ухудшением состояния: резкая слабость, головная боль, головокружение, бледность, холодный пот, тремор рук, рвота, отеки век и голеней. Артериальное давление — 150/100 мм рт. ст., олигурия, макрогематурия. В приемном покое у ребенка взята кровь и моча для исследования в экспресс-лабораторию. Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1012, белок — 3,3 г/л, эритроциты покрывают все поля зрения. Мочевина — 24 ммоль/л.

Общий анализ крови: эритроциты — $2,9 \times 10^{12}$ /л, Нв — 106 г/л, лейкоц. — $4,0 \times 10^9$ /л; э — 1%, п — 4%, с — 60%, лф — 25%, м — 10%, СОЭ — 32 мм/час.

ЗАДАНИЕ

1. Поставить и обосновать предварительный диагноз.
2. В чем причина резкого ухудшения состояния больного?
3. Назначение (с обоснованием) необходимого больному лечения.

ЗАДАЧА 148

Больной Г., 1 год 1 мес., поступил в стационар с жалобами матери на периодическое повышение температуры до 39–40 °С, редкое

мочеиспускание, мутную мочу. Перечисленные жалобы впервые появились в 5-месячном возрасте. Проводимая терапия не приводит к стойкой ремиссии. Обострение заболевания было 3 раза.

Ребенок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания, токсикозом первой половины. Роды в 38 недель. Обвитие пуповины вокруг шеи 3 раза. Масса при рождении 3500 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. В анамнезе ОРВИ — 4 эпизода. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективно: состояние при поступлении средней тяжести. Масса 9000 г, рост 72 см. Отмечается бледность кожи. АД — 80/40 мм рт. ст. Отеков нет. В легких — везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются. Среднесуточное число мочеиспусканий, по данным их регистрации в течение 2-х суток, достигает 3–4. Объем выделяемой мочи за одно мочеиспускание составил 105–210 мл, энуреза нет, сон беспокойный.

Общий анализ крови: эр. — $4,3 \times 10^{12}/л$, Нв — 93 г/л, лейкоц. — $13,2 \times 10^9/л$, э — 2%, п — 2%, с — 58%, л — 30%, м — 8%, СОЭ — 28 мм/час.

Общий анализ мочи: белок — 0,09 г/л, лейкоц. — 1015 в п/з, скопления до 20 в п/з, эритроциты измененные — 2–7 в п/з. Дневной диурез — 410 мл, ночной — 210 мл. Колебания относительной плотности мочи — 1005–1010. Клиренс эндогенного креатинина — 82 мл/мин.

Посев мочи на стерильность: выделена *E.coli* 100000 микробных тел в 1 мл, чувствительная к амикацину, фураксиму, супраксу.

ЗАДАНИЕ

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Рекомендуемые (дополнительно к имеющимся в условии задачи) исследования.
3. Назначить (с обоснованием) необходимое больному лечение.
4. Возможные осложнения.
5. Прогноз заболевания.
6. Диспансеризация.

ЗАДАЧА 149

Девочка 5 лет на диспансерном приеме у участкового врача по поводу хронического вторичного пиелонефрита (на фоне

патологической подвижности левой почки). На диспансерном учете состоит один год. Посещает детский коллектив. В течение года обострений заболевания не отмечалось. Получала противорецидивное лечение в течение 6 месяцев. Жалоб не предъявляет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Отмечается бледность кожных покровов, тени под глазами. Отеков нет. Девочка удовлетворительного питания. Слизистая оболочка полости рта чистая, розовая, два кариозных зуба. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, сердцебиения ритмичные. ЧСС — 90 в 1 мин. АД — 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом «поколачивания» поясничной области — отрицательный с двух сторон. Стул ежедневно, один раз, оформленный. Мочится 8 раз в сутки. Дизурических расстройств не отмечено.

Общий анализ крови: эритроц. — $4,86 \times 10^{12}/л$, Нв — 124 г/л, лейкоц. — $5,6 \times 10^9/л$, п — 3%, с — 48%, м — 2%, эоз. — 1%, лимф. — 46%, СОЭ — 14 мм/час.

Биохимическое исследование крови: глюкоза — 5,1 ммоль/л, общий белок — 64 г/л, альбумины — 58%, глобулины — 42%: альфа1- — 5%, альфа2- — 8%, β - — 13%, γ - — 16%, мочевины — 6,8 мкмоль/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1025, лейкоциты — 0–1 в п/з, эритроциты — 0–1 в п/з, соли оксалаты кальция — сплошь в п/з.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты — 2000, эритроциты — 35000 в 1 мл мочи.

ЗАДАНИЕ

1. Определите группу здоровья.
2. Рекомендуйте (дополнительно к имеющимся в условии задачи) исследования.
3. Назначить необходимое больному лечение.
4. Возможные осложнения.
5. Прогноз заболевания.
6. Диспансеризация.

ЗАДАЧА 150

Больной Г., 1 год 1 мес., поступил в стационар с жалобами матери на периодические повышения температуры до 39–40 °С,

редкое мочеиспускание, мутную мочу. Перечисленные жалобы впервые появились в 5-месячном возрасте. Проводимая терапия не приводит к стойкой ремиссии. Обострение заболевания было 3 раза.

Ребенок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания, токсокозом первой половины. Роды в 38 недель. Обвитие пуповины вокруг шеи 3 раза. Масса при рождении 3500 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. В анамнезе ОРВИ — 4 эпизода. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективно: состояние при поступлении средней тяжести. Масса 9000 г, рост 72 см. Отмечается бледность кожи. АД — 80/40 мм рт. ст. Отеков не наблюдалось. В легких — везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются. Среднесуточное число мочеиспусканий, по данным регистрации их в течение 2-х суток, достигает 3–4. Объем выделяемой мочи за одно мочеиспускание составил 105–210 мл, энуреза нет, сон беспокойный.

Общий анализ крови: эритроц. — $4,34 \times 10^{12}/л$, Нв — 93,3 г/л, лейкоц. — $13,2 \times 10^9/л$, э — 2%, п/я — 2%, с/я — 58%, л — 30%, м — 8%, СОЭ — 28 мм/час.

Общий анализ мочи: белок — 0,09 г/л, лейкоциты — 10–15 в п/з, скопления до 20 в п/з, эритроциты измененные — 2–7 в п/з. Дневной диурез — 410 мл, ночной — 210 мл. Колебания относительной плотности мочи 1005–1010. Клиренс эндогенного креатинина — 82 мл/мин.

При посеве мочи на стерильность выделена E.coli в титре 1×10^5 КОЕ в 1 мл мочи, чувствительная к амикацину, аугментину, цефатоксину.

ЗАДАНИЕ

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Рекомендуемые (дополнительно к имеющимся в условии задачи) исследования.
3. Назначить необходимое больному лечение.
4. Возможные осложнения.
5. Прогноз заболевания.
6. Диспансеризация.

ЗАДАЧА 151

Ребенок, 10 мес., поступил в отделение острых кишечных инфекций с типичной клиникой острого гастроэнтерита. В посевах кала обнаружена *E. Coli* 0–157-H7. Несмотря на адекватную антибактериальную терапию и регидратацию состояние ребенка ухудшалось. В первые 3 дня начала отмечаться резкая бледность, инъекция склер, пастозность лица. На 4-й день болезни кожа приобрела мягкий желтушный оттенок, места инъекций кровоточили, на голенях, бедрах — единичные петехиальные элементы. Мочится редко, скудно. Стул 6–8 раз в сутки, водянистый. Видимых отеков нет. Сохраняется пастозность лица и поясничной области. Ребенок очень вял. Менингеальные симптомы отрицательные. ЧСС — 150–164 уд. в 1 мин. ЧД — 38–40 в 1 мин. Аускультативно — дыхание жесткое, хрипов нет.

Общий анализ крови: эр. — $2,6 \times 10^{12}/л$, Нв — 96 г/л, выражены анизоцитоз и пойкилоцитоз, лк — $27 \times 10^9/л$, п/я — 12%, с/я — 40%, л — 38%, м — 10%.

Биохимический анализ крови: общий белок — 53 г/л, альбумины — 37%, натрий — 118 ммоль/л, калий — 5,6 ммоль/л, креатинин — 180 мкмоль/л, мочевины — 11,8 ммоль/л. Клубочковая фильтрация — 52 мл/мин.

Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1008, белок — 1,65 г/л, лейкоциты — 15–18 в п/з, эритроциты — 30–40 в п/з.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш предварительный диагноз.
2. В чем причина резкого ухудшения состояния ребенка?
3. План лечебных мероприятий.

ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ И ИММУНИТЕТ

ЗАДАЧА 152

Ребенок, 9 месяцев, болен в течение трех дней. Температура 38–39 °С, беспокойный, аппетит снижен. Отмечается влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа.

При поступлении в стационар: состояние средней тяжести, температура 38,3 °С, веки отечны, конъюнктивы гиперемированы. На нижнем веке справа белая пленка, снялась легко, поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены до 1–2 см, безболезненные, эластичные. Нёбные миндалины и фолликулы на задней стенке глотки увеличены, зев гиперемирован. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные, ЧСС — 132 уд./мин. Печень +3,5 см, селезенка +1,5 см. Физиологические отправления без патологии.

Общий анализ крови: эритроциты — $4,3 \times 10^{12}/л$, Нв — 133 г/л, цв. п. — 0,93, лейкоциты — $10,9 \times 10^9$, э — 2%, п/я — 4%, с/я — 38%, л — 51%, м — 5%, СОЭ — 15 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — сол./желтый, прозрачность — прозрачная, относительная плотность — 1020, белок — 0,3%, лейкоциты — 1–3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок — 74,0 г/л, мочевины — 5,2 ммоль/л, АЛТ — 32,2 Ед/л, АСТ — 42,4 Ед/л.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Определите потребность в дополнительном обследовании и консультациях.
3. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 153

Мальчику 7 лет, заболел ветряной оспой, типичная, среднетяжелая форма. На 8-й день от начала болезни появились кратковременные, не более двух минут генерализованные судороги с потерей сознания. Температура тела не превышала 37,3 °С.

При осмотре состояние тяжелое, сознание спутанное. На коже лица, туловища, конечностей — элементы высыпаний в стадии корочек. Катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей нет. Дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС — 82 уд./мин. Живот доступен глубокой пальпации, мягкий.

Больной адинамичен. Стоит неуверенно, беспокоят головокружения. Менингеальных симптомов нет. Небольшая сглаженность носогубной складки слева. Речь дизартрична.

Положительная проба Ромберга, а также пальце-носовая и коленно-пяточная пробы.

Общий анализ крови: эритроциты — $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв — 135 г/л, лейкоциты — $5,5 \times 10^9/л$, э — 4%, п/я — 2%, с/я — 25%, л — 64%, м — 5%, СОЭ — 7 мм/час. Общий анализ мочи без патологии.

Анализ спинномозговой жидкости: прозрачная, бесцветная, вытекает каплями, цитоз — 39 клеток (из них 65% составляют лимфоциты), белок — 0,39 г/л, реакция Панди — слабо положительная, сахар — 2,9 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие необходимо провести дополнительные исследования?
4. Назначьте лечение.
5. Определите показания к выписке. Каков прогноз?

ЗАДАЧА 154

Ребенок в возрасте 4-х месяцев госпитализирован в больницу на 14-й день болезни с диагнозом: ОРВИ, пневмония? Две недели

назад на фоне нормальной температуры и хорошего общего состояния появился кашель. Несмотря на проводимое лечение кашель учащался и через неделю стал приступообразным. Приступ кашля сопровождался беспокойством, покраснением лица и периодически заканчивался рвотой.

При поступлении: ребенок вялый, бледный, отмечается небольшая одутловатость лица и кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза. Слизистая ротоглотки розовая, чистая. Лимфоузлы не увеличены, в легких жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул, диурез в норме.

В отделении отмечалось до 25 приступов кашля в сутки. Мокрота вязкая, откашливается плохо. В семье дедушка больного кашляет в течение трех недель.

Общий анализ крови: эритроциты — $4,0 \times 10^{12}/л$, Нв — 140 г/л, лейкоциты — $28,0 \times 10^9/л$, п/я — 3%, с/я — 20%, л — 70%, м — 7%, СОЭ — 3 мм/час.

На рентгенограмме: усиление бронхо-сосудистого рисунка, повышение прозрачности легочных полей, треугольная тень в средней доле правого легкого. Проведено бактериологическое обследование слизи из носоглотки: результат отрицательный.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Назначьте лечение.
3. Дайте прогноз заболевания.

ЗАДАЧА 155

Девочке 8 лет, больна в течение недели, отмечалась заложенность носа, повышение температуры тела до 38 °С, боли при глотании. Был поставлен диагноз «лакунарная ангина» и назначен кларитромицин. Эффекта от проводимой терапии не наступило: сохранялась высокая температура, налеты на миндалинах, появилась припухлость в области шеи с обеих сторон. Больная была госпитализирована с диагнозом «дифтерия зева?».

При поступлении: температура 39 °С, лицо одутловатое, носовое дыхание затруднено, голос с гнусавым оттенком, отмечается легкая иктеричность склер. Слизистая ротоглотки ярко гиперемирована, на увеличенных нёбных миндалинах выявлены сплошные наложения беловато-желтоватого цвета. Язык обложен белым налетом. Видны увеличенные с обеих сторон передне- и заднешейные лимфоузлы. Размеры других лимфоузлов не превышают одного см в диаметре. Дыхание везикулярное, тоны сердца, звучные, ЧСС — 100 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 4 см, селезенка — на 2 см из-под края реберной дуги.

Общий анализ крови: эритроциты — $3,9 \times 10^{12}$ /л, Нв — 130 г/л, лейкоциты — $10,5 \times 10^9$ /л, э — 1%, п/я — 3%, с/я — 18%, л — 40%, м — 13%, атипичные мононуклеары — 25%. СОЭ — 20 мм/час.

ИФА исследование крови: EBV VCA IgM — пол., EBV EA IgG — отр., EBV NA IgG — отр.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования нужно провести.
3. Назначьте лечение.
4. Определите прогноз.

ЗАДАЧА 156

Ребенку 3,5 года, посещает детский сад, заболел остро после обеда с повышением температуры тела до 39 °С, была повторная рвота, жаловался на головную боль. В конце дня возникли кратковременные генерализованные тонико-клонические судороги с потерей сознания. Доставлен в больницу бригадой скорой медицинской помощи с диагнозом «токсический грипп».

При поступлении состояние тяжелое. Температура тела 39 °С. Лежит с запрокинутой головой, стонет. Кожа бледная, с серым оттенком, на голенях и ягодицах несколько геморрагических элементов. В легких жесткое дыхание, тоны сердца приглушены. Пульс на периферических артериях удовлетворительный, ЧСС — 104 уд./мин., АД — 90/50 мм рт. ст. Живот мягкий, край печени выступает на 1,5 см. Диурез сохранен. Сонлив, положительные симптомы Брудзинского, Кернига.

Общий анализ крови: эритроциты — $3,8 \times 10^{12}/л$, Нв — 120 г/л, лейкоциты — $17,0 \times 10^9/л$, п/я — 27%, с/я — 55%, л — 10%, м — 8%, СОЭ — 35 мм/час.

Анализ ликвора: мутная, белесоватая жидкость, цитоз — 5400 клеток, нейтрофилы — 100%, белок — 1,5 г/л.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Оцените результаты представленных лабораторных данных.
3. Определите объем лечебных мероприятий на догоспитальном этапе.
4. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 157

Девочке 5 лет, посещает детский сад, заболела остро: подъем температуры до 38°C , кашель, насморк. В последующие три дня температура держалась на фебрильных цифрах, катаральные явления усилились. Кашель грубый, частый, отечность век, конъюнктивит, светобоязнь. На 4-й день болезни температура тела поднялась до $39,5^\circ\text{C}$, на лице, за ушами появилась пятнисто-папулезная сыпь, которая в последующие два дня распространилась на туловище и конечности. Затем температура снизилась, состояние улучшилось.

На восьмой день болезни появилась головная боль, была двукратная рвота, затем возникли генерализованные судороги с потерей сознания. Ребенок был срочно госпитализирован.

При поступлении: состояние крайне тяжелое, ребенок без сознания, был приступ тонико-клонических судорог. На коже лица, туловища, конечностей имеется пигментация. Слизистая оболочки рта шероховатая, слизистая ротоглотки умеренно гиперемирована. В легких жесткое дыхание, тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. В течение суток стула не было.

Общий анализ крови: эритроциты — $4,0 \times 10^{12}/л$, Нв — 120 г/л, лейкоциты — $8,1 \times 10^9/л$, э — 5%, п/я — 3%, с/я — 42%, л — 43%, м — 7%, СОЭ — 22 мм/час.

Спинальная жидкость: прозрачная, бесцветная, вытекает частыми каплями, цитоз — 32 клетки (60% лимфоциты), белок — 0,45 г/л.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Перечислите необходимые лабораторные исследования.
4. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 158

Ребенок, 6 лет, заболел остро с повышением температуры до 38,5 °С. На следующий день появилась сыпь на лице, туловище, конечностях.

При осмотре участковым врачом температура 37,8 °С, выявлено увеличение шейных, затылочных лимфоузлов. Сыпь розовая, мелкая, папулезная на всем теле, с преимущественным расположением на разгибательных поверхностях конечностей, без склонности к слиянию. При осмотре полости рта обнаружены красные пятна на нёбе. Имеется легкая гиперемия конъюнктив и редкий кашель. В легких хрипов нет, тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены.

При дополнительном расспросе матери контакты с инфекционными больными не выявлены. Мать больного ребенка находится на 12-й неделе беременности.

Общий анализ крови: эритроциты — $4,1 \times 10^{12}/л$, Нв — 135 г/л, лейкоциты — $5,6 \times 10^9/л$, э — 5%, п/я — 1%, с/я — 30%, л — 53%, м — 3%, плазматические клетки — 8%, СОЭ — 12 мм/час.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назвать вероятные осложнения.
4. Назначьте лечение больному.
5. Меры профилактики в отношении контактных лиц.

ЗАДАЧА 159

Девочке 8 лет, заболела остро с подъема температуры тела до 39,0 °С, появления общей слабости, снижения аппетита, тошноты, боли в правой подвздошной области. На третий день появилась сыпь на теле.

При осмотре отмечается одутловатость и гиперемия шеи. Сыпь мелкая, пятнисто-папулезная, обильная в области крупных суставов, в области кистей и стоп. Язык обложен белым налетом, кроме кончика и боковых поверхностей, на которых налета нет, отмечается гипертрофия сосочков. Увеличены шейные, подмышечные, подчелюстные лимфоузлы, безболезненные, до 1,5 см в диаметре. В легких — жесткое дыхание, тоны сердца звучные, ритм правильный. При пальпации живота определяется болезненность в правой подвздошной области. Край печени выступает на 3 см из-под реберной дуги. Селезенка не увеличена.

Общий анализ крови: эритроциты — $3,8 \times 10^{12}/л$, Нв — 115 г/л, лейкоциты — $9,5 \times 10^9/л$, э — 3%, п/я — 7%, с/я — 52%, л — 35%, м — 3%, СОЭ — 30 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий билирубин — 48,0 мкмоль/л, прямой билирубин — 30 мкмоль/л, АЛТ — 1,63 Ед/л и АСТ — 1,84 Ед/л.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Перечислите дополнительные методы обследования.
4. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 160

Мальчику 6 лет, заболел остро: подъем температуры до 38 °С, боли в животе, повторная рвота, недомогание. Диагноз участкового врача — ОРВИ. На четвертый день потемнела моча, на следующий день появилась желтушность склер и кожи. В детском саду в соседней группе за последние три недели заболели двое детей с аналогичной клинической картиной.

При поступлении в стационар жалоб нет, самочувствие удовлетворительное. Температура нормальная. Склеры и кожа иктеричные. Язык обложен желтоватым налетом, слизистая оболочка нёба с желтым оттенком. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС — 96 уд./мин. Живот мягкий, доступен пальпации. Край печени плотноват, болезненный,

выступает из подреберья на 2,5–3,0 см. Селезенка не пальпируется. Моча темная.

Общий анализ крови: эритроциты — $4,0 \times 10^{12}/л$, Нв — 130 г/л, лейкоциты — $5,4 \times 10^9/л$, э — 1%, п/я — 2%, с/я — 49%, л — 40%, м — 8%, СОЭ — 10 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — коричневатый, относительная плотность — 1017, белок — нет, глюкоза — нет, лейкоциты — 2–3 в п/з, желчные пигменты — (+++).

Биохимический анализ крови: билирубин общий — 87,5 мкмоль/л, прямой билирубин — 50,3 мкмоль/л, АЛТ — 1100 Ед/л, АСТ — 830 Ед/л, тимоловая проба — 9 ед.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Выделите ведущие синдромы.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в детском саду.

ЗАДАЧА 161

Девочке 11 лет. Заболевание началось остро с повышения температуры до $38,6^\circ\text{C}$, боли в горле при глотании. На второй день болезни госпитализирована с подозрением на паратонзиллярный абсцесс.

Из анамнеза жизни известно, что в период новорожденности ребенку был поставлен диагноз перинатального поражения ЦНС, девочка состояла на диспансерном учете у невролога, до одного года были сделаны профилактические прививки БЦЖ и двукратно АДС–М. После года в связи с развившимся эписиндромом был оформлен постоянный медотвод от профилактических прививок.

При поступлении состояние тяжелое, девочка вялая, бледная, адинамичная. Голос сдавленный. Кожные покровы чистые. В подчелюстной области и верхней части шеи с обеих сторон имеется отек мягких тканей. Рот открывает хорошо. Резкий отек мягкого нёба, язычка, миндалин. На нёбных миндалинах с обеих сторон плотный налет, распространяющийся на дужки и язычок. Гиперемия слизистой оболочки с циано-

тичным оттенком. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. На пятый день болезни снизился диурез.

Общий анализ крови: эритроциты — $3,9 \times 10^{12}/л$, Нв — 120 г/л, лейкоциты — $12,0 \times 10^9/л$, э — 0%, п/я — 10%, с/я — 60%, л — 27%, м — 3%, СОЭ — 20 мм/час.

Общий анализ мочи при поступлении: соломенно-желтая, относительная плотность — 1017, белок — 0,033 г/л, лейкоциты — 2–3 в п/з.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Дайте прогноз заболевания.
5. Назначьте лечение.
6. Составьте план профилактических мероприятий.

ЗАДАЧА 162

Ребенок 3-х лет. Заболел остро: повысилась температура тела до $39,5^\circ\text{C}$, появилась рвота, головная боль, затем жидкий стул до 8 раз. Стул жидкий, обильный, затем скудный, с большим количеством слизи и прожилками крови. Госпитализирован на второй день болезни.

При поступлении: состояние средней тяжести. Температура $38,5^\circ\text{C}$, вялый. Кожа бледная, синева под глазами. Язык густо обложен налетом, сухой. Дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, пульс 124 уд./мин. Живот втянут. При пальпации болезненность в левой подвздошной области, сигмовидная кишка спазмирована. Анус податлив. Стул скудный, с большим количеством слизи, зелени и прожилками крови.

Мать ребенка работает поваром в детском саду, который посещает ее ребенок, здорова. Одновременно в разных группах детского сада заболели еще несколько детей с клинической картиной: высокая температура, головная боль, жидкий стул.

Общий анализ крови: эритроциты — $3,3 \times 10^{12}/л$, Нв — 101 г/л, лейкоциты — $10,0 \times 10^9/л$, э — 3%, п/я — 9%, с/я — 55%, л — 28%, м — 3%, СОЭ — 22 мм/час.

Копрограмма: консистенция — жидкая, слизь — большое количество, мышечные волокна — (++) , нейтральный жир — (+), лейкоциты — 25–30 в п/з, эритроциты — 20–25 в п/з, яйца глистов не обнаружены, РПГА с сальмонеллезным диагностикумом отрицательная.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Дополните обследование.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий.

ЗАДАЧА 163

В поликлинику поступил вызов к ребенку в возрасте 8 дней жизни. Причина вызова — «фурункулы» молочных желез. У девочки при осмотре крик громкий, эмоциональный. По органам — без особенностей. На носу и на лбу определяются множественные беловато-желтые узелки размером 1 мм. Сосание не нарушено. Отмечается увеличение молочных желез до 2 см и выделение белого содержимого из сосков без признаков гиперемии вокруг. При осмотре области гениталий выделилось незначительное количество слизисто-сукровичного отделяемого. Лимфатические узлы не пальпируются.

Ребенок от первой, нормально протекающей беременности, роды в сроке 39 недель, безводный период 2 ч. 30 мин., предлежание головное. Масса при рождении 3650 г, длина 52 см, закричала сразу, к груди приложена в родовом зале, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Желтуха физиологическая. Физиологическая убыль массы 3%. Пупочная ранка в момент осмотра сухая. Выписана из роддома на пятые сутки. Привита от гепатита В и вакциной БЦЖ.

ЗАДАНИЕ

1. Каков ваш диагноз? Объясните причину возникшего состояния.
2. Какой должна быть тактика врача?

ЗАДАЧА 164

На консультативный прием обратились родители ребенка 2,5 месяца жизни с жалобами на запоры и затяжную желтуху. При этом общее самочувствие ребенка не страдает, сон не нарушен, аппетит хороший, прибавка массы за первый месяц составила +600,0 г, за второй — +850,0 г. Неврологически здоров, данные НСГ без патологии. Показатель общего билирубина в возрасте два месяца — 38,5 мкмоль/л, АЛТ — 27,0 Ед/л, АСТ — 34,3 Ед/л.

При осмотре отмечается субиктеричное окрашивание склер, кожа бледная. Лимфоузлы в пределах нормы, по органам — без особенностей, печень у края реберной дуги, мальчик крупного телосложения, впрочем, как и родители. Наследственность не отягощена. Ребенок родился переношенным в сроке 42 недели. У женщины отмечались артериальная гипертензия, прибавка в весе за период беременности составила +15 кг, была хроническая фетоплацентарная недостаточность, гестоз легкой степени в третьем триместре беременности, отеки ног, эутиреоз, получала L-тироксин 25 мкг/сут. и йодомарин 200 мкг/сут. в течение трех месяцев.

Супруги до настоящей беременности лечили хламидиоз. Мальчик родился путем кесарева сечения, массой 4600,0 г, длиной 56 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Вскармливание грудное. Стул был регулярным первый месяц жизни, затем отмечена склонность к запору.

ЗАДАНИЕ

1. Что можно сказать о состоянии здоровья ребенка?
2. Поставьте клинический диагноз и предложите план наблюдения.

ЗАДАЧА 165

Девочка А. 4-х лет, страдает аллергической сыпью 1,5 месяца. Дерматолог назначил стандартное обследование и лечение, а именно: фенистил и энтеросорбент на 10 дней. Однако аллергия не исчезала, сыпь периодически появлялась по типу рецидивирующей крапивницы, а на месте высыпаний оставались элементы,

напоминающие экзему. Отмечался зуд кожи, при осмотре выявлены расчесы на конечностях. Чесотка исключена. До проявлений кожной аллергии у девочки была ОРВИ легкой степени, которую лечили симптоматически. Мать считала, что старшая дочь здорова. Из семейного анамнеза: у младшей сестры были выявлены и пролечены цитомегаловирусная инфекция, респираторный хламидиоз.

При осмотре кожа сухая, имеются расчесы на конечностях, очаги лихенизации диаметром до одного см. Подколенные и локтевые ямки чистые. Отмечается симптом «грязных колен». Зев спокоен, язык обложен грязноватым налетом. Лимфоузлы заднешейные увеличены до одного см, множественные, безболезненные. По органам — без патологии, печень выступает из-под края реберной дуги справа на +1,5+2,0 см.

Общий анализ мочи: без патологии. Общий анализ крови: Нв — 137 г/л, лейкоциты — $6,2 \times 10^9$ /л, э — 5%, п/я — 2%, с/я — 59%, л — 30%, м — 4%, СОЭ — 20 мм/час.

Яйца глистов не обнаружены.

Соскоб с перианальных складок — отрицат.

УЗИ органов брюшной полости: умеренные диффузные изменения в печени, функциональный перегиб желчного пузыря.

Осмотр ЛОР — без патологии.

ИФА-метод:

антитела: лямблии - IgM (отр.), IgG (отр.);

описторхисы – IgG (отр.);

токсокары (отр.);

аскариды – IgM (отр.), IgG (отр.);

Chl. pn. – IgM (отр.), IgG – 1/40;

CMV – IgG – 1/25600, IgM (отр.);

HSV – IgG (отр), IgM (отр.);

TOXO – IgM (полож.), IgG (отр.);

HBsAg (отр.), aHCV (отр.);

VCA EBV – IgM (отр.), EA (отр.), NA IgG (отр.).

Дополнительно из анамнеза: в семью взяли котенка за три месяца до болезни девочки. При повторном осмотре на спине у девочки появились свежие элементы пятнисто-папулезной сыпи в виде очагов крапивницы диаметром 1,5 см.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Поясните результаты обследования.

ЗАДАЧА 166

На консультативный прием иммунолога обратились родители ребенка в возрасте 10 лет с жалобами на воспаление правого коленного сустава продолжительностью 1,5 месяца. Заболел остро после перенесенной ОРВИ, наследственность благополучна. Ревматолог назначил ортофен, боль и отечность уменьшились, но симптомы вялотекущего артрита сохраняются. Утром встает и ходит без боли и утренней скованности. Периодически беспокоит субфебрилитет. Травмы, ушибы, падения отрицают. Спортсом не занимается.

Объективно: кожа нормальной окраски, на руках царапины, увеличены лимфоузлы заднешейные, подчелюстные, подмышечные множественные, безболезненные, до 0,8 см в диаметре Зев чистый, миндалины рыхлые, увеличены до 2 ст. Легкие и сердце без патологии. Печень выступает справа на +0,5+1,0+1,5 см, селезенка пальпируется краем. Физиологические отправления всегда в норме. Движения в суставах в полном объеме, правое колено в диаметре на один см больше левого, движения немного ограничены, безболезненны, сустав не горячий.

Общий анализ мочи: белок, сахар — отр., относительная плотность мочи — 1024, клетки плоского эпителия — единичные в поле зрения, лейкоциты — 0–2 в п/з, эритроциты — 1–2 в п/з.

Общий анализ крови: Нв — 120 г/л, лейкоциты — $6,4 \times 10^9$ /л, э — 7%, п/я — 3%, с/я — 41%, л — 46%, м — 3%, СОЭ — 14 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий билирубин — 19,6 мкмоль/л, прямой билирубин — 0,7 мкмоль/л, АСТ — 39,0 Ед/л, АЛТ — 28,2 Ед/л, сахар — 4,7 ммоль/л, общий белок — 65 г/л; альфа1- — 3,8, альфа2- — 13,5, бета- — 12,6, гамма- — 19,0; СРБ — +, АСЛО — 340 ед.

ЭКГ — синусовый ритм 78–83 в 1 мин., неполная блокада правой ножки пучка Гиса. УЗИ органов брюшной полости и почек: умеренная гепатомегалия, увеличение группы лимфоузлов в воротах печени, почки без патологии.

УЗИ правого коленного сустава — небольшой выпот в полость сустава.

Яйца глистов не обнаружены. Соскоб с перианальных складок — отр. Р. Манту ежегодно — отр.

Окулист — среды прозрачные, диски зрительных нервов розовые. ЛОР — патологии не выявлено.

ИФА-метод: антитела: лямблии – IgM (отр.), IgG (отр.); описторхисы – IgM (отр.), IgG (отр.); токсокары (отр.); аскариды – (отр.); CMV – IgG - 1/800, IgM (отр.); HSV – IgG – 1/1600, IgM (отр.); Chl. pn. – IgM (отр.), IgG – (отр.); ureaplasma (отр.); mycoplasma hom. (отр.); TOXO – IgM (полож.), IgG – 160 МЕ/мл

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Назначьте лечение и план диспансеризации.

ЗАДАЧА 167

Ребенку 6 лет, с трех лет посещает дошкольное учреждение. Родители обратились к иммунологу с жалобами на продолжительный навязчивый коклюшеподобный кашель в течение 6 месяцев, без температурной реакции, чаще после утреннего сна, после пробежки или игры. Мальчик в течение года несколько раз болел ОРВИ. После осмотра выявлено: состояние не тяжелое, кожа чистая, миндалины увеличены до 2 ст., увеличены заднешейные, подчелюстные, затылочные лимфоузлы до 1,0 см в диаметре, безболезненные, эластичные.

В легких — везикулярное дыхание, сердце — тоны ясные, выслушивается систолический шум, живот безболезненный, доступен пальпации, печень выступает на 2,5 см, селезенка пальпируется краем, физиологические отправления в норме.

Общий анализ мочи: цвет — светлый, белок — отр., относительная плотность мочи — 1018, лейкоциты — 2–3 в п/з, эритроциты — 0–1 в п/з.

Общий анализ крови: Нв — 117 г/л, лейкоциты — $8,6 \times 10^9$ /л, цв. п — 0,85, э — 10%, п/я — 1%, с/я — 30%, л — 53%, м — 6%, СОЭ — 7 мм/час.

Рентгенологически усилен сосудистый рисунок в прикорневой зоне, тень сердца без патологии, синусы свободные.

Копрограмма: неперевариваемая клетчатка +; мышечные волокна +; лейкоциты — единичные в п/з, яйца глистов не обнаружены.

ИФА-метод: антитела: лямблии – IgG (отр.);

токсокары – IgG (отр.);

аскариды – IgG – 1/800;

ТОХО – IgM (отр.), IgG (отр.);

UREA–IgG (отр.).

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз. Какие этиологические факторы риска вызвали респираторный синдром?
2. Назначьте лечение.
3. Имеется ли риск формирования бронхиальной астмы.

ЗАДАЧА 168

Мальчику 11 лет. Наблюдается в кардиоревматологическом центре два года с диагнозом реактивный артрит, получает противовоспалительную терапию: сульфасалазин, ортофен, аппликации с ДМСО. Рецидивы артрита три раза в год. Неоднократно обследовался на инфекции и паразитарные инвазии методом ИФА: антитела: лямблии – IgG (отр.); токсокары – IgG (отр.); аскариды – IgG (отр.); описторхисы – IgG (отр.); *mycoplasma* – IgG (отр.); Chl. pn. – IgM (отр.), IgG – 1/40; CMV – IgM (отр.), IgG (отр.); HSV – IgM (отр.), IgG (отр.); EBVVCA – IgM (отр.), EA (отр.), NA (отр.); ТОХО – IgM (отр.), IgG (отр.); UREA – IgG (отр.); РПГА к возбудителю псевдотурбекулуза (отр.)

В настоящее время отмечается очередное обострение артрита. При осмотре правый коленный сустав увеличен в объеме, не деформирован, движения в полном объеме, сустав нормальной температуры. Остальные суставы не воспалены. Проведено повторное обследование, методом ИФА выявлены антитела к Chl. pn. IgG 1/160.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Предложите терапевтическую тактику.

ЗАДАЧА 169

Девочке 12 лет. Заболела остро в октябре, отмечала слабость, тошноту, боль в правом подреберье, на третий день была однократная рвота и появилась темная окраска мочи. На 4-й день появилась желтушность склер, а в конце дня — иктеричность кожи. Госпитализирована в инфекционное отделение с диагнозом «гепатит».

При осмотре состояние средней тяжести, кожа чистая, желтушная, с зудом, склеры иктеричные, лимфатические узлы в норме, по органам — без патологии, печень +2,5+3,0 см, плотная, селезенка не увеличена. Моча темно-коричневая, стул осветлен. С третьего дня болезни периодически наблюдается сыпь типа «крапивницы».

Результаты обследования на пятый день болезни:

Общий анализ мочи: цвет — темно-коричневый, белок — отр., относительная плотность мочи — 1020, лейкоциты — 0–2 в п/з, эритроциты — 0–1 в п/з. Общий анализ крови: Нв — 132 г/л, лейкоциты — $4,2 \times 10^9$ /л, э — 12%, п/я — 1%, с/я — 41%, л — 40%, м — 6%, СОЭ — 7 мм/час.

Копрограмма: цвет — светло-желтый, неперевариваемая клетчатка — ++, крахмал — +, мыла — +++, желчные кислоты — +++, мышечные волокна — +, лейкоциты — 0–2 в п/з, яйца глистов не обнаружены.

Биохимический анализ крови: общий билирубин — 167,8 мкмоль/л, прямой билирубин — 97,5 мкмоль/л, непрямой билирубин — 70,3 мкмоль/л, АСТ — 274,6 Ед/л, АЛТ — 368,0 Ед/л, тимоловая проба — 8,6 ед., холестерин — 7,2 ммоль/л (норма — 6,01 ммоль/л), 3-липпротеиды — 47 ммоль (норма — 32 ммоль), ЩФ — 630,0 ед/л (норма — 350 ед/л).

ИФА-метод: антитела: описторхисы (отр.);

aHAV – IgM (полож.), IgG – 1/800;

aHCV (отр.);

HbsAg (отр.), HbeAg (отр.), aHbcor – IgM (отр.), IgG (отр.), aHBe(отр.), aHBs (полож.);

лямблии (отр.); токсокары (отр.); аскариды - 1/400.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз, обоснуйте его, дайте трактовку маркеров ИФА.

2. Найдите маркеры холестаза и объясните механизм его формирования. Назначьте адекватную этиопатогенетическую терапию.

ЗАДАЧА 170

Девочка, 1 год 1 месяц. У матери во время беременности были обнаружены маркёры аHCV+, уровень АЛТ и АСТ оставался в пределах нормы. Ребенок родился массой 3200 г, по шкале Апгар 7/8 баллов; масса в 12 месяцев 10,7 кг. Жалоб нет. Кожа чистая. Лимфатические узлы не увеличены. По органам — без особенностей Печень +2,0, +3,0 см, плотная, селезенка не увеличена. Прививки до одного года проведены по плану.

Динамическое наблюдение за ребенком по анализам

<i>Возраст/ показатель</i>	<i>5-е сутки</i>	<i>1 мес.</i>	<i>3 мес.</i>	<i>5 мес.</i>	<i>8 мес.</i>	<i>9 мес.</i>	<i>11 мес.</i>	<i>12 мес.</i>	<i>13 мес.</i>
Общий билирубин	80,5	17,8	18,4	15,5	15,9	-	-	14,6	15,4
АЛТ	18	22	68	98	68	42	78	92	78
АСТ	24	26	54	76	48	34	58	72	54
аHCV			+		+	+		+	+
аHCV IgM	не делали				+			+	+
аHCV IgG			+		+	+		+	+
аHCV NS3					+			+	+
аHCVNS4					+			-	+
аHCVNS5					+			-	-

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Какие дополнительные исследования вы рекомендуете сделать?

ЗАДАЧА 171

Девочка в возрасте 4 лет перенесла ОРВИ. Спустя две недели повторилось повышение температуры до 38 °С, отмечались дизурические расстройства, симптомы интоксикации.

При обследовании:

Общий анализ мочи: белок — 0,018 г/л, относительная плотность мочи — 1020, лейкоциты — 30–35 в п/з, эритроциты — 1–3 в п/з.

Общий анализ крови: Нв — 104 г/л, лейкоциты — $9,6 \times 10^9$ /л, цв. п. — 0,85, э — 1%, п/я — 5%, с/я — 36%, л — 54%, м — 4%, СОЭ — 18 мм/час.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты — 12000, эритроциты — 1500. Проведено лечение в стационаре по схеме: цефазолин — семь дней, фурагин — два курса по 10 дней, канефрон, витамин Е и магне В6 — по одному мес. В течение года наблюдалась регулярно, анализы мочи были в пределах нормы. В возрасте 4 г. 11 мес. произошло повторное повышение температуры до 37,2 °С, снижение аппетита, вялость, недомогание.

При осмотре: кожа чистая бледная, увеличены заднешейные и подчелюстные лимфоузлы до 1 см, множественные, эластичные, миндалины чистые, увеличены до 2 ст., по органам — без особенностей, с-м Пастернацкого отрицательный, диурез адекватный. Печень выступает из-под края реберной дуги до + 1,5 см, селезенка пальпируется краем.

Общий анализ мочи: белок — 0,033 г/л, относительная плотность мочи — 1018, лейкоциты — 15–25 в п/з, эритроциты — 2–3 в п/з. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты — 6000, эритроциты — 1000. Родители отказываются повторно лечить ребенка антибиотиками, было проведено обследование методом ИФА: антитела: CMV – IgM (полож.), IgG – 1/400; HSV – IgM (отр.), IgG (отр.); EBVVGА – IgM (отр.), EA (отр.), NA (отр.); Chl. pn. – IgM (отр.), IgG (отр.); Chl. r. – IgA (отр.), IgG (отр.); mycoplasma hom. – IgG (отр.); UREA – IgG (отр.); лямблии (отр.); токсокары (отр.).

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз. Чем вызван рецидив болезни?
2. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 172

Мальчику 13 лет. Заболел остро, был подъем температуры до 38 °С продолжительностью три дня, затем отмечался субфебрилитет пять

дней, вялость, недомогание, астения. Со 2-го дня болезни отмечался малопродуктивный кашель приступообразного характера после сна, во время нагрузки, перед сном. На 6-й день болезни при осмотре кожа чистая, бледная, увеличены заднешейные лимфатические узлы, в легких перкуторно — укорочение в нижних отделах под углом лопатки справа, аускультативно — выслушивается жесткое дыхание, влажные хрипы по всем полям. Тоны сердца ясные — 88 уд./мин., АД — 115/70 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка пальпируется краем, физиологические отправления без патологии.

Общий анализ мочи: белок — отр., относительная плотность мочи — 1018, лейкоциты — 0–2 в п/з, эритроциты — 0–1 в п/з.

Общий анализ крови: Нв — 115 г/л, лейкоциты — $7,6 \times 10^9$ /л, цв. п. — 0,85, э — 5%, п/я — 1%, с/я — 34%, л — 52%, м — 8%, СОЭ — 22 мм/час.

Р-снимок органов грудной клетки: усилен бронхососудистый рисунок в прикорневой зоне, в нижней доле справа уплотнение и инфильтративная тень, синусы свободные. Заключение: правосторонняя нижнедолевая пневмония.

ИФА-метод: антитела: токсокары (отр.); аскариды (отр.); лямблии (отр.); CMV-IgM (отр.), IgG — 1/800; HSV — IgM (отр.), IgG 1/400; ТОХО — IgM (отр.), IgG 128 МЕ/л; EBVVGА — IgM (отр.), EA (отр.), NA(отр.); Chl. pn. — IgM (отр.), IgG (отр.); mycoplasma — IgM (полож.), IgG 1/80.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз. Дайте трактовку маркеров методом ИФА.
2. Назначьте адекватную терапию.

ЗАДАЧА 173

Мальчику 9 лет. При плановом обследовании обнаружена высокая активность трансаминаз, сохраняющаяся более семи месяцев. Анамнез болезни: ребенку в возрасте 3-х лет были проведены операция по удалению нейробластомы средостения, лучевая и химиотерапия, гемотрансфузии. Спустя год после операции выявлены маркеры гепатита на фоне нормального уровня «печеночных проб»: HBsAg+, антиHBc IgG+, антиHBe+. По опухолевому процессу отмечалось пять лет ремиссии.

При контрольном биохимическом исследовании крови через пять лет впервые обнаружено повышение показателей трансаминаз более «шести норм», в динамике со снижением значений до «трех норм» и в дальнейшем без всяких признаков нормализации. Признаков желтухи не зафиксировано. При осмотре пальпируется печень плотно-эластичной консистенции с гладкой поверхностью, выступающая ниже края реберной дуги на +4+4+6 см, селезенка не увеличена, отеков и кровотечений нет. Проведено обследование на маркёры гепатитов: антиHAV IgM-, антиHAV IgG 1/800, HBsAg+, HBeAg+, антиHBc IgM+, антиHBc IgG+, антиHBe+, антиHBs-, антиHCV-, антиHCV core IgM-, антиHCV core IgG-, антиHCV NS3,4,5-, HDV RNA-, HBV DNA+, HGV RNA-, HCV RNA-.

ЗАДАНИЕ

1. Обоснуйте клинический диагноз и дайте трактовку серологических маркёров.
2. Назначьте схему лечения, обоснуйте показания к проведению противовирусной терапии и составьте план динамического наблюдения за процессом лечения.

ЗАДАЧА 174

Молодому человеку 17 лет, с 13 лет вводил внутривенно наркотики. Со слов больного, гепатитом не болел, желтухи никогда не было. Обследовался на ВИЧ — антитела не выявлены. Дважды лечился от наркомании Усилием воли 11 месяцев назад прекратил вводить наркотики, но пришлось снимать «привыкание» приемом алкоголя, 6 месяцев назад перестал принимать алкогольсодержащие жидкости и решил обследоваться на гепатиты.

В биохимическом анализе крови показатели общего билирубина достигали уровня 48,5 мкмоль/л (N до 20,5), АЛТ — 78,4 Ед/л (N до 40), щелочная фосфатаза — 144,0 ед/л (N до 80 ед/л).

Результаты серологического профиля крови методом ИФА: аHAV – IgM1/100, IgG – 1/800; HBs (отр.); HBe (отр.); аHBe (полож.); аHBs (полож.); аHBc – IgM (отр.), IgG (полож.); аHCV (полож.), аHCV – IgM (отр.); аHCVсog – IgG (полож.); аHCV– NS3 (полож.), аHCV – NS4 (полож.), аHCV – NS5 (полож.).

ПЦР крови: RNAHDV (отр.); RNA HGV (полож.); DNA HBV (отр.); RNA HCV (полож.), 1b генотип, вирусная нагрузка $1,89 \times 10^8$ c/ml.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Выберите лечебную тактику. Объясните механизм действия противовирусных препаратов.

ЗАДАЧА 175

Больному 16 лет, заболел остро, с проявлениями желтухи в мае 2003 года. Лечился и обследовался в инфекционном отделении в течение 2,5 месяца. Показатели билирубина и щелочной фосфатазы нормализовались, уровень трансаминаз волнообразно колебался до степени «1,5–3 нормы», значение тимоловой пробы сохранялось в пределах 8,0 единиц. Через 4 месяца от начала болезни был повторно обследован методом ИФА на маркеры:

антитела: лямблии (отр.); описторхисы (отр.); аHAV– IgM (полож.), IgG – (полож.); аHCV (отр.); HBs (отр.); HBe (отр.); аHBs (полож.); аHBe (отр.); аHBc total; аHIV (отр).

ЗАДАНИЕ

1. Клинический диагноз. Каковы ваши рекомендации по обследованию, если это необходимо?
2. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 176

Ребенку 1 год 8 месяцев, усыновлен в возрасте 2,5 месяца, после затяжной желтухи выявлена активность ферментов, более 12 месяцев сохраняется гиперферментемия без тенденции к нормализации. Больной наблюдается с диагнозом «хронический криптогенный гепатит». Привит вакцинами БЦЖ и двукратно от гепатита В.

Неоднократно обследован на маркеры гепатитов:

аHAVIgG (отр.); аHCVсумм. (отр.); HBs (отр.); HBe (отр.); аHBe (отр.); аHBs (полож.); аHBc сумм. (отр.).

антиHCV-
антиHSV IgG-
антиCMV IgM-, антиCMV IgG 1/800, авидность 97% VCA EBV
IgM-, NA EBV IgG-

HHV 6 типа — отр.

УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения в печени, реактивный панкреатит. Объективно: голова гидроцефальной формы, отмечается задержка психоречевого и моторного развития, икроножные мышцы уплотнены и увеличены в объеме. Лимфатические узлы единичные шейные до 5 мм, затылочные — до 3 мм, легкие и сердце без патологии. Печень выступает на +0,5 см ниже реберной дуги, селезенка не увеличена.

ЗАДАНИЕ

1. Какое заболевание можно подозревать и какой план обследования необходимо предложить?
2. Определите лечебную тактику.

ЗАДАЧА 177

Мальчику 2 г. 2 мес. Заболел остро, повышение температуры до 39,5 °С-39,7 °С в течение трех дней, катаральных симптомов не отмечено. На четвертый день заболевания температура нормализовалась и появилась сыпь пятнисто-папулезного характера, бледно-розового цвета на грудной клетке с распространением по всему телу, без зуда. Проведено противовирусное лечение: ацикловир — три дня, затем цитовир — три дня.

Общий анализ крови (6-й день заболевания): гемоглобин — 115 г/л, эритроциты — $4,2 \times 10^{12}$ /л, гематокрит — 33,7%, тромбоциты — 87×10^9 /л, лейкоциты — $4,5 \times 10^9$ /л, эозинофилы — 0,9%, нейтрофилы — 3,2%, лимфоциты — 76,3%, моноциты — 19,6%, СОЭ — 4 мм/ч.

Осмотрен на 7-й день заболевания. Состояние удовлетворительное. Кожа бледная, умеренной влажности, на туловище, ягодицах, бедрах — мелко-папулезная сыпь бледно-розового цвета, необильная. Носовое дыхание свободное. Слизистая оболочка ротоглотки розового цвета, гипертрофия небных миндалин первой степени, налетов нет. Пальпируются затылочные лимфатические узлы

3 мм в диаметре, единичные, эластичные, безболезненные; подчелюстные лимфатические узлы — 8 мм в диаметре, единичные, безболезненные; задне-шейные лимфатические узлы — 5 мм в диаметре, множественные, безболезненные. При аускультации в легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД — 28 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС — 116 уд./мин. Живот при поверхностной и глубокой пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 2 см ниже реберной дуги по средне-ключичной линии, край эластичный, безболезненный. Стул ежедневно, оформленный. Диурез не изменен

Ребенок от 2-й беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания в первом триместре беременности, отека гестоза и фетоплацентарной недостаточности в третьем триместре. Роды вторые, в сроке 39 недель, масса при рождении 3400 г, длина 52 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Выписан из роддома на четвертые сутки жизни с клиническим диагнозом «сочетанная гипоксия легкой степени». Естественное вскармливание до 6 мес. Рос и развивался соответственно возрасту. Наблюдался неврологом до одного года с диагнозом «перинатальное поражение центральной нервной системы, синдром ликвородинамических нарушений». В возрасте 6 месяцев был обследован на цитомегаловирус, вирус герпеса 6-го типа, Эпштейн-Барр вирус, токсоплазмоз методом ИФА и ПЦР крови — результат отрицательный. Дошкольное учреждение не посещает. В анамнезе один раз перенес острую респираторную вирусную инфекцию.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие лабораторные исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?
3. Назначьте этиотропную терапию.

ЗАДАЧА 178

Девочка, 4 г. 3 мес., обратилась с жалобами на частые ангины с 3,5-летнего возраста (9 эпизодов). Из анамнеза заболевания известно, что ангины начинаются с повышения температуры до 40 °С, протекают с афтозным стоматитом, фарингитом, подчелюстным лимфаденитом,

сопровожаются появлением боли в животе, лейкоцитозом, нейтрофилезом, увеличенной СОЭ (табл. 1). Применение антибактериальной терапии (амоксциллин/клавуланат, цефалоспорины, макролиды) не сокращало длительность лихорадки. Внутримышечное введение преднизолона в первые сутки заболевания в дозе 30 мг привело к нивелированию лихорадки и афт на слизистой оболочке полости рта в течение суток. Применение стрептатеста на высоте лихорадки для экспресс-диагностики стрептококковой инфекции в 3 г. 9 мес. — отрицательный результат.

Таблица 1

Показатели общего анализа крови

Показатели	3 г. 6 мес. ангина	3 г. 8 мес. ангина	3 г. 8 мес. (здоровая)	3 г. 9 мес. ангина	3 г. 11 мес. ангина	4 г. 2 мес. ангина	4 г. 2 мес. (здоровая)	4 г. 3 мес. ангина
Лейкоциты ($10^9/л$)	5,5	15	5,8	7,9	15,3	12,8	4,9	13,9
Нейтрофилы, %	37	78	39	73	83	79	32,3	76
Нейтрофилы ($10^9/л$)	2,04	11,7	2,26	5,76	12,69	10,11	1,59	10,56
Лимфоциты, %	60	17	58	21	12	19	59,2	18
Лимфоциты ($10^9/л$)	3,3	2,55	3,36	1,66	1,84	2,43	2,92	2,50
Моноциты, %	1	4	3	4	5	2	4,9	5
Моноциты ($10^9/л$)	0,06	0,60	0,17	0,32	0,77	0,26	0,24	0,69
Эозинофилы, %	2	1	0	2	0	0	1,1	1
Эозинофилы ($10^9/л$)	0,11	0,15	0	0,16	0	0	0,05	0,14
Гемоглобин, г/л	135	108	130	118	122	118	124	122
Эритроциты ($10^{12}/л$)	4,85	3,87	4,48	3,6	3,93	4,36	4,56	4,51
Тромбоциты ($10^9/л$)	223	209	255	195	255	196	259	207
СОЭ, мм/ч	17	19	29	12	20	21	8	19

В 3 г. 7 мес. девочка перенесла инфекционный мононуклеоз средней тяжести. При исследовании общего анализа крови в стационаре были выявлены: лейкоциты — $25,5 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы — $18,3 \times 10^9/\text{л}$, лимфоциты — $6,63 \times 10^9/\text{л}$, моноциты — $0,51 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин — 111 г/л, СОЭ — 36 мм/ч; в биохимическом исследовании крови АСТ — 28 Ед/л, АЛТ — 17 Ед/л, билирубин общий — 9,3 мкмоль/л, щелочная фосфатаза — 150 ед/л; ПЦР крови: DNA EBV — обнаружено, DNA CMV — не обнаружено, DNA HHV6 — не обнаружено.

В возрасте 4 г. 3 мес., обследована методом ПЦР: в соскобе со слизистой ротоглотки — Эпштейн-Барр вирус 71С/10*5кл. (1,851 IgC/10*5м), цитомегаловирус 28С/10*5кл. (1,441 IgC/10*5кл.), вирус герпеса человека 6-го типа 74С/10*5кл. (1,871 IgC/10*5кл.); одновременно проведено ПЦР крови, выявлены Эпштейн-Барр вирус и вирус герпеса человека 6-го типа с низкой вирусной нагрузкой (табл. 2).

Таблица 2

Молекулярно-биологическое исследование крови (ПЦР)

Вид исследования	3 г. 7 мес.	3 г. 8 мес.	4 г. 3 мес.
Вирус Эпштейна-Барр (DNA EBV)	Обнаружен		Обнаружено менее 5 копий DNA EBV/10E5 клеток
Цитомегаловирус (DNA CMV)	Не обнаружен		Не обнаружен (менее 5 копий DNA CMV/10E5 клеток)
Вирус герпеса человека 6-го типа (DNA HHV6)	Не обнаружен	Не обнаружен	Обнаружено менее 5 копий DNA HHV6/10E5 клеток
Вирус простого герпеса 1-го типа (DNA HSV1)			Не обнаружен
Вирус простого герпеса 2-го типа (DNA HSV2)			Не обнаружен

Девочке выполнено исследование крови методом ИФА (4 г. 3 мес.), выявлены IgG CMV 3,84 МЕ/мл, IgM CMV — не обнаружены, EBV VCA IgM, EA IgG — отрицательный результат, NA IgG — положительный. Результаты иммунологического исследования представлены в таблице 3.

Таблица 3

Показатели иммунологического исследования крови

Показатель	Результат исследования	Референтные значения
1	2	3
Лейкоциты ($10^9/л$)	6,20	5,18–8,42
Лимфоциты ($10^9/л$) (%)	2,63	2,21–4,19
	42,4	38,00–53,00
Моноциты ($10^9/л$) (%)	0,30	0,10–0,60
	4,90	2,00–10,00
Гранулоциты ($10^9 л$) (%)	3,27	2,00–4,76
	52,70	-
Гемоглобин (г/л)	113,00	115,00–135,00
Гематокрит (%)	34,10	34,00–40,00
Тромбоциты ($10^9 / л$)	317,00	180,00–320,00
Эритроциты ($10^{12}/л$)	4,29	4,00–5,20
С-реактивный протеин (мг/л)	1,10	0,00–10,00
АСЛ-0 (МЕ/мл)	0,00	0,00–250,00
Ревматоидный фактор (IgM) (МЕ/мл)	2,58	0,00–20,00
А/т к цитрул. модифиц. виментину (ANTI-MCV)	4,17	0,00–20,00
IgA (г/л)	1,60	0,19–1,45
IgM (г/л)	1,30	0,38–1,20
IgG (г/л)	11,50	5,50–11,60
Циркулирующие иммунные комплексы (Ед.)	47,00	21,91–83,49
С3 (г/л)	0,77	0,90–2,10
С4 (г/л)	0,17	0,10–0,40
В-лимфоциты (CD19+) ($10^9 / л$) (%)	0,42	0,30–0,70
	15,80	21,00–28,00
Т-лимфоциты (CD3+) $10^9 / л$ (%)	1,96	1,93–3,07
	74,60	62,00–69,00
Т-хелперы (CD3+CD4+) ($10^9 / л$) (%)	1,05	0,90–1,50
	40,10	30,00–40,00
Т-цитотоксические (CD3+CD8+) ($10^9 / л$) (%)	0,76	0,70–1,10
	29,00	25,00–32,00
Т-активированные (HLA-DR+CD3+) (%)	5,40	-

1	2	3
NK-клетки (CD3-CD16+CD56+) (10^9 /л) (%)	0,21	0,13–0,47
	8,00	8,0–15,00
TNK (CD3+CD16+CD56+) (%)	7,10	0,00–6,00
НСТ спонт. (%)	1,00	7,83–25,51
НСТ стим. (%)	5,00	24,00–80,00
Бактерицидная активность лейкоцитов (%)	28,90	27,53–39,37
Поглотительная активность моноцитов (10^9 /л) (%)	0,25	0,17–0,25
	83,70	65,52–88,34
Поглотительная активность нейтрофилов (10^9 /л) (%)	3,03	3,9–3,95
	92,80	87,74–99,76

В биохимическом анализе крови изменений не выявлено (4 г. 3 мес.): билирубин общий — 11 мкмоль/л, АЛТ — 10,7 Ед/л, АСТ — 27,2 Ед/л, амилаза — 49 ед/л, щелочная фосфатаза — 151 ед./л, кальций — 2,51 ммоль/л.

Посев из зева (4 г. 3 мес.): обнаружена *Haemophilus influenzae* в титре 4 кл/мл, обладающая чувствительностью к ампициллину.

По данным УЗИ щитовидной железы: скопление коллоидных кист в паренхиме правой доли щитовидной железы, нельзя исключить формирование коллоидного узла. Объем железы соответствует возрастной норме. Уровень гормонов ТТГ — 1,28 мМЕ/л, СТ4–13,28 пмоль/л, АТ — ТПО < 30,8 МЕ/л.

Для лечения герпетической инфекции девочка в течение года неоднократно получала курсы противовирусной и иммуностропной терапии (изопринозин, арбидол, анаферон, ацикловир, имунорикс, полиоксидоний) без клинического эффекта, эпизоды ангина рецидивировали ежемесячно.

Из анамнеза жизни: у матери при беременности были ОРВИ в первом триместре, угроза прерывания в 16 нед., анемия 1-й степени. Роды в сроке 38 недель, гестоз легкой степени, умеренное многоводие, сомнение в целостности последа, ручное обследование полости матки, рождение с правой ручкой. Масса при рождении 4170 г, длина 53 см, окружность головы 34 см, окружность груди 35 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Выписана из роддома на 7-е сутки жизни с клиническим диагнозом: сочетанная гипоксия легкой степени. Крупный плод. Грудное вскармливание до 6 мес.

В периоде новорожденности наблюдалась затяжная желтуха до 1 мес. В возрасте 2-х месяцев были выявлены: нейтропения — $0,696 \times 10^9/\text{л}$, гипербилирубинемия (билирубин общий — $57,5$ мкмоль/л, билирубин прямой — $7,5$ мкмоль/л), гепатомегалия, спленомегалия, умеренная тимомегалия. Нейтропения сохранялась до одного года (нейтрофилы — $1,22 \times 10^9/\text{л}$), в 2 года отмечена нормализация уровня нейтрофилов ($1,92 \times 10^9/\text{л}$).

Наследственность отягощена по линии отца (бабушка и отец страдают ангинами), у матери — стоматит.

Объективно на момент осмотра на вторые сутки заболевания: состояние средней тяжести за счет интоксикационного синдрома. Температура $38,5$ °С. Кожа бледная, сухая, горячая на ощупь. Слизистая оболочка ротоглотки умеренно гиперемирована, гипертрофия миндалин 1-й степени. Справа на мягком нёбе и миндалине афтозные элементы до $0,5$ – 1 см. Лимфатические узлы шейной группы мелкие, множественные, подчелюстные и переднешейные до 1 см, эластичные, не спаяны с окружающими тканями, безболезненные. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень на 1 см ниже реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул оформленный.

В период между лихорадочными атаками девочка чувствует себя хорошо, активна, любознательна, легко идет на контакт с детьми и взрослыми. Объективно в межприступный период: состояние удовлетворительное, кожа чистая. Слизистая оболочка дужек миндалин умеренно гиперемирована, сохраняется гипертрофия миндалин 1-й степени. Лимфатические узлы шейной группы мелкие, множественные, единичные, до одного см. Носовое дыхание свободное, в легких дыхание везикулярное, по другим органам — без особенностей.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. К какому специалисту необходимо отправить ребенка для подтверждения диагноза и дальнейшего обследования?
3. Какие методы терапии возможны при данном заболевании?

ЗАДАЧА 179

Мальчику 8 месяцев. Родился от первой беременности, роды оперативные, масса при рождении 3200 г. Рос и развивался соответственно возрасту, находился на естественном вскармливании, вакцинирован трехкратно против коклюша, столбняка, дифтерии. Через две недели после перевода на искусственное вскармливание ребенок переносит гнойный менингит. При осмотре в стационаре выявлена гипоплазия миндалин, гипотрофия 1-й степени. Титр антител к прививаемым инфекциям: дифтерия — 0, столбняк — 1:10. Иммунологическое обследование: CD3+ лимфоциты $3,1 \times 10^9/\text{л}$, CD3+CD4+ лимфоциты $1,8 \times 10^9/\text{л}$, CD3+CD8+ лимфоциты $1,2 \times 10^9/\text{л}$, CD19+ лимфоциты 0,0, IgG 0,6 г/л, IgM и IgA отсутствуют.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. К какому специалисту необходимо отправить ребенка для подтверждения диагноза и дальнейшего обследования?
3. Какие методы терапии возможны при данном заболевании?

ЗАДАЧА 180

Мальчику 1 год. От первой беременности, роды срочные, масса тела при рождении 3100 г. С первого месяца жизни отмечались проявления дерматита, с двухмесячного возраста — тромбоцитопения, проявления геморрагического васкулита, гепатоспленомегалия; в 6 мес. — отек Квинке; в 8 мес. — детская экзема, рецидивирующий отек Квинке, стафилококковый энтероколит в тяжелой форме. В общем анализе крови: лейкоциты — $9,0 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты — $12,0 \times 10^9/\text{л}$. В иммунном статусе: Т-лимфоциты — $2,5 \times 10^9/\text{л}$, В-лимфоциты — $0,3 \times 10^9/\text{л}$, IgG — 12,4 г/л, IgM — 0,6 г/л, IgA — 1,7 г/л, IgE — 1847 МЕ/мл, ЦИК — 186 ед.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

3. Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?

ЗАДАЧА 181

Девочке 10 мес. Заболела остро, повышение температуры до 38,5 °С, вялость, рвота однократно, жидкий обильный водянистый стул 5 раз в сутки с неприятным запахом. Мать самостоятельно давала ребенку регидрон и смекту, без клинического эффекта.

Проживают в частном доме, три человека, в том числе один ребенок, на другие территории не выезжали. Воду пьет кипяченую, детское питание покупают в магазине (фруктовое пюре, творог, каша), овощное пюре и мясной фарш готовят самостоятельно, козье молоко кипяченое.

Ребенок осмотрен участковым педиатром на вторые сутки заболевания. Температура 37,5 °С. Беспокойна, охотно пьет воду. Кожа бледная, умеренной влажности, нормальной эластичности, сыпи нет. Носовое дыхание свободное. Слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована умеренно, небные миндалины не увеличены. Язык обложен белым налетом, саливация снижена. Пальпируются лимфатические узлы шейной группы 0,5 см в диаметре, единичные, безболезненные. В легких дыхание жесткое, хрипов нет, ЧД — 30 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС — 124 уд./мин. Артериальное давление — 90/50 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в околопупочной области, печень пальпируется на 1 см ниже реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное, кратность не изменена. Масса 7560 г, длина 71 см.

От 5-й беременности, 2-х родов. Беременность протекала без особенностей, Rh- кровь без титра антител, роды в сроке 40 нед., масса при рождении 3450 г, длина 53 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Из роддома выписана на 4-е сутки жизни с диагнозом «гипербилирубинемия новорожденных». Смешанное вскармливание до 8 мес. Раннее введение прикормов с 3-х мес. возраста, козье молоко с 1 мес. Нейросонография в 3 мес. — асимметрия боковых желудочков, субэпидемальная киста слева. УЗИ органов брюшной полости в 3 мес. — без патологии. Вакцинирована по возрасту, без реакций.

Общий анализ крови: эритроциты — $4,82 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 105 г/л, лейкоциты — $9,49 \times 10^9/л$, эозинофилы — 0%, нейтрофилы палочкоядерные — 2%, нейтрофилы сегментоядерные — 20%, лимфоциты — 72%, моноциты — 6%, СОЭ — 3 мм/ч.

Биохимический анализ крови: билирубин общий — 8,2 мкмоль/л, билирубин прямой — 1,2 мкмоль/л, АЛТ — 24,7 Ед/л (норма 0–45 ед/л), АСТ — 47,9 Ед/л (норма 15–60 ед/л), глюкоза — 4,42 ммоль/л, мочевины — 2,8 ммоль/л (норма 1,8–6,4 ммоль/л), креатинин — 43,6 ммоль/л (норма 45–105 ммоль/л), кальций — 2,32 ммоль/л (норма 2,2–2,65 ммоль/л), калий — 4,4 ммоль/л, натрий — 141,6 ммоль/л, общий белок — 55,5 г/л.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие лабораторные исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?
3. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо выполнить?
4. Назначьте необходимый объем терапии.

ЗАДАЧА 182

Ребенку 3 г. 10 мес. Заболел подостро: покашливание, ринит на фоне нормальной температуры; на пятый день болезни — повышение температуры до $38,5^\circ\text{C}$ в течение 5 дней, покашливание, ринит; на 11–12-й день болезни температура повысилась до $39\text{--}39,2^\circ\text{C}$, «храпящее» дыхание, увеличение лимфатических узлов шейной группы. Получал лечение: кипферон ректально — 5 дней, цитовир — 4 дня, дифлюкан — 2 дня, антипиретики, ацикловир — 2 дня, клацид — 2 дня.

Общий анализ крови (4-й день болезни): эритроциты — $4,65 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 122 г/л, тромбоциты — $282 \times 10^9/л$, лейкоциты — $6,34 \times 10^9/л$, эозинофилы — 1%, нейтрофилы палочкоядерные — 9%, нейтрофилы сегментоядерные — 31%, лимфоциты — 45%, моноциты — 10%, плазмциты — 4%, СОЭ — 26 мм/ч.

Общий анализ крови (12 день болезни): эритроциты — $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 115 г/л, тромбоциты — $240 \times 10^9/л$, лейкоциты — $15,25 \times 10^9/л$, эозинофилы — 2%, нейтрофилы палочкоядерные —

10%, нейтрофилы сегментоядерные — 28%, лимфоциты — 45%, моноциты — 9%, плазмоциты — 5%, СОЭ — 49 мм/ч.

Биохимический анализ крови (4-й день болезни): АСТ — 46,0 Ед/л, АЛТ — 68,0 Ед/л (норма — 40 Ед/л).

ПЦР-мазок со слизистой оболочки ротоглотки (7-й день заболевания) — ДНК Эпштейн-Барр вирус — положительный результат, ДНК цитомегаловирус — отрицательный, ДНК вирус герпеса 6-го типа — отрицательный.

Осмотрен на 12-й день заболевания. Состояние тяжелое. Аппетит снижен. Кожа бледная, умеренной влажности, на туловище единичные элементы петехиальной сыпи, периорбитальный цианоз. Носовое дыхание ограничено, слизистая оболочка ротоглотки ярко гиперемирована, гипертрофия небных миндалин I степени, налеты серо-белого цвета виде полосок. Лимфатические узлы переднешейные 1,5 см в диаметре, эластичные, умеренно болезненные при пальпации, задне-шейные — 6 мм в диаметре, множественные, эластичные, безболезненные. Аускультативно — в легких дыхание жесткое, выслушивается над всеми легочными полями, хрипов нет, ЧД — 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС — 128 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный, печень пальпируется на 4 см ниже реберной дуги, пальпируется край селезенки. Стул один раз в день кашицеобразный. Мочеиспускание не изменено.

Вакцинирован согласно Национальному календарю профилактических прививок, в том числе против пневмококка (Пневмо-23). Респираторные заболевания в течение года — 6 раз. Дошкольное образовательное учреждение не посещает.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие лабораторные исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?
3. Какова ваша тактика наблюдения и лечения больного?

ЗАДАЧА 183

Мальчику 1 год 1 мес. Обратился на амбулаторный прием с жалобами на частые респираторные заболевания с 8-месячного возраста,

болел шесть раз. Заболевания возникают чаще в зимний период времени, температура повышается не при каждом эпизоде, симптомы: ринит, кашель. Антибактериальную терапию получал двукратно: флемоксин солютаб, супамед.

Ребенок от 5-й беременности (1-я и 2-я беременности — мед. аборт, 3-я — роды, ребенок здоров, 4 — регрессирующая). Беременность протекала на фоне угрозы прерывания в первом триместре, в 9 нед. — кольпит, острый фарингит, 17 нед. — ВСД по гипотоническому типу, ОРВИ, бактериурия. Мать во время беременности обследовалась на хламидии, уреоплазму, микоплазму — результат отрицательный. Роды в сроке 39 нед., масса при рождении 3140 г, длина 50 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.

Выписан из роддома на 5-е сутки с клиническим диагнозом: транзиторная желтуха. Микрогеморрагии в кожу лица. Затяжная желтуха была до 3-х мес. Грудное вскармливание до 5,5 мес. Дакриоцистит левого глаза, зондирование слезных каналов в 3 мес. Наблюдался неврологом до 10 мес. с диагнозом «перинатальное поражение ЦНС, синдром пирамидной недостаточности, синдром вегето-висцеральных дисфункций». По данным нейросонографии в 2 мес. — асимметричная дилатация ПРБЖ слева, в 8 мес. — легкая дилатация ПРБЖ слева. В 1 год масса 8800 г, длина тела 77 см.

Общий анализ крови (1 г. 1 мес.): эритроциты — $4,49 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 130 г/л, гематокрит — 34,6%, тромбоциты — $432,0 \times 10^9/л$, лейкоциты — $10,5 \times 10^9/л$, гранулоциты — 40,6%, лимфоциты — 53,1%, моноциты — 6,3%, СОЭ — 4 мм/ч.

Иммунологическое исследование крови (1 г. 1 мес.): IgA — 0,1 г/л (↓), IgM — 1,1 г/л, IgG — 2,0 г/л, IgE общий — 7,9 МЕ/мл, ЦИК — 67 Ед., В-лимфоциты (CD19, CD20) — $1,42 \times 10^9/л$, Т-лимфоциты (CD3+) — $3,82 \times 10^9/л$, Т-хелперы (CD3+, CD4+) — $2,42 \times 10^9/л$, Т-цитотоксические (CD3+CD8+) — $1,04 \times 10^9/л$, NK-клетки (CD3-CD16+CD56+) — $0,2 \times 10^9/л$, НСТ спонт. — 7%, НСТ стим. — 17%.

УЗИ сердца (1 г. 1 мес.): диастолическая дисфункция левого желудочка, дополнительная хорда левого желудочка.

УЗИ органов брюшной полости (1 г. 1 мес.): умеренное увеличение правой доли печени, перегиб желчного пузыря.

Биохимический анализ крови (1 г. 1 мес.): билирубин общий — 9,0 мкмоль/л, билирубин прямой — 1,25 мкмоль/л, АЛТ —

20,4 Ед/л, АСТ — 40,0 Ед/л, щелочная фосфатаза — 515 ед/л, глюкоза — 4,82 ммоль/л.

УЗИ вилочковой железы (1 г. 1 мес.) — патологии не выявлено.

В 4 мес. обследован методом ИФА: CMV IgM — отр., CMV IgG — положительный, титр 1:100, авидность — 15,9%; HSV IgM — отр., HSV IgG — положительный, титр 1:100, авидность — 56,3%; токсоплазмоз IgM, IgG — отрицательный результат.

Объективно: кожа физиологической окраски, умеренной влажности, высыпаний нет. Носовое дыхание затруднено. Слизистая оболочка ротоглотки умеренно гиперемирована, миндалины не увеличены. Пальпируются лимфатические узлы шейной группы 5 мм в диаметре, множественные, эластичные, безболезненные. При аускультации в легких выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет, ЧД — 30 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС — 128 уд./мин. Живот при поверхностной и глубокой пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 1,5 см ниже реберной дуги по средне-ключичной линии, край эластичный, безболезненный. Стул ежедневно, оформленный. Диурез не изменен.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. К какому специалисту необходимо направить больного?
3. Какие лабораторные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

ЗАДАЧА 184

Девочке 4 года. Обратилась на консультативный прием с жалобами на частые респираторные заболевания с одного года, болеет ежемесячно в осенне-зимне-весенний период, в течение 2–3-х недель, длительно ринит. Детское дошкольное образовательное учреждение посещает с 2,5 года.

Ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне токсикоза в первой половине беременности. Роды в срок, масса при рождении 3580 г, длина 53 см, оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Выписана из роддома на 6-е сутки жизни с клиническим диагнозом: сочетанная гипоксия легкой степени. Естественное вскармливание

до 4-х месяцев. В 9 мес. — инфекционный энтероколит. С одного года наблюдается гематологом с диагнозом «хроническая тромбоцитопеническая пурпура, влажная форма». Периодически возникают носовые кровотечения.

В 2 г. 4 мес. девочка обследована методом ИФА: Chl. trachomatis IgA, IgG — отрицательный; CMV IgM — отрицательный, CMV IgG — 1:1600; HSV IgM, IgG — отрицательный; Muc. hominis IgG — отрицательный; EBV VCA IgM, EA IgG — отрицательный, NA IgG — положительный; Chl. pneumoniae IgM — отрицательный, IgG — 1:40; ПЦР крови — цитомегаловирус, Эпштейн-Барр вирус, токсоплазма — не обнаружены. ПЦР-мазок из зева: цитомегаловирус — не обнаружен. Проведено лечение респираторного хламидиоза, рекомендована противовирусная терапия — виферон, ацикловир. В динамике ИФА крови в 3 года: CMV IgM — отрицательный, IgG — 1:100, авидность 74,7%; EBV VCA IgM, EA IgG, NA IgG — отрицательный результат.

В 3 г. 6 мес. — реактивный артрит правого коленного сустава I степени активности, ФН II степени. Повторно обследована методом ИФА: CMV IgM — положительный результат, CMV IgG — 1:1600, Chl. pneumoniae IgG — 1:20. Проведено лечение цитомегаловирусной инфекции: ацикловир, иммуноглобулин внутримышечно пять раз.

В 3 г. 10 мес. ИФА крови: CMV IgM — отрицательный, CMV IgG — 1:1600, авидность 69%; Chl. pneumoniae IgM — отрицательный, IgG — 1:10.

Общий анализ крови (4 года): эритроциты — $4,81 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 129 г/л, гематокрит — 37,7%, тромбоциты — $178,0 \times 10^9/л$, лейкоциты — $8,3 \times 10^9/л$, гранулоциты — 37,7%, лимфоциты — 57,5%, моноциты — 4,8%.

Иммунологическое исследование крови (4 года): IgA — 0,0 г/л (↓), IgM — 2,0 г/л (↑), IgG — 13,7 г/л (↑), IgE общий — 182,9 МЕ/мл, ЦИК — 36 ед., В-лимфоциты (CD19, CD20) — $0,62 \times 10^9/л$, Т-лимфоциты (CD3+) — $3,62 \times 10^9/л$ (↑), Т-хелперы (CD3+CD4+) — $1,89 \times 10^9/л$ (↑), Т-цитотоксические (CD3+CD8+) — $1,27 \times 10^9/л$ (↑), NK-клетки (CD3-CD16+CD56+) — $0,28 \times 10^9/л$, НСТ спонт. — 3% (↓), НСТ стим. — 10% (↓), бактерицидная активность — 34,4%, активность фагоцитоза моноцитов — $0,33 \times 10^9/л$ (↑), активность фагоцитоза моноцитов — 82,8%, активность фагоцитоза нейтрофилов — $2,94 \times 10^9/л$ (↓), активность фагоцитоза нейтрофилов — 93,8%.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. К какому специалисту необходимо направить больного?
3. Какие методы лечения вы можете предложить?

ЗАДАЧА 185

Участковому врачу поступил вызов к ребенку 3-х лет, у которого вечером накануне два раза была рвота и жидкий стул. Ночью еще три раза был жидкий стул, спал ребенок беспокойно. Из анамнеза выяснено, что из группы детского сада, который посещает ребенок, в течение последних 5 дней 3 детей были госпитализированы в инфекционный стационар с подозрением на острый живот. Из носа необильные серозные выделения. Кожа обычной окраски, влажная. Губы суховаты. Саливация удовлетворительная. Слизистая оболочка ротоглотки умеренно гиперемирована. Миндалины не увеличены. Язык обложен белесоватым налетом. Тоны сердца ясные, в легких везикулярное дыхание. Живот умеренно вздут, при пальпации болезненный, урчащий. Печень не увеличена. Во время пальпации отошли газы с обильным водянистым стулом, с примесью белесоватых хлопьев. Мочится как обычно.

Температура во время осмотра 37,5 °С; ЧСС — 96 уд./мин., частота дыхания — 28 в 1 мин.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие исследования можно рекомендовать в амбулаторно-поликлинических условиях?
3. Какие санитарно-эпидемиологические мероприятия должен осуществить участковый педиатр?
4. Назначьте необходимое лечение. Обоснуйте его.
5. Какие возможные осложнения можно предвидеть?
6. Как проводить диспансеризацию больного после перенесенного заболевания?

ЗАДАЧА 186

Из стационара по требованию родителей выписан мальчик 2-х лет с диагнозом «сальмонеллез группы D. enteritidis, гастроинтестинальная форма, средней тяжести, острое течение». В стационар ребенок поступил семь дней назад с жалобами на повышение температуры до 38,9 °С, повторную рвоту, жидкий зловонный стул с прожилками крови. При обследовании из фекалий была выделена S. enteritidis. Проведено лечение: цефтриаксон, энтеросгель, оральная регидратация. Состояние в динамике улучшилось, нормализовалась температура тела, прекратилась рвота, стул стал кашицеобразным с неперевавленными комочками пищи.

Общий анализ крови: эритроциты — $4,0 \times 10^{12}/л$, Нв — 135 г/л, лейкоциты — $9,0 \times 10^9/л$, э — 3%, п/я — 4%, с/я — 54%, л — 35%, м — 4%, СОЭ — 25 мм/час.

Общий анализ мочи: белок — не обнаружен, лейкоциты — 2–1–0 в п/з, плоский эпителий — ед. в п/з, оксалаты — в большом количестве.

Копрограмма: нейтральный жир — +++, жирные кислоты — +++, мышечные волокна — ++, слизь — в большом количестве, лейкоциты — скопления в слизи, йодофильные бактерии — +++, яйца остриц. Контрольный бактериологический анализ кала не сделан из-за самовольного ухода из стационара.

ЗАДАНИЕ

1. Обоснуйте степень тяжести заболевания.
2. Какие исследования необходимо провести в амбулаторно-поликлинических условиях?
3. Какие санитарно-эпидемиологические мероприятия должен осуществить участковый врач?
4. Продолжите терапию.
5. Какие возможные осложнения можно предвидеть?
6. Диспансеризация больного после перенесенного заболевания.

ЗАДАЧА 187

В семье заболели два ребенка. У одного из них (возраст 1 год 2 мес.) повысилась температура до 39 °С, началась рвота «фонтаном», появился обильный водянистый стул. Родители вызвали «скорую», ребенок был госпитализирован в инфекционный стационар. Через несколько часов у второго ребенка (возраст 4 года) появились боли в животе, тошнота и однократно водянистый стул, после которого боли в животе прекратились.

На следующий день к ребенку был вызван участковый педиатр, т.к. за ночь два раза повторился водянистый стул, повысилась температура до 37,5 °С. Состояние ребенка во время осмотра удовлетворительное, самочувствие не страдает. Кожа влажная, обычной окраски, саливация достаточная. Язык обложен у корня белесоватым налетом. Слизистая оболочка ротоглотки умеренно гиперемирована. Лимфоузлы не увеличены. Патологии со стороны легких и сердечно-сосудистой системы не выявлено. Живот умеренно вздут, при пальпации урчит. Печень у края реберной дуги. Стул врачом осмотрен — жидкий, светло-желтый, с белыми хлопьями.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз второму ребенку.
2. Какие исследования можно рекомендовать в амбулаторно-поликлинических условиях?
3. Какие санитарно-эпидемиологические мероприятия должен осуществить участковый врач?
4. Назначьте лечение.
5. Какие возможные осложнения можно предвидеть?
6. Диспансеризация больного после перенесенного заболевания.

ЗАДАЧА 188

Ребенок, 9 месяцев, без отягощенного преморбидного фона заболел внезапно остро на фоне полного здоровья: стал резко возбужден, негативен, повысилась температура до 37,9 °С, отмечалась однократная рвота. Спустя два часа мать вызвала «скорую».

При осмотре врачом СМП больной негативен, выражена гиперестезия, температура 39,8 °С. Отмечается выбухание и пульсация большого родничка, на голенях обнаружены единичные петехиальные элементы. Рвота повторилась еще дважды. Ребенок госпитализирован.

При осмотре в приемном отделении стационара сыпь стала более выраженной и приобрела характер геморрагической с локализацией преимущественно на нижних конечностях и ягодицах, несимметричной, звездчатой, с единичными некрозами в центре крупных элементов. Больной вялый, слабо реагирует на осмотр, отмечается акроцианоз, частота дыхания — 60 в 1 мин., температура 37,6 °С. Конечности холодные на ощупь, с дебюта заболевания ни разу не мочился. Менингеальные симптомы положительные.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Где должен лечиться ребенок?
3. Какие методы исследования необходимо провести?
4. Каковы неблагоприятные признаки исхода заболевания?
5. Назовите меры профилактики данного заболевания.

ЗАДАЧА 189

Мальчик, 8 лет, заболел остро 30 июня. Внезапно повысилась температура тела до 38,4 °С, в течение дня ребенок жаловался на недомогание, вялость, головную боль.

Обратились к участковому врачу. При объективном осмотре отмечалась гиперемия слизистой оболочки ротоглотки и конъюнктивы глаз, пальпировались подчелюстные и заднешейные лимфатические узлы до одного см в диаметре, печень выступала из-под края реберной дуги на 1,5 см. Поставлен диагноз ОРВИ и назначено симптоматическое лечение.

Лихорадка у больного сохранялась три дня, затем температура нормализовалась, исчезли жалобы. Состояние мальчика резко ухудшилось 5 июля, когда вновь повысилась температура до 39 °С, появилась упорная головная боль, однократная рвота, наблюдались генерализованные тонико-клонические судороги. Родители обратились в скорую медицинскую помощь.

Врач бригады «скорой помощи» ввел больному внутримышечно: 0,5% седуксена — 2,0 мл, 50% анальгина — 1,0 мл, 0,1% димедрола — 1,0 мл. Судороги были купированы. При транспортировке в стационар рвота повторилась, вновь наблюдался приступ генерализованных судорог с нарушением сознания.

При дополнительном расспросе было установлено, что ребенок состоял на учете у невролога на первом году жизни по поводу синдрома ликвородинамических нарушений, лечился амбулаторно. Привит по возрасту. 21 июня наблюдался укус клеща в заушную область справа. Клеща удалили самостоятельно, в травмпункт родители не обращались. Против клещевого энцефалита ребенок не привит.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза?
3. Назначьте необходимое лечение.
4. Какие возможные осложнения можно предвидеть и каков прогноз заболевания?
5. Диспансеризация больного после перенесенного заболевания.
6. Назовите меры профилактики данного заболевания.

ЗАДАЧА 190

Ребенок шести лет, посещающий детский коллектив, заболел остро, поднялась температура до 38,5 °С, отмечались вялость, снижение аппетита, нарушение сна. При осмотре врач зафиксировала появление сыпи на волосистой части головы и туловища в виде пятен, папул, везикул до 5 мм; везикулы однокамерные, с прозрачным содержимым и венчиком гиперемии. В течение четырех дней на фоне сохраняющейся температуры наблюдались новые высыпания на коже и слизистых. В семье есть еще ребенок 3-х лет, посещающий детский сад.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите показания для госпитализации. Требуется ли для постановки диагноза дополнительные исследования?

3. Назначьте необходимое лечение.
4. Каков прогноз заболевания?
5. Перечислите профилактические мероприятия при данном заболевании.

ЗАДАЧА 191

Ребенок 3-х мес., болен второй день: затруднение носового дыхания, обильные слизистые выделения из носа, редкий сухой кашель, температура 37,5 °С. С третьего дня болезни состояние ухудшилось, кашель приобрел навязчивый характер, появилась и быстро нарасла одышка до 80 в 1 мин., температура 37,3 °С. Мать ребенка обратилась в скорую медицинскую помощь.

При осмотре ребенка врачом СМП состояние оценено как тяжелое. Кожные покровы, слизистые оболочки губ и полости рта синюшные. Дыхание шумное, «пыхтящее», поверхностное, с затрудненным выдохом и участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, с раздуванием крыльев носа, втяжением надключичных ямок и межреберных промежутков. Самочувствие страдает в меньшей степени. Грудная клетка вздута, над легкими — коробочный оттенок перкуторного звука, границы сердечной тупости уменьшены, верхние границы печени и селезенки смещены вниз на одно межреберье.

При аускультации дыхание жесткое, выдох резко удлиннен, на вдохе и выдохе спереди и сзади с обеих сторон выслушивается масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов. Тоны сердца звучные, частота сердечных сокращений 172 уд./мин, акцент I тона над легочной артерией. Границы сердца соответствуют возрасту. Другие органы и системы при физикальном обследовании без особенностей.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какой синдром обуславливает тяжесть состояния?
3. Определите показания для госпитализации.
4. Какие дополнительные методы исследования необходимо рекомендовать?
5. Назначьте лечение.
6. Какова профилактика заболевания?

ЗАДАЧА 192

Девочка 4-х лет, заболела остро, повысилась температура тела до 38,5 °С, ребенок пожаловался на боли в горле. Участковым врачом поставлен диагноз «лакунарная ангина». Назначен амоксициллин per os. Ребенок оставлен дома. Фебрильная температура сохранялась еще три дня. Мать обратила внимание на затруднение носового дыхания, ребенок стал «храпеть» во сне. Вновь обратились к участковому врачу. Ребенок госпитализирован.

При осмотре состояние больной средней тяжести за счет симптомов интоксикации, местных изменений в ротоглотке. Бледная, лицо одутловатое, веки отечные. Рот полуоткрыт. Пальпируются шейные лимфоузлы до 2 см в диаметре, безболезненные, а также мелкие подмышечные и паховые лимфатические узлы до 1–1,5 см в диаметре. При осмотре слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, миндалины III степени, с обеих сторон на миндалинах беловатые наложения, не выходящие за пределы миндалин. Язык обложен беловатым налетом. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень выступает из-под края реберной дуги на 4–3–3 см, пальпируется край селезенки.

В общем анализе крови: эритроциты — $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 120 г/л, лейкоциты — $18,4 \times 10^9/л$, э — 1%, п/я — 1%, с/я — 20%, л — 65%, м — 14%, атипичные мононуклеары — 5%. СОЭ — 23 мм/ч.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Каковы возможные результаты анализов?
4. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?
5. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 193

Девочка 2-х мес. Родилась в срок, на естественном вскармливании. Психическое и физическое развитие соответствует возрасту. У отца

ребенка в последние две недели отмечался кашель. Со слов матери, при нормальной температуре у ребенка появился кашель, который в последующие дни усиливался. Через неделю ребенок был госпитализирован по тяжести состояния с диагнозом «ОРВИ, пневмония».

При поступлении: состояние средней тяжести. Девочка бледная. Кашель приступообразный, сопровождается цианозом лица, иногда с рвотой, отхождением густой, вязкой мокроты. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Сердечные тоны громкие, тахикардия. По внутренним органам — без особенностей.

В конце второй недели заболевания состояние стало тяжелым. Лицо одутловатое, цианоз носогубного треугольника сохранялся постоянно. Кашель усиливался, стал приступообразным до 20–30 раз в сутки с рвотой. Периодически у ребенка отмечалась остановка дыхания, во время которой появился цианоз, несколько раз отмечались судороги. Затем поднялась температура до 38,5 °С, в легких стали выслушиваться влажные мелкопузырчатые хрипы, появилась постоянная одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Сердечные тоны приглушены, ЧСС — до 160 уд./мин. Ребенок стал вялым, временами беспокойным.

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля повышенной пневматизации, большое количество мелкоочаговых теней, особенно в прикорневых и нижних отделах.

Общий анализ крови: эритроциты — $3,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 108 г/л, лейкоциты — $18,2 \times 10^9/л$, цв. п. — 0,87, э — 5%, п/я — 5%, с/я — 19%, л — 61%, м — 10%, СОЭ — 11 мм/час.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Каков предполагаемый источник заболевания?
3. Какие лабораторные исследования необходимы для уточнения этиологии заболевания?
4. Имеются ли осложнения болезни у ребенка?
5. Оцените результаты анализа периферической крови.
6. В каком отделении должен лечиться больной?
7. Назначьте лечение.
8. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания? Какими препаратами?

ЗАДАЧА 194

Ребенок 3-х лет с неотягощенным преморбидным фоном, заболел остро. В течение нескольких часов температура тела достигла 40 °С, появилось затруднение дыхания, боли в горле. При осмотре состояние ребенка тяжелое, ребенок беспокоен, голос не изменен, глотание любой пищи, даже слюны, затруднено, болезненно. Дышит открытым ртом, обильное слюноотделение, инспираторная одышка в покое с втяжением надключичных ямок, при попытке уложить в кровать — усиление одышки. Кожа бледная. При осмотре зева — яркая разлитая гиперемия. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, не спаяны, кожа над ними не изменена. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхания — 60 в мин. Тоны сердца громкие, ритм правильный, ЧСС — 160 уд./мин.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Чем обусловлена тяжесть заболевания?
3. Каков алгоритм оказания неотложной помощи?
4. Особенности транспортировки в стационар.
5. Какова профилактика данного заболевания?

ЗАДАЧА 195

Девочка, 11 лет, больна один год, жалобы на «голодные» боли в эпигастрии, появляются 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 амбулаторной ЭГДС госпитализирована.

У матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца — гастрит, у бабушки по линии матери — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. По характеру интраверт.

Осмотр: масса 34 кг, рост 148 см, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: синдром Менделя положителен в эпигастрии. При поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, также болезненность в точке Дежардена и Мейо-Робсона. Печень не увеличена, без боли. По другим органам — без патологии.

Общий анализ крови: эр — $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв — 128 г/л, цв. п. — 0,91, лейкоц. — $7,2 \times 10^9/л$; э — 3%, п/я — 3%, с/я — 51%, л — 36%, м — 7%, СОЭ — 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, прозрачный; рН — 6,0; относительная плотность мочи — 1017; белок — нет; сахар — нет; эп. кл. — 1–2–3 в п/з; лейкоциты — 2–3 в п/з.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая оболочка с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая оболочка луковицы дуоденум очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8x0,6 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 55x21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки — один мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка — 21 мм (норма — 18), тело — 15 мм (норма — 15), хвост — 22 мм (норма — 18), эхогенность головки и хвоста снижена.

Дыхательный уреазный тест — положительный.

Биопсийный (де-нол) тест на НР-инфекцию — положительный (++)

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Оцените картину УЗИ.
3. Предложите схему лечения данному ребенку.

ЗАДАЧА 196

Девочка, 13 лет, предъявляет жалобы на слабость и быструю утомляемость в течение последней недели; в последние 2 дня сонливость, головокружения, дважды была кратковременная потеря сознания. Всю неделю стул очень темный. В течение 2,5 года беспокоят боли в животе, локализующиеся в эпигастрии и появляющиеся утром натощак, при длительном перерыве в еде, иногда ночью; боли купируются приемом пищи. Эпизоды болевого синдрома по 2–3-й неделе — с частотой 3–4 раза в год, исчезали постепенно самостоятельно. К врачу не обращались. Из диспепсических явлений отрыжка, редко изжога.

Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 2-х месяцев. Учится в спецшколе по 6-дневной неделе, занимается 3 раза в неделю хореографией. Режим дня и питания не соблюдает.

Мать — 36 лет, больна гастритом; отец — 38 лет, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; дед (по матери) — язвенная болезнь желудка.

Осмотр: масса 40 кг, рост 151 см. Ребенок вялый, апатичный, выраженная бледность кожи и слизистых оболочек. Сердце: ЧСС — 116/мин, хлопающий I тон на верхушке и в V точке Боткина, прово-

дится на сосуды шеи (шум «волчка»), АД — 85/50 мм рт. мст. Живот не увеличен, мягкий, умеренная болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии и пилородуоденальной области. Печень не увеличена, симптомы желчного пузыря отрицательные, небольшая болезненность в точках Дежардена и Мейо-Робсона.

Общий анализ крови: эр. — $2,8 \times 10^{12}/л$, Нв — 72 г/л, цв. п. — 0,77, ретикулоциты — 50% — (5%), анизоцитоз, пойкилоцитоз, гематокрит — 29%, лейкоц. — $8,7 \times 10^9/л$, э — 2%, п/я — 6%, с/я — 50%, л — 34%, м — 8%, СОЭ — 12 мм/час, тромбоциты — $390 \times 10^9/л$, время кровотечения по Дюке — 60 сек., время свертывания по Сухареву: начало — 1 минута, конец — 2,5 минуты.

Общий анализ мочи: цвет — сол.-желтый, прозрачность — полная — относительная плотность — 1024, рН — 6,0, белок, сахар — нет, эп. плазм. — немного, лейкоциты — 2–3 в п/з.

Кал на скрытую кровь: реакция Грегерсена — положительная (+++).

Эзофагогастродуоденофиброскопия при поступлении: слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается. В желудке слизистая оболочка пестрая, с плоскими выбуханиями в теле и антральном отделе, очаговая гиперемия и отек в антруме. Луковица средних размеров, выраженный отек и гиперемия. На передней стенке — линейный рубец 0,5 см. На задней стенке — округлая язва 1,5x1,7 см с глубоким дном и выраженным воспалительным валом. Из дна язвы видна поступающая в просвет кишки струйка крови. Произведен местный гемостаз.

Эзофагогастродуоденоскопия через 2 суток: эндоскопическая картина та же, признаков кровотечения из язвы нет. Взята биопсия слизистой оболочки антрального отдела на НР.

Биопсийный тест (де-нол тест) на НР: (+++).

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная, сосуды и протоки не расширены, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь округлой формы (56x27 мм), со стойким перегибом в средней трети, содержимое его гомогенное, стенки не утолщены. Желудок содержит гетерогенное содержимое, стенки утолщены до 3 мм. Поджелудочная железа: головка — 28 мм (норма — 22), тело — 18 мм (норма — 14), хвост — 27 мм (норма — 20), паренхима повышенной эхогенности.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Какую схему лечения вы предлагаете?
3. Какова должна быть тактика наблюдения за больным после выписки из стационара?

ЗАДАЧА 197

Мальчик, 11 лет, предъявляет жалобы на боли в околопупочной области и эпигастрии, появляющиеся через 1,5–2 часа после еды, иногда утром натощак. Отрыжка воздухом, тошнота. Жалобы на боли в животе беспокоят в течение 7 лет, однако обследование и лечение никогда не проводилось.

Ребенок от первой беременности, роды срочные. Находился на естественном вскармливании до 2-х месяцев.

Аллергические реакции на цитрусовые, морковь, яйца — сыпь. Режим дня не соблюдает, часто отмечается сухое дыхание, большие перерывы в еде.

Осмотр: масса 31 кг, рост 137 см. Кожные покровы бледно-розовые, периорбитальный цианоз. Живот не вздут, симптом Менделя (+) в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации — болезненность в эпигастрии и пилорoduоденальной области. Край печени мягко-эластичный, безболезненный. Стул регулярный, один раз в сутки или через день, иногда типа «овечьего».

Общий анализ крови: эр — $4,4 \times 10^{12}/л$, Нв — 132 г/л, цв. п. — 0,9; лейкоц. — $7,3 \times 10^9/л$, э — 4%, п/я — 3%, с/я — 47%, л — 38%, м — 8%, СОЭ — 5 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, рН — 5,5, прозрачность — неполная, относительная плотность мочи — 1019, белок — нет, глюкоза — нет, эп. кл. — единичные клетки в п/з, лейкоциты — 2,3 в п/з, слизь — немного, соли — небольшое количество оксалатов.

Эзофагогастродуоденофиброскопия: слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается. Слизистая оболочка антрального отдела желудка гнездно гиперемирована, отечная, содержит слизь, луковица двенадцатиперстной кишки и постбульбарные отделы не изменены. Взяты два фрагмента биопсии слизистой оболочки антрального отдела на НР.

Биопсийный тест (де-нол тест) на НР — (++).

Дыхательный уреазный тест — положительный.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь грушевидной формы 65x38 мм (норма — 50x30) с перегибом в области шейки, содержит гетерогенное содержимое.

Поджелудочная железа с ровными контурами, обычной эхогенности, не увеличена.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Назначьте лечение данному больному, укажите принципы диспансерного наблюдения.
3. Оцените результаты общего анализа мочи.

ЗАДАЧА 198

Мальчик, 12 лет, в течение последнего года беспокоят боли в подложечной области, возникающие после приема острой, жареной, обильной пищи, газированной воды. Редко боли за грудиной и чувство затруднения при прохождении кусков пищи. Беспокоит изжога, отрыжка. Боли в эпигастрии при длительных перерывах в еде.

Мать ребенка — 38 лет, гастрит; отец — 40 лет, гастродуоденит; бабушка (по матери) — рак пищевода.

Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 5 месяцев. До 4-х лет гастроинтестинальная пищевая аллергия на цитрусовые в виде сыпи. Занимается тяжелой атлетикой — штангой.

Осмотр: масса 50 кг, рост 160 см, кожа, зев, сердце и легкие без патологии. Живот не увеличен, мягкий, при глубокой пальпации под мечевидным отростком появляется изжога и болезненность в пилорoduodenальной области. Печень у края реберной дуги, безболезненная. Стул регулярный, оформленный.

Общий анализ крови: эр — $4,4 \times 10^{12}/л$, Нв — 136 г/л, цв. п. — 0,92, лейкоц. — $7,2 \times 10^9/л$, э — 3%, п/я — 3%, с/я — 54%, л — 32%, м — 8%, СОЭ — 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, прозрачная, рН — 6,0; относительная плотность мочи — 1023; белок — нет, сахар — нет, эп. кл. — небольшое количество, лейкоциты — 1–2 в п/з.

Кал на скрытую кровь — отрицательная реакция.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка 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 оболочка антрального отдела гиперемирована, умеренно отечна. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарных отделов не изменена.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная. Желчный пузырь 52x30 мм, содержимое его гомогенное, толщина стенки 1 мм. Поджелудочная железа не увеличена, с ровными контурами, эхогенность нормальная.

Биопсийный тест (де-нол тест) на НР-инфекцию — (+++).

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте комплексную терапию данному больному.
3. Какие режимные моменты следует соблюдать ребенку?
4. Следует ли ребенку продолжать занятия тяжелой атлетикой?
5. Требуется ли контроль ЭГДС и в какие сроки?

ЗАДАЧА 199

Мальчик 2-х лет. В течение 6 месяцев у ребенка разжиженный, учащенный, со слизью, до 5–6 раз в день стул, в последние 2 месяца в кале появились прожилки крови, редко — сгустки крови, за последние 3 недели примесь крови в кале стала постоянной. Беспокоят боли в животе, часто перед дефекацией, снижение аппетита, похудание, субфебрильная температура. Амбулаторное лечение курсами антибиотиков, бактериофагом и пробиотиками — без стойкого эффекта.

Ребенок доношенный, один в семье, на естественном вскармливании до 6 месяцев. С одного года атопический дерматит, гастроинтестинальная пищевая аллергия на морковь, цитрусовые, белок коровьего молока.

Мать — 27 лет, здорова; отец — 32 года, здоров; бабушка (по матери) — гастрит, колит, лактазная недостаточность.

Осмотр: масса 11,5 кг, рост 85 см. Бледность кожных покровов и слизистых оболочек, на коже лица и голени участки гиперемии, расчесов, корочек. Сердце: ЧСС — 116 в мин., тоны звучные, мягкий систолический шум в V т. Боткина, не связанный с тоном, экстракардиально не проводится. Живот вздут, болезненный при пальпации поперечно-ободочной кишки, петли сигмы и слепой кишки спазмированы. Печень +1,5; +2 см; плотновата, симптомы Мерфи, Кера — положительные.

Общий анализ крови: эр — $3,7 \times 10^{12}/л$, Нв — 96 г/л, цв. п. — 0,8, ретикулоциты — 18%, лейкоц. — $12,0 \times 10^9/л$, э — 5%, п/я — 7%, с/я — 43%, л — 36%, м — 9%, СОЭ — 18 мм/час, тромбоциты — $330 \times 10^9/л$.

Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, прозрачная, рН — 5,5; относительная плотность мочи — 1018, белок — нет, сахар — нет, лейкоц. — 2–3 в п/з, эр. — нет.

Копрограмма: кал полужидкой консистенции, коричневого цвета с вкраплениями крови, мышечные волокна в умеренном количестве, нейтральный жир — нет, жирные кислоты — немного, крахмал внеклеточный — довольно много. Резко положительная реакция Грегерсена, лейкоц. — 12–15–30 в п/з, эр. — 30–40–50 в п/з, слизь — много.

Колонофиброскопия: осмотрены ободочная и 30 см подвздошной кишки. Слизистая оболочка подвздошной кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, отечная, со смазанным сосудистым рисунком, множественными кровоизлияниями, линейными язвами до 0,6 см на стенках восходящей и поперечной отделов кишок. Выражена контактная кровоточивость. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, выражена контактная кровоточивость. Биопсия.

Гистология фрагментов слизистой оболочки ободочной кишки: интенсивная лимфоретикулярная и эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки и подслизистого слоя с лейкостазами, уменьшение в эпителии крипт бокаловидных клеток, криптогенные абсцессы.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите основные принципы лечения.

ЗАДАЧА 200

Девочка, 12 лет, предъявляет жалобы на боли в животе тупые, ноющего характера, возникающие через 30–45 минут после приема пищи, а также слабость, быструю утомляемость, частые головные боли. Впервые вышеперечисленные жалобы появились 6 месяцев назад, однако обследование и лечение не проводилось.

Ребенок от первой, нормально протекающей беременности, срочных родов. С 10 лет находится на диспансерном учете у невропатолога по поводу вегето-сосудистой дистонии. Мать — 40 лет, страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; отец — 42 года, хронический гастродуоденит.

Осмотр: масса 31 кг, рост 137 см. Кожные покровы бледные, умеренной влажности. Живот не увеличен. При поверхностной и глубокой пальпации в правом подреберье отмечается напряжение мышц и болезненность, а также болезненность в эпигастрии. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, край печени мягкий, эластичный, безболезненный. Симптом Ортнера-Грекова — (+). Со стороны легких и сердца — без патологии. Стул регулярный, оформленный, иногда осветленный.

Общий анализ крови: эр — $4,6 \times 10^{12}/л$, Нв — 130 г/л, цв. п. — 0,93, лейкоц. — $7,0 \times 10^9/л$, э — 2%, п/я — 2%, с/я — 66%, л — 25%, м — 5%, СОЭ — 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная, относительная плотность мочи — 1020, белок — нет, сахар — нет, лейкоц. — 1–2 в п/з, эр. — 0–1 в п/з, слизь — немного, солей нет, бактерий нет.

Копрограмма: цвет — коричневый, оформленный, рН — 7,3, мышечные волокна — в небольшом количестве — крахмал внутриклеточный — немного, йодофильная флора — незначительное количество, растительная клетчатка — умеренное количество, слизь — немного, лейкоциты — 1–2 в п/з.

Амилаза 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 (норма — 75×30 мм), стенки не утолщены. Холедох — до 3,5 мм

(норма — 4 мм), стенки не утолщены. После желчегонного завтрака желчный пузырь сократился на 10%.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите отягчающие факторы заболевания.
3. Назначьте лечение данному ребенку.
4. Тактика наблюдения за больным после выписки из стационара.

ЗАДАЧА 201

Мальчик, 12 лет, предъявляет жалобы на острую боль в животе, локализирующуюся в правом подреберье, иррадиирующую в правую лопатку и поясничную область, тошноту и многократную рвоту съеденной пищей.

Боль в животе появилась через 15 минут после завтрака, состоящего из бутерброда с маслом, яйца, кофе. Подобный приступ наблюдался 7 месяцев назад. Стул периодически обесцвечен.

Ребенок от 1-й беременности, срочных родов; масса при рождении 3500 г, длина 55 см. Естественное вскармливание до 9 месяцев.

Мать страдает желчнокаменной болезнью (проведена холецистэктомия); отец — хроническим гастродуоденитом; бабушка (по матери) — калькулезным холециститом.

Осмотр: ребенок повышенного питания. Кожа слегка желтушного оттенка, склеры субиктеричны. Органы дыхания и сердечно-сосудистой системы без патологии. При поверхностной пальпации живота отмечается ригидность мышц правой половины живота, болезненность. Пальпируется край печени. Пузырные симптомы: Мерфи — (+), Ортнера — (+), Френikus — (+).

Общий анализ крови: эр — $4 \times 10^{12}/л$, Нв — 130 г/л, цв. п. — 0,95, лейк. — $10 \times 10^9/л$, э — 2%, п/я — 7%, с/я — 62%, л — 24%, м — 5%, СОЭ — 15 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, относительная плотность мочи — 1025, белок — нет, сахар — нет, лейкоц. — 2–3 в п/з, эр. — нет, желчные пигменты — (+++).

Биохимический анализ крови: общий белок — 75 г/л, альбумины — 55%, глобулины: альфа1- — 3%, альфа2- — 12%,

бета- — 12%, гамма- — 18%; АлАТ — 50 Ед/л, АсАТ — 60 Ед/л, ЩФ — 160 Ед/л (норма 70–140), амилаза — 80 Ед/л (норма 10–120), тимоловая проба — 5 ед., билирубин — 32 мкмоль/л, из них прямой — 12 мкмоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: печень — контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь: стенки до 6 мм (норма — 2), в области шейки определяется гиперэхогенное образование размерами до 10–12 мм, дающее акустическую тень. Поджелудочная железа: гетерогенная эхогенность, головка — 19 мм (норма — 18), тело — 15 мм (норма — 15), хвост — 20 мм (норма — 18), гиперэхогенные включения.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Какой фактор спровоцировал заболевание у ребенка?
3. Какова информативность УЗИ в постановке диагноза?
4. Укажите методы лечения.

ЗАДАЧА 202

Девочка, 5 лет, с первого года жизни страдает запорами, стул в последний год через 4–5 дней, преимущественно после очистительной клизмы, самостоятельная дефекация редко, затрудненная, неполная. В течение 6 месяцев энкопрез.

Ребенок доношенный, второй в семье, искусственное вскармливание с 2,5 месяца, наблюдалась у невропатолога с диагнозом синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости.

В 3 года перенесла кишечную инфекцию неясной этиологии. Матери 38 лет, страдает запорами. Отец — 40 лет, здоров; старший брат — 13 лет, здоров.

Осмотр: масса 16 кг, рост 105 см, кожа бледно-розовая, синева под глазами, живот вздут, болезненный по ходу ободочной кишки, сигма расширена, уплотнена, каловые камни. Печень +1, 1,5 см ниже края реберной дуги, слабо положительные пузырьные симптомы. По другим органам — без изменений.

Общий анализ крови: эр — $4,0 \times 10^{12}/л$, Нв — 118 г/л, цв. п. — 0,89, лейкоц. — $6,2 \times 10^9/л$, э — 4%, п/я — 3%, с/я — 47%, л — 40%, м — 6%, СОЭ — 11 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, прозрачная, относительная плотность мочи — 1018, белок — нет, сахар — нет, эп. пл. — небольшое количество, эр. — нет, слизь — немного.

Копрограмма: цвет темно-коричневый, оформленный; мышечные волокна — в небольшом количестве; крахмал внутриклеточный и внеклеточный — много, йодофильная флора — значительное количество, растительная клетчатка неперевариваемая — немного, слизь — много, лейкоц. — 1–2 в п/з.

Ирригография: толстая кишка гипотонична, сигмовидная — значительно удлинена, расширена. Прямая кишка широкого диаметра, гипотонична, при осмотре — выделение небольшой порции бария из ануса. Опорожнение из кишки неполное, рисунок слизистой оболочки толстой кишки перестроен, сглажен, гаустрация в дистальном отделе толстой кишки выражена слабо.

ЗАДАНИЕ

1. О какой патологии можно думать?
2. Энкопрез первичный или вторичный?
3. План лечения.

ЗАДАЧА 203

Мальчик, 9 лет. В течение 1,5 года у ребенка повторные приступы боли в околопупочной области и левом подреберье, иррадирующие иногда в спину или имеющие опоясывающий характер. Боли сопровождаются многократной рвотой. Приступы провоцируются обильной пищей, «праздничным» столом. Последний приступ был в течение 2-х дней перед госпитализацией. Стул неустойчивый, часто разжижен и обильный.

Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 8 месяцев. Аллергоанамнез неотягощен. Прививки по возрасту. Мать — 34 года, гастрит, бабушка (по матери) — холецистопанкреатит, сахарный диабет.

Осмотр: масса 26 кг, рост 136 см. Кожа бледно-розовая, чистая. Сердце — тоны звучные, ясные, ЧСС — 92 в мин., АД — 95/60 мм рт. ст.,

дыхание переходное, без хрипов. Живот вздут в верхней половине, при глубокой пальпации болезненный в эпигастрии, в зоне Шоффара, точках Дежардена, Мейо-Робсона. Печень у края реберной дуги, симптомы желчного пузыря слабо положительные.

Общий анализ крови: эр — $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв — 124 г/л, цв. п. — 0,88, лейкоц. — $6,6 \times 10^9/л$, э — 3%, п/я — 4%, с/я — 51%, л — 36%, м — 6%, СОЭ — 12 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — сол.-желтый, прозрачная, относительная плотность мочи — 1021, белок — нет, сахар — нет, лейкоц. — 2–3 в п/з, эр. — нет.

Амилаза мочи: 128 ед. (норма 32–64).

УЗИ органов брюшной полости: печень — не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная, сосуды печени не расширены. Желчный пузырь: 58x35 мм (норма — не больше 50x30), перегиб в области шейки, стенки не утолщены, содержимое его гомогенное. Поджелудочная железа: головка — 22 мм (норма — 16), тело — 18 мм (норма — 14), хвост — 26 мм (норма — 18), имеются гиперэхогенные включения, несколько уплотнена капсула поджелудочной железы.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Какова причина заболевания в данном случае?
3. План лечения данного ребенка.
4. Тактика наблюдения за больным после выписки из стационара.

ЗАДАЧА 204

Мальчик, 11 лет, болен первые сутки. Накануне в школе во время перемены получил удар ногой в живот, появились резкие, схваткообразные боли в животе, иррадиирующие в спину, ночью многократная рвота, тошнота. Диагноз острого живота был снят хирургами, переведен в гастроэнтерологическое отделение.

Ребенок один в семье, доношенный, рос и развивался по возрасту, прививки сделаны все, аллергоанамнез не отягощен.

Семейный анамнез: родители здоровы, дедушка (по матери) умер от опухоли прямой кишки.

Осмотр: ребенок беспокойный, лежит с согнутыми ногами. Кожа бледная, серовато-цианотичная. Сердце — тоны звучные, ЧСС — 100 уд./мин, АД — 95/60 мм рт. ст., живот умеренно вздут, болезненный вокруг пупка, в точках Дежардена, Мейо-Робсона, зоне Шоффара, в эпигастрии. Печень безболезненная, не увеличена.

Общий анализ крови: эр. — $4,1 \times 10^{12}/л$, Нв — 125 г/л, цв. п. — 0,9, лейкоц. — $9,8 \times 10^9/л$, э — 3%, п/я — 5%, с/я — 63%, л — 21%, м — 8%, СОЭ — 13 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачная, относительная плотность мочи — 1023, белок — нет, сахар — нет, лейкоц. — 2–3 в п/з, эр. — нет, соли — немного, оксалаты.

Амилаза мочи: 256 ед. (норма 32–64).

УЗИ органов брюшной полости: печень — не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная, сосуды печени не расширены. Желчный пузырь грушевидной формы 53x22 мм, перегиб средней трети тела, содержимое его гомогенное. Желудок — гомогенное содержимое, стенки не утолщены. Поджелудочная железа: головка — 29 мм (норма — 18), тело — 21 мм (норма — 15), хвост — 28 мм (норма — 19), эхогенность снижена.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. Какие причины привели к развитию болезни?
4. План лечения данного ребенка.

ЗАДАЧА 205

Девочка, 12 лет, предъявляет жалобы на боли в животе в течение 2-х лет, колющего характера, локализующиеся в левом подреберье и эпигастрии, возникающие через 10–15 минут после еды. Диету и режим питания не соблюдает.

Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 9 месяцев. У матери — хронический гастрит; у отца — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у бабушки (по матери) — гастрит.

Осмотр: кожа чистая, бледно-розовая. Живот не увеличен, при поверхностной и глубокой пальпации в эпигастрии и пилородуоде-

нальной области отмечается напряжение мышц и болезненность, также болезненность в т. Мейо-Робсона. Печень у края реберной дуги, по другим органам без патологии.

Общий анализ крови: эр. — $4,0 \times 10^{12}/л$, Нв — 130 г/л, цв. п. — 0,9, лейкоц. — $6,0 \times 10^9/л$, э — 0%, п/я — 2%, с/я — 62%, л — 29%, м — 7%, СОЭ — 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — сол.-желтый, прозрачная, относительная плотность мочи — 1020, белок — нет, сахар — нет, эп. Клетки — небольшое количество, лейкоц. — 2–3 в п/з, эр. — нет.

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

УЗИ органов брюшной полости: печень — не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная. Желчный пузырь овальной формы 50x19 мм. Поджелудочная железа: головка — 18 мм (норма — 18), тело — 16 мм (норма — 14), хвост — 20 мм (норма — 14), паренхима гомогенная.

Дыхательный уреазный тест: положительный.

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

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Назовите путь передачи хеликобактерной инфекции.
3. Современные принципы лечения данного заболевания.

ЗАДАЧА 206

Девочка, 9 лет, осмотрена педиатром по поводу субфебрилитета и боли в животе.

Анамнез заболевания: 3 месяца назад стала жаловаться на боли в животе умеренной интенсивности, довольно продолжительные, локализующиеся вокруг пупка, не связанные с едой. Девочка стала раздражительной, ночью скрипит зубами. Примерно 2,5 месяца назад у нее появились непродуктивный кашель, преимущественно

по ночам, субфебрилитет. Кашель был расценен как проявление фарингита, который самостоятельно купирован через 2 недели.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился от второй, нормальной протекавшей беременности, вторых срочных родов. Раннее развитие без особенностей, привита по возрасту. Летом жила у бабушки в деревне.

Осмотр: девочка правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы очень сухие, бледные, периорбитальный цианоз. В углах рта — заеды. Видимые слизистые оболочки чистые. Катаральных явлений нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: эр. — $3,0 \times 10^{12}/л$, Нв — 130 г/л, цв. п. — 0,9, лейкоц. — $7,5 \times 10^9/л$, э — 7%, п/я — 2%, с/я — 56%, л — 25%, м — 10%, СОЭ — 11 мм/час.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования ребенка.
3. Назначьте лечение.
4. Обоснуйте патогенез кашля у данного ребенка.

ЗАДАЧА 207

Ребенок, 1,5 года, поступил в больницу с жалобами на отсутствие аппетита, прибавки массы, обильный стул.

Анамнез жизни: ребенок от 3-й беременности, 3-х родов (первый 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 кашей с 5 месяцев. Рос и развивался хорошо. В возрасте 1 года вес 10500 г, рост 75 см. К этому времени хорошо ходил, самостоятельно пил из чашки.

Анамнез болезни: в первый год жизни ребенок перенес сальмонеллезную инфекцию, лечился в стационаре. Через месяц после

выписки из стационара вновь ухудшение состояния: разжижение стула, вялость. Бактериологическое исследование дало отрицательные результаты. С этого времени ребенок стал беспокойным, агрессивным, плаксивым, отказывался от еды, потерял в массе. Стул участился до 10–12 раз, стал обильным, жирным. Ребенок перестал ходить, сидеть.

При поступлении в стационар состояние тяжелое. Вес 9,5 кг, рост 80 см, тургор тканей снижен. Кожные покровы бледные, сухие. Волосы сухие, тусклые. Умеренно выраженная отечность на голенях, передней брюшной стенке, рахитоподобные изменения костей, карпопедальный спазм. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. ЧСС — 120 уд./мин. Живот увеличен в размере, мягкий, при пальпации болезненный. Печень +2 см ниже из-под реберного края. Стул 10 раз в сутки, обильный, зловонный, пенистый, с жирным блеском. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: эр. — $3,6 \times 10^{12}/л$, Нв — 112 г/л, цв. п. — 0,9, лейкоц. — $4,3 \times 10^9/л$, э — 1%, п/я — 4%, с/я — 64%, л — 27%, м — 4%, СОЭ — 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, реакция — кислая, эпителий — единичный, лейкоц. — 1–2 в п/з, эр. — нет.

Копрограмма: форма — кашицеобразная, цвет — желтый, слизь и кровь — отсутствуют, мышечные волокна — немного, нейтральные жиры — единичные, жирные кислоты — много, крахмал — много.

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

Анализ кала на дисбактериоз: общее количество кишечной палочки — 3×10^8 (норма — 3×10^8 – 4×10^8), кокковая флора — 10% (норма — до 25%), бифидобактерии — 10^2 (норма — более 10^7).

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 оболочка сглажена, атрофична, умеренно выраженная поперечная исчерченность складок. Взята биопсия.

Гистологическое исследование слизистой оболочки тощей кишки: атрофические изменения слизистой оболочки в виде полного исчез-

новения ворсин, увеличение глубины крипт, межэпителиальных складок.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения основного диагноза?
3. Какие исследования подтвердят сопутствующую патологию?
4. Назначьте питание ребенку.

ЗАДАЧА 208

Виталий К., 8 лет, заболел остро сегодня вечером. Повысилась температура до 38 °С, появились боли в животе. Однократно была рвота, жидкий стул со слизью. Бригадой «скорой помощи» доставлен в инфекционное отделение с подозрением на дизентерию. При осмотре — вынужденное положение больного на правом боку с подтянутыми к животу ногами, страдальческое выражение лица. Кожа бледная, язык сухой, обложен густым налетом, легкая гиперемия зева. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца отчетливые. При пальпации живота определяется болезненность, напряжение мышц брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Стул в приемном покое — жидкий, с примесью слизи.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Ваша врачебная тактика.

ЗАДАЧА 209

Девочка Л., 5 лет, гуляла с матерью в лесу. Жевала какую-то траву. Через 20 мин. появилось возбуждение, которое в дальнейшем нарастало. Через час нарушилась координация движений (в виде пьяной походки), появились зрительные и слуховые галлюцинации. Через 1,5 ч. девочка была доставлена в больницу.

При поступлении крайне беспокойна, мечется, кричит, температура тела 37,8 °С, сухость кожи и слизистых оболочек, гипе-

ремия лица, тела, инъекция склер, расширение зрачков, отсутствие реакции на свет. В легких — жесткое дыхание, ЧД — 40 в 1 мин. Границы сердца не изменены, тоны сердца усилены, ритмичны, ЧСС — 160 в 1 мин. Артериальное давление — 110/80, живот мягкий, безболезненный.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Ваша терапевтическая тактика на госпитальном этапе.

ЗАДАЧА 210

Ребенок А., 11 мес., поступил в гепатитное отделение из соматического отделения, где лечился по поводу правосторонней очаговой пневмонии и была выявлена активность ферментов: АЛТ — 114 Ед/л, АСТ — 102 Ед/л. Ребенок от первой беременности, беременность протекала с угрозой выкидыша во второй половине. Роды срочные, родился мальчик массой 3300 г, длиной 50 см, по шкале Апгар оценен на 7/8 баллов. Период новорожденности протекал нормально, привит по возрасту, от гепатита В не вакцинирован. Наблюдался невропатологом с диагнозом «миотонический синдром». Переносил ОРВИ 3 раза, перинатальный анамнез спокоен.

Объективно: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Ребенок самостоятельно не ходит, предпочитает ползать. Неврологический статус в норме. Кожа и слизистые оболочки физиологической окраски, родничок закрыт, лимфоузлы единичные, не увеличены. По органам данные без патологии. Печень выступает на 0,5 см и безболезненна, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме.

Анализ крови: эр. — $3,6 \times 10^{12}/л$, Нв — 116 г/л, цв. п. — 0,9, лейкоц. — $6,6 \times 10^9/л$, э — 4%, п — 2%, с — 18%, л — 71%, м — 5%, СОЭ — 6 мм/ч.

Анализ мочи: белок — отр., относительная плотность мочи — 1017, эпителий единичный, лейкоц. — 1–2 в п/з, эр. — не обн.

Копрограмма: мышечные волокна единичные, неперивариваемая клетчатка —+, жирные кислоты —+, лейкоциты — 0–1 в п/з, яйца глистов — не выявлены.

Биохимический анализ крови: билирубин — 9,5 мкмоль/л, тимоловая проба — 1,4 ед, АЛТ — 104 Ед/л, АСТ — 87 Ед/л, щелочная фосфатаза — 215 ед/л, холестерин — 3,06 ммоль/л, сахар — 4,6 ммоль/л.

Протеинограмма: общий белок — 80,4 г/л, альфа1- — 6,0, альфа2- — 13,5, бета- — 12,6, гамма- — 16,0.

ИФА: HbsAg-, HbeAg-, аНВс IgM-, аНВс IgG-, аНВе-, аHbs-, аНАV IgM-, аНСV-, аHDV IgM-. ДНК HBV, РНК HCV не выявлены.

Toxo IgM-, Toxo IgG-; CMV IgM-, CMV IgG-; Herpes 1,2 IgM-, IgG-VCA IgM EBV-, EA EBV-, NA EBV IgG-; Rubella IgM-, IgG-Chl. pn. IgM-, IgG-; antiHIV-.

После трехмесячного пребывания в стационаре и отсутствия гиперферментемии мать отказывается от дальнейшего стационарного лечения и выписывается на диспансерное наблюдение. В процессе диспансеризации в течение 9 месяцев активность АЛТ в пределах 104–188 Ед/л, уровень АСТ — 88–154 Ед/л. В возрасте 1 г. 11 мес. мальчика повторно госпитализируют в стационар. При осмотре лечащий врач впервые обнаруживает затруднение при подъеме по лестнице, возникающую при этом слабость и утомляемость, «утиную» походку, гипертрофию икроножных мышц, мышцы при пальпации плотные и безболезненные. У матери ребенка маркеры гепатитов не выявлены.

ЗАДАНИЕ

1. Каков ваш предварительный диагноз? Определите спектр исследований.
2. Предложите вашу версию клинического диагноза. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

ЗАДАЧА 211

На консультативный прием обратились родители ребенка 2,5 месяца жизни с жалобами на запоры и затяжную желтуху. При этом общее самочувствие ребенка не страдает, сон не нарушен, аппетит хороший, прибавка в весе за первый месяц составила +600,0 г, за второй — +850,0. Неврологически здоров, данные нейросонографии без патологии. Показатель общего билирубина в 2 месяца — 38,5 мкмоль/л, АЛТ — 27 Ед/л, АСТ — 34 Ед/л.

При осмотре отмечается субиктеричное окрашивание склер, кожа бледная. Лимфоузлы в пределах нормы, по органам — без особенностей, печень у края реберной дуги, мальчик крупного телосложения, впрочем, как и родители. Наследственность не отягощена. Ребенок родился в сроке 42 недели. У женщины отмечалась гипертония 1 ст., прибавка в весе за период беременности составила +15 кг, была фетоплацентарная недостаточность, гестоз легкой ст. в 3-м триместре беременности, отеки ног, эутиреоз; получала L-тироксин — 25 мкг/сутки, йодомарин — 200 мкг/сутки в течение 3 месяцев. Супруги до настоящей беременности лечили хламидиоз. Мальчик родился путем кесарева сечения, весом 4600,0 г, длиной 56 см. Оценка по Апгар 6/8 баллов. Вскармливание грудное. Стул был регулярным первый месяц жизни, затем отмечена склонность к запору.

ЗАДАНИЕ

Поставьте клинический диагноз и предложите план наблюдения.

ЗАДАЧА 212

Девочка А., 4 года, страдает аллергической сыпью 1,5 месяца. Дерматолог назначил стандартное обследование и лечение, а именно: фенистил на 10 дней и энтеросорбент на 5 дней. Однако аллергия не исчезала, сыпь периодически появлялась по типу рецидивирующей крапивницы, а на месте высыпаний оставались элементы, напоминающие экзему. Отмечался зуд кожи, при осмотре выявлены расчесы на конечностях. Чесотка исключена. До проявлений кожной аллергии у девочки была ОРВИ легкой степени, которую лечили симптоматически. В анамнезе: у младшей сестры были выявлены и пролечены респираторный хламидиоз и активная цитомегаловирусная инфекция.

При осмотре больной кожа сухая, имеются расчесы на конечностях, очаги лихенизации диаметром один см. Подколенные и локтевые ямки чистые. Отмечается симптом «грязных колен». Лимфоузлы заднешейные увеличены до 1 см, множественные, безболезненные. По органам — без патологии, печень выступает из-под края реберной дуги справа на +1,5 см. Зев спокоен,

язык обложен грязноватым налетом. Общий анализ мочи — без патологии.

Общий анализ крови: Нв — 137 г/л, СОЭ — 20 мм/ч, лейкоц. — $6,2 \times 10^9$ /л, э — 5%, п — 2%, с — 59%, л — 30%, м — 4%.

Кал на яйца глистов — отрицательный.

Соскоб с перианальных складок — отрицательный.

УЗИ органов брюшной полости: умеренные диффузные изменения в печени, функциональный перегиб желчного пузыря.

Осмотр ЛОР — без патологии.

ИФА-метод:

Антитела: Лямблии IgM-, IgG-

Описторхисы IgG-

Токсокары -

Аскариды IgM-, IgG-

Chl.pn IgM-, IgG 1/40

CMV IgG 1/25600, IgM-

HSV IgG-, IgM-

TOXO IgM+, IgG-

HBsAg-, aHCV-

VCA EBV IgM-, EA-, NA IgG-

Дополнительно из анамнеза: в семью взяли котенка за 3 месяца до болезни девочки. При повторном осмотре на спине у девочки обнаружены свежие элементы пятнисто-папулезной сыпи в виде очагов крапивницы диаметром 1,5 см.

ЗАДАНИЕ

Поставьте клинический диагноз.

ЗАДАЧА 213

Девочка, 12 лет. Заболела остро в октябре, отмечала слабость, тошноту, боль в правом подреберье, на третий день была однократная рвота и появилась темная окраска мочи. На четвертый день появились желтушность склер, а в конце дня — иктеричность кожи. Госпитализирована в инфекционное отделение с диагнозом «гепатит».

При осмотре состояние средней тяжести, кожа чистая, желтушная с зудом, склеры иктеричные, периферические лимфатические узлы

не увеличены, по органам — без патологии, печень — +2,5+3,0 см, плотная, селезенка не увеличена. Моча темно-коричневая, стул осветлен. С третьего дня болезни периодически наблюдается сыпь по телу типа «крапивницы». Результаты обследования на 5 день болезни:

Общий анализ крови: Нв — 132 г/л, лейкоциты — $4,2 \times 10^9$ /л, э — 12%, п — 1%, с — 41%, л — 40%, м — 6%, СОЭ — 7 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1020, белок — отр., лейкоц. — 0–2 в п/з, эр. — 0–1 в п/з, цвет — темно-коричневый.

Копрограмма: непер. клетчатка — ++, крахмал — +, лейкоциты — 0–2 в п/з, слизь — +, яйца глистов — не обнаружены.

Биохимический анализ крови: общий билирубин — 167,8 мкмоль/л, прямой билирубин — 97,5, непрямой билирубин — 70,3; тимоловая проба — 8,6 ед, холестерин — 7,2 ммоль/л (N6,01), β-липопротеиды — 47 ммоль/л (N — 32 ммоль/л), ЩФ — 630 ед/л (N — 350 ед./л), АЛТ — 368 Ед/л, АСТ — 274 Ед/л, гамма-глутаматтранспептидаза (ГГТП) — 156 ед/л (N — 120 ед/л).

ИФА: Описторхисы — отр., aHAV IgM+, IgG 1/800

Лямблии — отр., HbsAg-, HbeAg-, aHbcor IgM-, IgG-, aHBe-, aHBs+, HCV-. Токсокары — отр.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте клинический диагноз, обоснуйте его, дайте трактовку маркёров ИФА.
2. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 214

Девочке 1 год 1 месяц. У матери во время беременности были обнаружены маркёры aHCV+, уровень АЛТ и АСТ оставался в пределах нормы. Ребенок родился массой 3200 г, масса в 12 месяцев 10,7 кг. Жалоб нет. Кожа чистая. Лимфатические узлы не увеличены. По органам — без патологии. Печень выступает из-под края реберной дуги на +2,0 — +3,0 см, плотная, селезенка не увеличена. Прививки до одного года проведены по плану.

Динамическое наблюдение за ребенком по анализам

	<i>Род- дом</i>	<i>1 мес.</i>	<i>3 мес.</i>	<i>5 мес.</i>	<i>8 мес.</i>	<i>9 мес.</i>	<i>11 мес.</i>	<i>12 мес.</i>	<i>13 мес.</i>
Общий белок	80,5	17,8	18,4	15,5	15,9	-	-	14,6	15,4
АЛТ	18	22	68	98	68	42	78	92	78
АСТ	24	26	54	76	48	34	58	72	54
aHCV	+				+	+		+	+
aHCV core IgM	Не делали				+			+	+
aHCV core IgG	+				+	+		+	+
aHCVNS3					+	+			
aHCVNS4					-	+			
aHCVNS5					-	-			

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его. Какие стадии заболевания вы наблюдаете?
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Подлежит диспансерному наблюдению или нет?

ЗАДАЧА 215

Глеб, 9 лет. У мальчика при плановом обследовании обнаружена высокая активность трансаминаз, сохраняющаяся более 7 месяцев. Анамнез болезни: ребенку в возрасте трех лет были проведены операция по удалению нейробластомы средостения, лучевая и химиотерапия, гемотрансфузии. Спустя год после операции выявлены маркеры гепатита на фоне нормального уровня «печеночных проб»: HBsAg+, антиHBc IgG+, антиHBe+. По опухолевому процессу отмечалось 5 лет ремиссии. При контрольном исследовании через 5 лет

впервые обнаружено повышение показателей трансаминаз более «шести норм», в динамике со снижением значений до «трех норм» и в дальнейшем без всяких признаков нормализации. Признаков желтухи не зафиксировано. При осмотре пальпируется печень плотно-эластичной консистенции, с гладкой поверхностью, выступающая ниже края реберной дуги на +4+4+6 см, селезенка не увеличена, отеков и кровотечений нет. Проведено обследование на маркёры гепатитов: антиНАУ IgM-, антиHAV IgG 1/800.

HBsAg+, HBeAg+, антиHBc IgM+, антиHBc IgG+, антиHBe+, antiHBs-антиHCV-, антиHCV core IgM-, антиHCV core IgG-, антиHCV NS3,4,5-HDV RNA-, HBV DNA+, HGV RNA-, HCV RNA-.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз. Какова причина реактивации хронического гепатита? Дайте трактовку серологическим маркёрам.
2. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 216

Молодому человеку 17 лет, с 13 лет вводил внутривенно наркотики. Со слов больного, гепатитом не болел, желтухи никогда не было. Обследовался на ВИЧ — антитела не выявлены. Дважды лечился от наркомании. Усилием воли 11 месяцев назад прекратил вводить наркотики, но пришлось снимать «привыкание» приемом алкоголя, 6 месяцев назад перестал пить

алкогольсодержащие жидкости и решил обследоваться на гепатиты. В биохимическом анализе крови показатели общего билирубина достигали уровня 48,5 мкмоль/л (N — до 20,5 мкмоль/л), АЛТ — 78 Ед/л (N — до 40 ед/л), щелочная фосфатаза — 144 ед/л (N — до 80 ед/л), гамма-глутаматтранспептидаза (ГГТП) — 92 ед/л (N — до 60 ед/л). Результаты серологического профиля крови на маркёры гепатитов следующие: антиHAV IgM 1/100, антиHAV IgG 1/800

HBs-, HBe-, антиHBe+, антиHBs+, антиHBc IgM-, антиHBc IgG+
антиHCV+, антиHCV IgM-, антиHCVcore IgG+, антиHCV NS3+,
NS4+, NS5+
RNA HDV-
RNA HGV+

DNA HBV-

RNA HCV+, 1b генотип, вирусная нагрузка $1,89 \times 10^7$ c/ml

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 217

Больному 16 лет, заболел остро, с проявлениями желтухи в мае 2003 года. Лечился и обследовался в инфекционном отделении ЦРБ в течение 2,5 месяца. Показатели билирубина и щелочной фосфатазы нормализовались, уровень трансаминаз волнообразно колебался до степени «1,5–3 нормы», значение тимоловой пробы сохранялось в пределах 8 единиц. Через 4 месяца от начала болезни повторно был обследован методом ИФА:

Антитела к лямблиям — отр. Антитела к описторхам — отр.; антиHAV IgM+, антиHAV IgG+; антиHCV-; HBs-, HBe-, aHraHBs+, антиHBe-, антиHBc total-, антиHIV-.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте клинический диагноз. Каковы ваши рекомендации по обследованию, если это необходимо?
2. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 218

Ребенку 1,8 года, усыновлен, в возрасте 2,5 месяца после затяжной желтухи выявлена активность ферментов, более 12 месяцев сохраняется гиперферментемия без тенденции к нормализации. Больной наблюдается с диагнозом хронический криптогенный гепатит. Привит вакцинами БЦЖ и двукратно от гепатита В. Неоднократно обследован на маркеры гепатитов:

антиHAV IgG-

антиHCV сумм.-

HBs-, HBe-, антиHBe-, aHraHBs+, антиHBc сум.-

антиHIV-

антиHSV IgG-
антиCMV IgM-, антиCMV IgG 1/800, авидность 97%
VCA EBV IgM-, NA EBV IgG-
HSV VI типа — отр.

УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения в печени, реактивный панкреатит. Объективно: голова гидроцефальной формы, задержка психоречевого и моторного развития, икроножные мышцы уплотнены и увеличены в объеме. Лимфатические узлы единичные шейные до 5 мм, затылочные — до 3 мм, легкие и сердце без патологии. Печень выступает на + 0,5см ниже реберной дуги, селезенка не увеличена.

ЗАДАНИЕ

Какое заболевание можно подозревать и какой план обследования необходимо предложить?

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

ЗАДАЧА 219

При плановом динамическом обследовании у больной Д., 15 лет, состоящей на «Д» учете с диагнозом «муковисцидоз, смешанная форма», по результатам биохимического анализа крови выявлено повышение уровня глюкозы до 12,6 ммоль/л. При осмотре девочка предъявляет жалобы на тягу к сладкому. Масса 45 кг, рост 164 см. Кожные покровы физиологической влажности, чистые, на щеках румянец. Дыхание везикулярное, проводится по всем полям. Живот увеличен в размерах, печень выступает на 5 см из-под края реберной дуги. Стул учащенный, неоформленный, с частицами непереваренной пищи.

ЗАДАНИЕ

Определите тактику врача-педиатра.

ЗАДАЧА 220

Девочка, 11 лет, масса 37 кг, рост 108 см. При осмотре обращает внимание клинодактилия, низкий рост волос, бочкообразная грудная клетка. АД на верхних конечностях 137/95 мм рт. ст. справа, 130/90 мм рт. ст. слева, на нижних конечностях АД не определяется.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите объем обследования.

ЗАДАЧА 221

Девочка 2-х мес., по результатам неонатального скрининга на врожденный гипотиреоз выявлен повышенный уровень ТТГ до 78 мМЕд/л. По результатам ре-теста ТТГ в сыворотке крови 8

мМЕд/л, сТ4. 18 пмоль/л. Ребенок на грудном вскармливании. При осмотре: физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Щитовидная железа 0 степени. Клинически — эутиреоз. Наследственность по эндокринной патологии неотягощена.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 222

Мальчик, 15 лет, при профилактическом осмотре в школе выявлено двухстороннее увеличение грудных желез. Масса 65 кг, рост юноши 179 см. При осмотре наружных гениталий установлены уменьшенные размеры пениса, половое оволосение отсутствует, продольный размер тестикул 2,0 см, гонады плотные.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите тактику врача.

ЗАДАЧА 223

При выполнении вызова на дому у подростка 14 лет, страдающего сахарным диабетом в течение 5 лет, педиатр обратил внимание на запах ацетона изо рта, диабетический румянец. При пальпации живота отмечается умеренная болезненность, печень +3 см из-под края реберной дуги. Температура 36,8 °С. Со слов мальчика, после употребления несвежей колбасы в течение 2-х последних дней у него появились боли в животе, жидкий стул. Дневник самоконтроля мальчик не ведет, в памяти глюкометра измерения за последние 3 дня отсутствуют, визуальных тест-полосок для определения ацетона в моче у мальчика нет.

ЗАДАНИЕ

- Определите тактику врача-педиатра.

ЗАДАЧА 224

Девочка, 3 года, поступила в клинику с жалобами на жажду, учащенное мочеиспускание, слабость, рвоту. Болея около 3-х недель, начало заболевания родители связывают с перенесенной респираторной вирусной инфекцией. При осмотре: девочка вялая, заторможенная, глаза закрыты, на вопросы не отвечает. Масса 13 кг, рост 89 см. Кожные покровы и слизистые оболочки сухие, питание пониженное, мышечная гипотония, запах ацетона изо рта. В легких перкуторно легочный звук, дыхание жесткое, ЧД — 30 в 1 мин., тоны сердца ритмичные, умеренно приглушенные, ЧСС — 100 уд. в 1 мин., АД — 80/45 мм рт. ст. Живот несколько вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Менингеальные симптомы отрицательные.

Сахар крови — 20 ммоль/л, в анализе мочи: сахар — 5%, резко положительная реакция на ацетон, рН крови — 7,2.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите, куда следует госпитализировать девочку.
3. С чего следует начать неотложную помощь.

ЗАДАЧА 225

Вызов педиатра на дом. Мальчик 5 лет, болен сахарным диабетом 2 года. Накануне чувствовал себя удовлетворительно. Получает инсулин Протафан (утром 4 ед., в 22 часа 4 ед.), Актрапид (перед завтраком 4 ед., перед обедом 4 ед., перед ужином 2 ед.). Утром отказался от завтрака, инъекция инсулина перед завтраком поставлена. В 10 часов утра состояние внезапно ухудшилось: появились бледность, потливость кожи, тремор рук, затем потерял сознание, начались клонико-тонические судороги.

При осмотре: сознание отсутствует, кожа влажная, мышечный тонус повышен, тризм жевательных мышц. ЧСС — 125 в мин., АД — 90/60 мм рт. ст., тоны сердца ритмичные, четкие. Дыхание ровное, ритмичное, ЧД — 28 в 1 мин., запаха ацетона нет. Менингеальные симптомы отсутствуют.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Ваши действия.
3. Неотложные мероприятия.

ЗАДАЧА 226

Мальчик, 15 лет, обратился к участковому педиатру с жалобами на жажду (выпивает до 4 литров воды в сутки), частое обильное мочеиспускание, снижение массы тела, повышенную утомляемость. Температура тела — 36,8 °С.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Ваша тактика.

ЗАДАЧА 227

Мальчик, 14,6 года, обратился к врачу с жалобами на выраженную утомляемость, мышечную слабость, особенно к концу дня, временами головокружение, головную боль. Аппетит снижен, иногда отмечается тошнота, боль в эпигастрии, не связанная с характером принимаемой пищи. Стул нерегулярный, со склонностью к поносам. За время болезни похудел на 3 кг.

При осмотре: масса 26 кг, рост 132 см. Кожные покровы суховаты, отмечается тотальная гиперпигментация кожных покровов. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны ритмичные, несколько ослаблены, пульс — 88 в мин., АД — 85/50 мм рт. ст., живот мягкий, болезненный в надчревной области, печень не увеличена. Продольный размер гонад — 1,8 см, половое оволосение отсутствует.

Со слов матери, у младшего сына (4 года) аналогичные пятна на коже передней брюшной стенки.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Ваша тактика.

ЗАДАЧА 228

Мальчик, 2 мес., поступил в стационар с жалобами родителей на отказ от еды, рвоту, жидкий стул, резкую вялость. Впервые перенес кишечную инфекцию в 2 месяца, которая протекала тяжело. В последующем еще один раз лечился в инфекционной больнице по поводу кишечной инфекции неясной этиологии. Характерно, что заболевание протекало всегда на фоне нормальной температуры.

Из анамнеза известно, что ребенок от 3-й беременности, 3-х родов, первые два мальчика умерли от кишечной инфекции в возрасте 1-го и 2-х месяцев.

Объективно: выраженные симптомы дегидратации, кожные покровы гиперпигментированы, тургор тканей резко снижен, выраженная мышечная гипотония. Со стороны легких, сердца патологических симптомов не выявлено. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке не определяются.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Ваши мероприятия.

ЗАДАЧА 229

Больной К., 11 лет, состоит на «Д» учете у эндокринолога и педиатра с диагнозом «врожденная дисфункция коры надпочечников, сольтеряющая форма». Получает терапию глюкокортикоидами (Кортеф) и минералокортикоидами (Кортинефф). Обратился на прием к педиатру с жалобами на насморк, кашель, повышение температуры тела до 38,2 °С. Болен первые сутки.

ЗАДАНИЕ

1. Ваши мероприятия относительно лечения ОРВИ.
2. Ваши действия для профилактики острой надпочечниковой недостаточности.

ЗАДАЧА 230

Девочка, 10 месяцев, выписана из стационара с диагнозом «сахарный диабет I типа, впервые выявленный, стадия компенсации». Ребенок на интенсифицированной помповой терапии, получает грудное вскармливание. На момент осмотра самочувствие удовлетворительное, показатели уровня глюкозы крови натощак 6,8–8,1 ммоль/л. Из анамнеза известно, что ребенку не проведена ревакцинация АКДС.

ЗАДАНИЕ

1. Решите вопрос о вакцинации больной сахарным диабетом I типа, стадии компенсации.

ЗАДАЧА 231

Девочка, возраст 1,5 месяца, по результатам скрининга на врожденный гипотиреоз показатель ТТГ — 157 мМЕд/л, по ре-тесту — 150 мМЕд/л, сТ4–5,2 пмоль/л. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей благополучно, срочных родов. Масса при рождении 4200 г, длина 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Ребенок на грудном вскармливании. При осмотре: телосложение правильное, пропорциональное. Кожа чистая, физиологической влажности. Большой родничок 2,2х3,1 см. Тоны сердца ритмичные, ЧСС — 93 в 1 минуту. Запоров нет.

ЗАДАНИЕ

1. Ваши мероприятия.

ЗАДАЧА 232

На профосмотре в школе у девочки 14 лет выявлено увеличение щитовидной железы I степени. По результатам УЗИ: объем щитовидной железы увеличен до 13,8 см³, структура однородная, изоэхогенная, региональные лимфатические не визуализируются. При осмотре: рост 162 см, масса 54 кг. Телосложение правильное, про-

порциональное. Кожа физиологической окраски, нормальной влажности. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС — 78 в 1 мин. АД — 115/80 мм рт. ст. Половое развитие $\text{Ma}_4\text{Pu}_4\text{Ax}_4\text{Me}_2$. Успеваемость в школе удовлетворительная.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте лечение

ЗАДАЧА 233

На профилактическом осмотре у педиатра в детской поликлинике находится мать с ребенком в возрасте 8 месяцев. Жалоб в момент осмотра нет, мать нуждается в совете по питанию ребенка.

Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с гестозом первой половины. Роды срочные. Масса при рождении 3200 г, длина 50 см, оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Ребенок приложен к груди в первые 30 минут после рождения. Выписан из роддома в удовлетворительном состоянии на пятые сутки после вакцинации БЦЖ. Период новорожденности протекал без особенностей. Привит по календарному плану. С 5 месяцев получает адаптированную смесь «Нан».

Объективно: состояние удовлетворительное. Фактическая масса 8700 г, длина 69 см. Нервно-психическое развитие: ребенок самостоятельно садится, встает у опоры, ходит, держась за нее, громко произносит различные слоги. Кожа розовая, чистая, эластичная; слизистые оболочки чистые, розового цвета. Подкожно-жировой слой развит достаточно, распределен равномерно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тургор мягких тканей упругий. Голова, грудная клетка правильной формы. Большой родничок 0,8x0,8 см, края плотные. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные, сердцебиение ритмичное. ЧСС — 125 в 1 минуту. Живот овальной формы, не вздут, пальпация живота безболезненна. Печень выступает на 0,5 см из-под правого края реберной дуги, эластичная. Селезенка не пальпируется. Стул желтого цвета, гомогенный, без патологических примесей, 2 раза в сутки. Диурез адекватен возрасту.

Общий анализ крови: эр. — $4,1 \times 10^{12}/л$, Нв — 125 г/л, цв. пок. — 1,0, лейкоц. — $7,8 \times 10^9/л$, п — 1%, с — 24%, л — 68%, м — 6%, СОЭ — 4 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1015, белок — нет, глюкоза — нет, лейкоциты — 1–2 в п/з, эритроциты — 0–1 в п/з.

Копрограмма: оформлен, светло-коричневого цвета, гомогенной консистенции, запах обычный, нейтр. Жир — +, непер. клетчатка — +, йодоф. бак. +, лейкоциты — 0–1 в п/з, эритроциты — 0–1 в п/з.

ЗАДАНИЕ

1. Определить группу здоровья ребенка, учитывая данные физического и нервно-психического развития.
2. Назначить индивидуальное питание ребенку на один день.
3. Какие витамины нужно назначить ребенку с профилактической целью?

ЗАДАЧА 234

На профилактический прием к врачу-педиатру обратилась мать с ребенком в возрасте 5 месяцев. Жалобы отсутствуют.

Из анамнеза известно, что ребенок от второй беременности, вторых родов. Беременность протекала в зимне-весенний период, во втором триместре женщина перенесла ОРВИ. В течение всей беременности отмечалась угроза невынашивания, хроническая фетоплацентарная недостаточность. Роды без особенностей. Масса при рождении 3200 г, длина 52 см, оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Ребенок приложен к груди через 12 часов после рождения. Выписан из роддома на седьмые сутки с диагнозом «хроническая внутриутробная гипоксия». До 3-х месяцев на естественном вскармливании, затем был переведен на искусственное, в качестве молочной смеси использовали кефир. Ребенок состоит на учете у невропатолога с диагнозом «перинатальное поражение ЦНС постгипоксического генеза, гипертензионный синдром». С 3-х месяцев в питании используются пищевые добавки — сок и фруктовый пюре. В настоящее время ребенок получает кефир с молочной кухни.

Объективно: состояние удовлетворительное. Фактическая масса 7000 г, длина 62 см. Нервно-психическое развитие: ребенок переворачивается только со спины на живот. Эмоциональная реакция, развитие слухового и зрительного анализатора соответствуют возрасту. Кожа бледная, чистая. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно, распределен равномерно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тургор мягких тканей дрябловат. Голова

неправильной формы: уплощение затылочной области, теменные бугры, большой родничок 1,5x1,5 см, края податливы. Грудная клетка цилиндрической формы, пальпируются реберные «четки». Форма верхних и нижних конечностей, лучезапястных и голеностопных суставов не изменена. Отмечается мышечная гипотония. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные, ритм правильный, функциональный шум. Живот овальной формы, умеренно вздут, при пальпации безболезненный. Печень выступает на 1,0 см из-под края правой реберной дуги, эластичная. Селезенка не пальпируется. Стул гомогенный, без патологических примесей, 2 раза в сутки. Диурез адекватен возрасту.

Общий анализ крови: эр. — $3,9 \times 10^{12}/л$, Нв — 125 г/л, цв. пок. — 0,9, лейкоц. — $8,7 \times 10^9/л$, э — 2%, п — 1%, с — 38%, л — 55,5, м — 4%, СОЭ — 4 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1012, белок — нет, сахар — нет, лейкоц. — 0–1 в п/з, эр. — 0–1 в п/з, эпителий — 0–1 в п/з.

Копрограмма: жирн. кисл. — +, лейкоц. — 0–1 в п/з, эпителий — 0–1 в п/з.

ЗАДАНИЕ

1. С каким диагнозом должен наблюдаться ребенок?
2. Какие данные анамнеза послужили развитию гиповитаминоза Д?
3. Оценить данные физического и нервно-психического развития ребенка.
4. Назначить оптимальный режим и индивидуальное питание ребенку на один день.
5. Назначить витамин Д.

ЗАДАЧА 235

Мальчик, 8 лет, в школе получил удар ногой в живот. Бригада скорой медицинской помощи прибыла через 20 минут от момента травмы. Общее состояние ребенка тяжелое. В сознании, но заторможен. Кожные покровы бледные. Дыхание учащено до 34 в мин. Пульс — 140 в мин. АД — 70/20 мм рт. ст. Аускультативная симптоматика без особенностей. Живот при пальпации несколько напряжен, выраженная болезненность в правом подреберье. Моча светлая.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите необходимые мероприятия неотложной медицинской помощи ребенку.
3. Определите дальнейшую тактику в отношении больного.

ЗАДАЧА 236

Вызов бригады скорой медицинской помощи к ребенку 12 месяцев в связи с повышением температуры. Болен первые сутки. Заболевание началось с катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей. Контакты с инфекционными больными родители отрицают. Нарушения стула и мочеиспускания не было. Однократно получил $\frac{1}{2}$ таблетки парацетамола из-за повышения температуры до 38,6 °С.

Осмотр врача бригады скорой медицинской помощи: общее состояние удовлетворительное, в контакт вступает легко. Эмоциональный тонус положительный. Играет. Кожные покровы влажные, свободные от высыпаний. Гиперемия щек, зева и задней стенки глотки. Дыхание через нос несколько затруднено. При аускультации легких дыхание пуэрильное, прослушиваются проводные хрипы в небольшом количестве. ЧД — 35 в мин. Изменения перкуторных границ относительной сердечной тупости нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС — 140 уд. в 1 мин. АД — 80/40 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, увеличения печени и селезенки нет. Стул не изменен. Мочеиспускание было около часа назад. Моча светлая.

Менингеальные знаки отрицательные: симптомы Брудзинского, Кернига, Гордона отсутствуют. Асимметрии рефлексов нет.

Температура — 39,0 °С. ЭКГ: синусовая тахикардия. Пульсоксиметрия — 98%.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Каковы клинические риски изменения состояния ребенка?
3. Укажите алгоритм мероприятий неотложной медицинской помощи.

ЗАДАЧА 237

Вызов врача неотложной помощи на дом к девочкам 8 и 10 лет. Жалобы на повышение температуры тела, жидкий стул, появление «пузырей» на коже. Появление элементов на коже отмечено сегодня днем в течение 30–40 мин. с последующим увеличением размеров за счет образования водянистых пузырей. Выяснено, что дети находились в детском летнем оздоровительном учреждении и в связи с заболеванием привезены домой. Непосредственно перед данным заболеванием дети ходили купаться и гуляли среди высокой травы.

При осмотре общее состояние средней тяжести. Температура тела у обеих больных около 37,2 °С. На коже кистей рук, лице, верхней половины грудной клетки и на ногах — многочисленные, различных размеров и формы уртикарные элементы, наполненные водянистым содержимым желтого цвета, окруженные венчиком гиперемии. Катаральных явлений нет. Дыхание при выслушивании легких везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Пульс — 80–90 уд. в 1 мин. АД — 95/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул разжиженный, желтого цвета.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Каковы мероприятия неотложной медицинской помощи?
3. Дальнейшая тактика.

ЗАДАЧА 238

Девочке четырех с половиной месяцев с неотягощенным анамнезом сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС + полиомиелит. Предыдущую прививку АКДС + полиомиелит (в 3 месяца) перенесла хорошо. На второй день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38 °С, беспокойство, появление гиперемии и уплотнения в месте введения вакцины. Расценивая указанные симптомы как осложнение после прививки, она обвинила врача и медсестру в «непрофессионализме».

При осмотре: температура тела 37,8 °С. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины — инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отек мягких тканей диаметром 3 см.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз.
2. Какие лечебные мероприятия следует провести?
3. Нуждается ли ребенок в осмотре врачами-специалистами?
4. Как объяснить матери данную ситуацию?

ЗАДАЧА 239

Девочка шести лет росла и развивалась соответственно возрасту. Из перенесенных заболеваний: ветряная оспа, ОРВИ — 3–4 раза в год.

Восемь дней назад в детском саду ей была сделана ревакцинация против кори. Вечером того же дня родители с ребенком посетили цирк. На следующий день — температура до 37,5 °С, появились кашель и заложенность носа. Участковый педиатр диагностировал ОРВИ и назначил симптоматическую терапию. На четвертый день девочка выписана в детский сад.

На двенадцатый день после прививки вновь повысилась температура до 38,5 °С, появились заложенность носа, покашливание, боли в горле и зудящая сыпь.

При осмотре на дому: умеренно выраженные симптомы интоксикации, легкая гиперемия конъюнктивы. На коже лица, туловища и конечностей — несливающаяся пятнисто-папулезная сыпь. На месте введения вакцины — уплотнение до одного см в диаметре. Зев гиперемирован. Миндалины рыхлые, отечные с наложениями желтого цвета. Увеличение шейных и подчелюстных лимфоузлов. Физикально со стороны легких и сердца — без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень ниже правого края реберной дуги на 1 см.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз.
2. Оцените течение поствакцинального периода.
3. Следует ли подать экстренное извещение в СЭС?

4. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 240

Вызов к мальчику 2-х лет с жалобами на повышение температуры до 37,3 °С и припухлость около левого уха. Ребенку 9 дней назад сделана прививка против паротита, за месяц до нее переболел ОРВИ.

Из анамнеза известно, что на первом году жизни у ребенка отмечались симптомы атопического дерматита. Прививали по индивидуальному календарю. Прививки АКДС, против полиомиелита и кори перенес нормально. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Зев умеренно гиперемирован. Лимфоузлы не увеличены. Припухлость околоушной железы слева с утолщением кожной складки над ней. По внутренним органам — без патологии. Менингеальные симптомы не выявляются.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз.
2. Следует ли подать экстренное извещение в СЭС?
3. Необходим ли осмотр оториноларинголога?
4. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 241

Врачу передан первичный патронаж к новорожденному ребенку. Дородовый патронаж не проводился, так как мать проживала по другому адресу.

Мальчику восемь дней. Родился от молодых родителей, страдающих миопией. Беременность первая, протекала с гестозом в первой и второй половине (рвота, нефропатия). Ребенок от срочных родов, наблюдалось тугое обвитие пуповины вокруг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 5/8 баллов. Масса 3690 г, длина 52 см. Желтушное окрашивание кожи появилось в начале вторых суток.

Группа крови матери и ребенка O (I), Rh+, концентрация билирубина в сыворотке крови на второй день жизни: непрямой — 280 мкмоль/л, прямой — 3,4 мкмоль/л. Проба Кумбса — отрицательная.

Лечение: 25% раствор магнезии в/в, бифидумбактерин, оксигенотерапия. К груди приложен на вторые сутки, сосал неактивно, обильно срыгивал. При осмотре: мать жалуется на недостаток молока. Докармливает Энфамилом. Выписан из роддома на седьмые сутки с потерей массы 350 г.

Ребенок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор подбородка. Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония. Кожа и склеры субиктеричные. Слизистые оболочки чистые. Пупочная ранка под геморагической корочкой, сухая, чистая. Большой родничок 3,5х3,5 см, не выбухает. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Перкуторно — звук легочный. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень ниже правого края реберной дуги на 1,5 см, селезенка — у края реберной дуги. Стул разжиженный, 3 раза в сутки, с небольшой примесью слизи. Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке.

ЗАДАНИЕ

1. Предполагаемый диагноз.
2. Определите группу здоровья.
3. Как протекает период адаптации?
4. Имело ли смысл проводить фототерапию данному ребенку в роддоме?
5. Какие советы вы должны дать матери ребенка?

ЗАДАЧА 242

Мать с девочкой 3-х месяцев пришла на профилактический прием к участковому педиатру. Жалоб нет.

Ребенок от третьей беременности, протекавшей с анемией, гестозом первой половины, ОРВИ в третьем триместре. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей (мальчик 1,5 года и девочка 4 года). Девочка родилась в срок, массой 3050 г, длиной 52 см. Период новорожденности без особенностей. На естественном вскармливании до одного месяца, далее — смесь «Агу». Прибавка в массе за 3 месяца — 2100 г. В возрасте 2,5 месяца перенесла ОРВИ. Лечилась симптоматически на дому.

При осмотре: ребенок удовлетворительного питания. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, бледная, сухая. Слизистые оболочки бледные, чистые. Лимфоузлы всех групп в пределах возрастной нормы. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 2 см ниже правого края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета. Диурез нормальный.

Общий анализ мочи: рН — слабо кислая, белок — 0,033%, лейкоциты — 1–3 в п/з.

Общий анализ крови: эр. — $3,7 \times 10^{12}/л$, Нв — 95 г/л, цв. п. — 0,85, лейкоц. — $8,5 \times 10^9/л$, э — 3%, п/я — 2%, с/я — 33%, л — 58%, м — 4%, СОЭ — 6 мм/час, гипохромия — ++, анизоцитоз — +, пойкилоцитоз — +.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз.
2. Какие факторы риска способствовали развитию данного состояния?
3. Какие исследования необходимо провести педиатру для уточнения диагноза?
4. Нуждается ли ребенок в лечении?
- 5.

ЗАДАЧА 243

Мать с мальчиком пяти месяцев пришла на очередной профилактический прием к педиатру для решения вопроса о проведении вакцинации.

Ребенок от четвертой беременности, протекавшей на фоне гестоза в первом триместре. Роды в срок, со стимуляцией. Родился массой 3600 г, длиной 53 см. Закричал сразу. Естественное вскармливание до 2-х месяцев, затем — смесь «Агу». Профилактика рахита проводилась масляным раствором витамина с двух месяцев в течение 1,5 месяца нерегулярно. В 3 месяца сделана первая прививка АКДС + полиомиелит, реакции на прививку не наблюдалось. В 4 месяца на прием к врачу не явились.

В течение последних двух месяцев мать обращает внимание на то, что ребенок стал сильно потеть, вздрагивает во сне.

При осмотре: масса 7200 г, длина 64 см. Обращает внимание уплощение и облысение затылка, податливость костей черепа по ходу стреловидного и лямбдовидного швов, размягчение краев большого родничка. Нижняя апертура грудной клетки развернута, заметна Гаррисонова борозда, пальпируются реберные «четки». Большой родничок 4х4 см. Мышечная гипотония, плохо опирается на ноги. В естественных складках кожи необильные элементы потницы. Слизистые оболочки чистые. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС — 120 уд. в 1 мин. Живот большой, распластаный, безболезненный. Печень ниже края правой реберной дуги на 2,5 см, селезенка выступает на 0,5 см. Стул кашицеобразный, 2–3 раза в день.

ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите факторы, которые могли привести к данному состоянию.
3. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 244

Участковый педиатр пришел на первый патронаж к новорожденной девочке восьми дней. Ребенок от второй беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в первом триместре, гестоза во второй половине (рвота, анорексия, повышение артериального давления до 140/90 мм рт. ст), по поводу чего беременная была госпитализирована. Предыдущая беременность закончилась выкидышем. Роды в срок, масса 3200 г, длина 50 см. Закричала сразу, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложена на следующие сутки, сосала активно. Выписана из роддома на шестые сутки в удовлетворительном состоянии.

Отец страдает мочекаменной болезнью, у сестры матери — пиелонефрит, нефроптоз, у бабушки по отцовской линии — подагра.

При осмотре: ребенок удовлетворительного питания. Обращают внимание признаки соединительнотканной дисплазии: птоз век, гипертелоризм, деформация ушных раковин, неполная синдактилия II и III пальцев стоп, пупочная грыжа. Кожа и слизистые оболочки

чистые. Пупочная ранка чистая, эпителизируется. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС — 120 уд. в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает ниже правого края реберной дуги на 2 см, селезенка не пальпируется. Стул 3 раза в день, кашицеобразный.

ЗАДАНИЕ

1. Оцените состояние ребенка на момент патронажа.
2. Назовите группу здоровья.
3. Перечислите факторы риска.
4. Как часто следует осматривать ребенка?
5. Необходимы ли дополнительные обследования и в какие сроки?
6. В консультациях каких специалистов ребенок нуждается?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

НЕОНАТОЛОГИЯ

К задаче 1

1. Диагноз: поздний неонатальный сепсис, гнойный омфалит, флегмона ягодичной области слева.
2. Биохимия крови: АСТ, АЛТ, билирубин и фракции, белок, мочевины, С-реактивный белок, К, Na, Ca. Гемостазиограмма, КОС, РСТ-тест (маркер сепсиса), R-графия органов грудной клетки и брюшной полости, тазобедренных суставов. Бактериологический посев крови.
3. Лечение.

Антибактериальная терапия (стартовая терапия — ампициллин 25 мг/кг+ гентамицин 4 мг/кг).

Поддержание и коррекция нормального биоценоза — лактобактерин (1–2 дозы 3 раза в сутки).

Дезинтоксикационная терапия (по показаниям фуросемид 1 мг/кг в/в медленно).

Инфузионная терапия (5%—10% р-р глюкозы, по показаниям 0,9% NaCl, 10% р-р CaCl, 25% р-р MgSO₄), по показаниям гепарин. Иммуноглобулины (пентаглобин 3–5 мл/кг/сут. однократно либо цитотект/неоцитотект, если обнаружена ЦМВ-инфекция) по показаниям.

Так как у ребенка обнаружена флегмона ягодичной области, необходимо совместно с детским хирургом произвести вскрытие гнояника, провести местную антибактериальную терапию либо дренирование в первые трое суток.

К задаче 2

1. Диагноз: гемолитическая болезнь новорожденных по системе АВО, средней степени тяжести, желтушно-анемическая форма.
2. Биохимический анализ: билирубин с фракциями; сахар; АСТ, АЛТ.

Общий анализ крови: контроль уровня гемоглобина, эритроцитов, гематокрита, почасовой прирост билирубина. Определить иммуноглобулины в сыворотке крови новорожденного (JgM, JgG, JgA). Проба Кумбса. Анализ мочи.

3. Дифференциальный диагноз: Гипербилирубинемии, обусловленные первичным нарушением экскреции конъюгированного билирубина (механические желтухи). Гипербилирубинемия, обусловленная сочетанным нарушением функции гепатоцитов (печеночные желтухи).

Гипербилирубинемии на фоне гемолитических анемий. Билирубиновая энцефалопатия и ядерная желтуха.

К задаче 3

1. Диагноз: гемолитическая болезнь новорожденных по системе Rh-фактор, средней степени тяжести, желтушная форма.
2. Биохимический анализ: билирубин с фракциями, сахар, АСТ, АЛТ. Общий анализ мочи: контроль уровня гемоглобина, эритроцитов, гематокрита. Почасовой прирост билирубина. Определить иммуноглобулины в сыворотке крови новорожденного (JgM, JgG, JgA). Проба Кумбса. Анализ мочи.
3. Дифференциальный диагноз: гипербилирубинемии, обусловленные первичным нарушением экскреции конъюгированного билирубина (механические желтухи); гипербилирубинемия, обусловленная сочетанным нарушением функции гепатоцитов (печеночные желтухи): врожденные инфекционные гепатиты, сепсис; наследственные гепатиты: муковисцидоз, галактоземия; гипербилирубинемии на фоне других гемолитических желтух (врожденная микросфероцитарная анемия Минковского-Шоффара, недостаточность фермента глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, полицитемическая и др.); билирубиновая энцефалопатия и ядерная желтуха.
4. Диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими гемолитическую болезнь новорожденных, осуществляет педиатр совместно с неврологом, окулистом, отоларингологом. Частота профилактических осмотров педиатром на первом году жизни составляет 2 раза в месяц, на втором — 1 раз в месяц и на треть-

ем — 1 раз в 3 мес. В течение 3-х месяцев после рождения необходимо ежемесячное исследование крови (содержание в крови гемоглобина, эритроцитов, ретикулоцитов). Профилактика анемии. Профилактические прививки по показаниям и после консультации иммунолога.

К задаче 4

1. Диагноз: неонатальная желтуха, вирусный гепатит, синдром цитолиза, синдром холестаза.
2. Симптомы: интоксикация; гепатоспленомегалия; ахоличный стул; темная моча; иктеричность кожных покровов.
3. Лабораторные данные:
 - гипербилирубинемия (общий билирубин — 171 ммоль/л, преимущественно прямой билирубин — 121,02 мкмоль/л, повышение ферментов печени — АСТ и АЛТ, снижение коэффицента де Риттиса);
 - реакция на желчные пигменты в моче положительная;
 - отсутствие стеркобилина в кале.

К задаче 5

1. Диагноз: асфиксия тяжелой степени в родах, аспирация околоплодными водами.
2. Ни в коем случае ребенка не стимулируют тактильно, иначе он может дальше аспирировать околоплодные воды. Санация верхних дыхательных путей.
Прикрепить пульсоксиметр и измерять сатурацию, кислород можно подать через Неорафф/мешок Амбу. Если через 30 сек. после проведенных мероприятий ЧСС повышается, сатурация растет, окраска кожи улучшается, то ребенок переводится в РАО для дальнейшего лечения и наблюдения.
Если после данных мероприятий ЧСС не повышается, необходимо начать непрямой массаж сердца. И каждые 30 секунд оценивать динамику. Если после данных мероприятий улучшения нет, то применить ППСОПА и вновь оценить через 30 секунд. Если через 30 секунд нет улучшения, необходимо

применить медикаментозное воздействие: адреналин в дозировке 0,1–0,3 мл/кг в/в, либо 0,5–1,0 мл/кг эндотрахеально (в случае отсутствия венозного доступа) ввести можно до 3–5 раз каждые 5–10 минут, восполнение ОЦК физиологический раствор (0,9% NaCl) в дозе 10 мл/кг.

К задаче 6

1. Диагноз: врожденная пневмония (?); дыхательная недостаточность 2–3 ст.; недоношенность — 36 недель.
2. Рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости (для определения очага в легких, выявление причин ДН). Биохимический анализ крови. КОС. Общий анализ крови (реакцию крови, ответ на воспаление). Бактериальное исследование крови (выявление возбудителя). Посев крови на стерильность (определение чувствительности к антибиотикам). Общий анализ мочи.
У матери: посев крови на стерильность, вирусологическое исследование (у матери возможна респираторная вирусная инфекция).
3. Кислородная терапия (носовые канюли, кислород в кювез, кислородная палатка).
Антибиотикотерапия (стартовая терапия: ампициллин — 25 мг/кг/сут. + гентамицин 4 мг/кг/сут. в/в за 30 мин.).
Инфузионная терапия (5% глюкоза, по показаниям 0,9% NaCl, 10% CaCl, 25% MgSO₄).
Иммуноглобулины (пентаглобин 3–5 мл/кг/сут. однократно или цитотект/неоцитотект, если обнаружена ЦМВ-инфекция) по показаниям. Ребенка перевести в специализированное отделение.

К задаче 7

1. Диагноз: поздний неонатальный сепсис; омфалит, осложненный флебитом вен.
2. Интоксикационный синдром (повышение температуры до 38°C, СОЭ — 18 мм/час); неврологическая симптоматика (беспокой-

ство, вялость, однократная рвота, отказ от груди); анемический синдром (гемоглобин — 103 г/л, эритроциты — $3,26 \times 10^{12}$ /л). Посев крови: патогенный стрептококк, чувствительный к амоксициклаву, цефуросиму).

3. Направления лечения:

Антибактериальная терапия с учетом чувствительности микроорганизма (эдицин — 10 мг/кг).

Дезинтоксикационная терапия (по показаниям фуросемид — 1 мг/кг в/в, медленно).

Поддержание и коррекция нормального биоценоза, так как проводится антибактериальная терапия — лактобактерин 2–3 дозы 3 раза в сутки.

Инфузионная терапия (5% глюкоза, по показаниям 0,9% NaCl, 10% CaCl, 25% MgSO₄).

Иммуноглобулины (пентаглобин 3–5 мл/кг/сут. однократно либо цитотект/неоцитотект, если обнаружена ЦМВ-инфекция) по показаниям.

К задаче 8

1. Диагноз: поздний неонатальный сепсис, омфалит.
2. Тактика: направление на госпитализацию в специализированное отделение, детскую больницу. В стационаре будет проведено полное медицинское обследование и оказана необходимая помощь.

К задаче 9

1. Диагноз: пограничное состояние; транзиторная гипертермия (?); нарушение терморегуляции у новорожденного, неуточненное.
2. Терапевтическая тактика при высокой лихорадке сводится к физическому охлаждению ребенка (его оставляют свободным от пеленок), назначению дополнительного количества жидкости (5% раствор глюкозы до 50–100 мл внутрь); снизить температуру воздуха в палате (для здоровых доношенных новорожденных) до 24°; изменить расположение кроватки ребенка подальше от батарей отопления и от прямых солнечных лучей.

3. Расчет грудного молока для новорожденного на 4-й день жизни: по формуле Финкельштейна: $n \cdot 80 = \text{сут. кол-во}$. Коэффициент 80 взят, так как ребенок родился массой более 3200 г, n -дни жизни: $4 \times 80 = 320$ — это суточный объем.
4. Ребенок будет кормиться 8 раз в сутки, каждые 3 часа (либо по требованию)
5. $320/8 = 45$ мл — разовый объем кормления.

К задаче 10

1. Диагноз: половой криз, транзиторный катар кишечника, физиологическая убыль массы тела, милиа.
2. Нагрубание молочных желез — это одно из транзиторных состояний, связанных с изменениями гормонального баланса. Надавливать на молочные железы, для того чтобы выделить секрет, не стоит, так как есть риск инфицирования. Наложить стерильную сухую салфетку. Соблюдать туалет новорожденного. Консультация хирурга не требуется, так как данное состояние пройдет самостоятельно к 7–10 дню.
3. Изменения стула связаны с транзиторными изменениями в кишечнике. Экстренная коррекция не требуется.
4. В общем анализе крови можно отметить лейкопению, так как к 3–4 дню жизни у ребенка должно быть не менее $7,9 \times 10^9/\text{л}$. Уровень эритроцитов, гемоглобина, ЦП, эозинофилов, p/α сегментов, лимфоцитов, моноцитов и СОЭ в норме.

К задаче 11

1. Транзиторная гипербилирубинемия. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза (благоприятное течение беременности и родов, появление иктеричности кожных покровов на 3 сутки жизни, отсутствие данных за возможный резус-конфликт или конфликт по системе АВО); объективного статуса: на 4-й день жизни состояние удовлетворительное, отсутствует гепатоспленомегалия, а также прочие показатели в норме; данных лабораторных исследований — общий анализ крови и общий анализ мочи в пределах возрастной нормы, в биохимии

мическом анализе крови уровень непрямого билирубина 140 мкмоль/л, что является допустимым на 4-й день жизни у доношенных новорожденных, прямой билирубин отсутствует.

2. Показатели общего анализа крови — в пределах возрастной нормы.
3. Показатели общего анализа мочи — в пределах возрастной нормы.
4. Показатели биохимического анализа крови: уровень непрямого билирубина — 140 мкмоль/л и отсутствие прямой фракции является допустимым для 4-го дня жизни, в норме — до 171 мкмоль/л. Остальные показатели в норме. Такое повышение уровня непрямого билирубина обусловлено рядом факторов: укороченной продолжительностью жизни эритроцитов из-за преобладания эритроцитов с фетальным гемоглобином выраженного неэффективного эритропоэза. Повышенного образования билирубина в катаболическую фазу обмена из неэритроцитарных источников гема (миоглобин, печеночный цитохром и др.). Сниженным захватом непрямого билирубина гепатоцитами. Низкой способностью к глюкуронированию билирубина из-за низкой активности глюкуронилтрансферазы и уридиндифосфоглюкозодегидрогеназы в основном по причине угнетения их гормонами матери. Сниженной способностью к экскреции билирубина из гепатоцита. Повышенным поступлением непрямого билирубина из кишечника.
5. Желтуха у данного ребенка является физиологической, лечения не требует.
6. При наличии достаточной лактации у матери (не указано в условии задачи) этому ребенку показано грудное вскармливание.
7. Прогноз благоприятный, физиологическая желтуха угасает уже к концу первой недели жизни и не наносит вреда здоровью ребенка.

К задаче 12

1. Гемолитическая болезнь новорожденных (конфликт по системе АВО), анемическая форма, течение средней тяжести.
Диагноз поставлен на основании: данных анамнеза: группа крови матери 0 (I), резус-отрицательная, группа крови отца — А (II),

резус-отрицательная. ГБН по системе АВО возникает у новорожденных, рожденных от матерей с первой группой крови, иктеричность кожи и склер в первые сутки жизни ребенка, усиление желтухи на вторые сутки (появление в первые сутки жизни — признак патологической гипербилирубинемии). Данных объективного обследования — тяжелое состояние, выраженная иктеричность, вялость, гипотония, гипорефлексия, гепатоспленомегалия. Данных лабораторных исследований — признаки гемолитической анемии в общем анализе крови (снижение уровня гемоглобина, эритроцитов), повышение непрямого билирубина до 180 мкмоль/л (верхняя граница нормы — до 171 мкмоль/л у доношенных новорожденных).

2. Дополнительно необходимо провести определение группы крови ребенка, анализ периферической крови с подсчетом количества ретикулоцитов, динамическое определение концентрации билирубина в сыворотке крови ребенка. Также можно провести иммунологические исследования: определение титра аллогемагглютининов в крови и молоке матери; непрямая проба Кумбса.
3. Скорее всего, у ребенка выявится А (II), резус-отрицательная группа крови, повышенное количество ретикулоцитов, проба Кумбса будет слабоположительной (при резус-конflikте она выраженная, положительная).
4. На УЗИ органов брюшной полости можно выявить гепатоспленомегалию, возможно, наличие свободной жидкости в брюшной полости (в случае отечной формы ГБН).
5. Дифференцировать данное заболевание следует с физиологической желтухой, ГБН при резус-несовместимости, гемолитическими анемиями.
6. Лечение: учитывая уровень непрямого билирубина (180 мкмоль/л), уровень гемоглобина (141 г/л), данному ребенку показано: вскармливание адаптированной молочной смесью, поддержание оптимального температурного режима, постоянная фототерапия, наблюдение за уровнем гемоглобина, билирубина и его почасовым приростом, а также подготовка к заменному переливанию крови в случае дальнейшего почасового прироста билирубина более 6,8 мкмоль/л в час.
7. Группа здоровья — 3.

К задаче 13

1. В данном случае можно думать о гемолитической болезни новорожденных (конфликт по резус-фактору), P55.0, желтушная форма, тяжелое течение, учитывая группу крови матери 0 (II) (резус-отрицательная), группу крови ребенка 0 (I) (резус-положительная), динамику развития желтухи и данные лабораторного обследования. Однако зеленоватый оттенок кожи, наличие прямого билирубина позволяет также думать о механической желтухе, синдроме сгущения желчи.
2. В общем анализе крови — признаки гемолиза: снижение уровня гемоглобина, количества эритроцитов, увеличение количества ретикулоцитов.
3. В биохимическом анализе крови — резкое повышение уровня непрямого билирубина (близко к уровню билирубина при риске билирубиновой энцефалопатии), наличие прямого билирубина, повышение уровня холестерина, печеночных ферментов, что указывает на вовлечение в патологический процесс печени.
4. Следует провести пробу Кумбса (должна быть резко положительной), а также общий анализ мочи, проверить уровень ГГТ, холестерина, бета-липопротеидов, желчных кислот, концентрации альбумина, фибриногена, ПТИ — с целью исключения гипербилирубинемии, связанной с инфекционным, токсическим или метаболическим поражением печени; а также УЗИ органов брюшной полости с целью визуализации структуры печени, желчного пузыря — исключение механической желтухи.
5. На УЗИ органов брюшной полости можно выявить увеличение размеров печени, различные пороки развития желчных путей, увеличение желчного пузыря в случае наличия препятствия оттоку желчи.
6. В случае подтверждения диагноза ГБН (конфликт по резус-фактору) возможно кормление грудным молоком, поддержание оптимального температурного режима, фототерапия и заменное переливание крови (замена 2 ОЦК). Если желтуха имеет иной характер, помимо перечисленных мероприятий следует устранить причину холестаза и разрешить грудное вскармливание.

7. План: 1. Перевод ребенка в специализированное отделение для дополнительного обследования.
После выписки: ОАК после в динамике через 7–10 дней, концентрация билирубина крови в динамике 1 раз в неделю, ОАМ с исследованием желчных пигментов.
8. Консультации невропатолога, ЛОР, окулиста, логопеда.

К задаче 14

1. Предварительный диагноз: ППЦНС гипоксического генеза, острый период, церебральная ишемия II ст., гипертензионно-гидроцефальный синдром. Перивентрикулярная лейкомаляция, I стадия, среднетяжелое течение.
2. Необходимо поддержание температурного режима, кормление сцеженным грудным молоком через шприц, проведение инфузионной терапии (с осторожностью, учитывая гидроцефальный синдром), дегидратационной терапии.
3. При выраженном отеке мозга стартовым препаратом является маннитол из расчета 0,5–1 г сухого вещества на 1 кг в/в капельно, через 2 ч. вводится лазикс (1 мг/кг). Далее лазикс назначить повторно в дозе 2–5 мг/кг в сутки в течение 5–7 дней. Одновременно с ним назначают диакарб в дозе 20–40 мг/кг в сутки по 3-дневной схеме (в 1, 2, 3-й день, 4-й день — перерыв). При использовании диакарба необходимо назначать препараты калия. Также может использоваться дексаметазон в дозе 0,5 мг/кг однократно.
4. Прогноз благоприятный для жизни, однако возможны функциональные и органические поражения ЦНС в будущем: гидроцефалия, задержка НПП, резидуальная церебральная недостаточность, церебро-астенический синдром, цефалгии, судороги, парезы, параличи и др.

К задаче 15

1. Предварительный диагноз: эпидемическая пузырчатка новорожденных, доброкачественная форма, средней тяжести.
2. Необходимо провести посев содержимого пузырей с целью уточнения диагноза.

3. Дифференциальную диагностику следует проводить с другими видами пиодермий, врожденным буллезным эпидермолизом, врожденным сифилисом, эритродермией Лейнера.
4. Наиболее часто это заболевание вызывается золотистым стафилококком.
5. Грамположительные бактерии: кишечные палочки, лактобактерии, листерии, стрептококки и другие.
6. Тяжесть состояния ребенка обусловлена синдромом инфекционного эндотоксикоза, кожными проявлениями в виде вялых пузырей.
7. Лечение — оптимальный температурный режим, рациональное вскармливание (предпочтительно грудное), антибиотикотерапия (стартовые препараты: ампициллин — 150 мг/кг, гентамицин — 5 мг/кг), местная терапия — обработка пузырей растворами антисептиков. При необходимости в случае тяжелого течения — инфузионная терапия.
8. Кожа новорожденного — тонкая, легко ранима, эпидермис легко отслаивается. Подкожно — жировая клетчатка богато васкуляризирована, рыхлая, что способствует быстрому распространению инфекции.
9. На месте бывших пузырей при доброкачественной форме корки не образуются, изменений на коже не остается.
10. Купание ребенка противопоказано.
11. При своевременном начале лечения выздоровление наступает в течение 2–3-х недель от начала заболевания. При отсутствии лечения возможно прогрессирование заболевания, присоединение вторичной инфекции, генерализация инфекции.
12. При выявлении данного заболевания в родильном доме неонатологу следует подать экстренное извещение об инфекционном заболевании, а также изолировать ребенка с целью предупреждения распространения инфекции. Перевести ребенка в специализированное отделение. Рекомендуется закрыть роддом для профилактической обработки помещений.
13. Группа здоровья — 3.
14. В остром периоде заболевания ребенку противопоказано проведение профилактических прививок. Вакцинация проводится спустя 3 месяца после выздоровления.

К задаче 16

1. Диагноз: бактериальный сепсис новорожденного неуточненный? (первичный очаг — гнойный омфалит средней степени тяжести); вторичный гнойный менингит средней степени тяжести; острая почечная недостаточность (?); недоношенность 36–37 недель; СДР 1 типа, ДН II. ППЦНС гипоксического генеза; церебральная ишемия II ст.
2. Дополнительно следует провести мониторинг температуры, КОС, сатурации, почасового диуреза; общий анализ мочи; биохимический анализ крови с определением уровня белка, билирубина, СРБ, сахара, мочевины, креатинина; посев отделяемого из пупочной ранки с определением чувствительности, гемокультура; прокальцитонин — тест; рентгенографию грудной клетки; УЗИ органов брюшной полости; НСГ.
3. В общем анализе крови — снижение уровня гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов (для 8 суток), общее количество лейкоцитов снижено, палочкоядерный сдвиг в лейкоцитарной формуле; повышено количество метамиелоцитов и миелоцитов.
4. В анализе ликвора — мутность (в норме СМЖ — прозрачная), высокий уровень белка, реакция Панди — резко положительна, повышен цитоз; также определяется высокий уровень нейтрофилов. Такой результат может указывать на наличие бактериальной инфекции.
5. У данного ребенка показанием к спинномозговой пункции явилось подозрение на менингит (типичная клиника).
6. Исходы менингитов в случае выздоровления можно разделить на функциональные (церебро-астенический синдром, диэнцефальный синдром, астено-невротический, гипертензионный синдром) и органические (симптоматическая эпилепсия, параличи, парезы, подкорковые гиперкинезы, отставание в нервно-психическом развитии). Исход поражения легких — бронхолегочная дисплазия, хроническая дыхательная недостаточность, как следствие — отставание в физическом развитии. Учитывая тяжесть состояния ребенка и наличие других очагов инфекции, возможен летальный исход.

7. Группа здоровья — 4.
8. После выписки больного из стационара обязательным является диспансерное наблюдение у невролога детской поликлиники и/или по месту лечения заболевания.
Общая длительность диспансеризации — не менее 3-х лет. Сроки диспансерного наблюдения после выписки из стационара: первый осмотр — через 1 месяц, далее — один раз в 3 месяца в течение первого года. В дальнейшем — один раз в 6 месяцев. При необходимости частота осмотров увеличивается.
9. Освобождение от профилактических прививок на 6 месяцев.

К задаче 17

1. Диагноз: правосторонний пневмоторакс, возникший в перинатальном периоде; РДС 1 типа; ДН 2.
2. Предрасполагающие факторы: роды на 42-й неделе гестации, фето-плацентарная недостаточность, двукратное обвитие пуповины вокруг шеи ребенка, вторичная слабость родовой деятельности, родостимуляция окситоцином, длительный безводный период. ВПР, баротравма (проведение реанимационных мероприятий в родовом зале), РДС.
3. На рентгенограмме грудной клетки можно выявить следующие изменения: правое легкое поджато кверху воздухом, легочные поля светлые, корни не изменены.

К задаче 18

1. Диагноз: врожденная (внутриутробная) пневмония; СДР 1 типа. ДН 2–3. Синдром задержки внутриутробного развития (роста) 1 ст., гипотрофический вариант.
2. На рентгенограмме грудной клетки возможны инфильтративные тени, могут быть сливными или мелкими рассеянными, видно перибронхиальную инфильтрацию и усиление бронхо-сосудистого рисунка.
3. Дифференциальный диагноз: внутриутробная пневмония, бактериальный сепсис новорожденного неуточненный, септический шок.

4. Инфекционные агенты, поражая альвеолярную мембрану и интерстициальное пространство легких, вызывают развитие триады признаков: формирование гиалиновых мембран, гнойное воспаление и интерстициальный отек; в результате этих процессов развивается дыхательная недостаточность, сопровождающаяся гипоксемией, гиперкапнией и ацидозом.
5. При врожденной пневмонии неустановленной этиологии используют комбинацию полусинтетических пенициллинов и аминогликозидов: ампициллина (внутривенно или внутримышечно, разовая доза 25–50 мг каждые 8–12 часов) и нетилмицина (внутривенно 6 мг/кг 1 раз в сутки), курс — 7–10 сут. Можно использовать комбинацию из защищенных пенициллинов (амписид) и нетилмицин (веронетилмицин).

К задаче 19

1. Диагноз: острая вирусная пневмония (на фоне парагриппа?), тяжелой степени; ДН — III ст.; проводить дифференциальный диагноз с бронхиолитом.
2. Лечение. Лечебно-охранительный режим, О-2 палатка, возможна интубация при ухудшении состояния, санация ВДП, энтеральное кормление через зонд, расчет с учетом состояния ребенка. Эуфиллин (доза насыщения — 8мг/кг, поддерживающая доза — 1,5–3 мг/кг), Пульмикорт (0,3 мг/кг x 2 р/сут). Беродуал, пульмикорт назначаются для того, чтобы уменьшить обструкцию дыхательных путей. Можно назначить рибавирин, так как данный препарат угнетает данный вирус (в течение первых 3-х суток). Назначают в виде ингаляций — 6/мг/кг/сут. x 3 р./сут. Пульсоксиметрия постоянно, необходимо следить за сатурацией. Антибиотикотерапия: ампициллин (25 мг/кг/сут.) + гентамицин (2,5 мг/кг/сут.) в/в (так как к вирусной пневмонии часто присоединяется бактериальная флора), через 72 часа необходимо будет взять общий анализ крови. Симптоматическая терапия. Инфузионная терапия. Курс медикаментозного лечения 7–14 дней, затем корректировка в зависимости от состояния ребенка.

3. Участковый педиатр в течение первых 3-х мес. наблюдает ребенка 2 раза в месяц, затем до одного года — ежемесячно. Пульмонолог первые 3 месяца — ежемесячно. Отоларинголог, аллерголог, физиотерапевт — один раз в квартал. Первые 2 месяца после выписки — стимулирующая терапия. Курсы витаминов В, А, Е.
4. Показания к госпитализации: лихорадка — 38,0 °С и выше; дыхательная недостаточность любой степени (зависит от возраста); данные общего осмотра: бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз; одышка до 70 в 1 мин.; крепитирующие хрипы. Признаки нарастающей дыхательной недостаточности.

К задаче 20

1. Внутриутробная вирусная инфекция, вызванная вирусом простого герпеса. Вторичный серозный менингит, тяжелое течение. Судорожный синдром.
2. В общем анализе крови: снижение уровня гемоглобина, эритроцитов (для 6 суток), уровень лейкоцитов в норме.
3. По анализу ликвора больше данных за вирусный менингит: выше нормы белок, цитоз, преобладают лимфоциты (75%).
4. При всех клинических формах герпетической инфекции показана противовирусная терапия ацикловиром. Доза препарата и длительность лечения зависят от клинической формы заболевания. При герпетическом поражении ЦНС доза до 60 мг/кг в сутки (по 20 мг/кг каждые 8 часов). Длительность лечения составляет 14–21 день.

К задаче 21

1. Неонатальный (диссеминированный) листериоз. Вторичный бактериальный менингит, тяжелое течение. Судорожная готовность. Синдром задержки внутриутробного развития по гипотрофическому типу 1 ст.
2. По анализу ликвора больше данных за бактериальный менингит: высокий уровень белка, реакция Панди — резко положительна,

повышен цитоз; также определяется высокий уровень нейтрофилов, при бактериологическом исследовании ликвора выделены листерии.

3. Группа здоровья — 3.
4. Освобождение от профилактических прививок на 6 месяцев.

К задаче 22

1. Халазия пищевода, вторичный эзофагит, физиологическая желтуха. ППЦНС гипоксического генеза, церебральная ишемия 1 ст., острый период, синдром угнетения ЦНС.
2. Пищевод короткий — всего 10 см, слаборазвитый мышечный слой его и желудка создают условия для срыгивания пищи. Пищевод узкий, короткий, веретенообразной формы, имеет тонкие стенки, физиологические сужения отсутствуют. Желудок: слабое развитие кардиального сфинктера на фоне хорошего развития пилорического отдела. Слизистая оболочка толстая. Железы желудка вырабатывают соляную кислоту, пепсин, пталин, сычужный фермент, створаживающие грудное молоко в желудке, участвующие в расщеплении жиров, белков и углеводов; в панкреатическом соке, поступающем из поджелудочной железы в двенадцатиперстную кишку, также содержатся пищеварительные ферменты: липаза, расщепляющая жиры, амилаза, участвующая в расщеплении углеводов грудного молока, и трипсин, способствующий усвоению белков. Однако активность этих ферментов очень низкая. Первые 3–4 дня у новорожденного ребенка стул бывает темным, липким и без запаха — меконий, первородный кал, который образуется с 4-го месяца внутриутробной жизни и представляет собой выделения зародышевого пищеварительного тракта. Через 3–4 дня стул становится переходным и имеет вид зеленовато-коричневых водянистых, иногда пенных выделений со слизью. В дальнейшем стул приобретает однородность, кашицеобразную консистенцию, становится светло-коричневым. Частота его колеблется от 2 до 6 раз в сутки, внешний вид может изменяться в зависимости от состава грудного молока.

3. Есть необходимость в консультации хирурга для уточнения тактики дальнейшего ведения, для оценки необходимости оперативного лечения.
4. Общий анализ крови — без патологии. Может быть повышен кальций. Это связано с частыми срыгиваниями и гиповолемией.
5. Нейросонография: рисунок извилин и борозд сглажен, эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена — признаки гипоксии плода и новорожденного.
6. Показанием к проведению рентгенологического исследования являются частые и обильные срыгивания, патологическое содержимое в срыгиваемых массах, умеренная иктеричность кожи.
7. 3-я группа здоровья.

К задаче 23

1. Пупочный сепсис, септикопиемия, двусторонняя пневмония, деструктивная, тяжелая, затяжное течение. Пиелонефрит, ДВС синдром, стафилококковый энтероколит. Недоношенность — 34 нед. гестации, низкая масса тела.
2. Систолический шум возникает на фоне интоксикации и из-за возникновения вихревых потоков при изменении реологических свойств крови на фоне интоксикации.
3. Подтверждение диагноза: посев крови на микрофлору из зева, из ануса. Количественный анализ С-реактивного белка, анализ на D-димеры.
4. Основные принципы антибактериальной терапии данной патологии:
если состояние улучшается и результат посева отрицательный, надо прекратить лечение ампициллином и гентамицином после 5 дней лечения.
Если состояние улучшается при положительном посеве крови или бактериологическое исследование крови невозможно, то продолжайте лечение ампициллином и гентамицином 10 дней.
Если после трех дней лечения ампициллином и гентамицином состояние не улучшилось или ухудшилось, необходима смена

антибиотика согласно выявленного возбудителя и результата теста на чувствительность.

Препараты выбора: ампициллин — 300–400 мг/кг/сут., 4–6 введений; гентамицин — 7 мг/кг/сут. Альтернативные антибиотики — карбопенемы (имипенем).

К задаче 24

1. Постнатальный грибковый сепсис. Кандидозный менингоэнцефалит.
Кандидоз кожи и слизистых оболочек мочевой системы.
Гипертензионно-гидроцефальный синдром. Судорожный синдром.
2. Возникновению заболевания в возрасте одного мес. 10 дней способствовало присоединение грибковой инфекции. Окончание антибактериальной терапии.
3. Бактериологический метод исследования крови и ликвора.
4. Для выяснения этиологии судорожного синдрома показаны следующие методы исследования: ЭЭГ, НСГ, МРТ.
5. Амфотерицин В в/в 0,25–0,5 мг/кг с повышением дозы при переносимости до 0,5–1,5 мг/кг. Реланиум в/в медленно по 0,1–0,3 мг/кг.

К задаче 25

1. Атрезия пищевода с наличием трахеобронхиального свища.
2. Показано зондирование пищевода, проведение пробы Элефанта. При наличии атрезии зонд встречает препятствие. При проведении пробы Элефанта воздух с шумом выходит через рот и нос.
3. Показана транспортировка в отделение хирургии новорожденных. Экстренная операция — торакотомия. Анастомоз «конец в конец».
4. Прогноз: при отсутствии осложнений — благоприятный.

К задаче 26

1. Ребенок с низкой массой. 34 недели. Недоношенный.

2. На фоне недоношенности предварительный диагноз: перинатальное поражение ЦНС гипоксического генеза, ишемия первой ст., острый период, синдром угнетения.
3. Мониторинг: КОС, электролиты, уровень глюкозы в крови, биохимический анализ крови с определением мочевины или остаточного азота, белка, по показаниям определение трансаминаз.
4. Расчет питания на 2-е сутки калорийным методом (40 ккал/кг). При наличии грудного молока сцеженное молоко через интрагастральный зонд (ребенок не сосет и не глотает). Суточный объем питания рассчитывается по формуле:
 Масса тела в кг.* 100* потребность (ккал): кол-во ккал в 100 мл продукта питания (грудного молока).
 $2\text{кг} * 100 * 40 : 70 = 114$ мл суточный объем и на одно кормление — 15 мл (питание — 7 раз в сутки). Условие: усваивает данное количество.
 Расчет парентерального питания: расчет общего количества жидкости: физ. потребность в жидкости у новорожденных в зависимости от массы тела и возраста x масса тела = $2\text{кг} x 80 = 160$ мл (2-е сутки). Объем парентерального питания: общий объем жидкости (мл) — объем энтерального питания (мл). Например, в нашем случае ребенок усваивает энтерально в сутки 100 мл, а не 114 мл, как рассчитывали. Объем парентерального питания составит: $160 - 100 = 60$ мл.

К задаче 27

1. Перинатальное поражение ЦНС, гипоксически-геморрагического генеза.
2. Состояние тяжелое, острый период, ведущие синдромы: кома, судорожный, внутрижелудочковое кровоизлияние 3-й степени.
3. Реанимационные мероприятия: кардио-респираторная поддержка. Инфузионная терапия с расчетом потребности в калориях, углеводах, коррекция гиповолемии (глюкоза, физраствор), по показаниям — лазикс 1–2 мг/кг; сернокислая магнезия 25% р-р 0,2 мл/кг м.т., коррекция гипокалиемии, гипокальциемии, гипомагниемии; диазепам — 0,5–1 мг/кг;

дицинон — 12,5% р-р в/м 1 мл, гемостатическая терапия по показаниям.

4. Мониторинг: показатели эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, КОС, электролитов, глюкозы, нейросонография в динамике.

К задаче 28

1. Перинатальное поражение ЦНС, гипоксического генеза. Недоношенность 35 недель. Церебральная ишемия I ст. СПНРВ (синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости).
2. Состояние удовлетворительное, возможно, клинические симптомы со стороны ЦНС связаны с незрелостью структур мозга, ответственных за смену ритма «сон — бодрствование» на фоне легкой гипоксии.
3. Ранний восстановительный период, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости.
4. Курс терапии минимальный с применением седативных препаратов: микстура с цитралю, успокаивающие сборы (корень валерианы, пустырник, шалфей) по 1 ч.л. 3 раза в день.

К задаче 29

1. Клинический вариант гипербилирубинемии связан с классической галактоземией — наиболее тяжелой формой нарушения метаболизма галактозы, вызванной дефицитом активности фермента ГАЛТ (галактозо-1-фосфат-уридилтрансферазы). Заболевание обычно манифестирует в первые дни — недели жизни, быстро прогрессирует на фоне вскармливания молоком.
2. Диагноз подтверждают следующие клинические данные: нарастание симптомов токсикоза с признаками вялости, угнетение сосательного рефлекса, срыгивания, мышечная гипотония, прогрессирование желтухи, гепатомегалия, элементы петехиальной сыпи, гематома в правой локтевой области. Улучшение состояния ребенка и исчезновение клинической симптоматики заболевания при переводе на искусственное вскармливание специальными смесями также подтверждает клиниче-

ский диагноз и делает прогноз более позитивным. Необходима консультация офтальмолога с целью исключения катаракты.

3. Следующие лабораторные показатели подтверждают диагноз: положительные результаты скрининга на галактоземию (определение уровня тотальной галактозы в пятнах высушенной крови: пограничные значения 7,2–10 мг/дл и более 10 мг/дл — положительный результат и снижение активности фермента ГАЛТ в высушенных пятнах крови < 2,5 Е/гНБ). Повышение активности трансаминаз в сыворотке крови и повышение концентрации билирубина (неконъюгированная гипербилирубинемия, характерная для ранней стадии болезни, далее переходит в конъюгированную); ультразвуковое исследование органов брюшной полости: гепатомегалия, усиление ЭХО-плотности печени. Наличие воспалительных изменений в анализах периферической крови в сочетании с повышением уровня С-реактивного белка и положительным прокальцитонинным тестом является критерием присоединения сепсиса. Рекомендуется провести исследования факторов свертывания крови и на обнаружение гипераминоацидурии.
4. Основным методом лечения при галактоземии является диетотерапия, предусматривающая пожизненное исключение из рациона продуктов, содержащих галактозу и лактозу. Необходимо полностью исключить из рациона больного любой вид молока (в том числе женское, коровье, козье, детские молочные смеси и др.) и все молочные продукты, а также в дальнейшем строго избегать употребления тех продуктов, куда они могут добавляться (хлеб, выпечка, сосиски, колбасы, карамель, сладости, маргарины и т.п.). Запрещается также использование низколактозных молока и смесей.

Используются смеси на основе изолята соевого белка, в которых полностью отсутствуют растительные галактозиды: Нутрилак Соя, Нутрилон Соя, Энфамил Соя. Возможно появление аллергических реакций на соевый белок, и в таких случаях целесообразно назначать смеси на основе гидролизатов казеина: Прегестимил, Нутрамиген. Безлактозные молочные смеси, содержащие в составе белкового компонента 50–60% сывороточных белков, не должны использоваться для диетотерапии у детей с галактоземией грудного возраста,

так как могут содержать следовые количества галактозы. Возможно применение только казеинпреобладающих безлактозных молочных смесей: Энфамил, Лактофри.

К задаче 30

1. Классическая транзиторная гипогликемия. Группа риска: ребенок с ЗВУР, 1 ст. гипотрофический вариант, от матери с стационарным сахарным диабетом.
2. Наиболее часто при гипогликемии наблюдается триада клинических симптомов: со стороны глаз (плавающие глазные яблоки, нистагм), слабый неэмоциональный пронзительный крик, грудь сосет вяло, снижена двигательная активность, тремор рук, повышенная возбудимость. Снижение уровня глюкозы в крови 2,3 ммоль/л подтверждает диагноз гипогликемии. При постановке диагноза необходимо учитывать группу риска, к которой относится ребенок.
3. Критерием гипогликемии в любые сутки жизни у новорожденных считается уровень глюкозы менее 2,6 ммоль/л.
4. Для коррекции гипогликемии внутривенно вводят 10% раствор глюкозы из расчета 0,4–0,8 г/кг со скоростью не более 1 мл в минуту в течение 5 минут. Затем переходят на постоянную внутривенную инфузию глюкозы со скоростью 2,4–4,6 мл/кг/ час. Коррекция энтерального питания. Мониторинг уровня глюкозы в крови каждые 3 часа в течение первых 2-х суток. В последующие 3 суток — каждые 6 часов. По показаниям перевод ребенка в отделение патологии новорожденных.

ПАТОЛОГИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

К задаче 31

1. Не соответствует. Долженствующая масса 5780 г, дефицит массы составляет 680 г (12%), т. е. имеет место гипотрофия I ст.
2. Суточный объем пищи (объемным способом) составляет 1/6 массы тела, т. е. 840 мл, на одно кормление 140 мл, имеет место количественный недокорм. Ребенок нуждается в докорме

адаптированными молочными смесями: вначале — «стартовая» (начальная) смесь («Нутрилон») по 40 мл к каждому кормлению до необходимого объема 140 мл, с 4 мес. давать «последующие» смеси: «Нестажен-2», «НАН-2», готовые к употреблению. Этот способ вскармливания называется естественным с переходом на смешанное.

3. Ребенок должен получать белка 2,5–3 г/кг, жира — 6 г/кг, углеводов — 12–14 г/кг.

К задаче 32

1. Масса ребенка не соответствует должествующей в данном возрасте: $3400 \text{ г} + 600 \text{ г} + 800 \text{ г} \times 2 = 5200 \text{ г}$, дефицит массы 200 г.
2. Недоедание. У матери развивается гипогалактия. Назначить лечение гипогалактии: отрегулировать пищевой и питьевой режим матери. Пить не менее 2-х литров в день: компот, чай, ягодный морс, соки, молоко. Назначить лактогенный напиток, например «Фемилак». Кормить ребенка чаще 7–8 раз, не делать перерыв. Это один из способов стимуляции лактации.

К задаче 33

1. Физическое развитие соответствует возрасту: должествующая масса 6150 г, длина 61 см, окружность груди 37 см, окружность головы 38 см. Динамика массы тела по месяцам: первый месяц — 600 г, второй и третий месяц — по 800 г, четвертый месяц — 750 г.
2. Психомоторное развитие соответствует возрасту.
3. Беспокойство ребенка связано с недоеданием. За сутки ребенок должен получать $1/6$ массы. Должно быть 6 кормлений по 100 мл. Каждое кормление докармливать «последующей» адаптированной молочной смесью, например «НАН-2». Прикорм вводить в 4,5–6 мес. в виде овощного пюре или каши (дистантной).

К задаче 34

1. Соответствует: $3100 \text{ г} + 600 \text{ г} + 800 \text{ г} \times 2 = 5300 \text{ г}$. Объем пищи составляет $1/6$ массы, т.е. 900 мл.

2. В сутки 6 кормлений, объем одного кормления — 150 мл адаптированной молочной смеси.
3. Потребность в белке 3 г/кг, жире — 6 г/кг, углеводах — 12–14 г/кг.

К задаче 35

1. При расчете питания выявляется избыток белка. На 1 кг должествующей массы ребенок получает до 5,5 г/кг белка (при физиологической потребности 3,5–4,0 г/кг). Вследствие белкового перекорма у ребенка развились симптомы белковой интоксикации (беспокойство, запоры, редкое мочеиспускание). Избыток массы тела составляет 15%.
2. Назначить адаптированные молочные смеси. Отменить творог, сливки. Ввести продукты, богатые щелочными валентностями. Назначить питьевой режим до 150–200 мл, фруктово-овощные отвары. При назначенном режиме кормления адаптированными молочными смесями ребенок получит белки до 3 г/кг на должествующую массу, что будет соответствовать физиологической потребности.

К задаче 36

1. Гипотрофия II степени, смешанной этиологии. Не исключается целиакия.
2. Исследование общего белка и белкового спектра сыворотки крови. Ожидается гипопроteinемия, диспротеинемия с явлениями умеренной гипоальбуминемии. Копрологическое исследование: может быть обнаружена неперевариваемая клетчатка в большом количестве, нейтральный жир в большом количестве, ЭГДС, антиглиадининовые антитела, аутоантитела к трансаминазам.
3. Лечение в условиях стационара.

К задаче 37

1. Рахит II степени, период разгара, острое течение.

2. Определить Са и Р в крови и в суточной моче, щелочную фосфатазу в крови. Общий анализ крови.
3. Вигантол, Аква — 3 капли 1 раз в день ежедневно 4–6 недель, аскорбиновая кислота 0,05–3–4 раза в день, витамин 0,001–2–3 раза в день 2–3 недели. Затем профилактические дозы витамина Д — 2 капли 1 раз в день до 4-х лет.

К задаче 38

1. Железодефицитная анемия средней тяжести (или поздняя анемия недоношенных).
2. Дополнительные исследования: определение величины гематокрита, уровня сывороточного железа (предполагается снижение ниже нормы). Определение общей железосвязывающей способности сыворотки крови ОЖСС (ожидается увеличение показателя).
3. Лечение. Рациональное вскармливание с включением овощных, мясных блюд, соков, адаптированных молочных смесей, препарат железа «Мальтофер» 5 мг/кг. Контроль содержания гемоглобина через 2 недели.

К задаче 39

1. Внебольничная пневмония, правосторонняя, среднетяжелая, неосложненная, острое течение.
2. Дополнительные исследования: общий анализ крови, рентгенография грудной клетки в двух проекциях.
3. Лечение: госпитализировать в стационар. Возвышенное положение. Систематическое проветривание палаты (ежечасно), сон на веранде. Кормление: отменить прикорм, использовать адаптированную молочную смесь, 2/3 от должствующего объема, увеличить число кормлений через 2,5–3 часа. Антибактериальная терапия: ампициллин — 100 мг/кг в 4 введения, возможно второй антибиотик группы макролидов (кларитромицин).

К задаче 40

1. Внебольничная правосторонняя сегментарная (S_1, S_2) пневмония, тяжелая, острое течение, осложненная. Внутрилегочная деструкция.
2. Недооценка клинических симптомов. Поздняя госпитализация. Не сделан анализ крови. Не проведена рентгенография грудной клетки.
3. Рациональное питание: ограничить объем пищи до 2/3 должностного объема, кормить 7–8 раз, преимущественно адаптированными молочными смесями. Антибактериальная терапия: цефуроксим — 100 мг/кг в 3 введения. Инфузионная терапия из расчета 30 мл/кг глюкозо-солевым раствором, 10% раствор альбумина 10 мл/кг. Антистафилококковая плазма 10 мл/кг. Увлажненный кислород. Ингаляции с лазолваном 2–3 раза в день.

К задаче 41

1. ОРВИ. Гипертермический синдром.
2. Ребенок подлежит госпитализации.

К задаче 42

1. ОРВИ. Острый (простой) бронхит. Рахит I — II степени, подострое течение, фаза разгара. Судорожный синдром.
2. Консультация невролога.

К задаче 43

1. Рахит II степени, подострое течение, фаза разгара.
2. Витамин Д (вигантол, Аква) — 3 кап. (1500 МЕ) один раз в день 4 недели; контроль — проба Сульковича через 2 недели.
3. Дополнительно: аскорбиновая кислота, оротат калия или элькар — 3 недели, массаж, гимнастика после стихания активного процесса.
4. Консультация невролога.

К задаче 44

1. Рахит II степени, острое течение, фаза разгара.
2. Развитию заболевания способствовало неправильное питание, ранее искусственное вскармливание.
3. Ионизированный кальций крови и в эритроцитах, щелочная фосфатаза.
4. Витамин Д (вигантол, Аква — 3 капли 1 раз в день, аскорбиновая кислота, оротат калия или элькар — 2–3 недели). Проба Сульковича через 2 недели.
5. Нормализация уровня Са в крови, щелочной фосфатазы.
- 6.

К задаче 45

1. Рахит III степени, подострое течение, фаза разгара. Железодефицитная анемия I степени. ОРВИ, обструктивный бронхит.
2. Витамин Д (вигантол, Аква — 4 капли 1 раз в день 4 недели, проба Сульковича через 2 недели, аскорбиновая кислота, оротат калия или элькар — 2–3 недели). Ингаляции с беродуалом 2–3 раза, с лазолваном — 2–3 раза, инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами 30 мл/кг + эуфиллин 2,4% в/в 5–6 мг/кг в сутки.
3. Улучшение общего состояния, купирование бронхообструкции. Появление двигательных умений, исчезновение признаков острого течения рахита, нормализация уровня кальция, щелочной фосфатазы.
4. Консультация кардиолога — исключить врожденный порок сердца.

К задаче 46

1. Гипотрофия I — II степени смешанной этиологии (дефицит массы тела 18%). Рахит II степени, подострое течение, фаза разгара. Железодефицитная анемия I степени. Синдром нарушенного кишечного всасывания (мальабсорбции).
2. Дефекты вскармливания, отсутствие профилактики рахита.
3. УЗИ-сердца, R-снимок грудной клетки, копрологический анализ.

4. Объем пищи 1/7, адаптированные молочные смеси, кормить 7–8 раз, не делать ночной перерыв. После стойкой прибавки массы начинать вводить прикорм.
5. Госпитализировать. Препараты пробиотики, препараты ферменты, смекта, витамин Д –2 капли, мальтофер 5 мг/кг.

К задаче 47

1. Гликогеноз, тип I (болезнь Гирке).

К задаче 48

1. Фенилкетонурия, позднее выявление, отставание психомоторного развития.
2. Консультация генетика.
3. Из пищевого рациона исключается грудное молоко. Назначить специальные молочные смеси, не содержащие фенилаланин (МДМИЛ ФКУ-О).
4. В родильном доме скрининг на фенилкетонурию.

К задаче 49

1. Железодефицитная анемия, тяжелая (III степень). Немедленная госпитализация в стационар (требуется трансфузия крови, эритроцитарной массы).
2. Развитию заболевания способствовало неправильное питание, раннее искусственное вскармливание.
3. Пищевой режим в соответствии с возрастом, мальтофер 5 мг/кг.
4. Лечение железосодержащими препаратами до достижения Нв 120 г/л, затем мальтофер в половинной дозировке не менее 4–6 недель.

К задаче 50

1. Железодефицитная анемия, среднетяжелая (II степень).
2. Неправильное питание, отсутствие в пищевом рационе мясных продуктов.

3. Питание, соответствующее возрасту; обязательно мясное пюре, последующие молочные смеси 2 раза в день, дистантные каши 2 раза в день, овощное и фруктовое пюре, мальтофер 5 мг/кг до достижения Нв 120 г/л, затем поддерживающая терапия в половинной дозировке мальтофера не менее 4–6 недель.

К задаче 51

1. Гастроинтестинальная пищевая аллергия. Атопический дерматит. Аллергический энтерит.
2. Элиминационная диета. Гипосенсибилизирующие препараты. Препараты-пробиотики.

К задаче 52

1. Атопический дерматит, стадия обострения. Железодефицитная анемия легкой степени.
2. Дерматолог для назначения наружной терапии.
3. Гипоаллергенный пищевой режим, гипосенсибилизирующие препараты. Мальтофер 5 мг/кг до достижения Нв 120 г/л, затем — поддерживающая терапия в половинной дозе мальтофера.

К задаче 53

1. Госпитализировать. Кишечная инфекция неясной этиологии. Токсикоз с эксикозом, гипоосмолярный (соледефицитный).

К задаче 54

1. Госпитализировать. Кишечная инфекция неясной этиологии. Токсикоз с эксикозом, гиперосмолярный (вододефицитный).

К задаче 55

1. Ухудшение состояния вследствие избыточной скорости внутривенной инфузии на фоне низкого темпа диуреза. Развился альвеолярный отек легких.

2. Комплексная терапия отека легких по общим принципам с обязательной экстренной дегидратацией с использованием салуретиков в дозе 1 мг/кг и прекращением инфузии до ликвидации осложнений. Оксигенотерапия, ИВЛ.

К задаче 56

1. Острый гематогенный остеомиелит правого бедра.
2. Направить на лечение в хирургическое отделение.

К задаче 57

1. Инвагинация кишечника. Перитонит.
2. Срочная госпитализация в хирургическое отделение.

К задаче 58

1. Атрезия желчных путей.
2. Интенсивная желтуха кожи, склер. Ахоличный стул. Гепатоспленомегалия. Гипербилирубинемия за счет прямого билирубина. HBSAq — отрицательный.
3. Госпитализация в хирургическое отделение.

К задаче 59

1. Острый энтероколит, вероятно, вызванный условно-патогенной флорой.
2. Исследование: бактериологический посев кала. Копрограмма. Бактериологическое исследование крови и мочи.

К задаче 60

1. Боль в области шеи справа, припухлость и покраснение связаны, вероятно, с наличием лимфаденита. Боль возникла внезапно на фоне респираторной вирусной инфекции.
2. Нет указаний на употребление аллергенов. Другие лимфоузлы не увеличены. Заболевание возникло остро.

К задаче 61

1. Срочно госпитализировать в реанимационное отделение.
2. Назначить и ввести в/в глюкокортикостероиды.
3. Проводить суточную термометрию.
4. Назначить ЭКГ, УЗИ сердца.

К задаче 62

1. Ребенок заболел бронхитом. Госпитализировать. Рентгеновский снимок грудной клетки. Общий анализ крови, С-реактивный белок, прокальцитонинный тест. Назначить противовирусные препараты, жаропонижающие средства. До получения рентгеновского исследования и исключения пневмонии антибиотиков не назначать.

К задаче 63

1. Ребенок болеет лакунарной ангиной. Данных за скарлатину нет — отсутствует сыпь. Мазок на дифтерию сделать обязательно. Назначить антибиотик.

К задаче 64

1. Предварительный диагноз — обструктивный бронхит. Рентгеновский снимок грудной клетки, поскольку ребенок заболел остро, держится высокая температура. Не исключается бронхиолит.
2. Назначить антибиотик, ингаляционную терапию пульмикортом, беродуалом (можно использовать сальбутамол или атровент); 2 ингаляции пульмикортом и 2 ингаляции беродуалом.

К задаче 65

1. Внебольничная правосторонняя очаговая пневмония, острое течение, среднетяжелая, неосложненная.

2. Клинико-эпидемиологический; клинический: синдром инфекционного токсикоза, очаговой инфильтрации легочной ткани, дыхательной недостаточности.
3. Температура 38,5°С, длится 3–5 дней; одышка без обструкции; синдром очаговой инфильтрации легочной ткани; воспалительный характер общего анализа крови: лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг формулы влево, повышение СОЭ. На рентгенограмме органов грудной клетки имеет место наличие очага инфильтрации.
4. Полусинтетические пенициллины — ампициллин 100 мг/кг в сутки 4 раза в/м.

К задаче 66

1. Бронхиолит. Госпитализировать в реанимационное отделение до улучшения общего состояния.
2. Для уточнения диагноза необходимо сделать: общий анализ крови, определить С-реактивный протеин, рентгенографию органов дыхания.
3. Больному следует назначить ингаляционные кортикостероиды, ингаляционные бронходилататоры, антибиотики, ингаляции с лазолваном, кислородотерапию.

К задаче 67

1. Правосторонняя очагово-сливная пневмония, осложненная, абсцесс в нижней доле правого легкого.
2. Интоксикационный синдром: вялость, слабость, анорексия, гектический характер лихорадки. Синдром дыхательной недостаточности: одышка в покое 44 в 1 минуту, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, акроцианоз. Синдром очаговой инфильтрации легочной ткани: притупление перкуторного звука справа под углом лопатки, резко ослабленное дыхание в месте притупления звука, здесь же мелкопузырчатые влажные хрипы. Лабораторно-инструментальный синдром: лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг формулы влево, резко повышенная СОЭ; на рентгенограмме грудной клет-

ки — округлой формы интенсивное ограниченное гомогенное затемнение.

3. Стафилококковая пневмония — в анамнезе фурункулез, ранний возраст, деструктивная пневмония (абсцесс).
4. Рентгеновский снимок легких в правой боковой проекции, посеv мокроты с определением чувствительности к антибиотикам, консультация торакального хирурга.
5. Постельный режим, стол индивидуальный, а/б-терапия: цефалоспорины III поколения (цефотаксим, цефтриаксон) + макролиды в/в; инфузионная терапия с целью дезинтоксикации; оксигенотерапия.

К задаче 68

1. Срочно направить больного на оперативное лечение (орхидопексию справа), предупредив мать ребенка о риске малигнизации.
2. Направить больного на консультацию к эндокринологу и детскому урологу с целью назначения курса хорионического гонадотропина человека. В случае неэффективности консервативной терапии — оперативное лечение в 12 месяцев.
3. Поставить на диспансерный учет с диагнозом «паховый крипторхизм справа», пригласить на повторную консультацию в 6 месяцев; в случае отсутствия произвольного опускания яичка в течение первого года жизни планировать оперативное вмешательство в 18–24 месяца.

К задаче 69

1. Аденовирусная инфекция, фарингоконъюнктивальная лихорадка.
2. Общий анализ крови. С-реактивный протеин (по возможности прокальцитониновый тест). Рентгеновский снимок органов дыхания (не исключается пневмония). ИФА на оппортунистические инфекции (ЦМВ, вирус простого герпеса вирус герпеса 6 типа), консультация ЛОР-специалиста.
3. Противовирусная терапия. Решить вопрос о назначении антибиотикотерапии после получения общего анализа крови и рентгеновского снимка легких.

К задаче 70

1. Подробно собрать аллергологический анамнез. Провести аллергологическое обследование с целью исключения бронхиальной астмы: определить общие YgE — антитела с пылевыми (домашняя пыль) и пыльцевыми аллергенами. Отменить беродуал. Назначить ингаляции с атронтентом (ипратропия бромидом), сальбутамолом (вентолином).

КАРДИОЛОГИЯ, РЕВМАТОЛОГИЯ

К задаче 71

1. Врожденный порок сердца, цианотический, с обогащением малого круга кровообращения, вероятно, транспозиция магистральных сосудов (с учетом анамнестических и клинических данных). НК II Б ст.
2. ЭКГ, ЭХО-КГ, рентгеновский снимок грудной клетки.
3. Коррекция/назначение лечения по поводу ХСН для стабилизации состояния (ингибиторы АПФ, диуретики, β -адреноблокаторы), консультация кардиохирурга для решения вопроса о сроках оперативного лечения.

К задаче 72

1. Врожденный порок сердца, цианотический, с обеднением малого круга кровообращения, вероятно, тетрада Фалло. НК II А ст.
2. ЭКГ, ЭХО-КГ, рентгеновский снимок грудной клетки.
3. Размеры сердца нормальные, верхушка приподнята, дуга легочной артерии западает (вид деревянного башмачка), легочный сосудистый рисунок обеднен в соответствии с тяжестью обструкции выходного отверстия ПЖ.

К задаче 73

1. Функциональная кардиопатия (суправентрикулярная экстрасистолия). Синдром вегетативной дисфункции (СВД) с пре-

обладанием ваготонии, латентное течение. Множественные аномальные хорды левого желудочка. ДЖВП.

2. Холтеровское мониторирование ЭКГ, УЗИ органов пищеварения.
3. Консультации кардиолога, гастроэнтеролога по результатам исследований. Наблюдение педиатра 1 раз в 3–6 мес. Рекомендации по режиму дня, питанию, физической активности. Медикаментозное лечение СВД по показаниям.

К задаче 74

1. Неревматический кардит, предположительно вирусной этиологии, с преимущественным поражением миокарда. Острое течение. НК II Б ст.
2. С учетом анамнестических данных вероятно энтеровирусная этиология кардита.
3. Биохимический анализ крови, маркеры поражения кардиомиоцитов — КФК МВ-фракция, тропонин I, антитела к кардиомиоцитам. Исследование на энтеровирусы (вирусологическое, методом ПЦР, серологическими методами).

Для верификации диагноза — эндомиокардиальная биопсия.

К задаче 75

1. Острая ревматическая лихорадка: хорея, НК 0 (ФК 0).
2. Биохимический анализ крови, АСЛ-О, С-реактивный протеин. ЭКГ, ЭхоКГ, рентгеновский снимок грудной клетки, ЭЭГ, Эхо-энцефалоскопия.
3. Консультация невролога.

К задаче 76

1. Повторная ревматическая лихорадка: кардит, сочетанный порок митрального клапана (недостаточность, стеноз). Нарушение кровообращения (НК) I — ПА ст.
2. Биохимический анализ крови, АСЛО, С-реактивный протеин. ЭхоКГ, рентгеновский снимок грудной клетки.

3. Госпитальный этап: постельный/полупостельный режим — 7–10 дней, постепенное расширение двигательного режима. Стол № 10. Этиотропное лечение — антибиотик пенициллинового ряда (амоксциллин) 14 дней, затем переход на пролонгированные формы (бициллин-5 1 раз в 4 недели 1500000 ЕД в/м) круглогодично. Противовоспалительная терапия: НПВС — ортофен — 3 мг/кг/сут., 1–1,5 мес.; преднизолон — 0,7–0,8–1 мг/кг/сут., 10–14 дней, постепенное снижение дозы до 2,5 мг каждые 5–7 дней под контролем клинико-лабораторных показателей. Терапия НК: капотен — 0,5 мг/кг/сут., гипотиазид — 1 мг/кг/сут.
Второй этап: санаторно-курортное лечение при достижении ремиссии или минимальной активности. Санация очагов инфекции.
Третий этап: диспансерное наблюдение 1-й год — ежемесячно, 2-й год — ежеквартально, далее — 2 раза в год. Контроль: в динамике общий анализ крови, общий анализ мочи, АСЛО, ЭКГ, ЭхоКГ. Консультации стоматолога, отоларинголога 1–2 раза в год.

К задаче 77

1. Инфекционный эндокардит, острое течение. Поражение митрального клапана? ВПС — ДМЖП. НК II А — Б ст.
Диагноз инфекционного эндокардита вероятен, о чем могут свидетельствовать: наличие ДМЖП, что относит больную в группу высокого риска по инфекционному эндокардиту; стоматологическое вмешательство в анамнезе — экстракция зуба 4 недели назад; длительная лихорадка; нарастание симптомов сердечной недостаточности; аускультативная картина митрального стеноза.
2. Трехкратный посев крови с интервалом в 12 часов, С-реактивный протеин, ревматоидный фактор, АСЛО. ЭХО-КГ. Исследование на вирусы (вирусологическое, методом ПЦР, серологическими методами) с целью дифференциальной диагностики.

К задаче 78

1. Ювенильный идиопатический артрит, полиартикулярный вариант, активная стадия, рентгенологическая стадия II, функциональная недостаточность 1–2 ст.
2. Обследование: иммунограмма расширенная, С-реактивный протеин, ревматоидный фактор, антинуклеарный фактор, HLA-типирование (B-27 антиген), реакция Манту (диаскинтест), АСЛО, ПЦР/ИФА к микоплазменной и хламидийной инфекциям, ЦМВ, вирусам простого герпеса 1, 2, 6 типа; УЗИ суставов, МРТ тазобедренных суставов; ЭКГ, ЭхоКГ; ЭГДС, уреазный тест.
3. Консультации гематолога, детского хирурга, окулиста.
4. С учетом стажа, прогрессирующего течения заболевания с вовлечением суставов осевого скелета показано назначение базисной терапии: метотрексат — 15 мг/м² 1 раз в неделю в/м или п/к; коррекция терапии по результатам лабораторных исследований, санация очагов хронической инфекции при выявлении.

К задаче 79

1. Реактивный артрит, т.к. у ребенка в наличии: предшествующая респираторная инфекция с конъюнктивитом (вероятно хламидийная), асимметричный олигоартрит нижних конечностей, повышение СОЭ (неспецифический показатель воспаления)
2. Для дифференциальной диагностики с другими артритами и невоспалительными поражениями суставов: иммунограмма расширенная, ревматоидный фактор, С-реактивный протеин, АСЛО, антинуклеарный фактор, HLA-типирование (B-27 антиген), реакция Манту (диаскинтест), ПЦР/ИФА к хламидийной и микоплазменной инфекциям, ЦМВ, вирусам простого герпеса 1, 2, 6 типа, бактериологическое исследование кала на кишечную группу, методом РПГА — на иерсиниоз и псевдотуберкулез; УЗИ суставов, рентгенологическое исследование суставов, ЭКГ, ЭхоКГ.
3. Дифференциальный диагноз с травматическим поражением суставов, остеомиелитом, остеохондропатиями,

постинфекционным артритом другой (не хламидийной) этиологии, туберкулезным артритом, ювенильным идиопатическим олигоартритом.

4. Этиотропная терапия при выявлении инфекционного фактора (при хламидийной инфекции — антибиотикотерапия макролидами). Симптоматическое лечение: нестероидные противовоспалительные препараты — ортофен 3 мг/кг/сут. в 2–3 приема, 3–4 нед. Местное лечение — НПВП гель, мазь; примочки с димексидом в разведении 1:4.

К задаче 80

1. Синдром вегетативной дисфункции по ваготоническому типу, перманентное течение на фоне хронического тонзиллита. Мигренозные пароксизмы? В пользу диагноза: анамнестические данные — отягощенный перинатальный анамнез (гестоз, стремительные роды, вероятно ППЦНС), отягощенный генеалогический анамнез по нейроциркуляторной дистонии (НЦД) и гипертонической болезни (ГБ) по материнской линии, наличие очага хронической инфекции (хронический тонзиллит); предрасполагающие факторы — пубертатный период, стресс (развод родителей); жалобы — плохая переносимость транспорта, душных помещений; клинические данные — склонность к покраснению кожи, «мраморность» конечностей, цианоз кистей при опущенных руках, угревая сыпь, выраженный гипергидроз, повышенная масса тела, брадикардия в положении лежа.
2. ЭКГ с функциональными пробами (лежа, в ортостазе, после физической нагрузки), КИГ, ЭхоКГ (если ранее не проводилось). Бактериологическое исследование мазка из зева с определением чувствительности к антибиотикам.
3. Консультации невролога, отоларинголога (санация хронического тонзиллита), психолога.
4. Режим дня, ограничение просмотра телевизора, работы за компьютером, достаточная двигательная активность (ходьба, бег, плавание, коньки, лыжи, велосипед, туризм); ограничение высококалорийных продуктов в рационе питания, регулярное

употребление фруктов, овощей; контрастный душ в первую половину дня, массаж туловища, конечностей, электросон с частотой до 100 Гц; в течение 3-х недель утром и днем — растительный адаптоген (настойка элеутерококка: 12 капель растворить в воде, принимать до еды), на ночь — персен форте 1 капс. Коррекция назначений после консультации специалистов.

К задаче 81

1. Синдром вегетативной дисфункции по симпатикотоническому типу, перманентное течение, лабильная артериальная гипертензия. Хронический тонзиллит.
2. Контроль АД в домашних условиях в течение 14 дней с ведением дневника (утро, вечер), ЭКГ с функциональными пробами (лежа, в ортостазе, после физической нагрузки), КИГ, ЭхоКГ (если ранее не проводилось), УЗИ почек (если ранее не проводилось).
3. Консультации невролога, отоларинголога, психолога.
4. Предрасполагающие факторы: стресс (переезд, смена школы), пубертатный период, отягощенный генеалогический анамнез по нейроциркуляторной дистонии (НЦД) и гипертонической болезни (ГБ) по материнской линии, хронический очаг инфекции (хронический тонзиллит).
5. Режим дня, ограничение просмотра телевизора, работы за компьютером, достаточная двигательная активность (ходьба, бег, плавание, коньки, лыжи, велосипед, туризм); в рационе питания ограничение высококалорийных продуктов, регулярное употребление продуктов, богатых калием, магнием (изюм, курага, печеный картофель, бананы, кабачки, крупы), ограничение потребления поваренной соли до 5 г/сут.; ванны с хвойным экстрактом на ночь, электросон с частотой до 10 Гц; седативный сбор на ночь; ситуационно при подъеме АД $\geq 140/90$ — настойка пустырника: 14 капель пополам с водой внутрь, анаприлин (обзидан) — 1 мг/кг, но не более 40 мг на один прием, внутрь. Коррекция назначений после консультации специалистов.

К задаче 82

1. Системная красная волчанка, полисиндромный вариант (кожный, суставной, в сочетании с волчаночным нефритом). В пользу данного диагноза свидетельствуют: женский пол, возраст дебюта, предшествующая заболеванию инфекция, инсоляция, выраженный астенический синдром, длительная лихорадка, высыпания на лице в форме «бабочки», ладонный капиллярит, нефрит, анемия, тромбоцитопения, лейкопения.
2. LE-клетки, антитела к ДНК, антинуклеарный фактор, иммунограмма (комплемент С3, С4).

К задаче 83

1. Геморрагический васкулит (пурпура Шенлейна-Геноха).
2. Геморрагический васкулит, смешанная форма (кожно-суставно-абдоминальная), острое течение, активная фаза.
3. По данным общего анализа крови — анемия 1 степени, умеренный лейкоцитоз, увеличение СОЭ; показатели гемостаза — без отклонений от нормальных параметров. Положительная реакция кала на скрытую кровь — свидетельство вовлечения в процесс капилляров кишечника.
4. Консультация гематолога, детского хирурга, гастроэнтеролога.

К задаче 84

1. Неревматический миокардит, ассоциированный с вирусно-бактериальной респираторной инфекцией, острое течение. Наджелудочковая экстрасистолия. Нарушение кровообращения (НК) ПА ст. Обоснование диагноза: хронологическая связь кардиальной симптоматики с перенесенной респираторной инфекцией, признаки поражения миокарда в виде кардиомегалии, снижения сократительной способности миокарда по ЭхоКГ (фракция выброса — ФВ: 52%), на ЭКГ — нарушение процессов реполяризации, суправентрикулярная экстрасистолия, лабораторно — признаки острой фазы воспалительного процесса (умеренный лейкоцитоз, увеличение СОЭ и СРБ).

2. Биохимический анализ крови, АСЛО, маркеры поражения кардиомиоцитов — КФК МВ-фракция, тропонин I, антитела к кардиомиоцитам. Исследование на вирусы (вирусологическое, методом ПЦР, серологическими методами). Бактериологическое исследование мазка из зева с определением чувствительности к антибиотикам. Для верификации диагноза — МРТ с контрастированием, эндомиокардиальная биопсия.

К задаче 85

1. Острая ревматическая лихорадка: кардит с вальвулитом митрального клапана, мигрирующий артрит. АВ-блокада I ст. Нарушение кровообращения (НК) I — ПА ст. (ФК II).
2. Два больших критерия — кардит + мигрирующий артрит, 3 малых — лихорадка, лабораторная активность (повышение СОЭ, СРБ), АВ блокада I ст. Данные, подтверждающие стрептококковую инфекцию: повышение АСЛО, перенесенная инфекция, вероятно скарлатина.
3. Лечение: постельный режим до разрешения острой фазы, т. е. нормализации ЭКГ-изменений (2–8 недель в зависимости от тяжести течения заболевания), питание с ограничением поваренной соли, питьевой режим под контролем диуреза. Этиотропная терапия: антибиотики пенициллинового ряда (амоксциллин) — 14 дней, затем переход на пролонгированные формы (бициллин-5 1 раз в 4 недели 1500000 ЕД в/м); НПВС (ортофен — 3 мг/кг/сут., 1–1,5 мес.); преднизолон — 0,7–1 мг/кг/сут. (при тяжелом течении с прогрессирующей сердечной недостаточностью), 10–14 дней с постепенным снижением дозы до 2,5 мг каждые 5–7 дней под контролем клинико-лабораторных показателей. Терапия НК: капотен — 0,5 мг/кг/сут., гипотиазид — 1 мг/кг/сут.
4. Первичная профилактика — санация очагов хронической инфекции (кариес, хронический тонзиллит, фарингит), повышение резистентности организма. Вторичная профилактика — бициллин-5 1500000 ЕД в/м 1 раз в 4 недели, круглогодично, не менее 10 лет.

К задаче 86

1. 90 перцентиль артериального давления (АД) по полу, возрасту и росту — 131/81 мм рт. ст. 95 перцентиль АД по полу, возрасту и росту — 135/85 мм рт. ст. Систолическое АД выше 95 перцентилья, диастолическое АД ниже 95 перцентилья.
2. Измерение артериального давления (АД) на ногах, определение пульсации бедренных артерий для исключения коарктации аорты. Контроль АД в домашних условиях в течение 14 дней с ведением дневника (утро, вечер). Динамическое измерение АД на трех визитах к врачу с интервалом в 10–14 дней. При неоднократно зафиксированном повышении АД выше 95 перцентилья — базисное обследование для исключения вторичного генеза артериальной гипертензии: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (креатинин, мочеви́на, глюкоза, холестерин, натрий, калий), ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ почек, осмотр глазного дна. По показаниям — консультации специалистов (нефролог, невролог, эндокринолог, детский кардиолог). Суточное мониторирование артериального давления (СМАД). При необходимости — расширение спектра обследований в зависимости от предполагаемой причины артериальной гипертензии.

К задаче 87

1. Врожденный порок сердца. Дефект межжелудочковой перегородки? Нарушение кровообращения (НК) I — ПА ст. (ФК II).
2. Проверить пульсацию на бедренных артериях (для исключения коарктации аорты).
3. Экстренная госпитализация в отделение патологии новорожденных или кардиологическое отделение педиатрического стационара. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки, ЭКГ, ЭхоКГ. Консультация кардиохирурга.

К задаче 88

1. Врожденный порок сердца — коарктация аорты. НК 0.

2. Снижение местной температуры нижних конечностей, отсутствие пульсации на бедренных артериях, систолический шум по левому краю грудины обусловлены наличием препятствия кровотоку в большой круг кровообращения и, как следствие, обеднением кровоснабжения нижней половины туловища и нижних конечностей. Систолический шум в межлопаточных областях обусловлен коллатеральным кровотоком по межреберным артериям, в обход суженного участка аорты. Повышение АД на руках связано с высоким градиентом давления в аорте (выше места сужения) и отходящих от нее подключичных артериях.
3. ЭКГ, ЭхоКГ, консультация кардиолога, кардиохирурга. С учетом стабильного состояния ребенка, отсутствия признаков хронической сердечной недостаточности экстренная госпитализация в кардиологическое отделение не показана.

К задаче 89

1. Синдром вегетативной дисфункции по ваготоническому типу, перманентное течение. Головные боли напряжения? Диагноз обоснован типичными жалобами — плохой переносимостью транспорта, душных помещений, ортостатическими головокружениями; клиническими данными — гипергидрозом, похолоданием конечностей, дыхательной аритмией в положении лежа, артериальной гипотензией, отсутствием грубых патологических шумов в сердце и признаков недостаточности кровообращения.
2. ЭКГ с функциональными пробами (лежа, в ортостазе, после физической нагрузки), КИГ, реоэнцефалография/УЗДГ кранио-вертебральных сосудов. Расширение спектра диагностических исследований при выявлении отклонений. Консультация невролога.
3. Режим дня, ограничение просмотра телевизора, работы за компьютером, достаточная двигательная активность (утренняя зарядка, ходьба, бег, плавание, коньки, лыжи, велосипед, туризм); регулярное питание, достаточный питьевой режим; контрастный душ в первую половину дня, массаж туловища, конечностей; в течение 3-х недель утром и днем растительный адаптоген —

настойка элеутерококка (14 капель растворить в воде, принимать до еды). Коррекция назначений по результатам обследования.

К задаче 90

1. Синдром вегетативной дисфункции, пароксизмальное течение, симпато-адреналовый криз. Обоснование диагноза — внезапное начало, эмоционально-аффективные расстройства (тревога, страх, беспокойство на осмотре), признаки гиперсимпатикотонии (сухость во рту, полиурия, гипертермия, тахикардия, систолическая артериальная гипертензия), связь с психоэмоциональной нагрузкой.
2. Уложить на кушетку с приподнятым головным концом, успокоить, дать седативное лекарственное средство из имеющихся в наличии (валериана, пустырник), вызвать бригаду СМП. Использовать гипотензивные или вспомогательные средства для снижения АД до безопасного уровня.
3. Патогенетическое лечение — применение β -адреноблокатора анаприлин (обзидан) — 1 мг/кг внутрь. При выраженных эмоционально-аффективных проявлениях — седуксен 0,5 мг/кг (0,1 мл/кг 0,5% раствора).

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

К задаче 91

1. Острый простой бронхит.
2. Рентгеновский снимок грудной клетки (по показаниям). Анализ крови в динамике. ИФА к *Mycoplasma pneumoniae*, ЦМВ инфекции, вирусу простого герпеса, герпеса 6 типа.
3. Муколитики, противовоспалительные, противовирусные препараты, симптоматическая терапия (сосудосуживающие капли в нос, ингаляционная терапия), физиолечение.
4. Неспецифические методы профилактики — организация лечебно-охранительного режима и полноценного питания, закаливание. Специфическая профилактика — вакцинация против гриппа, пневмококковой инфекции.

К задаче 92

1. Острый бронхолит, неуточненный.
2. Респираторно-синцитиальные вирусы, аденовирус, грипп, микоплазма.
3. Дифференциальный диагноз с пневмонией, острым обструктивным бронхитом
4. Кислород. Целесообразно пребывание в палате интенсивной терапии. Ингаляции 3% раствора соли. Антибиотики по показаниям.
5. Лечить ребенка на дому нельзя в связи с тяжестью состояния и развитием дыхательной недостаточности.

К задаче 93

1. Острый обструктивный бронхит.
2. Дифференциальный диагноз с приступом бронхиальной астмы, внебольничной пневмонией.
3. Муколитики, ингаляции с беродуалом (в возрастных дозировках) 3–4 раза в день, противовоспалительные препараты (фенспирид — торговое название «эrespал»), симптоматическая терапия.
По показаниям — ингаляционные кортикостероиды, антибиотикотерапия, инфузионная терапия: глюкозо-солевые растворы + эуфиллин 2,4% в/в из расчета 3–5 мг/кг/сут. капельно, противовирусная терапия.
4. Организация гипоаллергенного быта, питания. Профилактика ОРВИ.

К задаче 94

1. Внебольничная пневмония в нижней доле правого легкого (S VIII — IX) среднетяжелая форма.
2. Этому заболеванию часто предшествует респираторная вирусная инфекция, охлаждение.
3. β -лактамы антибиотики: амоксициллин, амоксициллин/клавуланат. При неэффективности — цефалоспорины

II — III поколения. Симптоматическая терапия — муколитики, жаропонижающие препараты.

4. Ребенок подлежит обязательной госпитализации. После выздоровления — наблюдение в течение 3-х месяцев участковым педиатром.

К задаче 95

1. Внебольничная пневмония, правосторонняя, нижнедолевая, тяжелая форма, осложненная синдромом системной воспалительной реакции.
2. Наиболее вероятный возбудитель — пневмококк.
3. β -лактамы антибиотики: амоксициллин, амоксициллин/клавуланат.
4. Удовлетворительное общее состояние больного, купирование клинических симптомов заболевания, нормализация температуры, отсутствие физикальных данных, нормальные показатели гемограммы, рентгенологически — исчезновение инфильтративных изменений в легких.

К задаче 96

1. Внебольничная пневмония сегментарная (S VII), среднетяжелая форма.
2. Предрасполагающим фактором в развитии заболевания является предшествующая ОРВИ, контакт с больным или бактериовыделителем.
3. В развитии внебольничной пневмонии ведущим этиологическим фактором является *Streptococcus pneumoniae*.
4. β -лактамы антибиотики (амоксициллин, амоксициллин клавуланат) либо цефалоспорины II — III поколения.
5. Критерием отмены антибиотиков является нормализация температуры в течение 2–3 дней, нормализация показателей периферической крови, исчезновение инфильтративной воспалительной реакции на рентгенограмме грудной клетки.

К задаче 97

1. В развитии данной внебольничной пневмонии ведущим этиологическим фактором является *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamidia pneumoniae*, пневмоциты, грибы, вирусы (грипп, герпес — вирусы), *L.pneumoniae*.
2. Внебольничная пневмония правосторонняя тяжелая форма, ДН I — II. Микропротеинурия.
3. Назначить проведение R-граммы грудной клетки, ЭКГ, определение C-реактивного белка, показателей гемостаза крови, общий анализ мочи в динамике.
4. Аспирация содержимого ротоглотки, вдыхание аэрозоля, содержащего микроорганизмы, фиксация и размножение инфекционного агента в эпителии респираторных бронхов и попадание микроорганизмов непосредственно в альвеолы с последующим размножением. Возникающий серозный отек, содержащий большое количество бактерий, распространяется через альвеолярные поры на паренхиму легкого и плевру.
5. Смена антибактериальной терапии в случае первоначально назначенных β -лактамных антибиотиков показано при сохранении лихорадки в течение 24–48 часов, симптомов интоксикации, одышки, физикальных данных. Альтернативные группы — цефалоспорины II — III поколения, макролиды.

К задаче 98

1. Внебольничная пневмония в средней доле правого легкого, тяжелая форма, ДН II. Гипотрофия I ст. Анемия I ст. Рахит II ст., период разгара, подострое течение.
2. ЭКГ, определение C-реактивного белка, ИФА к ЦМВ, вирусу простого герпеса, герпеса 6 типа. Иммунограмма.
3. β -лактамные антибиотики (амоксциллин, амоксициллин клавуланат) либо цефалоспорины II — III поколения, муколитики, кислород.
4. Осмотр педиатром 1 раз в месяц в первые 3 месяца, затем — 1 раз в 3 месяца до одного года. Консультация инфекциониста. Лечение анемии, рахита, гипотрофии. Профилактика ОРВИ.

К задаче 99

1. Назначение антибактериальной терапии (β -лактамовых антибиотиков), муколитики. Ребенок подлежит обязательной госпитализации.
2. Внебольничная пневмония (пневмококковая), правосторонняя, среднетяжелая форма.
3. Рентгенограмма органов грудной клетки, посев мокроты.
4. *Streptococcus pneumoniae*.

К задаче 100

1. Внебольничная пневмония, правосторонняя, среднетяжелая форма.
2. Рентгенограмма органов грудной клетки, анализ крови методом ИФА (определение антител IgM и -G к *Cl. pneumoniae*).
3. Антибактериальная терапия — макролиды.
4. Диспансерное наблюдение в течение 3-х месяцев участковым педиатром, проведение пикфлоуметрии, массаж, ЛФК, физиотерапия, адаптогены, противовоспалительная терапия (фенспирид, торговое название «эrespал»).

К задаче 101

1. Внебольничная пневмония (предположительно микоплазменной этиологии) слева, среднетяжелая форма.
2. Антибактериальная терапия — макролиды.
3. Диспансерное наблюдение в течение 3-х месяцев участковым педиатром, проведение пикфлоуметрии, массаж, ЛФК, физиотерапия, адаптогены, противовоспалительная терапия (фенспирид, торговое название «эrespал»).

К задаче 102

1. Внебольничная пневмония (*H. Influnzae*), правосторонняя среднедолевая (S-5), среднетяжелая форма.

2. Начало заболевания острое, с выраженными катаральными явлениями, гипертермия, пневмонический токсикоз, кашель сухой, со скудной желтовато-белой мокротой, умеренные воспалительные изменения общего анализа крови, увеличенная СОЭ.
3. Посев мокроты, повторная ЭКГ.
4. Антибактериальная терапия — β -лактамы антибактериальные препараты, ингаляции муколитиков, инфузионная терапия.

К задаче 103

1. Внебольничная пневмония (неустановленной этиологии), левосторонняя, среднетяжелое течение.
2. Рентгенограмма органов грудной клетки, посев мокроты.
3. Антибактериальная терапия — защищенные аминопенициллины, ингаляции муколитиков, инфузионная терапия.

К задаче 104

1. Внебольничная пневмония, (предположительно микоплазменная), правосторонняя в нижней доле справа (S-VII), осложненная ДН II, тяжелая форма.
2. Начало заболевания острое, с выраженными катаральными явлениями, гипертермия, умеренно выраженный интоксикационный синдром, кашель сухой, со скудной слизистой мокротой, наличие бронхообструктивного синдрома, умеренные воспалительные изменения общего анализа крови.
3. Посев мокроты, анализ крови методом ИФА (определение антител IgM и -G к *Mycoplasma pneumoniae*), проведение пикфлоуметрии.
4. Антибактериальная терапия — цефалоспорины в сочетании с макролидами, ингаляции муколитиков, бронхоспазмолитиков, инфузионная терапия (по состоянию).

К задаче 105

1. Муковисцидоз, легочная форма, двухсторонний гайморит, задержка физического развития.

2. Заболевание наследуется по аутосомно-рецессивному типу.
3. Антибиотикотерапия при рецидиве пневмонии. Ферментотерапия (креон). Использование ингаляций пульмозима с целью разжижения мокроты и облегчения ее выделения. Муколитическая терапия с лазолваном 2–3 курса в месяц. Лечение хронического гайморита. Лечебная физкультура.
4. Пульмонолог, отоларинголог.
5. Прогноз неблагоприятный. В России больные муковисцидозом живут не более 20 лет.

К задаче 106

1. Муковисцидоз, смешанная форма. Хронический гепатит. Хронический панкреатит. Дистрофия.
2. Антибиотики при рецидивировании пневмонии. Ферментотерапия (креон). Ингаляционная терапия с муколитиками и панкреозимином. Урсофальк 15 мг/кг. Гепатопротекторы. Элькар. Питание полноценное, обогащение белком, жиром, овощами, фруктами, творогом, сыром.
3. Велосипед, плавание, дыхательная гимнастика.
4. Неблагоприятный прогноз.

К задаче 107

1. Поллиноз, риноконъюнктивальная форма.
2. Определение общих IgE и специфических IgE-антител в сыворотке крови (особенно важны при неубедительных результатах кожных проб либо при невозможности их постановки). Назальный провокационный тест проводится после постановки кожных проб. Цитологическое исследование мазков и смывов из полости носа. Эндоскопическое исследование полости носа и проба с адреналином обычно демонстрирует обратимость выявленных изменений. Активная передняя риноманометрия и акустическая ринометрия. Рентгенография, компьютерная и магнитно-резонансная томография полости носа и околоносовых пазух (диагностика осложненных форм)

Осмотр оториноларинголога.

3. Устранение контакта с аллергеном (если возможно), аллерген-специфическая иммунотерапия, организация гипоаллергенного быта. Фармакотерапия (антигистаминные препараты, ингаляционные глюкокортикостероиды; базисная терапия: препараты кромоглициевой кислоты (недокромил натрия, интал), деконгестанты (сосудосуживающие капли в нос), антилейкотриены (монтелукаст), антихолинергические средства).
4. В период цветения глюкокортикостероиды назначают на весь период цветения 1–2 раза в день (назонекс, авамис). Ингаляционные глюкокортикостероиды можно рассматривать как высокоэффективные средства первого ряда в лечении аллергического ринита среднетяжелого и тяжелого течения (убедительность доказательств А).

К задаче 108

1. Атопическая бронхиальная астма, персистирующая, среднетяжелая, приступный период. Гастроинтестинальная пищевая аллергия. Атопический дерматит, обострение.
2. Ингаляционная терапия: ингаляции бронхоспазмолитиков, кортикостероидов, муколитиков, снятие приступа с оценкой состояния больного через 20 мин. после проведенной ингаляции. При неэффективности ингаляций — инфузионная терапия (эуфиллин, преднизолон).
3. Базисная терапия — ингаляционные кортикостероиды в качестве монотерапии или в сочетании с антилейкотриенами (монтелукаст, сингулекс, монтелар). Элиминационная диета.
4. В приступный период — проведение спирографии, в межприступный — пикфлоуметрия.
5. Консультация дерматолога, гастроэнтеролога.

К задаче 109

1. Вирус-индуцированная бронхиальная астма, персистирующая среднетяжелая, приступный период. Аденоидит?
2. Бронхоконстрикция.

3. Ингаляционная терапия: ингаляции бронхоспазмолитиков, кортикостероидов, муколитики до снятия приступа, с оценкой состояния больного через 20 минут после проведенной ингаляции. При неэффективности ингаляционной терапии — инфузионная (эуфиллин, преднизолон). Антибиотикотерапия. Симптоматическая терапия (жаропонижающие препараты, капли в нос).
4. Пульмонолог. Отоларинголог (санация очагов хронической инфекции, при необходимости — аденэктомия в межприступный период).
5. Организация гипоаллергенного быта, диеты, профилактика ОРВИ. Закаливание. Климатотерапия (горы, море, морское побережье), галотерапия, лечебные грязи, лечебный массаж, рефлексотерапия, лечебная физкультура, плавание.

К задаче 110

1. Острый обструктивный бронхит.
2. Рентгенограмма органов грудной клетки, ИФА к *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamidophila pneumoniae*, общие YgE, специфические YgE-антитела.
3. Антибактериальная терапия: макролиды, ингаляции бронхоспазмолитиков, кортикостероидов, муколитиков до снятия бронхоспазма.
4. Массаж, ЛФК, адаптогены. Гипоаллергенный быт, диета. Санация очагов хронической инфекции.

ГЕМАТОЛОГИЯ

К задаче 111

1. Острый лейкоз, период развернутой клинической картины, нейтролейкоз (парез лицевого нерва, гипертензионный синдром).
2. Дифференциальный диагноз необходимо провести:
 - а) с невритом лицевого нерва;
 - б) с менингитом;
 - в) с холепатией;
 - г) с водянкой яичка;

- д) с агранулоцитозом;
- е) с инфекционным мононуклеозом.

К задаче 112

1. Острый лейкоз, возможно, лимфобластный вариант, период развернутой клинической картины.
2. Стерильная пункция (миелограмма), цитохимическое исследование бластных клеток костного мозга, консультация окулиста (глазное дно), консультация невролога, люмбальная пункция, кровь на показатели деструкции соединительной ткани, рентгенологическое исследование суставов (коленных, голеностопных), ЭКГ.

К задаче 113

1. Врожденная гипопластическая анемия Фанкони (с общим поражением костного мозга и сочетанием с пороками развития).

К задаче 114

1. Геморрагический васкулит, смешанная форма (кожный и абдоминальный синдромы), острое течение.
2. Принципы лечения:
 - а) стол 1а;
 - б) режим постельный;
 - в) борьба с нарушенной микроциркуляцией и интоксикацией (новокаин, глюкозо-солевые р-ры в/в — капельно), курантил, пентоксифиллин;
 - г) антикоагулянтная терапия (гепарин);
 - д) препараты антибрадикининового действия: стугерон, прудектин.

К задаче 115

1. Гемофилия, почечное кровотечение, постгеморрагическая анемия.

2. План обследования:
 - а) общий анализ крови, мочи;
 - б) время кровотечения, время свертывания крови, ретракции кровяного сгустка;
 - в) коагулограмма, определение типа гемофилии.

К задаче 116

1. Врожденная парциальная гипопластическая анемия Даймонда-Блэкфана.
2. План обследования: общий анализ крови, железо сыворотки крови, ОЖСС, миелограмма.

К задаче 117

1. Приобретенная гемолитическая аутоимунная анемия, криз тяжелый.
2. Дифференциальный диагноз:
 - наследственная несфероцитарная гемолитическая анемия;
 - гемоглобинозы;
 - постгеморрагическая анемия;
 - вирусный гепатит;
 - инфекционно-алиментарная анемия.
3. План обследования:
 - общий анализ крови, ретикулоциты;
 - реакция Кумбса с эритроцитами;
 - исследование билирубина по фракциям, протеинограмма, мочевины, креатинин;
 - общий анализ мочи;
 - определение уробилина, желчных пигментов, свободного гемоглобина в моче.

К задаче 118

1. Тромбоцитопатия, возможно, тромбоцитопения Гланцмана.

2. План обследования: ретракция кровяного сгустка, миелограмма, агглютинабельность тромбоцитов, агрегация, адгезия тромбоцитов

К задаче 119

1. Аденовирусная инфекция с мононуклеозоподобным синдромом.
2. Дифференциальный диагноз: инфекционный мононуклеоз, острый лейкоз.
3. План обследования: стерильная пункция, пункция увеличенного лимфоузла, реакция Пауля-Буннеля, гемограмма в динамике.

К задаче 120

1. Болезнь Гоше.
2. Дифференциальный диагноз: болезнь Ниманна-Пика, гистиоцитоз, тромбофлебитическая спленомегалия, хронический гепатит.
3. План обследования: стерильная пункция (миелограмма); рентгенографическое исследование костей черепа, таза, бедренных костей; исследование глазного дна; исследование функции печени; учет количества выпитой жидкости, выделенной мочи.

К задаче 121

1. У ребенка гемолитическая анемия, криз тяжелый. Возможно, дважды перенесенный вирусный гепатит тоже являлся проявлением основного заболевания (кризы). Можно предположить семейную гемолитическую микросфероцитарную анемию Минковского-Шоффара как наиболее частую форму гемолитической анемии.
2. Для установления окончательного диагноза нужно: уточнить, как протекал ранее вирусный гепатит, лучше по медицинским документам; выяснить семейный анамнез (случаи бледности, желтухи у других членов семьи); сфероциты и ретикулоциты крови; гематокрит; осмотическая стойкость эритроцитов; исследование билирубина по фракциям, протеинограмма и др. пробы печени; реакция Кумбса с эритроцитами; средний диаметр

эритроцитов (после выведения из состояния криза), а также у родителей; определение уробилина, желчных пигментов в моче.

К задаче 122

1. Лимфогранулематоз, I стадия.
2. План обследования: общий анализ крови, тромбоциты; пункция увеличенного лимфоузла; стерильная пункция.
- 3.

К задаче 123

1. Предварительный диагноз — тромбоцитопеническая пурпура, врожденный тип, трансиммунная форма.
2. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с различными нарушениями гемостаза у новорожденных: геморрагической болезнью, коагулопатиями, тромбоцитопенической пурпурой изоиммунной формы, тромбоцитопатиями.

К задаче 124

1. Предварительный диагноз — талассемия.
2. План обследования: генеалогический анамнез: наличие малых и больших форм заболевания у родителей; краниограмма (у больных отмечается расширение спонгиозного слоя костей черепа при истончении наружных и внутренних пластинок, кости черепа в виде «щетки»); общий анализ крови: анемия, ретикулоцитоз, пойкилоцитоз, анизоцитоз со сфероцитозом и др. аномальными формами эритроцитов (бледные или мишеневидные), повышение уровня непрямого билирубина; осмотическая стойкость эритроцитов: \max — повышена, \min — понижена; количество сывороточного железа — нормальное или повышено. В моче много уробилина. Стерильная пункция: эритробластическая реакция с преобладанием базофильных форм эритробластов и ретикулярных клеток. Нв: до 90% Нв F и повышенное содержание Нв A2.
3. Переливание эритроцитарной массы с заместительной целью. При неэффективности — спленэктомия. Прогноз неблагоприятный.

К задаче 125

1. Эритропоэтическая врожденная порфирия.
2. План обследования: уточнить семейный анамнез: наследуется как по рецессивному, так и по доминантному типу, среди родителей возможно кровное родство. Нужно искать кожные изменения в виде рубцов на открытых частях кожи, после инсоляции появляются эритема, зуд, а затем пузыри, сначала с серозным а затем с гнойным содержимым. Исход — рубцевание с обезображиванием. Кроме изменения окраски зубов отмечается остеопороз, искривление фаланг. Гемолитическая анемия с признаками внутриклеточного гемолиза. Осмотическая стойкость эритроцитов не нарушена, но укорочен срок жизни (до 10 мин.) эритроцитов, подвергнутых УФО-облучению (в норме 6 часов). В эритроцитах периферической крови и эритроцитах костного мозга повышено содержание порфиринов.
3. План лечения: защита от солнца. По показаниям — спленэктомия.

К задаче 126

1. Предварительный диагноз — наследственная сфероцитарная анемия Минковского-Шоффара.
2. План обследования: необходимо собрать подробный генеалогический анамнез: хотя бы у одного из родителей может обнаружиться легкая или субклиническая форма гемолиза. Осмотр: башенный череп, узкие зубные дуги, пучеглазие, гетерохромные радужки. Спленомегалия. Дополнительно: необходимо определить резус-фактор и группу крови ребенка, родителей. Общий анализ крови: нормохромная анемия, ретикулоцитоз, умеренная тромбоцитопения, лейкоцитоз и повышенное СОЭ. Осмотическая стойкость эритроцитов снижена как минимальная (0,6–0,65%), так и максимальная (0,40–0,48%). Непрямая гипербилирубинемия. Средний диаметр эритроцитов снижен, эритроциты имеют форму шара (сфероциты). Эритроцитометрическая кривая сдвинута влево. В строме эритроцитов снижено содержание АТФ. При исследовании

костного мозга: гиперплазия красного ростка с преобладанием в период криза негемоглобинизированных форм, что требует исключения дефицитной анемии (в сыворотке снижено содержание витамина). В моче нет желчных пигментов, но уробилин присутствует. Для дифференцировки от других видов гемолитической анемии нужно определение ферментов Г-6-ФД и 2,3 дифосфоглицеромутаза, активность которых при анемии Минковского-Шоффара повышена. Постановка пробы Кумбса для определения иммунных форм гемолиза.

3. План лечения: в период тяжелого гемолитического криза — заменное переливание крови. В/в вливание глюкозы и витаминов, аскорбиновая кислота, АТФ — в/м, гормональная терапия. При неэффективности — спленэктомия.

НЕФРОЛОГИЯ

К задаче 127

1. Острый постстрептококковый гломерулонефрит, нефритический синдром, почечная недостаточность острого периода. Хронический тонзиллит.
2. Проба Зимницкого, клиренс эндогенного креатинина (расчетный по сыворотке), динамическая реносцинтиграфия, коагулограмма, иммунограмма.
3. Мазок из зева с целью обнаружения стрептококка.
4. Лечебный стол № 7А без соли, на время снятия отеков — хлеб без содержания соли, со второй недели — стол № 7Б (мясо, рыба, творог на период 3–4 недели), затем стол № 7С с постепенным увеличением соли с 0,5 до 4 граммов, затем стол № 5. Антибиотикотерапия (амоксиклав, аугментин, амиссид); курантил — 2–3 мг/кг, трентал — 5–10 мг/кг на 2 недели; диуретики (при выраженных отеках) — фуросемид 0,5–10 мг/кг, в ряде случаев с калийсберегающим диуретиком (верошпирон 1–3 мг/кг); гипотензивные препараты-ингибиторы АПФ (капотен, энап). В случаях выявления оппортунистических инфекций (ЦМВ, вирус простого герпеса, вируса герпеса б типа) — виферон, ацикловир.

5. Дети, больные гломерулонефритом, с диспансерного учета не снимаются до передачи во взрослую сеть.

К задаче 128

1. Острый постстрептококковый гломерулонефрит, нефритический синдром, почечная недостаточность острого периода.
2. Проба Зимницкого, клиренс эндогенного креатинина (расчетный) по сыворотке, динамическая реносцинтиграфия, гемостазиограмма.
Мазок из зева с целью обнаружения стрептококка, АСЛО, АСГ, С-реактивный протеин, коагулограмма, иммунограмма.
3. Заболевание стрептококковой этиологии.
4. Лечебный стол № 7А без соли, на время снятия отеков — хлеб без содержания соли, со второй недели — стол № 7Б (мясо, рыба, творог на период 3–4 недель), затем стол № 7С с постепенным увеличением соли с 0,5 до 4 граммов, затем стол № 5. Антибиотикотерапия (амоксиклав, аугментин, амиссид); курантил — 2–3 мг/кг, трентал — 5–10 мг/кг на 2 недели; диуретики (при выраженных отеках): фуросемид — 0,5–10 мг/кг, в ряде случаев с калийсберегающим диуретиком (верошпирон 1–3 мг/кг); гипотензивные препараты-ингибиторы АПФ (капотен, энап). В случаях выявления оппортунистических инфекций (ЦМВ, вирус простого герпеса, вируса герпеса 6 типа) — виферон, ацикловир.
5. Прогноз благоприятный.
6. Консультация лор-специалиста.

К задаче 129

1. Острый гломерулонефрит, нефротический синдром, период начальных проявлений. Функция почек сохранена.
2. Функциональные методы исследования: проба Зимницкого, проба Реберга, протеинограмма, иммунограмма, коагулограмма.
3. Режим постельный до ликвидации отеков. Ограничение жидкости с учетом диуреза предыдущего дня. Стол № 7А. Пищу необходимо готовить без содержания соли, хлеб бессолевой. В набор продуктов входят яйца, кефир, молоко, сливочное

и растительное масло, все крупы, макароны, овощи и фрукты. Со второй недели стол № 7Б (мясо, рыба, творог) на 3–4 недели, затем — стол 7С на 4 недели с добавлением соли с 0,5 до 4 граммов, затем переводят на стол № 5. Преднизолон 2 мг/кг (не более 80 мг/сут.) непрерывно 4 недели. При получении нормальных суточных анализов мочи гормональную терапию назначают в альтернирующем режиме: через день в дозе 2/3 от лечебной утром в один прием 4 недели с последующим снижением дозы по 5 мг в неделю с последующей отменой в течение 3–6 месяцев. Антиагреганты: курантил — 2–3 мг/кг; антикоагулянты: гепарин — 100–200 Ед/кг, п/к 4–6 раз 2–4 недели с последующим снижением и отменой. Метаболическая терапия препаратами калия (панангин). При наличии очагов инфекции — антибиотики пенициллинового ряда, в/м.

4. Диспансерное наблюдение до перевода в терапевтическую службу.

К задаче 130

1. Гемолитико-уремический синдром. ОПН.
2. Дифференциальный диагноз: острая кишечная инфекция, вирусный гепатит.
3. Токсический гепатит.

К задаче 131

1. Наследственный нефрит. Синдром Альпорта. Изучение данных анамнеза; лабораторных исследований, функции почек у полусибсов и других родственников.
2. Динамическая реносцинтиграфия.
3. Дифференциальный диагноз с гломерулонефритом, нефритическим синдромом; тубулоинтерстициальным нефритом, болезнью тонких базальных мембран — показана нефробиопсия (электронная микроскопия).
4. Лечение кортикостероидами не показано.
5. Прогноз неблагоприятный.

К задаче 132

1. Врожденный нефротический синдром (микрокистоз почек). Анемия.
2. Отеки связаны с гипопротеинемией и гиперпротеинурией.
3. Прогноз неблагоприятный.

К задаче 133

1. Врожденный порок развития почек (поликистоз почек), анемия I степени.
2. Динамическая реносцинтиграфия.
3. Консультация генетика.
4. Прогноз неблагоприятный.

К задаче 134

1. Вторичный пиелонефрит обструктивного типа (удвоение левой почки), острое течение.
2. Исследование функции канальцев (проба Зимницкого, цистография); мочевины, креатинина сыворотки крови, клиренс эндогенного креатинина. УЗИ почек и мочевого пузыря до и после мочеиспускания с определением площади лоханок. Бактериограмма мочи с определением чувствительности к антибактериальным препаратам. В период клинико-лабораторной ремиссии показаны: цистоскопия, рентгено-урологические исследования: микционная цистография.
3. Врачебная тактика: лечебный стол № 5, жидкость не ограничивать, режим полупостельный. Амоксиклав — 40 мг/кг в три приема 10–12 дней, далее фурагин — 5–8 мг/кг 6 недель, затем в половинной дозе до 8 недель. В последующем 10 дней каждого месяца — невиврамин — 50 мг/кг, палин, нитроксалин 6 месяцев, фурамаг.
Консультация уролога. Диспансерное наблюдение не менее 5 лет стойкой клинико-лабораторной ремиссии и сохранной функции почек.

К задаче 135

1. Диагноз: хронический вторичный пиелонефрит на фоне двустороннего смешанного ПМР IV — V ст.; рефлюкс-нефропатия (вторично сморщенные почки) — в результате ПМР IV — V ст. и интратрениального рефлюкса. Обострение. ХПН — тотальная.
2. Динамическая реносцинтиграфия, проба Реберга, УЗДГ сосудов почек уже выполнено, мочевины, креатинина сыворотки крови, клиренс эндогенного креатинина, маркеры гепатита.
3. Консультация кардиолога, уролога, консультация в отделении диализа.
4. Исход неблагоприятный при программном гемодиализе (3 дня в неделю) или перитонеальном диализе (ежедневно) до отсутствия пересадки почки. В случае трансплантации почек — исход благоприятный.

К задаче 136

1. Хронический вторичный пиелонефрит, оксалатно-кальциевая кристаллурия, период обострения. Концентрационная функция почек сохранена.
2. Микционная цистография. Проба Зимницкого. Проба Реберга.
3. Исключить продукты, содержащие оксалаты (бульоны, какао, шоколад, свекла, щавель) и кальций (сыр, творог, молоко, фасоль, петрушка, зеленый лук).
4. Медикаментозная терапия: витамин от 10–60 мг/сут. 3–4 недели. Повторные курсы ежеквартально витамина Е (альфа-токоферол) 1–3 мг/сут. 3–4 недели, повторные курсы ежеквартально витамина А (ретинол) — 1 капля на год жизни 1 раз в день в течение 2-х недель; ксидифон — 2% раствор 3 мг/кг 3–4 недели (противопоказан при гиперкальциемии). Сочетается с витамином Е, препаратами магния (окись магния) в дозе 50–100–200 мг в сутки 1 раз в день 2–3 недели курсами 3–4 раза в год.

К задаче 137

1. Хронический вторичный пиелонефрит, обструктивный. Аномалия развития мочеточников, период обострения.
2. Основное заболевание относится к микробно-воспалительным заболеваниям мочевой системы.
3. Этиологическим фактором является кишечная палочка.
4. Стол молочно-растительный с ограничением соли, обильное питье на 50% больше нормы, минеральная вода (Обуховская-11, Славяновская, Смирновская) — 2–3 мл/кг на прием.
5. Диспансерное наблюдение не менее 5 лет.

К задаче 138

1. Витамин Д-зависимый рахит.
2. Отсутствие терапевтического эффекта от назначения витамина Д, нарастающая деформация костей.
3. Витамин Д 30–50 тыс.ед./сут., лечение в течение нескольких лет. Кальцитриол или метаболит витамина Д, второй метаболит витамина Д 1,25 (ОН) назначают в дозе 0,5–1 мкг/сут. 4–8 и более недель; препараты кальция фосфата продолжительностью 4–8 и более недель.
4. Прогноз улучшается при своевременной диагностике и адекватной терапии. Хирургическая коррекция костных деформаций в период оконченного костного созревания.

К задаче 139

1. Фосфат-диабет (витамин Д-резистентный рахит).
2. Первые признаки заболевания появляются после первого года жизни, когда дети начинают ходить, в виде рахитоподобной деформации скелета, особенно нижних конечностей по варусному типу (О-образное искривление), задержка роста, «утиная» походка, жалобы на боли в костях бедер и голеней.
3. Лечение: большие дозы витамина Д от 25 до 100 тыс. ЕД или метаболит витамина Д 1,25 (ОН) кальцитриол 0,5–1,5 мкг/сут. Постоянно фосфатный буфер. Постоянно проба Сульковича

или суточной кальциурии. Опасность гипervитаминоза витамина Д. Иногда витамин Д сочетают с ксидифоном.

К задаче 140

1. Диагноз: Дисметаболическая нефропатия с уратной кристаллурией. Функция почек сохранена.
2. Показана компьютерная томография почек, т.к. по данным УЗИ микролиты почек не выявлены. Возможно наличие рентгенонегативных конкрементов по ходу правого мочеточника. Цистография.
3. Лечение: стол № 5 с исключением пуринов, высокожидкостный питьевой режим; цистон — $\frac{1}{2}$ г табл. Х2–3 раза в день 1 мес. (3 курса в год); аллопуринол — 10 мг/кг/сут. (осторожно из-за высокой токсичности) + высокий питьевой режим при сохраняющейся кристаллурии уратов (1 мес.); канефрон — по 15 капель х 3 раза в день (1 мес.); витамин — 1 мл в/м № 10, витамин Е — 1 мг/кг (2–3 курса в год); минеральная вода «Обуховская», «Славянская», «Смирновская» — 3–5мл/кг, прием 3 раза в день; курс лечения 1 месяц, 2 курса в год (санаторий или амбулаторно вода без газа). Для улучшения растворимости солей — ощелачивание мочи (лимонтар, цитратная смесь, магурлит), доза индивидуальная под контролем рН мочи (6,2–6,8).
4. Возможные осложнения: тубуло-интерстициальный нефрит, пиелонефрит, мочекаменная болезнь.
5. Прогноз для жизни благоприятный.
6. До перевода во взрослую сеть под наблюдение терапевта-нефролога.

К задаче 141

1. Острый гломерулонефрит, нефротический синдром, период начальных проявлений. Функция почек сохранена.
2. УЗИ органов брюшной полости и почек, радиоизотопная нефросцинтиграфия, УЗДГ сосудов почек, проба Зимницкого, мочевина, креатинин сыворотки крови, ионы калия, натрия, кальция, фосфора сыворотки крови; гемостазиограмма.

3. Стол № 7А (без мяса, рыбы, творога) без соли, 3–5 дней. Затем стол № 7Б без соли с включением творога, рыбы, мяса — до наступления клинико-лабораторной ремиссии (3–4 недели). Затем стол № 7С без соли + NaCl (0,5–4г) с последующим переходом на стол № 5 (при уровне NaCl в рационе питания 4,0 г, отсутствии отеков, высокого давления).
4. Режим постельный — до исчезновения экстраренальных симптомов (отеков и повышения артериального давления).
5. Преднизолон — 2 мг/кг/сутки до получения трех последовательных нормальных общих анализов мочи (максимально 6–8 недель). С последующим переводом на поддерживающую дозу по альтернирующей схеме через день: 1,5 мг/кг — 6 недель с последующим снижением преднизалона по 2,5 мг один раз в 3 дня до полной отмены. Амоксиклав (30 мг/кг в/в) или цефалоспорины 2 поколения в возрастной дозе по 10 дней в/м (цефуроксим — 30–100 мг/кг/сут.); в/в 10–20% альбумин, 10% глюкоза; альбумин из расчета 0,5–1 г/кг/сут. до исчезновения отеков. Лазикс (фуросемид) 1–1,5–2 мг/кг/сут. в конце системы струйно 3–5 дней. Верошпирон — 3–5 мг/кг/сут. на весь период отеков при восстановлении диуреза. Антациды, препараты калия. Гепарин — 100 ЕД/кг/сут. под кожу живота, через 6–8 часов (не менее 3 раз в сутки). Курантил — 2–3–5 мг/кг/сут. до 3 раз в день. Вобэнзим — 1 таблетка на 6 кг массы в сутки в активный период заболевания.
6. Возможные осложнения: острая почечная недостаточность, отек легких, отек мозга, кининовый криз, сахарный диабет, осложнения ГКС-терапии: остеопатия, эрозивный гастродуоденит.
7. Прогноз — благоприятный при гормоночувствительном варианте заболевания (морфологически — минимальный вариант изменений).
8. Диспансеризация в случае стойкой клинико-лабораторной ремиссии и сохранной функции почек длительная, т. к. гломерулонефрит редко заканчивается выздоровлением.

К задаче 142

1. Диагноз: Острый гломерулонефрит, нефритический синдром, период начальных проявлений, снижение клубочковой фильтрации.

2. Биохимический анализ мочи, проба Зимницкого, анализ мочи по Нечипоренко, гемостазиограмма, УЗИ органов брюшной полости и почек, радиоизотопная реносцинтиграфия.
3. Стол № 7А (2–3 дня), затем — № 7Б (до 3–4-х недель, до клинико-лабораторной ремиссии), далее — № 7С (одна неделя), затем — 5-й стол, режим постельный. Амоксиклав (30 мг/кг), аугментин, цефалоспорины 2-го поколения (цефуроксим — 30–100 мг/кг) и др. в/м со сменой ч/з 10 дней, антибиотики — до 4-х недель. Вобэнзим — 1 табл./6 кг (1 мес.).
Внутривенно для улучшения реологических свойств крови: 10% глюкоза 5 мл/кг/сутки; 2,4% эуфиллин 3,0 мл в физиологическом растворе — 50 мл, в конце инфузии — лазикс — 1 мл, струйно в/в. Антикоагулянты (гепарин 100 ЕД/кг/сут., вводится дробно 3–4 раза под кожу живота, дезагреганты по показаниям (курантил — 3–5 мг/кг); энап — 0,1 мг/кг (по показаниям).
4. Возможные осложнения: ОПН, отек легких, отек мозга.
5. Прогноз заболевания зависит от характера морфологических изменений в почках. При постстрептококковом варианте гломерулонефрита возможно полное выздоровление. При мезангиопролиферативном варианте гломерулонефрита — относительно благоприятен.
6. Диспансерное наблюдение в случае стойкой клинико-лабораторной ремиссии и сохранной функции почек педиатром, нефрологом до перевода в терапевтическую службу.

К задаче 143

1. Диагноз: наследственный нефрит, синдром Альпорта, сцепленный с «Х»-хромосомой. Снижение концентрационной функции почек. Малая церебральная дисфункция.
2. Ритм спонтанных мочеиспусканий в течение 2-х суток (время и объем) — отмечать.
УЗИ почек, мочевого пузыря, печени, селезенки; копрограмма; микционная цистоуретрография; консультация невролога.
3. Стол № 16. Режим общепольничный. Курантил, Элькар, витамин Е — 1 кап. х 1 р. Вобэнзим — 1 таб. Х 2 р. в день в течение одного мес. (до или во время еды), запивать 50–75 мл воды.

4. Не исключается дисфункция мочевого пузыря.
5. Прогрессирование в течение заболевания: снижение концентрационной функции почек, фильтрационной функции; повышение АД, анемия, метаболический ацидоз, электролитные нарушения, трансформация в ХПН.
6. Диспансеризация пожизненная. В случае развития ХПН — перевод на программный гемодиализ с последующей трансплантацией почки.

К задаче 144

1. Гипоплазия/дисплазия единственно функционирующей левой почки. Хроническая почечная недостаточность, тотальная. Диагноз поставлен на основании клинико-лабораторно-инструментального исследования. По данным УЗИ почек, единственно функционирующая левая почка уменьшена в размерах — по возрасту размеры почки должны быть 8,0 x 4,4 см. Уменьшен корковый слой почки. Отсутствие дифференцировки коркового и мозгового слоев почки, повышенная плотность свидетельствуют об их дисплазии.
Лечение в отделении детского диализа — перитонеальный диализ.
Лечение: инфузионная терапия с дезинтоксикационной целью, коррекция электролитных нарушений метаболического ацидоза.
2. Дальнейшее дообследование (УЗДГ сосудов почек) и выбор тактики заместительной почечной терапии (диализ: перитонеальный с последующей трансплантацией почки). Симптоматическая терапия индивидуальная по результатам дополнительного обследования.
3. Дифференциальный диагноз с тубулопатией, почечно-тубулярным ацидозом — дистальный тип, протекающий с вальгусной деформацией нижних конечностей.
Вальгусная деформация нижних конечностей у больного — одно из проявлений ХПН (остеопатии).
4. Прогноз серьезный, будет зависеть от исхода заместительной терапии.

К задаче 145

1. Системная красная волчанка, острое течение, III степень активности. Люпус-нефрит. Снижение клубочковой фильтрации. Энцефалитические судороги.
2. Кровь на LE-клетки, антинуклеарный фактор, антитела к ДНК нативной. Гемостазиограмма. Проба Зимницкого. УЗИ почек, мочевого пузыря. УЗДГ сосудов почек.
3. Лечение: пульс-терапия преднизолоном 20–30 мг/кг/сут. на пульс (не более 1000 мг в/венно); пульс-преднизолоном через день № 3 в неделю; между пульсами преднизолон 1 мг/кг/сут.; циклофосфамид — 20 мг/кг/трехнедельные пульсы под контролем лейкоцитов и лимфоцитов общего анализа крови; кумулятивная доза курса — 200 мг/кг; клексан — 0,4 мл подкожно (область живота) 1 раз в день на период гиперкоагуляции; курантил — 3 мг/кг/сут. Стол № 7Б. Режим постельный в период выраженной активности.
4. Возможные осложнения: энцефалитические (отек мозга с потерей сознания, судороги, потеря зрения); почечный криз (ОПН-выраженная олигоурия, анурия, азотемия, метаболический ацидоз, электролитные нарушения); кардиальный криз (электролитные сдвиги, нарушения ритма сердца, кардиалгии, изменения на ЭКГ); остеопороз.
5. Диспансерное наблюдение до 18 лет. Дальнейшее наблюдение у терапевта.

К задаче 146

1. Задержка физического развития.
2. Вторичный пиелонефрит на фоне нейрогенной дисфункции мочевого пузыря по гиперкинетическому типу, активная стадия. Снижение концентрационной функции почек.
3. УЗИ почек и мочевого пузыря до и после мочеиспускания с определением объема остаточной мочи, определение длины*ширины*размера коркового слоя почки, площади лоханок. Бактериограмма мочи с определением бактериурии, чувствительности к антибактериальным препаратам.

Цистоскопия. Микционная цистоуретрография, экскреторная урография.

4. Стол № 5, режим щадящий (полупостельный). Жидкость не ограничивать.

Бактерицидные антибиотики пенициллинового ряда, защищенные клавулановой кислотой, или цефалоспорины II — III поколения парентерально 10–14 дней — возрастная доза. Фурамаг — 2–3 мг/кг/сут. х 2 р. 14 дней. С дезинтоксикационной целью и для улучшения гемодинамики в/венно капельно из расчета 20 мл/кг массы — физиологический раствор +2,4% р-р эуфиллина 4,0 № 5. Канефрон — 1 таб. х 3 р. Элькар 30% — 15 кап. х 3 р. Вит. — 1,0 в/м № 10. Дриптан (табл. — 5мг) — антихолинергический препарат. Подбор дозы с ½ табл. При хорошей переносимости — 5 мг в сутки (½ табл. х 2 р.) Лечение — 3 мес. Амплипульс на область мочевого пузыря по послабляющему типу.

5. Консультация детского уролога, врача-невролога, нефролога.
6. Группа здоровья — III. Диспансерное наблюдение осуществляет врач-педиатр, выполняет рекомендации нефролога: в первый год клинико-лабораторной ремиссии через 3 месяца после выписки из стационара контроль общего анализа мочи проводится ежемесячно; затем — 1 раз в 3 месяца в течение 9 месяцев, 2 раза в год общий анализ крови, проба Зимницкого, мочевина сыворотки крови. Нефролог консультирует ребенка через 3 месяца после выписки из стационара, затем — один раз в 6 месяцев. Частота наблюдения при обострении может быть чаще. Длительность наблюдения — не менее 3 лет стойкой клинико-лабораторной ремиссии и сохранной функции почек.

К задаче 147

1. Хронический гломерулонефрит, смешанная форма. Хроническая почечная недостаточность (ХПН). Заболевание за 3 года до экстренной госпитализации было ошибочно расценено как дисметаболическая нефропатия. На этом этапе заболевания необходимо было исследовать иммунограмму, что позволило бы поставить диагноз гломерулонефрита. Отсутствие врачебного

наблюдения и адекватного лечения способствовало прогрессированию заболевания. Смешанная форма гломерулонефрита установлена в связи с выраженной протеинурией, макрогематурией, артериальной гипертензией, отечным синдромом, развившейся почечной недостаточностью.

2. Причина ухудшения состояния больного — ХПН, что можно подтвердить при исследовании уровня клиренса эндогенного креатинина, относительной плотности мочи, электролитного состава, КОС сыворотки крови. Для уточнения морфологической формы заболевания показана биопсия почек.
3. Терапия постсиндромная: для улучшения реологических свойств крови — в/венно капельно введение альбумина (10–20% из расчета 0,5–1 г/кг/сут.), 10% раствора глюкозы, лазикса; иммуносупрессивная терапия, преднизолон (0,8–1,0 мг/кг/сут. в сочетании с проведением 3- недельной пульс-терапии циклофосамида (1 мг/кг/сут.) — в 100 мл физ. р-ра в/в капельно один раз в 3 недели под контролем количества лейкоцитов в общем анализе крови. Кумулятивная доза препарата на курс — 200 мг/кг. При отсутствии эффекта от назначенной терапии и выявлении, наряду с гломерулярным, тубуло-интерстициального повреждения и склероза целесообразно назначить препарат микофеноловой кислоты майфотик из расчета 20–30 мг/кг/сут. (отменить циклофосамид) — препарат иммуносупрессивного действия обладает и ренопротективным эффектом. Гипотензивные средства. По показаниям: антикоагулянты гепарин или фраксипарин, или клексан п/к живота; дезагреганты тромбоцитов (курантил); диуретики. По показаниям — гемодиализ. Диета стол № 7А (3–5 дн.), затем — № 7Б до наступления клинико-лабораторной ремиссии.

К задаче 148

1. Диагноз — вторичный пиелонефрит на фоне нейрогенной дисфункции мочевого пузыря по гипокинетическому типу (не исключается ПМР), рецидивирующее течение, активная стадия, снижение концентрационной функции почек. Анемия I степени.

2. Анализ мочи по Нечипоренко, проба Зимницкого, УЗИ органов брюшной полости и почек, экскреторная урография, цистография в период ремиссии, динамическая радиоизотопная нефросцинтиграфия, цистоскопия.
3. Стол № 16. Употребление кисломолочных продуктов. Инфузионная терапия 2–3 дня (5% глюкоза, 0,9% NaCl). Антибактериальная терапия (цефуроксим — 30–100 мг/кг в 3 введения 7–10 дней). Назначение антибиотиков бактерицидного действия, далее фурамаг или фурагин 5–8 мг/кг. При нормализации общего анализа мочи и крови — фурагин 1/2–1/3 дозы однократно на ночь 2–4–6 недель. Канефрон в каплях. Физиотерапия после стихания обострения — СМТ на область мочевого пузыря в стимулирующем режиме, электрофорез прозерина, амплипульс на область мочевого пузыря по стимулирующему типу. Режим принудительных мочеиспусканий через 2 часа. Вобэнзим — 1 табл./6 кг 1–1,5 месяца. Через 5–7 дней от начала антибактериальной терапии — витамин Е — 1 мг/кг (1 капля на 1 год жизни) вечером.
4. ОПН. ХПН, рефлюкс-нефропатия.
5. Относительно благоприятный. Определяется правильностью диспансеризации, развитием осложнений.
6. Врач-нефролог, снятие с учета через 5 лет после обострения, санация очагов хронической инфекции, профилактика интеркуррентных заболеваний, санаторно-курортное лечение (прием минеральной воды: «Обуховская» — Свердловская область, «Славяновская», «Смирновская» — Железноводск). Противорецидивное лечение: уросептики — 10 дней, затем фитотерапия — 10 дней, минеральная вода — 10 дней. Противорецидивное лечение проводится в течение 3-х месяцев до одного года ежемесячно. Коррекция митохондриальной дисфункции — коэнзим Q 10 (кудесан), лимонтар, MgB6, элькар, по одному месяцу 3–4 раза в год. Сосудистые и ноотропные препараты (кавинтон, сермион, пантагам, глицин) по 1–1,5 месяца 3 курса в год. ЛФК, массаж.

К задаче 149

1. Группа здоровья — III. Хронический вторичный пиелонефрит на фоне патологической подвижности левой почки,

оксалатно-кальциевая кристаллурия, рецидивирующее течение, стадия неполной клинико-лабораторной ремиссии. Функцию почек необходимо уточнить. Сопутствующий диагноз — кариез.

2. Дополнительные исследования: определение суточной экскреции оксалатов с мочой; проба Зимницкого; динамическая нефросцинтиграфия; ультразвуковая доплерография сосудов почек; консультация и лечение кариеза у стоматолога.
3. Лечение: диета — антиоксалурическая (исключение продуктов, содержащих щавелевую и аскорбиновую кислоты), высокожидкостный питьевой режим (отвары кураги, чернослива, груши), минеральная вода малой минерализации: «Обуховская», «Славяновская», «Смирновская» — 3–5 мл/кг на прием. Мембраностабилизаторы: димефосфон — 30 мг/кг, канефрон — ½ ч.л. х 3 р. в день. Антиоксиданты: витамин Е — 0,5–1 мг/кг — 2 недели, вобэнзим — 1 табл./6 кг — 1–1,5 месяца. Лечение кариеза.
4. Осложнения: дисметаболическая нефропатия, тубуло-интерстициальный нефрит, мочекаменная болезнь, нарушение функций почек.
5. Прогноз зависит от рациональности лечения, соблюдения диеты, качества диспансерного наблюдения.
6. Диспансеризация: участковый педиатр, нефролог, уролог (один раз в месяц на фоне лечения, далее — один раз в 3 месяца, 6 месяцев — до передачи во взрослую сеть; диета, режим — охранительный; профилактика интеркуррентных заболеваний; санация очагов хронической инфекции; группа занятий по физкультуре в школе — подготовительная (исключение бега, прыжков, упражнений на спортивных снарядах); контроль общего анализа мочи: один раз в месяц на фоне лечения, далее — один раз в 3 месяца, чаще — на фоне ОРВИ. Контроль общего анализа крови: один раз в 3 месяца; проба Зимницкого — 1 раз в 6–12 месяцев; при стойкой клинико-лабораторной ремиссии и сохранной функции почек профилактические прививки показаны через 6 месяцев по индивидуальному календарю, щадящим методом.

К задаче 150

1. Диагноз — вторичный пиелонефрит на фоне нейрогенной дисфункции мочевого пузыря по гипотоническому типу (не исключается ПМР), рецидивирующее течение, активная стадия, снижение концентрационной функции почек. Анемия I степени.
2. Анализ мочи по Нечипоренко, проба Зимницкого, УЗИ органов брюшной полости и почек, экскреторная урография, цистография в период ремиссии, динамическая радиоизотопная реносцинтиграфия (по показаниям).
3. Стол № 16. Употребление кисломолочных продуктов. Инфузионная терапия 2–3 дня (5% глюкоза, 0,9% NaCl). Антибактериальная терапия — бактерицидные антибиотики: цефуроксим — 30–100 мг/кг на 3 введения — 10 дней; фурамаг — 3 мг/кг (12,5 мг x 2 р.) — 14 дней; канефрон в каплях (1 мес.) — 3 курса в год. Физиотерапия после стихания обострения — СМТ на область мочевого пузыря в стимулирующем режиме, электрфорез прозерина. Режим принудительных мочеиспусканий через 2 часа. Вобэнзим 1 табл./6 кг — 1–1,5 месяца. Через 5–7 дней от начала антибактериальной терапии — витамин Е — 1 мг/кг (1 капля на 1 год жизни) вечером.
4. Рефлюкс-нефропатия.
5. Относительно благоприятный. Правильность диспансеризации определяется отсутствием развития осложнений.
6. Педиатр, врач-нефролог, снятие с учета через 5 лет после стойкой ремиссии под контролем лечения, санация очагов инфекции, профилактика интеркуррентных заболеваний, санаторно-курортное лечение. Ежемесячно: уросептики — 10 дней, затем фитотерапия — 10 дней, минеральная вода — 10 дней. Противорецидивное лечение проводится с 6 месяцев до одного года. Можно рекомендовать: при нормальных анализах мочи — фурамаг — 1/2 лечебной дозы — 12,5 мг на ночь (4–6 недель). Коррекция митохондриальной дисфункции — коэнзим Q 10, лимонтар, MgB6, L-карнитин по 1 месяцу 3–4 раза в год. Сосудистые и ноотропные препараты (кавинтон, сермион, пантагам, глицин) по 1–1,5 месяца 3 раза в год. Физиолечение: СМТ, электрфорез на область мочевого пузыря № 10 3–4 раза в год. ЛФК, массаж.

К задаче 151

1. Острый колиэнтерит *E. Coli* 0–157–117. Гемолитико-уремический синдром, включающий гемолитическую анемию, тромбоцитопению, микроангиопатию и острую почечную недостаточность (ОПН).
2. Причина резкого ухудшения состояния ребенка — ОПН.
3. Госпитализация в отделение реанимации.

ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ И ИММУНИТЕТ

К задаче 152

1. Аденовирусная инфекция, фарингоконъюнктивальная лихорадка, среднетяжелая форма.
2. Консультация ЛОР-врача. Рентгенография органов грудной клетки. Забор мазков-отпечатков с эпителия слизистой оболочки носа для иммунофлюоресцентного экспресс-метода, серологический метод ИФА для определения IgM к аденовирусу, ПЦР-диагностика с определением ДНК аденовирусов из различных биологических сред: крови, слизистых оболочек конъюнктивы, ротоглотки, носа.
3. Туалет глаз и носа, глазные капли (офтальмоферон), муколитические препараты, сосудосуживающие капли в нос, анаферон в течение 7 дней.

К задаче 153

1. Ветряная оспа, типичная, тяжелая форма, осложненная энцефалитом (церебеллит). В анализе крови — относительный лимфоцитоз, в ликворе — клеточно-белковая диссоциация с лимфоцитарным плеоцитозом.
2. Энцефалиты другой этиологии: энтеровирусные, корь, краснуха, токсоплазмоз, герпесвирусные.
3. М-ЭХО, ЭЭГ. ПЦР ликвора ко всем перечисленным инфекциям.

4. Постельный режим, противовирусная терапия внутривенно (ацикловир), дегидратация (фуросемид или диакарб), вазоактивные препараты (кавинтон).
5. Прогноз благоприятный, выписка проводится после исчезновения неврологических симптомов. Диспансерное наблюдение у невролога в течение одного года.

К задаче 154

1. Коклюш, типичный, тяжелая форма. Ателектаз средней доли правого легкого. Диагноз поставлен на основании периодичности болезни (катаральный период, период спазматического кашля), типичного приступообразного кашля, гематологических сдвигов.
2. Аэрация помещения, антибиотик на выбор (макролиды, полусинтетические пенициллины, цефалоспорины 3 поколения), аминазин, амброксол.
3. Прогноз благоприятный.

К задаче 155

1. Инфекционный мононуклеоз, типичный, среднетяжелая форма.
2. Дополнительное обследование: мазок из зева на дифтерию, биохимия крови на общий билирубин, АСТ, АЛТ, общий анализ мочи, антитела к ВИЧ.
3. Постельный режим, диета (стол № 5), ацикловир на 10 дней, парацетамол при температуре более 38 °С, обильное питье, симптоматическое лечение.
4. Прогноз благоприятный.

К задаче 156

1. Менингококковая инфекция, типичная, генерализованная смешанная форма (менингит, менингококцемия).
2. Тяжесть состояния обусловлена отеком-набуханием головного мозга. В анализе крови — лейкоцитоз, нейтрофилез с п/я сдвигом влево, высокая СОЭ, в ликворе — нейтрофильный плеоцитоз, повышен белок.

3. На догоспитальном этапе: введение антипиретиков, противосудорожных препаратов, глюкокортикоидов, антибиотика.
4. В стационаре антибиотик (цефтриаксон — 100 мг/кг/сут), инфузионная терапия (объем вводимой жидкости не более 25–30% суточной потребности), дегидратация (диакарб), при стабилизации состояния — вазоактивные препараты (кавинтон).

К задаче 157

1. Корь, типичная, тяжелая форма, период пигментации. Осложнение — коревой энцефалит.
2. Дифференцировать с краснушным энцефалитом.
3. Определение антител IgM, IgG к вирусу кори в крови; определение антител IgM, IgG к вирусу краснухи, общий анализ мочи, биохимический анализ крови: глюкоза, калий, натрий, КЩС.
4. Купировать приступ судорог (седуксен, реланиум). Постельный режим, инфузионная терапия, глюкокортикоиды, вазоактивные препараты (кавинтон).

К задаче 158

1. Краснуха, типичная, среднетяжелая форма.
2. Дифференцировать с энтеровирусной экзантемой, корью, вирусом герпеса 6 типа.
3. Могут развиваться осложнения: артрит, энцефалит, тромбоцитопеническая пурпура.
4. Лечение симптоматическое: антипиретики, антигистаминные препараты, питье.
5. Мать обследовать на наличие антител IgM, IgG к вирусу краснухи. При обнаружении антител IgM, клинических признаков краснухи беременную предупреждают о наличии риска врожденной патологии у плода, решение о прерывании беременности женщина принимает самостоятельно.

К задаче 159

1. Псевдотуберкулез, типичный, среднетяжелая форма.

2. Дифференцировать: иерсиниоз, вирусные гепатиты, инфекционный мононуклеоз, герпесвирусная инфекция 6-го типа, скарлатина.
3. Серологические реакции: РПГА к псевдотуберкулезу и иерсиниозу, ИФА с определением IgM, IgG и ПЦР-диагностика на маркеры вирусных гепатитов, герпесвируса 6-го типа, мононуклеоза; стрептатест; общий анализ крови, ЭКГ.
4. Постельный режим, 5-й стол, антибактериальная терапия на выбор (левомицетин, аминогликозиды, цефалоспорины 3-го поколения, защищенные пенициллины), обильное питье, урсодезоксихолевая кислота на 4 недели.

К задаче 160

1. Вирусный гепатит (вероятно, А), типичный, среднетяжелая форма.
2. Синдром цитолиза (повышение АЛТ, АСТ), синдром желтухи (желтушное окрашивание кожи и слизистых оболочек, темная моча, желчные пигменты в моче), синдром мезенхимального воспаления (увеличение печени, повышение тимоловой пробы), исключить холестаза (прямой билирубин превышает 50% от уровня общего билирубина).
3. Дифференцировать с другими вирусными гепатитами, обследовать на маркеры вирусных гепатитов: aHAV IgM, aHAV IgG, HBsAg, aHBs, aHBcor IgM, aHCV IgM, aHEV Ig M. Маркеры холестаза: щелочная фосфатаза, ГГТП, холестерин, В-липопротеиды.
4. Постельный режим, диета (5-й стол), обильное питье, спазмолитики (папаверин) на 3–5 дней, урсодезоксихолевая кислота в течение шести недель.
5. Карантин на группу на 35 дней, обследование контактных (АЛТ, АСТ), текущая и заключительная дезинфекция, вакцинация ранее не привитых против гепатита А и не болевших гепатитом А не позднее пятого дня с момента контакта с больным.

К задаче 161

1. Дифтерия зева, токсическая 1 ст., тяжелая форма.

2. Мазок из зева и носа на дифтерийную палочку, электролиты, КОС, ЭКГ, эхокардиография, группа крови и резус-фактор, исследование уровня изоферментов креатинкиназы крови, коагулограмма, бакпосев слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, биохимический анализ крови на общий белок, глюкозу, мочевины, креатинин, бактериологическое исследование кала, исследование кала на яйца гельминтов.
3. Дифференциальный диагноз с паратонзиллярным абсцессом.
4. Прогноз зависит от развития осложнений: миокардит, парезы.
5. Постельный режим, введение антитоксической противодифтерийной сыворотки после постановки пробы: курсовая доза 100 тыс. ЕД, разовая при поступлении — 50 тыс. ЕД. Антибиотик по выбору (макролиды, или цефалоспорины, или пенициллины), внутривенное введение жидкости с целью дезинтоксикации под контролем диуреза, антигистаминные препараты.
6. В очаге инфекции карантин на контактных на семь дней, заключительная дезинфекция, выявление контактных, оценка их прививочного статуса, однократно бактериологическое обследование в течение 48 часов на *Corynebacterium diphtheriae*, ЛОР-осмотр в течение трех дней с момента изоляции больного.

К задаче 162

1. Инфекционный энтероколит, типичный, средней тяжести (вероятно, шигеллез).
2. Бактериологическое исследование кала трехкратно до введения антибиотика, кал на простейшие и яйца гельминтов, экспресс-тест на ротавирус.
3. Дифференцировать с другими кишечными инфекциями (сальмонеллез, эшерихиоз), аппендицитом.
4. Диета стол № 4, антибиотик из группы аминогликозидов, оральная регидратация, энтеросорбция, пробиотики, ферменты.
5. Карантин на дошкольное учреждение семь дней, текущая и заключительная дезинфекция, обследование контактных и работников пищеблока.

К задаче 163

1. Это гормональный криз новорожденного, возникающий как вариант физиологических сдвигов в данной возрастной группе. Криз наблюдается в период от 7-го до 21-го дня жизни новорожденного, и никаких мер принимать не следует.
2. Ежедневные купания и сухое тепло на область молочных желез.

К задаче 164

1. Ребенок рожден от женщины с отягощенным акушерским анамнезом, переносен, крупный плод. Проведено обследование на маркёры ВУИ, результаты скрининга методом ИФА отрицательные.
2. Желтуха, гипербилирубинемия и запоры могут быть признаками гипотиреоза. Повышение уровня ТТГ позволит направить ребенка к эндокринологу для уточнения диагноза гипотиреоза.

К задаче 165

1. Внезапно наступившая кожная аллергия после дебюта ОРВИ, наличие микрополиаденита, гепатомегалия, контакт с кошкой за три месяца до болезни, рецидивирующая крапивница на фоне приема антигистаминных препаратов и энтеросорбентов позволяют провести обследование на паразитозы, в том числе на токсоплазмоз.
2. Выявление IgM к токсоплазме подтверждает диагноз приобретенного токсоплазмоза. Антитела IgG к ЦМВ и хламидиям являются маркерами пастинфекции, перенесенной девочкой в прошлом. Лечение токсоплазмоза по протоколу.

К задаче 166

1. Клинический диагноз: моноартрит правого коленного сустава, приобретенный, токсоплазмоз, подострое течение. При отсутствии травм большинство артритов у детей и подростков — инфекционного генеза. Проводится обследование на глистно-паразитарные инвазии и выявление возбудителей из группы

микоплазм и хламидий, герпесвирусных и бактериальных инфекций; псевдотуберкулез; лайм-боррелиоз. Monoarthritis в сочетании с микрополиаденитом, гепатолиенальным синдромом, увеличение лимфатических узлов в воротах печени позволяет предполагать наличие специфического процесса: туберкулеза, псевдотуберкулеза или токсоплазмоза. Герпесвирусные заболевания находятся в стадии хронической неактивной инфекции.

2. Обнаружение IgM к токсоплазмозу позволяет провести противопаразитарное лечение. Диспансеризация как при реактивном артрите.

К задаче 167

1. Мальчик относится к группе часто болеющих детей. Под «маленькой» ОРВИ отмечаются проявления респираторного хламидиоза, маркёры которого свидетельствуют о том, что заболевание имеет хроническое течение с клиникой коклюшеподобного кашля. У больного имеет место увеличение паренхиматозных органов и группы лимфоузлов, гипертрофия миндалин. Герпесвирусные инфекции при обследовании исключены. Маркёры аскаридоза в титре 1/800 указывают на суперинфицирование паразитозом из группы круглых червей. В дебюте личинки аскарид проходят бронхолегочную стадию, формируя бронхообструктивный синдром.
2. Лечение направлено на санацию от аскарид и хламидий, проводится симптоматическая терапия.
3. Риск формирования бронхиальной астмы следует определить после проведения противопаразитарной терапии.

К задаче 168

1. Клинический диагноз: моноартрит правого коленного сустава, рецидивирующее течение, период обострения. Хронический хламидиоз, обострение. Титр IgG к респираторному хламидиозу вырос в четыре раза.
2. Лечебная тактика направлена на подавление реактивированной инфекции: хламидиоз лечат три недели антибиотиками

из группы макролидов, применяют традиционную противовоспалительную терапию, а хроническое рецидивирующее течение заболевания купируют коррекцией иммунного статуса больного индукторами интерферона и назначением биопрепаратов. В дальнейшем составляют план диспансерного наблюдения, разрабатывают индивидуальный календарь прививок, проводят мониторинг за уровнем антител к *Chl. pneumoniae*.

К задаче 169

1. Вирусный гепатит А, типичный, тяжелая форма с холестатическим компонентом.
Аскаридоз. Аллергическая крапивница. Клинико-лабораторными синдромами острого гепатита являются синдромы токсикоза, желтухи, цитолиза, мезенхимального воспаления.
2. Маркёрами холестаза являются повышенные показатели ЩФ, ГГТП, холестерина и β -липопротеидов, зуд кожи, ахоличный стул. Аллергическая крапивница может быть маркёром дебюта гепатита В, но при ИФА-исследовании выявлены IgM к вирусу гепатита А и прививочные антитела aHBs к гепатиту В. Обнаружение антител к аскаридозу объясняет причину аллергической реакции. При холестазе эффективно применение препарата урсодезоксихолевой кислоты (урсофальк, урсосан) на 4–6 недель, аллергическую крапивницу купируют введением антигистаминных препаратов и преднизолона струйно в/в из расчета 1 мг/кг.

К задаче 170

1. В дебюте заболевания: врожденный гепатит С, атипичный, легкая форма, острое течение. Ребенок реализовал перинатальный контакт по ХГС. Дебют острого заболевания произошел после инкубационного периода в 3 месяца жизни в виде синдрома цитолиза. Маркёр репликации вируса aHCV IgM выявлен в возрасте 8 мес., когда были использованы тесты 3-го поколения. Повторное обнаружение IgM в возрасте 12 мес. и 13 мес. позволяет прогнозировать хроническое течение гепатита С.

2. Рекомендуется определить РНК HCV методом ПЦР, генотип и вирусную нагрузку, провести УЗИ печени, повторить биохимический анализ и общий анализ крови, определить уровень ТТГ перед назначением противовирусной терапии.

К задаче 171

1. Ребенок в дебюте перенес острый пиелонефрит. Заболевание почек протекает на фоне активной цитомегаловирусной инфекции, обнаружены aCMV IgM и IgG в титре 1/400. После купирования проявлений обострения хронического пиелонефрита следует исследовать функцию почек.
2. Лечение должно быть комбинированным и включать как антибактериальную терапию, так и противовирусное лечение ЦМВ-инфекции.

К задаче 172

1. Внебольничная пневмония, правосторонняя, нижнедолевая, средней тяжести. Микоплазмоз респираторный. Хроническая персистирующая микст-герпесвирусная инфекция, хронический токсоплазмоз (неактивный).
2. Следует назначить два антибиотика из группы пенициллинов и макролидов, ингаляции с лазолваном, дать муколитические препараты. Рентген-контроль и общий анализ крови через 7–8 дней.

К задаче 173

1. У ребенка хронический гепатит В, неактивный после операции и химиотерапии. Реактивация ХГВ произошла вследствие суперинфицирования вирусом гепатита А, наличие aHAV IgG подтверждают диагноз. Маркёрами репликации вируса являются HBeAg+, антиHBe IgM+, HBV DNA.
2. После проведения обследования назначено противовирусное лечение: препарат зеффикс из расчета 3 мг/кг в сутки, продолжительностью не менее 12 мес. или пег-интрон на 12 месяцев

по схеме. Постоянно следует осуществлять мониторинг общего анализа и биохимического исследования крови, общего анализа мочи, гормонов ТТГ, антитела к ТПО и ТГ, ПЦР-контроль ДНК НВ-вируса необходимо проводить через 3 месяца после старта лечения и после отмены противовирусной терапии, а также через 6 месяцев.

К задаче 174

1. У больного стаж наркомании четыре года. За этот период он перенес в атипичной форме вирусный гепатит В и А, имеются в наличии маркёры пастинфекции. В настоящее время у больного течение хронического активного микст-гепатита С и G, высокая биохимическая и вирусная нагрузка, 1 b генотип НС-вируса.
2. В настоящее время задача врача лечить холестааз, т.к. повышен уровень билирубина и показатели ЩФ, ГТТП. После купирования холестатического компонента больному может быть предложена схема противовирусной терапии: пегасис или стандартный интерферон (роферон А, интрон А, реалдирон или другое) в комбинации с рибавирином, урсофальком (урсосаном). При наличии 1 генотипа протокол лечения длится не менее 12 месяцев. Основная задача — подавить репликацию вируса.

К задаче 175

1. Клинический диагноз: вирусный гепатит А, типичный, легкая форма, затяжное течение. В плане обследования следует исключить миопатию Беккера или Дюшена (уровень КФК был в норме), инфекционный мононуклеоз и иерсиниоз (маркёры отрицательные). Больной привит от гепатита В, ПЦР HCV — результат отрицательный.
2. В настоящее время эффективное лечение затяжного варианта течения вирусного гепатита А проводится с помощью препарата амиксин по схеме, на курс — 10 табл. по 125 мг.

К задаче 176

1. У больного на фоне длительной гиперферментемии описывается неврологическая симптоматика. Инфекционные факторы риска исключены: ЦМВ-инфекция персистирующая, неактивная, обнаружены прививочные антитела к гепатиту В. Следует исключить миопатию Дюшена, для этого необходимо определить уровень КФК, провести электромиографию и медико-генетическое консультирование.
2. Наблюдение и лечение у невролога пожизненно.

К задаче 177

1. Клинический диагноз: острая герпетическая инфекция (вероятно, герпес 6-го типа), синдром внезапной экзантемы [B08.2]. Транзиторная нейтропения тяжелой степени.
2. Дополнительные лабораторные исследования: ПЦР крови на вирус герпеса 6-го типа с вирусной нагрузкой; общий анализ мочи; общий анализ крови.
3. Этиотропная терапия: ацикловир в возрастной дозировке.

К задаче 178

1. Клинический диагноз: первичный иммунодефицит, группа аутовоспалительных заболеваний: синдром Маршалла. Название синдрома представляет собой аббревиатуру его основных клинических проявлений: периодической лихорадки (Periodic Fever), афтозного стоматита (Aphthous stomatitis), фарингита (Pharyngitis), лимфоаденита шейных лимфоузлов (Adenitis). Болезнь также называют синдромом Маршалла по имени автора, описавшего его в 1987 г. Критерии Маршалла для диагностики синдрома PFAPA: периодические эпизоды лихорадки с регулярными интервалами, дебютировавшие в возрасте до 5 лет; симптомы нарушения общего состояния, отсутствие признаков ОРВИ в сочетании с одним из нижеуказанных признаков: афтозный стоматит, шейный лимфоаденит, тонзиллит (фарингит); наличие лабораторных мар-

керов острого воспалительного процесса: лейкоцитоз, увеличенная СОЭ; полное отсутствие симптомов заболевания между фебрильными приступами; нормальный рост и развитие ребенка.

2. Девочку необходимо направить на консультацию к следующим специалистам: аллерголог-иммунолог, генетик.
3. Терапия синдрома РФАРА окончательно не разработана и продолжает дискутироваться. Тактика складывается из воздействия на два звена развития заболевания: лечение самого лихорадочного приступа и сопутствующей ему клинической симптоматики; предупреждение новых атак заболевания. Применение глюкокортикоидов внутрь в момент атаки в дозе 1–2 мг/кг (по преднизолону) оказывает выраженный положительный эффект: симптоматика приступа прерывается. В межприступный период дети здоровы, однако приступы продолжают рецидивировать. Одним из способов лечения синдрома РФАРА является хирургическое вмешательство: тонзилэктомия или аденотонзилэктомия, которые часто приводят к выздоровлению ребенка.

К задаче 179

1. Первичный иммунодефицит: X-сцепленная агаммаглобулинемия. Больной мужского пола, перенес тяжелую бактериальную инфекцию в возрасте 8 мес., имеющий снижение сыровоточного IgG, отсутствие CD19+ лимфоцитов, IgM и IgA, отсутствие иммунного ответа на введение вакцин (нет антител к дифтерии).
2. Ребенок должен наблюдаться врачом аллергологом-иммунологом.
3. Лечение всех форм агаммаглобулинемии основывается на заместительной терапии препаратами иммуноглобулинов для внутривенного введения в сочетании с антибактериальной терапией. Заместительная терапия препаратами внутривенного введения иммуноглобулина начинается с момента установления диагноза и проводится один раз в 3–4 недели пожизненно.

К задаче 180

1. Первичный иммунодефицит: синдром Вискотта-Олдрича. Для синдрома Вискотта-Олдрича характерна триада симптомов: экзема, тромбоцитопеническая пурпура и высокая восприимчивость к инфекциям. Тип наследования — X-сцепленный, рецессивный.
2. Дифференциальный диагноз должен проводиться со следующими заболеваниями: идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, X-сцепленная тромбоцитопения с талассемией, хроническая идиопатическая кишечная псевдообструкция, X-сцепленный врожденный дискератоз. Для подтверждения диагноза необходимо направить пациента к аллергологу-иммунологу, генетику, провести генетическое исследование с выявлением мутации в гене WASP, локализованном на коротком плече X-хромосомы.

К задаче 181

1. Клинический диагноз: острый инфекционный гастроэнтерит, неуточненный, средней степени тяжести; экзикоз 1 ст.
2. Для уточнения диагноза необходимо выполнить следующее лабораторное обследование: копрограмма, бактериологическое исследование кала, ИФА-диагностика кала с определением ротавирусного антигена, общий анализ мочи. Забор клинического материала от больного (фекалии и другие) осуществляется в медицинских организациях, выявивших больного в день обращения и до начала этиотропного лечения. Доставка клинического материала в лабораторию с целью установления этиологии возбудителя и его биологических свойств проводится в течение 24 часов.
3. Все случаи заболевания подлежат регистрации и учету по месту их выявления в ЛПУ, детских, подростковых, оздоровительных и других учреждениях в журнале учета инфекционных заболеваний (форма № 060/у). На каждый случай острой кишечной инфекции представляется экстренное извещение по форме № 058/у (по телефону, электронной почте) в фи-

лиал ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъекте Российской Федерации или в территориальный отдел управления Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации. Госпитализация выявленных больных, с подозрением на ОКИ и носителей возбудителей осуществляется по клиническим и эпидемиологическим показаниям. За лицами, подвергшимися риску заражения, устанавливается медицинское наблюдение сроком на семь дней. В этот период особое внимание уделяется выполнению гигиенических мероприятий: тщательному мытью рук; при уходе за больными детьми — обработке рук спиртосодержащими кожными антисептиками; своевременной замене нательного и постельного белья, проветриванию помещений.

4. Лечение: ребенок подлежит госпитализации в инфекционное отделение или инфекционный стационар. Диетотерапия с уменьшением суточного рациона на 20–30% и увеличением числа кормлений на 2–3. Восстановление возрастного объема питания к 4–5 дню заболевания. В питании применяются безлактозные адаптированные молочные смеси с постепенным введением блюд прикорма по возрасту. Каши используются безмолочные. Длительность соблюдения безлактозной и низколактозной диеты до 1,5 мес. (в зависимости от состояния ребенка). Оральная регидратация с использованием гипоосмолярных растворов (Хумана-электролит, гастролит, гидровит), при неэффективности оральной регидратации — инфузионная терапия до купирования явлений эксикоза. Противовирусная терапия: анаферон детский — 5 дней. Энтеросорбенты (смекта, неосмектин, энтеросгель) — 5–7 дней (до нормализации характера стула). После ликвидации симптомов, угрожающих жизни больного, в период расширения диеты назначение ферментных препаратов во время еды на 10–14 дней (креон, панкреатин и др.). Пробиотики (бифидумбактерин форте, пробифор, бифиформ беби, линекс и другие) — 10–14 дней. Противомикробная терапия показана детям раннего возраста с отягощенным преморбидным фоном: перорально нифуроксазид или фуразолидон.

К задаче 182

1. Предварительный клинический диагноз: инфекционный мононуклеоз, типичный, среднетяжелая форма.
2. Необходимо провести следующие дополнительные исследования: ИФА крови с определением IgM VCA, IgG EA, IgG NA вируса Эпштейн-Барр и ПЦР крови с определением ДНК. Общий анализ крови в динамике, общий анализ мочи, контроль биохимического анализа крови АСТ, АЛТ, билирубин общий и прямой, щелочная фосфатаза, ИФА крови на антитела к ВИЧ, HBsAg, аHCV, УЗИ органов брюшной полости, бактериологическое исследование мазка с миндалин на *Coc. Diphtheriae*.
3. Показана госпитализация в инфекционное отделение. Необходимо назначить этиотропную противовирусную терапию (ацикловир), антибактериальную (не пенициллины) и симптоматическую терапию, гепатопротекторы.

К задаче 183

1. Транзиторная младенческая гипогаммаглобулинемия.
2. Необходимо направить больного к аллергологу-иммунологу, провести в динамике контрольное иммунологическое исследование для уточнения диагноза.
3. Дополнительные лабораторные исследования: ИФА крови с определением IgM, IgG к *Chi. pneumoniae*; IgM, IgG к *Muc. pneumoniae*; IgM и IgG к цитомегаловирусу, вирусу простого герпеса; IgM VCA, IgG EA и NA Эпштейн-Барр вируса. ПЦР крови к цитомегаловирусу, Эпштейн-Барр вирусу с вирусной нагрузкой.

К задаче 184

1. Первичный иммунодефицит: селективный дефицит Ig A. Девочка старше 4-х лет со снижением IgA, повышением IgG и Ig M. Большая часть больных, имеющих дефицит IgA, не имеют клинических проявлений заболевания. У части детей с дефицитом IgA повышена частота заболеваемости инфекция-

ми верхних дыхательных путей, аллергическими и аутоиммунными болезнями. У некоторых развиваются повторные или персистирующие инфекционные процессы.

2. Необходимо направить больного к аллергологу-иммунологу.
3. Специфического метода лечения селективной недостаточности IgA не существует. Необходимо проводить лечение основных клинических проявлений и связанных с ними нарушений. Больным не показаны препараты иммуноглобулинов.

К задаче 185

1. Инфекционный гастроэнтерит вирусной этиологии, средней степени тяжести, эксикоз I ст.
2. Общий анализ крови, общий анализ мочи. Копро- и цитология. Трехкратный бактериологический анализ кала на кишечную группу. ИФА кала на ротавирусный антиген.
3. Взять эпид. номер, рассказать родителям гигиенические правила, которые необходимо выполнять при уходе за больным ребенком раннего возраста.
4. Механически и химически щадящая диета, исключение молока; оральная регидратация гипоосмолярными растворами (Хумана-электролит, гастролит, гидровит) из расчета 100 мл/кг, выпить за 6 часов; арбидол — 4 раза в день; смекта или другой энтеросорбент.
5. Обезвоживание, развитие дисбиоза кишечника, вторичная ферментативная недостаточность, в редких случаях — инвагинация кишечника. Прогноз благоприятный.
6. Диспансерное наблюдение в течение одного месяца после клинического выздоровления: безмолочная щадящая диета; ферменты — 10–14 дней; пробиотики — 10 дней; витамины, фолиевая кислота, микроэлементы.

К задаче 186

1. Сальмонеллез группы D. enteritidis, гастроинтестинальная форма, средней тяжести, острое течение. Тяжесть обусловлена лихорадкой, токсикозом, гемоколитом.

2. Контрольный бакпосев кала на кишечную группу через два дня после курса антибиотика, общий анализ крови, общий анализ мочи, копрограмма.
3. Беседа с родителями о гигиенических мероприятиях в квартире: дезинфекция квартиры, индивидуальные посуда, полотенце, зубная щетка, многократное мытье рук и др.
4. Пробиотик (например, линекс или аципол), ферменты (креон, панкреатин).
5. Прогноз благоприятный, возможно хроническое носительство сальмонелл, гастродуоденит, СРК, гастроинтестинальная форма пищевой аллергии.
6. Диспансеризация один месяц, контрольный бактериальный посев кала повторить. В этот период сохраняется диета, проводится курс пробиотиков, витаминов, ферменты и спазмолитики по требованию.

К задаче 187

1. Инфекционный гастроэнтерит, легкой степени тяжести (вероятно, вирусной этиологии).
2. Общий анализ крови, общий анализ мочи. Копроцитограмма. Трехкратный бактериологический анализ кала на кишечную группу. ИФА кала на ротавирусный антиген либо экспресс-полоска.
3. Взять эпид. номер, рассказать родителям гигиенические правила, которые необходимо выполнять при уходе за больным ребенком раннего возраста.
4. Механически и химически щадящая диета, исключение молока; оральная регидратация гипоосмолярными растворами (Хумана-электролит, гастролит, гидровит) из расчета 100 мл/кг, выпить за 24 часа; арбидол по 0,05 мг — 4 раза в день 5–7 дней, смекта или другой энтеросорбент.
5. Обезвоживание, развитие дисбактериоза кишечника, в редких случаях инвагинация кишечника. Прогноз благоприятный.
6. Диспансерное наблюдение в течение одного месяца после клинического выздоровления: безмолочная щадящая диета, ферменты, пробиотики, витамины.

К задаче 188

1. Менингококковая инфекция, генерализованная, смешанная форма, менингококцемия. Гнойный менингит? Инфекционно-токсический шок II ст.
2. Лечение в реанимационном отделении инфекционного стационара.
3. Люмбальная пункция после выведения ребенка из состояния шока. Посев ликвора на менингококк, биохимическое исследование ликвора. Мазок из зева на менингококк. КОС, электролиты, коагулограмма. Общий анализ крови, общий анализ мочи.
4. Прогностически неблагоприятными признаками генерализованных форм менингококковой инфекции являются: возраст детей до 1–1,5 года; раннее появление и быстрое нарастание геморрагической сыпи с некротическим компонентом; преимущественное расположение сыпи на лице и верхней части туловища; нарушение центральной гемодинамики более 12 часов; гипотермия; лейкопения, тромбоцитопения, низкая СОЭ; ПП ЦНС, тимомегалия, паратрофия у детей раннего возраста; заболевание менингококковой инфекцией в период эпидемии гриппа, в поствакцинальном периоде.
5. Профилактика менингококковой инфекции сводится к изоляции и санации источников и к разрыву путей передачи. Подается экстренное извещение в Роспотребнадзор. Выписка реконвалесцентов разрешается только после однократного бактериологического обследования с отрицательным результатом, проведенным не ранее, чем через 5 дней после курса антибиотиков. В эпидемических очагах накладывают карантин сроком на 10 дней. В течение первых 24 часов врач-отоларинголог проводит осмотр лиц, общавшихся с больным, с целью выявления больных острым назофарингитом. Выявленные больные острым назофарингитом подлежат бактериологическому обследованию до назначения им соответствующего лечения. После проведения бактериологического обследования лиц с явлениями острого назофарингита госпитализируют в стационар (по клиническим показаниям) либо оставляют на дому для соответствующего лечения при отсутствии в ближайшем

окружении детей в возрасте до 3-х лет. Всем лицам без воспалительных изменений в носоглотке проводят химиопрофилактику одним из антибиотиков (рифампицин, ампициллин) с учетом противопоказаний. Отказ от химиопрофилактики оформляют записью в медицинской документации и подписывают с ответственным лицом и медицинским работником. По эпид. показаниям проводят вакцинацию против менингококковой инфекции.

К задаче 189

1. Клещевой энцефалит, менингоэнцефалитическая форма?
2. Общий анализ крови, люмбальная пункция, ПЦР-диагностика и ИФА на вирус клещевого энцефалита.
3. Назначение антибиотиков не эффективно. В качестве этиотропного лечения вводят специфический иммуноглобулин человека против клещевого энцефалита. Патогенетическое лечение — глюкокортикостероиды, дегидратация, седативные и симптоматические средства. Если возникает угроза бульбарных расстройств, пареза дыхательных мышц, нужны реанимационные мероприятия, включающие управляемое дыхание. В течение 2–3-х недель необходим строгий постельный режим. Дальнейшее лечение направлено на восстановление функции пораженных мышц, уменьшение возможной инвалидизации.
4. Менингоэнцефалитическая форма клещевого энцефалита, помимо высокой летальности, может приводить к тяжелой инвалидизации, все формы прогрессирующего хронического течения клещевого энцефалита являются прогностически неблагоприятными.
5. Наблюдение у невролога в течение одного года.
6. Профилактика клещевого энцефалита может быть активной и пассивной, специфической и неспецифической: вакцинопрофилактика — это введение инактивированной вакцины (Клещ-Э-Вак, FSME — IMMUN Junior, Энцекур). Курс вакцинации состоит из трех прививок. Проводят не менее чем за две недели до посещения природного очага. Противопоказанием к вакцинации является возраст ребенка до одного года; специфиче-

ская пассивная профилактика — введение иммуноглобулина человека против клещевого энцефалита. Проводят не позднее, чем через 96 часов после укуса клеща; неспецифическая профилактика — индивидуальная защита (одежда, специальные средства) и уничтожение клещей с помощью инсектицидов.

К задаче 190

1. Ветряная оспа, типичная, среднетяжелая форма.
2. Госпитализация не показана. Дополнительных методов исследования не требуется.
3. Ацикловир, обработка элементов сыпи бриллиантовым зеленым.
4. Прогноз заболевания благоприятный.
5. Профилактика ветряной оспы:
 - а) неспецифическая профилактика ветряной оспы: мероприятия в отношении источника заболевания, когда изоляция больного продолжается с момента начала заболевания до 5-го дня после последнего высыпания; в отношении контактных детей — карантин с 11-го по 21-й день от момента контакта с больным; специальная санитарная обработка помещений, где находился и находится больной, не нужна, достаточно периодических проветриваний и влажной уборки помещений;
 - б) специфическая профилактика: используются вакцины «Варилрикс» либо «Окавакс»; в Региональном календаре профилактических прививок Свердловской области рекомендовано введение вакцины против ветряной оспы детям в возрасте 12 месяцев, которые ранее не переносили эту инфекцию; контактных, не привитых и не болевших ветряной оспой вакцинируют в течение 96 часов после контакта, предпочтительно в течение первых 72-х часов.

К задаче 191

1. Бронхиолит, тяжелая форма. ДН II ст.
2. Синдром бронхиальной обструкции.

3. Показана госпитализация в связи с тяжелым состоянием больного и наличием бронхиальной обструкции.
4. Пульсоксиметрия, общий анализ крови, рентгенография органов грудной клетки.
5. Оксигенотерапия через носовые катетеры либо головные колпаки, увлажнение, гидратация, поверхностная назальная аспирация, распыление 3% гипертонического раствора через небулайзер, беродуал — 1 капля/кг, при отсутствии эффекта ингаляции беродуала прекратить.
6. Кормление грудью, исключение пассивного курения, обеззараживание рук, паливизумаб (по показаниям).

К задаче 192

1. Инфекционный мононуклеоз, типичный, среднетяжелая форма.
2. ПЦР и ИФА-маркёры к ЭБВ, биохимия крови (аминотрансферазы).
3. Обнаружение ДНК вируса ЭБВ и положительный уровень IgM к вирусу Эпштейна-Барра.
4. Острый тонзиллофарингит, ЦМВ-инфекция, ВИЧ-инфекция.
5. Ацикловир — 200 мг 5 раз в сутки 7–10 дней. Полоскание зева антисептиками.

К задаче 193

1. Коклюш, типичный, тяжелая форма. Множественные ателектазы.
2. Источник инфицирования — отец ребенка.
3. ПЦР- и ИФА-диагностика на коклюш. Бактериологическое исследование методом кашлевых пластинок.
4. Нет.
5. Анализ крови характерен для коклюша.
6. Наблюдение и лечение в ОРИТ.
7. Ребенок должен находиться в кювезе. Назначают антибиотики макролиды, аминазин, ингаляции с беродуалом, лазолван.
8. Иммунизация вакцинами АКДС, инфанрикс, пентаксим, тетраксим.

К задаче 194

1. Эпиглоттит, тяжелая форма.
2. Синдром инфекционного токсикоза, нарушение проходимости дыхательных путей за счет увеличения надгортанника вследствие воспаления обуславливают тяжесть состояния.
3. Необходимо избегать или отложить мероприятия, доставляющие ребенку беспокойство (венепункция, укладывание на спину и др.), что может привести к внезапной остановке дыхания! На догоспитальном этапе не следует пытаться осмотреть гортань! Дать жаропонижающие средства. Парентерально вводят ингибиторзащищенные аминопенициллины, цефалоспорины III поколения. Подают увлажненный кислород. Ребенок должен находиться под наблюдением врача, имеющего навыки трахеотомии, коникотомии и интубации.
4. Транспортировка в положении сидя.
5. Иммунизация вакцинами АктХиб, Хиберикс, Пентаксим, Инфанрикс-гекса является профилактикой инфекции, вызванной гемофильной палочкой.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

К задаче 195

1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки, стадия — свежая язва, Нр+. Реактивный панкреатит.
2. УЗИ органов брюшной полости: лабильный перегиб желчного пузыря. Дуоденогастральный рефлюкс. Гастрит, реактивный панкреатит.
3. Госпитализировать. Стол № 1А (язвенный) — 1 неделя; затем стол № 1Б — протертый, 1–2 недели; затем № 5. Технологическая обработка продуктов: варка, тушение, запекание. Квадротерапия: амоксициллин (или кларитромицин), метронидазол, де-нол — 120 мг/4 раза в день, последний раз на ночь, омепразол 10 мг — 2 раза в день 10–14 дней. Мотилиум, препараты-пробиотики (линекс, аципол, бифидумбактерин и др.), КВЧ-терапия.

К задаче 196

1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки. Стадия — свежая язва, осложненная кровотечением. НР+. Реактивный панкреатит. Вегето-сосудистая дисфункция.
2. Госпитализировать. Стол № 1А (язвенный) — 1 неделя; затем № 1Б — протертый, 1–2 недели. Затем № 5. Технологическая обработка продуктов: варка, запекание, тушение. Квадротерапия: амоксициллин или кларитромицин, метронидазол, де-нол — 120 мг 4 раза в день, последний раз на ночь; омепразол — 10 мг 2 раза в день, 10–14 дней. Мотилиум. Препараты-пробиотики (линекс, аципол, бифиформ и др.); КВЧ-терапия.
3. Лечебно-охранительный режим. Питание 4 раза в день, исключить все виды жареной и жирной пищи. Пятидневная учебная неделя. Отменить занятия хореографией. Диспансерный учет у участкового врача и врача-гастроэнтеролога. Повторное эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта через 1,5–2 месяца. Дыхательный уреазный тест не ранее, чем через 6 недель. Общий анализ крови — через один месяц. При наличии анемии назначить мальтофер — 5 мг/кг. Повторное УЗИ органов брюшной полости — через 1,5–2 месяца.

К задаче 197

1. Хронический гастродуоденит, рецидивирующее течение, обострение. НР+. Перегиб желчного пузыря в области шейки.
2. Госпитализировать. Де-нол — 120 мг/4 раза в день, последний раз на ночь. Амоксициллин (или кларитромицин). Метронидазол, омепразол — 10 мг 2 раза/10–12 дней. КВЧ-терапия. Диспансерное наблюдение у участкового врача и гастроэнтеролога. Повторная эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта через 6–8 недель. Дыхательный уреазный тест не ранее, чем через 6–8 недель. Противорецидивное лечение весной, осенью, зимой. Лечебный стол № 5 с исключением жирных, жареных блюд, варка, запекание, тушение. Лечебно-охранительный режим.

3. Оксалурия; показаны отвары трав, продукты с низким содержанием оксалатов. Пить в течение дня 1–1,5 литра жидкости.

К задаче 198

1. Эрозивный эзофагит. НР+. Гастроэзофагеальный рефлюкс. Антральный гастрит.
2. Госпитализировать. Стол № 1 (операционный) на 1–2 недели до заживления эрозий, затем № 5. Технологическая обработка продуктов — варка, запекание, тушение — 4 раза в день. Квадротерапия: де-нол, амоксициллин (кларитромицин), метронидазол, омепразол — 10–14 дней. КВЧ-терапия.
3. Питание не реже 4–6 раз в день. Избегать грубой, жареной, жирной пищи, специй, раздражающих слизистую оболочку пищевода продуктов. Рекомендуется молоко и кисломолочные продукты, отварные овощи, творог, сыр, каши молочные, последний прием пищи — за 1,5–2 часа до сна.
4. Тяжелой атлетикой заниматься не рекомендуется.
5. Контроль ЭГДС на первом году диспансерного наблюдения ежеквартально, на втором и последующем году — 2 раза в год.

К задаче 199

1. Язвенный колит, тотальный, активная фаза. Острое течение. Постгеморрагическая анемия, легкая форма.
2. Исключить из рациона все молочные продукты, кроме сливочного масла. Стол № 4 — непротертый, обогащенный белками за счет мясных, рыбных продуктов и яиц. Медикаментозная терапия включает препараты 5-аминосалициловой кислоты (салофальк, сульфасалазин, месакол) 50–60 мг/кг в 3–4 приема на 3–4 недели, затем в половинной дозировке, дозировке в размере третьей части в течение 4–6 мес. Для местного лечения используют препарат «Салофальк клизма» 1–2 раза в сутки на 2–4 недели. Препараты-пробиотики (линекс, бифиформ, аципол). Микроклизмы с гидрокортизоном капельно (100 мл физраствора + 60 мг гидрокортизона). В стадии тяжелого диарейного процесса, прогрессирующего течения язвенного колита назначают гормональную терапию

(преднизолон 1–1,5 мг/кг). Длительность применения составляет 2–4 недели. Вместо преднизолона целесообразнее назначать буденосид — обладает меньшим системным действием. При необходимости и неэффективности лечения используют препараты иммуносупрессанты (азотиоприн, метотрексат). Альтернативный путь лечения — хирургическое. Диспансерное наблюдение пожизненное. Оформление инвалидности.

К задаче 200

1. Дискинезия желчевыводящих путей по гипотонически-гипокинетическому типу.
2. Вегето-сосудистая дистония.
3. Лечение. Лечебное питание — назначить пищевые продукты, обладающие умеренным желчегонным действием: сливочное и растительное масло, сливки, сметана, яйца, овощные блюда из свеклы, тыквы, кабачков, цветной капусты, моркови; фрукты, богатые пищевыми волокнами (курага, клубника, малина, сушеный шиповник и др.); черный хлеб, овсяные хлопья, пшеничные отруби.
Медикаментозные препараты: прокинетики (мотилиум) — 2,5 мл на 10 кг массы 3 раза в день до приема пищи от 10–15 дней в течение 2–3-х месяцев; желчегонные препараты (на выбор): аллохол по 1 таблетке 3–4 раза в день после еды; лив-52 по 1–2 таблетки 3 раза в день сразу после еды или во время приема пищи; тыквеол по 1 чайной ложке 3–4 раза в день или по 1–3 капсулы в сутки 1–3 месяца; фламин по 1 таблетке 3 раза в день перед едой; холензим по 1 таблетке 1–3 раза в день после еды; хофитол по 1–2 таблетки 3 раза в день перед едой; физиопроцедуры: озокеритовые и парафиновые аппликации, электрофорез с магнием, сорбитом.
4. В период реабилитации — отвары желчегонных трав по 2 недели ежеквартально (настой травы душицы, отвар кукурузных рылец, настой плодов шиповника, ромашки $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ стакана 3 раза в день за 30 мин. до еды). Минеральная вода: «Обуховская-10», «Ессентуки-4», «Смирновская», «Славяновская» — 3 мл/кг в теплом виде. В большинстве случаев терапия проводится в амбула-

торных условиях. Наилучшим вариантом является восстановительное лечение с использованием фитопрепаратов и питьевого применения минеральных вод. Санаторно-курортное лечение.

К задаче 201

1. Желчнокаменная болезнь, период обострения. О наличии камня в желчном пузыре свидетельствуют данные УЗИ желчного пузыря. Наличие желчнокаменной болезни сопровождается явлением «каменного» холецистита и реактивного панкреатита.
2. Обострение желчнокаменной болезни было спровоцировано употреблением хлеба с маслом, яйцом и кофе.
3. УЗИ желчного пузыря дает 100-процентную информацию о наличии камня.
4. Показана холецистэктомия.

К задаче 202

1. Долихосигма. Хронический колит в стадии обострения. Энкопрез.
2. Энкопрез вторичный.
3. План лечения: повторные очистительные клизмы кипяченой водой комнатной температуры до полного опорожнения толстой кишки в течение нескольких дней (до купирования энкопреза). Микроклизмы «Микролакс» (разрешен с рождения, но является препаратом скорой помощи, а не длительного использования, обладает раздражающим действием на слизистую оболочку кишки). Макрогол 0,8 г/кг (с 6 мес.) — 4 мг на 100 мл воды 2 раза в день. Длительность терапии — не менее 30 дней, при необходимости — до 3-х мес. Питьевой режим — 1000 мл в сутки. В рацион питания ввести пищевые волокна (серые каши, тушеные овощи, курага, чернослив, инжир). Массаж живота, ЛФК.

К задаче 203

1. Хронический панкреатит в стадии обострения.

2. Обострения провоцируются приемом обильной пищи, употреблением жирных и жареных блюд, пирожных и др. праздничных блюд.
3. Госпитализация. Стол с исключением экстрактивных веществ, сырой клетчатки. Необходимо употреблять отвар шиповника, несладкий чай. По мере затихания обострения назначают протертые каши, молочный кисель. Овощной протертый суп, овощное пюре на 7–8-й день, паровые фрикадельки, паровые котлеты, рыба (протертый вариант 5-го панкреатического стола). Через 2–3 недели назначают «непротертый» вариант 5П стола и технологическую обработку продуктов — варку, тушение, запекание. В период остроты панкреатита назначают инфузионную терапию в виде растворов аминокислот, глюкозо-солевых растворов с добавлением калия хлорида, глюконата кальция. Медикаменты: назначают препараты-спазмолитики (но-шпа, папаверин) в сочетании с анальгетиками (при боли в животе) — баралгин. Подавляют стимуляцию действия соляной кислоты назначением препаратов-антацидов (по выбору): альмагель, фосфалюгель, маалокс, гевискон. Ингибиторы протеолитических ферментов: контрикал — 5–10 тысяч единиц 2–3 раза в день ежедневно или через день. Сандостатин — быстрое улучшение состояния больных, уменьшаются боли в животе, ликвидируется парез кишечника, нормализуется активность амилазы, липазы, трипсина в крови и моче. Назначают в дозах от 25 до 150 мкг 2–3 раза в день п/к или в/в от 5 до 7 дней в зависимости от возраста. С заместительной целью назначают препараты-ферменты (панкреатин, мезим форте, креон, панзинорм, фестал, дигестал и др.).
4. Амбулаторно: первый год после выписки из стационара наблюдать ежеквартально. Курсы противорецидивной терапии — 2–3 раза в год. Лечебный стол с исключением жирных, жареных блюд, раздражающей растительной клетчатки. Желчегонные препараты — 2–3 раза в год, мотилиум. Минеральная вода, лучше в санаторных условиях (Обухово, Нижние Серьги, Железноводск). С диспансерного учета детей не снимать до перехода во взрослую сеть.

К задаче 204

1. Острый панкреатит, посттравматический.
2. Клинические симптомы: боли в животе, многократная рвота, тошнота. Клиническая картина острого живота после осмотра хирурга; повышенный уровень амилазы мочи, отечная поджелудочная железа; увеличены головка, тело, хвост, снижена эхогенность железы.
3. Удар ногой в живот.
4. План лечения: госпитализация в гастроэнтерологическое отделение. Первые 2–3 дня — полное голодание. Парентеральное введение жидкости, аминокислот. Спазмолитические препараты (папаверин, платифиллин), анальгетики (баралгин). Ингибиторы протеолитических ферментов (контрикал — 5–10 тысяч 2–3 раза в день ежедневно или через день). Сандостатин — с учетом состояния больного 25,50,100 мкг 2–3 раза в/в или п/к в течение 5–7 дней. Показаны панкреатические ферменты. Кормление назначают постепенно и осторожно (стол 5П). Диетическое питание до 5–6 месяцев.

К задаче 205

1. Клинический диагноз: хронический гастродуоденит, ассоциированный с НР в стадии обострения. Реактивный панкреатит.
2. Основной путь передачи инфекции — орально-фекальный.
3. Показана госпитализация с целью назначения лечебного стола и проведения эрадикационной терапии (квадротерапия: де-нол 120 мг х 4 раза, последний раз на ночь; антибиотик — амоксициллин 50 мг/кг или кларитромицин 0,25 г 2 раза в день; трихопол — по 0,25 мг 2–4 раза в день; омез — 10 мг 2 раза в день. Дополнительно — мотилиум 3 раза в день и препараты пробиотики (линекс, бифиформ и др.). Курс лечения 10–14 дней.

К задаче 206

1. Предварительный диагноз — гельминтоз (аскаридоз). Железодефицитная анемия, легкая.

2. Кал на яйца глистов (повторно), железо сыворотки крови, ОЖСС.
3. Вермокс — 2,5 мг/кг в сутки в течение 3-х дней, инфузионная терапия, десенсибилизирующие препараты — возможны кожные аллергические реакции.
4. Кашель можно объяснить миграцией личинок аскарид. Санитарно-эпидемиологический режим, исключить контакт с животными.

К задаче 207

1. Целиакия.
2. Многократное повышение выше нормы антиглиадиновых антител (АГА), аутоантител к тканевой трансглутаминазе и эндомизию.
3. Нарастание гипотрофии, жир в кале, повышение титра антиглиадиновых антител, аутоантител к тканевой трансглутаминазе, атрофия слизистой оболочки тощей кишки вплоть до исчезновения ворсин и углубления крипт.
4. Пожизненная безглютеновая диета, препараты-пробиотики. При соблюдении безглютеновой диеты и правильно организованного питания прогноз благоприятный.

К задаче 208

1. Острый аппендицит.
2. Немедленная госпитализация в хирургическое отделение.

К задаче 209

1. Отравление растением, содержащим атропиноподобные вещества.
2. Немедленная госпитализация в реанимационное отделение. Р-снимок грудной клетки. Срочное промывание желудка большим количеством воды — не менее 5 л с физраствором 2–3 ст. л. на 5 л. После промывания желудка — смекта, лактофильтрум, солевое слабительное. Антибактериальная терапия (ампициллин или амоксициллин) при наличии пневмонии.

К задаче 210

1. Первоначальный диагноз после всех результатов обследования — криптогенный гепатит или гепатит неясного генеза. В таком случае необходимо проводить исследование наследственно обусловленных заболеваний.
2. С учетом результатов внешнего осмотра — гипертрофия икроножных мышц, не характерная для детей раннего возраста, нарушение моторной функции, следует исключить прогрессирующую миопатию. В результате разрушения мышечных волокон имеется постоянный синдром цитолиза, дополнительные исследования — определение уровня креатининфосфокиназы (КФК) и электромиография (ЭМГ) — позволяют подтвердить диагноз вероятной миопатии Дюшена. Необходимы консультации невролога и генетика.

К задаче 211

1. Ребенок рожден от женщины с отягощенным акушерским анамнезом, крупный плод. Желтуха, гипербилирубинемия и запоры могут быть маркерами гипотиреоза. Повышение уровня ТТГ позволит направить ребенка к эндокринологу для уточнения диагноза «гипотиреоз». Необходимо провести обследование на маркеры ВУИ, результаты скрининга методом ИФА отрицательные.

К задаче 212

1. Внезапно наступившая кожная аллергия после дебюта ОРВИ, наличие лимфаденита, гепатомегалия, контакт с кошкой за 3 месяца до болезни, рецидивирующая крапивница на фоне приема антигистаминных препаратов и энтеросорбентов позволяют провести обследование на паразитозы, в том числе на токсоплазмоз. Выявление IgM к токсоплазме подтверждает диагноз приобретенного токсоплазмоза. Лечение по протоколу.

К задаче 213

1. Клинический диагноз: вирусный гепатит А, типичный, тяжелая форма с холестаазом, крапивница. Клинико-лабораторными синдромами острого гепатита являются: интоксикационный синдром, синдромы желтухи, цитолиза, мезенхимального воспаления. Маркёрами холестаза являются повышенные показатели ЩФ, гамма-глутамат-транспептидазы (ГГТП), холестерина и В-липопротеидов, зуд кожи, ахоличный стул. Крапивница может быть маркёром дебюта гепатита В, но при ИФА-исследовании выявлены IgM к вирусу гепатита А и прививочные антитела aHBs к гепатиту А.
2. При холестазае эффективно применение препаратов урсодезоксихолевой кислоты (урсофальк, урсосан) на 4–6 недель, крапивницу купируют введением антигистаминных препаратов и преднизолона струйно в/в из расчета 1 мг/кг.

К задаче 214

1. Клинический диагноз: врожденный вирусный гепатит С, атипичная форма, хроническое течение. Ребенок реализовал перинатальный контакт по вирусному гепатиту С, дебют острого заболевания произошел после инкубационного периода в 3 месяца жизни в виде синдрома цитолиза. Маркер репликации вируса гепатита С — aHCV Ig M — выявлен в возрасте 8 месяцев, когда были использованы тесты третьего поколения. Повторное обнаружение IgM в 12 месяцев и 13 месяцев позволяет прогнозировать хроническое течение заболевания.
2. Определить методом ПЦР РНК HCV, генотип и вирусную нагрузку, провести УЗИ печени, повторить биохимическое исследование и общий анализ крови, уровень ТТГ перед назначением противовирусной терапии. Диспансерное наблюдение до 18 лет с диагнозом «хронический гепатит С».

К задаче 215

1. Хронический вирусный гепатит В, неактивная форма. Реактивация заболевания произошла вследствие суперинфицирования вирусом гепатита А, наличие аHAV IgM тому подтверждение. Маркёрами репликации вируса В явились HBeAg+, антиHBc IgM+, HBV DNA+.
2. Противовирусное лечение — препарат зеффикс из расчета 3 мг/кг в сутки (продолжительность не менее 12 мес.) или пегинтрон на 6 месяцев по схеме. Постоянно осуществлять мониторинг: общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ТТГ и сТ4, аТПО и аТГ. ПЦР-контроль через 3 месяца и после отмены противовирусной терапии.

К задаче 216

1. У больного стаж наркомании 4 года. За этот период он перенес в атипичной форме вирусный гепатит В и А, имеются в наличии маркёры постинфекции. В настоящее время является больным хроническим активным гепатитом С (ХАГС) и G с высокой биохимической и вирусной нагрузкой, 1b генотип.
2. Купировать холестаза, т.к. повышены уровень общего билирубина и показатели ЩФ, гаммаглутаматтранспептидазы (ГГТП). После купирования холестатического компонента может быть предложена схема противовирусной терапии: пегасис или стандартный интерферон (роферон А, интрон А, реальдирон или другие) в комбинации с рибавирином, препараты урсодезоксихолевой кислоты (урсофальк, урсосан). При наличии 1 генотипа лечение длится не менее 12 месяцев.

К задаче 217

1. Клинический диагноз: вирусный гепатит А, типичный, легкая форма, затяжное течение. В плане обследования следует исключить миопатию Беккера или Дюшена (уровень КФК

был в норме), инфекционный мононуклеоз и иерсиниоз (маркёры отрицательные). Большой привит от гепатита В, ПЦР HCV — результат отрицательный.

2. В настоящее время провести лечение затяжного варианта течения вирусного гепатита А. Назначить амиксин по схеме, на курс — 10 табл. по 125 мг.

К задаче 218

1. У больного на фоне длительной гиперферментемии без тенденции к нормализации уровня трансаминаз имеет место неврологическая симптоматика. Инфекционные факторы риска исключены: ЦМВ-инфекция персистирующая, неактивная, обнаружены прививочные антитела к гепатиту В. Следует исключить миопатию Дюшена, для этого определить уровень КФК, провести электромиографию и медико-генетическое консультирование. Наблюдение и лечение у невролога — пожизненно.

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

К задаче 219

1. Госпитализировать девочку в эндокринологическое отделение с диагнозом «сахарный диабет».

К задаче 220

1. Синдром Тернера-Шершевского? Коарктация аорты?
2. Рентгенография кистей рук. ЭКГ, ЭХОКГ, СТГ-стимуляционные тесты. Определить кариотип. Допплерография сосудов.
- 3.

К задаче 221

1. Транзиторный гипотиреоз.
2. Назначить матери 300 мкг йода на весь период кормления грудью, а после введения прикорма обеспечить ребенку дополнительную дотацию препаратов йода в дозе 100 мкг в сутки.

К задаче 222

1. Предположительный диагноз: синдром Клайнфельтера.
2. Показана консультация эндокринолога и генетика.

К задаче 223

1. Вызвать бригаду «скорой помощи». Госпитализировать мальчика в специализированное отделение с диагнозом «сахарный диабет I типа, декомпенсация с кетоацидозом».

К задаче 224

1. Предварительный диагноз: сахарный диабет I типа, тяжелое течение, впервые выявленный, кетоацидотическая кома.
2. Показана госпитализация в реанимационное отделение.
3. Следует назначить инфузионную терапию с внутривенного введения изотонического солевого раствора.

К задаче 225

1. Сахарный диабет I типа, тяжелое течение, декомпенсация, гипогликемическая кома.
2. Вызвать «скорую помощь».
3. Внутримышечное введение глюкагона. Обеспечить внутривенный доступ. Внутривенное струйное введение 10-процентного раствора глюкозы.

К задаче 226

1. Несахарный диабет. Психогенная полидипсия.
2. Госпитализировать в специализированное отделение. Определить сахар крови натощак, общий анализ мочи, глюкозотолерантный тест, анализ мочи по Зимницкому.

К задаче 227

1. Предварительный диагноз — хроническая надпочечниковая недостаточность. Гипогонадизм.
2. Необходимо направить больного на консультацию к эндокринологу и генетику.

К задаче 228

1. Предварительный диагноз: врожденная дисфункция коры надпочечников.
2. Госпитализировать в реанимационное отделение. Определить активность ренина, сделать ионограмму, назначить 17-гидроксипрогестерон.

К задаче 229

1. Назначить симптоматическую терапию ОРВИ.
2. Профилактика острой надпочечниковой недостаточности: необходимо увеличить базовую дозу глюкокортикоидов и минералокортикоидов в 2 раза на 3 дня с последующим постепенным снижением дозы на 30% один раз в 3 дня.

К задаче 230

1. Решением иммунологической комиссии утвердить индивидуальный план вакцинации ребенка. Исключить из плана вакцинации живые вакцины. Проводить вакцинацию только на фоне компенсации заболевания длительностью не менее двух недель.

К задаче 231

1. Назначить левотироксин в суточной дозировке 10–15 мкг/кг массы и направить на консультацию к детскому эндокринологу.

К задаче 232

1. Предварительный диагноз — эндемический зоб.
2. Необходимо назначение препаратов йода в лечебной дозе 200 мкг.

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПЕДИАТРИЯ

К задаче 233

1. Ребенка можно отнести к первой группе здоровья, учитывая: отсутствие жалоб в момент осмотра; данные анамнеза; данные объективного обследования: нормальные масса-ростовые прибавки за 8 месяцев жизни, соответствие показателей физического развития паспортному возрасту, оптимальные темпы психомоторного развития (1 группа нервно-психического развития), наличие всех признаков нормотрофии; данные лабораторных исследований.
2. Индивидуальное питание:
6.00 — адаптированная молочная смесь «Нан», 200 мл;
10.00 — каша рисовая 10% — 150 г, 1/2 желтка, 80 мл яблочного сока;
14.00 — овощное пюре — 150 г, 30 г мясного пюре, 80 г яблочного пюре;
18.00 — кефир (160 мл), творог (40 г);
22.00 — адаптированная молочная смесь «Нан», 200 мл.
3. Продолжать профилактику рахита — витамин в суточной дозе 1000 МЕ (2 кап.).

К задаче 234

1. Ребенок должен наблюдаться с диагнозом «рахит II ст., период разгара, подострое течение; перинатальное поражение ЦНС постгипоксического генеза, гипертензионный синдром».
2. Развитию рахита способствовали следующие факторы: течение беременности в неблагоприятный для полноценного микронутриентного обеспечения плода зимне-весенний

- сезон (отсутствие достаточной инсоляции, дефицит витаминов в питании); отягощенное течение беременности у матери, сопровождавшееся нарушением питания плода; ранний перевод на искусственное вскармливание; вскармливание с 3-х месяцев неадаптированной кисломолочной смесью.
3. Объективно: физическое развитие соответствует возрасту, должноствующая масса 6850 г, длина 63 см. В нервно-психическом развитии отмечается запаздывание становления общих движений: ребенок уже должен пытаться переворачиваться с живота на спину, имеются симптомы поражения костно-мышечной системы.
 4. Режим № 2 (6 кормлений через 3,5 часа); Индивидуальное питание:
 - 6.00 — адаптированная молочная смесь «Симилак», 170 мл;
 - 9.30 — овощное пюре «Хайнц» (150 г), 50 мл яблочного сока;
 - 13.00 — адаптированная молочная смесь «Симилак», 170 мл;
 - 16.30 — адаптированная молочная смесь «Симилак» (170 мл), 50 г яблочного пюре;
 - 20.00 — адаптированная молочная смесь «Симилак», 170 мл;
 - 23.30 — адаптированная молочная смесь «Симилак», 170 мл;Необходимо отменить кефир, назначить адаптированную молочную смесь с оптимальным содержанием кальция, фосфора и витамина Д: «Беби Ситтер Формула», «Симилак».
 5. Витамин Д (Вигантол, АкваД3) — 2000 МЕ, 30–45 дней. Каждые 10 дней — проба Сульковича.

К задаче 235

1. Диагноз — тупая травма живота (травма печени?), внутреннее кровотечение. Геморрагический шок.
2. Терапия: доступ к вене: 0,9% р-р NaCl — 400,0 мл, 5% р-р глюкозы — 400,0 мл (20 мл/кг/час и выше), (10 мл/мин.) под контролем АД; дицинон — 12,5% — 1,0 мл в/в; пластиковый мешок с холодной водой на живот; оксигенотерапия.
3. Экстренная госпитализация в операционную травматологического отделения, минуя приемный покой больницы.

К задаче 236

1. Диагноз — ОРВИ. Гипертермическая реакция.
2. Состояние ребенка может ухудшаться в случае появления осложнений, например отита, пневмонии.
3. Мероприятия неотложной медицинской помощи: физические методы охлаждения; сироп парацетамола внутрь 120 мг; обильное питье; в данный момент в госпитализации не нуждается; рекомендовано активное посещение педиатром.

К задаче 237

1. Диагноз — контактный дерматит. Предположительно — контакт с борщевиком.
2. Неотложная помощь: промыть место ожога мыльной водой, приложить примочку с раствором фурациллина. Супрастин по 1 таблетке 2 раза в день (в течение недели). Асептическая повязка или смазывание пантенолсодержащими препаратами.
3. Госпитализация детей в соматическое отделение для проведения в/в дезинтоксикационной терапии и лечения, возможно, развивающихся в последующем эрозий кожи.

К задаче 238

1. Диагноз: посттравматическая реакция на вакцину АКДС.
2. Лечебные мероприятия — супрастин. Холодную примочку на место введения вакцины.
3. В осмотре врача-специалиста не нуждается.
4. Объясните матери: адекватный ответ на введение вакцины.

К задаче 239

1. Диагноз: необычная реакция на прививку против кори. Аллергическая сыпь. Лакунарная ангина.
2. Течение поствакцинального периода: необычная поствакцинальная реакция + интеркуррентное заболевание.
3. Подать экстренное извещение в СЭС.

4. Лечение ангины на дому, полоскание раствором ромашки, эвкалиптом, госпитализации не подлежит.

К задаче 240

1. Диагноз: нормальная реакция на прививку против эпидемического паротита. Увеличение околоушной железы слева.
2. Экстренное извещение в СЭС, и госпитализация не требуется.
3. Осмотр отоларингологом.
4. Сухое тепло на область увеличенной железы, антигистаминные препараты.

К задаче 241

1. Диагноз: перинатальное постгипоксическое поражение ЦНС легкой степени, ранний восстановительный период; синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости.
2. Группа здоровья 2Б (есть факторы риска и морфофункциональные отклонения).
3. Течение адаптации на фоне перинатального постгипоксического поражения ЦНС.
4. Фототерапия показана: проводить, начиная с 56 мкмоль/л у доношенных, с 171 мкмоль/л — у недоношенных.
5. Советы матери: стимуляция лактации, докорм энфамилом.

К задаче 242

1. Диагноз — железодефицитная анемия легкой степени.
2. Анемия у матери и гестоз первой половины. ОРВИ в третьем триместре, искусственное вскармливание с месячного возраста.
3. Определить уровень железа, ОЖСС в сыворотке крови.
4. Мальтофер — 5 мг/кг в каплях или сиропе. Эффективность лечения контролировать ежемесячно.

К задаче 243

1. Диагноз: рахит II степени, период разгара, острое течение.

2. Причины развития рахита: ранний перевод на искусственное вскармливание, фактическое отсутствие профилактики рахита.
3. Витамин Д (Вигантол, АкваД3) — 2000 МЕ в течение 30–45 дней, далее профилактические дозы витамина Д — 1000 МЕ до 4-х лет. В летнее время — 500 МЕ. Панангин или аспаркам, цитратная смесь на 2 недели. Массаж, лечебная гимнастика — 2 раза в год.

К задаче 244

1. На момент патронажа состояние ребенка удовлетворительное.
2. Группа здоровья — 2Б.
3. Факторы риска по возникновению перинатального поражения ЦНС, заболеваниям почек, обменным нарушениям.
4. Осмотры ребенка ежемесячно.
5. Анализ мочи ежемесячно. ЭКГ, ЭХОКГ.
6. Консультация генетика, хирурга.

Учебное издание

*Чередниченко А. М., Царькова С. А.,
Козлова С. Н. и др.*

СБОРНИК
СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ
ПО ПЕДИАТРИИ

ISBN 978-5-89895-832-9

*Редактор Е. Бортникова
Корректор Л. Моисеева
Дизайн, верстка А. Шевела*

Оригинал-макет подготовлен:
Издательство УГМУ
620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, 2, каб. 310
Тел.: (343) 214–85–65
E-mail: pressa@usma.ru