

**ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ
«СВЕРДЛОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**Сборник ситуационных задач
по педиатрии**

ПМ. 01 Диагностическая деятельность
ПМ.02 Лечебная деятельность
Диагностика детских болезней
МДК.02.04 Лечение пациентов детского возраста

Екатеринбург, 2021

Сборник ситуационных задач по педиатрии

Составитель: Н.Д. Выборнова –Серовский филиал ГБПОУ «СОМК»,
Серёгина Е.К. ГБПОУ «СОМК», 2021 г., 168 стр.

Рассмотрено на заседании кафедры
Протокол № 3
от «06» октября 2021г.
Зав. кафедрой



Е.К. Серёгина

Данный сборник ситуационных задач для самостоятельной работы студентов составлен с целью овладения указанным видом профессиональной деятельности и соответствующими профессиональными компетенциями и в соответствии требований ФГОС СПО специальности Лечебное дело

Содержание

Раздел 1. Неонатология	2-5стр.
Раздел 2. Болезни детей раннего возраста	6-10стр.
Раздел 3. Кардиология	11-15стр.
Раздел 4. Пульмонология	16-20стр.
Раздел 5. Нефрология	21-25стр.
Раздел 6. Гематология	26-28стр.
Раздел 7. Гастроэнтерология	29-34стр.
Раздел 8. Эндокринология	35-37стр.
Раздел 9. Поликлиническая педиатрия	38-45стр.
Раздел 10. Детские инфекционные болезни	46-71стр.
Эталоны	72-166ст.

ТИПОВЫЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

НЕОНАТОЛОГИЯ

Задача № 1

Девочка от первой беременности, срочных родов на 4-ые сутки жизни находится в родильном доме. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложена сразу после рождения, сосала хорошо. На 3-и сутки появилась желтушность кожи. При осмотре на 4-й день жизни состояние удовлетворительное, сосёт хорошо, крик громкий. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожа чистая, умеренно иктеричная, пупочная ранка без воспалительных изменений. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны ясные, живот мягкий, безболезненный, печень по правой переднеподмышечной линии 1 см; по правой среднеключичной 1 см; по срединной 1/3, селезёнка не пальпируется. Стул жёлтого цвета. Группа крови матери A(II), Rh-положительная. Группа крови ребенка 0(I), Rh-положительная. **Клинический анализ крови:** Hb - 196 г/л, Эр - $5,9 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты - 1,5%, Ц.п.-0,94, Лейк- $9,0 \times 10^9$ /л, п/я-5%, с-42%, э-1%, л-47%, м-5%, СОЭ-2 мм/час. **Общий анализ мочи:** цвет - соломенно-желтый, реакция - кислая, удельный вес - 1004, белок отсутствует, эпителий плоский - немного, лей-коциты - 2-3 в п/з, 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, мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, АЛТ - 25 ммоль/л, АСТ - 18 ммоль/л.

1. Поставьте диагноз с обоснованием.
2. Каково происхождение желтухи в данном случае?
3. Проведите дифференциальный диагноз транзиторной и гемолитической желтухи у новорождённого.
4. Обозначьте показания для консультации новорождённого с желтухой невропатологом.
5. Требуется ли лечение желтуха у данного ребенка? Как кормить этого ребенка?

Задача № 2

Мальчик, 1-ые сутки жизни, находится в родильном доме. У матери A (II) Rh-отрицательная группа крови. Первая беременность закончилась срочными родами 3 года назад.

Настоящая беременность вторая, протекала с угрозой прерывания, гемо-динамическими нарушениями 1А степени. В женской консультации наблюдалась нерегулярно. Роды срочные, самостоятельные. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Сразу при рождении было отмечено желтушное прокрашивание кожных покровов, оболочек пуповины и околоплодных вод. При первом осмотре педиатра выявлено увеличение размеров печени до +3 см и селезенки до +1,5 см. **При дополнительном обследовании:** билирубин пуповинной крови составил 105 мкмоль/л. В **биохимическом анализе крови** новорожденного, взятом в возрасте 4 часов жизни, уровень непрямого билирубина составил 175 мкмоль/л. **периферической крови**, определенный сразу после рождения, 129 г/л.

1. Поставить диагноз и обосновать.
2. Назначьте дополнительное обследование для уточнения диагноза.
3. Каков патогенез настоящего заболевания?
4. Назначьте и обоснуйте лечение.
5. Напишите план диспансерного наблюдения ребенка в детской поликлинике.

Задача № 3

Мальчик, 3-и сутки жизни, поступил в отделение патологии новорождённых из родильного дома с диагнозом «кишечное кровотечение». Из анамнеза: ребенок от матери 18 лет. Мать страдает гастритом, дисфункцией билиарного тракта. Беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 32-34 недели. Роды на 38-й неделе. Масса тела при рождении 2800 г, длина 48 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние при рождении среднетяжелое за счет синдрома угнетения. К груди приложен на 1-е сутки, но у матери гипогалактия. На 3-й день жизни отмечалась однократная рвота с примесью крови и мелена. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась и ребенка перевели в стационар. **При осмотре:** состояние средней тяжести, лануго, низко расположенное пупочное кольцо, кожные покровы слегка иктеричны, в легких дыхание пуэрильное, тоны сердца звучные, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется, мелена. В неврологическом статусе: ребенок вялый, рефлексы новорождённого угнетены, мышечный тонус быстро истощается, при нагрузке появляется тремор рук. **Общий анализ крови:** Нв - 180 г/л, Эр - $5,4 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,94, тромб- $310,0 \times 10^9$ /л, Лейк- $5,9 \times 10^9$ /л, п/я-3%, с - 51%, л - 38%, м - 8%, СОЭ -2 мм/час. **Время кровотечения по Дюке** - 2 минуты. **Время свертывания по Бюркеру:** начало - 3,5 минуты, конец - 7 минут. **Коагулограмма:** каолиновое время - 100" (норма - 40-60"), АЧТВ - 90" (норма - 40-60"), протромбиновое время по Квику - 26" (норма - 12-15"), тромбиновое время - 30" (норма - 28-32"), протромбиновый комплекс - 25%. **Биохимический анализ крови:** общий белок - 48,4 г/л, билирубин: непрямой - 196 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 4,2 ммоль/л, калий -4,8 ммоль/л, натрий -140 ммоль/л, АСТ - 38 ед., АЛТ - 42 ед. **Нейросонограмма:** рисунок извилин и борозд сглажен. Эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена. Глубина большой затылочной цистерны 8 мм (норма - до 6 мм).

1. Обоснуйте диагноз, укажите факторы риска развития заболевания.
2. Тактика врачей родильного дома.
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз данного случая?
4. Назначьте лечение.
5. Тактика диспансерного наблюдения, как провести вакцинацию на первом году жизни?

Задача № 4

Мальчик К., 8 дней, поступил в отделение патологии новорождённых по направлению районной поликлиники. Ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, гнойным гайморитом в третьем триместре. Роды в срок, физиологичные. Масса тела при рождении 3500,0 г, длина тела 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 чем ребенок был госпитализирован. **При поступлении** состояние средней тяжести, вялый, сосет неохотно, периодически срыгивает, температура тела 37,4-37,6°C. Кожа бледно-розовая 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:** Нв - 180 г/л, Эр - $5,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,99, тромб- 270×10^9 /л, Лейк - $17,2 \times 10^9$ /л, метамиелоциты - 3%, п/я - 13%, с - 57%, л -24%, м - 3%, СОЭ - 9 мм/час. **Общий анализ мочи:** цвет - соломенно-желтый, реакция - кислая, удельный вес -

1004, белок отсутствует, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет. **Биохимический анализ крови:** общий белок - 52,4 г/л, билирубин: непрямо́й - 51 мкмоль/л, прямо́й - нет, мочеви́на - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, кальций - 2,2 ммоль/л, фосфор - 1,9 ммоль/л.

1. Поставьте диагноз, обоснуйте.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка?
4. Назначьте лечение, дайте рекомендации по уходу.
5. Определите тактику неонатолога при выявлении этого заболевания в родильном доме.

Задача № 5

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 5-е 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°C. Участковым педиатром был поставлен диагноз ОРВИ, назначены капли в нос. Через два дня состояние резко ухудшилось: подъем температуры до 38,0°C, стала беспокойной, отказывалась от груди, начала срыгивать, появилась одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок госпитализирован. **При осмотре** обращают внимание бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, необильное 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 выслушиваются крепитация. Границы относительной сердечной тупости: прав. - по прав. парастернальной линии, лев. - на 1,5 см кнаружи от левой средне-ключичной линии, верх. - второе ребро. Тоны сердца приглушены, ЧСС 170 в мин. Живот вздут, печень +1 см, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе: ребенок беспокоен, мышечный тонус и рефлексы снижены. **Общий анализ крови** Hb - 174 г/л. Эр - $5,2 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,9, тромб - $268,0 \times 10^9$ /л, Лейк - $7,1 \times 10^9$ /л, п/я - 10%, с - 61%, э - 1%, л - 19%, м - 9%. СОЭ - 4 мм/час. **Кислотноосновное состояние крови:** рО₂ - 60 мм рт.ст., рСО₂ - 72 мм рт.ст., рН - 7,3, ВЕ - -8 ммоль/л, АВ - 14 ммоль/л, SB - 12 ммоль/л, ВВ - 29 ммоль/л. **Иммунофлюоресцентный анализ** мазка из носоглотки: положительная реакция с вирусом парагриппа. **Рентгенограмма органов грудной клетки:** на фоне умеренного вздутия легких и усиления сосудистого и интерстициального рисунка справа в S6-S7 выявляется участок инфильтративного затемнения легкого.

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать?
3. Назначьте лечение.
4. Как должны наблюдаться в поликлинике дети, перенесшие острую пневмонию до 3 месяцев?
5. Перечислите показания для госпитализации детей с острой пневмонией.

Задача № 6

Мальчик В., 3 дней, находится в родильном доме. **Из анамнеза:** ребенок от матери 18 лет. Беременность вторая (первая закончилась медицинским абортом без осложнений), протекала с угрозой прерывания во втором и третьем триместрах. При обследовании во время беременности реакция Вассермана была отрицательной. Роды первые на 36-й неделе гестации, в головном предлежании: 1-й период - 3 часа, 2-й - 20 минут, безводный промежуток - 6 часов. Околоплодные воды мутные с неприятным запахом. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела при рождении 1900 г, длина тела 45 см, окружность головы - 29 см, грудной клетки - 26 см. В родильном блоке проводилась санация верхних дыхательных путей, ингаляция увлажненным кислородом через маску. Состояние при рождении тяжелое, поза «лягушки», выражены лануго, низкое расположение пупочного кольца. Мышечная гипотония, гипорефлексия. Подкожно-жировая клетчатка практически отсутствует. Тепло удерживает плохо. Кожные покровы бледные, сухие, на туловище, конечностях, ладонях на инфильтрированном основании имеются вялые пузыри диаметром до 1 см. Пальпируются множественные шейные, паховые лимфоузлы плотно-эластической консистенции диаметром до 1-1,5 см. В легких дыхание ослабленное, выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 3 см, селезенка - на 1 см, плотно-эластической консистенции. В неврологическом статусе: ребенок беспокоен, мышечный тонус и рефлексы новорожденного снижены. На 2-й день жизни отмечены выпадение волос на голове, признаки ринита. **Кровь матери:** реакция Вассермана +++++. **Общий анализ крови** Hb - 152 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,94, тромб - $180,0 \times 10^9$ /л, лейкоц - $8,0 \times 10^9$ /л, миелоциты - 7%, метамиелоциты - 2%, п/я - 8%, с - 38%, л - 29%, м - 16%, СОЭ - 3 мм/час. Выражены анизоцитоз, пойкилоцитоз, полихроматофилия.

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза, предположите результаты.
3. Какова тактика неонатолога родильного дома?
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать данный случай?
5. Составьте план лечения, диспансерного наблюдения, вакцинации на 1-м году жизни.

Задача № 7

Однояйцевые близнецы находятся в родильном доме. Из анамнеза известно, что матери 21 год. Настоящая беременность первая, протекала без патологии. Роды преждевременные, на 37-й неделе гестации, двойней. 1-й период родов 8 часов 15 минут, 2-й - 30 минут, безводный промежуток - 4 часа. Масса тела первого близнеца 1950 г, длина - 42 см, оценка по шкале Апгар 7/7 баллов; второго - 2600 г, 46 см и 7/7 баллов соответственно. *При осмотре* в детской у первого ребенка обращали на себя внимание бледность кожных покровов, снижение подкожно-жирового слоя, вялость, снижение рефлексов. У второго ребенка кожные покровы ярко розовые, подкожно-жировой слой развит достаточно, со стороны нервной системы умеренный синдром угнетения. При исследовании по cito периферической крови: у 1-го ребенка Hb составил 146 г/л, Ht - 42%; у 2-го ребенка Hb составил 233 г/л, Ht - 73%.

1. О какой патологии можно думать в данном случае?
2. Какие исследования необходимо дополнительно провести для подтверждения диагноза?
3. Какие изменения можно выявить у этих детей при проведении НСГ, и чем они обусловлены?
4. Какие осложнения могут возникнуть в обоих случаях, и чем они обусловлены?
5. Определите тактику лечебных мероприятий по отношению к обоим детям.

Задача № 8

Девочка И. родилась в срок от здоровой женщины. Роды путем экстренного кесарева сечения, сделанного по поводу отслойки нормально расположенной плаценты. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см, оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. В согласии с протоколом реанимации новорожденных в родильном зале и в палате интенсивной терапии проводился полный комплекс реанимационных мероприятий в соответствии со степенью перенесенной гипоксии. **При первичном осмотре** неонатолога обращали на себя внимание выраженная бледность кожных покровов и слизистых, приглушенность сердечных тонов, печень и селезенка не увеличены, ребенок вялый, мышечная гипотония, рефлексы новорожденного угнетены. При исследовании по cito периферической крови уровень Hb - 90 г/л.

1. Назначьте план обследования, необходимый для подтверждения диагноза и определения тактики ведения больного.
2. Какие осложнения возможны в данном случае?
3. С какими заболеваниями можно проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
4. Назначьте лечение.
5. Каков прогноз у этого больного? Надо ли этому ребенку наблюдаться у невропатолога и почему?

БОЛЕЗНИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Задача № 9

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°C, 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 среднеключичной линии, правая - на 0,5 см снаружи 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:** Hb - 120 г/л. Эр - $3,8 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,83, Лейк - $7,2 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 20%, э - 4%, л - 64%, м - 10%, СОЭ - 8 мм/час. **Общий анализ мочи:** цвет - светло-желтый, удельный вес - 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, мочевины - 4,7 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,3 ммоль/л, натрий - 138 ммоль/л, кальций ионизированный -

0,6 ммоль/л (норма – 1,1-1,2), кальций общий - 1,6 ммоль/л (норма – 2,2-2,7), фосфор – 1,3 ммоль/л (норма – 1,3-2,1), АлТ - 23 Ед/л (норма - до 40), АсТ - 19 Ед/л (норма - до 40), серомукоид - 0,180 (норма - до 0,200). **Исследование спинномозговой жидкости:** ликвор вытекает частыми каплями, прозрачность - прозрачная, белок - 160 мг/л, цитоз - 2 в 3 мкл: нейтрофилы - 0%, лимфоциты - 2%.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Каков механизм развития судорожного синдрома у данного ребенка?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие мероприятия Вы сочли бы первичными и неотложными?
5. Чем опасен судорожный синдром?

Задача № 10

Ребенок 10 месяцев, поступил в тяжелом состоянии с резкой слабостью, выраженной мышечной гипотонией. Ребенок от первой беременности, протекавшей с нефропатией, первых срочных родов. Первые 7 мес. беременности мать проживала на Севере, питалась в основном консервами. Ребенок до 2 мес. кормился грудью матери, с 2 мес. - питание искусственное, адаптированными смесями, с 3 мес. - в основном кашами. Ребенок часто (каждые 2 мес.) болел ОРВИ, редко бывал на свежем воздухе. Заболевание началось с 1,5 мес., когда появились беспокойство, потливость, мышечная гипотония. Ребенок отстает в психомоторном развитии, 2 недели назад переболел ОРВИ. При осмотре: температура тела 36,7°C. Ребенок не сидит, не стоит. Масса тела 8200 г, длина 71 см. Кожа сухая, бледная, слизистые рта бледные. Зубы - 0/2, обломаны на уровне шеек, с дефектами эмали. Голова с резко выраженными лобными и 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. Аускультативно: на фоне жесткого дыхания - сухие свистящие хрипы. ЧД - 36 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 реберного края. Селезенка - +2 см из подреберья. Стул через день, "овечий". Нервно-психическое развитие: ребенок безучастен, не проявляет интереса к окружающим, игрушкам. Предречевое развитие задержано. **Общий анализ крови:** Нб - 100 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк. - $7,5 \times 10^9$, п/я - 2%, с - 31%, э - 1%, 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:** общий белок - 65,0 г/л, холестерин 4,6 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, кальций - 2,0 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.

1. Ваш диагноз?
2. Что способствовало развитию заболевания у этого ребенка?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
5. Как проводить лечение?

Задача № 11

Девочка 8 месяцев, в марте поступила в грудное отделение с выраженными тоническими судорогами. Из анамнеза известно, что девочка от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, артериальной гипотонией, анемией I ст., судорогами в икроножных мышцах. Роды в срок. Масса при рождении 3800 г, длина 53 см. С рождения на искусственном вскармливании. Прикорм введен с 4 мес. В настоящее время получает: каши, овощное пюре, кефир. С 5 мес. диагностирован рахит. Назначено лечение масляным раствором витамина D₂. Объективно: девочка повышенного питания, голова гидроцефальной формы, выражены лобные и затылочные бугры. Краниотабес. Большой родничок 2x2 см, края податливы. Грудная клетка килевидной формы, нижняя апертура развернута. Тургор тканей резко снижен. Напряжение икроножных мышц, симптом "руки акушера". Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС - 150 уд/мин. В легких непостоянные мелкопузырчатые влажные хрипы.

Живот распластан. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Сидит с опорой, не стоит, периодически тонические судороги. **Общий анализ крови:** Нб - 100 г/л, Эр - $3,3 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,8, Ретик. -2%, Лейк. - $7,0 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с - 26%, л - 60%, м - 10%, СОЭ - 10 мм/час. **Общий анализ мочи:** количество - 50,0 мл, цвет - светло-желтый, прозрачная, относительная плотность - 1,012, лейкоциты - 2-3 в п/з, эрит-роциты - нет.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Какие изменения кислотно-основного обмена, уровня кальция и фосфора в биохимическом анализе крови следует ожидать у ребенка?
4. Каков патогенез развития судорожного синдрома?
5. Какова терапия этого заболевания?

Задача № 13

Мальчик Р., 1 года 2 месяцев, поступил в больницу с жалобами матери на снижение аппетита у ребенка, вялость, извращение вкуса (лизет 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 тела при рождении 3150 г, длина - 51 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. На грудном вскармливании находился до 2 месяцев. Затем вскармливание смесью "Агу", с 5 месяцев введен прикорм - манная каша, 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 город обратились к врачу. Было проведено исследование крови, где обнаружено 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: Нб - 85 г/л, Эр - $3,1 \times 10^{12}$ /л, Ц. п. - 0,71, Ретик. -1,9%, Лейк - $7,2 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 20%, э - 4%, л - 64%, м - 10%, СОЭ -6 мм/час. Выражены анизоцитоз эритроцитов, микроцитоз. **Общий анализ мочи:** цвет - светло-желтый, удельный вес - 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, мочевины - 3,2 ммоль/л, билирубин общий - 22,5 мкмоль/л, калий - 4,3 ммоль/л, натрий -138 ммоль/л, кальций ионизированный - 1,0 ммоль/л (норма - 0,8-1,1), фосфор - 1,2 ммоль/л (норма - 0,6-1,6), 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.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
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?
5. Каким препаратам в настоящее время отдается предпочтение при терапии подобных состояний?

Задача 14

У мальчика 2,5 лет, после употребления в пищу ухи появился зуд и отек в области губ, жжение языка, необильная 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 в 3 месяца после введения в пищу адаптированной молочной смеси, был переведен на гипоаллергенную смесь – высыпания на коже уменьшились, но совсем не прошли. После года кожные высыпания стали распространенными, занимали большую площадь поверхности кожи, беспокоит выраженный зуд. При соблюдении гипоаллергенной диеты кожа становилась чистой. Мать больного страдает бронхиальной астмой. При осмотре: больной повышенного питания. Кожные покровы сухие, отмечается диффузное шелушение. Кожа на щеках, в подколенных ямках, на запястьях гиперемирована, инфильтрирована, с мокнутием и корками. Слизистая рта чистая, язык "географический". В легких дыхание пуэрильное. Живот мягкий, определяется урчание по ходу толстой кишки. Стул неустойчивый, жидкий, с примесью светлой слизи. **Общий анализ крови:** Нв - 112 г/л, Эр – $3,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $7,0 \times 10^9$ /л, п/я - 5%, с - 34%, э - 12%, л - 45%, м - 4%, СОЭ - 6 мм/час. **Специфический :** титр антител к рыбе 1:280 (норма 1:30), к белку коровьего молока 1:920 (норма 1:80). **Радиоаллергосорбентный тест ():** уровень общего IgE в сыворотке крови 910 МЕ/л (норма - до 100 МЕ/л).

1. Поставьте диагноз.
2. Каковы механизмы развития аллергических реакций?
3. Назначьте лечение.
4. Чем характеризуется аллергическая реакция I типа (немедленного)?
5. Назовите принципы питания детей 1-го года жизни с аллергией к белкам коровьего молока.

Задача № 15

Ребенок 6,5 месяцев, родился с массой тела 3200 г. На грудном вскармливании до 2 мес., затем переведен на кормление молочной смесью "Малютка". С 4 мес. получает манную кашу. С 2 мес. потливость, беспокойный сон, пугливость, раздражительность. **Объективно:** масса тела 7800 г, длина 63 см. Тургор тканей и мышечный тонус снижены. Голова гидроцефальной формы. Затылок уплощен. Большой родничок 3 x 3 см, края размягчены. Выражены лобные бугры. Грудная клетка уплощена в передне-заднем направлении, нижняя апертура развернута, выражена гаррисонова борозда, пальпируются "четки". Границы сердца: правая - по правой парастернальной линии в III межреберье, верхняя – нижний край второго ребра по левой парастернальной линии, левая - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии в IV межреберье. 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 переворачивается, двигательная активность снижена. **Общий анализ крови:** Нв - 118 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6,4 \times 10^9$ /л, п/я - 3%, с - 23%, э - 4%, л - 60%, м - 10%, СОЭ - 6 мм/час. **Общий анализ мочи:** эпителия - нет, слизи - нет, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

1. Сформулируйте диагноз.
2. В чем причина развития заболевания? Какие факторы способствуют развитию патологического процесса при данном заболевании?
3. Какие изменения костей характерны для острого течения заболевания, какие – для подострого?
4. Какие изменения в биохимическом анализе крови и мочи, а также какие рентгенологические изменения в трубчатых костях следует ожидать при данном заболевании?
5. Назначьте лечение.

Задача № 16

Девочка 3., 1 года, 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 тела при рождении 3300 г, длина 51 см. С 2-недельного возраста ребенок находится на искусственном вскармливании смесью "Малютка" (мать - студентка дневного отделения университета). 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 тяже-лое. Девочка вялая, почти безразлична к окружающему. Сознание ясное, на осмотр реагирует вяло. Кожа и видимые слизистые очень бледные с желтоватым оттенком. Ушные раковины на просвет 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. Психофизическое развитие соответствует возрасту 9-10 мес. Масса тела ребенка 10 кг. **Общий анализ крови:** Нб - 60 г/л, Эр - $2,6 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,63, Ретик. -2,9%, Лейк $-7,2 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 20%, э - 4%, л - 64%, м - 10%, СОЭ -14 мм/час. **Общий анализ мочи:** цвет - светло-желтый, удельный вес - 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 - 62 г/л, мочевины -3,2 ммоль/л, билирубин общий - 22,5 мкмоль/л, калий - 4,3 ммоль/л, натрий - 138 ммоль/л, кальций ионизированный - 1,0 ммоль/л (норма - 0,8-1,1), фосфор - 1,2 ммоль/л (норма - 0,6-1,6), 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.

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Какие причины способствовали развитию заболевания у данного ребенка?
3. Какое лечение необходимо назначить ребенку?
4. Показано ли переливание эритроцитарной массы при данном заболевании и почему?
5. Каковы особенности диетотерапии при данном заболевании?

КАРДИОЛОГИЯ

Задача № 17

Больная З., 3 лет, планово поступила в стационар. Из анамнеза известно, что у ребенка с рождения отмечался диффузный цианоз кожи и видимых слизистых. В возрасте 7 дней проведена процедура Рашкинда (закрытая атриосептотомия). С 3 месяцев и до настоящего времени находилась в доме ребенка. При поступлении: кожные покровы и видимые слизистые умеренно цианотичные, акроцианоз, пальцы в виде "барабанных палочек", ногти - "часовых стекол", деформация грудной клетки. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1,0 см вправо от правой парастернальной линии, левая - по левой аксиллярной линии, верхняя - II ребро. Аускультативно: тоны ритмичные, ЧСС - 160 уд/мин, в III межреберье по левому краю грудины выслушивается средней интенсивности систолический шум, акцент второго тона во II межреберье слева. ЧД - 40 в 1 минуту, дыхание глубокое, шумное. Печень выступает из-под реберного края на 3,0 см. **Общий анализ крови:** Hb - 148 г/л, Эр - $4,9 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,9, Лейк - $6,3 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с - 21%, э - 1%, л - 70%, м - 4%, СОЭ - 3 мм/час. **Общий анализ мочи:** цвет - светло-желтый, удельный вес - 1014, белок - отсутствует, глюкоза - отсутствует, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, слизь - немного. **Биохимический анализ крови:** общий белок - 69 г/л, мочевины - 5,1 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 143 ммоль/л, кальций - 1,8 ммоль/л, фосфор - 1,5 ммоль/л, АЛТ - 23 Ед/л (норма - до 40), АСТ - 19 Ед/л (норма - до 40), серомукоид - 0,180 (норма - до 0,200).

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
3. С какой целью проводится процедура Рашкинда таким больным?
4. Нуждаются ли дети с данной патологией в получении сердечных гликозидов? Какое направление действия сердечных гликозидов реализуется при данном пороке?
5. Назовите возможные неблагоприятные факторы, определяющие формирование врожденных пороков сердца.

Задача № 18

Мальчик Ц., 1 года 2 месяцев, поступил в отделение с жалобами на снижение аппетита, рвоту, потерю массы тела, влажный кашель. Из анамнеза известно, что до 1 года ребенок развивался соответственно возрасту, ходит самостоятельно с 10 месяцев. В возрасте 11 месяцев перенес острое респираторное заболевание, сопровождавшееся катаральными явлениями и абдоминальным синдромом (боли в животе, жидкий стул), отмечалась субфебрильная температура. Указанные изменения сохранялись в течение 7 дней. Через 2-3 недели после выздоровления родители отметили, что ребенок стал быстро уставать при физической нагрузке во время игр, отмечалась одышка. Состояние постепенно ухудшалось: периодически появлялись симптомы беспокойства и влажного кашля в ночные часы, рвота, ухудшился аппетит, мальчик потерял в весе, обращала на себя внимание бледность кожных покровов. Температура не повышалась. Участковым педиатром состояние расценено как проявление железодефицитной анемии, ребенок направлен на госпитализацию для обследования. При поступлении состояние расценено как тяжелое, аппетит снижен, неактивен. Кожные покровы, зев бледно-розовые. Частота дыхания 44 в 1 минуту, в легких выслушиваются единичные влажные хрипы в нижних отделах. Область сердца: визуально - небольшой сердечный левосторонний горб, пальпаторно - верхушечный толчок разлитой, площадь его составляет примерно 8 см^2 , перкуторно - границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, левая - по передней подмышечной линии, верхняя - II межреберье, аускультативно - ЧСС - 140 уд/мин, тоны сердца приглушены, в большей степени I тон на верхушке, на верхушке выслушивается негрубого тембра систолический шум, занимающий 1/3 систолы, связанный с I тоном. Живот мягкий, печень +6 см по правой срединно-ключичной линии, селезенка +1 см. Мочевыделение

свободное, безболезненное. **Общий анализ крови:** Hb - 110 г/л, Эр - $4,1 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $5,0 \times 10^9$ /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 в минуту, угол альфа составляет -5° . Признаки перегрузки левого предсердия и левого желудочка. Отрицательные зубцы Т в I, II, aVL, V5, V6 отведениях, $RV5 < RV6$. **Рентгенография грудной клетки в прямой проекции:** легочный рисунок усилен. КТИ- 60%. **ЭхоКГ:** увеличение полости левого желудочка и левого предсердия, фракция изгнания составляет 40%.

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.
2. Оцените представленные результаты обследования.
3. Какие еще обследования хотели бы Вы провести ребенку? Какой биохимический показатель крови надо определить для под-тверждения диагноза?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Окажите неотложную помощь в случае развития отека легких.

Задача № 19

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. Настоящее ухудшение состояния наступило после переохлаждения. При поступлении обращает на себя внимание бледность, одышка до 26 в минуту 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. Во II-III межреберье слева от грудины выслушивается протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. Частота сердечных сокращений 100 уд/мин. АД 105/40 мм рт. ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены. **Общий анализ крови:** Hb - 115 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $10,0 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с - 54%, э - 3%, л - 36%, м - 3%, СОЭ - 35 мм/час. **Общий анализ мочи:** удельный вес - 1015, белок - следы, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют. **ЭКГ:** синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца влево, интервал PQ 0,16 мм; признаки перегрузки левого желудочка и левого предсердия. Признаки субэндокардиальной ишемии миокарда левого желудочка.

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по классификации.
2. Какие еще обследования необходимо провести больному?
3. Проведите дифференциальный диагноз изменений со стороны сердечно-сосудистой системы.
4. Составьте план лечения данного больного.
5. Назовите особенности ревматического процесса в детском возрасте.

Задача № 20

Больной О., 13 лет, поступил в отделение повторно для проведения комплексной 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 коленного сустава. Сустав был шаровидной формы, горячий на ощупь, отмечалось ограничение объема движений. В дальнейшем отмечалось вовлечение других суставов в патологический процесс. Практически постоянно ребенок получал нестероидные противовоспалительные препараты, на этом фоне отмечались периоды ремиссии продолжительностью до 10-12 месяцев, однако заболевание

постепенно прогрессировало. В периоды обострения больной предъявлял жалобы на утреннюю скованность. При поступлении состояние тяжелое, отмечается деформация и припухлость межфаланговых, лучезапястных, локтевых суставов, ограничение движений в правом тазобедренном суставе. В легких хрипов нет. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет. **Общий анализ крови:** Нв - 110 г/л, Эр - $4,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $15,0 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с - 44%, э - 2%, л - 47%, м - 3%, СОЭ - 46 мм/час. **Общий анализ мочи:** удельный вес - 1014, белок - 0,06‰, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют. **Биохимические анализ крови:** общий белок - 83 г/л, альбумин 48%, глобулины: альфа 1 - 11%, альфа 2 - 10%, бета - 5%, гамма - 26%, серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевины 4,5 ммоль/л. **Рентгенологически** определяется эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие еще обследования следует провести больному?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в начале процесса?
4. Составьте план лечения больного.
5. Как объяснить частоту поражения глаз при этой патологии? Назовите симптомы поражения глаз при этом заболевании.

Задача № 21

Больная Д., 14 лет, поступила с жалобами на частые головные боли, сердцебиение, беспокойный сон и раздражительность. Анамнез заболевания: данные жалобы появились впервые около года назад после развода родителей. В это время ухудшилась успеваемость и начались конфликты с товарищами по школе. Приступы головной боли в последнее время отмечаются по несколько раз в месяц, проходят после анальгетиков или самостоятельно после отдыха. Анамнез жизни: девочка росла и развивалась нормально. Наблюдалась в поликлинике по поводу хронического тонзиллита. Мать ребенка страдает нейрциркуляторной дистонией, у бабушки по линии матери - гипертоническая болезнь.

При поступлении состояние ребенка удовлетворительное, температура нормальная. Девочка астенического телосложения. Кожные покровы обычной окраски, на коже лица угревая сыпь. Отмечается гипергидроз подмышечных впадин, кистей рук и стоп. Конечности холодные. Пальпируются увеличенные тонзиллярные лимфоузлы. Зев не гиперемирован, миндалины гипертрофированы. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, в положении лежа выслушивается короткий негрубый систолический шум на верхушке, исчезающий в положении стоя. Пульс 96 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, симметричный на обеих руках. Периферическая пульсация на нижних конечностях сохранена. АД 150/80 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено. **Общий анализ крови:** Нв - 125 г/л, Эр - $4,6 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $5,1 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 63%, э - 2%, л - 30%, м - 3%, СОЭ - 8 мм/час. **Общий анализ мочи:** удельный вес - 1024, белок - abs, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют. **Биохимические анализ крови:** общий белок - 73 г/л, альбумины - 60%, глобулины: альфа 1 - 4%, альфа 2 - 9%, бета - 12%, гамма - 15%, серомукоид - 0,18 (норма - до 0, 2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевины - 4,5 ммоль/л. **ЭКГ:** ритм синусовый, ЧСС 96 уд/мин, вертикальное положение элек-трической оси сердца.

1. Поставьте предварительный диагноз больной.
2. Составьте план обследования.
3. Какие факторы способствовали возникновению данного заболевания?

4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Наметьте план лечения больной. Оказание неотложной помощи при развитии гипертонического криза.

Задача № 22

Мальчик 3., 13 лет, поступил на обследование с жалобами на полиартралгию в течение последних 4 месяцев, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость. Анамнез заболевания: начало данного заболевания связывают с перенесенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой. Уже на фоне сохраняющегося субфебрилитета мальчик отдыхал летом в Крыму, после чего указанные жалобы усилились. Из анамнеза жизни известно, что до настоящего заболевания ребенок рос и развивался нормально, болел 2-3 раза в год простудными заболеваниями, протекавшими относительно нетяжело. При поступлении состояние средней тяжести. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Отмечаются бледно окрашенные эритематозно-дескваматозные элементы на лице, преимущественно на щеках и переносице. Имеются изменения суставов в виде припухлости и умеренной болезненности лучезапястных, локтевых и голеностопных суставов. Подмышечные, задние шейные и кубитальные лимфоузлы умеренно увеличены. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено. **Общий анализ крови:** Нв - 100 г/л, Эр - 4, 2×10^{12} /л, Тромб - 90×10^9 /л, Лейк - $1,5 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 62%, э - 2%, л - 31%, м - 3%, СОЭ - 50 мм/час **Общий анализ мочи:** удельный вес - 1012, белок - 0, 33%, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - 20-25 в п/з. **Биохимические анализ крови:** общий белок - 83 г/л, альбумины - 46%, глобулины: альфа 1 - 5%, альфа 2 - 12%, бета - 5%, гамма - 32%, серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевины - 4,5 ммоль/л, креатинин - 98 ммоль/л. **Проба Зимницкого:** удельный вес 1006-1014, дневной диурез - 320, ночной диурез - 460. **Клиренс по креатинину** 80 мл/мин.

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии данного заболевания.
3. Каково одно из самых грозных осложнений данного заболевания и есть ли его признаки у больного?
4. Какие дополнительные обследования необходимы больному, что бы подтвердить диагноз?
5. Назовите принципы лечения данного заболевания.

Задача № 23

Больной А., 13 лет, поступил в стационар с жалобами на повышение температуры до $39,2^{\circ}\text{C}$, боли и припухлость голеностопных и лучезапястных суставов. За три недели до настоящих жалоб перенес ангину. Объективно: состояние средней тяжести, границы сердца расширены влево на 1 см, тоны приглушены, на верхушке короткий нежный систолический шум. К концу 3-й недели суставной синдром купировался, тоны сердца стали громче, на верхушке появился дующий систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. Частота сердечных сокращений 100 в минуту, АД 105/60 мм рт.ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены. **В анализе крови:** НБ - 110 г/л, Эр. - $4,3 \times 10^{12}$ /л, L - $8,2 \times 10^9$ /л, п/я-4%, с-54%, э-3%, л-36%, м-3%, СОЭ - 35 мм/час, серомукоид 1,0, СРБ ++++. **ЭКГ:** синусовая тахикардия, отклонение электрической оси влево, интервал PQ 0,17 мм, признаки перегрузки левого желудочка и левого предсердия. Признаки субэндокардиальной ишемии миокарда левого желудочка.

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по классификации.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для подтверждения диагноза?

3. План лечения.
4. Прогноз у данного больного.
5. Какие морфологические изменения являются маркерами данного заболевания?

Задача № 24

Мальчик, 8 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на слабость и утомляемость, длительный субфебрилитет, плохой аппетит. Указанные жалобы появились после удаления кариозного зуба 4 недели назад. Родители проводили лечение самостоятельно жаропонижающими препаратами. Но нарастала слабость, снижение аппетита, стала повышаться температура до 38,5 – 39°C, её падение сопровождалось обильным потоотделением. Ребенок убыл в весе. Участковый врач выслушал шум в сердце и мальчик был направлен в стационар. При объективном осмотре ребенка выявлено: состояние тяжелое, очень бледный, вялый. Кожа чистая, с землисто-серым оттенком, "тени" под глазами, единичные петехиальные высыпания на голенях, у ключиц. Артралгии в левом коленном, правом локтевом суставах без их видимых изменений. Границы сердца расширены на 1 см влево. Тоны ритмичные, приглушены, частота сердечных сокращений 100 ударов в минуту. Во II межреберье справа прослушивается вдоль грудины мягкий, "льющийся" диастолический шум. АД 115/40 мм рт.ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень выступает на 2,5 см из-под края реберной дуги. Физиологические отправления без особенностей. При проведенном обследовании у мальчика выявлено: **Анализ крови:** Нв 95 г/л, эр.- $3,3 \times 10^{12}$ /л, ЦП 1,0, Л- $22,4 \times 10^9$ /л, п/я-10, с-65, л-13, м-12, СОЭ-26 мм/час. СРБ ++, РФ – отриц, серомукоид - 0,6; Ig A 3.0 г/л, Ig M 0,99 г/л, G 18,9 г/л; LE клетки не обнаружены. ЦИК 95. **Гемокультура** – высеян зеленеющий стрептококк, чувствительный к пенициллину, оксациллину, стрептомицину. **На ЭКГ** – проявления гипоксии на фоне выраженных метаболических нарушений. **ЭхоКГ** – гиперэхогенность створок аортального клапана, на коронарной створке определяется вегетация 1,5-2 мм.

1. Ваш клинический диагноз?
2. Основные критерии диагностики.
3. Принципы лечения.
4. Проведение профилактики инфекционного эндокардита в группах риска.
5. Чем объяснить снижение диастолического давления у ребенка?

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Задача № 25

Ребенок 5 месяцев. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. Закричала сразу, к груди приложена на первые сутки, выписана из роддома на 6-е сутки. Период новорожденности протекал без особенностей. В возрасте 1 мес. из-за гипогалактии у матери стала получать адаптированные смеси. С 1,5 мес. на искусственном вскармливании. С этого времени прибавляла в массе больше нормы. **Семейный анамнез:** у матери - пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров. Ребенок в 3 мес. перенес ОРВИ, протекавшую с небольшим повышением температуры, серозным выделением из носа. Лечение симптоматическое. **Настоящее заболевание** началось остро, с подъема температуры до 38°C. 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 минуту. Перкуторно: над легкими легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно: масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в самом начале выдоха. Границы сердца: правая - на 0,5 см кнутри от правого края грудины, левая - на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС 140 уд/мин. Температура тела 38,6°C. Живот вздут, при пальпации безболезненный. Печень +2 см из-под правого подреберья. Стул был 2 раза, ка-шицеобразный, желтый, без патологических примесей. **Общий анализ крови:** Нв - 118 г/л, Эр - 4,3x10¹²/л, Лейк - 6,2x10⁹/л, п/я - 1%, с - 30%, э - 3%, л - 58%, м - 8%, СОЭ -15 мм/час. **Рентгенография грудной клетки:** отмечается повышенная прозрачность легочных полей, особенно на периферии, низкое стояние диафрагмы

1. Обоснуйте диагноз, укажите этиологию заболевания.
2. Назовите основные звенья патогенеза заболевания.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение, обозначьте тактику оказания неотложной помощи при острой дыхательной недостаточности.
5. Укажите прогноз заболевания.

Задача № 26

Мальчик 3 года. Родители обратились к врачу с жалобами на длительный кашель после ОРВИ. Мальчик от первой беременности, протекавшей с токсокозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 2600 г, длина 51 см. Закричал сразу, к груди приложен на первые сутки. Выписан из роддома на 6-й день. Период новорожденности протекал без особенностей. С 2,5 мес переведен на искусственное вскармливание. Сидит с 7 мес, стоит с 10 мес, ходит с 1 года. С 5 месяцев отмечаются локальные проявления атопического дерматита. Профилактические прививки проводились по индивидуальному календарю из-за атопического дерматита. С 3,5 лет посещает детский сад. С этого же времени часто болеет ОРВИ, которые протекают с длительным кашлем, носовое дыхание постоянно затруднено. ЛОР-врач диагностировал аденоидные вегетации II степени. **Семейный анамнез:** у матери ребенка – сезонный аллергический риноконъюнктивит, пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров, много курит. **Заболевание началось** с повышения температуры, головной боли, от-деляемого из носа, сухого кашля, который через несколько дней стал влаж-ным. Кашель усиливался утром. Иногда приступы кашля заканчивались рвотой. Симптоматическое лечение (микстура от кашля) облегчения не приносило. На третий день болезни появилась одышка, затрудненное свистящее дыхание. Был приглашен участковый врач. **При осмотре** состояние ребенка близко к тяжелому. Выражены блед-ность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, слезотечение, ринорея. Кашель влажный, малопродуктивный. Температура тела 37,2°C. Грудная клетка

бочкообразно вздута, перкуторный звук с коробочным оттенком. Аускультативно: на фоне удлиненного выдоха - рассеянные сухие свистящие хрипы, среднепузырчатые влажные на вдох, выдох резко удлинен, ЧД - 38 в 1 минуту. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, шумов нет. ЧСС 110 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1,5 см из-под правого края ребер. **Общий анализ крови:** Нв - 120 г/л, Эр-5,1·10¹²/л, Лейк - 4,9х10⁹/л, п/я - 2%, с - 48%, э - 3%, л - 38%, м - 9%, СОЭ - 16 мм/час. **Рентгенография грудной клетки:** повышена пневматизация легких, отмечается усиление легочного рисунка, особенно в области корней легких, за счет сосудистого компонента и перибронхиальных изменений.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение.
4. Напишите план диспансерного наблюдения.
5. Каков прогноз у ребенка и какую информацию следует донести до курящих родителей?

Задача № 27

Мальчик 9 лет, заболел остро, отмечался подъем температуры до 39,0°C, появился сухой навязчивый 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 (пищевой, лекарственной) аллергией. Привит по возрасту, реакций на прививки не было. **При осмотре на дому:** состояние среднетяжелое, жалобы на головную боль, сухой навязчивый кашель. Кожные покровы бледные, с "мраморным" рисунком. Слизистые чистые, суховатые, задняя стенка глотки с лимфоидной гиперплазией, конъюнктивы отечны, гиперемированы. Пальпируются передне- и заднешейные лимфатические лимфоузлы, множественные, мелкие, плотные. Дыхание хрипящее. ЧД 32 в 1 минуту. Грудная клетка вздута, правая половина отстаёт в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, шумов нет, ЧД 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. **Общий анализ крови:** Нв - 115 г/л, Лейк - 18,6х10⁹/л, п/я - 10%, с - 57%, э - 1%, л - 23%, м - 9%, СОЭ - 28 мм/час. **Рентгенография органов грудной клетки:** отмечается неомогенное затемнение нижней доли правого легкого. Верхняя и средняя доля правого легкого вздута, повышена пневматизация. Слева отмечается усиление легочного рисунка. Тень средостения расположена срединно.

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какие существуют критерии эффективности проводимой терапии?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Какие осложнения могут быть у данного заболевания?

Задача № 28

Девочка 5 лет, осмотрена врачом неотложной помощи по поводу гипертермии и болей в животе. **Из анамнеза** известно, что девочка больна в течение 4 дней, когда появились катаральные явления и повысилась температура до 39,4°C. Мама давала ребенку жаропонижающие препараты, эффект кратковременный, снижение температуры кратковременное, затем вновь подъем до 38,8-39°C. Накануне мать отметила резкое ухудшение

общего состояния ребенка, появление болезненного кашля с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб, боли в правом боку. Ночь провела беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Утром мама вызвала неотложную помощь. **При осмотре** врач неотложной помощи обратил внимание на заторможенность девочки, бледность кожных покровов с выраженным румянцем щек (особенно справа), бледность ногтевых лож, одышку в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок лежал на правом боку с согнутыми ногами. Наблюдалось отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого легкого. Отмечалось укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого легкого по задней поверхности. Над всей поверхностью левого легкого перкуторный звук имел коробочный оттенок. Хрипы не выслушивались. Соотношение пульса к частоте дыхания составило 2:1. **Общий анализ крови:** Hb - 134 г/л, Эр - $4,8 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $16,2 \times 10^9$ /л, юные нейтрофилы - 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.

1. Обоснуйте диагноз у данного больного.
2. О какой этиологии заболевания следует думать в данном клиническом случае? Чем обусловлена тяжесть заболевания?
3. Назовите группы антибиотиков, которые используются в терапии данного заболевания.
4. Назначьте лечение, окажите помощь больному с гипертермией.
5. Назовите критерии выздоровления.

Задача № 29

Мальчик 8 лет, поступил с жалобами на затрудненное дыхание, частый стул до 6-7 раз в сутки. От 3-й беременности (дети от 1-й и 2-й беременности умерли в неонатальном периоде от меконияльного илеуса). Болен с рождения: постоянный кашель, на 1-м году трижды перенес пневмонию. Затем неоднократно госпитализировался с жалобами на высокую температуру, одышку, кашель с трудно отделяемой мокротой. **При поступлении** состояние очень тяжелое. Масса тела 29 кг, рост 140 см. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Симптомы "часовых стекол" и "барабанных палочек". ЧД - 40 в 1 минуту, 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. Печень +6 см, селезенка не пальпируется. Стул обильный, жирный, замазкообразный. **Клинический анализ крови:** Hb - 100 г/л, Эр - $3,3 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,85, Лейк - $7,7 \times 10^9$ /л, п/я - 8%, с - 54%, э - 3%, л - 25%, м - 10%, СОЭ - 45 мм/час. **Биохимический анализ крови:** общий белок - 60 г/л, альбумины - 46%, альфа 1 - глобулины - 9%, альфа - 2 - глобулины - 15%, β-глобулины - 10,5%, γ-глобулины - 19,5%, тимоловая проба - 9,0, СРБ - ++, ЩФ - 850 Ед/л (норма - 220-820), АЛТ - 36 Ед/л, АСТ - 30 Ед/л. **Потовый тест (анализатор «»):** проводимость хлоридов пота - 120 ммоль/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. 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.

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

2. Какие специалисты должны проконсультировать ребенка?
3. Составьте план дальнейшего обследования.
4. Назначьте лечение, окажите помощь при острой дыхательной недостаточности.
5. Каков прогноз при данном заболевании?

Задача № 30

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 месяцев. До 1 года жизни страдала детской экземой. Не переносит коровье молоко, рыбу (на коже появляются высыпания). С 3 лет посещает детский сад, после чего болеет респираторными инфекциями практически ежемесячно, эпизоды свистящего затрудненного дыхания отмечаются 1-2 раза в неделю. Приступы кашля при физической нагрузке, в ночное время 3-4 раза в месяц. Постоянно нарушено носовое дыхание. **Семейный анамнез:** у матери ребенка рецидивирующая крапивница, у отца - язвенная болезнь желудка, у бабушки по материнской линии бронхиальная астма. Настоящий приступ возник после употребления в пищу большого количества шоколада. Врачом неотложной помощи проведены экстренные мероприятия. Приступ купирован. Актив передан участковому врачу. **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 свистящие, слышное на расстоянии. Выдох удлинен. ЧД - 28 в 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно: масса сухих хрипов по всей поверхности легких. Границы сердца: правая - на 1 см кнутри от правого края грудины, левая - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС -72 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный. **Общий анализ крови:** Нв - 118 г/л. Эр - $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $5,8 \times 10^9$ /л, п/я - 1%, с - 48%, э - 14%, 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 про-зрачности, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет.

1. Сформулируйте диагноз, оцените тяжесть течения заболевания и уровень контроля.
2. Окажите неотложную помощь ребенку с приступом удушья
3. Какие дополнительные исследования, проведенные во внеприступном периоде подтвердят данную форму заболевания?
4. Назначьте базисную терапию .
5. Какую связь имеют заболевания у родителей и у ребенка?

Задача № 31

Данил И., 4 года. Родители ребенка обратились за медицинской помощью по поводу грубого, непродуктивного кашля, который сохраняется в течение 1,5 месяцев. Кашель усиливается по ночам и в утренние часы, при физической нагрузке, эмоциональном волнении. Носовое дыхание в течение 1,5 месяцев, отделяемого из носа нет. При осмотре – пониженного питания, носовое дыхание резко затруднено, параорбитальный цианоз, поперечная складка на спинке носа. Грудная клетка эмфизематозно вздута, втяжение податливых мест грудной клетки, при перкуссии – коробочный оттенок звука, при аускультации – дыхание ослаблено, сухие свистящие хрипы по всем полям, чд 28 в мин. Сердечные тоны ритмичные, ясные, чсс 89 в мин. Живот мягкий, безболезнен при пальпации. **Семейный аллергоанамнез** отягощен: у матери и бабушки – поллиноз (риноконъюнктивальный синдром). Обследование: **анализ крови клинический** Нв 119 г/л, Л $6,6 \times 10^9$, э 5%, п 1%, с 50%, м 6%, л 38%, СОЭ 11 мм/ч; общий Ig E 53 МЕ/мл, **Специфический** : молоко коровы +, пшеничная мука +, шерсть кролика+, клещ

Фарина +, **Рентгенография околоносовых пазух** – пристеночное затемнение обеих гайморовых пазух, отек слизистой носа.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какое дополнительное обследование необходимо провести?
3. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?
4. Назначьте пациенту лечение.
5. Какие профилактические мероприятия порекомендуете пациенту?

Задача № 32

Саша А., 4 года, поступил в стационар с жалобами на кашель в течение 1,5 месяцев. В течение года посещает детский сад, перенес неоднократно бронхиты с бронхообструктивным синдромом, выявлены антитела к микоплазме пневмонии, пролечен сумамедом. В мае отмечались проявления аллергического риноконъюнктивита, осмотрен аллергологом, диагностирован аллергический риноконъюнктивит, назначен монтелукаст(сингуляр), получал его с мая по сентябрь- жалоб не было. После отмены препарата появился кашель ночной, при физической нагрузке. Постоянно нарушено носовое дыхание. При поступлении – беспокоит кашель непродуктивный, заложенность носа вне катаральных симптомов. Грудная клетка вздута, перкуторно коробочный оттенок звука, при аускультации выслушиваются диффузные свистящие хрипы, выдох резко удлинен, чд 26 в минуту. Сердечные тоны ритмичные, ясные, чсс 78 в минуту. Семейный алергоанамнез – у матери поллиноз(аллергический риноконъюнктивит, пыльцевая бронхиальная астма), у бабушки – лекарственная аллергия, экзема. Проведено обследование: **анализ крови клинический** – Нв 132 г/л, Л 4,4X10⁹/л, э 8%, п 2%, с 32%, л 46%, м 2%, СОЭ 12 мм/ч, **Общий** 203 МЕ/мл, специфический Ig E береза +, ольха ++, полынь ++, дом. пыль ++ **Кожные пробы:** домашняя пыль № 167 ++, микст сорных трав +++, микст деревьев ++

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте дополнительное обследование.
3. Назначьте неотложную терапию.
4. Назначьте профилактическое лечение.
5. Дайте рекомендации по дальнейшей тактике ведения.

НЕФРОЛОГИЯ

Задача № 33

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 токсикозом первой половины, первых срочных родов. Масса при рождении 3150 г, длина тела 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 по поводу хронического тонзиллита, частых ОРВИ. Генеалогический анамнез не отягощен. Настоящее заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины. **При поступлении** состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые 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 140/85 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Суточный диурез 300-400 мл, моча красного цвета. **Общий анализ крови:** Hb - 125 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $12,3 \times 10^9$ /л, п/я - 5%, с - 60%, э - 5%, л - 24%, м - 6%, СОЭ - 40 мм/час. **Общий анализ мочи:** количество - 70,0 мл, цвет - красный, прозрачность - мутная, реакция - щелочная, относительная плотность - 1,020, эпителий - 1-2 в п/з, эритроциты - измененные и неизмененные покрывают все поля зрения, лейкоциты - 20-30 в п/з, цилиндры - зернистые 3-4 в п/з, белок - 1 г/л. **Биохимический анализ крови:** общий белок - 65 г/л, альбумины 53%, α_1 -глобулины - 3%, α_2 -глобулины - 12%, β -глобулины - 12%, γ -глобулины - 15%, мочевины - 15 ммоль/л, креатинин 180 мкмоль/л, калий - 5,21 ммоль/л, натрий - 138 ммоль/л, холестерин 4,5 ммоль/л.

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Составьте план дополнительного лабораторного и инструментального обследования.
3. Объясните происхождение отеков, протеинурии и гематурии, артериальной гипертензии.
4. Назначьте необходимое лечение. Окажите неотложную помощь при появлении симптомов острого нарушения мозгового кровообращения.
5. Какие цели дальнейшего диспансерного наблюдения на участке данного пациента?

Задача № 34

Мальчик 3 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, отеки, редкое мочеиспускание. 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 месяцев. Профилактические прививки по возрасту. Страдал atopическим дерматитом до 2 лет. Перенес ветряную оспу, частые ОРВИ. Семейный анамнез: у матери - дерматит, хронический тонзиллит; у бабушки со стороны матери - бронхиальная астма. Ребенок заболел через 8 дней после перенесенной ОРВИ. Появились отеки. Отеки нарастали, уменьшился диурез. Моча желтая, пенится. **При поступлении** в стационар состояние тяжелое, бледный, обширные отеки всего туловища, влажный кашель, температура 37,3°C. Границы сердца расширены. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 105 уд/мин., АД 80/50 мм рт.ст. Дыхание жесткое, влажные хрипы с обеих сторон в нижних отделах, ЧД - 35 в мин. Живот увеличен в объеме. Пальпаторно и перкуторно - асцит. Печень + 4 см. Селезенка по краю реберной дуги. Выделил за сутки 300 мл желтой мочи. **Общий анализ крови:** Hb 160 г/л, Эр - $5,2 \times 10^{12}$ /л, Тромб. $416,0 \times 10^9$ /л, Лейк - $9,8 \times 10^9$ /л, п/я - 3%, с - 36%, л - 54%, СОЭ - 56 мм/ч. **Общий анализ мочи:** моча соломенно-желтая, мутная, относительная плотность - 1018, белок - 8 г/л, лейкоциты 3-4 в п/з, эритроциты 4-5 в п/з, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в п/з, восковидные 2-3 в п/з. Суточная протеинурия 5 г. **Биохимический анализ крови:** общий белок - 40 г/л, альбумины - 40 %, α_1 -глобулины - 5 %, α_2 -глобулины - 32 %, β -глобулины - 16 %, γ -глобулины - 7 %, холестерин 4,5 ммоль/л.

холестерин – 16 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий – 148 ммоль/л, мочевины – 8,6 ммоль/л, креатинин – 130 мкмоль/л. **Клиренс по эндогенному креатинину:** 60,0 мл/мин. **Коагулограмма:** фибриноген - 8 г/л, протромбиновый индекс – 150%. **УЗИ почек:** почки расположены правильно, умеренно увеличены в размерах, контуры ровные. Эхогенность коркового слоя умеренно повышена.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назначьте дополнительное обследование, назовите функциональные методы исследования почек.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Обозначьте механизм развития отеков при данном заболевании. Какие осложнения могут быть при этом заболевании?
5. Назначьте лечение.

Задача № 35

Девочка 2 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 мес. Перенесла краснуху. ОРВИ - редко. **Настоящее заболевание** началось с появления рвоты, жидкого стула, субфебрильной температуры. На вторые сутки появились боли в животе, озноб, повышение температура тела до 39°C, двукратная рвота, желтушность кожи, моча темного цвета. **При поступлении** в стационар состояние очень тяжелое, заторможенная, вялая. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, общая пастозность. Склеры желтушные. Над легкими перкуторный звук легочный. Аускультативно: везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - по левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичны, систолический шум мягкого тембра на верхушке. ЧСС - 120 уд/мин. Живот мягкий. Печень + 4 см из-под края ребер. Селезенка пальпируется на 1 см ниже реберной дуги. Стул жидкий, с прожилками крови. Диурез 150 мл. Моча темная. На следующий день диурез 50 мл. **Общий анализ крови:** Нб – 60 г/л, Эр – $2,2 \cdot 10^{12}$ /л, Ретик. – 25 %, Тромб. - $70,0 \cdot 10^9$ /л, Лейк – $15,7 \cdot 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 72%, л - 19%, м - 9%, СОЭ - 45 мм/час. **Общий анализ мочи:** количество - 50,0 мл, цвет – черный, относительная плотность - 1006, белок - 0,66 г/л, лейкоциты - 10-15 в п/з, эритроциты - до 20-40 в п/з, свободный гемоглобин ++++. **Биохимический анализ крови:** мочевины - 25 ммоль/л, креатинин - 460 мкмоль/л, калий - 6,8 ммоль/л, натрий - 145 ммоль/л, билирубин – 40 мкмоль/л (прямой – 12 мкмоль/л, непрямой – 28 мкмоль/л). **Клиренс по эндогенному креатинину:** 15 мл/мин.

1. Поставьте диагноз.
2. Оцените функциональное состояние почек. Объясните механизм почечной недостаточности.
3. Составьте план дальнейшего обследования ребенка.
4. Проведите дифференциальный диагноз. Перечислите исходы данного заболевания.
5. Ваши терапевтические мероприятия? Окажите неотложную помощь при развитии симптомов отека мозга.

Задача № 36

Девочка 8 лет, поступила в клинику с жалобами на головные боли, слабость, тошноту и рвоту, бурое окрашивание мочи. **Из анамнеза жизни** известно, что девочка от первой беременности, протекавшей с токсикозом второй половины (нефропатия), первых срочных родов. Масса при рождении 3250 г, длина 51 см. Раннее развитие без особенностей. С рождения находилась на искусственном вскармливании. Привита по возрасту, на 3 вакцинацию АКДС - аллергическая реакция в виде крапивницы. С 5 лет частые ОРВИ, хронический тонзиллит. В возрасте 6 лет

девочка перенесла ОРВИ, после чего в анализах мочи появился белок и эритроциты. В дальнейшем изменения в анализах мочи сохранялись, периодически отмечалась макрогематурия. Лечилась неоднократно в районной больнице. **При поступлении** в стационар состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, единичные синяки. Умеренная отечность лица, голеней, стоп. Границы сердца: левая – на 1,5 см влево от левой срединно-ключичной линии, верхняя – в 3-м межреберье, правая на 1 см вправо от правого края грудины. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 82 уд/мин., на верхушке сердца выслушивается систолический шум. АД 140/100 мм рт.ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 2 см. Почки не пальпируются. С-м поколачивания по XII ребру отрицательный с обеих сторон. Диурез 500-600 мл/сут, моча цвета мясных помоев. **Общий анализ крови:** Нб - 90 г/л, Эр – $3,1 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $6,6 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 56%, э - 9%, л - 31%, м - 2%, СОЭ - 48 мм/час. **Общий анализ мочи:** количество - 50 мл, мутная, цвет - бурый, относительная плотность – 1010, белок - 0,9 г/л, эпителий - 2-3 в п/з, лейкоциты – 8-10 в п/з, эритроциты - измененные сплошь все поля зрения, зернистые цилиндры - 10-12 в п/з. **Биохимический анализ крови:** общий белок 60 г/л, альбумины – 54 %, α 1-глобулины – 4,2 %, α 2-глобулины – 9 %, β -глобулины – 10 %, γ -глобулины – 22, 85%, мочевины – 12 ммоль/л, креатинин – 160 мкмоль/л, холестерин – 4,8 ммоль/л, калий – 5,8 ммоль/л, натрий – 130 ммоль/л. **Клиренс по эндогенному креатинину:** 40 мл/мин.

1. Сформулируйте клинический диагноз с указанием функционального состояния почек.
2. Назначьте дополнительное обследование.
3. Дифференцируйте нарушение функции почек от хронической почечной недостаточности.
4. Объясните механизм гематурии и протеинурии, гипертензии.
5. Назначьте лечение и окажите помощь при гипертоническом кризе.

Задача № 37

Девочка 9 лет, поступила в отделение с жалобами на боли в животе, учащенное и болезненное мочеиспускание, повышение температуры до 38,5°C. Больна 3-й день. Заболела впервые. Заболеванию предшествовало переохлаждение. Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с нефропатией во 2-й половине, роды в срок. Масса тела при рождении 3500 г., период новорожденности без особенностей. Болела ОРВИ, ветряной оспой, кишечной инфекцией. Генетический анамнез не отягощен. **При поступлении** в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отеков не наблюдалось, температура тела 38,5°C. Тоны сердца ритмичные, ясные, тахикардия до 100 уд/мин. АД 100/60 мм рт.ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, болезненный над лобком и в боковых отделах. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон, больше слева. Пальпация левой почки болезненна. Отмечается учащенное мочеиспускание. **Общий анализ крови:** Нб - 140 г/л, Эр - $4,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $10,5 \times 10^9$ /л, п/я - 10%, с - 63%, л - 25%, э – 2 %, м - 8%, СОЭ - 28 мм/час. **Общий анализ мочи:** количество 150 мл, мутная, желтая, белок – 33 мг/л, лейкоциты – 30-60 в п/зр., эритроциты – 5-6 в п/зр. **Бак. посев мочи:** высеяна кишечная палочка (1 млн. бактерий в 1 мл мочи), чувствительная к амоксиклаву, цефалоспорином 2 и 3 поколения, фурагину. **УЗИ почек:** без патологии.

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение и расскажите, как нужно оценить его эффективность.
4. Какой будет Ваша тактика, если процесс примет рецидивирующий характер?
5. Длительность диспансерного наблюдения, обследование и лечение в период диспансеризации. Когда можно снять с диспансерного учета?

Задача № 38

Мальчик 4 лет, от первой беременности, протекавшей с выраженным токсикозом первой половины. Роды в срок. Масса тела при рождении 3300 г, длина 51 см. Рос и развивался

удовлетворительно: зубы с 8 месяцев, ходит с 1 года 3 месяцев. Большой родничок закрыт с 1 года 6 месяцев. На первом году жизни с профилактической целью получал витамин D2. Часто болеет ОРВИ. **Семейный анамнез:** у матери и у бабушки с детства выражена варусная деформация нижних конечностей, низкорослость; отец здоров. В 1 год 6 месяцев у ребенка появилась умеренная О-образная деформация голеней, боли в ногах, стал меньше ходить. По рекомендации ортопеда получал массаж, соленые ванны, препараты кальция. К концу второго года жизни походка стала «утиной», варусная деформация голеней нарастала. На третьем году жизни проводились противорахитические мероприятия: витамин D; в курсовой дозе 600 000 МЕ, массаж, ЛФК, препараты кальция. В возрасте 3 лет направлен на консультацию к нефрологу. **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. **Общий анализ крови:** Hb - 132 г/л, Эр - $3,8 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $6,0 \times 10^9$ /л, Тромб. - $280,0 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 33%, э - 1%, л - 52%, м - 12%, СОЭ 9 мм/час. **Биохимический анализ крови:** общий белок - 58 г/л, ЩФ - 2200 ед, кальций общий - 2,3 ммоль/л, фосфор - 0,6 ммоль/л, мочевиная кислота - 0,31 ммоль/л, мочевиная - 4,6 ммоль/л, креатинин - 80 мкмоль/л. **Анализ мочи:** цвет соломенно-желтый, уд. вес 1025, лейкоциты - 2-3 в п/зр. **Биохимический анализ мочи:** фосфор - 40 ммоль/сут (норма 6,4-16 ммоль/сут), кальций - 3,8 ммоль/сут (норма - 2,25 - 7,25). **УЗИ почек:** почки расположены правильно, левая - 80x25x10 мм, правая - 82x24x11 мм. Эхогенность паренхимы не изменена. **Рентгенография трубчатых костей:** общий остеопороз, варусная деформация голеней, бедер, блюдцеобразная деформация эпифизов; расширение метафизов, больше в медиальных отделах; склерозирование диафизов.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Укажите причину и патогенез заболевания. Когда появляются первые симптомы?
3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.
4. Назовите основные принципы лечения больного.
5. План диспансеризации, вопросы социальной реабилитации, исход.

Задача № 39

В отделение нефрологии поступил мальчик 5 лет. Мама предъявляет жалобы на красный цвет мочи, изменение цвета мочи выявлено в последние 2 дня. Известно, что дедушка ребенка по материнской линии умер в возрасте 50 лет от терминальной стадии хронической почечной недостаточности. Хроническим гломерулонефритом, гематурической формой болен родной старший брат, нефробиопсия не проводилась. Также у старшего брата выявлена тугоухость. Состояние ребенка средней степени тяжести, самочувствие не изменено. Физическое развитие среднее. Отеков не выявлено. Кожные покровы чистые. Над легкими дыхание проводится по всем полям без ослаблений и хрипов. ЧСС 85 в минуту, тоны ритмичные и ясные. АД 96/50 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по XII ребру отрицателен с 2-х сторон. Моча красного цвета. Мочится свободно, 7-8 раз в сутки, безболезненно. Энуреза нет. **Клинический анализ крови:** Hb 122 г/л, эритроц. $5,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $4,7 \times 10^9$ /л, тромбоц. 244×10^9 /л, п1 с37 э1 б2 м4 л55 СОЭ 8 мм/ч. **О.а.мочи:** 150 мл, цвет красный, белок 0,4 г/л, глюкоза-отриц., эритроц.измен. - сплошь все поля зрения, лейкоциты 1-2 в п/зр. **Биохимия крови:** общий белок 67 г/л, альбумины 58%, холестерин 4,5 ммоль/л, мочевиная 3,7 ммоль/л, креатинин 68 мкмоль/л, калий 3,5 ммоль/л, натрий 134 ммоль/л. **Проба Зимницкого:** дневной диурез 700 мл, ночной диурез 350 мл. Минимальная отн.плотность 1001, максимальная отн. плотность 1022. **УЗИ почек:** обе почки не увеличены в размерах, ЧЛС не расширена, паренхима не изменена.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте Ваш диагноз.
3. Назначьте дополнительное обследование.
4. Назовите принципы терапии данного заболевания.
5. Какие виды наследования этого заболевания Вы знаете, и какой вид наследования имеет место в данном случае.

Задача № 40

На прием к аллергологу участковым врачом был направлен мальчик в возрасте 9 мес с подозрением на отек Квинке. При осмотре выявлены отеки лица, ног, мошонки. Мама ребенка точную давность отеков указать не может, объясняет, что замечала «припухлость», но связывала с хорошим аппетитом и «упитанностью» сына. Кожные покровы бледные, чистые. Слизистая ротоглотки без гиперемии. Над легкими дыхание везикулярное, проводится по всем полям. ЧСС 110 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 4 см из-под реберного края. Мочится около 5 раз в день, моча светлая. В о.а.мочи выявлено: V=70 мл, цвет с/ж., белок 7 г/л, эритроц. ед-но. Ребенок был переведен в нефрологическое отделение, где выполнено следующее обследование: **Клинический анализ крови:** Hb 105 г/л, эритроц. $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $4,7 \times 10^9$ /л, тромбоц. 500×10^9 /л, п1 с33 э1 б1 м4 л60 СОЭ 50 мм/ч. **Соотношение белок/креатинин в утренней моче:** 10/1. **Биохимический анализ крови:** общий белок 38 г/л, альбумины 33%, альфа-1 глобулины 4%, альфа-2 глобулины 20%, бета-глобулины 12%, гамма-глобулины 31%. Холестерин 8 ммоль/л. Мочевина 5,5 ммоль/л, креатинин 70 мкмоль/л.

1. Ваш диагноз. Обоснуйте.
2. Какие причины развития этого состояния Вы знаете.
3. Сформулируйте диагностическую тактику.
4. Перечислите осложнения нефротического синдрома.
5. Объясните лечебные мероприятия.

ГЕМАТОЛОГИЯ

Задача № 41

Больной П., 10 лет, поступил в отделение с носовым кровотечением. Из анамнеза известно, что за 2 недели до настоящего заболевания перенес ОРВИ, после чего на различных участках тела, без определенной локализации появились экхимозы различной величины и мелкоочечная геморрагическая сыпь. Участковым врачом поставлен диагноз: геморрагический васкулит. При поступлении состояние ребенка тяжелое. При осмотре обращает на себя внимание выраженный геморрагический синдром в виде экхимозов различной величины и давности, на лице, шее и руках петехиальные элементы. В носовых ходах тампоны, пропитанные кровью. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Сердечно – легочная деятельность удовлетворительная. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: Нв-101г/л, Эр- $3,2 \times 10^{12}$ /л, Тромб. – 12×10^9 /л, Лейк. – $6,4 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с – 59%, э – 3%, л- 27%, м – 8%, СОЭ- 5мм/ч. **Общий анализ мочи:** цвет – соломенно - желтый, удельный вес – 1008, белок –нет, эпителий плоский – 2-4 в п/з, лейкоциты – 2-4 в п/з, эритроциты –нет, цилиндры – нет, слизь – нет, бактерии – нет.

1. Сформулируйте правильно диагноз.
2. Приведите классификацию заболевания.
3. Какие симптомы и данные лабораторного обследования явились важными для постановки диагноза?
4. Назначьте лечение данному больному.
5. Какие существуют методы остановки носового кровотечения?

Задача № 42

Мальчик П., 9 лет, поступил по направлению участкового педиатра в связи с появлением сыпи на коже, болями в животе и суставах. Жалуется на схваткообразные боли в животе, боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоочечной красноватой сыпи на нижних конечностях. Две недели назад у мальчика поднялась температура до 38°C , появились боли в горле. Выставлен диагноз лакунарной ангины, назначен оксациллин. Через неделю на коже нижних конечностей появилась мелкоочечная сыпь, непостоянные боли в левом коленном суставе.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Вялый, лежит в вынужденной позе с поджатыми к животу коленями. На коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоочечная, местами сливная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи, симметрично расположена. Левый коленный и левый голеностопный суставы отечны, болезненны при пальпации и движении, горячие на ощупь, над ними геморрагическая сливная сыпь. Живот болезненный при пальпации, печень, селезенка не пальпируются. Стул скудный небольшими порциями, кашицеобразный, цвета «малинового желе». Мочится хорошо, моча светлая. **Общий анализ крови:** Нв-110г/л, Эр- $3,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. -0,9, Тромб. –435, Лейк. – $10,5 \times 10^9$ /л, юные -1%, п/я – 5%, с – 57%, э – 2%, л- 28%, м – 7%, СОЭ- 25мм/ч. **Биохимический анализ крови:** общий белок -71г/л, мочевины – 3,7 ммоль/л, креатинин – 47 ммоль/л, билирубин общий – 20, 2 мкмоль/л, АСТ – 20 ед, АЛТ – 20 ед. **Общий анализ мочи:** цвет – соломенно-желтый, относительная плотность – 1012, белок отсутствует, эпителий – 0-1 в п/з, лейкоциты – 2-4 в п/з, эритроциты, цилиндры отсутствуют.

1. Выскажите предположение о диагнозе, учитывая клиническую картину заболевания.
2. Нужны ли дополнительные методы исследования для того, чтобы подтвердить диагноз?
3. С каким специалистом необходимо проконсультировать больного, учитывая клиническую картину болезни?
4. Составьте план лечения больного.
5. Возможно ли развитие ДВС-синдрома при данном заболевании. Принципы оказания помощи.

Задача № 43

Больной О., 5 лет, обратился в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава. Жалобы на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда. Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них. При поступлении состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4 – летнем возрасте. **Общий анализ крови:** Нв-100г/л, Эр- $3,0 \times 10^{12}$ /л, Ретик – 3%, Тромб. – 300, Лейк. – $8,3 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 63%, э -3%, л- 22%, м – 9%, СОЭ- 12 мм/ч. **Длительность кровотечения по Дьюку** 2 мин 30сек. **Время свертывания крови по Ли Уайту** более 15 мин.

1. О каком заболевании у данного больного можно думать?
2. Какие методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. На что следует обратить внимание при сборе анамнеза жизни у родителей ребенка?
4. Назначьте лечение больному.
5. Какой из видов терапии можно считать патогенетическим?

Задача № 44

Мальчик Р., 12 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры, боли в ногах. В течении последних 3 месяцев мальчик стал быстро уставать, снизился аппетит. 2 недели назад родители заметили, что ребенок побледнел. Ухудшение состояния отмечалось 10 дней назад, когда повысилась температура до $39,3^{\circ}$, увеличились подчелюстные лимфатические узлы. В амбулаторном анализе крови выявлен гиперлейкоцитоз до 200×10^9 /л, с подозрением на хронический лейкоз мальчик был госпитализирован. При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, на конечностях многочисленные экхимозы. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфатические узлы размерами до 2,5см, подвижные, безболезненные; подмышечные, паховые лимфатические узлы до 1,5см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах справа ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень + 4,0 см, селезенка + 2,0 см ниже края реберной дуги. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига. **Общий анализ крови:** Нв-86г/л, Эр- $3,2 \times 10^{12}$ /л, Тромб. – единичные, Лейк. – 208×10^9 /л, бласты – 76%, п/я – 1%, с – 4%, л- 19%, СОЭ- 35мм/ч. **Миелограмма:** костный мозг клеточный, бластные клетки - 96%, нейтрофильный росток – 3%, эритроидный росток – 1%, мегакарициты – не найдены. **Цитохимическое исследование костного мозга:** ШИК-реакция гранулярная в 95% бластных клеток, реакция на миелопероксидазу и судан отрицательная. **Иммунологическое исследование костного мозга:** выявлены маркеры зрелой Т-клетки. **Исследование ликвора:** цитоз -200/3, белок -960ммоль/л, реакция Панди- ++++, бласты-100%.

1. Поставьте диагноз согласно принятой классификации.
2. Что явилось решающим в постановке Вашего диагноза?
3. Назовите основные этапы лечения этого заболевания.
4. Что явилось причиной развития неврологической симптоматики?
5. Объясните патогенез клинических симптомов.

Задача № 45

Больная А., 12 лет, поступила в отделение с жалобами на носовое кровотечение. В течение последних 6 месяцев девочка стала часто болеть, заболевания сопровождались повышением температуры до фебрильных цифр, снизился аппетит, ребенок стал быстрее уставать. При поступлении состояние ребенка тяжелое. Температура фебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, на слизистых полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечается незначительное кровотечение из десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Периферические лимфатические узлы мелкие, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Моча обычной окраски. **Общий анализ крови:** Нв-72г/л, Эр- $2,8 \times 10^{12}$ /л, Ретик – 0,2%, Тромб. – единичные, Лейк. – $1,3 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с – 4%, л- 95%, СОЭ- 35мм/ч. **Миелограмма:** костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки -2%, гранулоцитарный росток – 11%, эритроидный росток – 8%, мегакарициты – не найдены. **Общий анализ мочи:** цвет – желтый, удельный вес – 1018, белок – следы, эпителий плоский – 2-4 в п/з, лейкоциты – 0-1 в п/з, эритроциты – 25-30 в п/з, цилиндры – нет, слизь – нет, бактерии – нет.

1. О каком заболевании может идти речь у данной больной?
2. Какие исследования необходимо еще провести и какие изменения Вы ожидаете увидеть?
3. Приведите классификацию данного заболевания.
4. Какие существуют современные методы лечения данной патологии и на чем они основаны?
5. Профилактику каких неотложных состояний и каким образом следует проводить у этой больной?

Задача № 46

Мальчик Ю., 2,5 лет, поступил в отделение с жалобами на появившуюся желтушность кожных покровов. Мальчик родился от первой, нормально протекавшей беременности, срочных родов. При рождении отмечалась длительная выраженная желтушность кожных покровов, по поводу чего проводилось заменное переливание крови. Когда ребенку было 7 месяцев, родители заметили, что он немного пожелтел, но к врачу не обратились. 3 дня назад у мальчика повысилась температура до $37,8^{\circ}\text{C}$, ребенок пожелтел в поликлинике был сделан анализ крови, в котором выявлена анемия – гемоглобин 72 г/л. Из семейного анамнеза известно, что мать здорова, а у отца периодически желтеют склеры.

Состояние ребенка тяжелое. Мальчик вялый, сонливый. Кожа и слизистые оболочки бледные с иктеричным оттенком. Обращает на себя внимание деформация черепа: башенный череп, седловидная переносица, готическое небо. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Тоны сердца учащены, выслушивается систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см., селезенка +4 см. ниже края реберной дуги. Стул, моча интенсивно окрашены. **Общий анализ крови:** Нв- 72 г/л, Эр- $2,0 \times 10^{12}$ /л, Ц.п.-1.1, Ретик.- 16%, Лейк.- $10,2 \times 10^9$ /л, п/я-2%, с-45%, э- 3%, л- 37%, м- 13%. СОЭ- 24мм/ч. **Биохимический анализ крови:** общий белок- 82г/л, билирубин: непрямой- 140,4 мкмоль/л, прямой- нет, свободный гемоглобин- отсутствует. **Осмотическая резистентность эритроцитов:** min-0,58, max- 0,32. 60% эритроцитов имеют сферическую форму.

1. О каком диагнозе идет речь?
2. Какой вид гемолиза при этом заболевании?
3. Какой метод лечения является оптимальным, показан ли он данному больному и почему?
4. Перечислите осложнения при этом заболевании.
5. По какому типу наследования передается этот заболевании

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ.

Задача № 47

Девочка 11 лет, больна 1 год, жалобы на "голодные" боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи; отрыжка кислым. Первое обращение к врачу неделю назад, после амбулаторной ФЭГДС госпитализирована. **Из анамнеза:** 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:** рост 148 см, масса 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: синдром Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилорoduоденальной области, также болезненность в точке Дежардена и Мейо-Робсона. Печень не увеличена, без боли. Стул регулярный, оформленный. По другим органам без патологии.

Общий анализ крови: Нб - 128 г/л, Ц.п. - 0,91, Эр - $4,2 \times 10^{12}$ /л; Лейк - $7,2 \times 10^9$; п/я - 3%, с/я - 51%, э - 3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час. **Общий анализ мочи:** цвет светло-желтый, прозрачный; рН - 6,0; плотность - 1017; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - 1-2-3 в п/з; лейкоциты - 2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, АлАТ - 19 Ед/л, АсАТ - 24 Ед/л, ЩФ - 138 Ед/л (норма 7-140), амилаза - 100 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. билирубин - 3 мкмоль/л. **Эзофагогастродуоденоскопия:** слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией,

в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум - очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8x0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.

Биопсийный тест на НРинфекцию: положительный (++) . **УЗИ органов брюшной полости:** печень не увеличена, паренхима однородная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55x21 мм с перегибом в дне, содержимое его однородное, стенки 1 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. **Ацидометрия желудка:** натощак – рН в теле 2,4; в антруме 4,2; через 30 минут после стимуляции 0,1% р-ром гистамина в дозе 0,008 мг/кг - рН в теле 1,4; в антруме 2,8. **Дыхательный уреазный тест:** положительный.

1. Клинический диагноз и его обоснование.

2. Предложите дифференциально-диагностический алгоритм. Перечислите основные методы и способы диагностики НР-ин-фекции. В чем сущность дыхательного теста?

3. Укажите эндоскопические признаки хеликобактериоза.

4. Оцените картину УЗИ, какова информативность УЗИ для постановки диагноза?

5. Современные принципы лечения данного заболевания. Предложите схему лечения данному ребенку.

Задача № 48

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 1 беременности, роды срочные. Находился на естественном вскармливании до 2 месяцев. Аллергические реакции на цитрусовые, морковь, яйца - сыпь. Режим дня не соблюдает, часто отмечается сухоедение, большие перерывы в еде. **Осмотр:** рост 137 см, масса 31 кг. Кожные покровы бледно-розовые, периорбитальный цианоз. Живот не вздут, симптом Менделя (+) в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастрии и пилорoduоденальной области. Печень +0,+1,в/3, край мягко-эластичный, безболезненный. Стул регулярный 1 раз в сутки или через день, иногда типа

«овечьего». **Общий анализ крови:** Нв - 132 г/л; Эр - $4,4 \times 10^{12}$ /л; Ц.п. - 0,9; Лейк - $7,3 \times 10^9$ /л; п/я - 3%, с/я - 47%, л - 38%, э - 4%, м - 8%; СОЭ - 5 мм/час. **Биохимический анализ крови:** общий белок - 75 г/л, АсАТ - 38 Ед/л, АлАТ - 32 Ед/л, общий билирубин - 18 мкмоль/л, из них связ. - 0; ЩФ - 140 Ед/л (норма 70-142), амилаза - 38 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед. **Эзофагогастродуоденофиброскопия:** слизистая пищевода розовая. Кардия смыкается. Слизистая антрального отдела желудка гнездно гиперемирована, отечная, содержит слизь, луковица двенадцатиперстной киш-ки 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, билиарный сладж. Поджелудочная железа с ровными контурами, обычной эхогенности, не увеличена.

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте диагностический алгоритм. На каком свойстве пилорического хеликобактера основана его экспресс-диагностика?
3. Что такое синдром Менделя?
4. Какие схемы лечения заболевания Вы знаете? Назначьте диету по Певзнеру.
5. Назначьте лечение данному больному, укажите принципы диспан-серного наблюдения.

Задача № 49

Мальчик 2 лет. В течение 6 месяцев у ребенка разжиженный, учащен-ный, со слизью стул до 5-6 раз в день, в последние 2 месяца в кале появились прожилки крови, редко -сгустки, за последние 3 недели примесь крови в кале постоянная. Беспокоят боли в животе, часто перед дефекацией, снижение аппетита, похудание, субфебрильная температура. Амбулаторное лечение курсами антибиотиков, бактериофагом и пробиотиками без стойкого эффекта. Ребенок доношенный, на естественном вскармливании до 6 месяцев. С 1 года атопический дерматит, пищевая аллергия на морковь, цитрусовые, белок коровьего молока. Мать 27 лет, здорова. Отец 32 года, здоров. Бабушка (по матери) - гастрит, колит, лактазная недостаточность. **Осмотр:** рост 85 см, масса 11,5 кг. Бледность кожных покровов и сли-зистых, на коже лица и голени участка гиперемии, расчесов, корочек. ЧСС 116 в минуту, тоны звучные, мягкий систолический шум в т. Боткина, экстракардиально не проводится. Живот вздут, болезненный при пальпации ободочной кишки, петли сигмы и слепой кишки спазмированы. Печень+1,5;+2;в/3, плотновата, симптомы Мерфи, Кера - (+). **Общий анализ крови:** Нв - 96 г/л; Ц.п. - 0,8; Эр - $3,7 \times 10^{12}$ /л; ретикулоциты - 18%; Лейк - $12,0 \times 10^9$ /л, п/я - 7%, с/я - 43%, э - 5%; л - 36%, м -9%, СОЭ - 18 мм/час; тромб. - 330×10^9 /л. **Общий анализ мочи:** цвет - светло-желтый, прозрачная; рН - 5,5; плотность -1018; белок - нет, сахар - нет; Л - 2-3 в п/з, Эр - нет. **Биохимический анализ крови:** общий белок - 68 г/л, альбумины -53%, глобулины: альфа1 - 6%, альфа2 - 14%, бета - 13%, гамма - 14%, АлАТ - 40 Ед/л, АсАТ - 36 Ед/л, ЩФ - 162 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 45 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед, общий билирубин - 13 мкмоль/л, из них связ. - 0 мкмоль/л, железо-7 мкмоль/л, ОЖСС-79 мкмоль/л (норма 36-72), СРБ (+++). **Копрограмма:** кал полужидкой консистенции, коричневого цвета с красными вкраплениями, мышечные волокна непереваренные в умеренном количестве, нейтральный жиры - нет, жирные кислоты - немного, крахмал внеклеточный - довольно много. Резко положительная реакция Грегерсона. Л - 12-15-30 в п/з, Эр - 30-40-50 в п/з, слизь - много. **Колонофиброскопия:** осмотрены ободочная и на 30 см подвздошная кишки. Слизистая подвздошной кишки бледно-розовая, гиперемирована, отечна, со смазанным сосудистым рисунком, кровоизлияниями, линейными язвами до 0,6 см на стенках восходящей и поперечной кишок, выражена контактная кровоточивость. Слизистая сигмы и прямой кишки гиперемирована, контактная кровоточивость. Лестничная биопсия. **Гистология фрагментов слизистой ободочной кишки:** интенсивная лимфоретикулезная и эозинофильная инфильтрация

слизистой оболочки и подслизистого слоя с лейкостазами, уменьшение в эпителии крипт бокаловидных клеток, криптогенные абсцессы.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Укажите алгоритм дифференциально-диагностического ряда. Каковы эндоскопические различия между Болезнью Крона и неспецифическим язвенным колитом?
3. Назовите путь передачи хеликобактерной инфекции.
4. Какие отягощающие моменты можно выделить в течении данного заболевания?
5. Назначьте лечение.

Задача № 50

Мальчик 9 лет. В течение 1,5 лет у ребенка повторные приступы болей в околопупочной области и левом подреберье, иррадиирующие иногда в спину и имеющие опоясывающий характер. Боли сопровождаются многократной рвотой. Приступы провоцируются обильной пищей, «праздничным» столом. Последний приступ был в течение 2 дней перед госпитализацией. Стул неустойчивый, часто разжижен и обильный. Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 8 месяцев. Аллергоанамнез не отягощен. Прививки по возрасту. У матери 34 лет - гастрит, у бабушки (по матери) - холецистопанкреатит, сахарный диабет. **Осмотр:** рост 136 см, масса 26 кг. Кожа бледно-розовая, чистая. Тоны сердца ясные, ЧСС - 92 в минуту, АД - 95/60 мм рт.ст., дыхание пуэрильное. 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 положительны. **Общий анализ крови:** Hb - 124 г/л, Ц.п. - 0,88, Эр - $4,2 \times 10^{12}$ /л; Лейк - $6,6 \times 10^9$ /л; п/я - 4%, с/я - 51%, э - 3%, л - 36%, м - 6%, СОЭ - 12 мм/час. **Общий анализ мочи:** цвет сол.-желтый, прозрачная; рН - 6,0; плотность - 1021; белок - нет; сахар - нет; Л - 2-3 в п/з; Эр - нет. **Биохимический анализ крови:** общий белок - 78 г/л, альбумины - 52%, глобулины: альфа 1 - 5%, альфа 2 - 14%, бета - 13%, гамма - 16%; ЩФ - 140 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 120 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед, общ. билирубин - 16 мкмоль/л, из них связ. - 3 мкмоль/л, СРБ (+). **Диастаза 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), имеют гиперэхогенные включения, несколько уплотнена капсула поджелудочной железы. **Ретроградная холепанкреатография:** внепеченочные и внутripеченочные протоки не расширены. Длина и диаметр пузырного протока не изменены, Вирсунгов проток расширен, имеет общую ампулу с общим желчным протоком.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз. Какова причина заболевания в данном случае?
2. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.
3. Укажите показания к ретроградной холепанкреатографии. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Дайте рекомендации по диетотерапии. Напишите план лечения данного ребенка.
5. В каких случаях требуется хирургическое лечение? Тактика наблюдения за больным после выписки из стационара.

Задача № 51

Девочка 12 лет, предъявляет жалобы на боли в животе в течение 2 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 по-верхностной и глубокой пальпации в эпигастрии и пилородуоденальной 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:** Hb - 130 г/л, Эр -

4,0x10¹²/л, Ц.п. – 0,9; Лейк – 6,0x10⁹/л, п/я – 2 %, с/я - 62%, э - 0%, л - 29%, м - 7%, СОЭ - 7 мм/час. **Общий анализ мочи:** цвет сол.-желтый, прозрачная; рН - кислая; плотность - 1020; белок - нет; сахар - нет; эп. пл. - небольшое количество; Л - 2-3 в п/з; Эр - нет. **Биохимический анализ крови:** общий белок - 79 г/л, альбумины -54%, глобулины: альфа1 - 4%, альфа2 - 8%, бета -12%, гамма - 15%; ЩФ -160 Ед/л (норма 70-140), АлАТ - 26 Ед/л, АсАТ - 28 Ед/л, амилаза -60 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, общ. билирубин -12 мкмоль/л, из них связ. - 2 мкмоль/л. **Эзофагогастродуоденоскопия:** слизистая пищевода розовая, в желудке немного слизи, слизистая желудка в антральном отделе пестрая, с утолщенными складками, на стенке желудка множественные разнокалиберные выбухания, точечные кровоизлияния различной давности. Слизистая луковицы 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 НРинфекцию:** положительный (+++).

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Предложите дифференциально-диагностический алгоритм.
3. Как расценить увеличение хвоста поджелудочной железы на УЗИ? Какие отягощающие моменты можно выделить в течении данного заболевания?
4. Укажите современные принципы лечения данного заболевания.
5. Тактика диспансерного наблюдения.

Задача № 52

Ольга Д., 6 лет. Родители ребенка обратились на прием к участковому врачу с жалобами на в животе, возникающую в области пупка вскоре после приема пищи, которая продолжается 30-40 минут и затем самопроизвольно исчезает, сниженный аппетит. Из анамнеза: девочка болеет около полугода, когда впервые стали беспокоить боль в животе, тошнота, изредка рвота при приеме жирной пищи. Девочка учится в подготовительном классе и отличается усидчивостью. Кроме того, посещает школу балетного искусства с 4 лет. Наследственный анамнез не отягощен. При осмотре: ребенок астенического телосложения, кожа бледная, субиктеричность кожи носогубного треугольника, полость рта чистая, язык чистый. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, локальная болезненность при глубокой пальпации в правом подреберье и околопупковой области. Пузырные симптомы Кера, Мэрфи, Ортнера положительные. Печень выступает из-под края реберного края на 3 см, плотно-эластичной консистенции, слегка болезненна. Стул 1-2 раза в сутки. Мочится безболезненно. **Общий анализ крови:** Нв - 130 г/л, Ц.п. - 0,93, Эр - 4,6x10¹²/л; лейк –7,0x10⁹/л, п/я - 2%, с/я - 56%, э - 12%, л - 25%, м - 5%, СОЭ - 7 мм/час. **Общий анализ мочи:** цвет светло-желтый, прозрачная; рН - 5,7; плотность - 1020; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - небольшое количество, Л - 1-2 в п/з. Эр - 0-1 в п/з; слизь - немного, солей нет, бактерий нет. **Биохимический анализ крови:** общий белок - 79 г/л, АлАТ - 30 Ед/л, АсАТ - 40 Ед/л, ЩФ - 150 Ед/л, амилаза - 78 Ед/л, билирубин - 17 мкмоль/л. **Копрограмма:** цвет - коричневый, оформленный, рН - 7,3; мышечные волокна - ++; крахмал внутриклеточный - ++; нейтральный жир - +++; растительная клетчатка - умеренное количество; слизь - +, лейкоциты - 1-2 в п/з, обнаружены цисты лямблий. **Фекальная эластаза** – 280 мкг/г кала. **УЗИ органов брюшной полости:** печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь 85x37 мм (норма 75x30), стенки не утолщены. Холедох до 3,5 мм (норма 4), стенки не утолщены. После желчегонного завтрака – ПДФ 10%.

1. Сформулируйте диагноз, дайте его обоснование.
2. Оцените результаты проведенных исследований.
3. Назначьте лечение данному больному.
4. Дайте рекомендации по диетотерапии.
5. Укажите принципы диспансерного наблюдения.

Задача № 53

Никита Л., 14 лет, обратился к педиатру с жалобами на боли в подложечной области, возникающие вскоре после приема пищи (особенно жирной и острой), изжога в районе центра грудины, сухость и периодически кисловатый привкус во рту. Около 6 месяцев назад появились боли в животе и изжога. Первое время эти симптомы возникали периодически, в основном после переедания, но в последний месяц изжога стала ощущаться как выраженный жар за грудиной, навязчива, вызывала значительный дискомфорт. Мальчик стал быстро уставать, ухудшилась успеваемость, появились приступы ипохондрии. Питание с большими перерывами, злоупотребляет едой всухомятку. Курит по 3-4 сигареты в день. Алкоголь – пиво 1-2 раза в месяц. Наркотические препараты не употребляет. В дошкольном возрасте мать отмечала сниженный аппетит, периодически возникали нелокализованные боли в животе. В этом году резко вырос на 5 см, появился дискомфорт в животе, затем боли и изжога. Подросток осмотрен и госпитализирован в специализированный гастроэнтерологический стационар. **Осмотр:** состояние средней тяжести, рост 180 см, вес 65 кг. Кожа бледная, сухая. В подмышечных впадинах, паховой области – локальный гипергидроз. Красный разлитой дермографизм. Полость рта чистая. Язык влажный, густо обложен бело-желтым налетом, неприятный запах изо рта. Зубы санированы. Миндалины до 2 ст., гипертрофированы, лакуны свободны. При глубокой пальпации живота определяется болезненный в центре эпигастрия, области проекции ДПК, в подложечной области. Печень не увеличена. Стул 1 раз в сутки, оформленный. Мочится свободно, безболезненно. **Общий анализ крови:** Hb - 128 г/л, Ц.п. - 0,91, Эр - $4,2 \times 10^{12}$ /л; Лейк - $7,2 \times 10^9$; п/я - 3%, с/я - 51%, э - 3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час. **Биохимический анализ крови:** общий белок - 72 г/л, АлАТ - 19 Ед/л, АсАТ - 24 Ед/л, ЩФ - 138 Ед/л, амилаза - 100 Ед/л, тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л. **Внутриполостная рНметрия 3х электродным зондом:** натошак - рН в н/3 пищевода 6,3; периодически кратковременное на 15-20 сек снижение до 3,3-3,0; в теле желудка 1,7, в антруме 3,8; после стимуляции 0,1% р-ром гистамина в дозе 0,008 мг/кг - рН в пищеводе 6-6,5 со снижением уровня рН чаще по 30-40 сек до 2,8-3,3; в теле 1,3; в антруме 3,6.

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

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Назовите этиопатогенетические причины возникновения данного заболевания у детей старшего возраста.
3. Оцените результаты рН-метрии.
4. Назначьте комплексную терапию данному больному, с рекомендациями по образу жизни.
5. Составьте план диспансерного наблюдения за больным после выписки из стационара.

Задача № 54

Аня П., 6 лет, на приеме у гастроэнтеролога жалуется на эпизодические боли в околопупочной области ноющего характера длительностью 20-30 минут, не зависящие от приема и характера съеденной пищи, купирующиеся самостоятельно. Среди диспепсических жалоб периодически отмечаются отрыжка воздухом, ощущение тяжести в животе, чувство быстрого насыщения. Стул 1 раз в 3-4 дня, чаще «овечий»; в течение последних 2 месяцев – после очистительной клизмы. Умеренно выражен астенический синдром, аппетит понижен. Жалобы отмечаются в течение 1,5 лет. Дважды обращалась к участковому педиатру, поставлен диагноз: дискинезия желчевыводящих путей. Проведенный курс желчегонной терапии не дал существенного улучшения. В течение последних 2 месяцев дважды принимала лактулозу, однако прекращала прием через 2-3 дня вследствие выраженного вздутия живота. Наследственность по патологии

ЖКТ отягощена: мать (35 лет) – хронический холецистит, у бабушки по линии матери – желчнокаменная болезнь (оперирована в возрасте 44 лет). Ранний анамнез без особенностей. Аллергологический анамнез не отягощен. **Осмотр:** Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые. Язык обложен белым налетом. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС=70 уд/мин; АД=100/65 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах. При глубокой пальпации определяется болезненность в правом подреберье. Пузырные симптомы (Ортнера, Кери, Мерфи) – положительные. Печень выступает на 1 см из подреберной дуги, селезенка не увеличена, сигма умеренно спазмирована. Стул 1 раз в 3-4 дня, чаще «овечий», с длительным натуживанием. Периодически возникает болезненность при дефекации. За последние 2 недели трижды отмечалась примесь алой крови в стуле. При осмотре анальной области определяется эпителизирующаяся трещина наружного анального сфинктера. Пальцевое исследование безболезненно, патологических признаков не выявлено. **Общий анализ крови:** Нв - 128 г/л, Ц.п. - 0,91, Эр - $4,2 \times 10^{12}$ /л; Лейк - $7,2 \times 10^9$; п/я - 3%, с/я - 51%, э - 3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час. **Общий анализ мочи:** цвет светло-желтый, прозрачный; pH - 6,0; плотность - 1017; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - 1-2-3 в п/з; лейкоциты - 2-3 в п/з. **Биохимический анализ крови:** холестерин 4,6 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 390 ед/л (норма до 360 ед/л), билирубин (общий) – 20 мкмоль/л, АЛТ – 19,8 ед, АСТ – 14,6 ед. (норма до 40 ед). **Копрограмма** – мышечные волокна без исчерченности (++) , жирные кислоты (++) , крахмал внеклеточный (++) . **Соскоб на энтеробиоз** – отрицательно. **УЗИ органов брюшной полости** – деформация желчного пузыря (перегиб в области тела, частично устраняющийся в положении стоя), гиперэхогенные включения по стенкам желчного пузыря, скопление мутной желчи в области дна, увеличение косоугольного размера печени. **Ректороманоскопия** – при наружном осмотре обнаружена эпителизирующаяся трещина в области наружного анального сфинктера (на 3 ч по циферблату). При пальцевом исследовании изменений нет. Тубус введен на 18 см. Просвет кишки не изменен. Слизистая оболочка прямой и дистального отдела сигмовидной кишки не изменена.

1. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.
2. Оцените результаты обследования.
3. Назначьте лечение с указанием доз, кратности и длительности терапии.
4. Какие осложнения возможны у ребенка в случае отсутствия адекватной терапии.
5. Составьте план диспансерного наблюдения.

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Задача № 55

Алеша М., 5 лет. Ребенок от 2-й беременности, протекавшей с нефропатией, 2 срочных родов, родился с массой 4000 г, рост 52 см. Из анамнеза известно, что ребенок часто болеет острыми респираторными заболеваниями. После перенесенного стресса в течение последних 1,5 месяцев отмечалась слабость, вялость. Ребенок похудел, начал много пить и часто мочиться. На фоне заболевания гриппом состояние ребенка резко ухудшилось, появилась тошнота, переходящая в повторную рвоту, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость. Мальчик поступил в отделение интенсивной терапии в тяжелом состоянии, без сознания. Дыхание шумное (типа Куссмауля). Кожные и ахилловы рефлексы снижены. Кожные покровы сухие, тургор тканей и тонус глазных яблок снижен, черты лица заострены, выраженная гиперемия кожных покровов в области щек и скуловых дуг. Пульс учащен до 140 ударов в минуту, АД 75/40 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Живот при пальпации напряжен. Мочеиспускание обильное. **Общий анализ крови:** Hb - 135 г/л, Эр - $4,1 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $8,5 \times 10^9$ /л; п/я - 4%, с/я - 50%; э - 1%, л - 35%, м - 10%, СОЭ - 10 мм/час. **Общий анализ мочи:** цвет желтый, прозрачность - слабо мутная; удельный вес 1035, реакция - кислая; белок - нет, сахар - 10%, ацетон - ++++. **Биохимический анализ крови:** глюкоза - 28,0 ммоль/л, натрий - 132,0 ммоль/л, калий - 5,0 ммоль/л, общий белок - 70,0 г/л, холестерин - 5,0 ммоль/л. **КОС:** рН - 7,1; pO_2 - 92 мм рт.ст.; pCO_2 - 33,9 мм рт.ст.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Что привело к развитию данного состояния? Каковы патогенетические механизмы развития данного состояния?
3. Оцените лабораторные показатели.
4. Как проводится инфузионная терапия у детей с данной патологией?
5. Какие осложнения могут возникнуть в процессе инфузионной те-рапии?

Задача № 56

Ира Д., 6 лет. Девочка от 1-й беременности, протекавшей без осо-бенностей, преждевременных родов на 37 неделе. При рождении масса 2800 г, рост 46 см. Раннее развитие без особенностей. Из анамнеза известно: что в 5 лет перенесла сотрясение мозга. В течение последних 6 месяцев отмечается увеличение молочных желез и периодически появляющиеся кровянистые выделения из половых органов. Осмотр: рост 130 см, вес 28 кг. Вторичные половые признаки: P_2 , Ахо, Ma_2 , Ме с 6 лет. **Общий анализ крови:** Hb - 130 г/л, Эр - $4,1 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $5,5 \times 10^9$ /л; п/я - 1%, с/я - 52%, э - 1%, л - 41%, м - 5%. СОЭ - 4 мм/час. **Общий анализ мочи:** цвет желтый, прозрачность - хорошая, удельный вес 1015, реакция - кислая; белок - нет, сахар - нет, ацетон - отрицателен. **Биохимический анализ крови:** глюкоза - 3,5 ммоль/л, натрий - 140,0 ммоль/л, общий белок - 70,0 г/л, холестерин - 5,0 ммоль/л.

1. Оцените физическое и половое развитие?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. Что могло послужить причиной развития этого заболевания?
4. Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Препаратом какой группы проводится лечение данной патологии?

Задача № 57

Света К., 1 год 8 месяцев. Девочка от 2-й беременности, 2 срочных родов. При рождении масса тела 3800 г, рост 52 см. У матери выявлено эутиреоидное увеличение щитовидной железы II степени (по ВОЗ), во время беременности лечение тиреоидными гормонами не получала. Первая беременность окончилась рождением здорового ребенка. В период новорожденности у девочки

отмечалась длительная желтуха, медленная эпителизация пупочной ранки, сосала вяло. Из родильного дома выписана на 12 сутки. На первом году жизни была склонность к запорам, плохая прибавка в весе, снижение двигательной активности, вялое сосание. Голову начала держать с 6 месяцев, сидит с 10 месяцев, не ходит. При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие, тургор снижен, мышечная гипотония. Волосы редкие, сухие, ногти ломкие. Большой родничок открыт. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Живот увеличен в размерах ("лягушачий" в положении лежа на спине), отмечается расхождение прямых мышц живота. Печень и селезенка не увеличены. **Общий анализ крови:** Hb - 91 г/л, Эр - $3,8 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,85, Лейк - $9,0 \times 10^9$ /л; п/я - 3%, с/я - 30%; э - 1%, л - 57%, м - 8%, СОЭ - 7 мм/час. **Общий анализ мочи:** цвет желтый, прозрачность - хорошая; удельный вес 1015, реакция - кислая; белок - нет, сахар - нет, ацетон - отрицателен. **Биохимический анализ крови:** глюкоза - 4,2 ммоль/л, остаточный азот - 12,0 ммоль/л, натрий - 132,0 ммоль/л, калий - 5 ммоль/л, общий белок - 60,2 г/л, холестерин - 8,4 ммоль/л, билирубин общ. - 7,5 мкмоль/л.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
3. Какая причина могла привести к развитию данной патологии?
4. На какой день после рождения ребенка проводится лабораторный скрининг, какую патологию исключают?
5. Нуждается ли ребенок в гормональной терапии? Уровень какого гормона используется для оценки адекватности заместительной терапии?

Задача № 58

Алеша М., 9 лет. Поступил в отделение с жалобами на задержку роста. Из анамнеза известно, что ребенок от 1-й беременности, протекавшей с нефропатией и анемией, 1 срочных родов в тазовом предлежании. Родился с массой 3150 г, длиной 50 см. Раннее развитие без особенностей. С 2,5 лет родители отметили замедление темпов роста до 3 см в год. Объективно: рост 105 см, вес 16 кг. Отмечается снижение тургора тканей, перераспределение подкожно-жировой клетчатки с избыточным отложением в области груди и живота, изменение структуры волос (сухие, тонкие). **Общий анализ крови:** Hb - 130 г/л. Эр - $4,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $5,5 \times 10^9$ /л; п/я - 1%, с/я - 52%; э - 1%, л - 41%, м - 5%, СОЭ - 4 мм/час. **Общий анализ мочи:** цвет желтый, прозрачность - хорошая; удельный вес 1015, реакция - кислая; белок - нет, сахар - нет, ацетон - отрицателен. **Биохимический анализ крови:** глюкоза - 3,2 ммоль/л, натрий - 132,0 ммоль/л, калий - 5 ммоль/л, общий белок - 55,0 г/л, холестерин - 7,6 ммоль/л. **Гормональный профиль:** СТГ натощак - 0,2 нмоль/л, СТГ после нагрузки - 1,2 нмоль/л (норма более 10 нмоль/л).

1. Поставьте диагноз.
2. Что могло послужить причиной развития данной патологии?
3. Какие нагрузочные пробы проводятся для подтверждения диагноза?
4. Какими гормональными препаратами проводится заместительная терапия? Критерии эффективности лечения детей с данной патологией?
5. Какая диета рекомендуется детям с данной патологией?

Задача № 59

Юра Ф., 11 лет. Поступил в отделение с жалобами на избыточный вес, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость. Из анамнеза известно, что родители и родная сестра мальчика полные. В семье много употребляют сладкого, жирного, выпечных изделий. Ребенок от 2-й

беременности, 2-е роды в срок, без патологии. Масса тела при рождении 4000 г, длина 52 см. Осмотр: рост 142 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы обычной окраски, подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением на груди и животе. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС - 95 уд/мин, дыхание - 19 в 1 минуту. АД 110/70 мм рт.ст. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень +1 см. **Общий анализ крови:** Hb - 130 г/л, Эр - $3,9 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $5,5 \times 10^9$ /л; п/я - 1%, с/я - 52%; э - 4%, л - 37%, м - 6%, СОЭ - 4 мм/час. **Общий анализ мочи:** цвет желтый, прозрачность - хорошая; удельный вес 1015, реакция - кислая; белок - нет, сахар - нет, ацетон - отрицателен. **Биохимический анализ крови:** глюкоза - 5,2 ммоль/л, натрий - 137,0 ммоль/л, калий - 5 ммоль/л, общий белок - 65,0 г/л, холестерин - 7,6 ммоль/л. **ЭКГ:** нормальное положение ЭОС, синусовый ритм. **УЗИ желудочнокишечного тракта:** размеры печени - увеличены; паренхима - подчеркнут рисунок внутривенных желчных протоков; стенки желчного пузыря - утолщены, в просвете определяется жидкое содержимое.

1. Поставьте диагноз (с указанием степени).
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие основные принципы диетотерапии и другие лечебные мероприятия применяются?
5. Перечислите возможные осложнения.

Задача № 60

Ребенок К., 4 дня, от 1-й беременности, срочных родов, протекавших без особенностей. При рождении масса 3000 г, рост 51 см. Осмотр: было выявлено неправильное строение наружных гениталий (пенисообразный и гипертрофированный клитор, складчатые большие половые губы), гиперпигментация наружных гениталий, белой линии живота. С 3-го дня состояние ребенка ухудшилось: кожные покровы бледные с сероватым оттенком, тургор тканей снижен, мышечная гипотония, гипорефлексия. Сосет вяло, появилась рвота фонтаном. Дыхание поверхностное, ослабленное. Тоны сердца приглушены. Живот при пальпации мягкий, печень + 2 см. Стул жидкий, обычной окраски. **Общий анализ крови:** Hb - 115 г/л, Эр - $5,0 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $9,5 \times 10^9$ /л; п/я - 2%, с/я - 50%, э - 2%, л - 38%, м - 8%. **Биохимический анализ крови:** общий белок - 55 г/л, холестерин - 4,7 ммоль/л, глюкоза - 4,4 ммоль/л, натрий - 130,0 ммоль/л, калий - 6,0 ммоль/л.

Величина экскреции с суточной мочой:

- 17-КС - 7,5 мкмоль (стандарт $4,1 \pm 0,3$);
- 17-ОКС - 0,5 мкмоль (стандарт $3,2 \pm 10,2$).

Кариотип: 46 XX.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какая причина нарушения внутриутробного формирования наружных половых органов у девочки?
3. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка на 3 сутки после рождения?
4. При каких заболеваниях может отмечаться рвота "фонтаном"? Дифференциальный диагноз.
5. Какими гормональными препаратами проводится заместительная терапия? Какие возможные осложнения при неадекватно подобранной заместительной терапии?

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПЕДИАТРИЯ

Задача № 61

Мать с ребенком пришла к участковому педиатру на плановый про-филактический осмотр. Девочке 2 месяца 25 дней. На последнем приеме были в месячном возрасте. Ребенок на естественном вскармливании. В последние 2 недели стала беспокойной, не выдерживает перерывы между кормлениями, реже мочится. Родители здоровы. Беременность у матери первая, протекала с гестозом 2 половины. При сроке 32 недели перенесла острый бронхит. Роды в срок. Девочка закричала сразу. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела при рождении 3200 гр., длина - 51 см. Из роддома выписана на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии. До настоящего времени ребенок ничем не болел. Антропометрия: масса тела - 4600 гр., длина - 57 см., окружность грудной клетки - 38 см. Температура тела 36,8°C. Кожа чистая, нормальной окраски. Подкожно-жировой слой практически отсутствует на животе, истончен на конечностях. Слизистые оболочки чистые, зев спокоен. Дыхание - пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, желтого цвета с кислым запахом. При осмотре: ребенок беспокоен, плачет. Головку держит хорошо. Пытается переворачиваться со спины на живот. Хорошо следит за яркими предметами. Рефлексы Моро, Бауэра, автоматической ходьбы не вызываются. Тонический шейный и поисковый рефлексы угасают. Хватательный и подошвенный рефлексы вызываются хорошо.

1. Сформулируйте диагноз. Определите группу здоровья и направленность риска.
2. Причины возникновения данного состояния. Какие исследования необходимо провести ребенку?
3. План профилактических мероприятий. Какие врачи-специалисты должны осмотреть ребенка?
4. Сформулируйте прогноз состояния здоровья ребенка при отсутствии своевременной коррекции патологии.
5. Оцените возможность проведения профилактических прививок.

Задача № 62

Врачу передан первичный патронаж к новорожденному ребенку. Мальчику 14 дней. Родился от молодых родителей, страдающих миопией. Беременность I, протекала с гестозом в 1-й и 2-й половине (рвота, нефропатия). Из обменной карты (№113/у) известно, что ребенок от срочных самопроизвольных родов, наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела 3690 гр., длина - 52 см. К груди приложен на 2-е сутки, сосал неактивно, обильно срыгивал. Докорм смесью «Энфамил». Выписан из роддома на 7-е сутки с потерей массы 350 г. Мать жалуется на недостаток молока. При осмотре: ребенок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор подбородка. Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония. Кожа и слизистые оболочки чистые. Пупочная ранка сухая, чистая. Большой родничок размерами 3,5x3,5 см, не выбухает. Малый родничок открыт, 1x1 см. В легких по всем полям пуэрильное дыхание, хрипов нет. Перкуторно - звук легочный. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см. из-под края реберной дуги, селезенка у края реберной дуги. Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке. Стул разжиженный, 3 раза в сутки с небольшой примесью слизи.

1. Предполагаемый диагноз? Группа здоровья.
2. Укажите факторы и группы риска, их направленность.

3. Составьте план дифференцированного наблюдения за ребенком на участке.
4. Какие советы вы должны дать матери ребенка по гипогалактии?
5. Оцените стул у данного ребенка.

Задача № 63

Новорожденная девочка поступила под наблюдение участкового педиатра в возрасте 7 дней. Ребенок от 2 беременности (первая закончилась выкидышем). Матери 22 года, студентка, страдает бронхиальной астмой. Во время беременности постоянно пользовалась тайледом, вентолином. 2 раза переболела ОРВИ. Во время настоящей беременности в квартире был ремонт, беременная находилась дома. У родственников по линии отца и матери различные аллергические заболевания. Роды срочные, путем кесарева сечения, оценка по шкале Апгар - 6/8 баллов. Закричала не сразу. Масса тела 2800 г, длина – 50 см. К груди приложена на 2-е сутки, сосала вяло по 30 - 40 минут, срыгивала. При осмотре: ребенок на естественном вскармливании. Сосет вяло, с перерывами, отмечаются не обильные срыгивания. Интервалы между кормлениями выдерживает. Девочка достаточно активна, физиологические рефлексы живые, мышечный гипертонус. Кожа и слизистые оболочки чистые. Пупочная ранка чистая, сухая. Большой родничок 3х3 см, не выбухает. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см, селезенка не пальпируется. Стул 5 раз в день, желтый, кашицеобразный.

1. Диагноз? По какой группе здоровья будет наблюдаться ребенок?
2. Оцените имеющиеся факторы риска и их направленность. Какое влияние на плод оказывает вентолин? Какое воздействие на новорожденного оказывают анестезия и аналгезия при родоразрешении путем кесарева сечения?
3. Составьте план диспансерного наблюдения и ведения ребенка на педиатрическом участке.
4. Какие физиологические параметры оцениваются у новорожденного по шкале Апгар и что в сумме они позволяют определить?
5. Оцените массово-ростовой коэффициент при рождении у данного ребенка.

Задача № 64

Девочке М., 6 месяцев, с неотягощенным прививочным анамнезом, была сделана третья профилактическая прививка вакциной АКДС и инактивированной полиомиелитной вакциной (ИПВ). Предыдущие прививки АКДС + ИПВ перенесла хорошо. На 2-й день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, 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°C. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины — ин-фильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отек мягких тканей диаметром 3 см.

1. Обоснуйте диагноз и лечебные мероприятия данному ребенку.
2. В чем заключается разница между нормальной поствакцинальной реакцией и поствакцинальным осложнением? Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС.
3. Каковы показания к снятию вакцины из употребления?

4. В каком возрасте были проведены две первые вакцинации? Можно ли считать курс вакцинации данного ребенка против дифтерии, столбняка законченным?
5. Подлежит ли ребенок медицинскому отводу от дальнейших прививок?

Задача № 65

Вызов к мальчику А., 2 лет, с жалобами на повышение температуры до 37,3°C 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 аллергического дерматита. Прививался ранее по индивидуальному календарю. Прививки АКДС, против полиомиелита и кори перенес нормально. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Зев умеренно гиперемирован, миндалины рыхлые, без наложений. Лимфоузлы не увеличены. Припухлость околоушной железы слева с утолщением кожной складки над ней. По внутренним органам без патологии. Менингеальные знаки не выявляются.

1. Ваш диагноз? С какими заболеваниями следует дифференцировать выявленные изменения у ребенка?
2. Назначьте лечение. Показана ли госпитализация данного ребенка?
3. Какова возможная причина выявленных изменений у ребенка?
4. Перечислите возможные осложнения на прививку против эпидемического паротита?
5. Следует ли подать экстренное извещение в СЭС? Может ли данный ребенок явиться источником заболевания эпидемическим паротитом?

Задача № 66

Ребенку Н., 13 месяцев была проведена вакцинация против кори (ЖКВ), паротита (ЖПВ). На 9 день после проведенной прививки у ребенка повысилась температура до 39°C, на фоне которой, появились клонико-тонические судороги. Из анамнеза известно, что у ребенка в возрасте 6 месяцев во время острого респираторного заболевания на фоне лихорадки отмечался кратковременный эпизод судорог. При осмотре ребенка: состояние тяжелое, ребенок вялый, несколько заторможенный. Из носа - слизистое отделяемое. На животе, в области спины, нижних конечностях, на плечевом поясе отмечается бледно-розовая пятнисто-папулезная сыпь. Мышечный тонус снижен. Задание

1. Ваш диагноз?
2. Тактика участкового врача? Какие лечебные мероприятия следует провести?
3. Как в дальнейшем следует прививать ребенка?
4. Оцените правильность проведения вакцинации против кори.
5. Какие мероприятия следует провести в детской поликлинике?

Задача № 67

Девочка У., 4 года. Девочка заболела остро 2 недели назад, когда вечером поднялась температура до 39°C, появился насморк. Была вызвана бригада «Скорой помощи». Врач диагностировал ОРВИ, назначил симптоматическое лечение. Состояние ребенка через 3 дня улучшилось, мать больше за помощью не обращалась. Накануне самочувствие ребенка резко ухудшилось (отсутствие аппетита, головная боль, мышечные боли), повторный подъем

температуры до 39°C, появился сухой, навязчивый кашель. Мать вызвала участкового педиатра на дом. Из анамнеза известно, что ребенок от I беременности, протекавшей без отклонений. Роды в срок, физиологичные. В раннем детстве девочка росла и развивалась соответственно возрасту, острые заболевания редко. С 3,5 лет посещает детский сад; часто болела ОРВИ, дважды перенесла ОРВИ с осложнением в виде бронхита. В лечении часто применялись антибиотики.

При осмотре: состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные с сероватым оттенком, умеренный периоральный цианоз. Зев рыхлый, чистый, небные миндалины гипертрофированны до II степени. Справа, книзу от угла лопатки, дыхание резко ослабленное, определяется

укорочение перкуторного звука, на высоте вдоха крепитирующие хрипы в нижних отделах правого легкого. ЧД - 32 в минуту. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, ЧСС - 120 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень - у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стула не было. Диурез не снижен.

1. Диагноз? Какие дополнительные исследования необходимы, чтобы подтвердить Ваш диагноз?
2. Какие группы отхаркивающих препаратов Вы знаете? Механизм их действия?
3. Укажите выбор антибиотиков и обоснуйте путь введения антибактериального препарата.
4. В каком случае показана госпитализация? Возможные осложнения данного заболевания.
5. Критерии выписки ребенка в детский сад. Составить план реабилитации ребенка.

Задача № 68

Мать с мальчиком 5 месяцев пришла на очередной профилактический прием к педиатру для решения вопроса о проведении вакцинации. Ребенок от IV беременности, протекавшей на фоне токсикоза в I триместре. Роды в срок, со стимуляцией. Родился с массой тела 3600 гр., длиной - 53 см. Закричал сразу. Естественное вскармливание до 1,5 месяцев, затем смесь «Агуша». Профилактика рахита проводилась масляным раствором витамина D2

1. Ваш диагноз? Перечислите факторы, которые могли привести к данному состоянию. с 2 месяцев в течение 1,5 месяцев нерегулярно. В 3 месяца сделана первая прививка вакцинами АКДС и ИПВ, реакции на прививку не наблюдалось. В 4 месяца на прием к врачу не явились. В течение последних 2 месяцев мать обращает внимание на то, что ребенок стал сильно потеть, вздрагивает во сне, от памперсов резкий запах аммиака. При осмотре: масса тела 7200 гр., 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 размерами 4x4 см. Мышечная гипотония, плохо опирается на ноги. В естественных складках кожи необильные элементы потницы, стойкий красный дермографизм. Слизистые оболочки чистые. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 120 ударов в минуту. Живот большой, рас-пластаный, безболезненный. Печень +2,5 см из-под края реберной дуги, селезенка +0,5 см. Стул кашицеобразный, 2-3 раза в день.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Какие дефекты ведения ребенка на участке имели место?
4. Можно ли проводить вакцинацию?
5. Назначьте лечение, как его контролировать?

Задача № 69

Мать с девочкой 3-х месяцев пришла на профилактический прием к участковому педиатру. Жалоб нет. Ребенок от III беременности, протекавшей с анемией, гестозом I по-ловины, ОРВИ в III триместре. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей (мальчик 1,5 года и девочка 4 года). Девочка родилась в срок, с массой тела 3050 гр., длиной - 52 см. Период новорожденности без особенностей. На естественном вскармливании до 1 месяца, далее смесь «Агуша». Прибавка в массе тела за 3 месяца -2100 гр. В возрасте 2,5 месяцев перенесла ОРВИ. Лечилась симптоматически, на дому. При осмотре: ребенок удовлетворительного питания. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые оболочки бледные, чистые. Лимфоузлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета. Диурез нормальный.

1. Ваш диагноз? Какие факторы риска способствовали развитию данного состояния?
2. Какие исследования необходимо провести педиатру для уточнения диагноза? Что такое цветовой показатель? Вычислите его и оцените.
3. Нуждается ли ребенок в лечении? Какие препараты следует выбрать? Их побочные действия.
4. Как контролировать эффективность лечения?
5. Составьте план диспансерного наблюдения ребенка по анемии.

Задача № 70

Участковый врач пришел на I патронаж к мальчику С., 18 дней. Ребенок от I беременности, срочных родов. Во время беременности мать дважды переболела ОРВИ (на 8 и 32 неделях), в 38 недель перенесла пневмонией. Роды на фоне остаточных явлений пневмонии. Ребенок закричал сразу. Масса тела при рождении 3200 гр., длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/9 баллов. К груди приложен через 2 дня, сосал вяло. В роддоме обращали на себя внимание: вялость, бледность кожных покровов с сероватым оттенком. К концу первых суток в шейных и паховых складках появились элементы пиодермии. Получал антибактериальную терапию (ампициллин в/м), на 3-й день переведен из роддома в больницу в связи с генерализацией пиодермии и появлением симптомов токсикоза. Лечился цефамизином (в/м 10 дней). Выписан домой на 17-е сутки в удовлетворительном состоянии. В связи с гипогалактией у матери ребенок переведен на искусственное вскармливание смесью «Туттели». Высасывает 80-90 мл 7 раз в сутки.

При осмотре: обращает внимание вялость, мышечная гипотония, гипорефлексия. Кожные покровы чистые, розовые, в паховых складках ги-перемия. Пупочная ранка эпителизировалась. Слизистые оболочки чистые. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет.

ЧСС 120 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3 см, селезенка у края реберной дуги. Стул разжиженный, 3-5 раз в сутки, без патологических примесей.

1. Оцените состояние здоровья ребенка.
2. Определите группу здоровья, направленность и степень риска.
3. Выделите факторы, способствовавшие возникновению данного состояния.
4. Напишите план ведения ребенка на участке до 1 года.
5. Какие рекомендации по уходу за ребенком следует дать матери?

Задача № 71

К участковому педиатру на плановый профилактический прием пришла мать с девочкой 6 месяцев. Матери 24 года, страдает хроническим пиелонефритом, ожирением, курит. Ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в последнем триместре. Роды в срок, на дому, преждевременное излитие околоплодных вод. Масса тела при рождении 4100 гр., длина - 53 см. Искусственное вскармливание с 2 месяцев. В настоящее время кормление 5 раз в день (смесь «Агуша» 220 мл на прием, каша 180-200 гр., фруктовое пюре, соки, яичный желток). В возрасте 3, 4 и 5 месяцев проведена вакцинация АКДС + полиомиелит. В 1,5 месяца переболела ОРВИ с обструктивным синдромом. При осмотре: состояние удовлетворительное. Масса тела 8700 гр., длина - 67 см, окружность грудной клетки - 44 см. Хорошо держит голову, переворачивается, пытается ползать, самостоятельно не сидит, гулит. Кожа и слизистые оболочки чистые. Питание повышено. Большой родничок 1x1 см, не напряжен. Зубов нет. Со стороны опорно-двигательного аппарата без видимой патологии. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень +2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул 2—3 раза в день, кашицеобразный, без патологических примесей.

1. Оцените состояние и укажите группу здоровья ребенка.
2. Соответствует ли физическое и психомоторное развитие возрасту?
3. Вычислите и оцените индекс Эрисмана.
4. К какой группе риска следует отнести данного ребенка? Реализовались ли данные факторы риска у ребенка и почему?
5. План наблюдения за ребенком на первом году. Рекомендации?

Задача № 72

Диана К., возраст 4 года, посещает детский сад с 2 лет. Девочка осмотрена врачом педиатром в детском саду для написания эпикриза. Жалоб нет. Генеалогический анамнез: I.o. = 0,4, направленность генеалогического риска по обменным нарушениям. Социальный анамнез: благополучный. Биологический анамнез: на «Д» учете у педиатра не состоит, привита по возрасту, наблюдается у офтальмолога с диагнозом: миопия слабой степени. Физическое развитие: масса – 15 кг, длина – 99 см, Огр. – 53 см. НПП по

возрасту. Мышление, моторика, социальные контакты и речь без отклонений. Ребенок перенес дважды острые респираторные заболевания в течение года и острый бронхит. Привита по плану, реакция Манту отрицательная. Состояние удовлетворительное. На осмотр реагирует положительно. Кожные покровы и видимые слизистые розовые, чистые. Подкожная клетчатка развита достаточно. Тургор тканей сохранен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание пуэрильное, ЧД 24 в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены. Осмотр специалистов: стоматолог – полость рта санирована; окулист – миопия легкой степени, без признаков прогрессирования. Лабораторные исследования: кал на яйца глистов – отрицательный, соскоб на энтеробиоз – отрицательный.

1. Оцените физическое развитие, наследственную отягощенность и резистентность ребенка.
2. Поставьте диагноз. Определите группу здоровья.
3. Назначьте диету и физкультурную группу для ребенка.
4. Назначьте группу для закаливания, подберите мебель, дайте рекомендации по поводу миопии.

5. Когда планируется следующая вакцинация?

Задача № 73

Вася П., 2 года 6 месяцев. Посещает д/ясли с 1,5 лет, осмотрен врачом ДДУ с профилактической целью для написания эпикриза. Антропометрия: Психометрия: Масса – 14 кг Кд. – 2г.6м. Длина тела – 91 см Ра. – 2г.6м. Огр. – 52 см Н. - 2г.6м. Огол. – 50 см Ср. – 2г.6м. Зубы – 20 До. – 2г.6м. И. – 2г.6м. Объективно: общее состояние ребенка удовлетворительное, t = 36,6 0

1. Оцените физическое и НПР развитие ребенка. С, активен. Сон спокойный. Appetit не нарушен. Тургор тканей удовлетворительный. Нарушение осанки по типу сколиотической. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Слизистая полости рта розовая. В легких дыхание пуэрильное, ЧД 28 в мин. Тоны ясные, ритмичные, ЧСС 120 в мин. Живот мягкий, доступный пальпации. Мочевыделение не нарушено. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Наблюдался у невролога с диагнозом: ПЭП, синдром нервно-рефлекторной возбудимости. Диагноз снят. Осмотрен следующими специалистами: невропатолог (в 2г.2 мес.): снят с учета. Здоров. Вакцинация: в 2 года 3 месяца «Пневмо –23», реакции на прививку не было.

2. Поставьте диагноз. Определите группу здоровья.

3. Назначьте режим и диету для ребенка.

4. Дайте рекомендации для родителей и педагогов.

5. Распишите план профилактических прививок в ДДУ до 7 лет включительно для данного ребенка.

Задача №74

Мальчик 13 лет, обучается в 7 классе школы, осмотрен медицинской сестрой перед проф. осмотром. Получены следующие данные: масса тела 41 кг, рост 148 см., половая формула $Ax1P1$

1. Оцените физическое развитие мальчика. . Проба Штанге 62 сек., проба Генча 25 сек. АД 110/60 мм. рт. ст., ортостатическая проба: ЧСС лежа 74 в мин., ЧСС стоя 86 ударов в мин.

2. Оцените степень полового развития и соответствие биологического возраста паспортному.

3. Оцените показатели функционального состояния организма ребенка.

4. Какие врачебные скрининг-тесты необходимо провести ребенку?

5. Необходима ли проф. ориентация ребенку, кто и как ее проводит?

Задача № 75

Вы врач детского дошкольного учреждения. Четырехлетний мальчик А., посещает детский сад в течение 2-х месяцев. Со слов матери ребенок стал раздражительным, обидчивым, сон беспокойным, трудно засыпает, периодические подергивания верхнего века, снижен аппетит. За это время ребенок 2 раза переболел ОРВИ, появились жалобы на боли в животе, не связанные с приемом пищи; заметно похудел. Из анамнеза известно, что мальчик от молодых, здоровых родителей. Развивался соответственно возрасту. На 1-м году жизни наблюдался невропатологом по поводу перинатальной энцефалопатии, в дальнейшем - частые острые респираторные заболевания. В группе детского сада конфликтен с детьми, наблюдается двигательная расторможенность. При общении с взрослыми легко вступает в контакт; однако рассеян, с трудом удерживает внимание, эмоционально лабилен. При осмотре: рост 104 см, масса 14 кг. Гиперестезия кожных покровов, белый дермографизм. Слизистые оболочки чистые. Гипертрофия небных миндалин II степени, затруднение носового дыхания. Дыхание пуэрильное,

хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС - 128 ударов в мин., АД - 95/60 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренная болезненность без четкой локализации. Печень +1 см, селезенка не увеличена.

1. Определить к какой группе здоровья можно отнести данного ребенка. Оценить физическое развитие.
2. Определите степень тяжести адаптации. Какие диагностические критерии адаптации вы знаете? Что означает понятие адаптации?
3. Консультации каких специалистов необходимы?
4. Как необходимо было подготовить данного ребенка в ДДУ?
5. Оцените возможность проведения профилактических прививок в период адаптации.

Задача № 76

Девочка Н., 6 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 у девочки повысилась температура до 37,5°C, появился кашель и заложенность носа. Участковый педиатр диагностировал ОРВИ легкой степени тяжести и назначил симптоматическую терапию. На 6-й день девочка выписана в детский сад. На 12-й день после прививки вновь повысилась температура до 38,5°C, появились заложенность носа, покашливание, боли в горле и зудящая сыпь. При осмотре на дому: умеренно выраженные симптомы интоксикации, легкая гиперемия конъюнктивы. На неизменном фоне кожи лица, туловища и конечностей – не сливающаяся пятнисто-папулезная сыпь. На месте введения вакцины уплотнение до 1 см в диаметре. Рот открывает свободно, отмечается умеренно выраженная гиперемия ротоглотки. Миндалины не увеличены. Физикально со стороны легких и сердца без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см.

1. Ваш диагноз?
2. Показана ли данному ребенку госпитализация? Следует ли подать экстренное извещение?
3. Какие вакцинные препараты используются для иммунизации против кори?
4. Дайте клиническое описание «привитой кори»
5. Какие другие виды иммунобиологических препаратов можно вводить ребенку одновременно с коревой вакциной?

Задача № 77

Вызов бригады «Скорой помощи» в детский сад. У девочки 4 лет среди полного здоровья во время обеда внезапно появился сухой, навязчивый кашель и одышка. Из анамнеза известно, что ребенок никакими бронхолегочными заболеваниями не страдает. На момент осмотра: ребенок в сознании, беспокойный, вдох резко затруднен. Над легкими перкуторный звук не изменен. Дыхание поверхностное, равномерно проводится с обеих сторон. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС - 100 ударов в мин., АД - 95/55 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Во время осмотра состояние девочки резко ухудшилось, вдох стал прерывистым, судорожным, быстро нарастает цианоз.

1. Диагноз?
2. Неотложные мероприятия на догоспитальном этапе.

3. Дальнейшая тактика. Условия транспортировки.
4. Какие первичные неотложные мероприятия используются у детей с учетом возраста?
5. Какие ошибки возможны при оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе?

Задача № 78

Мать с девочкой 4,5 месяцев пришла на прием к участковому педиатру с жалобами на ухудшение аппетита, неустойчивый стул, периодическую рвоту, беспокойство. Наследственность не отягощена. Ребенок от 1-й, нормально протекавшей беременности. Роды срочные, физиологичные. Родилась с массой 3200 гр., длиной тела 54 см. На естественном вскармливании до 3 месяцев. Острыми инфекционными заболеваниями не болела. Поликлинику посещает ежемесячно. Осмотрена ортопедом, невропатологом, окулистом в 1 месяц, патологии не выявлено. Прибавка в массе за 1-й месяц - 700 гр., 2-й месяц - 850 гр., 3-й месяц - 800 гр. На приеме в 3 месяца врач отметил начальные признаки рахита и назначил витамин D, не указав дозу. Мать давала витамин D2

1. Диагноз? без строгого отсчета капель, за прошедший период девочка получила целый флакон препарата. При осмотре: состояние ребенка средней тяжести. Лицо осунувшееся, периорбитальный цианоз. Рефлексы и мышечный тонус снижены. Во время осмотра у ребенка 2 раза возникала рвота. Пьет охотно. Масса тела 5300 г, длина - 62 см. Кожа сухая, бледная с сероватым оттенком, эластичность снижена. Гиперемия конъюнктивы век и глазного яблока. Тургор тканей снижен. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 136 ударов в мин., АД - 96/50 мм рт.ст. Живот мягкий. Печень +3 см, плотноватой консистенции, селезенка у края реберной дуги. Мочеиспускания учащенные, безболезненные. Проба Сулковича положительная (+++).

2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Показана ли госпитализация? Нуждается ли ребенок в лечении?
4. Какие побочные эффекты вызывает повышенное потребление витамина D2
5. Были ли допущены участковым педиатром ошибки в ведении этого ребенка? ? Возможные последствия для здоровья данного ребенка?

Задача № 79

Мальчик О., 11 лет обратился к участковому педиатру с жалобами на повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость.

Из анамнеза известно, что родители и родная сестра мальчика страдают избыточным весом. В семье много употребляют сладкого, жирного, мучных изделий. Ребенок от 2-й беременности, 2-е роды в срок, без патологии. Масса тела при рождении 4000 г, длина 52 см. Мальчик учится в общеобразовательной школе, успеваемость хорошая, от уроков физической культуры освобожден. Ведет малоподвижный образ жизни, много времени проводит за компьютером. Объективно: рост 142 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы обычной окраски, подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением на груди и животе. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС - 95 уд/мин, дыхание - 19 в 1 минуту. АД 110/70 мм рт.ст. По другим внутренним органам патологии не выявлено. Физиологические отправления сохранены.

1. Оцените физическое развитие ребенка. О каком диагнозе нужно думать?
2. Какова возможная причина развития данной патологии?

3. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза? Нуждается ли ребенок в госпитализации?
4. В какую группу риска по развитию заболевания относится этот ребенок? Перечислите возможные осложнения
5. Составьте план диспансерного наблюдения. Нуждается ли ребенок в освобождении от уроков физкультуры?

Задача № 80

На приеме у педиатра девочка Т., 13 лет. Два дня назад была выписана из стационара, где получала лечение по поводу ИМВП. Заболела впервые. Заболеванию предшествовало переохлаждение. Состояние при выписке удовлетворительное. Из анамнеза: ребенок от 1-й беременности, протекавшей с нефропатией во 2-й половине, роды в срок. Масса тела при рождении 3500 гр., период новорожденности без особенностей, росла и развивалась соответственно возрасту. ОРВИ болела 2-3 раза в год, ветряной оспой, кишечной инфекцией. Генетический анамнез не отягощён. В школе учится хорошо, однако в течение последнего года успеваемость снизилась. Девочка стала раздражительной, апатичной. Menses нерегулярные с 12 лет, 5-7 дней, обильные. При осмотре: состояние удовлетворительное. Интеллект сохранен. Питание удовлетворительное. Масса тела 39 кг, длина тела – 141 см. Формула полового развития МаЗР2Ах2Ме

1. Оцените физическое и половое развитие ребенка
3. Кожа бледная, сухая, чистая. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, мягкий систолический шум с р.maximum на верхушке. ЧСС - 75 ударов в мин., АД - 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка - у края реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча светлая (со слов девочки). Стул оформленный, ежедневно.
2. С какими специалистами необходимо проконсультировать ребенка
3. Проведите профессиональную ориентацию девочки по выбору будущей профессии?
4. Определите группу по физическому воспитанию
5. Составьте план диспансерного наблюдения.

ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Задача № 81

Ребенок 4 лет заболел остро с повышения температуры тела до 38,50С, недомогания, снижения аппетита, повторной рвоты, болей в горле при глотании, появления сыпи на лице, туловище и конечностях. «Скорой помощью» ребенок был доставлен в стационар. При осмотре в приемном покое: состояние больного средней степени тяжести, температура тела - 39,00С, жалуется на головную боль и боль в горле. На щеках яркий румянец, при этом носогубный треугольник бледный. Кожные покровы сухие, гиперемированы, на туловище, сгибательных поверхностях конечностей обильная мелкоточечная сыпь. Слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание через нос свободное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия до 140 уд\мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочится свободно. Стул оформленный. St. localis: тонзиллярные лимфатические узлы до 1 см в диаметре, безболезненны. Рот открывает свободно. Отека в зеве и на шее нет. В ротоглотке яркая отграниченная гиперемия, энантема на мягком небе, миндалины II ст., по лакунам островчатые наложения, бело – желтого цвета, легко снимаются, растираются шпателем. Клинический анализ крови: Нб - 125 г\л, Эр - 3,4 x 10¹² \л, Лейк - 13,5x 10⁹

1. Поставьте клинический диагноз. \л; э- 3%, п\я-10%, с\я- 65%, л- 17%, м-5%, СОЭ- 25 мм\час. Общий анализ мочи: без патологии. В посевах слизи из ротоглотки обнаружен рост гемолитического стрептококка группы А.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Проведите дифференциальный диагноз с иерсиниозом.
4. Назначьте лечение.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий дома и в детском коллективе (ребенок посещает детский сад).

Задача № 82

У ребенка 5 лет, находившегося в хирургическом отделении по поводу ожога II степени мягких тканей правого бедра, на 5-й день болезни повысилась температура до 38,0 °С, ухудшилось общее состояние и появилась сыпь. При объективном осмотре: состояние ребенка средней степени тяжести, самочувствие нарушено, вяловат, капризен. На туловище и конечностях на гиперемированном фоне мелкоточечная сыпь, больше на внутренних поверхностях и с преимущественной локализацией вокруг ожога. Увеличены паховые лимфатические узлы справа. Катаральных явлений нет, зев спокоен, язык обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 140 уд\мин, АД - 110/60 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Менингеальных знаков нет.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Объясните механизм развития заболевания.
3. Где должен лечиться больной?
4. Лечебная тактика.
5. С каким заболеванием следует дифференцировать атипичную форму скарлатины?

Задача № 83

Игорь, 10 лет, семь дней назад вернулся из деревни, где проводил зимние каникулы, там ел салат из свежей капусты, хранившейся в подвале. Заболел остро с повышения температуры до 38 – 38,5°C в течение 6 дней, снижения аппетита, слабости, появления катаральных явлений (насморк, першение в горле). С первого дня болезни беспокоили сильные боли в правой подвздошной и околопупочной области, повторная рвота, кашицеобразный стул до 6-8 раз в сутки с примесью слизи в течение 4-х дней. Врач «скорой помощи» обнаружил симптомы раздражения брюшины и госпитализировал ребенка в хирургическое отделение, где диагноз острого аппендицита был снят и мальчик был переведен в инфекционное отделение с диагнозом: «Кишечная инфекция. ОРВИ». В последующие дни, появилась легкая иктеричность склер и кожи, темная моча, увеличение печени и селезенки. Возникло подозрение на вирусный гепатит. В биохимическом анализе крови: билирубин общий - 36 мкмоль/л, конъюгированный – 26 мкмоль/л, АлАТ- 600 ед., маркеры вирусных гепатитов не обнаружены. В общем анализе крови: Нв - 133 г/л. Эр. - $4,0 \times 10^{12}$

1. Поставьте развернутый клинический диагноз. /л, ЦП - 0,9, Лейк.- $14,0 \times 10^9$. п/я - 10%, с/я - 45%, юз - 10%. л/ф - 20%. мон - 15%, СОЭ - 25 мм/ч
2. На основании, каких патогномоничных признаков поставлен диагноз?
3. Какие следует провести дополнительные исследования для подтверждения диагноза?
4. Перечислите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать иерсиниозную инфекцию у данного больного.
5. Какие противоэпидемические мероприятия в очаге иерсиниозной инфекции необходимо проводить?

Задача № 84

Больной М., 5 лет, заболел остро с повышения температуры тела до 38,0°, появления двукратной рвоты, жидкого стула со слизью до 4 раз в день. Участковым педиатром диагностирована кишечная инфекция, назначено лечение.

В течение 2 дней состояние ребенка не улучшалось, температура тела повысилась до 38,7°, стул сохранялся жидким до 3 раз в сутки, появились боли в суставах, мелкоточечная сыпь на туловище и вокруг суставов. Ребенок повторно был осмотрен участковым врачом и направлен в инфекционный стационар. При поступлении (на 3-й день болезни) состояние больного средней степени тяжести, температура тела 37,8° С. В зеве умеренная разлитая гиперемия, бугристость задней стенки глотки. Язык обложен налетом, влажный. Пальпируются увеличенные шейные и тонзиллярные лимфатические узлы. На коже в области живота, в подмышечных и паховых складках, вокруг коленных и локтевых суставов обильная, яркая мелкоточечная сыпь. Ладони отечны и гиперемированы. в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, болезненный при пальпации в околопупочной и правой подвздошной области. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка не пальпируется. Мочится свободно. Стул 2 раза в сутки, жидкий, с небольшим количеством слизи. РНГА с кишечной иерсиниозной инфекцией на 3-й и 10-й день болезни (-); РНГА с псевдотуберкулезной инфекцией (+) в разведении 1:50 (3-й день болезни) и 1:200 (10-й день). Результаты 3-кратного бактериологического исследования кала на шигеллы. сальмонеллы. УПФ, иерсинии (-).

1. Поставьте окончательный клинический диагноз.
2. Обоснование диагноза.

3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Назначьте лечение больному.
5. Назовите критерии выписки из стационара.

Задача № 85

Ребенок 4 лет заболел остро, поднялась температура до 37,8 °С, появился кашель, насморк. В течение 2 дней температура держалась на субфебрильных цифрах, самочувствие больного страдало незначительно. На 4-й день болезни появилась сыпь на лице. Был вызван участковый врач. При осмотре: состояние ребенка средней степени тяжести, температура 38,0 °С, лицо пастозное, катаральный конъюнктивит, светобоязнь, из носа слизистое отделяемое, кашель сухой. В зеве умеренная разлитая гиперемия, мягкое и твердое небо неравномерно-пятнистое. Слизистые щек и десен шероховатые, гиперемированы, с белыми мелкими пятнышками в области малых коренных зубов. На лице, шее, груди красная пятнисто-папулезная сыпь. На лице сыпь имеет тенденцию к слиянию. Другой патологии не найдено. В детском саду карантина нет. В семье еще есть ребенок 2 лет. Вакцинация против инфекционных заболеваний ему не проводилась, несмотря на отсутствие противопоказаний. Ясли не посещает.

1. Поставьте клинический диагноз с указанием периода болезни.
2. Обоснование диагноза.
3. Назначьте лечение больному.
4. С какими заболеваниями будете проводить дифференциальный диагноз?
5. Профилактические мероприятия в детском саду и семье.

Задача № 86

У ребенка 5 лет на фоне температуры 37,3° и легких катаральных явлений появилась сыпь на всех участках тела. На дом вызван участковый врач. При осмотре: состояние больного ближе к удовлетворительному, температура 37,3°, имеется небольшая заложенность носа, увеличены затылочные, заднешейные лимфатические узлы. На неизменном фоне кожи лица, туловища, конечностей мелкая пятнистая сыпь со сгущением на разгибательных поверхностях рук, спине и ягодицах. Слизистая ротоглотки слабо гиперемирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 96 ударов в минуту. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных знаков нет. Физиологические отправления не нарушены.

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз?
3. Назовите специфические методы диагностики данного заболевания.
4. Распишите лечение больному.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге заболевания.

Задача № 87

Ребенок 5 лет, заболел остро во второй половине дня в детском саду с повышением температуры до 37,8°С, отказался от еды, на коже выявлены элементы пятнисто-папулезной сыпи. С диагнозом: "Корь" отправлен домой. На второй день болезни участковый педиатр диагноз кори снял, т.к. на коже были выявлены элементы везикулезной сыпи. Самочувствие больного на-

рушено незначительно, ребенок оставлен дома. Дома температура повышалась до 38,5°C, новые высыпания появлялись еще в течение 3 дней, обильные, были отмечены единичные элементы сыпи на слизистой полости рта.

1. Поставьте клинический диагноз и приведите его обоснование.
2. Назначьте обследование.
3. Назначьте лечение.
4. Составьте план проведения противоэпидемических мероприятий в детском саду.
5. Существует ли специфическая профилактика данного заболевания. Если да, то назовите препараты для вакцинации.

Задача № 88

Ребенок 2 дней жизни поступил в инфекционный стационар по поводу везикулезной сыпи. Ребенок от I беременности. Роды на 38-й неделе беременности, масса тела при рождении 2 850 г, длина 49 см. Матери ребенка 18 лет. Беременность протекала с угрозой выкидыша в I половине. За 17 дней до рождения ребенка мать перенесла типичную форму ветряной оспы средней степени тяжести (последние элементы сыпи отмечались за 12 дней до родов). С момента рождения у ребенка выявлена необильная папулезно-везикулезная сыпь на голове, руках, ягодицах, животе. При поступлении общее состояние новорожденного удовлетворительное. На коже волосистой части головы, туловища, конечностей, ягодиц необильная папулезно-везикулезная сыпь, располагающаяся на неизменном фоне кожи. Везикулы однокамерные, с серозным содержимым, окружены венчиком гиперемии. Слизистые оболочки розовые, чистые. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,0 см, селезенка не пальпируется. Новые элементы появлялись в течение 2 дней, в последующем подсыхали с образованием корочек. На 8-й день после рождения корочки отпали. Температура тела в течение всего времени оставалась нормальной. Клинических признаков поражения нервной системы не было. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии на 9-й день жизни.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Назначьте лечение.
4. Назовите показания для госпитализации больных с данной патологией.
5. Противоэпидемические мероприятия в роддоме.

Задача № 89

Ребенок 10 месяцев, болен в течение 3-х дней: вяловат, капризен, снижен аппетит, отмечается подъем температуры до 38,5-39,0°C, беспокоит влажный кашель, обильное отделяемое из носа. Осмотрен участковым врачом, направлен на госпитализацию в стационар. При поступлении в стационар: состояние средней тяжести, температура 38,5 0C, отмечается отечность век, гиперемия конъюнктив. На нижнем веке справа белая пленка, снимающаяся свободно, поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены до 1-2 см, безболезненные, эластичные. В зеве умеренная разлитая гиперемия, миндалины I степени, задняя стенка глотки гиперемирована, отечна, бугристая. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное отделяемое из носа слизисто-гнойного характера. В легких жесткое дыхание, выслушиваются проводные хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС-120/1. Печень +3,0 см, селезенка +1,5

см. Мочится свободно, стул оформленный. Клинический анализ крови: Нв - 133 г/л, Эр - 4,3 x 10¹² /л, ц.п. - 0,93, Лейк - 10x 10⁹

На рентгенограмме органов грудной клетки: легочный рисунок усилен, легочные поля без очаговых и инфильтративных теней, корни /л; п/я-3%, с/я- 38%, б-1%, э-2%, л-51%, м-4%, СОЭ- 4 мм/час. Реакция иммунофлюоресценции: Парагрипп (-), грипп (-), РС (-), аденовир.(+) структурны, срединная тень без особенностей, диафрагма четкая, синусы дифференцируются.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Проведите дифференциальный диагноз с дифтерией глаза.
4. Назначьте лечение.
5. Когда ребенок может быть выписан из стационара?

Задача № 90

Ребенок 10 лет заболел остро 1 февраля с повышением температуры до 39,0

1. Поставьте клинический диагноз. С, головной боли, болей в мышцах. На второй день температура повысилась до 40С, появились озноб, тошнота, рвота после приема лекарств. Вызвана «скорая помощь», ребенок госпитализирован в стационар. Состояние ближе к тяжелому, вялый, адинамичный. Кожа бледная, в области плеч редкие петехиально - геморрагические элементы сыпи, отмечается инъекция сосудов склер. Пальпируются заднешейные и тонзиллярные лимфоузлы до 0,5 см в диаметре. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Умеренная тахикардия. Живот мягкий, печень не увеличена. Стула не было. При осмотре ротоглотки: яркая разлитая гиперемия, точечные кровоизлияния на мягком небе, зернистость на дужках, бугристость, сухость задней стенки глотки. Менингеальные знаки отрицательные. Известно, что в школе, которую посещает ребенок, зарегистрированы случаи гриппа.

2. Обоснование диагноза.
3. Назначьте обследование
4. Лечение
5. Какое профилактическое мероприятие могло бы предотвратить данное заболевание?

Задача № 91

Ребенок 10 месяцев, заболел остро ночью с подъема температуры тела до 38,50С, появления "лающего" кашля, осиплости голоса, слизистого отделяемого из полости носа, затрудненного дыхания, беспокойства. Машиной «скорой помощи» ребенок был доставлен в стационар. При поступлении: состояние тяжелое, выражена одышка (ЧД - 60 в мин) инспираторного характера с участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры грудной клетки, западением яремной ямки и эпигастрия. Отмечается периоральный цианоз, цианоз кончиков пальцев, "мраморный" рисунок кожи. Голос осиплый. Зев гиперемирован. Кашель грубый, лающий. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичны, ЧСС – 130/1, выпадение пульсовой волны на вдохе. В легких дыхание жесткое, проводится по всем легочным полям. Вирусологическое исследование мазка из носоглотки в реакции иммунофлюоресценции: парагрипп (+) , грипп (-), РСВ (-), Аденовирусы (-)

Клинический анализ крови: Нв - 130 г/л, Эр - 3,5 x 10¹² /л, ц.п. - 0,89, Лейк - 8,3x 10⁹

1. Поставьте клинический диагноз. /л; п/я-3%, с/я- 41%, э-2%, л-45%, м-9%, СОЭ- 10 мм/час.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Окажите помощь на догоспитальном этапе.
5. Где следует лечить больного?

Задача № 92

Ребенок, 1г, заболел дома вечером с повышением температура до 37,5°, появления насморка, подкашливания. Ночью ребенок проснулся с громким криком, появилось затрудненное шумное дыхание, которое выслушивалось на расстоянии 1 метра, голос осиплый, кашель грубый «каркающий». Мальчик беспокоился, метался в кроватке. Родители вызвали скорую помощь, которая доставила больного в стационар. При поступлении состояние тяжелое. Ребенок занимает вынужденное положение на руках у матери, беспокоен, тревожный взгляд. Дыхание шумное в покое, слышно на расстоянии 2 м, затруднены вдох и выдох, затруднение усиливается при беспокойстве, отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки (яремной ямки, над- и подключичных ямок, межреберных промежутков). Кожа бледная, влажная, цианоз носогубного треугольника. В ротоглотке умеренно выраженная гиперемия миндалин, дужек, язычка, зернистость мягкого неба, миндалины I ст., наложений нет. Перкуторно над легкими коробочный звук. При аускультации - дыхание жесткое, проводится по всем легочным полям, выслушиваются множественные сухие и влажные средне- и крупнопузырчатые хрипы, ЧД – 50 в минуту. Сердечные тоны ритмичны, приглушены, тахикардия до 140 в минуту. Кашель редкий, грубый, болезненный. Голос сиплый. Живот мягкий. Физиологические отправления не нарушены.

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Какое обследование необходимо назначить данному ребенку?
3. Окажите неотложную помощь на догоспитальном этапе.
4. Назначьте лечение в стационаре
5. Назовите показания для перевода больного в реанимационное отделение

Задача № 93

У не привитого ребенка 6 месяцев заболевание началось 2 недели назад с появления сухого кашля, незначительной заложенности носа с серозным отделяемым, повышения температуры тела до 37,30, легкий насморк. Ребенок был осмотрен участковым врачом, выставлен диагноз: ОРВИ, легкая форма, назначено амбулаторное лечение. Эффекта от проводимой терапии не наблюдалось. Через неделю мама заметила, что кашель принял приступообразный характер, приступ заканчивался отхождением вязкой мокроты и рвотой. Повторно был вызван участковый врач, ребенок направлен в инфекционный стационар. При осмотре в стационаре ребенок капризный, бледный, лицо и веки пастозные. Увеличены шейные лимфатические узлы. Носом дышит свободно. В зеве умеренная разлитая гиперемия. Легочный звук с коробочным оттенком над всеми полями легкого, выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. Число приступов кашля до 28 в сутки, приступы кашля сопровождаются репризами, рвота в течение суток 3-4 раза. Отмечалась задержка дыхания до 15 – 20 секунд. Сердечные тоны ритмичные, умеренная тахикардия (110 в минуту). Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочевыделение свободное, безболезненное. Стул густой.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Приведите обоснование диагноза.
3. В каком обследовании нуждается ребенок?
4. Назначьте лечение.
5. Как будете дальше прививать ребенка?

Задача № 94

Ребенку 4 года, болен в течение 2-х недель. Заболевание началось с покашливания, постепенно кашель усиливался, стал мучительным, навязчивым, а через неделю - приступообразным. Температура не повышалась. Во время приступа кашля лицо краснеет, вены лица и шеи набухают. Приступы кашля заканчиваются отхождением вязкой мокроты. Количество приступов за сутки до 10. При осмотре больного: в межприступный период состояние не изменено, отмечается незначительная одутловатость лица, перкуторно - над легкими коробочный оттенок звука, при аускультации - жесткое дыхание. Другой патологии не выявлено. Ребенок привит АКДС – вакциной – однократно в 3 мес, после чего отмечалась выраженная аллергическая реакция (сыпь, гипертермия) и в дальнейшем ребенок прививался АДС-М анатоксином. Дома в течение месяца кашляет старший брат больного.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Приведите его обоснование.
3. Какие результаты лабораторного обследования подтвердят диагноз.
4. Где будете лечить ребенка? Назначьте лечение.
5. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача № 95

Ребенок 7 лет, прибыл с родителями в Красноярск из Таджикистана 4 месяца назад. Заболел остро с озноба и повышения температуры до 39°, температура держалась 6 часов, затем нормализовалась. Снижение температуры сопровождалось обильным потоотделением. В течение двух дней температура была нормальной, самочувствие не страдало, а на третий день в первой половине дня вновь отмечался озноб, подъем температуры до 39,2°. Была вызвана скорая помощь и ребенок госпитализирован в инфекционный стационар. Состояние при поступлении средней степени тяжести, температура 37,8°, кожные покровы с желтоватым оттенком, повышено потоотделение. Отмечается краевая иктеричность склер, катаральный конъюнктивит, склерит. Дыхание через нос свободное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, учащены до 132 в минуту, систолический шум на верхушке. Зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный. Печень: 1/3-2-1,5 см., селезенка на 3 см выступает из-под края ребра. Цвет мочи и кала не изменен. Сознание ясное, менингеальных знаков нет.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назначьте необходимое обследование.
3. Назначьте специфическое лечение.
4. Распишите план контрольного обследования больного.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге заболевания.

Задача № 96

В поликлинику на прием к врачу в пятницу привели ребенка 3 лет на 2-й день болезни. Общее состояние больного ближе к удовлетворительному, температура 38,0 °С, аппетит сохранен. Нос, кожа чистые. В ротоглотке: миндалины умеренно гиперемированы, немного отечные, справа на верхнем полюсе отмечено единичное наложение, желтоватого цвета, «-» ткань, рыхлое. Тонзиллярные лимфатические узлы до 1 см, безболезненны. Внутренние органы без особенностей. Ребенок полностью привит против дифтерии.

1. Поставьте диагноз.
2. Приведите обоснование диагноза.
3. Какова тактика ведения больного с данной патологией?
4. Назначьте лечение.
5. Как оформите диагноз и поступите с больным, если через 3 дня придет ответ из лаборатории – из зева и носа выделена ТКБД mitis?

Задача № 97

Девочка 8 лет обратилась к участковому врачу с жалобами на боль в горле при глотании и повышение температура тела до 37,5о. Участковый врач диагностировал лакунарный тонзиллит, взял мазок на коринебактерии дифтерии, назначил лечение (полоскание горла раствором фурацилина, ампициллин по 200тыс. 4 раза в сутки внутрь). Наложения на миндалинах сохранялись в течение недели в виде островков, довольно легко снимались шпателем, но не полностью растирались между предметными стеклами. Температура тела снизилась до нормальных цифр. Из прививочного анамнеза известно, что в 3 месяца девочка была привита против дифтерии АКДС – вакциной. Сразу после вакцинации отмечался пронзительный крик в течение нескольких часов. Вторую вакцинацию ребенок получил в 5 месяцев АКДС –М анатоксином, первую ревакцинацию - в 1 год 6 месяцев – АДСМ анатоксином. В 7 лет ревакцинация не проводилась. В посевах слизи из зева и носа выделена коринебактерия дифтерии митис токсигенная. Общий анализ крови: Нв - 156 г/л, Эр – 5,1 x 10¹² /л, Ц.п. – 1,0, Лейк – 9,6x 10⁹

1. Поставьте диагноз. /л; п/я-4%, с/я- 65%, б – 1% л- %, м-12%, СОЭ- 16 мм/час
2. Дайте характеристику возбудителя.
3. Объясните патогенез заболевания.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Назначьте лечение

Задача № 98

Ребенок 6 лет, накануне было переохлаждение. Заболел остро с повышением температуры до 38,50С, появились боли в горле при глотании. Температура повысилась до 38,50-390 и сохранялась весь последующий день. Лечились самостоятельно (полоскание горла отваром ромашки, парацетамол), эффекта не наблюдалось. На третий день был вызван участковый врач. При осмотре: ребенок вялый, адинамичный, аппетит снижен, 37,80

1. 1.Поставьте диагноз. С, румянец на щеках, увеличены тонзиллярные лимфоузлы до 1 см в диаметре, отек подкожной шейной клетчатки нет. В зеве яркая разлитая гиперемия, миндалины I-II степени, по лакунам желто-зеленоватого цвета наложения, рыхлые, "- +" ткань, легко

снимаются шпателем, тонут в воде; справа на миндалине на верхнем полюсе поверхностный некроз до 0,5 см в диаметре, отека в зеве нет. По органам без особенностей.

2. 2.Приведите его обоснование.

3. 3.Ваша тактика ведения больного.

4. 4.Что нужно выяснить из анамнеза для грамотного оформления направления в стационар?

5. 5.Какие обследования и консультации необходимо провести в стационаре для постановки окончательного диагноза?

Задача № 99

Ребенок 11 лет, возвратился из туристической поездки. Вечером повысилась температура до 37,8°C, стал жаловаться на головную боль. На следующий день температура 38-38,5°C, осмотрен участковым врачом. При осмотре: ребенок вяловат, снижен аппетит, температура до 38,3°C. Кожные покровы бледные, чистые, сыпи нет. Катаральной симптоматики нет. По внутренним органам без патологии.

St. localis: тонзиллярные лимфоузлы до 0,7-1 см, безболезненные. Рот открывает свободно. Отмечается небольшая отечность слизистой ротоглотки, в зеве умеренная гиперемия, налеты на обеих миндалинах, располагаются "+" ткань, серого цвета, грубые, плотные, не снимаются шпателем, не растираются, сплошь покрывают ткань миндалин. Отека подкожной шейной клетчатки нет. Из анамнеза известно, что ребенок часто болеет ОРВИ, АКДС привит однократно в 3 мес, после чего отмечалась высокая температура и пронзительный крик. Мать отказалась от дальнейших вакцинаций. В поездке был в контакте с больным ангиной.

1. Поставьте клинический диагноз.

2. Приведите обоснование диагноза.

3. Где и как будете лечить больного?

4. Назначьте полное обследование.

5. Укажите возможный источник инфицирования.

Задача № 100

Ребенку 7 лет. Страдает нейродермитом, повторными ОРВИ, ангинами. Заболел остро с повышения температуры до 38,50 -39,0 С, выраженной боли в горле, головной боли, рвоты, слабости. К врачу обратились на 2 день болезни При осмотре выявлена яркая гиперемия слизистой ротоглотки, миндалины II степени, покрыты толстыми серыми пленками, сплошь покрывающими миндалины, располагаются «+» ткань. Тонзиллярные лимфатические узлы до 2 см. Предложено лечение в стационаре. Но родители отказались от госпитализации. На следующий день (3 день болезни) состояние еще более ухудшилось, больной госпитализирован. Состояние тяжелое, бледен, была двукратная рвота, температура 37,20

1. Укажите, были ли изначально показания для госпитализации этого больного. С. Гиперемия слизистой ротоглотки застойная, миндалины III степени, покрыты сплошными, серого цвета налетами, переходящими на дужки, мягкое небо, не снимаются. Отек слизистой ротоглотки выраженный. Тонзиллярные лимфоузлы до 4-5 см., плотные, болезненные. Отчетливо виден отек подкожной клетчатки до середины шеи справа и до ключицы - слева. Тоны сердца приглушены. Другой патологии не выявлено.

2. Поставьте клинический диагноз.

3. Обоснуйте диагноз
4. Назначьте полное обследование в отделении
5. Назначьте специфическое и этиотропное лечение этому больному.

Задача № 101

У больного, проходящего лечение в инфекционном стационаре с диагнозом : Дифтерия ротоглотки токсическая III степени на 4 день лечения в стационаре получен высеv токсигенных коринебактерий дифтерии "гравис". С 6-7 дня болезни состояние больного ухудшилось: появился субфебрилитет, периодически отмечается повторная рвота, вялость, бледность, значительно приглушены тоны сердца, тахикардия, Ps – 118, снижено А/Д 80/45 мм.рт.ст., расширена на 1,5см левая граница сердца, увеличены размеры печени.

1. Поставьте окончательный клинический диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Назначьте дополнительное обследование и консультации.
4. Распишите лечение.
5. Каков прогноз у данного больного?

Задача № 102

Девочка 11 лет заболела остро с повышением температуры тела до 38,60 С, появления боли в горле при глотании. На 2-й день болезни госпитализирована с диагнозом: перитонзиллярный абсцесс. Из анамнеза жизни известно, что девочка привита двукратно против дифтерии АДС-М анатоксином в возрасте до 1 года. В последующем имела отвод в связи с тем, что был диагностирован эписиндром. При поступлении: состояние тяжелое, вялая, бледная, адинамичная. Голос сдавленный. Изо рта приторно сладковатый запах. Кожные покровы чистые. Отмечается отек подкожной жировой клетчатки шеи до ключиц. Зев резко отечен, миндалины смыкаются по средней линии, отек распространяется на дужки и мягкое небо. На миндалинах с обеих сторон сероватые плотные налеты, распространившиеся на небо и заднюю стенку глотки. Тоны сердца приглушены. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Мало мочится. Симптом XII ребра (-). Клинический анализ крови: Hb - 120 г\л, Эр - 3,50 x 10¹² \л, Лейк - 12,0x 10⁹

1. Поставьте клинический диагноз. \л; п\я-10%, с\я- 60%, л- 27%, м-3%, СОЭ- 15 мм\час. Общий анализ мочи: цвет - темный, удельный вес - 1021, белок - 0,063г\л, глюкоза - нет, лейкоциты -10-15 в п\з, эритро. измененные- 5-7 в п\з.
2. Проведите обоснование диагноза
3. Каков патогенез развития отека в области ротоглотки и шейной клетчатки?
4. Какие лабораторные исследования Вы назначите для уточнения этиологии заболевания?
5. Назначьте лечение.

Задача № 103

Девочке 6 лет, из многодетной семьи, документа на ребенка нет. Заболела с подъема температуры до 39С, жаловалась на боль в горле, головную боль. Обратились к врачу только на 5 день болезни. Немедленно ребенок был госпитализирован в стационар. Состояние при

поступлении очень тяжелое: резко бледен, мраморность на туловище, конечностях, ладони и стопы холодные. Симптом "белого пятна" 12 сек., АД 80/40 мм.рт.ст., дыхание затруднено, голос с носовым оттенком. В зеве выраженный отек, миндалины III степени, покрыты серыми плотными пластинами, которые не снимаются с миндалин и переходят на дужки и мягкое небо. Тонзиллярные лимфатические узлы увеличены, резко болезненны. Отек от подчелюстной области спускается ниже ключиц с обеих сторон. Тоны сердца глухие. Олигурия. Из носовых ходов торчат корки и пленки. На лице корочки и эрозивная поверхность. На 7 день болезни состояние еще более ухудшилось. Повторяется рвота, резчайшая тахикардия, вновь стало снижаться АД 70/40 мм.рт.ст., границы сердца расширены во все стороны, выслушиваются экстрасистолы, печень увеличилась до 3 см.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Назначьте обследование.
3. В каком отделении будете проводить лечение?
4. Лечение.
5. Следует ли прививать в дальнейшем ребенка от данного заболевания и как?

Задача № 104

Мальчик 5 лет заболел остро с подъема температуры до 39°, выраженных болей в горле, головной боли, озноба. Врач при осмотре находит яркую распространенную гиперемия в ротоглотке, миндалины II ст., наложения по лакунам желто-белого цвета, которые по краю легко снимаются и растираются. Тонзиллярные лимфоузлы до 1,5 см, болезненные. Другой патологии нет. Привит против дифтерии вакциной АКДС (в 2,5 года получил первичный иммунный комплекс). При активном наблюдении больного врач отмечает, что к 4 дню миндалины очистились от наложений, уменьшилась гиперемия слизистой ротоглотки, нормализовалась температура. Из лаборатории сообщили о выделении токсигенной коринебактерии дифтерии *gravis*. Больной направлен в стационар с диагнозом дифтерия ротоглотки. В отделении состояние удовлетворительное. Температура нормальная. В ротоглотке умеренная гиперемия слизистой, миндалины II ст., свободные от налетов и наложений. Тонзиллярные лимфоузлы до 1 см., мягкие, б/болезненные. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено. При изучении амбулаторной карты выяснено, что ребенок привит с соблюдением декретированных сроков. Имеет 1 гр.здоровья. При 3-кратном бак.обследовании в отделении - результат на токсигенные коринебактерии отрицательный, РПГА на 4 день болезни 1:40.

1. Поставьте окончательный клинический диагноз.
2. Приведите обоснование диагноза.
3. Тактика ведения больного в стационаре.
4. Укажите показания для госпитализации в стационар больных с острыми тонзиллитами.
5. Какие противоэпидемические мероприятия будете проводить в очаге?

Задача № 105

Ребенок 7 лет болен в течение нескольких дней: беспокоит заложенность носа, боли в горле при глотании, отмечается повышение температуры тела до 38,0 С. Участковым врачом был диагностирован лакунарный тонзиллит, назначен эритромицин. на фоне проводимой терапии сохранялась высокая температура, наложения на миндалинах, появилась припухлость в области шеи с обеих сторон. Участковым врачом направлена на госпитализацию в стационар с

подозрением на дифтерию ротоглотки. При поступлении : состояние средней степени тяжести, температура 38,50 С, лицо одутловатое, дыхание через нос затруднено, отделяемого нет, голос с носовым оттенком, краевая субъектеричность склер. В области шеи с обеих сторон, больше справа, видны на глаз увеличенные заднешейные и переднешейные лимфатические узлы, с отеком тканей вокруг них. Размеры других лимфоузлов (подмышечных, паховых) диаметром до 1 см. В ротоглотке - яркая разлитая гиперемия, миндалины II степени, на миндалинах сплошные наложения беловато-желтого цвета, (-) ткань, снимаются, растираются шпателем. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка выступают из-под ребра на 2,5 - 3 см. Моча насыщенная. Клинический анализ крови: Нв - 130 г\л, Эр - 3,8 x 10¹² \л, Ц.п - 0.89, Лейк - 10,0x 10⁹

1. Поставьте клинический диагноз. \л; п\я-8%, с\я-13%, э-1%, л- 40%, м-13%; атипичные мононуклеары -25%, СОЭ- 25 мм\час. Положительный результат на ДНК ВЭБ (ПЦР), в реакции ИФА обнаружены EBV – VCA (капсульный) IgM и EBV – EA (ранний) – IgG.
2. Приведите обоснование диагноза.
3. Какие лабораторные данные подтверждают диагноз?
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному?
5. Назначьте лечение.

Задача № 106

Дима К., 3г., заболел остро с повышением температуры до 38°С, которая плохо снижалась. На второй день болезни появилась боль в горле, затрудненное носовое дыхание, пастозность лица, припухлость в области боковых поверхностей шеи. На 3 день болезни доставлен в стационар с диагнозом: пленчато-некротическая ангина. При поступлении в стационар состояние средней степени тяжести. Лицо пастозное, дышит открытым ртом. В ротоглотке умеренная гиперемия, миндалины III ст., наложения (+) ткань. На верхнем полюсе правой миндалины некроз до 1 см в диаметре. Пальпируются множественные заднешейные лимфоузлы до 1,5 см, тонзиллярные до 1,5 см с умеренной пастозностью тканей над ними. Печень 1/3 x 2 x 4 см, селезенка +2,5 см из под края реберной дуги. В клиническом анализе крови: Нв 120 г/л, Л – 12,7 x 10⁹/л

1. Поставьте предварительный диагноз. , п\я-4, с\я-45, л-34, м-2, атипичные мононуклеары –17%, СОЭ 25мм/час.
2. Приведите обоснование диагноза.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
4. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
5. Какова длительность диспансерного наблюдения за данными больными?

Задача № 107

Ребенку 5 лет. Против дифтерии не привит, так как на I вакцинацию АКДС была реакция (t 39,5°С, судорожная готовность). Относится к группе ЧБД. Заболел 5 дней назад, повысилась температура до 38°С, которая сохраняется до настоящего времени, жалуется на боль в горле, затруднение носового дыхания. Вызвана «скорая помощь», госпитализирован с диагнозом: Лакунарный? Некротический? тонзиллит. При осмотре: состояние средней степени тяжести, вяловат, голос гнусавый, в ротоглотке – яркая распространенная гиперемия, зернистость слизистой, наложения по лакунам и (+) ткань желто-белого цвета, снимаются, растираются

шпателем. Увеличены тонзиллярные л/у 2х3 см, переднешейные и заднешейные в виде конгломерата 5х6 см с пастозностью вокруг. Живот вздут, печень 1/3х3х2 см, пальпируется край селезенки. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологии не выявлено. Менингеальных знаков нет. Температура нормализовалась к 10 дню болезни. Самочувствие улучшилось через 3 – 4 дня. Через 6 дней исчезли наложения, к 10 – 12 дню значительно уменьшились лимфатические узлы, размеры печени. В клиническом анализе крови: Нb 115 г/л, Л – 13,5 х 10⁹/л

1. Поставьте клинический диагноз. , п/я-7, с/я-14, л-50, м-10, атипичные мононуклеары – 19%, СОЭ 28мм/час.
2. Приведите обоснование диагноза.
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
4. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
5. Назначьте лечение.

Задача № 108

Ребенок 5 мес. в течение 7 дней лечится в детском соматическом отделении по поводу пневмонии. После наметившегося улучшения вновь повысилась температура до 38°, стал беспокойным, появилась отечность и гиперемия в области правого глаза, радужка стала более темной, чем слева. Увеличились лимфоузлы всех групп. Слизистая ротоглотки гиперемирована, разрыхлена, на дужке слева 2 везикулезных элемента. Печень на 2,5 см. выступает из-под края ребра. По остальным органам данные прежние.

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Назначьте обследование для уточнения диагноза и расшифровки этиологии.
3. Ваша тактика действий по отношению к ребенку?
4. Назначьте лечение.
5. Каков прогноз заболевания?

Задача № 109

Ребенку 8 лет, заболел 1 августа с повышением температуры до 38,7°, головной боли, повторной рвоты, болей в животе и мышцах спины. Вызвана скорая помощь, ребенок госпитализирован в инфекционный стационар. При осмотре: состояние средней тяжести, беспокоит головная боль, повторная рвота. Кожа бледная, сыпи нет. Явления катарального конъюнктивита, склерита. Пальпируются заднешейные, подмышечные и паховые лимфатические узлы до 1 см в диаметре. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс – 96 в минуту. Над легкими выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, болезненный. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Слизистая ротоглотки ярко гиперемирована, задняя стенка глотки бугристая, на дужках единичные элементы везикулезных высыпаний. Стул оформленный. Мочится достаточно. Сознание ясное. Выявлена ригидность мышц затылка на 1 см, положительный симптом Кернига слева под углом 160°, справа - 140°. Сухожильные рефлексы оживлены. ЧМН интактны. Параличей, парезов конечностей – нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Приведите его обоснование.

3. Назначьте необходимое обследование.
4. Распишите лечение больному.
5. План диспансерного наблюдения ребенка после выписки из стационара.

Задача № 110

Мальчик 13 лет, заболел остро с повышения температуры тела до 38,00С, появления припухлости в области околоушной железы справа, болей при жевании. Жаловался на боли в животе в области эпигастрия. Через 2 дня появилась припухлость и болезненность в области левой околоушной железы. Мать к врачу не обращалась, лечила ребенка домашними средствами, тепловыми компрессами. На 5-й день болезни стал жаловаться на боли в яичке и правом паху, боли усиливались при ходьбе. Госпитализирован. Состояние при поступлении средней степени тяжести, температура тела – 390С. Правое яичко увеличено в размере в 2 раза, плотное, болезненное, кожа над ним гиперемирована. Обе околоушные железы увеличены в размерах, слегка болезненны. Пальпация в области эпигастрия болезненна, беспокоит тошнота, периодически повторяющаяся рвота. По другим органам – без патологии. Клинический анализ крови: Нв – 140 г\л, Эр – $4,3 \times 10^{12}$ \л, Ц.п. – 0,95, Лейк – $8,2 \times 10^9$ \л; п\я-3%, с\я- 63%, л- 21%, м-12, плазматические клетки – 1%, СОЭ- 8 мм\час. Общий анализ мочи: удельный вес – 1020, белок – нет, глюкоза – нет, эритроц. – единицы, лейкоциты – 2 – 3 в п\з, В посевах слизи из ротоглотки: патогенная микрофлора не обнаружена.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие методы обследования необходимы для подтверждения этиологии заболевания?
3. Поражение каких других органов (систем) возможно при данном заболевании?
4. Назначьте лечение.
5. Какие меры профилактики необходимы в очаге заболевания?

Задача № 111

Ребенку 14 лет, заболел остро с подъема температуры до 38,5° и появления припухлости справа в околоушной области, через 2 дня появилась припухлость в левой околоушной области и в подчелюстных областях. Вызван участковый врач. Кроме указанной выше, другой патологии не выявлено. Назначено амбулаторное лечение. На 6 день болезни состояние ребенка ухудшилось: повысилась температура до 39,5 °, появились боли в животе, боль в области правого яичка, боли в животе, 4 раза повторилась рвота. При осмотре участковым врачом: состояние ребенка тяжелое, вялый, адинамичный, нарушен сон и аппетит, кожные покровы чистые, в околоушных и подчелюстных областях опухолевидные плотные безболезненные образования. Живот болезненный при пальпации в области эпигастрия. Стул разжиженный до 3 раз в сутки. Правое яичко увеличено в 3 раза, болезненное при пальпации. Менингеальных знаков нет.

1. Поставьте диагноз
2. Назначьте необходимое обследование и укажите ожидаемые результаты
3. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге заболевания
4. Каков прогноз заболевания и возможные последствия?
5. Какие меры профилактики могли бы предупредить развитие заболевания у ребенка?

Задача № 112

У ребенка 3 лет заболевание началось с повышения температуры до субфебрильных цифр, легких катаральных симптомов, двукратно разжиженного стула. На 4 день утром мальчик не смог встать на ноги. Был вызван участковый врач. При осмотре: выявлена гипотония в нижних конечностях, сухожильные рефлексy не вызываются. Направлен в стационар с диагнозом: ОВП.

При поступлении в стационар температура тела нормальная. Общее состояние тяжелое, ребенок бледен, выражена потливость, лабильность пульса. На ногах не стоит, сидеть без поддержки не может. Справа коленный рефлекс не вызывается, выраженная гипотония мускулатуры, нога без движения. Слева - коленный рефлекс снижен, сохранены легкие движения. Осмотрен неврологом, даны рекомендации по обследованию и лечению. Через 25 дней движения в правой ноге по-прежнему отсутствуют, в левой -восстанавливаются, коленный рефлекс справа не вызывается. Объем правой нижней конечности на 1-2 см меньше, чем слева. Движения в левой ноге восстанавливаются. Через 2 месяца движения в правой ноге по-прежнему отсутствуют, коленный рефлекс не вызывается, нога на 1,5 см тоньше, чем левая. При вирусологическом исследовании на полиомиелит обнаружен завезенный дикий вирус полиомиелита II типа. В РН титр антител к вирусу полиомиелита I типа при первом исследовании 1:128, а при втором исследовании – 1:128 В РН титр антител ко II серотипу вируса полиомиелита при первом исследовании 1:128, а при втором исследовании – 1:512 В РН титр антител к III серотипу вируса полиомиелита при первом исследовании 1:128, при втором исследовании – 1:128.

1. Поставьте окончательный клинический диагноз.
2. Приведите его обоснование.
3. Распишите лечение.
4. Какие противоэпидемические мероприятия будете проводить в очаге?
5. Рекомендации по диспансерному наблюдению.

Задача № 113

Мальчик, 6 мес., 25 октября получил первую вакцинацию АКДС (инъекция сделана в левую ягодицу) и первую вакцинацию против полиомиелита. До 6 мес. ребенок по рекомендации невролога имел мед. отводы от профилактических прививок (перинатальное поражение ЦНС). 10 ноября (на 15 день после вакцинации) повысилась температура до 38,4°, появилась слабость, снижение аппетита, 2 раза в течение суток был разжиженный стул. На следующий день температура нормализовалась, а 13 ноября мама заметила ограничение движений в правой ножке. В этот же день обратились в поликлинику, где ребенок был осмотрен педиатром, неврологом и хирургом, направлен на лечение в детский инфекционный стационар. При осмотре в стационаре соматической патологии выявлено не было. В неврологическом статусе: сознание ясное, активные движения в руках и левой ноге - в полном объеме, в правой ноге – движения отсутствуют. Мышечный тонус в руках и левой ноге повышен, а в правой ноге – гипотония, резко выраженная в проксимальных отделах. Сухожильные рефлексy в руках и левой ноге оживлены. В правой ноге коленный рефлекс не вызывается. Ахиллов – снижен. Слева положительный симптом Бабинского, справа – он отрицательный. Опоры на правую ногу нет. Болевая чувствительность в руках и ногах сохранена. Со стороны черепных нервов – без патологии, из менингеальных знаков – сомнительная ригидность затылочных мышц.

На фоне лечения была отмечена положительная динамика, но к выписке (через 1 месяц) остается гипотония мышц в правой ноге, низкий коленный рефлекс, объем правого бедра на 0,5 см

меньше, чем слева. Через 60 дней от начала болезни: сохраняется гипотония и выросла гипотрофия мышц правого бедра до 1 см. Из фекалий выделены вакцинные штаммы вируса полиомиелита 2 и 3 типов. В РН титр антител ко 2 типу вируса полиомиелита в 1 сыворотке – 1:128, во 2 сыворотке – 1:512.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Приведите обоснование диагноза.
3. Обследование.
4. Распишите лечение.
5. Диспансерное наблюдение.

Задача № 114

Ребенок, 1 год, заболел 10 часов назад, когда повысилась температура до 39,5°, появился озноб, общее беспокойство, повторная рвота. Затем, через 4 часа температура стала снижаться, ребенок стал сонливый, адинамичный, бледный. Вызвана скорая помощь, госпитализирован в инфекционный стационар. При поступлении состояние крайне тяжелое. Температура 36,0°, кожные покровы бледные с серым колоритом, руки и ноги холодные, слизистые цианотичные. Множественная, геморрагически – некротическая сыпь от точечной до 1,5 см в диаметре. Высыпание началось в момент транспортировки больного с лица и верхней части туловища, затем сыпь распространилась по всему телу и конечностям, появились высыпания на слизистых. Симптом "белого" пятна 14 сек., тахикардия -180 в мин. Тоны сердца приглушены, печень + 3см. АД – 70/50 мм.рт.ст. Мочится редко. Симптом Кернига под углом 130°

1. Клинический диагноз. , ригидность мышц затылка 2 см.
2. Обоснование диагноза.
3. План обследования для подтверждения диагноза.
4. Распишите антибактериальное лечение и принципы патогенетической терапии.
5. Распишите план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Задача № 115

Ребенок 3-х лет заболел остро с подъема температуры до 39,5°, общего беспокойства, возбуждения. Через 2-3 часа стал жаловаться на головную боль, появилась повторная рвота. При осмотре участковым педиатром отмечены сомнительные менингеальные знаки, гиперемия ротоглотки, тахикардия. Направлен на госпитализацию в инфекционный стационар. В приемном покое состояние расценено как тяжелое. Лежит с закрытыми глазами на боку, с подтянутыми к животу ногами, температура 39,5°, сохраняется повторная рвота. Отмечается ригидность мышц затылка, симптом Кернига под углом 110-120°. В анализе СМЖ: мутная, цитоз - 2000 клеток, 98% сегменты, 2 % - лимфоциты, белок - 1600 мг\л, сахар 2,8 ммоль\л, реакция Панди - ++++. На фоне проводимой терапии через 3 дня состояние улучшилось, температура нормализовалась, исчезла рвота и головная боль. Значительно уменьшились менингеальные знаки. При проведении люмбальной пункции на 8 день болезни ликвор нормализовался. РЛА с ликвором - обнаружен менингококковый антиген.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Приведите обоснование диагноза.

3. Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
4. Назначьте этиотропную терапию, варианты стартовой антибактериальной терапии, принципы.
5. Дайте рекомендации по диспансерному наблюдению.

Задача № 116

Ребенок, 1 год, заболел остро с повышением температуры до 39,5°, повторной рвоты, беспокойства. Отмечается судорожная готовность. Участковый педиатр при осмотре выявил умеренную гиперемию зева, одышку, высокую температуру. Заподозрил ОРВИ, ввел жаропонижающие средства, назначил лечение амбулаторно (противовирусную, симптоматическую терапию). Через 2 часа температура вновь повысилась до 39,5°, еще дважды повторилась рвота, ребенок стал еще более беспокоен. Наросла бледность кожных покровов, через 6 часов от начала болезни на лице мама заметила мелкую геморрагическую сыпь. Вызвана скорая помощь. Врач скорой помощи оценивает состояние как тяжелое, ребенок вялый, адинамичный. Кожные покровы с мраморным рисунком, руки и ноги холодные. А/Д 80\50 мм рт ст. Больного госпитализируют с диагнозом "грипп, тяжелая форма", на догоспитальном этапе введена литическая смесь. В отделении состояние больного оценивают как тяжелое. Температура 36,0°, заторможен, сонлив. Сыпь обильная, крупная, геморрагического характера, местами с некрозами на бледном фоне кожных покровов. Имеются высыпания на слизистой оболочке полости рта, конъюнктиве глаза. Руки и ноги холодные. Пульс 200 ударов в минуту. АД 50\30 мм рт ст., симптом "белого" пятна 12 сек. Ребенок не мочится. Выражена одышка.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Приведите обоснование диагноза.
3. Какие ошибки допущены участковым педиатром и врачом скорой помощи?
4. Какая неотложная помощь должна быть оказана на догоспитальном этапе?
5. Лечение в стационаре.

Задача № 117

У ребенка 6 лет на фоне температуры 37,2° появилась сыпь на всех участках тела. Был вызван участковый врач. При осмотре состояние мало нарушено, на неизменном фоне кожи лица, туловища, конечностей со сгущением на разгибательных поверхностях рук, на спине, ягодицах, мелко - пятнистая сыпь. Пальпируются увеличенные шейные и затылочные лимфатические узлы. В зеве легкая разлитая гиперемия. Кашля, насморка нет. По внутренним органам без патологии. По социальным показаниям девочка была госпитализирована в стационар. На 5 день пребывания в отделении, состояние ребенка ухудшилось, ночью повысилась температура до 38,5°, появилось возбуждение, бред, галлюцинации. В неврологическом статусе: оглушенность, сомнительные менингеальные знаки, нистагм, сходящееся косоглазие, слева тремор, высокие сухожильные рефлексы с анизорефлексией, положительный симптом Бабинского с обеих сторон. Неврологические симптомы стали уменьшаться с 12 дня болезни. Выписана домой на 22 день болезни без остаточных явлений.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
4. Распишите лечение.

5. Какие противоэпидемические мероприятия в д/с необходимо провести?

Задача № 118

Девочка, 6 лет, заболела остро с подъема температуры тела до 38,50 С, кашля, насморка. В последующие три дня температура держалась на высоких цифрах, усилились катаральные явления: кашель стал грубый, частый, появилась светобоязнь, отечность век. На 4-й день болезни температура тела повысилась до 39,5 0 С, на лице, за ушами появилась пятнисто-папулезная сыпь, которая в последующие 2 дня распространилась на туловище и конечности. Затем температура снизилась, исчезли катаральные явления, стала угасать сыпь. Однако на 8-й день болезни ребенок пожаловался на резкую головную боль, была повторная рвота, затем потеря сознания, судороги. Бригадой реанимационной помощи госпитализирована в стационар. При поступлении: состояние очень тяжелое, без сознания, часто возникают приступы общих тонико-клонических судорог. Сомнительные менингеальные знаки. На коже лица, туловища и конечностей пигментация. Зев умеренно гиперемирован, наложений на миндалинах нет. Слизистая рта шероховатая. По внутренним органам патологии не выявлено. Спинномозговая пункция: жидкость прозрачная, вытекает частыми каплями. Цитоз - 30\3, лимфоциты - 98%, нейтрофилы -2%, белок -0,165 г\л, сахара - нет. Клинический анализ крови: Hb - 120 г\л, Эр - 3,5 x 10¹² \л, Лейк - 8,4x 10⁹ \л; п\я-3%, с\я- 42%, э-5%, л- 43%, м-7, СОЭ- 22мм\час. ИФА - обнаружены IgM к вирусу кори.

1. Поставьте клинический диагноз
2. Приведите обоснование диагноза.
3. Назначьте лечение
4. Противоэпидемические мероприятия в детском саду.
5. Какие профилактические мероприятия предусмотрены для предупреждения данного заболевания?

Задача № 119

В мае месяце, через 4 дня после укуса клеща, ребенок 12 лет пожаловался на повышение температуры до 38,5°, головную боль, повторную рвоту. За медицинской помощью не обращались. На следующий день температура повысилась до 39°, появилось психомоторное возбуждение, генерализованные судороги. Вызвана скорая помощь. Ребенок госпитализирован в инфекционный стационар. При осмотре в приемном покое: состояние тяжелое, ребенок находится в сопоре, выявлена ригидность затылочных мышц на 2 см, симптом Кернига под углом 160°. С обеих сторон положительные симптомы верхнего и нижнего Брудзинского. В правой руке и ноге движение мышц менее активное, здесь же более высокий тонус и рефлекс, положительный симптом Бабинского, подергивание мышц лица и шеи. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. В анализе СМЖ: жидкость прозрачная, вытекает под давлением, цитоз - 120 клеток, из них 80% - лимфоциты, 20% - сегменты, белок - 425 мг\л.)

1. 1.Поставьте диагноз.
2. 2.План обследования больного. Какие результаты ожидаете получить?
3. 3.Назначьте лечение.
4. 4.Какие мероприятия могли предупредить такое течение болезни после укуса клеща?
5. 5.Специфическая профилактика клещевого энцефалита.

Задача № 120

Мальчик, 5 лет, заболел ветряной оспой. Получал лечение амбулаторно, поскольку заболевание протекало в легкой форме. На 8-й день от начала болезни, после нормализации температуры, состояние ребенка ухудшилось: вновь повысилась температура до 38°, была однократная рвота, стала невнятной речь, при попытках ходить - ребенок падает. Участковым врачом направлен на госпитализацию в стационар. При осмотре: состояние тяжелое, сознание спутанное, адинамичен. На коже лица, туловища, конечностей - единичные элементы высыпаний, покрытые корочками. Катаральных явлений нет. Тоны сердца приглушены. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот доступен пальпации, мягкий. Стоит неуверенно. Речь дизартрична. Положительные пальце - носовая и коленно-пяточная пробы. Менингеальных симптомов нет. Эпидемиологический анамнез: в детском саду - несколько случаев ветряной оспы. Клинический анализ крови: Нв - 136 г\л, Эр - 4,2 x 10¹² \л, Лейк - 5,5x 10⁹

1. Поставьте клинический диагноз. \л; п\я-2%, с\я- 25%, э-3%, л- 65%, м-5%, СОЭ- 4 мм\час. Общий анализ мочи: - без патологии. Спинномозговая жидкость: прозрачная, вытекает каплями, цитоз- 30\3, из них нейтрофилов 19%, лимфоцитов 81%, белок- 0,165 г\л, сахар - в норме, реакция Панди - отрицательная.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Какие симптомы со стороны ЦНС и анализы свидетельствуют в пользу менингоэнцефалита?
4. С какими заболеваниями будете проводить дифференциальный диагноз?
5. Назначьте медикаментозное лечение.

Задача № 121

Девочка 10 лет, вернулась из похода, где питалась консервами, жареными грибами, купалась в пруду и пила не кипяченую воду. По возвращении домой жаловалась на слабость, отсутствие аппетита, однократную рвоту, боли в животе, кратковременное расстройство стула. На следующий день появилось головокружение, поперхивание при питье воды. Госпитализирован «по скорой» с подозрением на «Отравление грибами». Объективно в стационаре: состояние тяжелое, температура тела 37,20 С. Кожа бледная, резкая мышечная слабость. Сухой кашель, першение в горле, гнусавость, осиплость голоса. В легких дыхание везикулярное. ЧД – 44. Тоны сердца приглушены. Слизистая полости рта чистая, суховата, небная занавеска слегка провисает, глотание затруднено, поперхивается. Живот несколько вздут, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стула нет. Сознание ясное, менингеальных знаков нет. Отмечается левосторонний птоз, расширение зрачков. Анализ кала на кишечную группу: патогенные бактерии на кишечную и тифо-паратифозную группу не выявлены. Клинический анализ крови: Нв- 134 г/ л. Эр - 4,06* 10¹²/л, Лейк. - 8,0x 10⁹

1. Поставьте клинический диагноз с обоснованием. /л. п\я - 7%. с\я - 54%. э -3%. л - 30%. м - 6%, СОЭ - 10 мм/час. Серологическое исследование: РНГА с эритроцитарными антигенами шигелл Зонне, Флекснера, комплексным сальмонеллезным групп А, В, С, Д - отрицательная.
2. Согласны ли Вы с диагнозом врача скорой помощи и почему?.
3. Назначьте план обследования для подтверждения диагноза
4. Назначьте лечение.
5. Какие меры проводятся при групповой заболеваемости в очаге всем лицам, употреблявшим подозреваемый продукт?

Задача № 122

Саша К., 12 лет, вечером вернулся с рыбалки здоровым. Утром почувствовал слабость, головокружение, не встал с постели, была рвота, 1 раз жидкий стул. Температура нормальная. Вызван врач. Мальчик направлен в стационар. В стационаре при выяснении анамнеза установлено, что на рыбалке ел уху и томаты из банки с герметической крышкой. Более подробно анамнез собрать не удалось, т.к. мальчик с трудом отвечает на вопросы, речь невнятная, смазанная. Общее состояние тяжелое, не сидит, не стоит, не может поднять руку, ногу. Резко выражена общая адинамия, гипотония. Отмечается двусторонний птоз, нарушение конвергенции глазных яблок, мидриаз, зрение снижено, перед глазами туман, предметы дwoятся. Плохо глотает, небный рефлекс не вызывается. Сухость во рту. Сухожильные рефлексy так же отсутствуют. Нарушен ритм дыхания, экскурсия грудной клетки ограничена. Температура остается нормальной.

1. О каком заболевании следует думать, укажите тяжесть болезни
2. Обоснуйте предполагаемый диагноз.
3. Какие лабораторные исследования могут подтвердить предполагаемый диагноз?
4. Лечение
5. Мероприятия в очаге (на рыбалке было 6 человек)?

Задача № 123

Больной 10 лет поступил в инфекционное отделение на 6 день болезни. Из анамнеза известно, что заболевание началось остро с повышения температуры до 39°, головной боли, слабости. Периодически беспокоили боли в животе, на второй день присоединилась рвота 2-3 раза в день, стул задержан. Температура все дни высокая, с размахами между утренней и вечерней, носит стойкий характер, кратковременно снижается от дачи жаропонижающих средств. Амбулаторно лечился участковым врачом с диагнозом «ОРВИ», отсутствие положительной динамики явилось основанием для госпитализации в стационар. Состояние при поступлении тяжелое: вялый, заторможен, жалуется на головную боль, боли в животе, аппетит отсутствует. Кожа бледная, суховатая, отмечается желтушность подошв и ладоней. Над легкими жесткое дыхание. Тоны сердца приглушены, пульс 64 удара в минуту. Язык обложен густым коричневым налетом. В зеве умеренная гиперемия. Живот слегка вздут, при пальпации отмечается болезненность и урчание в правой подвздошной области, крепитация. Печень на 2,5 см выступает из-под края реберной дуги. Стула не было 3 дня, мочится достаточно. Менингеальных знаков нет. Из эпиданамнеза известно, что месяц назад ребенок отдыхал в городе Ташкенте.

1. О каком заболевании и на основании чего можно думать?
2. Назначьте необходимое лабораторное обследование.
3. Назначьте больному лечение.
4. Показания для выписки больного из стационара.
5. Укажите план диспансерного наблюдения.

Задача № 124

Ребенок 6 лет посещает детский сад, где зарегистрировано несколько случаев заболевания кишечными инфекциями. Заболел остро: повысилась температура тела до 39 0 С, была повторная рвота и жидкий стул с примесью слизи и зелени. К концу суток температура повысилась до 40,50С, появились кратковременные судороги клонического характера, участился

стул до 14 раз, появились прожилки крови в кале, боли в животе перед актом дефекации. При поступлении в стационар: состояние тяжелое, отмечается общая вялость, сменяющаяся беспокойством. Продолжает высоко лихорадить, но судороги после литической смеси и седуксена прекратились. В сознании, на вопросы отвечает неохотно. Кожа бледная, конечности горячие на ощупь. Язык густо обложен, сухой. Зев гиперемирован, наложений нет. В легких хрипы не выслушиваются, частота дыхания 40 в мин., тоны сердца звучные, систолический шум на верхушке сердца. Живот мягкий, втянут, болезненный в подвздошной области. Печень выступает на +1 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена, сигмовидная кишка спазмирована, болезненная. Анус податлив, явления сфинктерита. Стул скудный, с большим количеством мутной слизи, сгустков крови. Не мочится, отмечается ригидность затылочных мышц, синдром Кернига и Брудзинского - положительные. Клинический анализ крови: Hb - 150 г/л, Эр - 4,0 x 10¹² /л, Лейк - 9,6x 10⁹

1. Поставьте клинический диагноз с указанием ведущего синдрома, определяющего тяжесть заболевания. /л; п/я-12%, с/я- 60%, э-2%, л- 20%, м-6%, СОЭ- 22 мм/час. Копрограмма: конс.-жидкая, слизь - большое кол-во, реакция кала - щелочная, стеркобилин (-), билирубин (-), мышечные волокна (+), нейтральный жир (+), жирные кислоты (-), мыла (+), Крахмал (-), йодофильная флора (++) , лейкоциты -30-50 в п\з, эритроциты - до 100-150 в п\з, яйца глистов - отрицательно. РНГА: с сальмонеллезным диагностикумом – отрицательная.

2. Определите тип диареи. Предполагаемая этиология заболевания.

3. Какие результаты дополнительных исследований могут подтвердить предполагаемый диагноз?

4. Назначьте лечение (неотложные мероприятия, средства этиотропного и патогенетического воздействия).

5. Когда больной может быть выписан из стационара и допущен в детский коллектив?

Задача № 125

Ребенок 3 лет из группы часто болеющих детей заболел остро ночью, повысилась температура до 37,60 С, озноб, боли в животе. На следующий день на фоне высокой температуры дважды вырвало, появился жидкий стул 6-8 раз,

в последних порциях стула - гной, кровь. Скорой помощью доставлен в стационар. В стационаре состояние очень тяжелое. Стойко температурит, 38,5-39,50

1. О каком типе диареи идет речь при поступлении С. Ребенок вялый, от еды отказывается. Кожные покровы бледные. Определяется выраженная тахикардия, приглушенность сердечных тонов. Выраженные боли в животе, тенезмы. Стул без счета, без каловых масс, с большим количеством слизи, гноя, крови. Живот втянут, сигмовидная кишка резко болезненная, спазмирована. Анус податлив, сфинктерит. На фоне лечения симптомы токсикоза сохранялись в течении 7 дней, дисфункция кишечника - 15 дней, гемоколит - 8 дней. На 4 сутки госпитализации возникло кишечное кровотечение. При бак. исследовании кала на 4 сутки выделена в. Sh. Flexneri 2a, чувствительная к амикацину, рифампицину, бактериофагу.

2. Сформулируйте окончательный клинический диагноз

3. Представьте обоснование диагноза

4. Лечение

5. Ведение больного в периоде реконвалесценции.

Задача № 126

Мальчик 5 месяцев. Болен в течение 3 дней: повысилась температура тела до 37,5- 38,6 0 С, ухудшился аппетит, появилась вялость, срыгивания, затем рвота (2-3 раз в сутки), жидкий стул (5-6 раз в сутки). На третий день состояние ухудшилось, наросла адинамия, сонливость, отказался от еды, стул участился до 12 раз в сутки (жидкий, обильный, водянистый, с большим количеством слизи и зелени, в некоторых порциях примесь крови). На 4-й день болезни госпитализирован в тяжелом состоянии: резкая вялость, адинамия, отказ от еды, температура тела 38,80 С. Кожа сухая, бледная с мраморным рисунком, периоральный цианоз, конечности холодные. Тургор снижен. Язык сухой, обложен налетом. Дыхание пуэрильное, ЧД 461 . Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 1501. Живот умеренно вздут газами, при пальпации урчание и болезненность во всех отделах. Сигмовидная кишка не спазмирована, анус сомкнут, кожа вокруг ануса мацерирована. Печень +2,5 см, селезенка +21 см., стул за прошедшие сутки 10 раз, энтероколитного характера, сохраняется примесь слизи, зелени и крови. Накануне заболевания ел творог, хранившиеся в холодильнике 3 дня, манную кашу на молоке. В семье есть сестра 4-х лет, посещает детский сад, где были случаи сальмонеллеза. Клинический анализ крови: Нb - 120 г/л, Эр - 3,5 x 10¹² /л, лейко - 12,5x 10⁹ /л; п/я-10%, с/я- 60%, л- 28%, м-2%, СОЭ- 25 мм/час. КОС : рН крови - 7,32; РСО₂ - 30 мм рт. Ст., ВЕ - (- 8,0), РО₂ - 78мм. рт.ст. Электролиты крови: калий плазмы - 2,5 ммоль/л, натрий - 130 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,033%0

1. Поставьте предварительный клинический диагноз с указанием ведущего клинического синдрома, определяющего тяжесть состояния больного. , глюкоза - нет, ацетон (++) , лейкоциты - 3-5 в п/з.
2. Предполагаемая этиология, и с какими заболеваниями следует дифференцировать в первую очередь?
3. Какой тип диареи и патогенетические механизмы развития диарейного синдрома при этом заболевании имеют место.
4. Назначьте диету ребенку на день поступления в стационар при искусственном вскармливании.
5. Из чего будет складываться суточный объем жидкости, необходимый данному ребенку? Какой процент от суточного объема введете внутривенно капельно? Укажите соотношение коллоидов и кристаллоидов. Выберите стартовый раствор для проведения инфузии внутривенно капельно.

Задача № 127

Мальчик 3 месяца, поступил в клинику с подозрением на гепатит. Ребенок от 1-ой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, срочных родов. Масса тела 3000 г. Родился в асфиксии. В родильном доме получил инфузионную терапию, в/м инъекции. Настоящее заболевание началось с подъема температуры до субфебрильных цифр, стал вялым, срыгивал, была однократная рвота, единичные геморрагические высыпания на шее и лице. При поступлении состояние очень тяжелое, желтуха кожи и склер яркая, резкая вялость с периодичным беспокойством, аппетит снижен, ЧД 60 в мин., пульс 160 уд./мин. Живот вздут. Печень выступает на 3 см из под края реберной дуги. На 3 день пребывания в клинике: потерял сознание, монотонный крик, тонические судороги, на коже геморрагическая сыпь, кровоточивость в местах инъекций, рвота "кофейной гущей". Атония мышц. Арефлексия. Размеры печени сократились на 0,5 см. Биохимический анализ крови: билирубин общий – 180 мкмоль/л, конъюгированный – 90 мкмоль/л, АлАТ – 260 Ед./л, АсАТ – 300 Ед./л, тимоловая проба – 10 Ед., сулемовая проба – 1,5 Ед., протромбиновый индекс – 15%. Маркеры вирусных гепатитов: HbsAg – не обнаружен, анти – Hbc IgM – обнаружены, анти HDV IgM – обнаружены, РНК HDV – обнаружена.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Перечислите ведущие симптомы данной формы болезни.
3. Оцените приведенные данные биохимического анализа крови.
4. Оцените маркерный спектр
5. Лечение

Задача № 128

Мальчик 4 лет, заболел остро, с подъема температуры тела до 38,0 С, появления легких катаральных симптомов, жаловался на боли в животе, была повторная рвота, недомогание. Диагноз участкового врача - ОРВИ. На 4-й день потемнела моча. На 5-й день болезни заметили желтушность склер и кожи. Ребенок госпитализирован. В детском саду, в соседней группе, за последние 3 недели отмечены случаи заболевания детей с аналогичной симптоматикой. При поступлении в стационар: самочувствие удовлетворительное, активен, аппетит удовлетворительный, жалоб нет. Склеры и кожные покровы умеренно иктеричны. Слизистая оболочка ротоглотки влажная с желтушным окрашиванием. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье и в эпигастрии. Пальпируется печень 1/3 -2,5 -1,5 см, плотноватой консистенции, болезненна при пальпации. Селезенка не пальпируется. Моча темная. Стул светлый. В последующие 4 дня отмечалось постепенное исчезновение желтухи, моча стала светлой. Биохимический анализ крови: уровень общего билирубина - 80 мкмоль/л, конъюгированного - 50 мкмоль/л, активность АлАТ- 110,0 Ед\л., АсАТ- 83,0 Ед\л. (N -40 Ед\л), тимоловая проба - 22 ед. Маркеры вирусных гепатитов: HBs Ag (-), anti- HCV (-), anti- HAV IgM(+). Данные УЗИ исследования органов брюшной полости: печень нормальной эхогенности, увеличена, желчный пузырь с деформацией в области шейки; селезенка, почки, поджелудочная железа - без патологии. Клинический анализ крови: Hb - 130 г/л, Эр - 4,08 x 10¹² /л, Лейк - 5,4x 10⁹

1. Поставьте клинический диагноз. /л; п/я-2%, с/я- 49%, э-1%, л- 40%, м-8%, СОЭ- 10 мм/час.
2. Какие клинические симптомы и изменения в биохимическом и серологическом анализе крови подтверждают диагноз?
3. Назначьте лечение.
4. Проведите противоэпидемические мероприятия в детском саду.
5. Будете ли проводить наблюдение в катмнезе (как) и предполагаемый прогноз болезни.

Задача № 129

Девочка 8 лет, поступила в клинику из детского дома с жалобами на вялость, сниженный аппетит, боли в животе. При поступлении: определялась краевая иктеричность склер, легкая иктеричность кожи, зев спокоен. В легких и сердце без отклонений. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации без четкой локализации. Печень плотноватая, пальпировалась на 1.5-2.0 см ниже реберной дуги. Селезенка не увеличена. Цвет мочи в течение пяти дней был насыщенным, цвет кала не менялся. В биохимическом анализе крови: уровень билирубина общего - 72 мкмоль/л, конъюгированный 60 мкмоль/л, активность АлАТ – 123 Ед/л, АсАТ - 85 Ед/л. Клинический анализ крови: Hb - 130 г/л, эр - 3.82x10¹² л. ц.п. 0.9. Лейк - 5.0x10⁹

1. Поставьте клинический диагноз и назовите предполагаемый путь инфицирования. /л; п я 3%, с/я 53%, э - 2% лимф. – 40%. Мон. 2% СОЭ 10 мм/час. В моче: обнаружены уробилин и желчные

пигменты. Серологические вирусные маркеры: anti-HCV (+), РНК HCV (+). HbsAg (-), anti -Hbc IgM (-). Анти - HAV IgM (-).

2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Какие изменения в биохимическом и серологическом анализах крови подтверждают диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Назовите возможные варианты исходов этой болезни.

Задача № 130

Больной 14 лет заболел 3 дня назад с повышения температуры до субфебрильных цифр, появления тошноты, повторной рвоты, болей в животе, суставах, слабости, анорексии. Дома лечили парацетамолом, маалоксом. На 4-й день болезни потемнела моча, кал стал серого цвета, на 5 день заметили желтушность кожи и склер. Вызвали участкового врача, который направил больного на госпитализацию с диагнозом вирусный гепатит. Эпид. анамнез: в контакте с инфекциями не был, 3 месяца назад лечился у стоматолога. Состояние при поступлении тяжелое, вялый, на приеме была рвота, температура тела нормальная, кожные покровы с яркой желтушностью, склеры диффузно иктеричны, мелкая геморрагическая сыпь на груди, спине пятнисто-папулезная сыпь, расположенная симметрично. В легких – без особенностей. Тоны сердца приглушены, ЧСС 60 ударов в мин. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, болезненный при пальпации в правом подреберье и эпигастрии. Печень $\frac{1}{2}$ - 4 – 4 см, плотно - эластической консистенции, болезненна. Стул обесцвечен, моча "цвета пива", количество ее уменьшено. В сознании, адекватен, в контакт вступает, но вял. В биохимии крови: общий билирубин 180 ммоль/л, конъюгированный -120 ммоль/л, АлАТ – 6,8 мкм/л / норма - до 0,68 мкм/л АсАТ 3,2 мкм/л, ПТИ – 50%. ИФА – HbsAg (+), анти – Hbs IgM, HbeAg (+).

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Оцените результаты биохимического и серологического анализа крови.
3. Где заразился больной, назовите сроки инкубационного периода.
4. Назначьте лечения
5. Определите прогноз болезни.

ЭТАЛОНЫ ЗАДАЧ НЕОНАТОЛОГИЯ

Эталон задачи № 1

- 1. Поставьте диагноз с обоснованием.** *Диагноз:* Транзиторная гипербилирубинемия, учитывая сроки появления, отсутствие изменений в анализе крови, признаков нарушения билирубинового обмена.
- 2. Каково происхождение желтухи в данном случае?** *«Физиологическая» желтуха (транзиторная гипербилирубинемия)* появляется на 3-и сутки жизни или позже, исчезает на 10 сутки. Она обусловлена повышением образования билирубина и снижением его поглощения, конъюгации и экскреции. У недоношенных гипербилирубинемия более выражена из-за незрелости печени.
- 3. Проведите дифференциальный диагноз транзиторной и гемолитической желтухи у новорождённого. Для гемолитической желтухи, в отличие от транзиторной, характерно:**
 1. Появление желтухи при рождении или в первые 12-24 часа жизни, а также на 2 неделе жизни.
 2. Признаки гемолиза: анемия, высокий ретикулоцитоз, в мазке крови – ядерные эритроидные формы, много сфероцитов +++ , ++++).
 3. Бледность, гепатоспленомегалия.
 4. Продолжительность более 7-10 дней у доношенных и 10-14 дней у недоношенных детей.
 5. Волнообразное течение (иктеричность кожи и слизистых оболочек возрастает после ее уменьшения или исчезновения).
 6. Темп нарастания (почасовой прирост) *непрямого (неконъюгированного) билирубина (НБ)*, более 6,8 мкмоль/л/ч или 137 мкмоль/л/сут.
 7. Концентрация НБ в сыворотке пуповинной крови более 68 мкмоль/л или 85 мкмоль/л в первые 12 ч жизни, 171 мкмоль/л на 2 сутки.
 8. Максимальные цифры НБ в любые сутки жизни у доношенных новорожденных более 260 мкмоль/л.
 9. Максимальная концентрация прямого билирубина (билибиндиглюкуроида, БДГ) более 25 мкмоль/л.
- 4. Обозначьте показания для консультации новорождённого с желтухой невропатологом.** Повышение непрямого билирубина у доношенного ребенка более 260 мкмоль/л. У недоношенных - более 171-205 мкмоль/л. **5. Требуется ли лечение желтуха у данного ребёнка? Лечение не требуется. Как кормить этого ребёнка?** Естественное вскармливание грудью биологической матери. (свободный режим по требованию).

Эталон задачи № 2

- 1. Поставить диагноз и обосновать.** Гемолитическая болезнь новорождённых (ГБН), конфликт по Rh-фактору, желтушная форма, средней тяжести. Диагноз поставлен на основании Rh-отрицательной принадлежности крови матери, повторных родов, выраженного желтушного синдрома при рождении, гепатоспленомегалии, гипербилирубинемии, выраженного почасового прироста билирубина в крови, анемии. **2. Назначьте дополнительное обследование для уточнения диагноза. План обследования**
 1. Определение группы крови и Rh-принадлежности матери и ребёнка.
 2. Клинический анализ крови с подсчётом ретикулоцитов и лейкоцитарной формулы.
 3. Мониторинг уровня билирубина и его фракций в сыворотке крови новорождённого ребёнка.
 4. Определение уровня АлАТ и АсАТ.
 5. Иммунологические исследования: – Определение титра анти-Rh-АТ в крови (с учётом показателей на дородовом этапе) и молоке матери.

– Прямая проба Кумбса с эритроцитами ребёнка в динамике (агрегат-агрегационная проба по Л.И.Идельсону) – при Rh-конфликте выраженная агглютинация отмечается через 1 мин, а при АВО-конфликте – через 4-8 мин.

– Непрямая проба Кумбса с сывороткой крови матери в динамике.

– При АВО-конфликте определить титр аллогемагглютининов в крови и молоке матери (в белковой и солевой средах). Присутствие иммунных антител отразится в повышении титра аллогемагглютининов в белковой среде на 2 порядка выше, чем в солевой.

6. Тест на индивидуальную совместимость при подозрении на конфликт по редким антигенным факторам эритроцитов (выявится гемагглютинация эритроцитов ребёнка при добавлении сыворотки матери).

7. Выявление нарушения слуха при билирубиновой энцефалопатии.

8. В общем анализе крови следует ожидать признаки анемии – снижение уровня Hb (< 140 г/л), числа эритроцитов ($< 5 \cdot 10^{12}$ /л), ретикулоцитоз $> 30\%$ (в норме $27 \pm 15\%$), нормо- и эритробластоз, тромбоцитопению, псевдолейкоцитоз за счёт увеличения числа ядерных форм эритроидного ряда, редко лейкомоидную реакцию, в мазке крови – избыток сфероцитов (++++).

3. Каков патогенез настоящего заболевания?

У беременных женщин, начиная с 16-18 нед гестации до момента родов, можно в крови выявить эритроциты плода в количестве 0,1-0,2 мл в 75% случаев. Большее проникновение эритроцитов плода (3-4 мл) происходит 125 через плаценту во время родов. Происходит сенсбилизация Rh-отрицательной женщины к Rh(+) эритроцитам плода. Известно, что иммунный ответ у беременной женщины снижен, но после родов происходит активный синтез резус-антител после первой и последующих беременностей, которые способны проникать через неповрежденную плаценту и гемолизировать эритроциты плода и новорожденного. Изоиммунные анти-А и анти-В антитела у матери с 0(I) группой крови тоже относятся к классу . Они также могут проникать через плаценту и повреждать эритроциты ребёнка с соответствующими антигенами А и В. *При одновременной несовместимости по Rh-факторам и АВО-системе эритроциты плода в организме матери быстро разрушаются и анти-Rh АТ не успевают синтезироваться, т.е. АВО-несовместимость смягчает иммунный ответ.* При повышенном гемолизе эритроцитов новорождённого в макрофагально-моноцитарной системе основным повреждающим фактором является гипербилирубинемия с непрямым (свободным) билирубином (НБ). При тяжёлой ГБН гемолиз может быть и внутрисосудистым. При неинтенсивном гемолизе печень справляется с гипербилирубинемией и выводит НБ. В таких случаях у ребёнка превалирует клиника анемии без желтухи или слабо выраженной желтухой. *Если антиэритроцитарные антитела проникали к плоду длительно, то развивается гибель и мацерация плода или отёчная форма ГБН.* Чаще плацента выполняет в полной мере свою защитную функцию и изолирует плод от агрессии аллоиммунных антител. И только в момент родов эти антитела поступают в кровоток ребёнка. Поэтому желтуха часто развивается не сразу после рождения, а через несколько часов. Антитела против эритроцитов ребёнка могут частично поступать с молоком матери. В патогенезе ГБН отводится определенная роль и сенсбилизированным лимфоцитам (отёчная форма ГБН – это пример реакции отторжения «трансплантант против хозяина»). Отёчная форма ГБН вероятнее всего обусловлена наличием в крови плода большого количества материнских цитотоксических Т-лимфоцитов. В развитии ГБН играет существенную роль и сниженная конъюгационная возможность печени (конъюгационные желтухи). Неконъюгированный билирубин, являясь тканевым ядом, приводит к поражению разных органов и систем (головной мозг, печень, почки, легкие, сердце и др.). При проникновении НБ через гематоэнцефалический барьер (ГЭБ) возможно окрашивание базальных ядер и других структур головного мозга – это так называемая «ядерная желтуха» (Г.Шморль, 1904). Обычно в первые дни гипербилирубинемия при ГБН обусловлена НБ, но к 3-5 суткам жизни повышается значительно и уровень прямого билирубина, что в основном связано с синдромом «сгущения жёлчи», обусловленного незрелостью экскреторной системы печени и особенностью жёлчных капилляров (узость и сниженное число).

4. Назначьте и обоснуйте лечение. А. Консервативное лечение: 1). *Очистительная клизма* или свечи с глицерином в первые часы жизни приводят к раннему отхождению мекония, содержащего до 100-200 мг билирубина (в крови в это время содержится 10-15 мг билирубина). Эффективность назначения внутрь адсорбентов (активированного угля, аллохола и др.), 12,5 % растворов сульфата магния, ксилита, сорбита не доказана. Холестирамин для связывания билирубина в кишечнике в последние годы не используют, т.к. этот препарат способствует развитию ацидоза. 2). *Стандартные иммуноглобулины (пентаглобулин и др.)* внутривенно в дозе 0,5 г/кг массы тела как только поставлен диагноз, возможно повторное введение в той же дозе через 2 суток. Такая терапия снижает потребность в ЗПК, длительность фототерапии, потребность в гемотрансфузиях при поздней анемии после перенесенной ГБН. 3). *Фототерапия* проводится после ЗПК в течение первых 1-2 суток жизни, при которой происходит фотоокисление НБ с образованием водорастворимых биливердина, дипирролов, монопирролов, нетоксичных фотоизомеров (превращение Z-изомеров в E-изомеры – фотобилирубин, люмибилирубин), которые выводятся с мочой и калом. **Б. Оперативное лечение:** 1). *Заменное переливание крови (ОЗПК)* через пупочную вену, ОЗПК проводится резус-отрицательной одноклассовой с ребёнком донорской плазмой и эритроцитарной. Показанием для повторного ЗПК является темп прироста НБ более 6 мкмоль/л/ч спустя 12 часов после первого ЗПК. В течение 2-3 дней после ЗПК назначают антибиотики – ампициллин или др. 2). Гемосорбция и плазмаферез проводятся по тем же показаниям, что и ЗПК.

5. Напишите план диспансерного наблюдения ребенка в детской поликлинике. Участковый педиатр должен наблюдать ребёнка после выписки из стационара ежемесячно, как всех детей 1-го года жизни. Важно в течение 6 мес. следить за динамикой ликвидации анемии на фоне лечения препаратами железа с регистрацией информации (общий анализ крови, биохимические исследования крови – билирубин, сывороточное железо, железосвязывающая способность крови, протеинограмма, анализ мочи) в историю развития ребёнка (уч.ф. № 112-у). Данного пациента должны наблюдать совместно невропатолог, офтальмолог, оториноларинголог.

Эталон задачи № 3

1. Обоснуйте диагноз, укажите факторы риска развития заболевания.

Предварительный диагноз: Геморрагическая болезнь новорождённого, классическая. Церебральная ишемия II степени, синдром угнетения ЦНС. ЗВУР 1 ст., гипопластический вариант. Для геморрагической болезни новорождённых характерен дефицит витамина К, который плохо проникает от матери через плаценту к плоду. Патология желудочно-кишечного тракта матери увеличивает риск дефицита витамина К, который синтезируется в кишечнике при участии нормальной кишечной микрофлоры. Развивается дефицит витамин-К-зависимых факторов свёртывания крови, синтезирующихся в печени: ф. II (протромбин), ф. VII (проконвертин), ф. IX (антигемофильный глобулин В, ф. X (фактор Стюарта-Проуэра), которые не способны связывать ионы кальция (Ca^{2+}) и полноценно участвовать в процессе гемостаза.

2. Тактика врачей родильного дома. Новорождённый ребёнок относится к группе риска по патологии гемостаза (геморрагическому синдрому), поэтому ему сразу после рождения необходимо внутримышечно ввести викасола в дозе 0,5 мл. При появлении признаков желудочно-кишечного кровотечения показано исследование системы гемостаза, назначение 3-хдневного курса 1% раствора викасола, проведение местного гемостаза, при необходимости заместительной терапии, мониторинг жизненно-важных функций. 3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз данного случая?

1. С синдромом «заглоченной материнской крови» (провести тест Апта).
2. С «фоновыми» заболеваниями, сочетающиеся с гипопродукцией витамин-К-зависимых факторов и геморрагическим синдромом (врождённые TORCH-инфекции, сепсис).
3. Гемофилия В (хотя у новорождённых детей она редко манифестирует).

4. Наследственные дефициты проконвертина (ф.VII), фактора Стюарта-Прауэра (ф.X), проакселерина (ф.V), протромбина (ф.II) – используют тесты со змеиными ядами гюрзы и эфры.

4. Назначьте лечение.

1. *Кормление* сцеженным молоком матери (можно охлажденным до комнатной температуры) 7-8 раз в сутки.

2. *Витамин «K₃»* 1 % раствор викасола в дозе 5 мг (0,5 мл) повторно с интервалом в 12 ч. после первого внутримышечного введения в родильном доме, т.к. ПИ и ПТВ нормализуются ко 2-4 часу после вливания (максимум эффекта через 18-24 часа).

3. *Свежесзамороженная плазма (СЗП)* в дозе 10-15 мл/кг применяется для быстрого гемостатического эффекта (экстренная помощь) и увеличения уровня факторов протромбинового комплекса.

4. *Местная гемостатическая терапия* при мелене должна продолжаться:

5. внутрь по 1 чайной ложке 3 раза в день раствор тромбина с ϵ -аминокапроновой кислотой и адроксоном (ампулу сухого тромбина разводят в 50 мл 5 % раствора ϵ -аминокапроновой кислотой (ϵ -АКК) + 1 мл 0,025 % раствора адроксона).

5. **Тактика диспансерного наблюдения, как провести вакцинацию на первом году жизни?** Ежемесячно на 1-м году жизни с исследованием общего анализа крови (следить за динамикой постгеморрагической анемии) и коагулограммы. Повторная нейросонография. Консультации невропатолога, гематолога, офтальмолога. Вакцинация должна проводиться после выздоровления соответственно общепринятому в РФ прививочному календарю.

Эталон задачи № 4

1. Поставьте диагноз, обоснуйте.

Предварительный диагноз: Пузырчатка новорождённых (пемфигус), доброкачественная форма. Учитывая высокий инфекционный индекс матери, признаки токсической эритемы в раннем неонатальном периоде, интоксикацию, воспалительные изменения в крови, характерные изменения на коже, можно думать о стафилодермии, пузырчатке новорожденного. **2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?** А. С другими видами стафилококковых пиодермий:

1). **Эксфолиативного дерматита Риттера** – септический вариант течения пемфигуса, который вызывается госпитальными штаммами золотистого стафилококка, продуцирующими экзотоксин – эксфолиатин. Болезнь начинается в конце 1-й или начале 2-й нед. жизни. С появления гиперемии, мокнутия кожи и образования трещин в области пупка, паховых складок, вокруг рта. Раннее начало заболевания имеет тяжёлое течение. За несколько часов яркая эритема распространяется на кожу живота, туловища, конечностей. Затем на разных участках тела появляются вялые пузыри, трещины, десквамация эпидермиса, оставляющая большие эрозии. Симптом Никольского часто положительный. Тело ребёнка имеет вид обожжённого кипятком. Возникают другие очаги гнойной инфекции: омфалит, отит, конъюнктивит, пневмония, энтероколит и др., т.е. развивается сепсис. Выражены симптомы интоксикации, отказ детей от груди, беспокойство, фебрильная температура. В анализе крови резкие воспалительные изменения. Через 1-2 нед. от начала болезни вся кожа гиперемирована, большие эрозии из-за отслойки эпидермиса. Развивается дегидратация с выраженными симптомами эксикоза. При благоприятном исходе вслед за эритематозной и эксфолиативной стадиями наступает эпителизация эрозий без образования рубцов или пигментации. Б. **Врождённый сифилис** проявляется на 2-4-й нед. жизни в виде триады: ринит с серозно-гнойным геморрагическим отделяемым, пузырчатка, гепато-спленомегалия. Эритематозная сыпь, которая становится макулярной и папулёзной. Пузырчатка на подошвах, ладонях в виде дряблых пузырей медно-красного цвета на инфильтративном фоне размером 3-10 мм.

дифференциальной диагностики проводят специфические серологические исследования у матери и ребёнка (слизь из носа, содержимое пузырей) в динамике (бактериоскопия, ПЦР, ИФА, реакция Вассермана и др.). **Врождённые и наследственные заболевания кожи.** 1). **Врождённый буллёзный эпидермолиз (БЭ).** Описано 20 вариантов болезни. Это группа наследственных заболеваний с образованием пузырей на коже и слизистых в месте давления или минимальной травмы, при нагревании или спонтанно

3. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка? Тяжесть состояния обусловлена признаками интоксикации: субфебрилитет, вялость, срыгивания. **4. Назначьте лечение, дайте рекомендации по уходу.** Ребёнка с пузырьчаткой госпитализируют. Продолжают грудное вскармливание материнским молоком, если оно стерильно. *Местная терапия:* 1). Кожу вокруг пузырей обрабатывают 1-2 % спиртовым раствором бриллиантового зелёного, 0,1 – 0,2 % спиртовым раствором сангвиритрина, 1-2 % салициловым спиртом. Пузыри прокалывают в асептических условиях, здоровые участки обкладывают стерильными салфетками. Содержимое пузырей отправляют на бактериоскопию и посев. 2). Эрозии подвергают УФ-облучению с последующей обработкой мазями и пастами, содержащими антибиотики: бактробан (2 % мазь мупироцина – антибиотика широкого спектра действия для местного применения), ируксол, левомиколь, левосин, диоксиколь, диоксифен, гелиомициновая, эритромициновая, линкомициновая мази. 3). Гигиенические ванны с применением дезинфицирующих средств: раствор калия перманганата 1:10 000, отвары чистотела, ромашки). *Общая терапия злокачественной формы пузырьчатки:* 1). Антибиотикотерапия (защищённые пенициллины – амоксиклав, аугментин; цефалоспорины + аминогликозиды – цефазолин, амикацин). 2). Специфическая иммунотерапия – антистафилококковый иммуноглобулин. 3). Инфузионная и симптоматическая терапия по показаниям. После вскрытия пузырей и обработки дезинфицирующими средствами ребёнка можно купать с применением раствор калия перманганата 1:10 000, отвары чистотела, ромашки **5. Определите тактику неонатолога при выявлении этого заболевания в родильном доме.** Пемфигус – высоко контагиозное заболевание. Ребёнка немедленно переводят в специализированное отделение детской больницы. Всем контактным новорождённым детям проводят смену пелёнок и одеял, назначают бифидумбактерин. Кожные покровы детей осматриваются при каждом пеленании. Проводится тщательная текущая санитарная обработка детских палат. В СЭС отправляют экстренное извещение о данном заболевании.

Эталон задачи № 5

1. Поставьте диагноз. Постнатальная вирусно-бактериальная пневмония, очагово-сливная, острое течение, тяжелая, ДН II степени, неосложненная. **2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?** У данного больного имеется характерная клиническая и рентгенологическая картина постнатальной домашней пневмонии. Поэтому вопрос о дифференциальной диагностике не возникает. В дальнейшем при отсутствии ожидаемого эффекта от лечения и торпидном течении болезни следует исключить атипичную пневмонию, лёгочную форму муковисцидоза, пороки развития лёгких. **3. Назначьте лечение.** . *Госпитализация* в палату интенсивной терапии детского стационара (II этап выхаживания). . *Организация выхаживания:*

1. свободное пеленание; 2. спокойная и термонейтральная обстановка; 3. оптимальное освещение (не очень яркое); 4. частые перемены положения тела; 5. тщательный уход за кожей и слизистыми оболочками; 6. оксигенация в кислородной палатке или через биназальный катетер 35-40% кислородом.

Адекватное и оптимальное питание ребенка с учетом толерантности к пище. К груди прикладывать при достижении стабильного компенсированного состояния. . *Инфузионная терапия.* Суточное количество жидкости ограничивают физиологической потребностью плюс патологические потери: - при $t^{\circ} > 37^{\circ}\text{C}$ добавляют 10 мл/кг/сут на каждый 1°C ; - при диарее – 10 мл/кг/сут; - при рвоте – 10 мл/кг/сут; - при тахипноэ – 10 мл/кг/сут на каждые 15 дыханий/мин свыше 60. Рекомендуется 75-80% жидкости восполнить оральным путем, а внутривенно вводить не более 20-30 мл/кг/сут со скоростью 6-8 мл/час, равномерно в течение суток с помощью инфузионного насоса. Инфузионная терапия при пневмонии заканчивается введением лазикса, чтобы снизить нагрузку объемом малого круга кровообращения. *V. Коррекция ацидоза.*

Вводится в вену 2% раствор натрия гидрокарбоната после расчёта по формуле: $4\% \text{ р-р NaHCO}_3 \text{ (мл)} = \text{ВЕ} \cdot \text{массу тела(в кг)} \cdot 0,3$. **Антибиотикотерапия** – основа успеха в лечении пневмонии у новорождённых детей. Эмпирически в начале проводят терапию **ампициллином с амикацином (реже с гентамицином)**. При уточнении этиологии парентерально назначают антибиотики целенаправленного действия:

1. При стрептококковой инфекции – ампициллин или пенициллин + аминогликозид.
2. При стафилококковой инфекции эффективны защищенные пенициллины (амоксиклав, аугментин) + аминогликозид (*гентамицин, амикацин и др.*). Альтернативная схема: цефалоспорины и/или аминогликозиды. Препаратами резерва являются *ванкомицин + рифампицин и/или аминогликозиды*.
3. При клебсиеллезной инфекции: азлоциллин или тикарциллин, пиперациллин + цефотаксим (клафоран) /аминогликозид или азтреонам.
4. При синегнойной пневмонии: тикарциллин или пиперациллин, цефтазидим + аминогликозид.
5. При атипичных пневмониях на фоне хламидиоза и микоплазмоза эффективны макролиды – эритромицин (эригран), сумамед, спирамицин (ровамицин), а также макропен.
6. При анаэробной инфекции (пептококки, пептострептококки, бактероиды и др.) назначают амоксициллин/клавулант или клиндамицин, аминогликозиды + метронидазол (по 0,015 г/кг/сут в 2 приема).
7. При пневмоцистной пневмонии: бисептол (30 мг/кг/сут, доза по триметоприму 20 мг/кг/сут), трихопол (7 мг/кг/сут) 2 курса по 10 дней.
8. При легионеллезной пневмонии эффективны эритромицин, рокситромицин, рифампицин, азитромицин (сумамед), клиндамицин, бактрим.

Курс антибиотикотерапии обычно составляет 2 недели, при стафилококковой пневмонии – до 3-4 нед. **VII. Биопрепараты** назначают для нормализации биоценоза кишечника (бифидумбактерин, лактобактерин, линекс, бифиформ и др.). **VIII. Пассивная иммунотерапия** проводится иммуноглобулинами (антистафилококковый, антисинегнойный, пентаглобин и др.). **IX. Симптоматическая терапия** (посиндромная):

- гипертермии: физические способы охлаждения, парацетамол;
- судорожного синдрома: ликвидация гипоксии, гипогликемии, гипокальциемии, гипомagneмии, гиповитаминоза В6, по показаниям – антиконвульсанты внутривенно: фенобарбитал, дифенин, диазепам, реже - натрия оксibuтират и др.;
- сердечно-сосудистой недостаточности: сердечные гликозиды быстрого действия – коргликон, строфантин; инотропные и сосудодобивные препараты допамин или добутаин при шоке, артериальной гипотензии и снижении почечного кровотока; при выраженной легочной гипертензии – изадрин;
- гипомоторики кишечника: прозерин 0,5% р-р 0,009 мг/кг подкожно или внутримышечно 2-3 раза в сутки, 5% Vit B1 0,1 мл/кг 1 раз в сутки в/м; при гипокалиемии – растворы калия хлорида внутрь или в вену, следует отметить, что оротат калия является нестероидным анаболическим и не купирует дефицит калия; при упорных срыгиваниях – 0,25% р-р новокаина внутрь за 30 мин до кормления 2-3 раза в сутки.

. **Дыхательный массаж**, вибромассаж проводят в периоде реконвалесценции. **XI. При гиповолемии** внутривенно вводят 0,9% раствор натрия хлорида, альбумин 10% раствор 10-15 мл/кг/сут., «Инфукол» - препарат ГЭК 6 % раствор. **XII. При лёгочной**

гипертензии (при ДНП-III степени) назначают лазикс 1 мг/кг 2-3 раза в сутки. **XIII. Витамины** С, В1, В2, В6, В15 внутрь, витамин Е по 10 мг внутримышечно. **XIV. ОРВИ** (неосложненная форма) лечат без антибиотиков. Последние назначают новорожденным из группы риска по инфекции: 1) ОРВИ + гнойный очаг (мастит, омфалит и др.); 2) $t^{\circ} > 38,5^{\circ}\text{C}$ + сопутствующие синдромы; 3) длительная лихорадка (> 3 суток); 4) реинфекция (ОРВИ > 2 недель). **4. Как должны наблюдаться в поликлинике дети, перенесшие острую пневмонию в возрасте до 3 месяцев?** В восстановительном периоде проводится диспансерное наблюдение в течение 1 года (в первые 6 мес участковый педиатр осматривает ребенка 2 раза в месяц, затем 1 раз в месяц). Назначается витамин Д3 (лечение и профилактика рахита), препараты железа (лечение и профилактика железодефицитной анемии). **5. Перечислите показания для госпитализации детей с острой пневмонией.** Новорожденные дети с диагнозом острая пневмония обязательно госпитализируются.

Эталон задачи № 6

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?

Предварительный диагноз: Ранний врожденный сифилис (триада: сифилитическая пузырчатка, сифилитический ринит, гепато- и спленомегалия). Сифилитическая пневмония. Лимфаденопатия. Асфиксия умеренная. Недоношенность 35 недель. ЗВУР, гипопластический вариант, средней тяжести. Необходимо исключить врожденный сифилитический энцефалит (нейролюис). **2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза, предположите результаты?** 1). Бактериоскопия содержимого пузырей и из носа (выявление бледной трепонемы). 134

2). Серологическое обследование для выявления специфических антител (IgG? IgM) к возбудителю сифилиса у матери и ребёнка (парные сыворотки) в динамике через 10-14 дней:

- РСК с кардиолипидным и трепонемным антигенами;
- РПГА (реакция пассивной гемагглютинации) – даёт меньшее число ложноположительных результатов, чем РСК;
- ИФА (иммуноферментный анализ на специфические IgM, IgG), тест IgM-ИФА;
- РИФ в разных модификациях (реакция иммунофлюоресценции на специфические антитела)
- РИБТ (реакция иммобилизации бледных трепонем);
- реакция иммунного блота (определение специфические IgM, IgG), иммуноблотинг;
- иммуносорбентный энзимный метод ELISA.

3). Обнаружение ДНК или антигенов возбудителя: полимеразная цепная реакция (ПЦР), энзимный иммуносорбентный анализ антигенов в биологическом материале от больного (кровь, ликвор, амниотическая жидкость). 4). Патоморфологическое исследование плаценты на сифилис. 5). Гинекологическое обследование матери на сифилис. 6). Исследование глаз офтальмологом (выявление хориоретинита, иридоциклита). 7). Рентгенография трубчатых костей (периоститы, остеохондриты в зонах усиленного роста). 8). Микроскопическая идентификация трепонем в ликворе. **3. Какова тактика неонатолога родильного дома?** Ребёнка и мать изолировать. В СЭС отправить экстренное извещение о случае врождённого сифилиса в родильном доме. Вызвать на консультацию дерматовенеролога. Решить вопрос о переводе ребёнка в специализированное отделение детской больницы. **4. С какими заболеваниями следует дифференцировать данный случай?** 1). Стафилококковая пузырчатка (пемфигус). 2). Церебральная ишемия. 3). TORCH-инфекция. 4). Пневмония новорождённых. 5). ОРВИ. 5. Составьте план лечения, диспансерного наблюдения, вакцинации на 1-м году жизни.

С момента рождения начать специфическое лечение новорождённого ребёнка (и соответственно мать). Используются бензилпенициллиновая натриевая (реже калиевая) соль 100000 ЕД/кг/сут внутримышечно в 6 инъекций (14 дней); бензилпенициллин новокаиновая соль 50000ЕД/кг/сут внутримышечно в 2 инъекции с интервалом в 12 ч (14 дней); Повторные курсы в зависимости от результатов обследования в 1, 2, 4, 6 и 12 мес. жизни. Нетрепонемные серологические тесты угасают в 3 мес и становятся отрицательными в 6 мес. После выписки относится ко II группе здоровья. Рекомендовано наблюдение дерматовенеролога, детского хирурга, оториноларинголога, офтальмолога, невропатолога. В перечне медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок (Приказ МЗ РФ № 375 от 18.12.1997 г.) врождённый сифилис не значится. Поэтому вакцинация данного ребёнка при выздоровлении должна проводиться соответственно календарю профилактических прививок.

Эталон задачи № 7

1. О какой патологии можно думать в данном случае? Можно думать о фето-фетальной (межблизнецовой) трансфузии. У донора-близнеца – острая постгеморрагическая анемия, ЗВУР 3 ст, гипопластический вариант. Недоношенность 36 недель. У реципиента-близнеца – полицитемический синдром, ЗВУР 1 ст, гипопластический вариант. Недоношенность 36 недель. **2. Какие исследования необходимо дополнительно провести для подтверждения диагноза?** 1). Общий анализ крови с подсчётом числа ретикулоцитов и цветового показателя 2). Определить уровень артериального давления. 3). Исследовать уровень ОЦК. 4). Определять почасовой диурез, особенно у донора-близнеца (опасность развития олигурии, при которой диурез менее 1 мл/кг/ч). 5). Оптимальным является мониторинг КОС, гликемии, гематокрита и электролитов крови до 4 раз в сутки. 6). У близнеца-реципиента из-за полицитемического синдрома имеется риск развития кровотечения, тромбоза вен, сердечной недостаточности и отёка лёгких, поэтому следует исследовать систему гемостаза, ЭКГ, провести доплер-эхокардиографию сосудов лёгких и головного мозга. **3. Какие изменения можно выявить у этих детей при проведении НСГ, и чем они обусловлены?** Из-за полицитемии, развитии

тромбозов и гипертензии у второго близнеца (реципиента) возможны пери- и интравентрикулярные кровоизлияния. **4. Какие осложнения могут возникнуть в обоих случаях, и чем они обусловлены?**

У близнеца-реципиента имеется риск развития кровотечения, тромбоза вен, сердечной недостаточности, отёка лёгких, некротизирующего энтероколита, гипербилирубинемии. У донора-близнеца – развитие постгеморрагического шока, РДС, постгипоксического поражения ЦНС. **5. Определите тактику лечебных мероприятий по отношению к обоим детям.** 1). Так как у донора-близнеца при рождении выраженная анемия, то ему возможно после повторного определения Hb и Ht понадобится провести в ближайшие часы после рождения трансфузия эритроцитарной массы, т.к. для неё показанием является при рождении уровень Hb ≤ 140 г/л и Ht $\leq 40\%$. 2). У реципиента-близнеца целесообразно купировать полицитемический синдром путём операции обменного переливания плазмы – кровопускания (10 мл/кг) и ввести такое же количество 5 % альбумина или свежезамороженной плазмы (снижение уровня Ht до 60 %).

Эталон задачи № 8

- 1. Назначьте план обследования, необходимый для подтверждения диагноза и определения тактики ведения больного. Предварительный диагноз:** Острая постгеморрагическая анемия, тяжелая. Асфиксия новорождённого умеренная. 1). Общий анализ крови с определением цветового показателя (нормохромная или гиперхромная ранняя анемия, гипохромная поздняя анемия) и числа ретикулоцитов (норморегенераторная, гипорегенераторная анемия). 2). Определение фетальных эритроцитов в крови матери (окраска мазков крови матери по Клейнхауэру-Бетке). 3). Исследование HbF в желудочном аспирате или меконии (при развитии геморрагического синдрома). 4). УЗИ головного мозга (нейросонография) и органов брюшной полости (выявление кровоизлияний). 5). Ревизия плаценты и ее сосудов в родильном зале. При подозрении на постгеморрагическую анемию проводится полный клинический анализ крови при рождении, а в последующие каждые 3 часа первых суток целесообразно определять уровень гемоглобина и гематокрита. Первоначально гематокрит может быть нормальным. Анемия часто нормохромная, в крови выявляются лейкоцитоз со сдвигом влево и ядерные формы эритроцитов. В отличие от гемолитических анемий при острой постгеморрагической анемии отсутствуют гепатоспленомегалия, желтуха, реакция Кумбса всегда отрицательная. **2. Какие осложнения возможны в данном случае?** Постгеморрагический шок. Гидремическая реакция в ответ на кровопотерю, иногда количество тканевой жидкости поступившей в кровоток может быть избыточной (в 1,5 раза больше объёма потерянной крови). **3. С какими заболеваниями можно проводить дифференциальный диагноз в данном случае?** Внутрижелудочковые кровоизлияния на фоне перенесенной асфиксии новорождённых. **4. Назначьте лечение.** 1). При острой кровопотере при рождении в вену пуповины вводят катетер, измеряют давление в вене и исследуют кровь на АВО и Rh-принадлежность. 2). Температурная поддержка, так как новорожденные с анемией быстро охлаждаются. 3). Оксигенотерапия. 4). Энергетическая поддержка (при шоке – парентеральное питание), т.к. при голодании ухудшается адаптация новорожденного. 5). Возмещение острых кровопотерь *трансфузией эритроцитарной массы* (давностью не более 3 суток) по следующим показаниям: а) анемия с сократительной сердечной недостаточностью (5 мл/кг массы тела медленно в течение 2-4 ч, если необходимо, то повторяют переливания эритроцитарной массы); б) Hb < 100 г/л с симптомами анемии; в) Hb < 130 г/л у детей с тяжелыми респираторными болезнями; г) Hb < 130 г/л при рождении; д) потеря крови 5-10% ОЦК. Переливание эритроцитарной массы в объеме 10-15 мл/кг массы тела новорожденного повышает уровень Hb на 20-40 г/л. При тяжелых анемиях используется формула П.Найбурга и Дж.Стокмана (1977): Количество эритроцитарной массы (мл) = m (кг)·дефицит Hb (г/л)·ОЦК (мл/кг):200, где 200 –

обычный уровень гемоглобина в эритроцитарной массе в г/л. При очень низких уровнях гемоглобина желательным уровнем Hb, по которому определяют уровень дефицита Hb, является 130 г/л. 6). При гиповолемическом шоке при отсутствии возможности проведения гемотрансфузии для быстрого возмещения ОЦК в вену вливают 5% альбумина, свежзамороженную плазму, изотонический раствор натрия хлорида или раствором Рингера. У детей с геморрагическим синдромом более показана цельная кровь, которая имеет более высокий гемостатический потенциал, чем эритромаасса. Пределом гемодилуции в первые часы жизни считают гематокрит 0,35 л/л и число эритроцитов $3,5 \cdot 10^{12}$ /л, тогда уже показано переливание эритромаассы или крови. Обычно при гиповолемическом шоке внутривенно вводят «Инфукол» (препарат 6 % ГЭК), 20 мл/кг массы тела ребенка Rh(-) 0(I) группы крови, свежзамороженную плазму, изотонический раствор натрия хлорида. **5. Каков прогноз у этого больного? Надо ли этому ребенку наблюдаться у невропатолога и почему?**

Для жизни прогноз благоприятный. Однако в последующем у таких больных развивается железодефицитная анемия. Поэтому с 2 недель жизни детям, перенесшим постгеморрагическую анемию, необходимо назначить препараты железа в дозе по утилизируемому железу 2 мг/кг массы тела 3 раза в день внутрь. Следует иметь в виду, что высокие дозы железа уменьшают всасывание цинка. Парентеральное введение препаратов железа повышает риск развития сепсиса. ***Гемотрансфузии при железодефицитной анемии не показаны, так как в эритромаассе мало железа.*** Одновременно с препаратами железа внутрь назначают витамины С, В₂, В₆, Р, Е, А в дозе в 2 раза выше физиологической нормы. Показано наблюдение у детского невролога, учитывая перенесенную острую гипоксию мозга в связи с асфиксией и хроническую – в связи с анемией, необходимость лечения последствий церебральной ишемии.

БОЛЕЗНИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Эталон задачи № 9

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

Осн. д-з: Спазмофилия, явная форма, эклампсия. Соп. д-з 1: Рахит II степени, подострое течение, период разгара. Соп. д-з 2: Острый (простой) бронхит.

2. Каков механизм развития судорожного синдрома у данного ребенка?

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

3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с:

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

4. Какие мероприятия Вы сочли бы первичными и неотложными? Необходимо:

- Госпитализировать ребенка;
- Соблюдать охранительный режим (ограничение или крайне осторожное выполнение неприятных для ребенка процедур);
- Наладить ингаляции кислорода;
- В/в медленно (со скоростью 1 мл/мин) ввести кальция глюконат (1 мл/кг 10% р-ра), предварительно растворив в таком же объеме 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора натрия хлорида;
- При отсутствии эффекта через 15 минут повторить введение глюконата кальция в той же дозе;
- В дальнейшем поддерживать уровень общего кальция в сыворотке крови в пределах 2,0-2,2 ммоль/л; для этого в течение первых суток при необходимости вводить внутривенно капельно каждые 6-8 часов 1% раствор кальций глюконата из расчета 10-15 мл/кг (для приготовления 1% раствора кальция глюконата развести базовый (10%) раствор в соответствующем количестве 0,9% раствора натрия хлорида или 5% раствора глюкозы;
- При сохранении симптомов скрытой тетании после введения препаратов кальция ввести раствор магния сульфата 25% - 0,2-0,5 мл/кг ввенно струйно.
- Желательно ребенка перевести на кормление материнским молоком, при невозможности этого – на адаптированную молочную смесь (1/3 суточного рациона может составить кисломолочная смесь); при этом надо максимально ограничить содержание цельного коровьего молока в рационе (из-за большого количества фосфатов) и увеличить количество овощного прикорма;

5. Чем опасен судорожный синдром?

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

Эталон задачи № 10

1. Ваш диагноз?

Осн. д-з: Рахит III степени (тяжелый), период разгара, подострое течение. Соп д-з: Дефицитная анемия легкой степени.

2. Что способствовало развитию заболевания у этого ребенка?

У данного ребенка развитию рахита способствовали:

- пренатальные факторы (неправильное питание, дефицит солнечного облучения матери во время беременности, осложненное течение беременности) способствовали недостаточному запасу витамина Д в организме ребенка

- пищевые факторы (ранний перевод на искусственное вскармливание, неправильное вскармливание (молочно-мучная диета))

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

3. Ваши представления о патогенезе заболевания?

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

4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Дифференциальный диагноз проводят в первую очередь с так называемыми рахитоподобными заболеваниями - витамин-Д-зависимый рахит витамин-д-резистентный рахит (фосфат-диабет) синдром Дебре-де Тони-Фанкони

- первичная хондродистрофия - врожденная ломкость костей

5. Как проводить лечение?

Лечение:

- организация правильного режима (пребывание на свежем воздухе не менее 2-3 часов в день, регулярное проветривание помещения);

- адаптированное питание (адаптированная молочная смесь, своевременное введение овощных, злаковых, кисломолочных, фруктовых, мясных блюд соответственно возрасту);

- витамин Д начать с дозы 2000 МЕ в день в течение 3-5 дней, постепенно довести до 5000 МЕ в день (например, холекальциферол (Аквдетрим) водный раствор - по 10 кап в день (в 1 кап. - 500 МЕ)), курс лечения – 30-45 дней. После окончания лечебного курса переходят на прием профилактических доз (400-500 МЕ в день) ежедневно в течение 2-2,5 лет, исключая летние месяцы;

- препараты кальция в течение 3 недель (предпочтение отдается кальцию карбонату – в 1 г соли содержится 400 мг кальция) из расчета 50 мг/кг/сут;

- цитратная смесь - по 1 ч.л. х 3 раза в день;

- препараты, уменьшающие вегетативные нарушения (например, аспаркам - 1/3 таб х 3 раза в день);

- препараты стимулирующие метаболические процессы (например, левокарнитин – 2-3 кап 1 раз в день);

- препараты для коррекции обмена фосфора в течение 3-4 недель (например, кальция глицерофосфат – 50 мг 2-3 раза в сутки внутрь);

- занятие лечебной физкультурой, массаж через 2 недели после начала медикаментозной терапии в течение 1,5-2 мес.

Эталон задачи № 11

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

Осн. д-з: Спазмофилия, явная форма, эклампсия; Соп. д-з 1: рахит III степени, стадия разгара, подострое течение; Соп. д-з 2: гипохромная анемия.

2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза? Для подтверждения диагноза необходимы:

- биохимический анализ крови (уровень кальция, фосфора, магния, активность щелочной фосфатазы, рН);

- уровень паратиреотропного гормона в плазме;

- биохимический анализ мочи (фосфор, кальций, магний, аминокислоты);

- денситометрия;

- рентгенограмма голени и предплечья;

- ЭКГ.

3. Какие изменения кислотноосновного обмена, уровня кальция и фосфора в биохимическом анализе крови следует ожидать у ребенка?

Следует ожидать при спазмофилии – смещение рН крови в сторону алкалоза; гипокальциемию и нормо- или гиперфосфатемию.

4. Каков патогенез развития судорожного синдрома?

Возникновение судорог при спазмофилии обусловлено повышенной возбудимостью как центральной, так и периферической нервной системы, главным образом нервно-мышечного аппарата. Этому способствует нарушение ионного равновесия из-за гипокальциемии, гиперфосфатемии и алкалоза. При повышении щелочности крови уменьшается ионизация кальция. Именно снижение количества ионизированного кальция (даже при нормальном уровне общего кальция) имеет решающее значение. Возможно, возникновению судорог способствует также наблюдающийся при рахите и усиливающийся при спазмофилии недостаток витамина В₁. При этом возникают резкие нарушения в гликолитической цепи с образованием пировиноградной кислоты, способствующей появлению судорог. Тетания может быть обусловлена также недостатком магния.

5. Какова терапия этого заболевания?

Лечение спазмофилии: А) при судорогах

- ингаляции кислорода

- В/в медленно (со скоростью 1 мл/мин) ввести кальция глюконат (1 мл/кг 10% р-ра), предварительно растворив в таком же объеме 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора натрия хлорида;

- при отсутствии эффекта через 15 минут вновь повторить введение кальция глюконата в той же дозе;

- в дальнейшем поддерживать уровень общего кальция в сыворотке крови в пределах 2,0-2,2 ммоль/л; для этого в течение 1-2 суток при необходимости вводить внутривенно капельно каждые 6-8 часов 1% раствор кальций глюконата из расчета 10-15 мл/кг (для приготовления 1% раствора кальция глюконата развести базовый (10%) раствор в соответствующем количестве 0,9% раствора натрия хлорида или 5% раствора глюкозы;

- При сохранении симптомов скрытой тетании после введения препаратов кальция ввести раствор магния сульфата 25% - 0,2-0,5 мл/кг ввенно струйно;

- С 3 суток – препараты кальция внутрь с пищей (предпочтительно кальция карбонат из расчета 50 мг/кг/сут чистого кальция).

Б) При отсутствии грудного молока кормить адаптированными молочными смесями (в т.ч. кисломолочными). Максимально сократить содержание коровьего молока в рационе (из-за большого количества фосфатов) и увеличить количество овощного прикорма. Г) спустя 3-4 дня после судорог следует назначить витамин Д в дозе 5000 МЕ в день (10 кап. Аква-Д-трим) в течение 30-45 дней. Затем дозу препарата уменьшают до профилактической (400-500 МЕ ежедневно) и дают до 3 летнего возраста, исключая летние месяцы.

Эталон задачи № 13

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Железодефицитная анемия средней степени тяжести. **2. Какие причины способствовали развитию заболевания у данного ребенка?** Развитию заболевания у данного ребенка способствовали:

- Дефицит железа в организме матери во время беременности

- Недостаточное поступление железа с пищей (раннее искусственное вскармливание, использование неадаптированных молочных смесей, несвоевременное и неправильное введение прикормов, вскармливание коровьим молоком, молочно-вегетарианский рацион, несбалансированная диета, лишенная мясных продуктов).

3. Какое лечение необходимо назначить ребенку? А) Необходимо лечение пероральными препаратами железа, желательно в жидкой форме (сироп Феррум Лек, капли Мальтофер). Суточная лечебная доза составляет 6 мг х массу в кг). Масса ~ 10 кг. Суточная доза = $6 \times 10 = 60$ мг. Для приема полной терапевтической дозы необходимо 6 мл сиропа Феррум Лек в сутки (т.к. 1 мл содержит 10 мг элементарного железа). Курс лечения 6-10 недель.

Б) Полноценная сбалансированная по основным ингредиентам диета. В) Соблюдение режима дня с достаточным пребыванием на свежем воздухе.

4. Какова продолжительность курса лечения и реабилитационного периода при данном заболевании? Длительность основного курса лечения железодефицитной анемии препаратами железа зависит от степени тяжести анемии. Критерием отмены препарата является восстановление депо железа - уровня сывороточного ферритина. Прием терапевтической дозы происходит до нормализации уровня гемоглобина и эритроцитов крови (6-10 неделя от начала терапии в зависимости от степени тяжести анемии). После достижения нормальных уровней гемоглобина для создания депо железа в организме целесообразно продолжать ферротерапию: при анемии легкой и средней степени – 3-6 недель (суточная доза элементарного железа при этом должна соответствовать 2-3 мг/кг), при анемии тяжелой степени – 4-8 недель (суточная доза элементарного железа при этом должна соответствовать 2-3 мг/кг).

5. Каким препаратам в настоящее время отдаётся предпочтение при терапии подобных состояний? В настоящее время для лечения железодефицита отдается предпочтение препаратам железа в виде гидроксид-полимальтозного комплекса трехвалентного железа (Феррум Лек, Мальтофер). Преимущественно используются препараты железа для перорального приема, у детей раннего возраста лучше использовать препараты, выпускаемые в жидкой форме. Эти препараты удобны тем, что имеют высокую биодоступность, их прием не требуется сочетать с приемом пищи, не требуют методики постепенного наращивания дозы, т.к. обладают высокой безопасностью, имеют хорошие органолептические свойства.

Эталон задачи № 14

1. Поставьте диагноз. Пищевая аллергия: острая крапивница, синдром оральной аллергии, аллергический энтерит. Атопический дерматит, распространенный, среднетяжелое течение, обострение.

2. Каковы механизмы развития аллергических реакций? Механизмы развития аллергических реакций:

- Проникновение антигена во внутреннюю среду организма в результате нарушения целостности биологических мембран

- Увеличение продукции общего и специфических JgE-антител

- Фиксация образовавшихся JgE к специфическим рецепторам на мембранах тучных клеток и базофилов. При повторном поступлении АГ (аллерген) распознается фиксированными на тучной клетке (ТК) антителами, происходит активация тучной клетки с высвобождением предсуществующих медиаторов (медиаторов, которые там уже находились), в том числе гистамина, серотонина, кининов, которые обуславливают развитие ранней (или быстрой) фазы аллергического ответа.

Некоторые из них (например, гистамин) вызывают внешние клинические проявления: сокращение гладких мышц, повышение сосудистой проницаемости, гиперсекреция слизи, стимуляция нервных окончаний. Другие видоизменяют состояние ткани, подготавливая ее к пролонгации процесса аллергической реакции. Некоторые медиаторы обладают противогистаминной активностью и способностью ингибировать действие лейкотриенов. Таким образом, предсуществующие в ТК медиаторы вызывают, во-первых, внешние проявления аллергической реакции, во-вторых, подготавливают ткань к пролонгации всего аллергического процесса, в-третьих, оказывают в какой-то степени сдерживающее влияние на дальнейшее продолжение аллергической реакции, что может привести к спонтанному завершению аллергического процесса.

- Несколько позже в ходе активации ТК образуются новые медиаторы - простогландины, тромбоксан, лейкотриены, фактора активации тромбоцитов, которые участвуют в формировании поздней фазы аллергического ответа (они способствуют развитию хронического аллергического воспаления, усилению неспецифической гиперреактивности и поддержанию обострений).

3. Назначьте лечение. Лечение:

- диетотерапия

- контроль за окружающей средой

- антигистаминные препараты 2 поколения (цетиризин по 5 кап x 2 раза в день) длительно – до 3 месяцев, мембранстабилизирующие (налкром 100 мг (1 капсула) x 3 раза в день за 30 мин до еды - предупреждает развитие аллергических реакций на уровне ЖКТ)

- препараты, улучшающие функцию органов пищеварения (панкреатин 0,25 г x 3 раза перед едой)

- наружная терапия - эмульсия Адвантан, лечебная косметика (локобейз липокрем, топикрем, экзомега и т.д.).

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

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

Эталон задачи № 15

1. **Сформулируйте диагноз.** Рахит II степени, стадия разгара, подострое течение.

2. **В чем причина развития заболевания? Какие факторы способствуют развитию патологического процесса при данном заболевании?**

Причина развития заболевания – дефицит витамина Д и его активных метаболитов. Развитию рахита способствуют: А) Дефицит солнечного облучения и пребывания на свежем воздухе. Б) Пищевые факторы:

- искусственное вскармливание неадаптированными смесями
- длительное молочное вскармливание
- преимущественно вегетарианское вскармливание

В) пренатальные факторы:

- осложненное течение беременности с плацентарной недостаточностью
- нерациональное питание и режим жизни беременной
- недоношенность, многоплодная беременность

Г) синдром мальабсорбции, т.к. нарушается утилизация жиров, а следовательно и всасывание витамина Д, а также минеральных веществ. Кроме этого нарушается синтез кальцийсвязывающего белка в стенке кишечника и синтез 1,25-дигидрохолекальциферола. Д) активная терапия антиконвульсантами Е) эндогенный и экзогенный дефицит минеральных веществ (кальций, фосфор, магний, медь) в совокупности с дефицитом витамина Д Ж) заболевания почек, например почечная недостаточность с нарушением или полным отсутствием выработки 1,25-дигидрохолекальциферола. У данного ребенка развитию патологического процесса способствовало неправильное вскармливание (сведений о других причинах нет)

3. **Какие изменения костей характерны для острого течения заболевания, какие – для подострого?**

Для острого течения рахита характерна остеомаляция костной системы, Для подострого – остеоидная гиперплазия, одновременное наличие у ребенка поражения костей в разные периоды первого года жизни (череп деформируется в первые 3 месяца жизни, грудная клетка – в 3-6 месяцев, нижние конечности – во втором полугодии.

4. **Какие изменения в биохимическом анализе крови и мочи, а также какие рентгенологические изменения в трубчатых костях следует ожидать при данном заболевании?**

В б/х анализе крови должно быть:

- снижение фосфора сыворотки до 0,65 ммоль/л и ниже (норма 1,5-1,8)
- снижение кальция до 2,0 – 2,2 ммоль/л (норма 2,2-2,7 ммоль/л)
- повышение соотношения кальция и фосфора в сыворотке до 3:1 – 4:1 (норма 2:1)
- повышение активности щелочной фосфатазы выше 400 ЕД/л
- уменьшение содержания лимонной кислоты ниже 62 ммоль/л

В б/х анализе мочи следует ожидать:

- аминокацидурию
- фосфатурию
- кальциурию (выше 10 мг/кг в сутки)

Рентгенологически в трубчатых костях должны быть следующие изменения:

- остеопороз в области энхондрального окостенения,
- зона обызвествления становится не выпуклой, а более горизонтальной, постепенно сглаживается, делается неровной, бахромчатой,
- щель между эпифизом и диафизом увеличивается за счет расширяющегося метафиза,
- эпифиз приобретает блюдцеобразную форму, т.к. периостальное окостенение нарушается меньше энхондрального,
- ядра окостенения головок трубчатых костей появляются своевременно, но на рентгенограмме выявляются менее отчетливо вследствие нарушения темпов окостенения,
- нередко бывают поднадкостничные переломы по типу зеленой веточки – надломы коркового слоя с небольшим продольным смещением на вогнутой стороне искривленной кости.

5. Назначьте лечение.

- Организация правильного режима дня, достаточный отдых
- Устранение различных раздражителей (яркого света, шума и др.)
- Ежедневное пребывание на свежем воздухе не менее 2-3 часов
- Регулярное проветривание помещения, где находится ребенок
- Кормление: Адаптированные смеси (содержание витамина Д 400 МЕ в 1 л в комплексе с другими витаминами)

Кисломолочные смеси в количестве $\cdot 1/3$ суточного объема

- Своевременное введение прикормов (начать с овощного)
- Регулярный (1-2 раза в неделю) расчет питания с последующей его коррекцией
- **Препараты витамина Д** (например, вигантол): Лечебная доза витамина Д – 2500-5000 МЕ (5-10 кап) в сутки, курс лечения – 30-45 дней

После окончания курса лечения доза витамина Д снижается до профилактической (400-500 МЕ), применяется ежедневно с октября по апрель в течение 2-2,5 лет

- **Метаболические препараты** (левокарнитин – 2-3 кап 1 раз в день) в течение 1-3 месяцев

- **Препараты кальция** - препараты кальция в течение 3 недель (предпочтение отдается кальцию карбонату – в 1 г соли содержится 400 мг кальция) из расчета 50 мг/кг/сут;

- **Препараты, корректирующие обмен фосфора** (кальция глицерофосфат – 50 мг 2-3 раза в сутки внутрь) применяют в течение 3-4 недель

- **Цитратная смесь** (по 1 ч.л. 3 раза в день в течение 10-12 дней.) – для улучшения всасывания солей кальция и фосфора в кишечнике

- **Бальнеолечение** (хвойные ванны по 8-10 мин ежедневно – 10-15 процедур)

- **Массаж, лечебная физкультура, закаливание** назначают через 2 недели после начала медикаментозной терапии в течение 1,5-2 мес.

Эталон задачи № 16

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.

Диагноз: Железodefицитная анемия, тяжелой степени. Обоснование диагноза. Диагноз поставлен на основании жалоб на быструю утомляемость, выпадение волос, снижение аппетита, бледность кожи; на основании анамнеза: ребенок находился на раннем неправильном искусственном вскармливании, получал молочнорастительную пищу, мясные продукты в рационе отсутствовали; отмечалось извращение вкуса; при диспансеризации у ребенка выявлено

снижение уровня гемоглобина до 76 г/л и цветового показателя до 0,53; на основании объективных данных - девочка вялая, почти безразлична к окружающему, кожа и видимые слизистые очень бледные с желтоватым оттенком, ушные раковины на просвет желтовато-зеленоватой окраски, в углах рта "заеды", тоны сердца приглушены, систолический шум мягкого тембра, увеличение печени, отставание психомоторного развития; на основании лабораторных данных - снижение Hb до 60 г/л, Эр - до $2,6 \times 10^{12}$ /л, снижение ЦП, ускорение СОЭ, в б/х анализе крови – снижение уровня сывороточного железа и повышение ОЖСС.

2. Какие причины способствовали развитию заболевания у данного ребенка?

Недостаточное поступление железа с пищей (раннее искусственное вскармливание, вскармливание козьим молоком, молочно-вегетарианский рацион, несбалансированная диета, лишенная мясных продуктов).

3. Какое лечение необходимо назначить ребенку?

А) Учитывая тяжелую степень ЖДА, необходимо лечение парентеральным препаратом (Феррум Лек). Перед введением первой терапевтической дозы препарата определяется переносимость препарата введением тест-дозы – половина суточной дозы для детей. Если в течение последующих 15 минут не развивается никаких нежелательных эффектов препарата, вводят оставшуюся порцию начальной суточной дозировки. Доза подбирается индивидуально.

1) вначале рассчитывают общий дефицит железа (ОДЖ) (мг): $ОДЖ = ЖВГ \cdot ДЖ$ Где ЖВГ – железо, включенное в гемоглобин (мг): $ЖВГ = МТ \times (ЦЗГ \cdot ДУГ) \times 0,24$ Где МТ – масса тела (кг);

ЦЗГ – целевое значение гемоглобина (г/л), при массе тела до 35 кг оно составляет 130 г/л; ДУГ – действительный уровень гемоглобина (г/л); Коэффициент $0,24 = 0,0034 \times 0,07 \times 1000$ Где $0,34\%$ = содержание железа в гемоглобине, 7% = общий объем крови в процентах от массы тела, 1000 = коэффициент пересчета грамм в миллиграммы ДЖ – депонированное железо (мг), при массе тела до 35 кг оно составляет 15 мг/кг массы тела. 2) рассчитывают общее число ампул на курс лечения (ОЧА): $ОЧА = ОДЖ / 100$ где 100 – содержание железа в 1 ампуле (мг) Расчет для данного пациента: Масса тела = 10 кг Действительный уровень гемоглобина = 60 г/л Железо, включенное в гемоглобин = $10 \times 0,24 \times (130 - 60) = 168$ мг Fe Депонированное железо = $15 \times 10 = 150$ мг Fe Общий дефицит железа = $168 + 150 = 318$ мг Fe Общее число ампул на курс лечения = $318 / 100 = 3,18 \sim 3$ ампулы по 2 мл. Суточная доза препарата, у детей в 1 год ~ 25 мг/сут, т.е. 0,5 мл Феррум Лек. Следовательно, курс лечения Феррум Лек у данного ребенка будет составлять 12 инъекций. Вводить препарат надо с интервалом в 1-2 дня. Т.е. данному ребенку на курс лечения необходимо вводить Феррум Лек в/м по 0,5 мл 1 раз в сутки 12 раз с интервалом 1-2 дня. В период реабилитации – использовать сироп Феррум Лек из расчета 2 мг/кг/сут, т.е. 20 мг (2 мл) в сутки в течение 4-8 недель. Б) Цианокобаламин – 50 мкг в/м 1 раз в сутки через день № 3-5. В) Фолиевая кислота – 0,001 внутрь 2-3 раза в сутки в течение 3 недель. Г) Полноценная сбалансированная по основным ингредиентам диета Д) Соблюдение режима дня с достаточным пребыванием на свежем воздухе 4. **Показано ли переливание эритроцитной массы при данном заболевании и почему?** Не рекомендуется применять трансфузии эритроцитной массы даже в случаях тяжелой ЖДА, поскольку она развивается постепенно и ребенок адаптируется к анемизации. Переливание эритроцитной массы при ЖДА проводится:

- по витальным показаниям, при угрожающих жизни состояниях, при выраженном анемическом синдроме (Hb ниже 50 г/л);

- больной нуждается в срочном хирургическом вмешательстве

Эритроцитная масса вводится из расчета 3-5 мг/кг/сут (максимально 10 мг/кг/сут) – в/в медленно, через день, вплоть до достижения такого уровня Hb, который позволит уменьшить риск оперативного вмешательства.

5. Каковы особенности диетотерапии при данном заболевании?

Рекомендуется исключительно грудное вскармливание до 4-6 месяцев жизни (концентрация железа в женском молоке составляет всего 0,2-0,4 мг/л, однако этого

достаточно для обеспечения потребностей растущего организма ребенка в железе благодаря его высокой биодоступности (50%). При искусственном вскармливании для детей первого полугодия жизни используют смеси с содержанием железа от 0,4 до 0,8 мг/100 мл, что является вполне достаточным, так как «материнские» запасы железа еще не истощены. Содержание железа в «последующих» адаптированных молочных смесях (для детей второго полугодия жизни) возрастает до 0,9-1,3 мг/100 мл. К 4 – 6 месячному возрасту в организме ребенка истощаются антенатальные запасы железа и его метаболизм становится абсолютно зависимым от количества микронутриентов, поступающих с пищей в виде прикорма. При выборе продуктов для восполнения дефицита железа необходимо учитывать не только суммарное количество железа в продуктах, но и качественную форму его соединений. Целесообразно включение в питание продуктов промышленного производства, обогащенных железом (фруктовые соки, фруктовые и овощные пюре, инстантные каши), что повышает количество железа, поступающего с пищей в организм ребенка. Несмотря на высокое содержание железа в некоторых продуктах растительного происхождения, они не в состоянии обеспечить высокие ферропотребности растущего детского организма. Присутствующие в продуктах растительного происхождения вещества (танины, фитины, фосфаты) образуют с Fe (III) нерастворимые соединения и выводятся с калом. Имеются также сведения о неблагоприятном влиянии на абсорбцию железа пищевых волокон, которыми богаты крупы, свежие овощи, фрукты. В кишечнике пищевые волокна практически не перевариваются, железо фиксируется на их поверхности и выводится из организма. Напротив, повышают биодоступность железа аскорбиновая и другие органические кислоты, а также животный белок, содержащий гемовое железо. Важно, что продукты из мяса и рыбы увеличивают всасывание железа из овощей и фруктов при одновременном их применении. Учитывая вышесказанное, а также высокое содержание в мясе легкодоступного железа мясной прикорм рекомендуется вводить не позднее 6 месяцев. Цельное коровье молоко в питании детей до 1 года не используется. Концентрация железа в коровьем молоке составляет всего 0,3 мг/л, а его биодоступность около 10%. Использование неадаптированных продуктов (коровьего молока и кефира) в питании детей раннего возраста приводит к возникновению микродиapedезных желудочно-кишечных кровотечений, что является фактором риска развития ЖДС.

КАРДИОЛОГИЯ

Эталон задачи № 17

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

Диагноз: ВПС синего типа – полная транспозиция магистральных сосудов, СН IIБ ст.

2. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза. ЭКГ, Допплер-ЭхоКС, R-графия сердца в двух проекциях с контрастированием пищевода, кардиохирургические методы – катетеризация сердца, ангиография.

3. С какой целью проводится процедура Рашкинда таким больным? Процедура Рашкинда (закрытая ангиосептотомия) проводится для создания межпредсердного сообщения между малым и большим кругами кровообращения расширением овального окна. Под контролем R-графии или УЗИ через бедренную вену (у новорожденных через пупочную вену) в

правое предсердие и далее через открытое овальное окно в левое предсердие вводится катетер, на конце которого имеется баллончик. Последний наполняется контрастным веществом, и катетер коротким рывком выводится из левого предсердия до устья нижней полой вены, производя разрыв МПП в области ООО. Тракции повторяют несколько раз, постепенно увеличивая баллончик от 1 до 4 мм.

4. Нуждаются ли дети с данной патологией в получении сердечных гликозидов? Какое направление действия сердечных гликозидов реализуется при данном пороке? Да, при сердечной недостаточности, они оказывают положительный инотропный эффект (кардиотоническое действие).

5. Назовите возможные неблагоприятные факторы, определяющие формирование врожденных пороков сердца. Генетические факторы, воздействие факторов среды, сочетание наследственной предрасположенности и патологического влияния различных факторов среды, т.е. мультифакториальная природа ВПС.

Эталон задачи № 18

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.

Диагноз: Неревматический кардит приобретенный, предположительно вирусной этиологии, с преимущественным поражением миокарда, тяжелый, острое течение, СН ИБ ст., ФК III по NYHA.

Диагноз поставлен на основании а) жалоб на рвоту, потерю массы тела, влажный кашель; б) данные анамнеза болезни – в возрасте 11,5 мес. Перенес ОРВИ с катаральными явлениями, жидким стулом, болями в животе, субфебрилитетом; через 2-3 недели появились утомляемость во время игр, одышка. Симптомы нарастали – влажный кашель ночью, рвота, потеря веса, бледность кожи при нормальной температуре; в) объективные данные: тяжелое состояние, кожа бледная, область сердца – небольшой сердечный горб, разлитой верхушечный толчок, значительно расширена левая граница

сердца, тахикардия, тоны сердца приглушены, особенно I тон, на верхушке негрубый систолический шум, симптомы сердечной недостаточности: одышка 44 в минуту, в нижних отделах легких единичные влажные хрипы, увеличение печени, селезенки; г) в дополнительных методах обследования – клинич. ан. крови – небольшой нейтрофилез, на ЭКГ – признаки левограммы, перегрузки левого предсердия и левого желудочка, на R-грамме КТИ – 60 % (2 степень увеличения), на ЭхоКС – увеличение левых полостей, снижение сократительной способности миокарда ЛЖ (фракция изгнания 40 %).

2. Оцените представленные результаты обследования. Оценка проведенных обследований приведена в обосновании диагноза.

3. Какие еще обследования хотели бы Вы провести ребенку? Какой биохимический показатель крови надо определить для подтверждения диагноза? Дополнительные методы обследования: Б/х ан. крови: протеинограмма, серомукоид, проба Вельтмана, тимоловая, СРБ, АСТ, АЛТ, КФК, ЛДГ_{1-2 фракции}, R-графия грудной клетки (левый бок с контрастированием пищевода), ан. мочи, измерение диуреза. Ферменты КФК, ЛДГ подтверждают диагноз.

4. Проведите дифференциальный диагноз. Дифференцировать с ВПС с обогащением малого круга. Признаки ВПС могли бы проявиться с рождения, и при такой тяжелой СН порок протекал бы тяжело, проявился рано. Характер шума,

приглушенные тоны, особенно I тон, не характерны для ВПС. На ДопплерЭхоКС при ВПС выявлены были бы патологические потоки. Врожденный кардит достоверен, если симптомы патологии проявляются внутриутробно или в роддоме; вероятный – если симптомы появляются в первые месяцы жизни без предшествующего интеркуррентного заболевания. Больной развивался до 11,5 мес. по возрасту.

5. Окажите неотложную помощь в случае развития отека легких. В случае развития отека легких:

а) Положение ребенка с возвышенным головным концом. б) Обеспечить проходимость верхних дыхательных путей (удалить слизь электроотсосом, грушей). в) Ингаляции увлажненного кислорода 70%, пропущенного через 33% спирт по 15-20 минут. г) Раствор лазикса 1% - 1,2 мл в/в д) Раствор преднизолона 3% - 1 мл (30 мг) в/в струйно. е) Раствор седуксена 0,5 % - 0,7 мл в/м. ж) При сохраняющемся низком сердечном выбросе – добутамин (в палате интенсивной терапии) титровано 60 мкг/мин (5 мкг/кг/мин) в физиологическом растворе. з) При отсутствии эффекта и угрозе остановки сердца – ИВЛ. и) После купирования отека легких и стабилизации гемодинамики – сердечные гликозиды в поддерживающей дозе (0,01 мг/кг) с последующим назначением ингибиторов АПФ (капотен 0,5 мг/кг в 3 приема) и антагонистов альдостерона (3 мг/кг).

Эталон задачи № 19

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по классификации. Диагноз: Хроническая ревматическая болезнь, активная фаза, активность II-III степени, ревмокардит возвратный, недостаточность митрального клапана, вальвулит аортального клапана, СН IIА ст., ФК II по NYHA.

Диагноз поставлен на основании: а) жалоб на утомляемость, субфебрилитет; б) анамнез болезни - 2 года назад перенес ревматическую атаку, закончившуюся формированием недостаточности митрального клапана, настоящее ухудшение состояния после охлаждения; в) объективные данные – бледность, одышка в покое, разлитой верхушечный толчок, смещенный влево, систолическое дрожание, расширение левой границы и верхней сердца, дующий систолический шум на верхушке, связанный с I тоном, проводящийся экстракардиально; протодиастолический шум во II-III межреберье слева от грудины, вдоль левого ее края, тахикардия, снижение АД; г) лабораторные данные: клинический ан. крови - небольшой лейкоцитоз, ускоренная СОЭ; ЭКГ – синусовая тахикардия, левограмма, перегрузка левого желудочка и левого предсердия, эндокардиальная ишемия миокарда левого желудочка.

2. Какие еще обследования необходимо провести больному? Б\х ан. крови: протеинограмма, серомукоид, проба Вельтмана, тимоловая, СРБ, АСТ, АЛТ, иммунологические показатели – АСЛО, АСГ, АКА, ЦИК, иммуноглобулины А, М, G, мазок из зева и носа, ДопплерЭхоКС, ФКГ, R-графия грудной клетки.

3. Проведите дифференциальный диагноз изменений со стороны сердечнососудистой системы. Разлитой усиленный верхушечный толчок свидетельствует о поражении аортального клапана, об этом же свидетельствует систолическое дрожание; дующий систолический шум на верхушке, проводящийся экстракардиально, связанный с I тоном – признак митральной недостаточности; «льющийся» вдоль грудины протодиастолический шум – проявление аортальной недостаточности. Характеристика сердечных тонов в задаче не дана.

4. Составьте план лечения данного больного. Лечение: режим ИБ, диета –10. ограничение соли до 3 г/сутки, жидкости – 75 % от диуреза предыдущего дня, антибактериальная терапия (бензилпенициллина натриевая соль), НПВС (диклофенак-натрий), глюкокортикостероиды (преднизолон), кардиотрофики (рибоксин, или элькар, или милдронат), ингибиторы АПФ (капотен), назначения других препаратов для лечения СН I-IIА не требуется; аскорбиновая кислота, рутин.

- 5. Назовите особенности ревматического процесса в детском возрасте.** Преобладание экссудативного компонента воспаления в клинике дает более частое поражение сердца у детей с выраженным кардитом, вовлечением в процесс сердечных оболочек, перикарда, клапанного аппарата, кожных проявлений. Но в настоящее время тяжесть этих проявлений и частота вовлечения в процесс серозных оболочек значительно снизилась.

Эталон задачи № 20

- 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.** Диагноз: Ювенильный ревматоидный артрит, преимущественно суставная форма, без поражения глаз, полиартрит, серонегативный, медленно прогрессирующее течение, III степень активности, R стад. I-II, ФС Па.

Диагноз поставлен на основании: 1) анамнез заболевания – болен 10 лет, когда в 3-хлетнем возрасте после гриппа появился артрит коленного сустава, затем в процесс вовлекались все новые и новые суставы; 2) объективные данные – утренняя скованность, деформация и припухлость многих суставов, вовлечение в процесс тазобедренного сустава; 3) лабораторных данных: кл. ан. крови – лейкоцитоз, ускоренная СОЭ, б/х ан. крови - диспротеинемия, гиперглобулинемия (увеличение α_1 и γ фракций), увеличение серомукоида, R-графия - эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели.

- 2. Какие еще обследования следует провести больному?** Ан. крови на РФ, СРБ, АСЛО, АНФ, ЦИК, сывороточные иммуноглобулины; ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ суставов, УЗИ паренхиматозных органов (печень, почки, селезенка), ан. мочи на суточную потерю белка, ан. мочи по Зимницкому; консультация ортопеда, осмотр окулиста – среды глаз (на щелевой лампе)

- 3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в начале процесса?** Наиболее часто в начале заболевания дифференцируют с реактивным артритом, ревматизмом. РА чаще имеет доброкачественное течение, быстро купируется, тем не менее требуется время для установки окончательного диагноза. Ревматизм развивается у детей школьного возраста, чаще поражаются несколько суставов, артрит имеет летучий характер, быстро купируется при лечении НПВС, с самого начала заболевания выявляются признаки поражения сердца.

4. Составьте план лечения больного. Лечение: диета 10, режим свободный (II) ограничивать движения больному нельзя. Постельный режим только на период выраженного болевого синдрома, по его стиханию сразу назначается массаж, ЛФК. Медикаментозная терапия – НПВС (диклофенак-натрий 2-3 мг/кг), необходимо подключить базисную терапию – метотрексат внутрь или в/м 10-15 мг/м² поверхности тела, физиопроцедуры на суставы, компрессы с димексидом, симптоматическая терапия (по мере обследования и наблюдения за больным, фолиевая кислота (в день приема метотрексата).

5. Как объяснить частоту поражения глаз при этой патологии? Назовите симптомы поражения глаз при этом заболевании. Частое поражение глаз ревматоидным воспалением связывают с эмбриональным средством тканей суставов и сосудистого тракта глаз, имеющих общее мезенхимальное происхождение. Наиболее характерна триада симптомов – вялотекущий увеит, лентовидная дистрофия роговицы и осложненная катаракта (значительное снижение остроты зрения, слепота).

Эталон задачи № 21

1. Поставьте предварительный диагноз больной. Диагноз: Лабильная артериальная гипертензия. Фон: Синдром вегетативной дисфункции по смешанному типу с преобладанием симпатикотонии.

2. Составьте план обследования. Б/х ан. крови: холестерин, Са, К, КЩР, креатинин. ЭхоКГ, ЭхоЭГ, РЭГ, КИГ (кардиоинтервалография), R-графия черепа, осмотр окулиста (глазное дно), консультация невропатолога.

3. Какие факторы способствовали возникновению данного заболевания? Психотравма (развод родителей), начавшиеся конфликты с товарищами по школе). Имеет очаг хронической инфекции – хр. тонзиллит, отягощенная наследственность по НЦД (у матери), гипертоническая болезнь (у бабушки по линии матери).

4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? Следует исключить органическую патологию ЦНС, хр. нейроинфекцию. Дифференцировать с симптоматическими АД – исключить почечную патологию (паренхиматозную, реноваскулярную, эндокринные заболевания (тиреотоксикоз, феохромоцитома, синдром Иценко_Кушинга).

5. Наметьте план лечения больной. Оказание неотложной помощи при развитии гипертонического криза. Соблюдение режима дня, ЛФК, ограничение поваренной соли, мучных изделий, жирного мяса, сладостей. Массаж области шейно-воротниковой зоны, физиолечение, электросон, водные процедуры, психотерапия. Седативные средства (пустырник, валериана, боярышник), адаптогены, ноотропы, при внутрочерепной гипертензии – диакарб, беллоид (или беллатаминал, белласпон).

При развитии гипертонического криза: а) измерить давление. б) корвалол 14 капель. в) Капотен 12,5 мг (1/2 таб.) или Нифедипин 10 мг (1 таб) под язык до полного рассасывания. Через 15 -20 мин. повторно измерить артериальное давление.

Эталон задачи № 22

1. Обоснуйте предварительный диагноз. Д-з: Системная красная волчанка, активная фаза, акт. II-III ст., эритематозная «бабочка», полиартрит, люпуснефрит, подострое течение.

Диагноз поставлен на основании: а). Жалобы – на полиартралгию, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость; б). Анамнез заболевания – перенес ОРВИ с высокой лихорадкой, после чего на фоне субфебрилитета отдыхал в Крыму; в). Объективных данных – эритема в виде «бабочки» на лице, припухлость и болезненность суставов, увеличение лимфоузлов;

г). Лабораторные данные – в кл. ан. крови – тромбоцитоз и лейкопения, резко ускоренная СОЭ, в анализе мочи – эритроцитурия, в б\х анализе крови– диспротеинемия; гипер α_2 и γ -глобулинемия, увеличение серомукоида. По пробе Зимницкого – снижение диуреза, никтурия, гипостенурия. Клиренс по креатинину – нижняя граница нормы.

2. Перечислите диагностические критерии данного заболевания. Диагностические критерии СКВ у данного ребенка – эритематозная бабочка, полиартрит, поражение почек, тромбоцитопения, лейкопения.

3. Каково одно из самых грозных осложнений данного заболевания и есть ли его признаки у больного? Люпуснефрит

4. Какие дополнительные обследования необходимы больному, что бы подтвердить диагноз? Ан. крови на LE клетки, кровь на АНА (антиядерные антитела), гемостаз (АФС?)

5. Назовите принципы лечения данного заболевания. Основные принципы лечения: системное применение глюкокортикостероидов (преднизолон) , базисная терапия (цитостатики, например, циклофосфамид, метотрексат; циклоспорин А; аминохинолиновые препараты – плаквенил), иммуноглобулины для в/в введения, антикоагулянты, антиагреганты, симптоматическая терапия.

Эталон задачи № 23

1. **Обоснуйте и сформулируйте диагноз по классификации.** Диагноз: Острая ревматическая лихорадка I, активная фаза, акт. III степени, эндомиокардит, вальвулит митрального клапана по типу недостаточности, СН IБ, ФК II. Диагноз поставлен на основании больших критериев диагностики ОРЛ Киселя-Джонса (кардит, полиартрит) и малых (воспалительные изменения в ан. крови – ускоренная СОЭ, лейкоцитоз, повышение серомукоида и СРБ, и удлинение интервала PQ по ЭКГ) с учетом обязательного условия – наличие стрептококкового анамнеза (за три недели до заболевания перенес ангину).
2. **Какие дополнительные методы обследования необходимы для подтверждения диагноза?** а) Доплер-ЭхоКС для подтверждения вальвулита митрального клапана и оценки параметров работы сердца. б) Уровень АСЛ-О для подтверждения инфицированности β-гемолитическим стрептококком группы А.
3. **План лечения:** 1. Стол 10
2. Режим I Б.
3. Диклофенак 0,05 по 1 т . 2 р в день внутрь после еды (2-3 мг/кг)
4. Преднизолон 0,005 (0,7-0,8 мг/кг)
в 7 ч – 2. таб (12,5 мг) в 11 ч – 1 . таб (7,5 мг) в 14 ч – 1 . таб (7,5 мг) 5. Пенициллин 500000 х 4 р/день в/м, с последующим переходом на Бициллин-1. 6. Аспаркам по . т . 3р/ день 7. Магне-В₆ по 1 таб . 2 р в день 8. Аскорбиновая кислота 0,05 х 3 раза в день внутрь. 4. **Прогноз у данного больного.** Прогноз для больного определенно назвать пока нельзя. Но есть прямая угроза формирования митрального стеноза. В то же время, у детей высокие восстановительные возможности и окончательно говорить о пороке сердца можно не ранее, чем через 6 месяцев от начала заболевания. 5. **Какие морфологические изменения являются маркерами данного заболевания?** Гранулемы Ашофф-Талалаева.

Эталон задачи № 24

1. **Ваш клинический диагноз?** Первичный инфекционный эндокардит, инфекционно-токсическая фаза, активность II степени, миокардит, вальвулит аортального клапана по типу недостаточности, острое течение, СН IIА, ФК II. 2. **Основные критерии диагностики.** Выделение гемокультуры (зеленящий стрептококк) и обнаружение вегетаций на коронарной створке митрального клапана. 3. **Принципы лечения.** а) Парентеральное введение высоких доз антибиотиков (в/в и в/м) б) Выбор бактерицидного антибиотика, поскольку возбудитель внутри вегетаций защищен от иммунных факторов, а/б с бактериостатическим действием для его элиминации недостаточно. Чаще применяют бетта лактамные антибиотики (пенициллины и цефалоспорины, или ванкомицин). Если возбудителем является зеленящий стрептококк или энтерококк, то необходимо добавить гентамицин. в) Дозы антибиотиков должны быть высокими и превышать минимальную бактерицидную концентрацию. г) При любой схеме антибактериальной терапии длительность лечения должна быть не менее 6 недель. 4. **Проведение профилактики инфекционного эндокардита в группах риска.** К группе высокого риска относятся: Лица, имеющие сопутствующую сердечную патологию, связанную с наибольшим риском развития неблагоприятного исхода ИЭ. К ним относятся:
- Пациенты с протезированным клапаном сердца или лица, которым применялся протезный материал для восстановления клапана сердца;
 - Лица с ИЭ в анамнезе;
 - Пациенты с врожденным пороком сердца, некоррегированным пороком сердца «синего» типа;

- Лица, порок сердца которым был полностью устранён с использованием протезного материала или устройства при открытой операции на сердце, либо при внутривенном доступе, если с момента операции прошло менее 6 месяцев;

- Пациенты с устранённым врождённым пороком сердца с остаточными дефектами в месте локализации протезного материала или устройства, либо рядом с ним, поскольку эти дефекты подавляют эндотелизацию;

- Лица, имеющие клапанный порок с регургитацией, вызванной структурными аномалиями клапана, после операции трансплантации на сердце.

Умеренный риск:

- Приобретенные пороки сердца

- Пролапс митрального клапана с регургитацией
- Незаращение Боталлова протока
- Дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок
- Двустворчатый аортальный клапан
- Гипертрофическая кардиомиопатия

Низкий риск:

- Пролапс митрального клапана без регургитации
- Состояние после катетеризации полостей сердца, аорто-коронарного шунтирования, установки искусственного водителя ритма

Схемы профилактики инфекционного эндокардита При среднем риске ИЭ Амоксициллин (амоксиклав) детям *старше 10 лет* (с массой тела более 40 кг) 1 г внутрь за 1 час до вмешательства и 0,5 г через 6 часов после него. *Детям 5-10 лет* 0,5 г и 0,25 г, *детям 2-5 лет* и 0, 125 соответственно. У *детей младше 2-х лет* общая суточная доза должна составить 20 мг/кг. Внутривенно препарат назначается в тех же дозах за 30 минут до вмешательства и через 6 часов после него. При высоком риске ИЭ. Ампициллин 50 мг/кг + гентамицин 1,5 мг/кг в/в за 30 минут до вмешательства; амоксициллин . суточной дозы через 6 часов после вмешательства. Ванкомицин 20 мг/кг в/в + гентамицин 1,5 мг/кг в/в за 1 час до вмешательства, те же дозы – через 8 часов после него. 5. **Чем объяснить снижение диастолического давления у ребенка?** Развитием недостаточности аортального клапана.

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Эталон задачи № 25

1. Обоснуйте диагноз, укажите этиологию заболевания. Диагноз: Острый бронхолит, ДН 2. Этиология – вирусная (РС-вирусы, парагрипп III-V)

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

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

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

1. ингаляции увлажненного кислорода под контролем пульсоксиметрии
2. ингаляции β 2-агонистов возрастной дозе(сальбутамол, фенотерол, сальбутамол+фенотерол) на физиологическом растворе через небулайзер каждые 20 мин. в течение часа, далее повторять ингаляции каждые 4 часа;
3. ингаляционный кортикостероид будесонид(пульмикорт) 250-500 мкг каждые 12 часов
4. муколитические препараты после купирования обструкции – амброксол(лазолван) по 1,0 мл 2 раза на физиологическом растворе через небулайзер;

5. вибрационный массаж, постуральный дренаж;

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

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

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

Эталон задачи № 26

1. Поставьте диагноз. Диагноз: Острый обструктивный бронхит, ДН2

2. Проведите дифференциальный диагноз. Дифференцировать заболевание необходимо с бронхиальной астмой (за этот диагноз отягощенный анамнез, наличие атопического дерматита у ребенка, клиническая картина обструкции, подтверждением диагноза могут стать повторные эпизоды обструкции, возникающие не только в связи с инфекцией, но и с нагрузкой, ночные, а также определение специфических IgE антител к аэроаллергенам); Муковисцидозом (подтверждение – потовая проба); Туберкулезом (проба Манту с 2, 5 ТЕ РРDL); Порок развития легких (в случае повторных эпизодов обструкции с тяжелой дыхательной недостаточностью, торможением физического развития возможно проведение диагностической и лечебной бронхоскопии, компьютерной томографии легких). ВПС (эхокардиография); Синдром аспирации (рентгеноскопия органов грудной клетки).

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

4. Напишите план диспансерного наблюдения. Диспансерное наблюдение включает контроль факторов риска (атопический дерматит, частые ОРВИ, аденоиды, курение родителей, наследственность по атопии), соблюдение неспецифической гипоаллергенной диеты, элиминация потенциальных аллергенов из окружения ребенка, санация носоглотки, прием бактериальных вакцин (бронхомунал, рибомунил, ИРС-19 и другие) в сезон респираторных инфекций, закаливание, соблюдение режима дня.

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

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

Эталон задачи № 27

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его. Диагноз: Острая внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония, среднетяжелая, неосложненное течение, ДН 1-2. Вероятный возбудитель- хламидия пневмония. Обоснование:

- Фебрильная лихорадка,
- Выраженные симптомы интоксикации, фарингит, конъюнктивит, полилимфадения

- Локальные изменения - притупление перкуторного звука справа, там же ослабление дыхания при аускультации

- Гуморальная активность (лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, ускорение СОЭ)
- Рентгенологические данные - затемнение в нижней доле справа

2. Какие существуют критерии эффективности проводимой терапии?

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

3. Проведите дифференциальный диагноз.

Заболевание следует дифференцировать с туберкулезом (проба Манту с 2, 5 ТЕ РРDL); Альвеолитом (диагноз исключается при отсутствии рецидивов с тяжелой дыхательной недостаточностью, признаками фиброза легких)

4. Назначьте лечение.

- Антибактериальная терапия – препараты выбора макролидные антибиотики (азитромицин, кларитромицин, джозамицин) 10-14 дней, аминопенициллины: амоксициллин (флемоксин солютаб), возможны защищенные аминопенициллины(аугментин, амоксиклав, флемоклав солютаб)
- кислородотерапия
- При сохраняющейся тяжести – в/венный иммуноглобулин
- Муколитические средства – амброксол(лазолван)

- Дренажное положение, питьевой режим

5. Какие осложнения могут быть у данного заболевания?

Возможные осложнения заболевания – деструкция, плеврит, абсцесс легкого

Эталон задачи № 28

1. Обоснуйте диагноз у данного больного.

Диагноз: Острая внебольничная пневмония, нижнедолевая правосторонняя, тяжелая, неосложненная, ДН 2. Обоснование:

- Локальная легочная симптоматика
- Фебрильная температура, выраженные симптомы интоксикации
- Гуморальная активность крови
- Рентгенологически инфильтративное затемнение

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

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

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

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

4. Назначьте лечение, окажите помощь больному с гипертермией.

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

5. Назовите критерии выздоровления.

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

Эталон задачи №29

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

Диагноз: Муковисцидоз, смешанная форма, тяжелое течение. Вторичный хронический обструктивный бронхит, обострение, ДН2. Хроническая панкреатическая недостаточность. Задержка физического развития. Оценка по шкале Швахмана-Даймонда 45 баллов. Легочное сердце? Обоснование диагноза:

- Смерть sibсов от кишечной непроходимости в неонатальном периоде
 - Болен с рождения – рецидивирующие пневмонии, обилие мокроты
 - Периферические симптомы хронической дыхательной недостаточности, рентгенологические данные
 - Результат потового теста
 - Гуморальная активность крови
 - УЗИ брюшной полости, данные копрологического исследования

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

2. Какие специалисты должны проконсультировать ребенка? Гастроэнтеролог, ЛОР, генетик, кардиолог, диетолог

3. Составьте план дальнейшего обследования. Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, посев мокроты, потовый тест (3кратно), генетическое обследование, бронхоскопия, КТ грудной клетки, спирометрия (ФВД), ЭКГ, ЭхоКГ, эластаза 1 кала

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

- Диета
- Кинезитерапия
- Антибактериальная терапия (с учетом посева мокроты) – препараты с антисинегнойной активностью, предпочтение ингаляционным формам – тобрамицин (Тоби, Брамитоб), цефалоспорины 4 поколения, аминогликозиды, респираторные фторхинолоны • Ежедневно ингаляция с пульмозимом через небулайзер
- Муколитики (ацетилцистеин, карбоцистеин, амброкол)
- Микросферические ферменты в высоких дозах с каждым приемом пищи (Креон, Эрмитель) – 3000-5000 ЕД липазы/кг/сут
- Жирорастворимые витамины (АДЕК) .Оксигенотерапия
- Радикальная помощь – трансплантация комплекса «легкие-сердце».

5. Каков прогноз при данном заболевании?

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

Эталон задачи № 30

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

Диагноз: Бронхиальная астма, атопическая, средней тяжести, неконтролируемое течение, приступный период, ДН2. Аллергический ринит, круглогодичный, средней тяжести, обострение. Атопический дерматит, легкое течение, обострение. Пищевая аллергия(белки коровьего молока, рыба). Обоснование диагноза:

- Отягощенный семейный и личный аллергоанамнез
- Приступы затрудненного дыхания: дневные 1-2 раза в неделю, ночные симптомы 3-4 раза в месяц, плохая переносимость физической нагрузки
- Эозинофилия 14 %
- На рентгенограмме – эмфизема легких

2. Какие неотложные мероприятия необходимы в данном случае?

• Неотложная помощь больному с приступом БА: ингаляции β_2 -агонистов возрастной дозе(сальбутамол, фенотерол, сальбутамол+фенотерол)

на физиологическом растворе через небулайзер каждые 20 мин. в течение часа, далее повторять ингаляции каждые 4 часа;

- ингаляционный кортикостероид будесонид (пульмикорт) 250 мкг каждые 12 часов
- кислородотерапия
- муколитические препараты после купирования обструкции – амброксол(лазолван) по 1,0 мл 2 раза на физиологическом растворе через небулайзер;
- вибрационный массаж, постуральный дренаж;
- при отсутствии эффекта от ингаляционной терапии – внутривенные инфузии системных глюкокортикостероидов(преднизолон) 1 -2 мг/кг и метилксантинов(эуфиллин 2,4%) или преднизолон внутрь коротким курсом

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

- Исследование функции внешнего дыхания – мониторинг пиковой скорости выдоха и спирометрия после 7 лет(снижение ОФВ1, прирост после ингаляции бронхолитика на 12% и более)

Высокий уровень общего и наличие специфических IgE антител

- Аллергопробы в межприступном периоде
- Эозинофилия периферической крови и мокроты
- Осмотр ЛОР-специалиста. дерматолога

4. Назначьте лечение в межприступном периоде.

Элиминация аллергенов (комплекс мероприятий). Самоконтроль (пикфлоуметрия) В качестве базисной терапии - комбинированный ингаляционный препарат сальметерол/флутиказона пропионат(серетид) Специфическая иммунотерапия причинными аллергенами Лечебная физкультура Массаж Санаторно-курортное лечение (спелеотерапия, галотерапия и т.д.)

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

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

Эталон задачи № 31

1. **Сформулируйте диагноз.** Острый обструктивный бронхит, ДН 0-1. Аллергический риносинусит, обострение.

2. **Какое дополнительное обследование необходимо провести?** Рентгенография органов грудной клетки, консультация ЛОР-врача, ПЦР –диагностика внутриклеточных возбудителей, герпес-вирусов

3. **С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?**

Бронхиальная астма, острый бронхит

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

5. **Какие профилактические мероприятия порекомендуете пациенту?** Гипоаллергенный быт и диета, бактериальные вакцины в сезон респираторных инфекций, вакцинация от гриппа ежегодно.

Эталон задачи № 32

1. **Сформулируйте диагноз.** Бронхиальная астма, атопическая, легкая персистирующая, приступный период, ДН0-1. Аллергический ринит, персистирующий, обострение.

Аллергический риноконъюнктивит, сезонный, ремиссия. Пыльцевая, бытовая аллергия.

2. **Назначьте дополнительное обследование.** Рентгенография органов грудной клетки, околоносовых пазух, мониторинг пиковой скорости выдоха, титр антител к M. и Chl. Pneumonia
3. **Назначьте неотложную терапию.** Оксигенотерапия, повторные ингаляции β 2-агонистов короткого действия каждые 20 мин в течение часа, затем каждые 4-6 часов, при отсутствии эффекта – ГКС 1-2 мг/кг, муколитики.
4. **Назначьте профилактическое лечение.** Базисная терапия: сальметерол/флутиказон(Серетид) 25/50 мкг по 1 вдоху 2 раза 3 месяца, затем коррекция по уровню контроля
5. **Дайте рекомендации по дальнейшей тактике ведения.** Лечение аллергического ринита, соблюдение гипоаллергенной диеты, ограничить аллергены в быту, с 5 лет – повторные курсы аллергенспецифической иммунотерапии.

НЕФРОЛОГИЯ

Эталон задачи № 33

1. Сформулируйте клинический диагноз. Острый постстрептококковый гломерулонефрит с нефритическим синдромом. Период начальных проявлений с НФП. Диагноз выставлен, учитывая острое начало, наличие отеков, олигурии, макрогематурии, гипертензии.

2. Составьте план лабораторного и инструментального исследования. Анализ крови, анализ мочи в динамике, биохимический анализ крови: общий белок и белковые фракции, мочевины, креатинин, холестерин, калий, натрий, проба Зимницкого, клиренс по эндогенному креатинину, титр АСЛ-О и др. антистрептококковых антител, УЗИ почек, ЦИК, иммуноглобулины, С3-фракция комплемента.

3. Объясните происхождение артериальной гипертензии, отеков, протеинурии и гематурии. Гиперволемиа. При упорной гипертензии возможен ренин-ангиотензиновый механизм. Падение клубочковой фильтрации, гиперволемиа, перемещение жидкости в интерстициальное пространство из-за разницы осмотического давления под влиянием гипертензии и на фоне повышения порозности сосудов (вследствие действия антистрептокиназы и антистрептогиалуронидазы). Кроме того, при гиперволемии активируется ренин-ангиотензиновая система и альдостерон. Это приводит к повышению обратного всасывания натрия в канальцах, гипернатриемии и активации синтеза и выделения АДГ с усилением реабсорбции воды и нарастанию гиперволемии. Повышение порозности базальной мембраны и уменьшение отрицательного заряда анионного слоя базальной мембраны.

4. Назначьте необходимое лечение. Окажите неотложную помощь при появлении симптомов острого нарушения мозгового кровообращения.

Постельный режим и бессолевая диета до схождения отеков и снижения АД, пенициллин 8 – 10 дней, фуросемид 1 – 2 мг/кг по диурезу до схождения отеков, нифедипин или верапамил. При гиперкоагуляции – курантил 2 – 3 мг/кг. При появлении симптомов нарушения мозгового кровообращения – мониторинг АД, фуросемид 1-3 мг/кг парентерально, в/в эналаприлат натрия 5-10 мг/кг или нитропруссид натрия от 8 мкг/кг/мин в/в медленно.

5. Какие цели дальнейшего диспансерного наблюдения на участке данного пациента? Исключить формирование хронического гломерулонефрита и проследить полное восстановление функций почек. Диспансерное наблюдение до передачи во взрослую сеть. Первые 3 мес. анализ мочи каждые 2 недели, затем до года – ежемесячно, 2-ой год – 1 раз в 2 мес., 3-ий год – 1 раз в 3 мес. Анализ крови 1 раз в 3 мес., проба Зимницкого, биох. анализ крови на мочевины и креатинин 1 раз в 3 – 6 мес.. После сдачи анализов осмотр педиатра или нефролога. 1 раз в 6 мес. осмотр узких специалистов: окулиста, отоларинголога, стоматолога и санация хронических очагов инфекции. Занятие физкультурой в школе в лечебной группе 6 мес., затем в подготовительной – до конца диспансеризации. Исключить контакт с инфекционными больными (ОРВИ). Диета – стол 5.

Эталон задачи № 34

1. Поставьте и обоснуйте диагноз. Острый ГН с нефротическим синдромом, начальный период с НФП. В пользу диагноза: обширные отеки, асцит, высокий белок в моче, гипопроteinемия, гипоальбуминемия, увеличение альфа-2 и бета-глобулинов, снижение гамма-глобулинов, увеличение холестерина в сыворотке крови, а также нормальное АД, отсутствие гематурии, выраженная цилиндрурия. *Современная формулировка диагноза: нефротический синдром, дебют. Нарушение функции почек.*

2. Назначьте дополнительное обследование, назовите функциональные методы исследования почек. План обследования. Анализ крови. Анализ мочи. Биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, холестерин, общий белок и белковые фракции, клиренс по

эндогенному креатинину), коагулограмма в динамике. Суточная протеинурия в динамике. Проба Зимницкого. Измерение суточного диуреза, взвешивание ребенка, измерение АД в процессе наблюдения. Клиренс по эндогенному креатинину, проба Зимницкого, определение мочевины и креатинина в сыворотке крови.

3. Проведите дифференциальный диагноз. Необходимо дифференцировать с острым ГН с нефритическим синдромом (характерным является артериальная гипертензия, гематурия), с аллергическими отеками (отсутствие изменений в моче, факт контакта с аллергеном, отягощенный анамнез).

4. Обозначьте механизм развития отеков при данном заболевании. Какие осложнения могут быть при этом заболевании? Отеки вызваны снижением онкотического давления плазмы вследствие гипоальбуминемии. Асцит – перитонит, гиповолемический шок, тромбоз (редко тромбоз почечных сосудов), рожеподобные эритемы. Осложнения гормонотерапии.

5. Назначьте лечение.

Стол 7. Режим полупостельный, преднизолон 2 мг/кг/сутки на 6 недель с переходом на альтернирующий режим 1,5 мг/кг/сутки 6 недель, с последующей постепенной отменой в течение 6 недель. На фоне лечения преднизолоном - препараты калия, антациды. Курантил 2 мг/кг/сутки, гепарин 100 ед на кг/сутки подкожно на 10-14 дней под контролем коагулограммы.

Эталон задачи № 35

1. Поставьте диагноз. Гемолитико-уремический синдром, типичный.

2. Оцените функциональное состояние почек. Объясните механизм почечной недостаточности. Имеет место ренальная ОПН. Выявлена анемия, протеинурия, гематурия. В биохимическом анализе крови высокий уровень мочевины, креатинина, калия. Микротромбоз капилляров клубочков, развивающийся при ГУС, ишемия сосудистой стенки и ее деструкция приводят к макрогематурии. В связи с тем, что эритроциты фрагментированы, они разрушаются и возникает гемоглинурия. Моча сначала красная, затем при стоянии становится черной (превращение оксигемоглобина в метгемоглобин). Отек и деструкция эндотелия капилляров, тромбообразование приводит к падению клубочковой фильтрации и развитию ОПН.

3. Составьте план дальнейшего обследования ребенка. В динамике - анализ мочи, анализ крови с подсчетом ретикулоцитов, тромбоцитов, шизоцитов. Биохимический анализ крови: мочевина, креатинин, калий, натрий, свободный гемоглобин, прямой и непрямой билирубин. Клиренс по эндогенному креатинину. Белок в суточной моче. Проба Зимницкого при появлении достаточного диуреза. Определение свободного гемоглобина в моче. Коагулограмма. Измерение АД, взвешивание, подсчет диуреза.

4. Проведите дифференциальный диагноз. Перечислите исходы данного заболевания. Желтушность кожных покровов и темная моча – симптомы, которые требуют исключения инфекционного гепатита (у ребенка на верхней границе нормы уровень билирубина, темный цвет мочи определяет гематурия и гемоглинурия). Выражены симптомы почечной недостаточности. Выздоровление, смертельный исход, переход в ХПН.

5. Ваши терапевтические мероприятия? Окажите неотложную помощь при развитии симптомов отека мозга. Экстренный перевод в отделение реанимации, располагающее аппаратом искусственной почки. Проведение плазмафереза.

Гемодиализ до восстановления функции почек.

Введения антикоагулянтов, дезагрегантов, переливание свежзамороженной плазмы неэффективно! При развитии отека мозга – интубация трахеи, проведение ИВЛ, противосудорожные препараты, гемодиализ.

Эталон задачи № 36

1. Сформулируйте полный клинический диагноз с указанием функционального состояния почек. Хронический ГН, гематурическая форма, период обострения, с нарушением функции почек. Ренальная артериальная гипертензия. Хроническая почечная болезнь.

2. Назначьте дополнительное обследование. Проба Зимницкого. УЗИ почек. ЭКГ. ЭХОКГ. Суточная протеинурия. ЦИК, иммуноглобулины. Пункционная биопсия почки. Все анализы, сделанные больному повторять в динамике.

3. Как отифференцировать НФП от ХПН? Если нарушение клубочковой фильтрации, повышение мочевины и креатинина будет стойким (более 3 мес.) можно думать о ХПН. Стойкое снижение уд. веса мочи, стойкая анемия и гипертония также способствуют подтверждению диагноза ХПН.

4. Объясните механизм гематурии и протеинурии, гипертонии. Повышение порозности базальной мембраны, изменение ее анионного слоя в виде уменьшения отрицательного заряда способствует прохождению отрицательно заряженных альбуминов и эритроцитов в первичную мочу. В патогенезе гипертонии имеет значение гиперволемиа, но при хроническом течении преобладает ренин-ангиотензиновый механизм (ишемия юкстагломерулярного аппарата приводит к усилению активности ренин – ангиотензинового комплекса и, как следствие, повышение системного АД и увеличение выработки альдостерона, что способствует реабсорбции натрия и воды).

5. Назначьте лечение и окажите помощь при гипертоническом кризе.

Стол 7. Ограничение белковых продуктов: мяса, творога, рыбы. Режим полупостельный. Пенициллин или макролиды при наличии симптомов носоглоточной инфекции. Санация хронических очагов инфекции. Мочегонные (фуросемид) по выраженности отеков и диурезу. Гипотензивные (блокаторы АПФ, блокаторы кальциевых каналов). По результатам коагулограммы – антиагреганты (курантил, трентал) и антикоагулянты. С антипротеинурической целью эналаприл 5 мг 2 раза в день длительно 1 – 1,5 года под контролем клиренса по эндогенному креатинину и уровню калия в крови. После установления морфологического диагноза – выбор режима иммуносупрессивной терапии. Неотложные мероприятия включают: • мониторинг АД, • фуросемид 20 мг per os, • нифедипин 5 мг под язык.

При неэффективности – управляемая гипотензия в виде прямых вазодилататоров.

Эталон задачи № 37

1. Поставьте диагноз и обоснуйте. Инфекция мочевой системы. Боли в животе, учащенное и болезненное мочеиспускание, повышение температуры, лейкоцитоз, ускорение СОЭ, лейкоцитурия, бактериурия.

2. Проведите дифференциальную диагностику. От острого цистита – для подтверждения диагноза «цистит» необходима цистоскопия или УЗИ мочевого пузыря (выявляется утолщение и огрубление складок мочевого пузыря, эховзвесь). От острого пиелонефрита – для подтверждения диагноза острый пиелонефрит необходимо сделать пробу Зимницкого. При ПН имеется снижение концентрационной функции почек. Кроме того, для ПН характерна цилиндрурия, на УЗИ почек увеличение их за счет отека, повышение эхоплотности интерстициальной ткани, нарушение кортикомедуллярной дифференциации. От гломерулонефрита – для ГН характерно наличие отеков, гипертонии, макрогематурии, олигурии.

3. Назначьте лечение и расскажите, как оценить его эффективность? Амоксиклав 30 мг/кг/сут на 3 приема в/м на 14 дней. Дополнительный прием жидкости в виде морсов, компотов, чая 20 мл/кг/сут.

По купированию общеинфекционного синдрома. Санация мочи должна быть достигнута за 24-48 часов.

- 4. Какова будет ваша тактика, если процесс примет рецидивирующий характер?**
Проводить исследования, направленные на выявление нарушений уродинамики. Провести хронометраж мочеиспусканий и МЦГ для исключения ПМР. Сделать цистоскопию для исключения хронического цистита.
- 5. Длительность диспансерного наблюдения, обследование и лечение в период диспансеризации. Когда можно снять с диспансерного учета?** Один год при остром пиелонефрите. При выявлении нарушения уродинамики – до передачи во взрослую сеть. Первые 3 мес. – анализ мочи каждые 2 недели, затем 1 раз в мес. Каждый раз осмотр педиатра. Анализ крови, проба Зимницкого, биохимический анализ крови на мочевины и креатинин один раз в 3-6 мес. УЗИ почек и мочевого пузыря через год. Осмотр узкими специалистами один раз в 6 мес.

Эталон задачи № 38

- 1. Поставьте диагноз и обоснуйте.** Тубулопатия. Фосфат-диабет. У матери и бабушки было искривление ног, у ребенка в 1 год 6 мес. появилась О-образная деформация голеней, боли в ногах, стал меньше ходить, в биохимическом анализе крови повышение щелочной фосфатазы, снижение фосфора, фосфатурия, на рентгенограмме костей: остеопороз, блюдцеобразная деформация эпифизов, расширение метафизов.

- 2. Укажите причину и патогенез заболевания. Когда появляются первые симптомы?** Заболевание генетическое, доминантное, сцепленное с X – хромосомой (1-ый тип фосфат-диабета). Предполагается, что при X-сцепленном гипофосфатемическом рахите нарушается регуляция активности 1-альфа-гидроксилазы, что свидетельствует о дефекте синтеза метаболита витамина Д $1,25(\text{OH})_2\text{D}_3$. Концентрация этого метаболита у больных неадекватно снижена для имеющейся степени гипофосфатемии. Уровень паратгормона в крови нормальный. Уровень кальция в крови нормальный. Реабсорбция фосфатов в проксимальных канальцах снижается до 20-30% и менее. Повышается выделение фосфора с мочой. Экскреция кальция не изменена. Так как кальций в костях находится в виде фосфатов, то снижение фосфора приводит к развитию остеомалации. Очевидные клинические симптомы появляются, когда ребенок начинает активно ходить (с года-полутора лет).

- 3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с клинически похожими.**

Необходимо дифференцировать: 1) от рахита. Для рахита характерно снижение кальция и фосфора в крови, хороший лечебный эффект от малых доз вит. Д. Заболевание в основном развивается до года.

2) от вит.Д-зависимого рахита. Заболевание характеризуется распространенными рахитоподобными деформациями скелета, снижением уровня кальция и фосфора в крови. Начинается до года, лечение препаратами вит.Д малоэффективно. Снижен синтез $1,25$ -дигидроксиголекальциферола в почках, что приводит к нарушению всасывания кальция в кишечнике. Эффективен кальцитриол. Дифференциальная диагностика затруднена. 3) от синдрома де-Тони-Дебре-Фанкони - имеются рахитоподобные деформации скелета, но это глюко-амино-фосфат диабет, в моче определяется глюкоза, аминокислоты, большое количество фосфора, имеется полиурия, отставание в физическом и умственном развитии. 4) от проксимального тубулярного ацидоза – имеются рахитоподобные изменения скелета, но при этом у больного щелочная моча и ацидоз крови, уровень фосфора в крови и в моче нормальный.

4. Назовите основные принципы лечения. Лечение рекомендуется начинать с введения препаратов фосфора (1 – 2 гр. в сутки), а затем назначать вит.Д. Начальная доза вит.Д

составляет 20000 – 30000 ед. в сутки Через 4 – 6 недель ее увеличивают. Доза не должна превышать 2000 ед на кг в сутки. Лучше использовать активные метаболиты витамина Д (альфа-кальцидиол или кальцитриол). Лечение проводится под контролем уровня кальция в крови. Массаж, гимнастика. **5. План диспансеризации, вопросы социальной реабилитации, исход.** Диспансеризация до 18 лет. Прогноз для жизни при 1-ом типе благоприятный, требуется постоянное лечение в течение всей жизни. Это приводит к тому, что постепенно уменьшаются деформации скелета, но остается задержка роста и гипофосфатемия с фосфатурией. Необходима своевременная консультация с ортопедом, ортопедические операции и ортопедическая обувь. Ребенок постоянно наблюдается нефрологом. Должна быть оформлена инвалидность, и ребенок должен наблюдаться в центре реабилитации.

Эталон задачи № 39

- 1. Сформулируйте предварительный диагноз.** Предварительный диагноз: синдром Альпорта (наследственный нефрит). Функции почек сохранены. **2. Обоснуйте Ваш диагноз.** Диагноз предположен на том основании, что в данном клиническом случае имеют место следующие критерии синдрома Альпорта: - гематурия у пациента; - наследование по материнской линии (ХПН у деда с летальным исходом), также болен старший брат (гематурия и патология слуха).
- 3. Назначьте дополнительное обследование.** В дополнительном исследовании является обязательным исследование слуха (консультация сурдолога), консультация окулиста (выявление аномалий глаз), УЗИ мочевого пузыря (исключить полип, опухоль, камень и др.возможную урологическую патологию), суточная протеинурия, исследовать осадок мочи фазово-контрастным методом для выявления акантоцитов, подсчет скорости клубочковой фильтрации. Необходимо провести нефробиопсию с электронно-микроскопической оценкой биоптата и данному пациенту, и старшему брату (оценить состояние базальной мембраны клубочков). **4. Назовите принципы терапии данного заболевания.** Патогенетического лечения синдрома Альпорта не существует. Диета назначается возрастная. До развития нарушения функций почек разрешаются занятия в спортивных секциях. При присоединении артериальной гипертензии и протеинурии назначаются ингибиторы АПФ с нефропротекторной целью. Проводится тщательный контроль функций почек и своевременная заместительная терапия при их снижении. **5. Какие виды наследования этого заболевания Вы знаете, и какой вид наследования имеет место в данном случае.** Синдром Альпорта может наследоваться Х-сцепленно с полом доминантно, аутосомно-рецессивно и аутосомно-доминантно. У пациента прослеживается Х-сцепленное с полом наследование.

Эталон задачи № 40

- 1. Ваш диагноз. Обоснуйте.** Диагноз, обоснование: Инфантильный нефротический синдром. У ребенка имеется симптомокомплекс нефротического синдрома (протеинурия нефротического уровня, гипопропротеинемия (за счет гипоальбуминемии), гиперхолестеринемия, отеки), причем возраст начала заболевания – до 1 года (но старше 3-х мес). Поэтому выставлен диагноз инфантильного нефротического синдрома.
- 2. Какие причины развития этого состояния Вы знаете?** Причины врожденного и инфантильного нефротического синдрома:
 - Идиопатический нефротический синдром – врожденный нефротический синдром финского типа, диффузный мезангиальный склероз и др.
 - вторичный нефротический синдром при инфекционных заболеваниях (например, вирусные гепатиты, ЦМВ-инфекция, токсоплазмоз, сифилис)
 - при наследственных заболеваниях (синдром nail-patella).

3. Сформулируйте диагностическую тактику. Диагностическая тактика:

- УЗИ органов брюшной полости для выявления асцита, УЗИ плевральных полостей, ЭхоКГ.
- Для окончательного установления диагноза требуется выполнение нефробиопсии с последующим светооптическим, электронномикроскопическим и иммуногистохимическим микрокопированием.
- Также необходимо провести генетическое исследование ребенка и родителей для определения мутации генов, кодирующих гломерулярные белки.
- Назначить серологическое исследование на вирусы гепатитов, сифилис, токсоплазмоз, ЦМВ, вирус Эпштейна-Барр и др.
- Коагулограмма. • Рассчитать СКФ.

4. **Перечислите осложнения нефротического синдрома.** Гиповолемический шок, повышенное тромбообразование, повышенный риск бактериальных осложнений, ОПН, гиперлипидемия. 5. **Объясните лечебные мероприятия.** Так как уровень альбуминов составляет 12,5 г/л, то необходима заместительная терапия в виде введения раствора альбумина 20% в дозе 1 г/кг внутривенно капельно медленно в течение 2-3 часов. Также уровень альбуминов < 15 г/л и тромбоциты > 450×10^9 /л являются показанием для назначения антикоагулянтов (гепарин, лучше фраксипарин). При выявлении признаков бактериальной инфекции подключается антибактериальная терапия. Этиотропная и патогенетическая терапия будут назначены после получения результатов гистологического исследования нефробиоптата.

ГЕМАТОЛОГИЯ

Эталон задачи № 41

1. **Сформулируйте правильно диагноз.** Аутоиммунная тромбоцитопения, влажная форма, острое течение

2. Приведите классификацию заболевания.

Форма	Период болезни	Течение
Иммунная	-Гематологический криз (легкий, средней тяжести, тяжелый) -	-Острое -Затяжное - Хроническое
• Гетероиммунная	Клиническая ремиссия	
• Аутоиммунная	-Клинико- лабораторная ремиссия	
• Изоиммунная		
• Трансиммунная		
Неиммунная		

3. **Какие симптомы и данные лабораторного обследования явились важными для постановки диагноза?** За 2 недели ОРВИ, экхимозы различной величины, без определенной локализации, геморрагическая сыпь, носовое кровотечение, снижение уровня тромбоцитов в периферической крови.

4. **Назначьте лечение данному больному.** ВВИГ(в/в иммуноглобулин) 400-1000 мг/кг в/в кап-1-2 дня, метилпреднизолон 30 мг/кг в/в кап 3 дня или преднизолон 1-2 мг/кг р.о-2 недели с постепенной отменой в течение 2-х недель.

5. Какие существуют методы остановки носового кровотечения?

а) простейшие методы остановки кровотечения. При «переднем» необильном носовом кровотечении для его остановки достаточно:

- придать пострадавшему сидячее положение или горизонтальное с приподнятым головным концом;
- в кровоточащую половину носа ввести ватный или марлевый шарик, смоченный сосудосуживающим раствором, 3% раствором перекиси водорода либо каким-нибудь другим гемостатическим препаратом;

- прижать крыло носа пальцем снаружи к носовой перегородке и удерживать его в течение 10-15 минут;
- наложить «холод» на область переносицы (мокрое полотенце, резиновый пузырь со льдом и др.)
- успокоить пострадавшего

б) Передняя тампонада полости носа, лучше наложение синус-катетера. Показанием для передней тампонады полости носа служат:

- обильное кровотечение из средних и задних отделов полости носа;
- неэффективность простейших методов остановки «переднего» носового кровотечения в течение 15 мин.

Эталон задачи № 42

1. Выскажите предположение о диагнозе, учитывая клиническую картину заболевания. Геморрагический васкулит с кожным, суставным, абдоминальным синдромом, острое течение, активность II степени.

2. Нужны ли дополнительные методы исследования для того, чтобы подтвердить диагноз? Исследование коагулограммы (время рекальцификации, тромботест, активность Y, YII факторов, уровень антитромбина III, фибриноген, ПДФ, фактор Виллибрандта), ЦИК.

3. С каким специалистом необходимо проконсультировать больного, учитывая клиническую картину болезни? С хирургом.

4. Составьте план лечения больного. В плане лечения:

1. Ограничение двигательной активности до исчезновения геморрагической сыпи и болевых симптомов.
2. Стол №1 с исключением пищевых аллергенов.
 3. Полифепан 1г/кг/сутки в 2 приёма
 4. Курантил 3-5 мг/кг/сутки в 3 приёма
 5. Гепарин 300 ЕД/кг/сутки п/к в клетчатку живота 4 р. в сутки.
 6. Реополиглюкин 10мл/кг в/в капельно.
 7. Ретинол 1-1,5 мг/сутки.

5. Возможно ли развитие ДВСсиндрома при данном заболевании. Принципы оказания помощи.

Возможно. Принципы оказания помощи:

- Ликвидация гемодинамических нарушений (реополиглюкин, реоглюман, реомакродекс, полиглюкин),
- Гепарин 5-15 Ед/кг в час капельно,
- Коррекция нарушений гемостаза (криоплазма в/в струйно 400-800 мл),
- Ингибиторы протеаз (трассилол, контрикал 8000-10000 ЕД. на одно введение в/в капельно),
- Нормализация тонуса периферических сосудов
- Плазмаферез.

Эталон задачи № 43

- 1. О каком заболевании у данного больного можно думать?** Гемофилия А, гемартроз правого коленного сустава. Гемофилическая артропатия.
- 2. Какие методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?** Коагулограмма с определением уровня факторов свёртывания крови.
- 3. На что следует обратить внимание при сборе анамнеза жизни у родителей ребенка?** На возраст, состояние здоровья родителей, родственников мужчин по материнской линии, наличие упорных поздних кровотечений после травм, хирургических вмешательств, поражение опорно-двигательного аппарата у мужчин.
- 4. Назначьте лечение больному.**

В случае выявления дефицита VIII фактора назначить:

- Препараты ф. VIII в\в кап, при их отсутствии криопреципитат в\в струйно каждые 6-8 часов
- иммобилизация правого коленного сустава до 3-х суток лонгетой из пластика.

5. Какой из видов терапии можно считать патогенетическим? Патогенетической следует считать заместительную терапию препаратами, содержащими факторы свёртывания крови.

Эталон задачи № 44

1. Поставьте диагноз согласно принятой классификации. Острый лимфобластный лейкоз, Т- клеточный вариант, период разгара клинических проявлений, нейролейкоз.

2. Что явилось решающим в постановке Вашего диагноза? Решающим в постановке диагноза явилось наличие более 25% бластных клеток по данным миелограммы, иммунологическое, цитохимическое исследование костного мозга, результаты исследования ликвора.

3. Назовите основные этапы лечения этого заболевания.

Программная терапия, включающая:

- Индукцию ремиссии.
- Консолидацию ремиссии
- санацию оболочек головного и спинного мозга путём интратекального введения химиопрепаратов и краниооблучение.
- Поддерживающую терапию.

4. Что явилось причиной развития неврологической симптоматики?

Метастазирование лейкозных клеток в оболочки головного и спинного мозга, в вещество мозга и нервные стволы.

5. Объясните патогенез клинических симптомов.

- Интоксикационный синдром обусловлен влиянием цитокинов лейкемических клеток, пирогенного действия продуктов извращённого метаболизма распадающихся опухолевых клеток, наслоением асептического воспаления.
- Гиперпластический синдром развивается в результате лейкемической инфильтрации в лимфоузлы, селезёнку, печень, в костную ткань, под надкостницу.
- Геморрагический синдром в результате нарушения коагуляционного компонента гемостаза, тромбоцитарного компонента гемостаза (тромбоцитопения, тромбоцитопатия), ДВС- синдрома.
- Анемический синдром является следствием недостаточности гемопозеза в результате бластной гиперплазии в костном мозге, подавления эритропозеза, кровотечений.

Эталон задачи № 45

1. О каком заболевании может идти речь у данной больной? Приобретенная апластическая анемия.

- 2. Какие исследования необходимо еще провести и какие изменения Вы ожидаете увидеть?** Диагностические критерии: а) нормохромная нормоцитарная арегенераторная анемия с резким снижением или полным отсутствием ретикулоцитов, увеличением СОЭ (наиболее выраженная анемия наблюдается при остром течении и тяжелой степени гипопластической анемии); б) лейкоцитопения, абсолютная гранулоцитопения, относительный лимфоцитоз; в) тромбоцитопения, наиболее выражена при тяжелой форме апластической анемии (у 30% больных тяжелой апластической анемией количество не превышает $5,0 \cdot 10^9 / \text{л}$); г) резко выраженный абсолютный дефицит в миелограмме клеток эритро-, лейко- и тромбоцитопоэза, задержка их созревания; д) увеличение содержания железа внутри эритрокариоцитов и внеклеточно; е) резкое уменьшение количества или полное исчезновение кроветворных клеток и замещение кроветворного костного мозга жировой тканью в трепанобиоптате подвздошной кости (гистологическое исследование костного мозга из крыла подвздошной кости (трепанобиопсия) является основным методом верификации диагноза гипо- и апластической анемии); ж) повышение сывороточного железа (при тяжелых кровотечениях возможно его снижение); з) отсутствие спленомегалии (увеличение селезенки возможно при вторичном гемосидерозе).
- 3. Приведите классификацию данного заболевания.**

Классификация: (В.И. Калинчева, 1998; Л.И. Идельсон, 1985) I. Наследственные формы 1. Наследственные гипо-, апластические анемии с поражением всех трех кроветворных ростков: - с наличием врожденных аномалий развития (анемия Фанкони) - без врожденных аномалий развития (анемия Эстерна-Дамешека) 2. Наследственная парциальная гипо-, апластическая анемия с избирательным поражением эритропоэза (анемия Блекфена-Дайемонда). 3. Врожденный дискератоз. II. Приобретенные формы 1. Приобретенная гипо-, апластическая анемия с поражением всех трех кроветворных ростков: Острая Подострая Хроническая 2. Приобретенная парциальная гипо-, апластическая анемия с избирательным поражением эритропоэза. Приобретенные формы могут быть идиопатическими (форма Эрлиха) и известной этиологии. III. Роль иммунных факторов в развитии анемии 1. Иммунная форма 2. Неиммунная форма IV. Гемолитический синдром 1. С гемолитическим синдромом 2. Без гемолитического синдрома.

4. Какие существуют современные методы лечения данной патологии и на чем они основаны? Основным методом лечения в настоящее время является трансплантация костного мозга. Так же применяют иммуносупрессивную терапию антилимфоцитарным глобулином (АТГ) и циклоспорином А, метилпреднизолоном в сочетании с гранулоцитарным колониестимулирующим фактором. Все пациенты, получающие лечение АТГ, по возможности изолируются в боксы с ламинарным потоком воздуха с 1 по 21 дни протокола и получают низкобактериальную пищу. Все пациенты с тяжелой АА получают оральную селективную деконтоминацию кишечника во время изоляции. Трансфузионная терапия (эритроцитарная, тромбоцитарная масса). Спленэктомия.

5. Профилактику каких неотложных состояний и каким образом следует проводить у этой больной? Сопутствующие бактериальные инфекции, геморрагический синдром

Эталон задачи № 46

- 1. О каком диагнозе идет речь?** Наследственный сфероцитоз.
- 2. Какой вид гемолиза при этом заболевании?** Внутрисосудистый.
- 3. Какой метод лечения является оптимальным, показан ли он данному больному и почему?** Единственным методом лечения больных наследственным микросфероцитозом является спленэктомия, которая оказывается эффективной в 100 % случаях. После спленэктомии у больных наступает практическое излечение, несмотря на то, что эритроциты сохраняют свои патологические свойства (микросфероцитоз, снижение осмотической резистентности). - Прекращение гемолиза после спленэктомии объясняется удалением основного плацдарма разрушения микросфероцитов. Спленэктомия показана при частых гемолитических кризах,

резкой анемизации больных, инфарктах селезенки, приступах печеночной колики. При наличии соответствующих показаний в некоторых случаях одновременно со спленэктомией может быть произведена холецистэктомия. При легких компенсированных формах заболевания у взрослых показания к спленэктомии следует ограничивать. В качестве предоперационной подготовки анемизированных больных показаны переливания эритроцитарной массы. Глюкокортикоидные гормоны при наследственном микросфероцитозе неэффективны. Прогноз при наследственном микросфероцитозе относительно благоприятен. Многие больные доживают до старости. Вероятность возникновения заболевания у детей, если один из супругов болен микросфероцитозом, несколько ниже 50 %.

4. Перечислите осложнения при этом заболевании. Нарушение функции печени, образование камней в желчном пузыре, редко трофические язвы голени.

5. По какому типу наследования передается это заболевание? По доминантному типу, аутосомно.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Эталон задачи № 47

1. Клинический диагноз и его обоснование.

Ds: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *H. pylori*, «свежая язва», размером 0,8х0,6 см, впервые выявленная. Соп.: реактивный панкреатит. Основной диагноз поставлен на основании:

Типичного болевого синдрома («голодные» и через 1,5-2 часа после еды, часто ночью, купируются приемом пищи) и локализацией болевого синдрома (эпигастральная область);

Выявленными изменениями по данным ЭФГДС: язвенный дефект по задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки 0,8*0,6 см, округлой формы с гиперемированным

валиком, с покрытым фибрином дном, а также наличие слизи, очаговой гиперемии, гиперплазии в желудке;

Результатов рН-метрии желудка – повышение кислотообразования в теле желудка и закисление антрума после стимуляции 0,1% раствором гистамина;

Результатов тестов на *H. pylori*: положительный уреазный и морфологический тесты.

Сопутствующий диагноз обоснован:

Клиническими проявлениями – наличие болезненности при пальпации в точке Дежардена и Мейо – Робсона;

Изменениями по данным УЗИ: увеличение головки и хвоста поджелудочной железы с пониженной их эхогенностью.

2. Предложите дифференциальнодиагностический алгоритм. Перечислите основные методы и способы диагностики . . В чем сущность дыхательного теста?

Анамнез и клинический осмотр.

Фиброгастродуоденоскопия с обязательной биопсией.

Исследование кислотообразующей функции желудка.

Тесты диагностики *H. pylori* (неинвазивные и инвазивные), оптимально проведение 2-3 тестов. Неинвазивные:

Дыхательный тест - определение в выдыхаемом больным воздухе изотопов ¹⁴C или ¹³C, которые выделяются в результате расщепления в желудке больного меченной мочевины под действием уреазы бактерии *H. Pylori*.

Иммуноферментный анализ – выявление в сыворотке крови или в капиллярной крови пациентов антитела к *H. Pylori*.

Количественный иммуноферментный анализ антигена *H. Pylori* в кале.

ПЦР определения фрагментов генома *H. Pylori* в кале - позволяет идентифицировать *H. pylori* без выделения чистой культуры.

Инвазивные:

«Золотой стандарт» - гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки желудка и определение в нем уреазной активности;

Уреазный - определение уреазной активности в биоптате слизистой оболочки желудка путем помещения его в жидкую или гелеобразную среду, содержащую субстрат, буфер и индикатор;

Бактериологический - посев бактериальной культуры и определение чувствительности *H. Pylori* к антибактериальным препаратам.

3. Укажите эндоскопические признаки хеликобактериоза.

Зернистость слизистой оболочки желудка, описываемая эндоскопистами как «слизистая по типу булыжной мостовой».

4. Оцените картину УЗИ, какова информативность УЗИ для постановки диагноза?

Увеличение размеров головки и хвоста поджелудочной железы с понижением их эхогенности может указывать о реактивном воспалении, вследствие нарушений моторики ДПК или при папиллите. УЗИ не является определяющим и высокоспецифичным методом при данных заболеваниях.

5. Современные принципы лечения данного заболевания. Предложите схему лечения данному ребенку.

- Диета
- Эрадикационная терапия: ингибиторы протонной помпы (омепразол) + антибактериальная терапия (амоксциллин+кларитромицин) – курс 14 дней. Далее ИПП до 1 месяца.
- Антациды (альмагель, маалокс, фосфалюгель) 5-7 дней и по требованию.
- Через 30-40 дней контроль эрадикационной терапии.
 - Наблюдение гастроэнтерологом по месту жительства.

Эталон задачи № 48

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.

Ds: Хронический антральный гастрит, ассоциированный с *H. pylori*, в стадии обострения. Сопутствующий: дисфункция билиарного тракта по гипомоторному типу. **2. Составьте диагностический алгоритм. На каком свойстве пилорического хеликобактера основана его экспрессдиагностика?**

Анализ данных анамнеза.

Клиническое обследование.

ФГДС с гистологией биоптата слизистой оболочки антрального отдела желудка.

Тесты диагностики НР – инфекции.

Методы исследования кислотообразующей функции желудка.

УЗИ органов брюшной полости

Выделение основного фактора вирулентности – уреазы и расщепление уреазой мочевины, продукты расщепления которой (аммиак или углерод) можно определить в выдыхаемом воздухе или в биоптате.

3. Что такое синдром Менделя?

Болезненность при поколачивании в эпигастрии (в зоне Шоффара)

4. Какие схемы лечения заболевания Вы знаете? Назначьте диету по Певзнеру.

Современные подходы к диагностике и лечению инфекции *H. pylori*, отвечающие требованиям доказательной медицины, отражены в итоговом документе Маастрихтской конференции, 2005 г.

Тройная терапия 1 ряда:

ингибитор протонного насоса (омепразол) 20 мг * 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг * 2 р/сут. + амоксициллин 1000 мг х 2 р/сут. – 14 дней.

Квадротерапия 2 ряда:

Ингибитор протонного насоса (омепразол) 20 мг * 2 р/сут. + субцитрат висмута 120 мг * 4 р/сут., + макмирор 400 мг * 2 р/сут. + тетрациклин 500 мг * 4 р/сут., минимум 14 дней

Антисекреторная терапия (ингибиторы протонного насоса, H₂- гистаминоблокаторы)

Гастроцитопротекторы – сукральфат, вентер.

Симптоматическая терапия.

Диета по Певзнеру.

На период обострения – стол №1, далее – стол №5.

5. Назначьте лечение данному больному, укажите принципы диспансерного наблюдения. Основа терапии – антисекреторные препараты, оптимально – ингибиторы протонного насоса – омепразол по 20 мг 2 раза в сутки, рабепразол по 10 мг 2 раза в сутки или эзомепразол по 20 мг 2 раза в сутки. Обязательно проведение эрадикационной терапии: к выбранному ингибитору протонной помпы подключаются антибактериальные препараты -

кларитромицин 500 мг 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки – не менее 10 дней. Дополнительно - цитопротекторы (сукральфат по 500 мг 4 раза в день) – 4 недели. Антациды (маалокс, фосфалюгель) – вспомогательная терапия, применяются «по требованию» по 1 д.л., при болях. Препараты УДХК (урсофальк, урсосан) по 250 мг х 1 раз в день в 20.00 ч. Курс не менее 1 месяца.

Эталон задачи № 49

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

Ds: Неспецифический язвенный колит, тотальный, активная фаза, среднетяжелая форма.
Осложнение: постгеморрагическая анемия, легкая форма.

2. Укажите алгоритм дифференциальнодиагностического ряда. Каковы эндоскопические различия между неспецифическими колитами?

Данные анамнеза, клинических проявлений.

Лабораторные данные – клинический анализ крови, биохимические показатели: общий белок, альбумин, глобулины, железо, ОЖСС, ферменты холестаза.

Копрология

Диагностика кишечных инфекций – посев кала на УПФ, антитела к антигенам возбудителей кишечных инфекций.

Инструментальные данные (эндоскопические, сонографические, рентгенологические).

Морфологическое исследование биоптатов толстого кишечника.

Признак	ЯК	БК
Просвет кишки	Умеренно сужен или нормальный	Чаще сужен, резко
Поверхность СОТК	Зернистая	Гладкая
Характер язвенных дефектов	Поверхностное изъязвление без четких границ	Глубокие продольные трещины, глубокие циркулярные язвы с четкими краями
Контактная кровоточивость	Выражена	Мало выражена
Псевдополипы	Почти всегда	Островки СО между трещинами «бульжная мостовая»
Поражение глубоких слоев	Нет или мало выражено	Всегда
++		

3. Укажите критерии тяжести заболевания.

Тяжесть атаки определяется как легкая при частоте стула менее 4 раз в сутки, нормальной СОЭ, отсутствии системных проявлений.

Среднетяжелая атака характеризуется учащенным стулом более 4 раз в сутки, минимальными системными нарушениями.

При тяжелом обострении дефекации с кровью наблюдаются свыше 6 раз в сутки, отмечается лихорадка, тахикардия, анемия и ускоренная СОЭ более 30 мм/ч.

4. Каковы характерные осложнения для данного заболевания?

Септические осложнения развиваются у 8-10% больных. Обширная раневая поверхность, особенно при тотальном поражении толстой кишки, создает благоприятные условия для проникновения бактерий и их токсинов в кровеносное русло. Клинически – это

недифференцированные септические состояния, пневмонии, аднекситы, пиодермии, рожистое воспаление, афтозный стоматит.

Местные осложнения у детей встречаются редко (1-1,5% случаев). Более чем у 90% больных обнаруживается кишечный дисбиоз, причем у половины из них ассоциированный

5. Назначьте лечение, диету. Назовите препараты выбора и продолжительность лечения. 1. 4 стол по Певзнеру, непротертый, обогащенный белками за счет мясных, рыбных продуктов и яиц. Исключены из рациона молоко и все молочные продукты (творог, кефир, сыры), кроме сливочного масла. Ограничено количество углеводов (исключен хлеб черный, грубая растительная клетчатка, продукты, усиливающие моторику кишечника и бродильные процессы: редис, редька, баклажаны, щавель). В период стойкой ремиссии допускается расширение диеты за счет творога и некоторых фруктов. Проведение полного парентерального питания себя не оправдало, инфузионная терапия для обеспечения положительного азотистого баланса показана только при выраженной дистрофии. 2. Медикаментозная терапия включает:

Препараты 5-аминосалициловой кислоты (стартовая терапия) месалазин 50-60 мг/кг/день, максимальная суточная доза 6 г/день (пентаса, салофальк 20 - 50 мг/кг/день), максимальная суточная доза 4 г/день. Поддерживающие дозы 5-АСК составляют половину от терапевтической дозы: месалазин 10 мг/кг/день, длительно, 6 месяцев - 2 года при отсутствии активности воспаления.

Цитостатики (при гормонорезистентных и гормонозависимых формах) – азатиоприн 1-2 мг/кг/день, эффект от терапии отмечается через 3 месяца, метотрексат 2,5 мг/день, эффект через 3-4 недели, циклоспорин 5-7 мг/кг/день коротким курсом.

Кортикостероиды (при неэффективности препаратов 5-АСК, при средней и высокой степени активности) преднизолон 1-2 мг/кг/день, метилпреднизолон 25-30 мг/день, гидрокортизон местно в микроклизмах (будесонид-буденофальк клизма) 100 мг на 60-100 мл воды 1 раз/день. Длительность терапии при пероральном приеме - 2-3 недели, с последующим постепенным снижением дозы.

Биологическая терапия – инфликсимаб (ремикейд), адалимумаб (хумира)

Симптоматическая и антибактериальная терапия - для восстановления структуры слизистой оболочки, нормализации перистальтики, восстановление процессов пищеварения и эубиоза толстой кишки, повышение общей иммунореактивности организма.

При неэффективности диетотерапии и медикаментозной терапии показано хирургическое лечение.

Эталон задачи № 50

- 1. Поставьте диагноз. Какова причина заболевания в данном случае?** Ds: Хронический панкреатит средней тяжести в стадии обострения на фоне аномалии протоков поджелудочной железы. **Обоснование диагноза.**

Анамнестические данные: наличие повторных приступов болей в околопупочной области и левом подреберье в течение 1,5 лет, иррадиирующие в спину, имеющие опоясывающий характер, многократная рвота на фоне болей, приступы провоцируются обильной жирной пищей, стул неустойчивый, часто разжижен и обильный.

Наследственность: у бабушки (по матери) - холецистопанкреатит, сахарный диабет.

Объективные данные: показатель массы тела на нижней границе нормы, живот вздут в верхней половине, болезненный в эпигастрии, в зоне Шоффера, точках Дежардена, Мейо – Робсона, слабо положительны симптомы желчного пузыря.

Результаты лабораторного обследования: амилаза крови на верхней границе нормы (3-й день приступа), диастаза мочи повышена, СРБ (+).

Результаты инструментального обследования: сонографически – увеличен желчный пузырь, перегиб в области шейки, без признаков воспаления, увеличены все размеры поджелудочной железы, имеются гиперэхогенные включения, несколько уплотнена капсула

поджелудочной железы. При ЭРХПГ выявлена аномалия протоков поджелудочной железы – расширение вирсунгова протока, имеющего общую ампулу с общим желчным протоком.

2. Составьте дифференциальнодиагностический алгоритм.

Анализ данных анамнеза, объективного осмотра.

Лабораторные исследования: амилаза и липаза крови, провоцирующие тесты, глюкоза крови натощак, амилаза мочи, эластаза-1 в кале, копрология, триглицериды в кале количественным методом (липидограмма).

Ультразвуковая, компьютерная либо магнитно-резонансная визуализация поджелудочной железы, релаксационная дуоденография, ЭРХПГ.

3. Укажите показания к ретроградной холепанкреатографии. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

Выявление аномалий, конкрементов и других вариантов обструкции в протоках поджелудочной железы.

Глюкоза крови натощак, определение эластазы-1 в кале.

4. Дайте рекомендации по диетотерапии. Напишите план лечения данного ребенка.

Голод не более чем на одни сутки, далее - постепенное введение продуктов из рациона диеты №5п.

Диета N5п, исключение провоцирующих факторов (пища обильная, с большим количеством животных жиров).

План лечения.

Облегчение болевых ощущений (анальгетики, спазмолитики).

Антисекреторные препараты (омепразол) и антациды (маалокс).

Ферменты (креон)

В случаях выраженного дефицита массы тела - парентеральное и зондовое энтеральное питание.

5. В каких случаях требуется хирургическое лечение? Тактика наблюдения за больным после выписки из стационара. При тяжелом течении заболевания, развитии осложнений. Тактика наблюдения за больным после выписки из стационара.

Диспансерное наблюдение до передачи во взрослую сеть.

Правильное лечебное питание.

Ежеквартальные противорецидивные курсы заместительной ферментов, витаминов, гепатопротекторов.

Ограничение физической нагрузки.

Контроль за состоянием смежных органов пищеварения.

Не реже 1 раз в 3 месяца - копроскопия, контроль амилазы крови, мочи.

Один раз в 6 месяцев - УЗИ органов брюшной полости.

В дальнейшем осмотр гастроэнтерологом и/или участковым педиатром проводится 2 раза в год

Эталон задачи № 51

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. Ds: Хронический гастродуоденит, ассоциированный с *H. pylori*, в стадии обострения. Сопутствующий: реактивный панкреатит. Обоснование:

Анамнез: в течение 2 лет жалобы на боли в животе, колющего характера, локализующиеся в левом подреберье и эпигастрии, возникающие через 10-15 минут после еды.

Особенности образа жизни: неполноценное питание.

Наследственность: у матери - хронический гастрит, у отца - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у бабушки (по матери) - гастрит.

Данные осмотра: живот в болезнен в эпигастрии и пилородуоденальной области, напряжение мышц.

Результаты эзофагогастродуоденоскопии: слизистая желудка в антральном отделе пестрая, с утолщенными складками, на стенке желудка множественные разнокалиберные выбухания, точечные кровоизлияния различной давности. Слизистая луковицы очагово гиперемирована, отечна.

Дыхательный уреазный тест и биопсийный тест на НР-инфекцию положительные (+++).

2. Предложите дифференциальнодиагностический алгоритм.

Анализ данных анамнеза.

Клиническое обследование.

ФГДС с гистологией биоптата слизистой оболочки антрального отдела желудка.

Тесты диагностики НР – инфекции.

Методы исследования кислотообразующей функции желудка.

3. Как расценить увеличение хвоста поджелудочной железы на УЗИ? Какие отягощающие моменты можно выделить в течении данного заболевания?

Аномалия протоков поджелудочной железы.

Особенности питания, наследственность, внутрисемейная персистенция НР.

4. Укажите современные принципы лечения данного заболевания.

Современные подходы к диагностике и лечению инфекции *H. pylori*, отвечающие требованиям доказательной медицины, отражены в итоговом документе Маастрихтской конференции, 2005 г.

Тройная терапия 1 ряда:

- ингибитор протонного насоса (омепразол) 20 мг х 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг х 2 р/сут. + амоксициллин 1000 мг х 2 р/сут. – 14 дней.

Квадротерапия 2 ряда:

- Ингибитор протонного насоса (омепразол) 20 мг х 2 р/сут., + субцитрат висмута (Де-нол) 120 мг х 4 р/сут. + макмирор 400 мг х 2 р/сут. + тетрациклин 500 мг х 4 р/сут. – 14 дней.

5. Тактика диспансерного наблюдения.

Диспансерное наблюдение (при морфологически доказанном хроническом гастрите) – 5 лет, осмотр врача и обследование – 2 раза в год (ФГДС, тесты на НР – инфекцию), по показаниям. Лечение – при обострении.

Эталон задачи № 52

1. Сформулируйте диагноз, дайте его обоснование.

Ds: Функциональная диспепсия. Соп.: Дисфункция билиарного тракта по гипотоническому типу. Лямблиоз, кишечная форма. Обоснование диагноза

Болевой абдоминальный синдром (синдром эпигастральной боли), чувство полноты в эпигастрии после еды, чувство быстрого насыщения (постпрандиальный дистресс-синдром)

Боль в животе носит нелокализованный характер, что является характерной особенностью детей дошкольного возраста, однако практически всегда указывает на околопупочную область

Данные анамнеза: боль в животе продолжается более 20 минут, связана с приемом пищи, срок абдоминальных расстройств более 12 недель, имеются психоэмоциональные перегрузки

Данные объективного осмотра указывают на преимущественное поражение билиарного тракта: болезненность в правом подреберье, положительные пузырьные симптомы и незначительная гепатомегалия (вероятно за счет холестаза)

У пациентки не установлено поражение желудка и ДПК (по данным эндоскопии), поджелудочной железы (по данным УЗИ и фекальной эластазы), печени (по данным гепатограммы)

Имеет место дисфункция желчного пузыря по гипотоническому типу (ПДФ 10%)

Расстройство жёлчевыводящей системы является вторичной причиной в результате лямблиоза (по результатам копрологии)

2. Оцените результаты проведенных исследований:

Общий анализ крови, биохимический анализ крови, мочи – в пределах нормы

Копрограмма – стеаторея 1 типа, цисты лямблий

Фекальная эластаза – норма.

УЗИ органов брюшной полости – ПДФ 10%, ниже нормы, гипофункция желчного пузыря.

3. Назначьте лечение данному больному:

Режим дня - регулирование физической нагрузки, психоэмоциональный покой

Диета № 5

Маалокс по 1 д.л. х 3 раза в день. Через 1 час после еды. Курс 7-10 дней.

Мотилиум 10 мг х 3 раза в день. Курс 10 дней.

Эрадикация хеликобактер пилори (?) при выявлении целесообразно провести (омепразол, амоксициллин, кларитромицин). Курс 14 дней.

Креон (микразим, эрмиталь) 10000 ЕД – по 1 капс х 3 раза в день, во время еды. Курс 14 дней.

Желчегонные препараты – урсофальк по 250 мг х 1 раз в 20 часов. Курс 1 месяц. (хофитол по 1 таб х 3 раза в день. Курс 1 месяц).

Лечение лямблиоза – немозол 200 мг х 1 раз в день. Курс 7 дней (макмирор, гайро, фуросолидон).

Тюбажи по Демьянову х 1 раз в неделю № 5-7 с минеральной водой Ессентуки №17, Джермук 100-200 мл, 25-33% раствором магния сульфата 20-50 мл, 10-20% раствором сорбита или ксилита 50-100 мл

Физиотерапия - индуктотермия, электрофорез новокаина 1-2%, платифиллина 0,1%, папаверина гидрохлорида 2% на область правого подреберья № 10

4. Дайте рекомендации по диетотерапии.

- 5-6 раз в день (часто, мало), в одно время; стол №5 (механически и химически щадящая пища -готовится на пару, либо в отварном виде, по типу пюре); рекомендовано: сливочное и растительное масло, сливки, сметана, яйца, овощи (свекла, тыква, кабачки, морковь), фрукты и ягоды (курага, клубника, малина, шиповник), черный хлеб, овсяные хлопья, пшеничные отруби (длительно).

5. Укажите принципы диспансерного наблюдения.

Физкультура: освобождение от занятий на 5 недель от обострения, затем специальная или подготовительная группа на 2 года. Лечебная физкультура

Осмотры гастроэнтеролога (педиатра) – в 1 год после острого обострения 4 раза в год, со второго года – 2 раза в год

Санаторно-курортное лечение – 1 раз в год через 3 месяца после обострения

Фитотерапия (по 3 недели 2 раза в год) - аир болотный, бессмертник, мята перечная, одуванчик, тысячелистник, тмин обыкновенный, вахта трехлистная, береза бородавчатая и пушистая

Минеральные воды малой (2-5 г/л) и средней (5-15 г/л) минерализации - в теплом виде (35-40 градусов), дегазированная, до еды

Контрольное обследование – ПЦР кала на лямблиоз через 3 месяца.

Снятие с диспансерного учета через 3 года при отсутствии обострений и изменений при УЗИ желчного пузыря и дуоденальном зондировании.

Эталон задачи № 53

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.

На основании жалоб (боль в загрудинной области, ретростеральная изжога, кислый привкус во рту – свидетельствует о кислотном забросе желудочного содержимого в пищевод), анамнеза (частые срыгивания в раннем возрасте, кратковременные боли в животе, сниженный аппетит, появление симптомов в последние 6 месяцев на фоне значительного увеличения роста тела), наличия факторов риска: курение, длительные перерывы между приемами пищи, еда всухомятку, данных осмотра: увеличение роста тела относительно массы, симптомы хронической эндогенной интоксикации, обложенность языка бело-желтым налетом, неприятный запах изо рта, болезненность живота при глубокой пальпации в эпигастрии, подложечной области и проекции ДПК у ребенка имеет место **Диагноз: ГЭРБ (рефлюксэзофагит II степени) (по I. Tytgat). Хронический тотальный гастрит с повышенной кислотообразующей функцией желудка, обострение. Дуоденогастральный рефлюкс.**

2. Назовите этиопатогенетические причины возникновения данного заболевания у детей старшего возраста.

Увеличение объема желудочного содержимого (обильная еда, избыточная секреция соляной кислоты, пилороспазм и гастростаз), горизонтальное или наклонное положение тела, повышение внутрижелудочного давления (при ношении тугого пояса, силовых упражнениях, употреблении газообразующих напитков).

Дисбаланс между агрессивными факторами (ГЭР с забросом кислоты, пепсина, желчи, панкреатических ферментов; повышенное интраабдоминальное, интрагастральное давление; курение, алкоголь, лекарства, жирная пища, переедание, продукты с кофеином и мятой) и факторов защиты (эффективное эзофагеальное очищение, резистентность слизистой пищевода, антирефлюксная барьерная функция НПС и др.).

Степень повреждения слизистой пищевода зависит от степени нарушения защитных факторов.

3. Оцените результаты рН-метрии.

Натощак рН в нижней трети пищевода 6,3 (норма 5,5 – 7,0) – в пределах нормы, но отмечены периодические кратковременные (15-20 секунд) забросы кислоты из желудка со снижением рН до 3,3-3,0 (значимым считается снижение рН в пищеводе ниже 4,0); после стимуляции 0,1% р-ром гистамина в дозе 0,008 мг/кг - рН в пищеводе существенно не изменилось (6-6,5), но отмечены более часты эпизоды закисления пищевода со снижением уровня рН чаще по 30-40 сек до 2,8-3,3. Повышена также кислотообразующая функция желудка после стимуляции гистамином - в теле 1,3; в антруме 3,6.

4. Назначьте комплексную терапию данному больному, с рекомендациями по образу жизни.

Примерный терапевтический план для данного пациента:

Режим образа жизни («Lifestyle modification») - частое и дробное питание (5–6 раз в день); прием механически и химически щадящей пищи; последний прием пищи должен быть не позднее, чем за 3–4 часа до сна; избегать употребления продуктов, усиливающих ГЭР (кофе, жиры, шоколад и т.д.); при выраженном рефлюксе принимать пищу стоя; после еды походить в течение получаса; спать на кровати, головной конец которой приподнят на 20 см; не есть менее чем за 2 часа до сна; нежелателен прием препаратов, снижающих тонус нижнего пищеводного сфинктера (теофиллин, прогестерон, антидепрессанты, нитраты, антагонисты кальция, НПВС, доксициклин); избегать нагрузки на мышцы брюшного пресса, работы в наклон, ношения тугих поясов, ремней).

Домперидон (Мотилиум) 10 мг x 3 раза в день за 30 мин до еды. Курс 10 дней.

Гевискон 1 ст.л. через 1 час после еды 3 раза в день и 4-й раз перед сном. Курс 7-10 дней.

Эзомепразол (Нексиум) 40 мг x 1 раз в день. Курс 4 недели.

Урсодезоксихолевая кислота (Урсофальк) 250 мг x 1 раз в день (в 20 часов). Курс 1 месяц.

Физиолечение (СМТ-электрофорез с церукалом на область эпигастрия, ДМВ на воротниковую зону) № 5.

5. Составьте план диспансерного наблюдения за больным после выписки из стационара.

Наблюдение участковым педиатром (кратность осмотров: в первый год после острого периода – 1 раз в 3 мес., на второй год – 1 раз в 6 мес., в дальнейшем – 1 раз в 12 мес.) до передачи во взрослую сеть. Снятие с диспансерного учета через 3 года при отсутствии обострений.

ЭФГДС – 1 раз в год (только больным, у которых не наступила ремиссия), рН-метрия желудка 1 раз в 2-3 года.

Санаторно - курортное лечение в период ремиссии – 1 раз в год

Физкультура: освобождение от занятий на 5 недель от обострения, затем специальная или подготовительная группа на 2 года.

Терапия «по требованию»: при изжоге, чувстве тяжести в эпигастральной области – антациды; нексиум 20 мг (однократно в 15 ч). Курс 2 недели.

Эталон задачи № 54

1. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз.

Ds: Дисфункция билиарного тракта по гипомоторному типу с формированием билиарного сладжа (К.82.8). Сопут.: Функциональное нарушение кишечника (хронический гипертонический запор, субкомпенсированная стадия) (К 59.0). Хроническая трещина заднего прохода (К 60.1) **3.**

Назначьте лечение с указанием доз, кратности и длительности терапии.

Стол № 5 + увеличение потребления пищевых волокон; увеличить питьевой режим до 1, 5 л в сутки; biofeedback терапия; увеличить физическую активность

Урсодезоксихолевая кислота (Урсофальк) 250 мг – по 1 капсуле в 20 ч.

Форлак 4 г – по 1 пакетику x 2 раза в день – через день.

Хофитол – по 1 таблетке x 3 раза в день до еды.

Креон 10000 ЕД – по 1 капс x 3 раза во время еды. Курс 14 дней.

Бифиформ – по 1 табл x 2 раза в день.

2. Какие осложнения возможны у ребенка в случае отсутствия адекватной терапии.

Риск формирования холелитиаза с трансформацией в желчнокаменную болезнь.

3. Составьте план диспансерного наблюдения.

УЗИ органов брюшной полости через 3 месяца.

Продолжить прием хофитола, бифиформа до 1 месяца.

Продолжить прием урсофалька до 3 месяцев (в дальнейшем по ситуации).

Тюбажи по Демьянову – 2 раза в неделю № 10 (с минеральной водой)

Санаторно-курортное лечение в санаториях гастроэнтерологического профиля типа «Мать и дитя»

Наблюдение участковым педиатром и гастроэнтерологом по месту жительства

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Эталон задачи № 55

1. Ваш предположительный диагноз? Сахарный диабет I типа, спорадический, впервые выявленный, стадия декомпенсации с кетоацидозом. Диабетическая кетоацидотическая кома.

Диагноз поставлен на основании анамнеза заболевания – в течение последних 1,5 мес. ребенок похудел, появились полидипсия, полиурия; на фоне заболевания гриппом появились тошнота, повторная рвота, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость. Объективно – ребенок без сознания, дыхание типа Куссмауля, симптомы дегидратации, тахикардия, снижение АД, запах ацетона во выдыхаемом воздухе. В лабораторных данных – гипергликемия, глюкозурия, ацетонурия, снижение рН крови. **2. Что привело к развитию данного состояния? Каковы патогенетические механизмы развития данного состояния?** Несвоевременная диагностика заболевания, обусловленного дефицитом выработки эндогенного инсулина β -клетками поджелудочной железы, вызванного генетическими факторами (патология в коротком плече 6-ой хромосомы, чувствительность β -клеток поджелудочной железы к повреждающим факторам). Проявлению заболевания способствуют: А. Внешние факторы.

1. острые инфекции (частые ОРЗ)
2. психические и физические травмы
3. нарушение питания

Б. Сочетание наследственной предрасположенности (в т.ч. генетическая патология), неблагоприятные внешние факторы (в т.ч. ОРЗ, психические стрессы). Абсолютная недостаточность инсулина, без которого глюкоза не может попасть в клетку, приводит к срабатыванию механизма компенсации – повышение уровня глюкозы в крови путем:

- 1) увеличение активности гликогена (увеличение распада гликогена в печени);
- 2) увеличение образования эндогенной глюкозы, но т.к. эта глюкоза получается из АК, значит происходит белковое голодание (истощение), увеличивается уровень мочевины;
- 3) увеличение липолиза, значит потеря массы тела + освобождение свободных жирных кислот – жировая инфильтрация печени + кетоновые тела \rightarrow кетонемия, кетонурия \rightarrow ацетон;
- 4) снижение инсулина – ц.Кребса малоактивен – гиперлактатемия \rightarrow ацидоз;
- 5) глюкозурия – полиурия – гиповолемия – снижение АД и увеличение пульса;

3. Оцените лабораторные показатели. О кетоацидозе свидетельствуют рН крови 7,1, pO_2 92 мм рт.ст. Гипергликемия 28 ммоль/л, ацетонурия +++, глюкозурия 10 %.

4. Как проводится инфузионная терапия у детей с данной патологией? В\в капельная инфузия простого инсулина (актропид, хумулин R) 0,1 ЕД/кг/час на физиологическом 0,9 % растворе натрия хлорида, при снижении сахара до 14 ммоль/л – инсулин 0,05 ЕД/кг/ час, до 10 ммоль/л – инсулин 0,025 ЕД/кг/час. Инфузионная терапия в течение первого часа – 20 мл/кг – в\в 0,9% NaCl, затем 50-150 мл/кг/сутки. Суточный объем вводится – 50 % первые 6 часов, 25 % - следующие 6 часов и 25 % - оставшиеся 12 часов. Состав инфузионной терапии - 0,9 % раствор натрия хлорида, при снижении гликемии до 14 ммоль/л добавляется 5 % раствор глюкозы в соотношении 1:1, при гликемии ниже 10 ммоль/л вводится только раствор глюкозы.

5. Какие осложнения могут возникнуть в процессе инфузионной терапии? При обильном введении жидкости может развиваться отек мозга, гипокалиемия, гипогликемия, острая сердечная недостаточность, отек легких.

Эталон задачи № 56

1. Оцените физическое и половое развитие? Рост 130 см, вес 28 кг, > 97 центиля соответствует 9 годам, половая формула: P2, Ax0, Ma2, Me с 6 лет

P2 – соответствует 11-12 годам Ax0 – < 12 Ma2 – соответствует 10-11 годам Me с 6 лет – 13-14 лет

2. Ваш предположительный диагноз? Преждевременное половое развитие, истинное, полная изосексуальная форма. Диагноз поставлен на основании появления вторичных половых признаков по женскому типу и ускорения темпов физического развития, характерных для пубертатного периода в нефизиологические ранние сроки – 6 лет.

3. Что могло послужить причиной развития этого заболевания? Органическое (посттравматическое) поражение гипоталамо-гипофизарной области мозга - сотрясение головного мозга в 5 лет.

4. Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

а) Необходимо исключить опухоль ЦНС: консультация окулиста (глазное дно), ЭхоЭГ, поля зрения, КТ, ЯМР, консультация невролога, психиатра, б) уточнить семейный анамнез. в) Р-графия кистей для определения костного возраста (костный возраст опережает паспортный), г) УЗИ органов малого таза, УЗИ надпочечников. д) Определение уровня гонадотропина, ЛГ, тест с люлиберином, определения уровня половых стероидов (эстроген у девочек, тестостерон у мальчиков), определение уровня 17-КС и 17-ОКС.

5. Препаратом какой группы проводится лечение данной патологии? Длительно (до наступления сроков физиологического пубертата) аналоги гонадотропин-релизинг гормона (люлиберина). Например, диферелин 50 мкг/кг 1 раз в 28 дней.

Эталон задачи № 57

1. Ваш предположительный диагноз? Диагноз: Врожденный гипотиреоз. Диагноз поставлен на основании анамнеза заболевания – большая масса тела при рождении, затаявшаяся желтуха новорожденного, медленная эпителизация пупочной ранки, задержка психо-моторного развития, склонность к запорам, мышечная гипотония, живот увеличен в размерах, расхождение прямых мышц живота, и лабораторных данных – гиперхолестеринемия и гипохромная анемия.

2. Какие дополнительные обследования необходимо провести? Определить в крови T_3 , T_4 , ТТГ (T_3 в № 1,17-2,18 ммоль/л, T_4 – 74,6-173,8, ТТГ – 0,6-3,8 мкЕД/л). УЗИ щитовидной железы, ЭКГ, костный возраст.

3. Какая причина могла привести к развитию данной патологии? Эмбриональные пороки развития щитовидной железы, ферментативное нарушение синтеза гормонов щитовидной железы, возможно связанное с наличие патологии щитовидной железы у матери во время беременности (эутиреоидное увеличение щитовидной железы III степени по Николаеву).

4. На какой день после рождения ребенка проводится лабораторный скрининг, какую патологию исключают? 4-5 день жизни у доношенных и 7-10 у недоношенных проводят скрининг на врожденный гипотиреоз, фенилкетонурию, муковисцидоз, галактоземию, врожденную дисфункцию коры надпочечников.

5. Нуждается ли ребенок в гормональной терапии? Уровень какого гормона используется для оценки адекватности заместительной терапии? Да, обязательно. Пожизненная терапия левотироксином. Для оценки адекватности заместительной терапии используется определение ТТГ (не больше 5мкЕД/мл).

Эталон задачи № 58

1. Поставьте диагноз. Гипофизарный нанизм (пангипопитуитаризм).

2. Что могло послужить причиной развития данной патологии? Соматотропная недостаточность, обусловленная, вероятно следующими причинами: деструктивные изменения гипофиза в результате внутриутробной гипоксии (у матери во время беременности нефропатия, анемия), либо травматическое повреждение гипофиза (родовая травма) – в анамнезе тазовое предлежание.

3. Какие нагрузочные пробы проводятся для подтверждения диагноза? Нагрузочные пробы на подтверждение дефицита гормона роста с инсулином, с клофелином, аргинином. Уровень СТГ после нагрузочной пробы < 7 нг/мл свидетельствует об абсолютном дефиците гормона роста, 7 - 10 нг/мл – частичный дефицит гормона роста.

4. Какими гормональными препаратами проводится заместительная терапия? Критерии эффективности лечения детей с данной патологией? Заместительная терапия проводится гормоном роста, полученным на основе ДНК рекомбинантной технологии. Хуматроп или Нордитропин п/к 0,07-0,1 мг/кг ежедневно в 20.00. Критерии эффективности лечения - активизация линейного роста и ускорение костного возраста.

5. Какая диета рекомендуется детям с данной патологией? Диета с высоким содержанием белков и витаминов, ограничение легкоусвояемых углеводов после 18.00.

Эталон задачи № 59

1. Поставьте диагноз (с указанием степени). Диагноз: Конституционально-экзогенное ожирение III степени, простая форма, медленно прогрессирующее течение. Сопутствующий диагноз: Дисфункция билиарного тракта. Диагноз поставлен на основании жалоб на избыточный вес, наследственного анамнеза – родители и родная сестра мальчика полные, в семье много употребляют сладкого, жирного; объективно - подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением на груди и животе, ИМТ = 29,27, что соответствует ожирению III степени ($(29,27-17,2)/17,2*100 = 70,17 \%$). В б/х ан. крови – гиперхолестеринемия; по УЗИ ЖКТ признаки застоя желчи и дискинезии желчевыводящих путей.

2. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза? Р-графия черепа с прицелом на турецкое седло, поля зрения, ЭхоЭГ, осмотр окулиста (глазное дно), УЗИ щитовидной железы, УЗИ надпочечников, гормональное обследование: пролактин. ТТГ, T₄, ЛГ, ФСГ, тестостерон, кортизол; расширенная капрология, дуоденальное зондирование.

3. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз? Дифференцировать с вторичными формами ожирения (эндокринное, гипоталамическое, церебральное), при которых избыточный вес является одним из симптомов основного заболевания.

4. Какие основные принципы диетотерапии и другие лечебные мероприятия применяются? Соблюдение диеты, с ограничением легкоусвояемых углеводов (сахар, конфеты, кондитерские изделия, варенья, компоты) с заменой их на защищенные углеводы (овощи и фрукты с большим содержанием клетчатки и пектиновых волокон). Дробное питание 5-6 раз в сутки небольшим объемом. Ограничение суточного калоража за счет снижения употребления жиров, замена легкоусвояемых углеводов на защищенные. ЛФК, массаж, физиопроцедуры, водолечение (душ Шарко). Мероприятия, направленные на увеличение расхода калорий.

5. Перечислите возможные осложнения. Кардиоваскулярные нарушения (артериальная гипертензия), метаболические нарушения (нарушение толерантности к углеводам и СД II типа), нарушение функции гонад, нарушения опорно-двигательного аппарата, вторичный дизэнцефальный синдром. Угроза формирования метаболического синдрома с развитием острых сосудистых осложнений (инфаркт, инсульт).

Эталон задачи № 60

1. Ваш предположительный диагноз? Диагноз: Врожденная дисфункция коры надпочечников, сольтеряющая форма. Криз надпочечниковой недостаточности. Диагноз поставлен на основании выявленного при осмотре неправильного строения наружных гениталий (вирилизация наружных половых органов) и появившегося с 3-го дня жизни синдрома потери соли (рвота фонтаном, жидкий стул, симптомы экзикоза).

2. Какая причина нарушения внутриутробного формирования наружных половых органов у девочки? Нарушение внутриутробного формирования наружных половых органов у

девочки (вирилизация) связаны с избыточной секрецией андрогенов корой надпочечников в результате их стимуляции АКТГ, обусловленной дефицитом кортизола из-за отсутствия фермента 21-гидроксилазы – врожденная дисфункция коры надпочечников.

3. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка на 3 сутки после рождения? Криз надпочечниковой недостаточности с синдромом потери соли, обусловленный дефицитом глюкокортикостероидов и минералокортикоидов.

4. При каких заболеваниях может отмечаться рвота "фонтаном"?
Дифференциальный диагноз. Пилороспазм, пилоростеноз, имеющие характерную клиническую и рентгенологическую картину. Провести дифференциальную диагностику сольтеряющей формы ВДКН помогает б/х ан. крови: гипогликемия, гипонатриемия, гипохлоремия, гиперкалиемия, и гормональное обследование – высокий уровень 17ОН-прогестерона и АКТГ, снижение кортизола.

5. Какими гормональными препаратами проводится заместительная терапия? Какие возможные осложнения при неадекватно подобранной заместительной терапии?
Заместительная терапия проводится глюкокортикостероидами – кортефф и минералокортикоидами – кортинефф. При недостаточной дозе возможны осложнения – криз надпочечниковой недостаточности, преждевременное половое развитие по гетеросексуальному типу у девочек и по изосексуальному – у мальчиков, при избыточной дозе – увеличение массы тела, задержка соли и воды (отеки, повышение АД), преждевременное закрытие зон роста (низкорослость).

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПЕДИАТРИЯ

Эталон задачи № 61

1. Сформулируйте диагноз. Определите группу здоровья и направленность риска.

Постнатальная гипотрофия I степени, алиментарная, вторичная гипогалактия. Группа здоровья II. Существует направленность риска - развитие трофических нарушений.

2. Причины возникновения данного состояния. Какие исследования необходимо провести ребенку?

Гипогалактия у матери. Контрольное взвешивание. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, копрограмма, обследование кала на дисбиоз, белки и фракции сыворотки крови.

3. План профилактических мероприятий. Какие врачиспециалисты должны осмотреть ребенка?

План профилактических мероприятий. А). Рациональное вскармливание, возможен докорм адаптированными смесями, регулярный контроль за разовым и суточным объемом питания. Строгое соблюдение правил прикладывания ребенка к груди и правил кормления. Профилактика гипогалактии. Б). Соблюдение санитарно-гигиенического режима. В). Строгий контроль за динамикой антропометрических показателей. Г). Ранняя диагностика наследственных и врожденных заболеваний и их лечение. Д). Физическое воспитание (массаж, гимнастика, закаливание). Е). Профилактика анемии, рахита, дисбиоза, гнойно-воспалительных заболеваний, аллергии, частой заболеваемости и кишечных инфекций. Необходимы консультации хирурга-ортопеда, невролога, окулиста. 4. Сформулируйте прогноз состояния здоровья ребенка при отсутствии своевременной коррекции патологии. Развитие анемии, рахита, дисбиоза, гнойно-воспалительных заболеваний, аллергии, частая заболеваемость. 5. Оцените возможность проведения профилактических прививок. Профилактические прививки в декретированные сроки.

Эталон задачи № 62

1. Предполагаемый диагноз? Группа здоровья.

Перинатальное поражение головного мозга гипоксически-ишемического генеза, симптом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, симптом мышечной дистонии, острый период. Группа здоровья II.

2. Укажите факторы и группы риска, их направленность. Группа высокого риска II Б. Существует риск развития у ребенка рахита, постнатальной гипотрофии, железодефицитной анемии, ЧБД. Факторы риска: гестоз I и II половины беременности (рвота, нефропатия), антенатальная гипоксия плода (тугое обвитие пуповиной), частые обильные срыгивания, неактивное сосание.

3. Составьте план дифференцированного наблюдения за ребенком на участке.

Осмотр педиатром ежемесячно, контроль за размерами окружности головы, уровнем нервно-психического и моторного развития; невропатолога 1 раз в месяц; осмотр заведующим поликлиническим отделением в 3 мес. Раннее лабораторное обследование: анализы крови, мочи в возрасте 1 и 3 месяцев и после каждого заболевания. Мероприятия по профилактике раннего выявления и лечения дисбактериоза, анемии, рахита и др. Профилактика регургитации - положение во время сна - на боку. Показания и противопоказания, сроки и характер прививок определяет невролог. Необходима консультация невролога, окулиста.

4. Какие советы вы должны дать матери ребенка по поводу гипогалактии?

Необходимо провести 2-3 раза в день контрольное взвешивание до и после кормления. Рассчитать необходимый суточный и разовый объем молока для ребенка. Советы матери по диете, дополнительному питью, режиму, уходу за молочными железами, правильной технике сцеживания, более частому прикладыванию, давать обе груди в чередовании. Необходимо присутствовать на кормлении, проверить технику прикладывания к груди и составить

протокол кормления. Матери рекомендовать контрастный душ, иглокалывание, гомеопатические средства, фиточаи, занятия в группе поддержки, консультацию психолога. При необходимости докорма лучше выбрать лечебную смесь при срыгиваниях (например «НАН-антирефлюксный»).

5. Оцените стул у данного ребенка

В стуле присутствует небольшое количество слизи, чего быть не должно.

Эталон задачи № 63

1. Диагноз? По какой группе здоровья будет наблюдаться ребенок?

Врожденная внутриутробная гипотрофия I степени. ППЦНС, гипоксически - ишемического генеза, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, ранний восстановительный период. Группа здоровья III.

2. Оцените имеющиеся факторы риска и их направленность. Какое влияние на плод оказывает вентолин? Какое воздействие на новорожденного оказывают анестезия и аналгезия при родоразрешении путем кесарева сечения?

Группы риска: II, IV; реализация группы риска I, III. Вентолин (сальбутамол) вызывает преждевременные роды, цервикальную недостаточность, урежение пульса плода. Анестезия во время кесарева сечения вызывает депрессию новорожденного, апноэ, ацидоз, снижение реакции на слуховые стимулы.

3. Составьте план диспансерного наблюдения и ведения ребенка на педиатрическом участке.

Осмотр педиатром ежедневно в течение 10 дней, контроль за размерами окружности головы, уровнем нервно-психического и моторного развития; невропатолога 1 раз в месяц; осмотр заведующим поликлиническим отделением в 1 мес. Раннее лабораторное обследование: анализы крови, мочи в возрасте 1 и 3 месяцев и после каждого заболевания. Мероприятия по профилактике раннего выявления и лечения дисбактериоза, анемии, рахита и др. Профилактика регургитации - положение во время сна - на боку. Контроль за массой тела 4 раза в месяц (семья должна быть обеспечена весами). Профилактические прививки по Национальному календарю (Приказ МЗ РФ №229). Необходима консультация узких специалистов (невропатолога, окулиста), инструментальное исследование внутренних органов.

4. Какие физиологические параметры оцениваются у новорожденного по шкале Апгар и что в сумме они позволяют определить?

Шкала Апгар: через 1 мин., 5 мин., 30 мин. Оценка в баллах 0, 1, 2. ЧСС, сердечный ритм, дыхательная активность, мышечный тонус, рефлекторная возбудимость, окраска кожи. 10-7 хорошее состояние; 6-4 средней тяжести; 3-1 тяжелое; 0 клиническая смерть.

5. Оцените массоворостовой коэффициент при рождении у данного ребенка.

МРК=56 (в норме 60), дефицит веса I степени.

Эталон задачи № 64

1. Обоснуйте диагноз и лечебные мероприятия данному ребенку. Диагноз Обычная поствакцинальная реакция на введение АКДС. На основании повышения температуры до 38°C, беспокойства, появления ин-фильтрата диаметром 1 см, гиперемии и отека мягких тканей диаметром 3 см. При температуре выше 38°C назначается парацетамол 10 мг/кг per os. **2. В чем заключается разница между нормальной поствакцинальной реакцией и поствакцинальным осложнением? Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС. Вакцинальные реакции** – это закономерные, ожидаемые процессы в поствакцинальном периоде, указанные в наставлениях к вакцинам. На введение иммунобиологического препарата могут наблюдаться обычные поствакцинальные реакции: общие (повышение температуры, общее беспокойство, снижение аппетита) и местные (гиперемия и уплотнение в месте введения препарата).

Поствакцинальные осложнения – это патологическое явление не свойственное обычному вакцинальному процессу, сопровождающееся длительным нарушением состояния. Осложнения: повышение температура выше 40.С, инфильтрат больше 8 см, отек, гиперемия больше 8 см., анафилактический шок – до 5-6 часов. У детей 1 года эквивалент шока – коллаптоидное состояние: побледнение, цианоз, вялость, адинамия, снижение АД, липкий холодный пот. Афебрильные судороги – «кивки», абсансы. Энцефалит. **3. Каковы показания к снятию вакцины из употребления?** Повышение температуры выше 38,5.С более чем у 1% всех вакцинированных, развития отека тканей размером более 5 см. и инфильтратов более 2 см. у 4% и более из числа всех вакцинированных лиц; развитие тяжелых поствакцинальных осложнений. **4. В каком возрасте были проведены две первые вакцинации? Можно ли считать курс вакцинации данного ребенка против дифтерии, столбняка законченным?** В 3 мес. и 4,5 мес. Курс можно считать законченным. **5. Подлежит ли ребенок медицинскому отводу от дальнейших прививок?** Медицинскому отводу не подлежит.

Эталон задачи № 65

1. Ваш диагноз? С какими заболеваниями следует дифференцировать выявленные изменения у ребенка? *Диагноз:* Необычная реакция на живую паротитную вакцину. Дифференцировать следует с эпидемическим паротитом, инфекционным мононуклеозом, паратонзиллярным абсцессом, субтоксической формой дифтерии ротоглотки, подчелюстным лимфаденитом, опухолью слюнных желез, слюннокаменной болезнью, полинейропатией и серозным менингитом при энтеровирусной инфекции, туберкулезным менингитом. **2. Назначьте лечение. Показана ли госпитализация данного ребенка?** Экстренное извещение не подается. Лечение амбулаторно. Режим: постельный на лихорадочный период плюс 2-3 дня нормальной температуры. Диета: механически щадящая, обильное питье. Уход за полостью рта. Сухое тепло на область пораженных слюнных желез. Симптоматическая терапия: При температуре выше 38,5.С – парацетамол 10 мг/кг. Аскорбиновая кислота, антигистаминные препараты. **3. Какова возможная причина выявленных изменений у ребенка?** Отягощенный преморбитный фон: аллергический дерматит, перенес накануне ОРВИ. **4. Перечислите возможные осложнения на прививку против эпидемического паротита?** Осложнения: температура, судороги, боли в животе, рвота, аллергическая сыпь. Может быть серозный менингит. **5. Следует ли подать экстренное извещение в СЭС? Может ли данный ребенок явиться источником заболевания эпидемическим паротитом?** Не может.

Эталон задачи № 66

1. Ваш диагноз?

Диагноз: Поствакцинальное осложнение на прививку против кори. Поствакцинальный энцефалит

2. Тактика участкового врача? Какие лечебные мероприятия следует провести?

Оказать неотложную помощь в отношении гипертермического синдрома – ввести литическую смесь с включением антигистаминных и мочегонных препаратов. Вызвать на себя скорую помощь и госпитализировать ребенка. Оформить экстренное извещение.

3. Как в дальнейшем следует прививать ребенка?

Прививают в дальнейшем по индивидуальному календарю на фоне назначения антигистаминных и противосудорожных препаратов. **4. Оцените правильность проведения вакцинации против кори.** Ребенок должен был быть вакцинирован на фоне противосудорожной терапии, назначенной с 1 по 14 дни после иммунизации. **5. Какие мероприятия следует провести в детской поликлинике?** Иммунологической комиссией провести расследование поствакцинального осложнения.

Эталон задачи № 67

1. Диагноз? Какие дополнительные исследования необходимы, чтобы подтвердить Ваш диагноз? Внебольничная острая правосторонняя нижнедолевая пневмония, средней степени тяжести. Рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях, развернутый анализ крови (лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ выше 15 мм/час). **2. Какие группы отхаркивающих препаратов Вы знаете? Механизм их действия?** Средства, созданные на основе растительного сырья (Бронхикум эликсир, Грудной сбор №1, №2, №3, грудной эликсир, Пектуссин, Солодка, Термопсис) и с синтетическими составляющими (амброксол). **3. Укажите выбор антибиотиков и обоснуйте путь введения антибактериального препарата.** Так как ребенок получал недавно антибиотики, обосновано применение «защищенных» пенициллинов (амоксциллин/клавулат), макролидов (азитромицин), цефалоспоринов II поколения (цефаклор) предпочтительно перорально. **4. Укажите выбор антибиотиков и обоснуйте путь введения антибактериального препарата.**

Выраженные симптомы интоксикации, нарастающая дыхательная недостаточность, неэффективность лечения в амбулаторно-поликлинических условиях. Осложнения могут быть легочные: плеврит (метапневмонический, синпневмонический), легочная деструкция, пневмоторакс, пиопневмоторакс; 204

внелегочные: инфекционно-токсический шок, респираторный дистресс синдром, ДВС - синдром, токсикоз. **5. Критерии выписки ребенка в детский сад. Составить план реабилитации ребенка.** При гладком течении выход в ДОО не ранее 3-4 недель, при исчезновении физикальной симптоматики и рентгенографических изменений. Реабилитация заключается в постепенном увеличении физических нагрузок, общеукрепляющих упражнениях, дыхательной гимнастике. Возможно санаторно-курортное лечение.

Эталон задачи № 68

1. Ваш диагноз? Перечислите факторы, которые могли привести к данному состоянию.

Рахит II степени, период разгара, острое течение. Нерегулярность приема витамина D₂; гестоз у матери во время беременности; ранний переход на искусственное вскармливание.

2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

Определение в сыворотки крови уровня кальция, фосфора, цитратов, активность щелочной фосфатазы. Рентгенография запястья. Повышена экскреция с мочой фосфора, аминокислот.

3. Какие дефекты ведения ребенка на участке имели место?

Позднее назначение специфической профилактики рахита; нарушение диспансерного наблюдения в декретированные сроки (пропущен осмотр в 4 месяца).

4. Можно ли проводить вакцинацию?

Вакцинацию следует отложить на 1 месяц.

5. Назначьте лечение, как его контролировать?

Лечение витамином D проводят под контролем пробы Сулковича. Пробу проводят 1 раз в 2-3 недели. Эта проба позволяет определить наличие солей кальция в суточной моче (качественная методика). При передозировке витамином D происходит повышенная экскреция Са с мочой. Если проба положительная (+++), то витамин D следует отменить. Витамин D (Аквадетрим): 2000 МЕ в сутки в течение 30-45 дней, далее доза снижается до профилактической (500 МЕ - 1 капля водного раствора витамина D) ежедневно. Rp.: Sol. Cholecalciferoli 10 ml (1 ml – 15000 ME) D.S. По 4 капли (в 1 капле 500 ME) ежедневно.

Эталон задачи № 69

1. Ваш диагноз? Какие факторы риска способствовали развитию данного состояния?

Железодефицитная анемия легкой степени. Небольшой промежуток между родами (1г. и 2 мес.) анемия, ОРВИ у матери во время беременности, ранний перевод ребенка на искусственное вскармливание низкоадаптированной смесью, перенесенная ОРВИ. 205

2. Какие исследования необходимо провести педиатру для уточнения диагноза? Что такое цветовой показатель? Вычислите его и оцените.

Сывороточное железо (норма 12-23) меньше 14. Общая железосвязывающая способность (43-71). Латентная - больше 47 мкмоль/л. Коэффициент насыщения трансферрина (30-40), сывороточное железо /ОЖССх100% меньше 17%. Ферритин снижается. Цветовой показатель - 0,85, снижение гемоглобина 110 г/л – до 2 лет, эр 3 млн., гипохромия, микроцитоз, анизоцитоз и пойкилоцитоз.

3. Нуждается ли ребенок в лечении? Какие препараты следует выбрать? Их побочные действия.

Легкая анемия требует назначения препаратов железа из расчета 3-5 мг/кг активного железа в сутки в 2-3 приема, не менее 1,5-2 мес. Побочное действие диспепсия, может быть аллергия. Оптимальный препарат железа [III] гидроксид полимальтозат (Мальтофер, Феррум Лек).

4. Как контролировать эффективность лечения?

Повышение гемоглобина в первые две недели не ждать, повысится к 4 неделе, нормализация показателей гемоглобина ожидается к 6-8 неделе. Через 10-14 дней должно произойти увеличение ретикулоцитов – ретикулоцитарный криз; улучшение морфологии. Через 48 часов улучшения самочувствия. **5. Составьте план диспансерного наблюдения ребенка по анемии.** План наблюдения: анализ крови развернутый 2 раза в мес. до нормализации, осмотр педиатра 1 раз в месяц (осмотр кожи, слизистых, пальпация печени и селезенки обязательна). Снимается с учета через 6 месяцев. Профилактические прививки разрешаются через 1 месяц после лечения, далее по календарю.

Эталон задачи № 70

1. Оцените состояние здоровья ребенка.

Состояние ребенка ближе к удовлетворительному, самочувствие несколько нарушено, вялый, аппетит сохранен.

2. Определите группу здоровья, направленность и степень риска.

Группа здоровья II, группа риска по Сотниковой I, реализация II группы риска.

3. Выделите факторы, способствовавшие возникновению данного состояния.

ОРВИ у матери во время беременности на 8 и 32 неделях, пневмония накануне родов, позднее прикладывание к груди (через 2 дня).

4. Напишите план ведения ребенка на участке до 1 года.

Назначить оптимальный санитарно-гигиенический режим, по показаниям срочно госпитализировать. Провести беседу с родителями ребенка, предупредить о возможности развития заболевания, о необходимости выполнения всех медицинских рекомендаций. Патронаж медицинской сестры и осмотр врача — ежедневный, обязательна консультация заведующей отделением. Наблюдение до 1 месяца 2 раза в неделю на дому врачом и 1 раз в неделю мед. сестрой. Далее 1 раз в месяц осмотр в поликлинике с антропометрией. Осмотр невропатологом в 1 месяц, до 3 месяцев осмотр ЛОР, окулиста, ортопеда. В возрасте 3 и 12 месяцев ребенку необходимо лаб. обследование (ан. крови, мочи, кал на я/гл). Прививки по индивидуальному календарю. Борьба с гипогалактией, своевременное введение прикормов. Через 1 месяц после пиодермии после осмотра педиатром, если ребенку не исполнится 2 месяца, сделать прививку от туберкулеза. Необходимо сдать анализ крови на реакцию Вассермана и ВУИ, посев кала на УПФ.

5. Какие рекомендации по уходу за ребенком следует дать матери?

Рекомендуется проводить мероприятия по поддержке грудного вскармливания, ежедневно проводить туалет новорожденного, купание ежедневно в кипяченой воде, детское белье стирать отдельно с мылом, кипятить и проглаживать, ухаживать за пупочной ранкой, избегать переохлаждения и перегревания, уменьшить контакты с родственниками и знакомыми до 1 месяца. Ежедневно гигиеническая ванна, подмывать после дефекации и мочеиспускания,

смазывать складки детским маслом 1-2 раза в день. Необходимо провести контрольное взвешивание для уточнения объема грудного молока. Примерная масса тела 3500 гр., расчетная формула суточного объема питания $1/5$ от массы тела=700 мл. На 1 раз при 6-разовом кормлении (т.к. смешанное вскармливание) 110 мл. Необходимо проводить мероприятия по усилению лактации (массаж, сцеживание, усилить водный режим женщины, гомеопатические препараты, иглорефлексотерапия, гипноз, лекарственная терапия).

Эталон задачи № 71

1. Оцените состояние и укажите группу здоровья ребенка.

Состояние удовлетворительное, ребенок активный, редко болеет. Группа здоровья II, имеются отягощенная наследственность по эндокринной и мочевыделительной патологии у матери, отмечены факторы риска во время беременности и родов (ОРВИ, роды дома, преждевременное излитие околоплодных вод), раннее искусственное вскармливание (с 2 мес.).

2. Соответствует ли физическое и психомоторное развитие возрасту?

Ребенок повышенного питания, должноствующая масса тела 8400 гр., фактическая 8900 гр., избыток 500 гр. Физическое развитие ухудшено за счет избытка массы тела, НПР по возрасту (на 7 месяце следует следить, чтобы ребенок начал сидеть, лепетать, пить из чашки, есть с ложки, чтобы появились зубы).

3. Вычислите и оцените индекс Эрисмана.

Индекс Эрисмана = $\text{Огр.} - \text{длина тела}/2 = 44 \text{ см} - 67/2 = 5,5 \text{ см.}$ (норма 13,5 -10 см до 1 года), указывает на дисгармоничное физическое развитие, избыток массы тела.

4. К какой группе риска следует отнести данного ребенка? Реализовались ли данные факторы риска у ребенка и почему?

Риск трофических расстройств реализовался в паратрофию. У ребенка имеется отягощенная наследственность по эндокринной патологии по линии матери, раннее искусственное вскармливание, перекорм кашами (200 гр. вместо положенных 150 гр. на прием).

5. План наблюдения за ребенком на первом году. Рекомендации?

Повторный осмотр до 1 года специалистами (невропатолог, ЛОР, окулист, хирург). Анализ крови на сахар, консультация эндокринолога. В 12 мес. анализ крови, мочи, кал на я/гл. Прививки по возрасту, рациональное вскармливание, подсчет объема и каллоража пищи ежемесячно.

Эталон задачи № 72

1. Оцените физическое развитие, наследственную отягощенность и резистентность ребенка.

Физическое развитие среднее, гармоничное. Умеренная отягощенность по обменным нарушениям, резистентность хорошая.

2. Поставьте диагноз. Определите группу здоровья.

Диагноз: Миопия легкой степени. Группа здоровья II.

3. Назначьте диету и физкультурную группу для ребенка.

Стол № 15. Физкультурная группа – основная.

4. Назначьте группу для закаливания, подберите мебель, дайте рекомендации по поводу миопии.

Группа закаливания №1. Гимнастика для глаз; мебель №1.

5. Когда планируется следующая вакцинация?

Реакция Манту в 5 лет.

Эталон задачи № 73

1. Оцените физическое и НПР развитие ребенка.

Физическое развитие среднее, гармоничное. НПР по возрасту.

2. Поставьте диагноз. Определите группу здоровья.

Нарушение осанки. Группа здоровья II.

3. Назначьте режим и диету для ребенка.

Режим группы. Стол № 15.

4. Дайте рекомендации для родителей и педагогов.

Необходимы ЛФК, массаж, бассейн. Мебель № 0. Физкультурная группа основная, группа закаливания №1. Осмотр ортопеда, невропатолога, стоматолога, ЛОР, окулиста в 3 года.

5. Распишите план профилактических прививок в ДДУ до 7 лет включительно для данного ребенка.

Реакция Манту в 3,4,5,6,7 лет. R2 полиомиелит в 3 года. RV кори, паротита, краснухи в 6 лет. R2 АДСМ в 7 лет, RV БЦЖ в 7 лет (если не состоит на учете у фтизиатра и 2 года имеет отрицательные реакции Манту).

Эталон задачи № 74

1. Оцените физическое развитие мальчика.

Физическое развитие среднее, гармоничное.

2. Оцените степень полового развития и соответствие биологического возраста паспортному.

Половое развитие соответствует возрасту. Биологический возраст соответствует паспортному.

3. Оцените показатели функционального состояния организма ребенка.

Функциональное состояние организма соответствует возрасту. АД в норме.

4. Какие врачебные скрининг-тесты необходимо провести ребенку?

Оценка НПП, биологического возраста, осанки, проба на сколиоз, оценка анкетного теста, оценка результатов скринингового исследования.

5. Необходима ли проф. ориентация ребенку, кто и как ее проводит?

Необходима. Проводят педиатр (оценка по медицинским критериям) и педагог-психолог (тип личности, предпочтения по предметам).

Эталон задачи № 75

1. Определить к какой группе здоровья можно отнести данного ребенка. Оценить физическое развитие.

Группа здоровья II. Физическое развитие высокое, дисгармоничное. **2. Определите степень тяжести адаптации. Какие диагностические критерии адаптации вы знаете? Что означает понятие адаптации?** Адаптация тяжелой степени. Невротические реакции по гипердинамическому типу, соматовегетативные дисфункции, снижение массы тела, частые заболевания острыми инфекциями. Адаптация означает приспособление к новым условиям. **3. Консультации каких специалистов необходимы?** Невропатолога, ЛОР, психолога. **4. Как необходимо было подготовить данного ребенка в ДДУ?** Ребенка перед поступлением в ДДУ необходимо было проконсультировать у невропатолога, провести обследование по поводу отдаленных последствий перенесенной перинатальной энцефалопатии. Необходимо было пройти курс терапии у ЛОР-врача по поводу гипертрофия небных миндалин II степени, затруднения носового дыхания. Провести курс общеукрепляющей терапии, закаливание. Провести вакцинацию вакциной «Пневмо-23». **5. Оцените возможность проведения профилактических прививок в период адаптации.** В период адаптации прививки противопоказаны.

Эталон задачи № 76

1. Ваш диагноз?

Поствакцинальная реакция на прививку против кори, которая появилась в срок с 6 по 14 дни после вакцинации. Подъем температуры в день вакцинации не связан с проведенной прививкой. **2. Показана ли данному ребенку госпитализация? Следует ли подать экстренное извещение?** Госпитализация ребенку не показана. Эпидемиологической опасности девочка не представляет, в лечении не нуждается. Экстренное извещение не подается. **3. Какие вакцинные препараты используются для иммунизации против кори?** Для профилактики кори используются вакцины, зарегистрированные в России: живая коревая культуральная вакцина (ЖВК), Рувакс – живая вакцина фирмы «Aventis Pasteur» (Франция), MMR-II – ассоциированная живая вакцина для профилактики кори, эпидемического паротита и краснухи (США). **4. Дайте клиническое описание «привитой кори»** На 5-12 день, реже в более поздние сроки (до 14 дня) после вакцинации появляется незначительное повышение температуры, катаральные явления, бледно-розовая пятнисто-папулезная, относительно мелкая сыпь, которая появляется в течение 1-3 дней. **5. Какие другие виды иммунобиологических препаратов можно вводить ребенку одновременно с коревой вакциной?** Все вакцины совместимы с коревой, следует вводить в разные участки тела. Введение иммуноглобулинов и препаратов крови диктует необходимость отложить вакцинацию на 3 месяца.

Эталон задачи № 77

1. Диагноз?

Инородное тело дыхательных путей

2. Неотложные мероприятия на догоспитальном этапе.

Попытка извлечения инородного тела дыхательных путей производится только у пациентов с прогрессирующей острой дыхательной недостаточностью, представляющей угрозу жизни ребенка. Первичное неотложное мероприятие – прием Геймлиха: резкое сдавливание нижнего отдела грудной клетки в сочетании с толчком в подложечную область (диафрагму). Прием рассчитан на мгновенное повышение внутрилегочного давления, которым инородное тело может быть вытолкнуто из дыхательных путей. При неэффективности – проведение коникотомии.

3. Дальнейшая тактика. Условия транспортировки.

Вызов реанимационной бригады скорой помощи и госпитализация в ЛОР-отделение. Во время транспортировки необходимо обеспечить оксигенотерапию, возвышенное положение больного (сидя на руках)

4. Какие первичные неотложные мероприятия используются у детей с учетом возраста?

Первичное действие у детей до года: взяв за ноги – резко встряхивать; после года – перкуссионный массаж спины, при этом верхняя часть туловища и голова ребенка опущены вниз;

5. К ошибкам при оказании неотложной помощи относятся неправильные действия или бездействие медперсонала, которые могли вызвать или вызвали ухудшение состояния или смерть больного.

Условно ошибки можно разделить на диагностические, лечебные, тактические и деонтологические.

Эталон задачи № 78

1. Диагноз?

Гипервитаминоз витамина D

2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

Исследование уровня кальция и фосфатов в крови и моче - для гипервитаминоза характерны гиперкальциемия и гиперкальциурия; при рентгенографии костей – расширение и уплотнение зон препаратного обызвествления.

3. Показана ли госпитализация? Нуждается ли ребенок в лечении?

Показана госпитализация. Лечение предполагает немедленную отмену препаратов витамина D, ограничение потребления кальция с пищей, инфузионную детоксикационную терапию, назначение витаминов А и Е, в тяжелых случаях – глюкокортикостероиды.

4. Какие побочные эффекты вызывает повышенное потребление витамина D?

Возможные последствия для здоровья данного ребенка?

Избыток витамина D и его метаболитов вызывает повышенное всасывание кальция в кишечнике, гиперкальциемию и гиперкальциурию. Это создает условия для отложения солей кальция в стенках сосудов, ткани почек, сердца, мозга. Последствиями гипервитаминоза D часто являются нефропатии: хронический пиелонефрит, интерстициальный нефрит, тубулопатии. Даже в легких случаях гипервитаминоза D признаки миокардиодистрофии, нефрокальциноза, вторичного хронического пиелонефрита со снижением почечных функций сохраняются до 5-7 лет.

5. **Были ли допущены участковым педиатром ошибки в ведении этого ребенка?** Не указана точная дозировка витамина D₂, прием витамина без контроля (не проводилась проба Сулковича).

Эталон задачи № 79

1. Оцените физическое развитие ребенка. О каком диагнозе нужно думать?

Физическое развитие среднее (рост 142 см – P₅₀₋₇₅), дисгармоничное за счет избытка массы тела 70,17 % (ИМТ = 29,27).

2. Какова возможная причина развития данной патологии?

На основании данных наследственного анамнеза – родители и родная сестра мальчика имеют избыток массы тела, в семье много употребляют сладкого, жирного; малоподвижный образ жизни; данных объективного осмотра: подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением на груди и животе, ИМТ = 29,27, что соответствует ожирению III степени ((29,27-17,2)/17,2*100 = 70,17 %) – можно думать о следующем DS:

Конституционально-экзогенное ожирение III степени. Сочетание экзогенных факторов (избыточное высококалорийное питание, гиподинамия) и конституциональная предрасположенность (родители и родная сестра мальчика полные).

3. **Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза? Нуждается ли ребенок в госпитализации?** Клинический анализ крови, общий анализ мочи, R-графия черепа с прицелом на турецкое седло, поля зрения, ЭхоЭГ, осмотр окулиста (глазное дно), УЗИ щитовидной железы, УЗИ надпочечников, гормональное обследование: пролактин, ТТГ, Т₄, ЛГ, ФСГ, тестостерон, кортизол; расширенная копрология. Ребенок нуждается в стационарном лечении.

4. **В какую группу риска по развитию заболевания относится этот ребенок? Перечислите возможные осложнения.** Сахарный диабет II типа в связи с формированием инсулинорезистентности. Осложнения: кардиоваскулярные нарушения: артериальная гипертензия, нарушение функции гонад, нарушения опорно-двигательного аппарата, вторичный диэнцефальный синдром.

5. Составьте план диспансерного наблюдения. Нуждается ли ребенок в освобождении от уроков физкультуры?

Подлежит диспансерному наблюдению у педиатра и эндокринолога. Осматривается в течение первого года наблюдения 1 раз в 3 месяца, далее – 1 раз в 6 – 12 месяцев. Консультация окулиста и невропатолога 1 раз в год. Определение глюкозы крови и мочи натощак, кортизола, АКТ, половых гормонов, сахарная кривая, липидограмма, УЗИ органов брюшной полости, глазного дна и полей зрения 1 раз 6-12 месяцев. При каждом осмотре – контроль за массой тела и АД, за состоянием кожи. Дробное питание 5-6 раз в сутки небольшим объемом. Ограничение суточного калоража за счет снижения употребления жиров, замена легкоусвояемых углеводов на защищенные. Показаны: ЛФК, массаж, физиопроцедуры, водолечение (душ Шарко); От уроков физкультуры освобождению не подлежит: назначается ЛФК, затем специальной группы по физическому воспитанию. На диспансерном наблюдении находится до нормализации массы

тела. При соблюдении диеты и режима физических нагрузок прогноз для жизни и здоровья благоприятный. При несоблюдении – угроза формирования метаболического синдрома с развитием острых сосудистых осложнений (инфаркт, инсульт).

Эталон задачи № 80

1. Оцените физическое и половое развитие ребенка.

Физическое развитие среднее, гармоничное. Половое развитие соответствует возрасту.

2. С какими специалистами необходимо проконсультировать ребенка

С невропатологом, с гинекологом, урологом

3. Проведите профессиональную ориентацию девочки по выбору будущей профессии?

Ограничений в выборе профессии по медицинским показаниям нет

4. Определите группу по физическому воспитанию

Подготовительная группа по физическому воспитанию, запрещаются занятия в бассейне, занятия на открытом воздухе.

5. Составьте план диспансерного наблюдения.

На диспансерном учете состоит один год. Первые 3 мес. – анализ мочи каждые 2 недели, затем 1 раз в мес. Каждый раз осмотр педиатра. Анализ крови, проба Зимницкого, биохимический анализ крови на мочевины и креатинин один раз в 3-6 мес. УЗИ почек и мочевого пузыря через год. Осмотр узкими специалистами один раз в 6 мес. Снятие с учета через год. При отсутствии урологической патологии и нормализации анализа мочи после выписки проводится фитотерапия по 10-20 дней каждого месяца в течение 3 мес., затем месячные курсы фитотерапии через каждые 3 мес.

ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Эталон задачи № 81

- 1. Поставьте клинический диагноз. Диагноз:** Скарлатина, типичная, среднетяжелая форма А. **2. Проведите обоснование диагноза.** Интоксикация, лакунарный тонзиллит, мелкоточечная сыпь с первого дня на туловище и на сгибательных поверхностях конечностей, сухость кожи, розовый фон, бледный носогубный треугольник, высеv β - гемолитического стрептококка, изменение анализа периферической крови свидетельствуют в пользу скарлатины. **3. Проведите дифференциальный диагноз с иерсиниозом.** При скарлатине в отличие от иерсиниоза: - отсутствует поражение желудочно-кишечного тракта, суставов; - нет увеличения печени и селезенки; - всегда имеется тонзиллит; - сыпь мелкоточечная, а не полиморфная и с 1 дня болезни; - наблюдается быстрая положительная динамика при лечении пенициллином; - в анализе крови при иерсиниозе резче выражены воспалительные изменения; - в диагностике помогают специфические методы: при скарлатине выделение стрептококка из ротоглотки, при иерсиниозе - нарастание титра антител в парных сыворотках к иерсиниозному диагностикуму. **4. Назначьте лечение. (Масса 20кг).** - постельный режим на период лихорадки; - механически и химически щадящая пища на ангинозный период; - пенициллин 500тыс.4 раза внутримышечно на 10 дней (100тыс./кг/сут); - супрастин по $\frac{1}{2}$ таблетки.2 раза внутрь на 5 дней; - витамин «С» 0,1 .3 раза внутрь; - полоскание горла раствором фурацилина 1:5000 2 раза в день. **5. Составьте план противоэпидемических мероприятий дома и**

в детском коллективе (ребенок посещает детский сад). В детском саду карантин на 7 дней - не болевших скарлатиной не принимать в группу. У контактных наблюдать за температурой, сыпью, ангиной. Осмотреть персонал на наличие тонзиллита и других стрептококковых заболеваний. Дома, если есть дети, посещающие дошкольные учреждения и первые 2 класса школы, на них накладываем карантин на 7 дней. Взрослых в очаге, работающих с детьми, в родильных, хирургических отделениях не отстраняют от работы, но наблюдают 7 дней для раннего распознавания у них стрептококковой инфекции. На больного отправляется экстренное извещение в ГСЭН.

Эталон задачи № 82

1. **Поставьте клинический диагноз.** *Диагноз:* Скарлатина атипичная, экстрафарингеальная (ожоговая) форма. **2. Объясните механизм развития заболевания.** Стрептококк вызывает воспалительные изменения поврежденной кожи в месте внедрения. По лимфатическим путям и поверхностным сосудам возбудитель попадает в лимфатические узлы. В крови появляются токсические субстанции β -гемолитического стрептококка влияющие на сердечно – сосудистую, нервную, эндокринную системы. **3. Где должен лечиться больной?** Бокс хирургического или инфекционного отделения. **4. Лечебная тактика.** Парентеральное введение антибактериального препарата, гипосенсибилизация, симптоматическая терапия, местное лечение ожогов, осмотр хирурга. **5. С каким заболеванием следует дифференцировать атипичную форму скарлатины?** Стафилококковая инфекция со скарлатиноподобным синдромом.

2.

Эталон задачи № 83

1. **Поставьте развернутый клинический диагноз.** *Диагноз:* Иерсиниозная инфекция, типичная, среднетяжелая форма. **2. На основании, каких патогномоничных признаков поставлен диагноз?** В пользу выставленного диагноза свидетельствуют: острое начало, стойкое повышение температуры, умеренно выраженные симптомы интоксикации, мышечные и суставные боли, боли в правой подвздошной области и вокруг пупка, стул до 6-8 раз в сутки кашицеобразный с примесью зелени и слизи, появление желтушности кожного покрова, гепатоспленомегалия, воспалительные изменения со стороны анализа периферической крови (лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, увеличение СОЭ), в биохимическом анализе крови повышение общего билирубина за счет конъюгированной фракции, повышение активности печеночно-клеточных ферментов, а также данные эпидемиологического анамнеза – употребление в пищу салата из свежих овощей (капусты и моркови), хранившихся в подвале.. **3. Какие следует провести дополнительные исследования для подтверждения диагноза?** *Бактериологический:* посев испражнений 3-хкратно (до начала применения антибиотиков); *Серологический:* РА и РНГА с псевдотуберкулезными и иерсиниозными эритроцитарными диагностикумами на 2-й и 4-й неделе болезни (достоверным диагностическим критерием является нарастание в динамике заболевания титра специфических антител при исследовании парных сывороток в 4 раза и более); *Экспресс диагностика:* РКА, РЛА, ИФА, РНИФ (выявление возбудителя (антигенов) псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза в слюне, моче, копрофильтратах, крови, смывов из объектов внешней среды). **4. Перечислите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать иерсиниозную инфекцию у данного больного.** Необходимо дифференцировать с ОРВИ, вирусным

гепатитом, кишечными инфекциями, острым аппендицитом. **5. Какие противоэпидемические мероприятия в очаге иерсиниозной инфекции необходимо проводить?** Госпитализация по клиническим показаниям. Экстренное извещение в районное СЭС. Медицинское наблюдение за контактными 18 дней (термометрия, осмотр кожи, слизистых, печени, селезенки, бактериологическое обследование). Тщательное мытье и дезинфекция посуды. Бактериологическое исследование овощей и фруктов, хранящихся в холодильнике и на складе (а также молока, хлебобулочных изделий, куриных яиц). Бактериологическое исследование смывов с посуды, оборудования. Уничтожение грызунов. У работников пищеблока - бак. исследование испражнений, слизи из зева, а также смывов с рук и спецодежды. Наблюдение за очагом иерсиниоза в течение 3-х недель.

2.

Эталон задачи № 84 Поставьте окончательный клинический диагноз. *Диагноз:* Псевдотуберкулез (*Yersinia pseudotuberculosis*), типичный, среднетяжелая форма, острое гладкое течение. **2. Обоснование диагноза.** Учитывая острое развитие заболевания с повышением температуры до 37,9 – 38,7° С, которая носила упорный характер, нечастого (1-2 раза) жидкого стула, болезненность живота в околопупочной и правой подвздошной области, изменения в зеве (гиперемия, зернистость задней стенки глотки), увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов, увеличение печени и селезенки, отечность и гиперемия ладоней, появление на 3-й день болезни обильной яркой мелкоочечной сыпи с типичной локализацией в области живота, подмышечных и паховых складок, вокруг коленных и локтевых суставов, мелкопластинчатого шелушения лица, туловища на 8 день, нарастание титра специфических антител в РНГА с ПТБ – диагностикумом (от 1:50 до 1:200), можно выставить окончательный диагноз: Псевдотуберкулез, типичный, среднетяжелая форма, острое гладкое течение. **3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?** С кишечным иерсиниозом, инвазивными диареями инфекционной этиологии, скарлатиной, корью, краснухой, вирусными гепатитами, инфекционным мононуклеозом, энтеровирусной инфекцией, соматическими заболеваниями: ревматоидным артритом, острым ревматизмом, геморрагическим васкулитом и др., хирургическими заболеваниями: острым аппендицитом. **4. Назначьте лечение больному. (Масса ребенка 40кг).** -Диета гипоаллергенная, с исключением продуктов, усиливающих бродильные процессы, содержащих грубую клетчатку, консервы, копчености, жареную и острую пищу; -Обильное питье; - Этиотропная терапия: левомецетин 10 дней (весь период лихорадки + 3-5 дней нормальной температуры); - Энтеросорбенты (фильтрум, энтеросгель), - Патогенетическая терапия: - Нестероидные противовоспалительные препараты: ортофен, бруфен, индометацин; -Антигистаминные: супрастин, тавегил, кларитин 7-10 дней. **5. Назовите критерии выписки из стационара.** Удовлетворительное состояние на фоне стойкой (7-10 дней и не менее 3-5 дней после отмены, а/б терапии) нормализации температуры. Отсутствие симптомов интоксикации и локальных очагов. Нормализация показателей периферической крови, мочи, б/х анализа крови, ЭКГ.

Эталон задачи № 85

1. Поставьте клинический диагноз с указанием периода болезни. Диагноз: корь типичная, легкая форма (период высыпания) **2. Обоснование диагноза.** Острое начало заболевания с повышением температуры тела, появления катаральных симптомов, светобоязни, пятна Бельского – Филатова – Коплика, характер сыпи, этапность высыпания, отсутствие профилактических прививок свидетельствует в пользу данного диагноза. **3. Назначьте лечение больному.** - Постельный режим на период лихорадки - Механически щадящая диета (молочно - растительная) - Обильное теплое питье - Симптоматическое лечение: сосудосуживающие и антисептические капли в нос (0,05% нафтизин, 2% р-р протаргола, називин, для нос, отривин и др.) - отхаркивающие микстуры (лазолван, амброксол, халиксол, гербион и др., мукалтин) - Витамины "С, А" - Туалет глаз, полости рта -При температуре свыше 38,5° - жаропонижающие

препараты (парацетамол 10 мг/кг массы тела ребенка) **4. С какими заболеваниями будете проводить дифференциальный диагноз?** Краснуха, энтеровирусная экзантема, аллергоз. **5. Профилактические мероприятия в детском саду и семье.** Изоляция больного, экстренное извещение в территориальный центр Госсанэпиднадзора. - Медицинское наблюдение за контактными (температура, осмотр кожи, слизистых) в течение 21 дня с момента изоляции больного из коллектива. - Срочная иммунизация не позднее 5 дня с момента контакта непривитых, наболевших корью, не имеющих медицинские противопоказания - Введения иммуноглобулина неболевшим и имеющим противопоказания для активной иммунизации не позднее 3-5 дня после контакта с больным - Карантин 21 день - В очаге проводится влажная уборка, проветривание помещения, УФО - Иммунизация вакциной 2-х летнего ребенка не позднее 5 дня от момента контакта. Карантин 17 дней.

Эталон задачи № 86

1.Поставьте диагноз и обоснуйте его. *Диагноз:* Краснуха типичная, легкая форма. Субфебрильная температура, увеличение всех групп лимфатических узлов, в том числе затылочных, мелкая пятнистая сыпь одновременно появившаяся на всех участках тела, со сгущением на разгибательной поверхности рук, спине, ягодицах, легкие катаральные явления, вспышка заболевания в детском саду свидетельствуют в пользу данного диагноза. **2.С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз?** С корью, энтеровирусной экзантемой, аллергической сыпью. **3.Назовите специфические методы диагностики данного заболевания.** Определение в ИФА IgM, IgG к вирусу краснухи **4.Распишите лечение больному.** - Обильное питье. - Витамин С по 0,1 . 3 раза в день внутрь - Супрастин по $\frac{1}{2}$ таблетки . 3 раза в день внутрь. **5.Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге заболевания.** Изоляция больного до 7 дня с момента появления сыпи (при первом случае краснухи больного желательно изолировать на 10 дней, при наличии в семье или коллективе беременных женщин - на 21 день) - Экстренное извещение в Центр госсанэпиднадзора. - Наблюдение за контактными лицами 21 день. - В первые 72 часа проверить прививочный анамнез (по документам) и напряженность иммунитета у контактных, при титре ниже 25 МЕ/мл провести вакцинацию по эпидемиологическим показаниям.

Эталон задачи № 87

1. Поставьте клинический диагноз и приведите его обоснование.

Диагноз: ветряная оспа, типичная форма, средней степени тяжести, гладкое течение. Острое начало заболевания, умеренно выраженные симптомы интоксикации, обильность высыпания везикулезной сыпи на коже и слизистых оболочках рта свидетельствуют в пользу ветряной оспы. **2. Назначьте обследование.** Общий анализ крови - Общий анализ мочи - Кал, соскоб на яйца глистов - в сомнительных случаях – ПЦР – диагностика. **3. Назначьте лечение.** - Постельный режим на период лихорадки - Гигиенические ванны - Полоскание рта после приема пищи - Диета механически щадящая, витаминизированная - Обильное питье - Антигистаминный препарат - Витамин "С" - Туширование элементов сыпи 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени, раствором перманганата калия, спиртовыми растворами (левомицетиновым, эритромициновым спиртом) - Обработка слизистой рта водным раствором анилинового красителя. **4. Составьте план проведения противоэпидемических мероприятий в детском саду.** - Экстренное извещение в территориальный Госсанэпиднадзор. - Изоляция больного до 5 дня с момента последнего высыпания - Карантин на группу на 21 день с прекращением приема не болевших детей - Влажная уборка, проветривание, кварцевание. **5. Существует ли специфическая профилактика данного заболевания. Если да, то назовите препараты для вакцинации** На сегодня существуют средства специфической активной профилактики ветряной оспы – живые аттенуированные вакцины: Варилрикс, Окавакс, Варивакс. В нашей стране используется вакцина «Варилрикс». Рекомендуемая схема вакцинации: дети от 12 месяцев до 13 лет: 1 доза вакцины (0,5 мл) подкожно однократно; лица от 13 лет и старше (включая контактных с группами высокого риска и заболевшими): по 1 дозе (0,5 мл) подкожно двукратно

с интервалом между введениями 6-10 недель; экстренная профилактика: однократно 1 дозой вакцины (0,5 мл) в течение первых 96 часов после контакта (предпочтительно в течение первых 72 часов).

Эталон задачи № 88

1. Поставьте клинический диагноз. *Диагноз:* врожденная ветряная оспа, типичная, легкая форма, гладкое течение **2. Обоснуйте диагноз.**

Выявление с момента рождения у ребенка необильной папулезно-везикулезной сыпи на голове, руках, ягодицах, животе на фоне удовлетворительного общего состояния ребенка и нормальной температуры тела, появление новых элементов в течение 2 дней, в последующем образование корочек свидетельствуют о типичной врожденной ветряной оспе, протекающей в легкой форме. **3. Назначьте лечение.** - Ежедневные лечебно-гигиенические теплые ванны с 0,05% р-ром перманганата калия и последующим промоканием кожи мягким полотенцем или салфеткой досуха. - Туширование везикул 1% спиртовым р-м бриллиантовой зелени или 2% раствором перманганата калия. - Возможно с этиотропной целью использование виферона в суппозиториях. - Тщательный ежедневный осмотр слизистых, глаз, рта, половых органов. - Оценка состояния органов грудной клетки, брюшной полости, нервной системы. **4. Назовите показания для госпитализации больных с данной патологией.** - Клинические - тяжелые, осложненные формы, врожденная ветряная оспа, дети с сопутствующими заболеваниями - Эпидемиологические - случаи заболевания в закрытых детских учреждениях, в многодетных семьях, в общежитии - Социальные - невозможность обеспечить лечение больного на дому. **5. Противоэпидемические мероприятия в роддоме.** - Экстренное извещение в территориальный центр Госсанэпиднадзора - Перевод больного и изоляция в боксе до 5 дня с момента последнего высыпания. - Влажная уборка, проветривание кварцевание помещения. - Введение нормального человеческого иммуноглобулина контактными детям из расчета 0,2 – 0,5 мл/кг/массы. - Своевременная выписка детей из родильного дома с указания даты разобщения с больным и срока карантина (21 день)

Эталон задачи № 89

1. Поставьте клинический диагноз. *Диагноз:* Аденовирусная инфекция, типичная, среднетяжелая форма, фарингоконъюнктивальная лихорадка. **2. Проведите обоснование диагноза.** Острое начало заболевания, наличие выраженных катаральных симптомов с обильной экссудацией, изменение в ротоглотке, увеличенных периферических лимфоузлов всех групп, гепатоспленомегалия, развитие пленчатого конъюнктивита, результаты иммунофлюоресценции, позволяют выставить диагноз: "Аденовирусная инфекция". **3. Проведите дифференциальный диагноз с дифтерией глаза.** При дифтерии глаза, в отличие от аденовирусной инфекции, протекающей с пленчатым конъюнктивитом, отсутствует катаральный синдром, конъюнктивита умеренно гиперемирована, отделяемое из глаза сукровичное. Пленка фибринозная, не снимается, переходит на глазное яблоко, отек век плотный, нарастает параллельно с воспалительными изменениями конъюнктивы, может распространяться на периорбитальную область и щеки. Возможно сочетание с другими локализациями дифтерийного поражения. Наблюдается быстрый положительный эффект при введении антитоксической противодифтерийной сыворотки. **4. Назначьте лечение.** - Постельный режим на весь острый период болезни; - Диета соответственно возрасту, богатая витаминами; - Этиотропная терапия: лейкоцитарный человеческий интерферон, виферон, анаферон детский, нормальный человеческий иммуноглобулин. - Учитывая ранний возраст ребенка, наличие слизисто-гнойного отделяемого, лейкоцитоза и нейтрофилеза в ОАК следует назначить антибиотик (аминопенициллины, цефалоспорины в возрастной дозировке, в/м, 5-7 дней); - Для лечения конъюнктивита: 0,5% флореналевая или 0,25% оксолиновая мазь (закладывают за веки x 3 раза в день), в конъюнктивальный мешок закапывают - 20% раствор сульфацил-натрия, 0,25% раствор левомецетина, 0,2% раствор дезоксирибонуклеазы (в конъюнктивальный мешок и носовые ходы) 3-4 раза в день; - При малопродуктивном кашле

применяют препараты с отхаркивающим действием: микстуры с алтеем, термопсисом, бромгексин, бронхikum; - При повышении T выше 38,5°С – физические методы охлаждения, парацетамол 10 мг/кг веса, литические смеси. **5. Когда ребенок может быть выписан из стационара?** Выписка больного возможна при купировании всех клинических симптомов заболевания, нормальных анализах крови и мочи.

Задача № 90

- 1. Поставьте клинический диагноз.** *Диагноз:* Грипп, типичный, тяжелая форма.
- 2. Обоснование диагноза.** Острое начало заболевания с повышения температуры до фебрильных цифр, симптомов интоксикации, болей в мышцах, рвоты, скудных катаральных явлений, наличие геморрагического и гипертермического синдромов, данные эпидемиологического анамнеза и объективного обследования позволяют поставить диагноз: грипп, типичный, тяжелая форма.
- 3. Назначьте обследование.** - Мазок из носоглотки на респираторные вирусы (РИФ) - ПЦР обследование - ИФА крови – определение IgM и IgG к вирусу гриппа - РТГА крови на определение титра а/т к вирусу гриппа в парных сыворотках РИФ, - Анализ крови - Анализ мочи - Кал на я/г и соскоб
- 4. Лечение.** - этиотропная терапия (тамифлю, арбидол или ремантадин в возрастной дозировке в течение 5 дней) - донорский нормальный иммуноглобулин с высоким содержанием противовирусных антител: -4,5-6,0 мл, дозу иммуноглобулина можно повторить через 12 часов - гипертермия: парацетамол, ибупрофен. При отсутствии эффекта у больных с выраженной гиперемией кожи (“красная гипертермия”) проводят физическое охлаждение (обтирание 50% спиртом, холод к магистральным сосудам). При “белой гипертермии” (спазм сосудов) необходимо согревание: грелки, ножные ванны и введение спазмолитических препаратов (но-шпа, папаверин) - судороги: 0,5% раствор седуксена до 1 года – 0,3-0,5 мл; 1-7 лет – 0,5-1,0 мл; 8-14 лет – 1,2 мл в/м, в/в; реланиум 1% р-р 0,3-0,5 мг/кг массы тела; при повторном приступе судорог – ГОМК 50 мг/кг разовая доза - сердечно-сосудистая недостаточность: в/в 20% р-р глюкозы с 0,06% р-ром коргликона, или 0,05% р-ром строфантина; 0,2% р-р норадреналина или 1% р-р мезатона в возрастной дозировке - симптоматическая терапия (сосудосуживающие капли в нос, отхаркивающие микстуры).
- 5. Какое профилактическое мероприятие могло бы предотвратить данное заболевание?** Сезонная вакцинопрофилактика. Для вакцинации возможно использование как живых, так и инактивированных вакцин (субъединичных и расщепленных).

Эталон задачи № 91

1. Поставьте клинический диагноз. *Диагноз:* Парагрипп, типичный, тяжелая форма, круп III степени, декомпенсированной, негладкое течение. Осложнение: ателектаз. Фон: тимомегалия. **2. Проведите обоснование диагноза.** Острое развитие, почти одновременно, симптомов крупа (лающий кашель, сиплый голос, и через 2-3 часа стенозированное дыхание), отсутствие параллелизма в развитии симптомов (при стенозе 3 степени только осиплость голоса и лающий кашель), катаральные симптомы, результаты вирусологического исследования, рентгенографии органов грудной клетки позволили поставить диагноз: "Парагрипп, типичная тяжелая форма, круп III степени, декомпенсированный". **3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?** Бактериологическое исследование слизи из зева и носа на ТКБД, ЭКГ, консультация отоларинголога. **4. Окажите помощь на догоспитальном этапе.** - Назотрахеальная интубация и оксигенотерапия - Внутривенно струйно: Глюкоза 10% -20 мл аскорбиновая кислота 5% - 2 мл кокарбоксилаза – 50 мг Преднизолон (5 мг/кг) – 40 мг Но-шпа 0,3 мл Диазепам (0,5% - 0,2-0,3 мг/кг) - Внутримышечно: Анальгин 50% - 0,1 мл, супрастин 0,2

мл - Сообщить по рации в стационар о транспортировке больного с крупом III степени. **5. Где следует лечить больного?** В условиях ОРИТ.

Эталон задачи № 92

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его. Диагноз: ОРВИ, круп II степени, субкомпенсированный, осложненный нисходящим трахеобронхитом. **2. Какое обследование необходимо назначить данному ребенку?** - ОАК - ОАМ - кал и соскоб на я/г - мазок из зева и носа на ТКБД однократно - Р-графия органов грудной клетки - консультация ЛОР. **3. Окажите неотложную помощь на догоспитальном этапе.** Оказывается бригадой реанимации скорой помощи: - Обильное щелочное питье - Ингаляция через небулайзер: будесонид (пульмикор) в дозе 1000 мкг, при отсутствии эффекта - системные ГКС (преднизолон 3 мг/кг веса в/в или в/м); - Спазмолитики (но-шпа, папаверин, баралгин) в/м; - При беспокойстве – седативные средства (валериана, пустырник). - Оксигенотерапия – увлажненный кислород через маску или носовые катетеры. **4. Назначьте лечение в стационаре.** - Диета витаминизированная, по возрасту и обильное питье; - Антибактериальная терапия: цефалоспорины III поколения (цефотаксим, цефзид, цефтриаксон) 100 мг/кг в/м 3 раза; - Медикаментозные ингаляции через небулайзер:

- С целью уменьшения отека слизистой оболочки гортани и снятия спазма для ингаляций можно использовать: ингаляционный глюкокортикостероид будесонид (1000 мкг), β_2 - адреномиметики (сальбутамол, вентолин), холинолитики (атровент 20 капель), комбинированный препарат - беродуал (10 капель) 2-3 раза в сутки; ингаляции с муколитиками (лазолван 20 капель на изотоническом растворе) 2-3 раза в сутки; - Настой валерианы, пустырника по 5 капель 2 раза в день; - Отхаркивающие (АЦЦ, мукосалвин); - Раствор эуфиллина 0,3 % по 1 чайной ложке x 3 раза в день; - При отказе от питья проводится инфузионная терапия из расчета 30-40 мл/кг массы. **5. Назовите показания для перевода больного в реанимационное отделение.** - Круп III-IV ст. - Круп II ст., при отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение 2-3 часов. - Судороги - Появление парадоксального пульса - Выраженное беспокойство ребенка - Стойкая гипертермия.

Эталон задачи № 93

1. Поставьте клинический диагноз. Диагноз: Коклюш типичный, тяжелая форма, осложненный пневмонией. **2. Приведите обоснование диагноза.** Отсутствие профилактических прививок от коклюша, постепенное развитие заболевания на фоне удовлетворительного общего самочувствия и нормальной температуры тела, появление типичного приступообразного кашля через неделю от начала заболевания, заканчивающегося рвотой, отделением мокроты, до 28 раз в сутки, с репризами, данные объективного обследования дают основание для постановки диагноза: коклюш типичный, тяжелая форма, осложненный пневмонией. **3. В каком обследовании нуждается ребенок?** - Бак.посев слизи с задней стенки глотки. - РПГА с коклюшным и паракоклюшным диагностикумом (т.к. ребенок не привит, достаточно однократного исследования и обнаружения диагностического титра 1:80). - Клинический анализ крови (лейкоцитоз, лимфоцитоз, нормальная СОЭ) - Анализ мочи. - Рентгенография органов грудной клетки. - Кал на яйца глистов. - Соскоб на острицы. **4. Назначьте лечение.** (Масса ребенка 6 кг) Лечение в реанимационном отделении. - Кислородная палатка. - Внутривенно струйно: Глюкоза 20% - 5,0 Аскорбиновая кислота 5% - 2,0 Преднизолон - 12 мг Лазикс – 6 мг Диазепам 0,5% - 0,3 - Внутримышечно: Цефотаксим 200мг . 3 раза в день (100мг/кг/сут) Диазепам 0,5% - 0,3 мл . 2 раза в день - Внутрь: Синекод по 10 капель . 3 раза в день Амброксол 2,5 мл . 2 раза в день **5. Как будете дальше прививать ребенка?** Вместо АКДС следует использовать АДС-М анатоксин.

Эталон задачи № 94

1. Поставьте клинический диагноз. Диагноз: Коклюш, типичный, легкая форма **2. Приведите его обоснование.** Постепенное, периодичное развитие болезни, отсутствие первичного токсикоза и эффекта от лечения, появление на 7 день приступообразного кашля у

ребенка до 10 раз в сутки, характерный вид лица во время приступа, контакт в семье с длительно кашляющим братом и нарушения в прививочном календаре свидетельствуют о наличии коклюша типичной легкой формы. **3. Какие результаты лабораторного обследования подтвердят диагноз.** - Бак.посев слизи с задней стенки глотки. - РПГА с коклюшным и паракоклюшным диагностикумом (т.к. ребенок не привит, достаточно однократного исследования и обнаружения диагностического титра 1:80). - Клинический анализ крови (лейкоцитоз, лимфоцитоз, нормальная СОЭ) - Анализ мочи. - Кал на яйца глистов. - Соскоб на острицы. **4. Где будете лечить ребенка? Назначьте лечение.** Лечить ребенка можно в амбулаторных условиях, т.к. заболевание протекает в легкой форме. Принципы терапии: - Длительное пребывание на свежем воздухе. - Этиотропная терапия: ампициллин, левомецетин, эритромицин (внутрь), курс лечения 7-10 дней. - Для угнетения кашлевого рефлекса (либексин, глаувент, бромгексин, синекод). - Для смягчения кашля: бронхолитин, щелочная микстура. - Витамины. **5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.** Изоляция больного на 14 дней. Экстренное извещение в ГСЭН. Карантин на контактных детей из организованных коллективов на 7 дней, наблюдать за появлением у них кашля. Контактным не привитым детям ввести противококлюшный иммуноглобулин.

Эталон задачи № 95

1. Поставьте и обоснуйте диагноз. *Диагноз:* Малярия первичная, завезенная, типичная, среднетяжелая форма. **2. Назначьте необходимое обследование.** - Толстая капля и тонкий мазок на малярийные плазмодии (не менее 2 раз в сутки с интервалом от 4-6 до 12 часов) - Анализ крови с подсчетом эритроцитов, гемоглобина, ретикулоцитов, - лейкоцитарной формулы, определения СОЭ - Биохимический анализ крови: билирубин, его фракции, активность АЛАТ, тимоловая проба - Для дифференциальной диагностики с тифо-паратифозными заболеваниями: гемо-, копро- уринокультуру, РНГА с тифо-паратифозными диагностикумами, реакция Видала. - Для дифференциальной диагностики с вирусными гепатитами: ИФА на сывороточные маркеры гепатитов. - Кал на яйца глистов, соскоб на острицы. **3. Назначьте специфическое лечение.** (Масса ребенка 30 кг) **1 этап** – воздействие на эритроцитарные формы плазмодиев – делагил внутрь: первая доза – 10мг/кг – 300мг вторая доза – 5 мг/кг – 150 мг через 6 часов после 1 дозы третья доза – 5 мг/кг – 150 мг через 24 часа от 1 дозы четвертая доза – 5 мг/кг – 150 мг через 48 часов после 1 дозы **2 этап** – воздействие на тканевые формы плазмодиев (находящиеся в печени) – примахин 0,3 мг/кг – 9 мг . 1 раз в день внутрь на 14 дней. **4. Распишите план контрольного обследования больного.** Контрольные однократные исследования крови методом толстой капли на 2,4,11,18 дни от начала противомаларийного лечения. **5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге заболевания.** Экстренное извещение в ГСЭН. В квартире, где живет больной, осмотреть всех контактных (температура, размеры печени и селезенки, наличие желтухи, анемии). При наличии этих симптомов – госпитализация в инфекционный стационар. Паразитологическое обследование в очаге лиц, прибывших из малярийной зоны в течение последних 3 лет и прибывших одновременно с больным. Санитарно-просветительная работа.

Эталон задачи № 96

1. Поставьте диагноз. *Диагноз:* острый лакунарный тонзиллит, среднетяжелая форма **2. Приведите обоснование диагноза.** Острое начало заболевания с повышением температуры до 38°, удовлетворительного общего состояния ребенка, гиперемия ротоглотки, наличие справа на верхнем полюсе миндалины единичного наложения желтоватого цвета, «—» ткань, увеличение тонзиллярных лимфатических узлов до 1 см, полностью проведенная вакцинация против дифтерии свидетельствуют в пользу данного диагноза. **3. Какова тактика ведения больного с данной патологией?** - Наблюдение больного на дому врачом активно не менее 3 дней подряд. - Соблюдать преемственность в наблюдении за ангинозным больным. т.е. в воскресные и праздничные дни больного для осмотра передавать дежурному врачу поликлиники или врачу

"скорой помощи". - При первом осмотре врачом на дому должен быть взят мазок из зева и носа на ТКБД и микрофлору флору однократно, который необходимо доставить в бактериологическую лабораторию не позднее 3-х часов после взятия материала. - На 8-9 день болезни больной должен сдать анализ крови и мочи, на 10 день осмотр участкового врача, кардиолога и отоларинголога. **4. Назначьте лечение.** Лечение назначается (после взятия мазка) пенициллином, феноксиметилпенициллином или препаратами из группы аминопенициллинов, макролидов, жаропонижающие, десенсибилизирующие препараты, витамин "С» - перорально, местное лечение - полоскание. Если доказана стрептококковая этиология ангины, то антибиотики назначаются на 10 дней. **5. Как оформите диагноз и поступите с больным, если через 3 дня придет ответ из лаборатории из зева и носа выделена ТКБД mitis?** Диагноз: дифтерия ротоглотки локализованная, островчатая форма - Больной срочно госпитализируется в инфекционное отделение. - Сообщить старшему ординатору или заведующему поликлиникой о случае дифтерии. - Сообщить по телефону, а затем направить экстренное извещение в районный центр ГСЭН. - Начать и провести противозидемические мероприятия в очаге.

Эталон задачи № 97

1. Поставьте диагноз. *Диагноз:* Дифтерия ротоглотки, локализованная островчатая форма (митис). **2. Дайте характеристику возбудителя.** Возбудителем дифтерии является токсигенная коринебактерия дифтерии из семейства коринеформных бактерий, рода *Corynebacterium*, имеющих вид изогнутых палочек с вздутиями на одном или двух концах. Это придает клетке сходство с булавой (согуп - булава). Выделяют 3 биовара: *gravis*, *mittis*, *intermedius*. Основным фактором вирулентности дифтерийной палочки является способность продуцировать экзотоксин. Дифтерийный токсин относится к группе бактериальных нейротоксинов и представляет собой типичный глобулярный белок. **3. Объясните патогенез заболевания.** При дифтерии развиваются *местные симптомы и симптомы общей интоксикации*. Вначале происходит *адгезия и колонизация ТКБД* на месте входных ворот (слизистая ротоглотки, носа, гортани и др.). Далее идет *размножение и выделение токсина*. Он обеспечивает местный *цитотоксический эффект*, из клетки освобождается тканевая тромбокиназа. Токсин проникает в подслизистый слой и поражает кровеносные и лимфатические сосуды. Через порозные сосудистые стенки пропотевает плазма, лимфа и фибриноген. Они пропитывают ткань миндалин, появляется их отечность, а затем выпот плазмы, лимфы и фибриногена. Вначале он носит желеобразный характер, а затем под влиянием тканевой тромбокиназы, фибриноген превращается в фибрин и образуется фибриновая пленка. *Пленка* плотная, располагается + ткань, спаяна с тканью миндалин, не снимается, не растирается (при локализованной форме в первые два дня может легко сниматься), склонна к распространению, серого или серо-желтого цвета. В зависимости от места входных ворот и характера эпителия развивается либо дифтеритическое (ротоглотка), либо крупозное (слизистая дыхательных путей) воспаление. При наличии большого количества токсина он распространяется по лимфатическим щелям до регионарных лимфоузлов (тонзиллярные при поражении ротоглотки). Они увеличиваются, могут быть болезненными. Токсин поражает кровеносные и лимфатические сосуды клетчатки шеи, они становятся порозными и через них пропотевает лимфа и плазма с фибриногеном, формируется отек подкожной клетчатки (признак токсических форм дифтерии).

Помимо местного воздействия, токсин при достижении пороговой дозы всасывается в кровь и лимфу, вызывая *токсинемию и системное действие*. Дифтерийный токсин имеет две фракции (А и В). Фракция В адсорбируется рецепторами клеточных мембран и образует каналы для проникновения в клетку фракции А. Фракция А подавляет биосинтез клеточного белка, что приводит к гибели клеток и смерти организма от дифтерии. Различают две стадии воздействия токсина на организм: *обратимая* - непрочная связь токсина с рецепторами и *необратимая* связь. Она может наступить очень быстро, уже через 60 мин **4. Проведите дифференциальный диагноз.** - с фолликулярной, лакунарной ангины - пленчатой - некротическими ангины - грибковыми ангины - ангиной Симановского - Раухфуса. **5. Назначьте лечение** - Строгий постельный режим 7 дней. - Обильное питье. - При необходимости 20% раствор глюкозы

внутривенно, кокарбоксилаза, аскорбиновая кислота - Специфическое лечение: противодифтерийная антитоксическая сыворотка после пробы по Безредко (0,1 мл сыворотки, разведенной 1:100 вводят внутривожно в предплечье, через 20 минут – 0,1 мл неразведенной сыворотки - подкожно в плечо, при отсутствии реакции через 45-60 минут – лечебную дозу) 10 - 20тыс. МЕ внутримышечно 1 раз в сутки (так как позднее поступление – на 3 сутки болезни – дозу можно .увеличить до 30-40 тыс. МЕ0 - Внутрь: Макропен 300 мг . 3 раза в день (30мг/кг/сут). Витамин С по 0,2 . 3 раза в день. Супрастин по $\frac{1}{2}$ таблетки . 3 раза в день.

Эталон задачи № 98

1.Поставьте диагноз. *Диагноз:* острый лакунарно – некротический тонзиллит, тяжелая форма

2.Приведите его обоснование. Острое начало заболевания с повышения температуры до $38,5^{0-39}$ С, болей в горле при глотании, симптомов интоксикации, данных объективного обследования (увеличение тонзиллярных лимфоузлов до 1 см в диаметре, в зеве яркая разлитая гиперемия, миндалины I-II степени, по лакунам желто-зеленоватого цвета наложения, рыхлые, "- +" ткань, легко снимаются шпателем, тонут в воде; справа на миндалине на верхнем полюсе поверхностный некроз до 0,5 см в диаметре, отека в зеве и на шее нет) свидетельствуют о наличии данного диагноза. **3.Ваша тактика ведения больного.** Госпитализация в инфекционный стационар после забора мазка из носоглотки на бак.посев на ТКБД и микрофлору однократно. **4.Что нужно выяснить из анамнеза для грамотного оформления направления в стационар?**

В направлении на госпитализацию ангинозным больным необходимо указывать дату заболевания, первоначальные симптомы, их выраженность, лечение, если оно проводилось, динамику клинических симптомов на фоне проводимого лечения, дату взятия мазка на ТКБД, его результат – если уже готов. Указать профилактические прививки против дифтерии, контакт с

больным ангиной и другими инфекционными заболеваниями, страдает ребенок или нет хроническим тонзиллитом, как часто болеет ангинами и их характер. **5. Какие обследования и консультации необходимо провести в стационаре для постановки окончательного диагноза?** - бак.посев слизи из зева и носа на ТКБД – 3-хкратно - бак.посев слизи из ротоглотки на микрофлору – однократно - ОАК – 2-раза – при поступлении и перед выпиской - ОАМ – 2-раза – при поступлении и перед выпиской - Соскоб и кал на я/гл - Консультация Лор-врача. - Консультация кардиолога при необходимости.

Эталон задачи № 99

1. Поставьте клинический диагноз. *Диагноз:* Дифтерия ротоглотки, локализованная тозиллярная форма. **2. Приведите обоснование диагноза.** Острое начало заболевания, умеренно выраженные симптомы интоксикации, характер наложений - располагаются "" ткань, серого цвета, грубые, плотные, не снимаются шпателем, не растираются, сплошь покрывают ткань миндалин, нарушение вакцинального календаря – отсутствие законченной иммунизации от дифтерии, свидетельствуют в пользу дифтерии. **3. Где и как будете лечить больного?** Лечение проводится в инфекционном стационаре. - Строгий постельный режим 14 дней. - Обильное питье. - При необходимости 20% раствор глюкозы внутривенно, кокарбоксылаза, аскорбиновая кислота. - Специфическое лечение: противодифтерийная антитоксическая сыворотка после пробы по Безредко (0,1 мл сыворотки, разведенной 1:100 вводится внутривожно в предплечье, через 20 минут – 0,1 мл неразведенной сыворотки вводится подкожно в плечо, при отсутствии реакции через 45-60 минут вводят лечебную дозу) 40тыс. МЕ внутримышечно 1 раз в сутки (при необходимости – повторить на следующий день). - Внутрь: Макропен (30мг/кг/сут в 3 приема перорально). Витамин С по 0,2 . 3 раза в день. Супрастин по $\frac{1}{2}$ таблетки . 3 раза в день. Полоскание зева содовым раствором, раствором фурациллина. **4. Назначьте полное обследование.** - бак.посев слизи из зева и носа на ТКБД – 3-хкратно - бак.посев слизи из ротоглотки на микрофлору – однократно - ОАК – 2-раза – при поступлении и перед выпиской - ОАМ – 2-раза – при поступлении и перед выпиской - Соскоб и кал на я/гл - Консультация Лор-врача. - Консультация кардиолога, невролога. **5. Укажите возможный источник инфицирования.** Источником инфекции, вероятно, был больной дифтерией, диагноз которому выставлен не был (тонзиллит?).

Эталон задачи № 100

1. Укажите, были ли изначально показания для госпитализации этого больного. Показания для госпитализации у этого больного были изначально, т.к. ребенок с отягощенным преморбидным фоном заболевает остро с повышения температуры до фебрильных цифр, выраженных болей в горле и симптомов интоксикации, при осмотре выявлена яркая гиперемия слизистой ротоглотки, миндалины II степени, покрыты толстыми серыми пленками, сплошь покрывающими миндалины, которые располагаются «+» ткань. На основании перечисленных симптомов болезни можно было сразу заподозрить дифтерию ротоглотки. **2. Поставьте клинический диагноз.** *Диагноз:* дифтерия ротоглотки токсическая II степени. **3. Обоснуйте диагноз.** Учитывая острое начало болезни с симптомов интоксикации, развитие пленчатых распространенных налетов, отек слизистой ротоглотки и подкожной клетчатки шеи до ключицы, можно поставить диагноз: Дифтерия ротоглотки токсическая II степени. **4. Назначьте полное обследование в отделении.** - Общий анализ крови в день поступления, а затем по мере необходимости, но не реже одного раза в 7 – 10 дней. - Общий анализ мочи в первые три дня ежедневно, затем один раз в 7 – 10 дней. - Реакция латекс – агглютинация для выявления дифтерийного токсина в крови. - Бактериоскопия мазков из ротоглотки и носа. - Бактериологическое исследование мазков из зева и носа на коринебактерии дифтерии три дня подряд при поступлении, а затем перед выпиской двукратно через день. - РПГА крови в динамике. - ИФА для определения противодифтерийных IgM и IgG. - ЭКГ – исследование при поступлении и на 4 – 5 день. При развитии миокардита II – III степени ЭКГ проводится ежедневно. - Консультация отоларинголога в первые два дня, кардиолога и невролога - на 5 – 6

день, повторные консультации по мере необходимости. **5. Назначьте специфическое и этиотропное лечение этому больному.**

Противодифтерийная антитоксическая сыворотка (ПДС) после проведения пробы к лошадиному белку (0,1 мл разведенной 1:100 сыворотки вводят внутрикожно в предплечье, через 20 минут - 0,1 мл неразведенной сыворотки подкожно в плечо). Через 45-60 минут при отсутствии реакции вводят всю лечебную дозу: 100тыс. МЕ внутримышечно. Через 12 часов вводят еще 80тыс. МЕ сыворотки внутримышечно. На следующие сутки дозу уменьшают: 60тыс. МЕ внутримышечно, через 12 часов 40тыс. МЕ внутримышечно. На 3 день вводят 40тыс. МЕ сыворотки внутримышечно однократно. Сывороточное лечение прекращается через 3-4 дня. Курсовая доза до 300-320тыс. МЕ. Этиотропное лечение проводится антибиотиками парентерально (пенициллин, цефалоспорины 2-3 поколения, аминогликозиды).

Эталон задачи № 101

1. Поставьте окончательный клинический диагноз. Диагноз: Дифтерия ротоглотки токсическая II степени, осложненная ранним миокардитом II степени. **2. Обоснуйте диагноз.** Развитие симптомов миокардита на 6 день болезни токсической формой дифтерии (значительно приглушены тоны сердца, тахикардия, Ps – 118, снижено А/Д 80/45 мм.рт.ст., расширена на 1,5см левая граница сердца, увеличение размеров печени: S - 2 – 2 см) , высев ТКБД дают основание для постановки диагноза: Дифтерия ротоглотки токсическая II степени, осложненная ранним миокардитом II степени. **3. Назначьте дополнительное обследование и консультации.** - Консультации кардиолога, ЭКГ – исследование при поступлении и на 4 – 5 день, возможно эхо-КГ, при развитии миокардита II – III степени ЭКГ проводится ежедневно. - Консультация отоларинголога в первые два дня, невролога - на 5 – 6 день, повторные консультации по мере необходимости. - Исследование периферической крови и общий анализ мочи в остром периоде при тяжелой форме дифтерии ротоглотки проводится каждые 2-3 дня. - Исследование свертывающей системы крови. - Реакция латекс – агглютинация для выявления дифтерийного токсина в крови. - Бактериоскопия мазков из ротоглотки и носа. - Бактериологическое исследование мазков из зева и носа на коринебактерии дифтерии три дня подряд при поступлении, а затем перед выпиской двукратно через день. - РПГА крови в динамике. - ИФА для определения противодифтерийных IgM и IgG. **4. Распишите специфическое лечение.**

Противодифтерийная антитоксическая сыворотка (ПДС) после проведения пробы к лошадиному белку (0,1 мл разведенной 1:100 сыворотки вводят внутрикожно в предплечье, через 20 минут - 0,1 мл неразведенной сыворотки подкожно в плечо). Через 45-60 минут при отсутствии реакции вводят всю лечебную дозу: 100тыс. МЕ внутримышечно. Через 12 часов вводят еще 80тыс. МЕ сыворотки внутримышечно. На следующие сутки дозу уменьшают: 60тыс. МЕ внутримышечно, через 12 часов 40тыс. МЕ внутримышечно. На 3 день вводят 40тыс. МЕ сыворотки внутримышечно однократно. Сывороточное лечение прекращается через 3-4 дня. Курсовая доза до 300-320тыс. МЕ. **5. Каков прогноз у данного больного?** Прогноз для жизни сомнительный, для здоровья – неблагоприятный.

Эталон задачи № 102

1. Поставьте клинический диагноз. Диагноз: Дифтерия ротоглотки токсическая II степени. Осложнение: токсический нефроз. **2. Проведите обоснование диагноза** Девочка фактически не привита против дифтерии, заболела с повышением температуры с 38,6, болей в горле. при осмотре выявлен отек слизистой ротоглотки, большие, грубые, распространенные налеты, отек подкожной клетчатки шеи до ключиц, в общем анализе мочи протеинурия, лейкоцитурия. Все это свидетельствует в пользу дифтерии ротоглотки токсической II степени, осложненной токсическим нефрозом. **3. Каков патогенез развития отека в области ротоглотки и шейной клетчатки?** Дифтерийный токсин повышает порозность сосудов слизистой ротоглотки, а также кровеносных и лимфатических сосудов на шее, через порозные сосуды пропотевает плазма, лимфа и фибриноген и образуется отек. **4. Какие лабораторные исследования Вы назначите для уточнения этиологии заболевания?** - Реакция латекс –

агглютинация для выявления дифтерийного токсина в крови. - Бактериоскопия мазков из ротоглотки и носа. - Бактериологическое исследование мазков из зева и носа на коринебактерии дифтерии три дня подряд при поступлении, а затем перед выпиской двукратно через день. - РПГА крови в динамике. - ИФА для определения противодифтерийных IgM и IgG. **5. Назначьте лечение.** (Масса 35 кг) - Строгий постельный режим на 45 дней. Противодифтерийная сыворотка (ПДС) после пробы по Безредко: 0,1 мл в разведении 1:100 внутривенно в предплечье, через 20 минут 0,1 мл неразведенной сыворотки подкожно в плечо. При отсутствии реакции через 45-60 мин в первый день лечения двукратное введение сыворотки: 100тыс. МЕ внутримышечно и через 12 часов 80 МЕ внутримышечно. Затем снижение дозы ежедневно. Длительность введения сыворотки 3 дня- Дезинтоксикационная терапия внутривенно капельно из расчета 30-50мл/кг, т.е. при массе 35 кг - 1000мл. Из них 700мл кристаллоиды, 300мл коллоиды. Глюкокортикостероиды суточная доза - 5мг/кг/сут - 150мг/сутки Аскорбиновая кислота 5% - 3,0 мл/2 раза Кокарбоксилаза - 100мг Лазикс - 30мг Контрикал -20тыс. ЕД - Внутримышечно: Пенициллин 500тыс. ЕД .3 раза

Эталон задачи № 103

1. Поставьте клинический диагноз. *Диагноз:* Дифтерия комбинированная, тяжелая (дифтерия ротоглотки токсическая III ст., дифтерия носа, дифтерия кожи локализованная), ИТШ II ст. Ранний дифтерийный миокардит? **2. Назначьте обследование.** - Консультации кардиолога, ЭКГ – исследование при поступлении и на 4 – 5 день, возможно эхо- КГ, при развитии миокардита II – III степени ЭКГ проводится ежедневно. - Консультация отоларинголога в первые два дня, невролога - на 5 – 6 день, повторные консультации по мере необходимости. - Исследование периферической крови и общий анализ мочи в остром периоде при тяжелой форме дифтерии ротоглотки проводится каждые 2-3 дня. - Исследование свертывающей системы крови. - Реакция латекс – агглютинация для выявления дифтерийного токсина в крови. - Бактериоскопия мазков из ротоглотки и носа. - Бактериологическое исследование мазков из зева и носа на коринебактерии дифтерии три дня подряд при поступлении, а затем перед выпиской двукратно через день. - РПГА крови в динамике. - ИФА для определения противодифтерийных IgM и IgG. **3. В каком отделении будете проводить лечение?** В ОРИТ. **4. Лечение.** (Масса 35 кг) - Строгий постельный режим на 45 дней. - Противодифтерийная сыворотка (ПДС) после пробы по Безредко: 0,1 мл в разведении 1:100 внутривенно в предплечье, через 20 минут 0,1 мл неразведенной сыворотки подкожно в плечо. При отсутствии реакции через 45-60 мин в первый день лечения двукратное введение сыворотки: 150тыс. МЕ внутримышечно и через 8 часов +120 и через 8 часов 80 МЕ внутримышечно. Затем снижение дозы ежедневно. Длительность введения сыворотки 3 дня. Возможно 50%-60% от первой дозы ввести в/в капельно в разведении 1:2 стерильным раствором 0,9% натрия хлорида. - Дезинтоксикационная терапия в/в капельно. Общее количество растворов при постановке диагноза миокардит не должно превышать более 10 мл/кг. Внутривенно вводится аскорбиновая кислота, кокарбоксилаза, хлористый кальций, калий, контрикал, дофамин - Для дегидратации назначается лазикс, эуфиллин или сернокислая магнезия в/м. - Энергетические препараты для улучшения тканевого питания, утилизации кислорода (рибоксин, актовегин, панангин). - Антигипоксанты: ГОМК, цитохром или цитомак. - Антиоксиданты: витамин "С", "Е", эссенциале. - Проводится плазмоферез, гемосорбция, АУФОК. - Этиотропная терапия: цефалоспорины, аминогликозиды курсом 5-7 дней. - Для расплавления и более быстрого отторжения пленок следует проводить орошение водным раствором хемотрипсина. **5. Следует ли прививать в дальнейшем ребенка от данного заболевания и как?** Да, следует, т.к. если заболевает дифтерией не привитой ребенок, заболевание расценивается, как 1 вакцинация. Дальнейшие прививки проводятся по действующему календарю, с учетом возраста.

Эталон задачи № 104

1. Поставьте окончательный клинический диагноз. *Диагноз:* Окончательный диагноз: Острый тонзиллит лакунарный. Сопутствующий диагноз: носительство ТКБД gravis,

транзиторное. **2.Приведите обоснование диагноза.** Против диагноза дифтерии свидетельствуют: при объективном осмотре участковым врачом выявлены наложения по лакунам, а не фибринозная пленка, нет отека слизистой ротоглотки, течение болезни без осложнений, правильно привит, последняя прививка в 2,5 года, на 4 день болезни больной имел защитный титр антител (1:40), однократный высев токсигенной коринебактерии дифтерии. **3.Тактика ведения больного в стационаре.** - Продолжить лечение пенициллином до 10 дней, витамин С. - Трехкратно обследовать на ТКБД (мазки из ротоглотки, носа) и флору. - При поступлении кровь на определение титра специфических антител (РПГА) - Осмотр ЛОР - врача, кардиолога. **4.Укажите показания для госпитализации в стационар больных с острыми тонзиллитами.** - Дети непривитые против дифтерии госпитализируются с любой формой ангины. - Ангины из очага дифтерии. - Тяжелые формы ангин. - Пленчатые, некротические и пленчато-некротические ангины. - Ангины у детей из закрытых детских учреждений (детские дома, дома ребенка, санатории, лесные школы, школы-интернаты) - Ангины у детей из многодетных семей - Ангины у детей из неудовлетворительных материальных и бытовых условий **5.Какие противоэпидемические мероприятия будете проводить в очаге?** - Больной немедленно госпитализируется - По телефону, а затем экстренным извещением сообщается в районную СЭС о случае заболевания дифтерией - Эпидемиолог определяет границы очага и выявляет источник инфекции - Максимально выявляются все контактные, в том числе за предыдущие 7 дней. - На контактных накладывается карантин на 7 дней. - Проводится однократное бактериологическое обследование контактных (мазки из ротоглотки, носа с пораженной кожи) на ТКБД. - Ежедневные осмотры контактных в течение 7 дней, данные заносятся в лист наблюдения - Осмотр ЛОР – врачом контактных. - Анализируется состояние привитости по документам - Привить всех непривитых, кому подходит срок проведения прививки, у кого интервал больше 5 лет, а у взрослых больше 10 лет - Из очага госпитализируют всех больных ангинами, с поражением носа, кожи, конъюнктивитами, лихорадящих.

Эталон задачи № 105

1.Поставьте клинический диагноз. *Диагноз:* Инфекционный мононуклеоз ВЭБ этиологии, типичный, среднетяжелая форма. **2.Приведите обоснование диагноза.** Наличие симптомов интоксикации, лакунарный тонзиллит, аденоидит, лимфаденопатия со значительным увеличением задне- и переднешейных лимфатических узлов, увеличение печени и селезенки, лейкоцитоз и 25% атипичных мононуклеаров свидетельствуют в пользу данного диагноза. **3.Какие лабораторные данные подтверждают диагноз?** ИФА крови: определение IgM капсульного (VCA к вирусу Эпштейн-Барра - ВЭБ), IgG раннего (EA к ВЭБ). Положительный результат ПЦР на ДНК ВЭБ. **4.Какие дополнительные исследования необходимо провести больному?** - Бак.посев слизи из ротоглотки на флору. - Бак.посев мазка из зева и носа на коринебактерии дифтерии (однократно). - Биохимический анализ крови (билирубин, фракции, активность АлАТ и АсАТ, показатель тимоловой пробы). **5.Назначьте лечение (Масса 30кг) -** Госпитализация по клиническим показаниям (среднетяжелая форма). - Постельный режим на период лихорадки. - Механически и химически щадящая пища на ангинозный период. - Цефотаксим 1млн. . 3 раза в день внутримышечно (100мг/кг) на 10 дней. -Ибупрофен 150мг (5мг/кг) при повышении температуры выше 38,5⁰ - Поливитамины по 1 драже . 3 раза в день внутрь - Виферон в суппозиториях по 250 тыс. 2 раза в сутки 10 дней - Полоскание зева 2% содовым раствором или фурациллином 1:5000 . 3 раза в день.

Эталон задачи № 106

1.Поставьте предварительный диагноз. *Диагноз:* Инфекционный мононуклеоз, типичный, среднетяжелая форма **2.Приведите обоснование диагноза.** Острое начало заболевания с повышения температуры до 38°С, появления болей в горле, затрудненного носового дыхания, увеличения шейных лимфатических узлов, данные объективного осмотра при поступлении (в ротоглотке умеренная гиперемия, миндалины III ст., наложения (+) ткань, на верхнем полюсе правой миндалины некроз до 1 см в диаметре, пальпируются множественные заднешейные лимфоузлы до 1,5 см, тонзиллярные до 1,5 см с умеренной пастозностью тканей

над ними, печень 1/3 x 2 x 4 см, селезенка +2,5 см из под края реберной дуги), в общем анализе крови лейкоцитоз. Ускоренная СОЭ. 17% атипичных мононуклеаров, позволяют поставить диагноз: инфекционный мононуклеоз, типичный, среднетяжелая форма. **3.Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?** - ИФА на ВЭБ (IgM VCA, IgG EA, IgG NA) - анализ крови и слюны на ДНК ВЭБ в ПЦР - бак. посев из зева и носа на коринебактерии дифтерии (трехкратно)и флору. **4.С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?** Дифтерия, пленчато-некротическая ангина. **5.Какова длительность диспансерного наблюдения за данными больными?** 1 год.

Эталон задачи № 107

1. Поставьте клинический диагноз.

Диагноз: Инфекционный мононуклеоз, типичный, среднетяжелая форма, острое гладкое течение.

2. Приведите обоснование диагноза.

Острое начало заболевания с повышения температуры до 38°C, появления болей в горле, затрудненного носового дыхания, данные объективного осмотра при поступлении (голос гнусавый, в ротоглотке – яркая распространенная гиперемия, зернистость слизистой, наложения по лакунам и (+) ткань желто-белого цвета, снимаются, растираются шпателем, увеличены тонзиллярные л/у до 2x3 см, переднешейные и заднешейные в виде конгломерата 5x6 см с пастозностью вокруг, печень 1/3x3x2 см, пальпируется край селезенки), воспалительные изменения в анализе крови, наличие 19% атипичных мононуклеаров, быстрая положительная динамика клинических симптомов позволяют выставить данный диагноз. **3.С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?** Т.к. ребенок не привит – с дифтерией ротоглотки. **4. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?** - ИФА на ВЭБ (IgM VCA, IgG EA, IgG NA) - анализ крови и слюны на ДНК ВЭБ в ПЦР - бак. посев из зева и носа на коринебактерии дифтерии (трехкратно)и флору. **5. Лечение.** (20 кг) - Госпитализация по клиническим показаниям (среднетяжелая форма). - Постельный режим на период лихорадки. - Механически и химически щадящая пища на ангинозный период. - Цефотаксим 650 мг. . 3 раза в день внутримышечно (100мг/кг) на 10 дней. -Ибупрофен 200мг при повышении температуры выше 38,5⁰ - Поливитамины по 1 драже . 3 раза в день внутрь - Виферон в суппозиториях по 250 тыс. 2 раза в сутки 10 дней - Полоскание зева 2% содовым раствором или фурациллином 1:5000 . 3 раза в день.

Эталон задачи № 108

1.Поставьте предполагаемый диагноз. Диагноз: Энтеровирусная инфекция, типичная, комбинированная форма (увеит, герпангина), тяжелая **2.Назначьте обследование для уточнения диагноза и расшифровки этиологии.**

- Вирусологическое исследование 2 проб фекалий, взятых с интервалом 24-48 часов до 7 дня болезни, а также крови, ликвора, смывов из носоглотки (на выделение РНК энтеровирусов методом ОТ – ПЦР с последующим определением серотипа молекулярно-биологическим методом или выделение энтеровирусов на культуре клеток с постановкой реакции нейтрализации для определения его серотипа). - Серологическое исследование парных сывороток с энтеровирусным антигеном (нарастание титра к выделенному серотипу энтеровирусов). - Анализ крови (небольшой лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренная СОЭ). Консультация окулиста. **3.Ваша тактика действий по отношению к ребенку?** Перевести ребенка в инфекционный стационар, где возможно одновременное наблюдение инфекциониста и окулиста **4.Назначьте лечение.** Атропин (закапывать в глаза), интерферон (закапывать в нос и в глаза), иммуноглобулин в/м, антибактериальную терапию, отхаркивающую терапию продолжить, симптоматическое лечение **5.Каков прогноз заболевания?** Прогноз серьезный, т.к. возможны остаточные явления: снижение зрения, глаукома, катаракта.

Эталон задачи № 109

1.Поставьте диагноз. Диагноз: Эпидемическая паротитная инфекция, типичная, комбинированная форма (миалгия, везикулезный фарингит, менингит?), средней степени тяжести. **2.Приведите его обоснование.** Характерная летне-осенняя сезонность, интоксикация, мышечные боли, боли в животе, гиперемия конъюнктив, инъекция сосудов склер, увеличение лимфатических узлов, печени, гиперемия и бугристость задней стенки глотки, везикулезные высыпания на дужках, не резко выраженные менингеальные знаки, оживление сухожильных рефлексов говорят в пользу данного диагноза. **3.Назначьте необходимое обследование.** - Вирусологическое исследование 2 проб фекалий, взятых с интервалом 24-48 часов до 7 дня болезни, а также крови, ликвора, смывов из носоглотки (на выделение РНК эпидемического паротита методом ОТ – ПЦР с последующим определением серотипа молекулярно-биологическим методом или выделение эпидемического паротита на культуре клеток с постановкой реакции нейтрализации для определения его серотипа). - Серологическое исследование парных сывороток с эпидемическим паротитным антигеном (нарастание титра к выделенному серотипу эпидемического паротита). - Анализ крови (небольшой лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренная СОЭ). - Спинальная пункция (2–3 - значный лимфоцитарный плеоцитоз, нормальное содержание белка). - Консультация невролога, окулиста (глазное дно). - ЭКГ по показаниям. - Кал на яйца глистов. - Соскоб на острицы **4.Распишите лечение больному.** (Масса 30кг) -Госпитализация в инфекционный стационар. -Строгий постельный режим -Стол общий -Внутрь: Фуросемид 30мг утром Аспаркам по $\frac{1}{2}$ таблетки . 3 раза в день Витамин С по 0,1 . 3 раза в день Ибупрофен (или индометацин) по $\frac{1}{2}$ таблетки . 3 раза в день (на период миалгии) При подтверждении менингита: подключить винпоцетин по 1 таблетке . 3 раза в день и парацетам по 1 капсуле . 2 раза в день. - Циклоферон по схеме внутрь или внутримышечно или суппозитории «Виферон» по 250 тыс. 2 раза 10 дней -Полоскание горла 2% содовым раствором 3 раза в день **5.План диспансерного наблюдения ребенка после выписки из стационара.** Выписка через 21 день в случае подтверждения менингита. Затем диспансерное наблюдение 2 года у невролога для выявления и лечения последствий менингита (цереб्रोастенического, гипертензионного, гипоталамического синдромов, эндокринных нарушений и т.д.)

Эталон задачи № 110

1. Поставьте клинический диагноз.

Диагноз: Паротитная инфекция, типичная, железистая форма (двусторонний паротит, панкреатит, правосторонний орхит), средней степени тяжести. **2.Какие методы обследования необходимы для подтверждения этиологии заболевания?** IgM к паротитному антигену или нарастание титра IgG к паротитному антигену в динамике (ИФА) **3.Поражение каких других органов (систем) возможно при данном заболевании?** ЦНС (менингит, менингоэнцефалит), периферической нервной системы (полиневропатия, мононевропатия лицевого, слухового нервов), тиреоидит, дакриoadенит, мастит, субмаксиллит, сублингвит, оофорит. **4.Назначьте лечение.** - Лечение в стационаре по клиническим показаниям (орхит, панкреатит). (Масса 40кг). - Строгий постельный режим на период клинических симптомов орхита. - Диета механически и химически щадящая с исключением свежего хлеба. - Внутривенно струйно: Натрия хлорид 0,9% - 10,0 Преднизолон 60мг (1,5 мг/кг) на 3-5 дней, затем снижаем на $\frac{1}{2}$ на 2 дня. Отмена через 5-7 дней Лазикс 40мг Кальция глюконат 10% - 7,0 - Внутримышечно: Цефотаксим 1 млн .3 раза - Внутрь: Индометацин по 1таблетке .3 раза Аспаркам по 1 таблетке .3 раза Сухое тепло на область слюнных желез. При подтверждении панкреатита - панкреатин внутрь. **5.Какие меры профилактики необходимы в очаге заболевания?** Экстренное извещение в ГСЭН. Изоляция больного не менее, чем на 9 дней. В школе карантин на контактных на 21 день на класс. Не болевших, не привитых, однократно привитых (если прошло более 6 месяцев от прививки), а если проводится серологическое обследование контактных, то при титре антител ниже защитного уровня в РПГА (менее 1:40) лиц до 25 лет вакцинируют или ревакцинируют против паротита не позднее 7 дня с момента выявления больного. **Эталон к задаче № 111 1.Поставьте диагноз. Диагноз:** Паротитная

инфекция, типичная железистая форма (2-сторонний паротит, 2-сторонний субмаксиллит, правосторонний орхит, панкреатит?), тяжелая форма. **2. Назначьте необходимое обследование и укажите ожидаемые результаты.** ИФА: Ig M, IgG к вирусу эпидемического паротита (обнаружение Ig M), анализ периферической крови (могут быть воспалительные изменения), анализ мочи с определением активности диастазы, биохимический анализ крови с определением амилазы, УЗИ поджелудочной железы **3. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге заболевания.** Экстренное извещение в ГСЭН. Изоляция больного не менее, чем на 9 дней. В школе карантин на контактных на 21 день на класс. Не болевших, не привитых, однократно привитых (если прошло более 6 месяцев от прививки), а если проводится серологическое обследование контактных, то при титре антител ниже защитного уровня в РПГА (менее 1:40) лиц до 25 лет вакцинируют или ревакцинируют против паротита не позднее 7 дня с момента выявления больного. **4. Каков прогноз заболевания и возможные последствия?** Прогноз для жизни благоприятный, однако, после перенесенного орхита возможна атрофия яичек и последующее бесплодие, после перенесенного панкреатита – хронический панкреатит, сахарный диабет. **5. Какие профилактические меры могли бы предупредить развитие заболевания у ребенка?** Вакцинация в 12 мес. и ревакцинация в 6 лет.

Эталон задачи № 112

1. Поставьте окончательный клинический диагноз. *Диагноз:* Острый паралитический полиомиелит, вызванный диким завезенным вирусом полиомиелита II типа, спинальная, тяжелая форма. **2. Приведите его обоснование.** Вероятнее всего, ребенок не привит против полиомиелита или привит с нарушениями; заболевание началось с легких катаральных и диспепсических симптомов, остро развился вялый паралич нижних конечностей, ассиметричный без нарушения чувствительности, тазовых расстройств, через 2 месяца сохраняются остаточные явления; положительные результаты вирусологических исследований (из фекалий выделен дикий вирус полиомиелита II серотипа) и серологических исследований – явились основанием для постановки клинического диагноза полиомиелит. **3. Распишите лечение.** (Масса – 15 кг). I этап Строгий постельный режим на 14 дней. Физиологическая укладка ног в лонгеты с их шерстяным укутыванием. Виферон в суппозиториях по 150 тыс. 2 раза в сутки 10 дней Фуросемид 15 мг . 1 раз внутрь Аспаркам $\frac{1}{3}$. 3 раза внутрь Дексон 4 мг (2мг/кг по преднизолону) внутримышечно на 3-5 дней, затем каждые 2-3 дня снижать дозу с отменой через 10-14 дней Антибактериальная терапия (внутри) II этап – через 14 дней Прозерин 0,05% раствор по 0,3 мл . 1 раз в день внутримышечно №15 Витамин В₁ – 0,3мл чередуя с витамином В₆ – 0,3мл №15 каждого Винпоцетин по $\frac{1}{2}$ таблетки . 2 раза внутрь Пирацетам по $\frac{1}{2}$ капсулы . 2 раза внутрь ЛФК, массаж. **4. Какие противоэпидемические мероприятия будете проводить в очаге?** - Экстренное извещение в ГСЭН на все случаи заболевания с вялым парезом или параличом - Госпитализация больного в инфекционный стационар - Заключительная дезинфекция в домашнем очаге силами населения, в организованном коллективе – медицинским персоналом - Осмотр и наблюдение в течении 20 дней контактных детей до 5 лет педиатром и невропатологом с целью выявления больных с признаками острого вялого паралича - Однократное вирусологическое исследование фекалий у всех контактных в следующих случаях: А) при позднем (позже 14 дня болезни) обследовании больного на полиомиелит Б) при наличии в окружении больного лиц, прибывших из эндемичных по полиомиелиту территорий, беженцев, мигрантов – потенциальных вирусоносителей. - Проведение однократной вакцинации против полиомиелита детей до 5 лет. **5. Рекомендации по диспансерному наблюдению.** Диспансерное наблюдение до полной коррекции (2-7 лет). В течение первого года наблюдение невролога и лечение – ЛФК, массаж, 2-3 курса восстановительной медикаментозной терапии. После 1 года – ортопедическая коррекция у хирурга-ортопеда. Прививки против полиомиелита продолжать живой полиомиелитной вакциной.

Эталон задачи № 113

1.Поставьте клинический диагноз. *Диагноз:* Острый паралитический полиомиелит, ассоциированный с вакциной у реципиента, вызванный вакцинным вирусом полиомиелита II типа, спинальная, тяжелая форма. **2.Приведите обоснование диагноза.** Развитие на 15 день после первой вакцинации, повышение температуры, слабость, жидкий стул, а через 4 дня ограничение движений в правой ноге, снижение мышечного тонуса, сухожильных рефлексов, в последующем развитие мышечной гипотрофии, остаточные явления через 2 месяца, положительные результаты вирусологического исследования и нарастание титра антител в 4 раза, в реакции нейтрализации ко II типу вакцинного вируса полиомиелита являются основанием для постановки данного диагноза. **3. Обследование.** - Вирусологическое исследование фекалий двукратно с интервалом 24 часа. - Серологическое исследование парных сывороток в РН с полиомиелитным диагностикумом (более резкое нарастание титра антител к серовару, вызвавшему заболевание). - Спинномозговая пункция двукратно с интервалом 10 дней (смена клеточно-белковой диссоциации на белково-клеточную) - Анализ крови (небольшой лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, ускоренная СОЭ) - Анализ мочи (без патологии) - Консультация невролога - Консультация окулиста (глазное дно) - Кал на яйца глистов, соскоб на острицы **4.Распишите лечение.** (Масса ребенка 6 кг) - Строгий постельный режим на 14 дней с физиологической укладкой конечностей в лангеты, теплое шерстяное укутывание конечностей. - С этиотропной целью – виферон в суппозиториях по 15- тыс. 2 раза в сутки 10 дней - Внутримышечно: Дексон 2 мг (2 мг/кг по преднизолону) на 3-5 дней, затем снижать дозу на $\frac{1}{2}$ каждые 2-3 дня с отменой через 10-14 дней. - Внутрь: Фуросемид 6 мг . 1 раз в день утром Аспаркам по $\frac{1}{4}$ таблетки . 3 раза в день Витамин С по 0,1 . 2 раза в день При болях – баралгин по $\frac{1}{4}$ таблетки . 2 раза в день Через 14 дней от развития параличей подключить восстановительную терапию: Прозерин 0,05% раствор – 0,1 мл . 1 раз в день внутримышечно №15 Витамин В₁ – 0,1 чередовать с В₆ – 0,1 внутримышечно №15 каждого Пирацетам по $\frac{1}{4}$ капсулы . 2 раза в день внутрь Винпоцетин по $\frac{1}{4}$ капсулы . 2 раза в день внутрь ЛФК, массаж. **5.Диспансерное наблюдение.** Диспансерное наблюдение проводится неврологом 1 год, затем до 2-7 лет ортопедом для проведения ортопедической коррекции. В первый год наблюдения ЛФК, массаж, 3 курса медикаментозной восстановительной терапии. Через 60 и 90 дней от начала заболевания однократное вирусологическое исследование фекалий на вирус полиомиелита. На 60 день – серологическое обследование РН с определением нарастания титра антител к вирусу полиомиелита. Прививки против полиомиелита ребенку продолжать по календарю, но только применять инактивированную полиомиелитную вакцину.

Эталон задачи № 114

1.Клинический диагноз. *Диагноз:* Менингококковая инфекция, генерализованная форма, менингококкцемия, менингит? ИТШ II - III степени. **2.Обоснование диагноза.** Острое начало заболевания с повышения температуры до 39., появления озноба, общего беспокойства, затем развитие адинамии, сонливости, появление через 10 часов геморрагически – некротической сыпи, высыпания начались с лица, верхней части туловища, сыпь на слизистых, признаки нарушения периферического кровообращения, крайнетяжелое состояние ребенка и менингеальные знаки – это классические симптомы менингококковой инфекции, генерализованной формы, менингококкцемия, менингит? ИТШ II - III степени. **3.План обследования для подтверждения диагноза.** - Анализ крови с подсчетом тромбоцитов. - Анализ мочи - Бактериоскопия крови - Бак. посев крови на менингококк - Бак. посев крови на стерильность - Бак. посев слизи из носоглотки на менингококк - РПГА с менингококковым диагностикумом в парных сыворотках - После купирования ИТШ – спинномозговая пункция и клинический анализ спинномозговой жидкости - Бактериоскопия спинномозговой жидкости - РЛА с ликвором и кровью на выявление менингококкового, пневмококкового и гемофильного

антигенов. - ПЦР - Консультация реаниматолога, невролога, окулиста (глазное дно)

4. Распишите антибактериальное лечение и принципы патогенетической терапии. (12 кг)

Левомецетина сукцинат натрия по 300мг через каждые 6 часов внутривенно струйно с учетом времени его введения на догоспитальном этапе (суточная доза 100мг/кг) до выведения больного из ИТШ. Затем пенициллин 600тыс . 6 раз в сутки внутримышечно до санации спинномозговой жидкости (контрольная люмбальная пункция через 7 дней, при нормальном клеточном составе ликвора еще в течение 3 дней продолжать антибактериальную терапию). Провести противошоковую терапию, внутривенные инфузии капельно в объеме 70-90 мл/кг массы № 5-6, глюкокортикостероиды 30 мл/кг № 5-6, добутамин 20 мкг/кг/мин, контрикал 4 тыс Ед/кг, лазикс 1-2 мг/кг (после стабилизации АД), метаболическая терапия, синдромальная терапия.

5. Распишите план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Влажная уборка, проветривание, ультрафиолетовое облучение помещения, в группе детского сада карантин на 10 дней, осмотр контактных, химиопрофилактика амоксициллином или азитромицином в возрастной дозе в течение 3 дней. При двух и более случаях заболеваний генерализованными формами и при повторных случаях с интервалом более 10 дней - бактериологический посев мазка из носоглотки на менингококк у контактных. При выделении у больного менингококка серотипа А или С осуществляется экстренная вакцинация контактных детей в возрасте старше 1,5 лет соответствующей вакциной, прививка проводится через 3 дня после окончания химиопрофилактики. Детям до 1,5 лет используют только химиопрофилактику. Больных назофарингитом госпитализируют в стационар. Допускается их лечение на дому при отсутствии в семье детей дошкольного возраста и лиц, работающих в ДДУ, домах ребенка, детских стационарах. Реконвалесценты допускаются в коллектив после окончания курса лечения (без контрольного бак. обследования на менингококк). Носители менингококка подлежат лечению на дому. После проведенного курса химиопрофилактики через 3 дня проводят однократное бак. обследование и при отрицательных результатах дети допускаются в коллектив.

Эталон задачи № 115

1. Поставьте клинический диагноз. Диагноз: Менингококковая инфекция, генерализованная форма, гнойный менингит. **2. Приведите обоснование диагноза.** Острое начало, температура 39,5°, общее беспокойство, возбуждение, выраженная головная боль, повторная рвота, раннее появление менингеальных знаков, изменение в спинномозговой жидкости, а именно плеоцитоз 2 тыс. клеток, 98% сегментов, повышение белка 1600 мг/литр, снижение сахара, реакция Панди (+++), РЛА с ликвором (обнаружен менингококковый антиген), быстро наступившая положительная динамика свидетельствуют о менингококковой инфекции, генерализованной форме, гнойном менингите. **3. Назначьте обследование для подтверждения диагноза.** - Анализ крови. - Спинномозговая пункция. - Бактериоскопия мазка крови "толстая капля" - Бак. посев крови на менингококк. - Бак. посев крови на стерильность. - Бактериоскопия спинномозговой жидкости. - Бак. посев спинномозговой жидкости. - РЛА со спинномозговой жидкостью и кровью на выявление антигенов менингококка, пневмококка, гемофильной палочки. - РПГА с менингококковым диагностикумом в парных сыворотках. - Бак. посев слизи из носоглотки на менингококк. - Осмотр невролога и окулиста (глазное дно). **4. Назначьте этиотропную терапию, варианты стартовой антибактериальной терапии, принципы. (12 кг)** Цефалоспорины III поколения: Цефотаксим 200мг/кг/сут - 400мг . 6 раз внутривенно или Цефтриаксон 100мг/кг/сут - 300мг . 4 раза внутривенно или 600 мг 2 раза. Или пенициллин 300-400 тыс/кг/сут – 600 тыс. . 6 раз внутривенно. Принципы антибиотикотерапии: антибиотик должен проходить через гематоэнцефалический барьер, дозы и кратность должны быть большие, весь курс лечения доза не должна снижаться и не должна уменьшаться кратность введения, отменять препарат только после санации спинномозговой жидкости. Курс лечения антибиотиками примерно 10 дней. **5. Дайте рекомендации по диспансерному наблюдению.** Диспансерное наблюдение проводится у невролога 2 года для выявления и лечения последствий (церебро-астенического, гипертензионного, судорожного синдромов, эндокринных нарушений и т.д.). На первом году осмотр 1 раз в 3 месяца, на втором году 1 раз в 6 месяцев. Щадящий

физический и психический режим. Мед. отвод от профилактических прививок 6 месяцев, от занятий физкультурой – 6 месяцев, спортом – 12 месяцев.

Эталон задачи № 116

- 1.Поставьте клинический диагноз. Диагноз:** Менингококковая инфекция, генерализованная форма, менингококкцемия, менингит? ИТШ III степени.
- 2.Приведите обоснование диагноза.** Острое внезапное начало заболевания, высокая температура, ярко выраженная неврологическая симптоматика, гемодинамические нарушения, геморрагическая с некрозами сыпь, олигурия – анурия свидетельствуют о выставленном диагнозе. **3.Какие ошибки допущены участковым педиатром и врачом скорой помощи?**

Участковый педиатр обязан был ребенка госпитализировать с диагнозом ОРВИ. Врач скорой помощи при сочетании указанных симптомов и наличии геморрагической сыпи обязан был поставить диагноз:

Менингококковая инфекция, генерализованная форма, менингококкцемия, менингит? ИТШ II степени. Начать оказывать помощь больному и вызвать реанимационную бригаду. **4.Какая неотложная помощь должна быть оказана на догоспитальном этапе?** Помощь на догоспитальном этапе.

(Масса ребенка 12 кг.) ИВЛ I вена: Внутривенно струйно: Натрия хлорид 0,9% - 10,0 + Преднизолон 360мг (30мг/кг) или . преднизолона (180 мг) и . гидрокортизона (720 мг) Внутривенно капельно: Натрия хлорид 0,9% - 360 мл/час (30 мл/кг/час) через 30 минут от начала внутривенного введения левомицетина сукцинат натрия 300мг внутривенно струйно. II вена внутривенно капельно: Натрия хлорид 0,9% - 100,0 Добутамин 250 – 300 мкг/мин (до 25 мкг/кг/мин до повышения и стабилизации артериального давления) Внутримышечно: Анальгин 50% -0,1 Супрастин 2% -0,1

5.Лечение в стационаре. Лечение в реанимационном отделении.

Инфузионная терапия 70мл/кг - 800мл Кристаллоиды - 500мл (глюкоза - 300мл, натрия хлорид -100 мл, лактасоль - 100,0) Коллоиды - 300мл (инфукол - 100,0, плазма - 100,0, волювен - 100,0) Глюкокортикостероиды - 30мг/кг, т.е. 360мг (преднизолон - 120мг, дексон - 16мг, гидрокортизон - 480мг) 247 I вена: Внутривенно струйно: Натрия хлорид 0,9% - 10,0 Аскорбиновая кислота 5% -2,0 Кокарбоксилаза 50 мг Преднизолон 60 мг (первая доза ГКС) Гидрокортизон 240 мг Через 30 минут преднизолон 30 мг Дексон 8 мг Через 30-60 минут преднизолон 30 мг Дексон 8 мг Через 2-3 часа гидрокортизон 240 мг

Внутривенно капельно со скоростью 30-40 мл/кг/мин в первые 3-5 минут, затем 15-20 мл/кг/час в течение первых 2 часов: Глюкоза 10% - 100,0 Инсулин - 2 ЕД Калия хлорид 7,5% - 6мл Кальция хлорид 10% - 3мл # Волювен 100,0 # Натрия хлорид 0,9% - 100,0 Контрикал 48 тыс.ЕД

Плазма 100,0

Глюкоза 10% - 100,0 Инсулин 2 ЕД Калия хлорид 7,5% - 6 мл Кальция хлорид 10% - 3,0

Инфукол 100,0

Лактасоль - 100,0

II вена внутривенно капельно: Глюкоза 5% - 100,0 Добутамин 240мкг/мин
до стабилизации АД.

Лазикс по 12 мг внутривенно струйно при повышении АД до нормы под контролем диуреза. Левомецетина сукцинат натрия по 300мг через каждые 6 часов внутривенно струйно с учетом времени его введения на догоспитальном этапе (100мг/кг/сут).

Эталон задачи № 117

1. Поставьте клинический диагноз.

Диагноз: Вирусный энцефалит, вызванный вирусом краснухи.

2. Обоснование диагноза.

Данные эпидемиологического анамнеза, начало заболевания с появления субфебрильной температуры тела, появления мелкопятнистой сыпи со сгущением на разгибательных поверхностях конечностей, увеличение затылочных и шейных лимфатических узлов, последующее присоединение неврологической симптоматики свидетельствуют в пользу данного диагноза.

3. Назначьте обследование для подтверждения диагноза.

- Спинномозговая пункция. - Осмотр глазного дна окулистом. - Консультация невролога и реаниматолога. - Анализ крови. - Анализ мочи. - ИФА: IgM, IgG к вирусу краснухи. - Кал на яйца глистов. - Соскоб на острицы. **4. Распишите лечение.** (Масса больного 25 кг). Строгий постельный режим на 14 дней. Внутривенно струйно: Глюкоза 20% - 20,0 Аскорбиновая кислота 5% - 2,0 Кокарбоксилаза – 100 мг Лазикс – 25 мг Дексон 8 мг (2мг/кг по преднизолону) Супрастин 2% - 1,0 Внутримышечно: Пенициллин 350 тыс.ЕД. 4 раза в день (50тыс/кг/сут) Внутрь: Аспаркам по $\frac{1}{2}$ таблетки . 3 раза в день Рекомендуется назначение рекомбинатных интерферонов (виферон, реаферон, реальдирон и др.) или индукторов интерферона (циклоферон по схеме). Винпоцетин . таб. *2 раза в день Пирацетам . капс.*2 раза в день **5. Какие противоэпидемические мероприятия в д/с необходимо провести?** Противоэпидемические мероприятия должны были провести после 1 случая краснухи в д/с. - На случай заболевания подается экстренное в районную СЭС - Изоляция больного до 7 дня с момента высыпания - Привить в очаге лиц, у которых при серологическом обследовании не выявлены антитела к вирусу краснухи в защитных титрах (защитный уровень IgG >25 МЕ/мл.).

Эталон задачи № 118

1.Поставьте клинический диагноз. Диагноз: Вирусный серозный менингоэнцефалит, вызванный вирусом кори, осложненный отеком головного мозга. **2.Приведите обоснование диагноза.** Острое начало заболевания с повышения температуры, появления симптомов интоксикации, появление на высоте интоксикационного и катарального синдромом пятнисто - папулезной сыпи с этапностью высыпания свидетельствуют о кори. О развитии менингоэнцефалита свидетельствуют: судороги, потеря сознания, рвота, в спинномозговой жидкости двузначный плеоцитоз лимфоцитарного характера. В ИФА - обнаружение IgM к вирусу кори. **3.Назначьте лечение.** В реанимационном отделении. Масса – 20 кг ИВЛ, кормление через зонд (пока отсутствует сознание). Внутривенно струйно: Глюкоза 10% - 10,0 Диазепам 0,5% - 1,0 (0,3мг/кг) Дексон – 6 мг (2мг/кг по преднизолону) на 3-5 дней, затем снижаем на $\frac{1}{2}$ и потом каждые 2-3 дня уменьшаем дозу с отменой через 10-14 дней Кокарбоксилаза - 100мг Аскорбиновая кислота 5% - 2,0 Внутривенно капельно: 30мл/кг - 600мл Из них 400мл кристаллоиды и 200 мл коллоиды, фракционно. Натрия хлорид 0,9% - 100,0 Маннитол 15% - 70мл (0,5г/кг) # Глюкоза 10% - 100,0 Инсулин 2 единицы Калия хлорид 7,5% - 8,0 Кальция хлорид 10% - 5,0 # Инфукол -100,0 # Натрия хлорид 0,9% - 100,0 Внутривенно струйно: Лазикс – 20 мг Контрикал 20 тыс. # Реополиглюкин - 100,0 # Глюкоза 10% - 100,0

Инсулин 2 единицы Калия хлорид 7,5% - 8,0 Кальция хлорид 10% - 5,0 Внутривенно струйно - Лазикс 20мг Внутримышечно: Цефотаксим 500мг . 3 раза в день После восстановления сознания подключить винпоцетин по 1таблетке . 3 раза в день внутрь. Дегидратацию постепенно уменьшать: отменить маннитол при появлении сознания, продолжать лазикс парентерально, затем внутрь фуросемид, с 14 дня перейти на диакарб. Сочетать дегидратацию с приемом препаратов калия (калия хлорида, аспаркама). **4.Противоэпидемические мероприятия в детском саду.** В группе детского сада наблюдение 21 день, в первые 72 часа после разобщения с больным вакцинация против кори лиц, не болевших и не привитых. Если в очаге проводится серологическое определение напряженности иммунитета, то при титре ниже 1:10 в РПГА контактным тоже делается прививка. Персонал детского сада: лиц, не болевших корью, не привитых или однократно привитых – прививают. Если вакцинация контактным противопоказана, то вводят иммуноглобулин. **5.Какие профилактические мероприятия предусмотрены для предупреждения данного заболевания?** Вакцинация против кори в 12 месяцев и в 6 лет (ревакцинация вакциной Л-16, «Приорикс», «Рувакс», ММРИ). По эпидемиологическим показаниям может быть использован иммуноглобулин противокоревой или нормальный человеческий.

Эталон задачи № 119

1.Поставьте диагноз. Диагноз: Клещевой энцефалит, менингоэнцефалитическая форма. Отек головного мозга. **2.План обследования больного. Какие результаты ожидаете получить?** - ИФА – определение IgM и IgG к вирусу клещевого энцефалита и к боррелиям. - ПЦР крови и ликвора для выявления гена вируса клещевого энцефалита. - РСК, РТГА - Осмотр глазного дна окулистом (могут быть застойные явления). - Анализ крови (без патологии). - Анализ мочи (без патологии). - Консультация невролога. - Кал на яйца глистов, соскоб на энтеробиоз. - По показаниям – КТ или МРТ. **3.Назначьте лечение.** (Масса 40кг). Инфузионная терапия 30мл/кг/сут. Объем инфузионной терапии – 1200мл, из них 800мл – кристаллоиды (глюкоза 10% -400,0, лактасоль 100мл, маннитол 15% - 100,0 на растворе натрия хлорида 0,9% – 200,0) и 400мл коллоиды (инфукол – 200,0, реополиглюкин – 200,0). Соотношение кристаллоидов к коллоидам – 2:1. 251

Глюкокортикостероиды 3 мг/кг – 120мг по преднизолону (или 16 мг дексона).
Внутривенно струйно: Глюкоза 20% - 20,0 Аскорбиновая кислота 5% - 3,0 Кокарбоксилаза 200мг Дексон 12мг Диазепам 0,5% - 1,0 Внутривенно капельно: Натрия хлорид 0,9% - 100,0 Маннитол 15% - 100,0 # Натрия хлорид 0,9% - 200,0 Контрикал 40тыс ЕД # Инфукол -100,0 # Глюкоза 10% - 200,0 Инсулин 4 ЕД Калия хлорид 7,5% - 10,0 Кальция хлорид 10% - 5,0 + Лазикс 40мг внутривенно струйно # Реополиглюкин - 100,0 # Лактасол – 100,0 # Инфукол – 100,0 # Глюкоза 10% - 200,0 Инсулин 4 ЕД Калия хлорид 7,5% - 10,0 Кальция хлорид 10% - 5,0 # Реополиглюкин – 100,0 # Внутривенно струйно: Лазикс - 40мг Дексон – 4мг Внутримышечно: Противоклещевой иммуноглобулин (0,1мл/кг – разовая доза) по 4 мл . 3 раза в день в течение 3-5 дней РНК-аза 20 мг х 4-6 раз в сутки на 7 дней Неовир по 250 мг . 1 раз в день № 7 или циклоферон (по схеме) Цефотаксим 750тыс.. 3 раза в день. После снятия отека мозга подключить: винпоцетин по 1 таблетке . 3 раза в день и пирацетам по 1 таблетке . 3 раза в день внутрь. **4.Какие мероприятия могли предупредить такое течение болезни после укуса клеща?** Исследование снятого клеща на вирус клещевого энцефалита и боррелии (ИФА, ПЦР) При (+) реакции на вирус клещевого энцефалита введение после укуса клеща детям, не привитым против клещевого энцефалита, иммуноглобулина против клещевого энцефалита 0,1мл/кг (4 мл.) до 4 дня с момента укуса клеща, при выявлении боррелий – амоксициллин внутрь на 5 дней. **5.Специфическая профилактика клещевого энцефалита.** Проводится Московской вакциной Вакцинация 2-х кратная: 1 прививка – октябрь – ноября месяцы 2 прививка – через 5-7 месяцев (март, апрель) Ревакцинация через 12 месяцев (март, апрель) Отдаленные ревакцинации – каждые 3 года (март – апрель) Существует вакцина «ФСМЕ – иммун» (Австрия) и «Энцепур детский» и «Энцепур взрослый» (Германия).

Эталон задачи № 120

1. Поставьте клинический диагноз.

Диагноз: Вирусный серозный менингоэнцефалит, вызванный вирусом V-Z, атаксическая форма

2. Проведите обоснование диагноза.

Данные эпидемиологического анамнеза, наличие типичной везикулезной сыпи, появление на 8 день неврологических симптомов (нарушение речи, походки, положительная пальце-носовая, колено-пяточная пробы, поза Ромберга), изменение ликвора свидетельствуют в пользу данного диагноза.

3. Какие симптомы со стороны ЦНС и анализы свидетельствуют в пользу менингоэнцефалита?

О менингоэнцефалите свидетельствуют: нарушение речи, походки, положительная пальце-носовая, колено-пяточная пробы, поза Ромберга, изменение ликвора.

4. С какими заболеваниями будете проводить дифференциальный диагноз?

Дифференцировать с менингоэнцефалитами другой этиологии (бактериальной и вирусной природы). **5. Назначьте медикаментозное лечение.** (Масса 20 кг) Лечение в отделении нейроинфекций. - Строгий постельный режим 14 дней. - Внутривенно струйно: Глюкоза 10% - 20,0 Аскорбиновая кислота 5% - 2,0 Дексон 6 мг (2 мг/кг по преднизолону) Лазикс 20 мг (1 мг/кг) № 5 - Дексон затем вводят в/м (всего 10-14 дней со снижением дозы на . каждые 2-3 дня), а лазикс (фуросемид) дают внутрь по 20 мг 1 раз в день до 14 дней, затем диакарб по схеме (дегидратация назначается всего на 21 день) - Аспаркам 1таблетка.3 раза в день. - Тавегил . таб 2 раза в день - Антибиотик для прикрытия глюкокортикостероидов: пенициллин 250 000.4 раза в день внутримышечно (50мк/кг/сут) или сумамед 10 мг/кг (20 мг). - Через 3-5 дней с момента поступления винпоцетин по 1 таблетке.2 раза и пирацетам 400мг (1капс.) .2 раза в день внутрь.

Эталон задачи №121

1. Поставьте клинический диагноз с обоснованием.

Диагноз: Ботулизм, типичный, тяжелая форма. Обоснование: острое развитие болезни после употребления консервированных продуктов, появления слабости, рвоты, однократно жидкого стула, глазных симптомов, нарушение глотания при нормальной температуре говорят в

пользу ботулизма. **2. Согласны ли Вы с диагнозом врача скорой помощи и почему?** Нет, поскольку при отравлении грибами отмечается обильное слюно- и потоотделение, повторная рвота, профузная диарея, боли в животе. **3. Назначьте план обследования для подтверждения диагноза** Определение ботулинического токсина А) реакция нейтрализации Б) иммуноферментный анализ В) РЛА **4. Назначьте лечение.** - Обязательная госпитализация в реанимационное отделение - Неотложные мероприятия - промывание желудка, кишечника и введение поливалентной противоботулинической сыворотки внутривенно или внутримышечно по методу Безредко (1 лечебная доза сыворотки составляет - типа А – 10 тыс. МЕ, типа В - 5 тыс. МЕ, типа С – 10 тыс. МЕ, типа Е – 10 тыс. МЕ), в тяжелых случаях вводят 2-3 лечебные дозы. - Одновременно проводится дезинтоксикационная терапия: внутривенное введение глюкозы, физиологического раствора, реамберина, реополиглюкина; - Энтеросорбенты (смекта, энтеросгель, фильтрум); - Этиотропная терапия: левомицетин сукцинат в/м 50мг/кг/сутки; - Метаболическая терапия (рибоксин, кокарбоксилаза, АТФ, витамины). - При расстройстве дыхания подключается ИВЛ, при парезе мышц глотки, гортани, дыхательных мышц решается вопрос о наложении трахеостомы.

5. Какие меры проводятся при групповой заболеваемости в очаге всем лицам, употреблявшим подозреваемый продукт? Всем лицам, употреблявшим подозрительный продукт (или продукт вместе с больным) с профилактической целью в/м вводят противоботулиническую сыворотку в половинной дозе от лечебной по методу Безредко. Если тип токсина не установлен, вводят по половине лечебной дозы всех типов моновалентных сывороток. При положительной внутрикожной пробе – сыворотка не вводится.

Эталон задачи №122

1. О каком заболевании следует думать, укажите тяжесть болезни

Диагноз: Ботулизм, типичный, тяжелая форма. **2. Обоснуйте предполагаемый диагноз.** Острое развитие заболевания после употребления консервированного продукта, общая слабость, умеренно выраженные желудочно-кишечные расстройства (рвота, жидкий стул) на фоне нормальной температуры, прогрессирующий миастенический синдром, общая тяжесть состояния больного, выраженность поражения ЦНС в виде расстройства дыхания (нарушен ритм дыхания, ограничение экскурсии грудной клетки), глотания (плохо глотает, отсутствует небный рефлекс), зрения (его снижение, двоение предметов, туман, двусторонний птоз, нарушение конвергенции глазных яблок, мидриаз, двусторонний птоз), отсутствие сухожильных рефлексов, говорят в пользу выставленного диагноза. **3. Какие лабораторные исследования могут подтвердить предполагаемый диагноз?** Определение ботулинического токсина в крови: а) реакция нейтрализации, б) ИФА (иммуноферментный анализ), в) РЛА (реакция латексной агглютинации). **4. Лечение.** - Обязательная госпитализация больного в реанимационное отделение, промывание желудка, высокая очистительная клизма, кишечника; - Перевод на ИВЛ (нарушено дыхание); - Специфическая противоботулиническая сыворотка (поливалентная или моновалентная типа А, В, С, Е) внутривенно или внутримышечно по методу Безредко (одна лечебная доза сыворотки: тип А – 10000 МЕ, тип В – 5000 МЕ, тип С – 10000МЕ, тип Е – 10000 МЕ), в тяжелых случаях вводят 3-4 дозы сыворотки, первая доза в/в капельно; - Дезинтоксикационная терапия внутривенно капельно из расчета 50 мл/кг массы (глюкоза, физиологический раствор, реополиглюкин, реамберин, калия хлорид); - Этиотропная терапия (левомицетина сукцинат 50-70 мг/кг/сутки в/в или в/м); - Метаболическая терапия (кокарбоксилаза, рибоксин, аспаркам, витамин С) **5. Мероприятия в очаге (на рыбалке было 6 человек)?** Наблюдение за лицами, употреблявшими подозрительный продукт в течение 10-12 дней. С профилактической целью в/м вводят поливалентную противоботулиническую сыворотку . лечебной дозы по методу Безредко. Если тип токсина не установлен, вводят по половине лечебной дозы всех типов моновалентных сывороток. При положительной внутрикожной пробе сыворотку не вводят.

Эталон задачи №123

- 1. О каком заболевании и на основании чего можно думать?** О диагнозе «Брюшной тиф, типичный, тяжелая форма» можно думать на основании длительно сохраняющейся лихорадки, симптомов интоксикации, анорексии, болей в животе, запоров, выявление при объективном осмотре бледности кожного покрова на фоне гипертермии, «тифозный язык», симптома Филипповича (желтушное окрашивание ладоней и стоп), угнетение сознания (сонливость, заторможенность), урчание, болезненность в правой подвздошной области, увеличении размеров печени, (+) симптом Падалки, а также принимая во внимание данные эпидемиологического анамнеза (пребывание в регионе с высоким уровне заболеваемости брюшным тифом).
- 2. Назначьте необходимое лабораторное обследование.** - Общий анализ крови и мочи; - Бактериологическое исследование: гемокультура, копрокультура, уринокультура, биликультура; - Серологическое исследование: обнаружение специфических антител в крови больного (реакция Видаля, РНГА, РПГА с эритроцитарным О-диагностикумом, Н- и Vi антигеном, ИФА).
- 3. Назначьте больному лечение.** Режим – строгий постельный в течение всего лихорадочного периода и еще 5-7 дней с момента нормализации температуры тела, затем разрешается сидеть в кровати, а с 10-12 дня ходить; диета – из питания исключаются продукты, содержащие грубую клетчатку, усиливающие газообразование и перистальтику кишечника, подключают кисло-молочные продукты, расширение диеты на ранее 6 дня нормальной температуры тела из-за опасности развития кишечного кровотечения и перфорации кишечника; Дезинтоксикационная терапия в/в капельно 50 мл/кг массы тела в сочетании с оральной регидратацией; Этиотропная терапия: левомицетина сукцинат 50 мг/кг/массы тела в сутки, при отсутствии эффекта препараты резерва (цефтриаксон, цефоперазон, фторхинолоны); Симптоматическая терапия (жаропонижающие, анальгетики).
- 4. Показания для выписки больного из стационара:** а) клиническое выздоровление; б) нормализация лабораторных показателей; в) 3-х кратные отрицательные результаты посева кала и мочи и однократного посева желчи (у детей школьного возраста), взятые на 5, 10 и 15 день нормальной температуры.
- 5. План диспансерного наблюдения:** диспансерное наблюдение в течение 3-х месяцев с ежемесячным исследованием копро- и урокультуры, на 4-м месяце проводится исследование желчи и постановка РПГА с цистеином, при отрицательных результатах переболевший брюшным тифом снимается с учета.

Эталон задачи №124

- 1. Поставьте клинический диагноз с указанием ведущего синдрома, определяющего тяжесть заболевания.**

Диагноз: Кишечная инфекция, гастроэнтероколит, тяжелая форма, первичный токсикоз I степени.

- 2. Определите тип диареи, предполагаемая этиология заболевания.**

Инвазивный тип диареи, предположительно шигеллезной этиологии.

- 3. Какие результаты дополнительных исследований могут подтвердить предполагаемый диагноз?** Бактериологический посев кала на всю кишечную группу, РПГА с дизентерийным диагностикумом, ИФА, РЛА.

- 4. Назначьте лечение (неотложная, патогенетическая, этиотропная терапия).**
Неотложная и патогенетическая терапия: а) нейровегетативная блокада: дроперидол 0,12-0,25 мг/кг, аминазин 0,5-1,0 мг/кг в комбинации с пипольфеном 0,1-0,15 мг/кг в/м; б) противосудорожные: в/м или в/в седуксен 0,5 мл/кг (можно повторять через 15-20 минут), оксибутират натрия по 100 мг/кг, при неэффективности – барбитураты (тиопентал, гексенал, фенобарбитал) в дозе 5-15 мг/кг в/м или в/в; в) после ликвидации судорог для борьбы с отеком мозга – преднизолон 2 мг/кг или дексазон 0,5 мг/кг в/в струйно до 4 раз в сутки; лазикс 1-2 мг/кг однократно и затем диакарб 12-25 мг/кг 1 раз в сутки 2-3 дня, сернокислая магнезия 25% в/м 0,2-0,3 мл/кг 2 раза в сутки; г) дезинтоксикационная терапия в/в капельно в объеме 30-50 мл/кг в

сутки под контролем диуреза или с его стимуляцией лазиксом; д) жаропонижающие: парацетамол в разовой дозировке 10-15 мг/кг в комбинации с мягкими физическими методами охлаждения; ж) сосудорасширяющие средства для снятия периферического сосудистого спазма: папаверин, дибазол, никотиновая кислота в/в струйно (один из препаратов); **Этиотропная терапия:** антибактериальные препараты из группы резерва (цефалоспорины III поколения в/в или в/м, аминогликозиды II поколения внутрь, рифампицин), энтеросорбенты (энтеросгель, фильтрум, смекта и др.), КИП.; **5. Когда больной может быть выписан из стационара и допущен в детский коллектив?** Больной может быть выписан из стационара и допущен в коллектив при наличии клинического выздоровления, нормализации лабораторных показателей и однократного отрицательного результата бактериологического исследования кала на шигеллез.

Эталон задачи №125

- 1. О каком типе диареи идет речь при поступлении.** Инвазивный тип диареи
- 2. Сформулируйте окончательный клинический диагноз:** Шигеллез Флекснера 2а, типичный, тяжелая форма В, острое негладкое течение. Осложнение: кишечное кровотечение.
- 3. Обоснование диагноза:** острое начало заболевания с повышения температуры, появления болей в животе, рвоты, жидкого стула с патологическими примесями, нарастающая тяжесть состояния, стойкая гипертермия, бледность кожи, приглушенность сердечных тонов, тахикардия, выраженные боли в животе, тенезмы, стул без счета, по типу «ректального плевка» со слизью, гноем, кровью, болезненная, спазмированная сигмовидная кишка, податливость ануса, сфинктерит, присоединение на 4 сутки с момента госпитализации кишечного кровотечения и выделение при бак. исследовании кала *Sh. Flexneri 2a*, позволяют поставить диагноз: Шигеллез Флекснера 2а, типичный, тяжелая форма В, острое негладкое течение. Осложнение: кишечное кровотечение.
- 4. Лечение:** а) постельный режим, стол А4 с уменьшением объема питания на 30-40% и дополнительным введением кисломолочных продуктов; б) дезинтоксикационная и регидратационная терапия в/в капельно в сочетании с оральной регидратацией; симптоматическая терапия (миотропные спазмолитики, жаропонижающие); этиотропная терапия (цефалоспорины II-III поколения в/в или в/м с пероральным введением аминогликозидов II поколения (амикацин) или рифампицина, противошигеллезный лактоглобулин, КИП, энтеросорбенты.
- 5. Ведение больного в периоде рековалесценции:** а) диетическая коррекция; б) восстановление функциональной деятельности ЖКТ (ферменты, витамины А и Е, отвары трав, обладающих противовоспалительным и регенерирующим действием); в) восстановление микробиоценоза кишечника (пробиотики, пребиотики); г) иммунокоррекция (КИП, кипферон, гепон, противошигеллезный лактоглобулин).

Эталон задачи № 126

- 1. Поставьте предварительный клинический диагноз с указанием ведущего клинического синдрома, определяющего тяжесть состояния больного.**
Клинический диагноз: Кишечная инфекция, гастроэнтероколит, тяжелая форма, токсикоз с эксикозом II степени, соледефицитный тип дегидратации.
- 2. Предполагаемая этиология, с какими заболеваниями следует дифференцировать в первую очередь?** Можно думать о желудочно-кишечной форме сальмонеллеза (данные эпидемиологического анамнеза - контакт с сестрой из очага сальмонеллеза, выраженность и стойкий характер интоксикации; гепатоспленомегалия, болезненный кишечник, энтероколитный характер стула с патологическими примесями в виде слизи, зелени, крови; воспалительные изменения в анализе крови). Необходимо дифференцировать с кишечными инфекциями другой этиологии.
- 3. Какой тип диареи и патогенетические механизмы развития диарейного синдрома при этом заболевании имеют место.** Инвазивный (экссудативная диарея) тип диареи, в основе патогенетических механизмов развития диарейного синдрома лежат: адгезия, колонизация и

инвазия бактериальных агентов в эпителий кишечника с развитием воспалительного процесса, нарушение всасывания воды и электролитов из просвета кишечника в результате усиления перистальтики и быстрой эвакуации химуса, гиперосмолярности, за счет продуктов воспаления и нарушенного пищеварения. 258

4. Назначьте диету ребенку на день поступления в стационар при искусственном вскармливании. Диета: разгрузка в питании до 50% от суточной потребности, с последующим дозированным кормлением адаптированной молочной смесью по 40,0 через 2 часа (10 раз) с соблюдением ночного перерыва, с последующим расширением объема питания при наличии положительной динамики.

5. Из чего будет складываться суточный объем жидкости, необходимый данному ребенку? Какой процент от суточного объема введете внутривенно капельно? Укажите соотношение коллоидов и кристаллоидов. Выберите стартовый раствор для проведения инфузии внутривенно капельно.

Суточный объем жидкости рассчитывается по формуле: $V = N + D + C$, где V – суточный объем жидкости необходимый ребенку, N - физиологическая потребность, D – дефицит жидкости, C – продолжающиеся патологические потери. При дегидратации II степени объем в/в капельно вводимой жидкости составляет 40% от суточного объема. Соотношение коллоидов и кристаллоидов – 1:1. Принимая во внимание гипотонический тип дегидратации, отчетливо выраженные нарушения гемодинамики с целью восстановления ОЦК в качестве стартового раствора необходимо использовать коллоидный раствор (реополиглюкин, альбумин).

Эталон задачи № 127

1. Поставьте клинический диагноз.

ВГВ, HbsAg (-), +ВГД злокачественная форма, энцефалопатия, кома 1-2, ДВС-синдром, полиорганная недостаточность.

2. Перечислите ведущие симптомы данной формы болезни.

Гепатоцеребральный синдром, ДВС – синдром, синдром пустого подреберья.

3. Оцените приведенные данные биохимического анализа крови.

В биохимическом анализе крови наблюдается одинаковое содержание прямого и непрямого билирубина, незначительное увеличение АлАТ, АсАТ выше АлАТ, снижение ПТИ до 15%.

4. Оцените маркерный спектр.

В маркерограмме обнаружены маркеры гепатита В и Д (анти – Hbc IgM, анти HDV, РНК HDV).

5. Лечение

Перевод в реанимационное отделение, в/в капельное введение растворов альбумина, криоплазмы, 5-10% р-ра глюкозы, физраствора из расчета в 100 мл/кг/массы в сут. под контролем диуреза, ингибиторы протеолиза: гордокс или контрикал в возрастной дозировке, ГКС из расчета 10-15 мг/кг через 4 часа, высокие очистительные клизмы, лактулоза (дюфалак), гентамицин внутрь 10 мг/кг, амикацин 10 мг/кг в/в, энтеросорбенты ч/з зонд, кормить по 30-50 мл смесью 2-3 раза/день ч/з зонд. При неэффективности терапии (кома 2) проводят плазмаферез в объеме 2-3 ОЦК в сут. до выхода их комы.

Эталон задачи № 128

1. Поставьте клинический диагноз. Клинический диагноз: Вирусный гепатит А, типичная, легкая форма. **2. Какие клинические симптомы и изменения в биохимическом и серологическом анализах крови подтверждают диагноз?** Острое начало болезни с появления преджелтушного периода, протекающего по диспепсическому варианту, периодичность в развитии болезни (преджелтушный, желтушный период), улучшение самочувствия с момента появления желтухи, благоприятное течение болезни, изменения в биохимическом анализе крови (повышение содержания общего билирубина до 80 мкмоль/литр, преимущественно за счет конъюгированной фракции, повышение активности АлАт 3 нормы, АсАт – 2 нормы, увеличение тимоловой пробы в 5 раз; обнаружение ИФА IgM к ВГА, положительный эпидемиологический анамнез (аналогичные случаи у детей посещающих

данный детский коллектив) подтверждают выставленный диагноз. **3. Лечение.** Базисная терапия: постельный режим на 3-5 дней; диета - стол № 5а на 3-5 дней, затем стол №5; обильное питье до 1,5 литров в сутки (отвар шиповника, компот из сухофруктов, 5% раствор глюкозы, чай с лимоном и медом); Внутрь: карболен по 1 таблетке . 3 раза в день, 5% раствор сернокислой магнезии по 1 дес. ложке . 3 раза в день, вит. С 1 драже . 2 раза в день. **4. Проведите противоэпидемические мероприятия в детском саду.** Изоляция больного. Экстренное извещение в ГСЭН. Проведение заключительной и усиление текущей дезинфекции. На контактных лиц накладывается карантин на 35 дней с ежедневной термометрией и осмотром цвета кожного покрова и склер, 1 раз в неделю в истории развития ребенка отмечаются размеры печени. Контактным определяют активность АлАТ сразу после изоляции больного и через 10-15 дней. Необходимо решить вопрос о вакцинации детей с эпидемиологом. **5. Будете ли проводить наблюдение в катамнезе (как) и предполагаемый прогноз болезни.** *Диспансерное наблюдение* 6 месяцев. *Прогноз* благоприятный, полное выздоровление.

Эталон задачи № 129

1. Поставьте клинический диагноз. Назовите предполагаемый путь инфицирования.

Диагноз: ВГС, типичный, легкая форма. *Путь инфицирования* – гемоконтактный. **2. Проведите дифференциальный диагноз.** Гепатиты другой этиологии. **3. Какие изменения в биохимическом и серологическом анализах крови подтверждают диагноз.** *Биохимический анализ крови:* повышение активности АлАТ/АсАТ, общего билирубина за счет конъюгированной фракции; *Серологическое исследование:* анти-НСV, РНК-НСV **4. Назначьте лечение.** Базисная терапия, Mg SO₄ 5%, 1 ст.л.3р. в день, энтеросорбенты, урсосан – 250 мг/2 р в день, реаферон 3 млн./3 р в неделю в/м, на 6-12 мес. **5. Назовите возможные варианты исходов этой болезни.** Хронизация процесса в 70-80% случаев.

Эталон задачи № 130

1. Поставьте клинический диагноз.

Клинический диагноз: ВГВ, HbsAg (+), типичная тяжелая форма **2. Оцените результаты биохимического и серологического анализа крови.** В биохимическом анализе крови общий билирубин повышен до 180 ммоль/л, за счет прямой фракции, активность АлАТ выше нормы в 6 раз, ПТИ снижен до 50% **3. Где заразился больной, назовите сроки инкубационного периода.** Больной заразился в кабинете стоматолога, инкубационный период 90 дней. **4. Назначьте лечение.** Базисная терапия, дезинтоксикационная терапия: в/в введение растворов из расчета 50 мл/кг/массы (реополиглюкин, альбумин, 5% глюкоза, контрикал на физ. растворе), ГКС из расчета 3 мг/кг в течении 7-9 дней. Канамицин или гентамицин в возрастной дозировке внутрь на 5-7 дней. Энтеросорбенты, спазмолитики, ежедневная очистительная клизма. **5. Определите прогноз болезни.** Прогноз для жизни благоприятный