

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)**

**Клинический институт детского здоровья
им.Н.Ф.Филатова**

Кафедра детских болезней

**Методические материалы по дисциплине:
Клиническая практика "Педиатрическая"**
основная профессиональная образовательная программа высшего
профессионального образования - программа специалитета

31.05.01 Лечебное дело

Физикальное обследование ребенка
(определение состояния дыхательной системы)

№ п/п	Действие	Критерии оценки
1.	Установил контакт с представителем ребенка (<i>поздоровался, представился, обозначил свою роль</i>)	☐ да ☐ нет
2.	Идентифицировал пациента	☐ да ☐ нет
3.	Осведомился о самочувствии пациента (жалобы)	☐ да ☐ нет
4.	Получил добровольное информированное согласие пациента (<i>прочитал информированное согласие, рассказал о предстоящей манипуляции, уточнил наличие вопросов</i>)	☐ да ☐ нет
5.	Убедиться заранее, что есть всё необходимое	☐ да ☐ нет
6.	Обработал руки гигиеническим способом перед манипуляцией	☐ да ☐ нет
7.	Обработал стетофонендоскоп/фонендоскоп/стетоскоп до начала осмотра	☐ да ☐ нет
8.	Сказал, что хочет оценить кожные покровы	☐ да ☐ нет
9.	Сказал, что хочет оценить положение пациента	☐ да ☐ нет
<i>Осмотр грудной клетки</i>		
10.	Сказал, что хочет оценить форму грудной клетки	☐ да ☐ нет
11.	Сказал, что хочет оценить наличие деформаций грудной клетки	☐ да ☐ нет
12.	Сказал и выполнил оценку симметричности правой и левой половин грудной клетки	☐ да ☐ нет
13.	Сказал и выполнил оценку синхронности движения правой и левой половин грудной клетки	☐ да ☐ нет
14.	Сказал и выполнил оценку частоты дыхательных движений (ЧДД)	☐ да ☐ нет
<i>Пальпация грудной клетки</i>		
15.	Правильно оценил эластичность грудной клетки и озвучил свои действия	☐ да ☐ нет
16.	Спросил у пациента о болезненности грудной клетки во время пальпации	☐ да ☐ нет
<i>Голосовое дрожание</i>		
17.	Правильно определил голосовое дрожание в области верхушек легких	☐ да ☐ нет
18.	Правильно определил голосовое дрожание по передней поверхности легких	☐ да ☐ нет
19.	Правильно определил голосовое дрожание по боковым поверхностям легких	☐ да ☐ нет
20.	Правильно определил голосовое дрожание по задней поверхности легких	☐ да ☐ нет
<i>Перкуссия легких</i>		
21.	Правильно провел сравнительную перкуссию легких спереди	☐ да ☐ нет

22.	Правильно провел сравнительную перкуссию легких в боковых отделах	☐ да ☐ нет
23.	Правильно провел сравнительную перкуссию легких сзади	☐ да ☐ нет
Аускультация лёгких		
24.	Правильно провел аускультацию легких спереди	☐ да ☐ нет
25.	Правильно провел аускультацию легких в боковых отделах	☐ да ☐ нет
26.	Правильно провел аускультацию легких сзади	☐ да ☐ нет
27.	Провел и оценил пульсоксиметрию	☐ да ☐ нет
28.	Правильно провел осмотр полости рта и зева	☐ да ☐ нет
29.	Завершил осмотр	☐ да ☐ нет
30.	Обработал оливы и мембрану стетофонендоскопа/фонендоскопа/стетоскопа антисептической салфеткой по окончании осмотра	☐ да ☐ нет
31.	Обработал руки гигиеническим способом после манипуляции	☐ да ☐ нет
32.	Правильно сформулировал заключение по аускультации легких	☐ да ☐ нет
33.	Правильно сформулировал заключение о состоянии дыхательной системы у пациента	☐ да ☐ нет

Профилактический осмотр ребенка

№ п/п	Действие	Критерии оценки
1.	Установил контакт с представителем ребенка (поздоровался, представился, обозначил свою роль)	√ да ☐ нет
2.	Идентификация пациента (попросил представителя пациента представиться, чтобы сверить с мед. документацией)	√ да ☐ нет
3.	Информированное согласие пациента (рассказ о процедуре, вопросы о согласии и о наличии вопросов)	√ да ☐ нет
4.	Правильно собрал аллергологический анамнез	√ да ☐ нет
5.	Обработал руки гигиеническим способом	√ да ☐ нет
6.	Обработал фонендоскоп до начала	√ да ☐ нет
7.	Раздел ребенка для осмотра	√ да ☐ нет
8.	Провел термометрию (аксиллярная)	√ да ☐ нет
9.	Правильно измерил рост с помощью ростомера	√ да ☐ нет
10.	Правильно взвесил ребенка на медицинских весах	√ да ☐ нет
11.	Правильно измерил окружность головы с помощью сантиметровой ленты	√ да ☐ нет
12.	Правильно измерил окружность грудной клетки с помощью сантиметровой ленты	√ да ☐ нет
13.	Правильно провел оценку состояния кожных покровов	√ да ☐ нет
14.	Правильно провел оценку состояния подкожно-жировой клетчатки	√ да ☐ нет
15.	Правильно провел осмотр и пальпацию головы	√ да ☐ нет
16.	Правильно провел осмотр грудной клетки	√ да ☐ нет
17.	Правильно провести оценку мышечного тонуса	√ да ☐ нет
18.	Правильно провел аускультацию легких	√ да ☐ нет
19.	Правильно провел аускультацию сердца	√ да ☐ нет
20.	Правильно провел пальпацию живота	√ да ☐ нет
21.	Правильно провел осмотр наружных половых органов	√ да ☐ нет
22.	Спросил об особенностях мочеиспускания и дефекации	√ да ☐ нет
23.	В положении на спине правильно оценил рефлексы врожденного автоматизма (поисковый, хоботковый, ладонно-ротовой, верхний хватательный, Моро)	√ да ☐ нет
24.	В вертикальном положении правильно оценил рефлексы врожденного автоматизма (опоры, автоматической ходьбы)	√ да ☐ нет
25.	В положении на животе правильно оценил рефлексы врожденного автоматизма (защитный, ползания)	√ да ☐ нет
26.	Правильно провел осмотр полости рта и зева	√ да ☐ нет
27.	Правильно завершил осмотр	√ да ☐ нет

28.	Обработал фонендоскоп по окончании осмотра	√ да ☐ не
29.	Обработал руки гигиеническим способом по окончании осмотра	√ да ☐ не
30.	Правильно оценил физическое развитие ребенка по центильным таблицам	√ да ☐ не
31.	Правильно сделал заключение о состоянии здоровья ребенка и возможности проведения вакцинации	√ да ☐ не

Задача № 1

Девочка 1 года 10 месяцев, рост 80см, вес 10кг, в течение последних 7 месяцев трижды перенесла ОРВИ.

Из анамнеза: беременность 1, с анемией и гестозом. Родилась доношенной, вес при рождении 2650г, рост 52см. На естественном вскармливании до 7 мес. Прикорм - овощные пюре, каши, мясо, творог вводился своевременно. Однако аппетит с рождения плохой. Предпочитает сладкие каши. Аллергологический, наследственный анамнезы не отягощены. Привита по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

Объективно: кожные покровы бледные, чистые. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки розовая, влажная, язык у корня обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 125 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул оформленный, 1-2 раза в сутки. Мочеиспускания частые – каждые 20-30 минут, болезненные, моча желтая, мутная.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 82 г/л, эритроцитарные индексы снижены, лейкоциты – $9,4 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 43%, лимфоциты – 47%, моноциты – 6%, СОЭ – 12 мм/ час.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Составьте план лечения данного ребенка.

Ответы к задаче №1

1. Железодефицитная анемия. Средней степени тяжести. Снижение уровня гемоглобина, эритроцитов, эритроцитарных индексов. ЖДА самая частая у детей раннего возраста (90%). Предпосылками к развитию ЖДА у ребенка – анемия у матери, гестоз. Ребенок родился с низкой массой к сроку. А также предпочтение в меню углеводов является предпосылками к развитию ЖДА. Вероятно, имеет место ПП ЦНС.

2. Дополнительные исследования – уровень железа, ОЖСС, ферритина, трансферина в сыворотке. Вероятно, будут снижены данные показатели (кроме ОЖСС), что отражает истощение депо и

транспортного пула железа. ОЖСС будет повышена.

3. Лечение – коррекция питания, достаточное употребление мяса, назначение пищеварительных ферментов – креон 10000ед x 3 раза в день с едой на 1 месяц. Препараты железа (мальтофер) 3-5 мг\кг\сутки. Определение эффекта от лечения по нарастанию уровня Нв на 10 единиц через 4 недели, появление ретикулоцитоза в общем анализе крови. После нормализации уровня Нв – лечение анемии еще 3 месяца для создания депо железа.

Задача № 2

Мальчик 4 лет на приеме у педиатра. Жалобы на сухость кожи, зуд и покраснение кожи. Из анамнеза: мальчик болен с 10-ми месячного возраста, когда впервые появилось покраснение кожи и кожный зуд. Вначале эти изменения появились в области лучезапястных суставов, затем появились также на внутренней поверхности локтевых и коленных суставов. Ребенку была назначена диета с исключением молока и яиц, курсы антигистаминных препаратов, однако эффект терапии был неполным.

Мальчик от второй, физиологически протекавшей беременности. Вторые срочные роды. Родился с весом 3400г, ростом 50 см. находился на грудном вскармливании до 10 месяцев. Отмечалась пищевая аллергия после приема молока, яиц. Лекарственной аллергии нет. Наследственность: у матери аллергический ринит. Профилактические прививки не проводились из-за отказа матери. Посещает детский сад.

Объективно: кожные покровы сухие, отмечается эритема, папулезные высыпания, экскориации в области локтевых, подколенных складок. Дермографизм красный. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки чистая. В легких дыхание пузырьное, хрипов нет. ЧДД-23 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС – 100 ударов в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень +1см. Селезенка не пальпируется. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 123 г/л, лейкоциты – $4,9 \times 10^9/л$, эозинофилы – 7%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 45%, лимфоциты – 42%, моноциты – 6%, СОЭ – 10 мм/ час.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
3. Составьте план лечения данного ребенка.

Ответы к задаче №2:

1. Атопический дерматит, детская форма, ограниченный, легкое течение, период обострения. Обязательными критериями атопического дерматита, имеющимися у пациента, являются зуд кожных покровов, типичная морфология и локализация кожных высыпаний (в основном локтевые и коленные сгибы), начало заболевания в раннем возрасте, хроническое рецидивирующее течение.

Для постановки диагноза должно быть не менее трех обязательных признаков. Имеются также вспомогательные признаки: наследственная предрасположенность к атопии, пищевая аллергия, сухость кожных покровов, белый дермографизм, эозинофилия.

У ребенка 4 лет детская форма заболевания (детская форма в возрасте 2-10 лет). Имеются характерные симптомы в этом возрастном периоде: сухая кожа, эритематозно-инфильтративные изменения, папулы, экскориации.

2.Целью диагностики при atopическом дерматите является выявление причинно-значимых факторов в развитии болезни. Необходимо оценить: данные аллергологического анамнеза; методы аллергодиагностики *in vitro*: определение общего IgE (повышенный уровень общего IgE является дополнительным критерием постановки диагноза), определение специфических IgE; при необходимости в период ремиссии болезни проведение кожного тестирования и провокационных проб с аллергенами. 3.Лечение данного ребенка: 1) элиминационная диета с адекватной заменой исключенных пищевых продуктов; 2) наружная противовоспалительная терапия с использованием топических глюкокортикоидных средств (они обладают выраженной противовоспалительной активностью при atopическом дерматите; 3) топические ингибиторы кальциневрина; 4) применение увлажняющих и смягчающих кожу средств (их применение повышает барьерную функцию кожи, снижает ее чувствительность к аллгенам, ирритантам).

Задача № 3

Девочка 12 лет заболела 2 дня назад, когда после перенесенной ОРВИ появились множественные петехии и синяки на ногах туловище. Отмечался эпизод носового кровотечения. Остановлено тампоном с перекисью водорода дома самостоятельно. Температура нормальная.

Из анамнеза: неделю назад отмечались катаральные явления. Респираторными инфекциями болеет 2-3 раза в год. Аллергологический, наследственный анамнезы не отягощены. Привита по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Посещает школу.

Объективно: кожные покровы бледные, на ногах туловище петехии и множественные экхимозы разной степени давности. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки розовая, влажная, язык у корня обложен белым налетом. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 78 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Мочеиспускания свободные, безболезненные.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 128 г/л, лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 47%, лимфоциты – 43%, моноциты – 6%, тромбоциты – $23 \times 10^9/л$, СОЭ – 10 мм/ час.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить? С какими заболеваниями проводят дифференциальный диагноз?
3. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией. Составьте план лечения данного ребенка.

Ответы к задаче №3:

1. Иммунная тромбоцитопения. Общий анализ крови – в норме, за исключением количества тромбоцитов.

2. Обследование предполагает проведение дифдиагноза с тромбоцитопатиями, системной красной волчанкой, острым лейкозом. Определение антител к тромбоцитам, антител к ДНК, антинуклеарного фактора. Исследование морфологии и функции тромбоцитов для исключения других заболеваний тромбоцитов. По показаниям – исследование костного мозга для исключения острого лейкоза.
3. Показания к госпитализации – угроза кровотечения, кровотечение. Возможна «выжидательная тактика» в течение 2-3-х суток при нарастании количества тромбоцитов и отсутствии кровотечения. Если количество тромбоцитов не увеличивается – иммуноглобулины для внутривенного введения - 2-3г/кг в течение суток. При отсутствии эффекта, угрозе кровотечения, исключении острого лейкоза – преднизолон 1-2 мг/кг/сутки – коротким курсом, с последующей отменой. При отсутствии эффекта или частом рецидивировании – гормоны + цитостатики. При отсутствии эффекта – моноклональные Ат к CD20 – ритуксимаб. Спленэктомия у детей старше 5 лет – по строгим показаниям.

Задача № 4

Мальчик 5 лет поступил в стационар с жалобами в течение недели на боли в ногах, плохое самочувствие, усталость. Со слов мамы ухудшился аппетит, появились синяки, дважды носовое кровотечение. Отмечаются подъемы температуры до 37,6°С. Температура снижается самостоятельно.

Из анамнеза: респираторными инфекциями болеет 3–4 раза в год. Две недели назад перенес афтозный стоматит, после которого сохраняются подъемы температуры. Аллергологический, наследственный анамнезы не отягощены. Привит по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Посещал детский сад до настоящего заболевания.

Объективно: состояние тяжелое, вялый, кожные покровы бледные, в области сдавления резинкой от носочков – мелкие петехии, на спине 2 экхимоза. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки бледные, влажные, язык у корня обложен белым налетом. Шейные лимфоузлы увеличены до 2-3 см, безболезненные. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 100 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3см, селезенка у края реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Общий анализ крови: эритроциты – $2,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 78 г/л, лейкоциты – $16,4 \times 10^9/л$, эозинофилы – 0%, палочкоядерные – 1 %, сегментоядерные – 10%, лимфоциты – 80%, моноциты – 2%, бласты – 7%, тромбоциты – $16 \times 10^9/л$, СОЭ – 62 мм/ час.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Составьте план лечения данного ребенка.

Ответы к задаче №4:

1. Острый лейкоз. Клинически – геморрагический синдром, синдром опухолевой интоксикации, синдром иммунодефицита – афтозный стоматит, синдром опухолевой пролиферации – увеличение лимфоузлов, печени, селезенки. Общий анализ крови – анемия, тромбоцитопения, лимфоцитарный лейкоцитоз, бласты.
2. Обследования – исследование костного мозга, иммуногистохимическое исследование костного мозга, УЗИ, КТ – внутренних органов, люмбальная пункция - исследование ликвора. Биохимический анализ крови – для исследования функции почек, печени (мочевина, креатинин, билирубин, АСТ, АЛТ)
3. Высокодозная химиотерапия. Заместительная терапия иммуноглобулинами для внутривенного введения. Цели терапии – индукция ремиссии, поддержание ремиссии. Пересадка костного мозга.

Задача № 5

На прием к педиатру пришла мать с мальчиком 8 лет на плановый осмотр.

Анамнез: с 1 года проявления атопического дерматита. В 6 месяцев впервые был поставлен диагноз обструктивный бронхит. С 2-летнего возраста наблюдались типичные приступы удушья. Однократно госпитализирован в ОРИТ в возрасте 4-х лет с тяжелой бронхообструкцией. Далее неоднократно госпитализировался с обструктивным бронхитом. В последние 2 года симптомы бронхообструкции участились (по несколько раз в неделю), последние 3 месяца беспокоят 2-3 раза в неделю ночные пробуждения из-за кашля, затрудненного дыхания).

Животные в доме: кошка, собака, хомяк. Наследственность: у мамы бронхиальная астма.

При осмотре: объективно ребенок астенического телосложения. Признаков дыхательной недостаточности нет. Кожа сухая, расчесы в локтевых сгибах, периорбитальный цианоз. Носовое дыхание затруднено. Дыхание жесткое, сухие свистящие хрипы с обеих сторон. Частота дыхания – 20 в минуту. Пульс – 90 уд/мин.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,49 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 130 г/л, ЦП – 1, лейкоциты – $5,59 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 62%, лимфоциты – 22%, эозинофилы – 7%, моноциты – 6%, СОЭ – 10 мм/ час, тромбоциты – $224 \times 10^9/л$, гематокрит - 39,7 %, базофилы - 1%.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте окончательный диагноз
2. Составьте план дополнительного обследования
3. С чем в первую очередь необходимо дифференцировать данный диагноз? Определите терапевтическую тактику

Ответы к задаче №5:

1. Бронхиальная астма, атопическая, среднетяжелое течение, не контролируемая (данные анамнеза – рецидивирующий бронхообструктивный синдром, наследственность по астме, атопический дерматит, осмотр – проявления бронх обструкции).
2. Аллергостатус (определение общего и спец. IgE., кожные тесты), спирометрия, проба с бронхолитиком.

3. Инородное тело в бронхах, интерстициальное заболевание легких, острый обструктивный бронхит. Назначение базисной терапии - комбинация ингаляционных глюкортикостероидов и бета2-агонистов длительного действия

Задача № 6

На приеме у врача мальчик 8 лет. Жили в деревне, наблюдались у фельдшера. Жалобы на кашель, на затрудненное дыхание, частый стул до 6-7 раз в сутки.

Анамнез: ребенок от 3-й беременности (дети от 1-й и 2-й беременности умерли в неонатальном периоде).

Болен с рождения: постоянный кашель с мокротой, трижды перенес пневмонию или обструктивный бронхит (предположительно). Неоднократно отмечалась высокая температура, одышка, кашель с трудно отделяемой мокротой, а также практически постоянно диарея. Заметно отстаёт в физическом развитии.

При осмотре состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Симптомы "часовых стекол" и "барабанных палочек". ЧД - 48 в минуту, ЧСС - 120 уд/мин. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. Аускультативно: дыхание жесткое, выслушиваются разнокалиберные влажные и сухие хрипы с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. Печень +6 см, селезенка не пальпируется. Стул обильный (полифекалия), жирный, замазкообразный.

Копрограмма: большое количество нейтрального жира.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен у данного ребенка?
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Назовите основные лечебные мероприятия у данного больного.

Ответы к задаче №6:

1. Муковисцидоз, смешанная форма, тяжелое течение.
2. Общие признаки при физикальном осмотре, жалобы, наличие частых острых респираторных заболеваний с осложнениями – рецидивирующие хронические заболевания органов дыхания, признаки дыхательной недостаточности, потовый тест – для постановки окончательного диагноза должен быть положительным не менее трех раз, ДНК – диагностика.
3. Очищение бронхиального дерева: муколитики, дренаж бронхов, бронхоскопическая санация; антибиотикотерапия – проводится с учетом бактериологического исследования; заместительная терапия панкреатическими ферментами, диспансерное наблюдение.

Задача № 7

На приеме у педиатра девочка 6-ти лет.

Анамнез: на первом году жизни кожные проявления атопии. Кратковременное покраснение щек после употребления в пищу большого количества шоколадных конфет. Лекарственную аллергию отрицает. Последние 2 года в первой декаде мая проявления ринита незначительные.

Перенесенные заболевания: с 2-х лет, после начала посещения ДДУ, частые ОРИ. Дважды бронхиты с проявлениями бронхообструкции. Последние 2 года болеет ОРИ 2-3 раза в год. Последний прием антибиотиков два месяца назад.

Жалобы на слабость, отсутствие аппетита, непродуктивный кашель, повышение температуры до 39,4°C. Болеет 5-й день. В первые дни отмечалось повышение температуры до 37,5°C (нормализовалась на 3-й день), небольшой ринит. К врачу не обращались, лечились дома самостоятельно симптоматически.

При осмотре: температура 39,4°C. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, умеренно влажные. Носовое дыхание несколько затруднено, отделяемое скудное, слизистое. Перкуторно над легкими притупление звука справа в нижних отделах, там же ослабление дыхания, крепитация. ЧД 30 в мин, ЧСС – 100 в мин., тоны ясные, ритмичные.

На рентгенограмме органов грудной клетки - инфильтративные тени определяются в нижней доле правого легкого. Легочный рисунок обогащен с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,49 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 133 г/л, ЦП – 1, лейкоциты – $15 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 70%, лимфоциты – 16%, эозинофилы – 1%, тромбоциты – $224 \times 10^9/л$, базофилы - 1%, моноциты - 4%, СОЭ – 17 мм/ час.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте окончательный диагноз.
2. С чем в первую очередь необходимо дифференцировать данный диагноз?

Острый бронхиолит, обструктивный бронхит.

3. Определите терапевтическую тактику.

Ответы к задаче №7:

1. Внебольничная пневмония, правосторонняя, нижнедолевая (ухудшение на фоне ОРИ, повторная волна лихорадки, одышка, притупление перкуторного звука, крепитация). Аллергический ринит, неутонченный, ремиссия.
2. Острый бронхиолит, обструктивный бронхит
3. Антибиотики (амоксциллин). Жаропонижающие (парацетамол, ибупрофен). Обильное питье, муколитики по показаниям.

Задача № 8

На приеме впервые мама с ребенком 6 месяцев.

Жалобы на кашель, затрудненное дыхание, температура субфебрильная. Болен 3-й день. Обратились в связи с усилением симптомов и появлением одышки и дистантных хрипов.

Из анамнеза: период новорожденности протекал без особенностей, на искусственном вскармливании с 2 месяцев. Вакцинация – согласно календарю по возрасту, без реакции. До настоящего времени не болел.

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

Объективно: экспираторная одышка, тахипноэ до 68 в минуту, мелкопузырчатые хрипы над всей поверхностью лёгких, сухие свистящие хрипы, вздутие грудной клетки, коробочный оттенок при перкуссии, участие в акте дыхания вспомогательных мышц, втяжение межреберий на вдохе, раздувание крыльев носа, SaO₂ 92%.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен у данного ребенка?

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику данной патологии?
3. Назовите основные лечебные мероприятия у данного больного.

Ответы к задаче №8:

1. Острый бронхолит на фоне острой респираторной инфекции.
2. Пневмония, бронхиальная астма, бронхолегочная дисплазия, острый бронхит.
3. Госпитализация в отделение интенсивной терапии – оксигенотерапия, при тяжелой дыхательной недостаточности необходима ИВЛ, адекватная гидратация – введение жидкости и электролитов, антибиотикотерапия при появлении признаков бактериальных осложнений.

Задача № 9

Девочка 11 лет на приеме у педиатра впервые с жалобами на учащенный до 6 р/д неоформленный стул с примесью крови, слизью, тенезмы, эпизоды ночных дефекаций, повышением температуры до 37,6°C, потеря массы тела на 5 кг за последние 4 месяца.

Из анамнеза: в течение последних 6 мес. учащенный до 4-7 р/сутки неоформленный стул, периодически с прожилками крови. Исключено течение кишечных инфекций. Потеря массы тела на 5кг за последние 4 месяца. Ухудшение состояния в последний месяц с вышеописанными жалобами. Контакт с инфекционными больными отрицает.

Наследственный анамнез отягощен по аутоиммунному тиреоидиту (мать), болезни Крона (дедушка по материнской линии).

Объективно: температура 37,4°C. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки розовая, влажная, язык обложен густым белым налетом. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 21 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 92 ударов в минуту. Живот мягкий, умеренно вздут, доступен глубокой пальпации. Пальпация живота болезненна по ходу толстой кишки на протяжении (больше слева). Нижний край печени + 0,5см по правой среднеключичной линии, селезенка не пальпируется. Стул кашицеобразный, 6 р/сутки с примесью крови в конце в виде прожилок и сгустков. Дизурии нет. Симптом поколачивания отрицателен с двух сторон.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 106 г/л, тромбоциты $467 \times 10^9/л$, лейкоциты – $12,6 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 7%, сегментоядерные – 65%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 20%, моноциты – 5%, СОЭ – 37 мм/ час.

Биохимический анализ крови: Общий белок 75,6 г/л, АСТ 31 Ед\л, АЛТ 25 Ед/л, ЩФ 152 Ед/л, амилаза 25 Ед/л, билирубин общий 15,3 мкмоль/л, сыв.железо 3.5 мкмоль/л, ферритин 23 мкмоль/л.

Копрограмма: йодофильная флора+/-, крахмал+, мышечные волокна ++, лейкоциты 3-6 в п/зр, эритроциты 5-10 в п/зр, эпителий++. Бактериологическое исследование кала – роста патогенных бактерий не обнаружено. Токсины Clostridium difficile типа А, В не обнаружены.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Составьте план лечения данного ребенка.

Ответы к задаче №9:

1. Язвенный колит, средней тяжести, обострение.

На основании анамнеза (длительная персистирующая (более 4 мес.) диарея с кровью после исключения инфекционных причин, также дополнительно лихорадка, потеря массы тела), данных физикального осмотра (бледность кожи, слизистых, обложенность языка, болезненность при пальпации по ходу толстой кишки), лабораторно (воспалительный и анемический синдром в ОАК, БХАК, синдром дистального колита по данным копрограммы, исключение инфекций по данным бактериологического исследования кала, клостридиального колита).

2. Фекальный кальпротектин. Фекальный кальпротектин выше 250 мкг/г подозрителен по ВЗК, является показанием к колоноскопии (например: фекальный кальпротектин 783 мкг/г (0-50 мкг/г).

Илеоколоноскопия с лестничной биопсией слизистой оболочки кишки. Илеоколоноскопия (с лестничной биопсией слизистой оболочки толстой кишки) является обязательной для подтверждения диагноза (например: поверхностные сливающиеся эрозии-язвы, покрытые фибрином, слизистой оболочки прямой, сигмовидной, нисходящей толстой кишки, контактная кровоточивость и потеря сосудистого рисунка (левосторонний язвенный колит). Морфологическое исследование биоптатов слизистой оболочки прямой, сигмовидной, нисходящей кишки: деформация крипт, множественные криптиты, единичные крипт-абсцессы, полиморфноклеточная инфильтрация собственной пластинки.)

3. Показано назначение препаратов месалазина (50-70 мг/кг) сочетанно внутрь и ректально длительно, дополнительно энтеральное питание цельнобелковыми формулами. При недостаточном эффекте 1 линии терапии – назначение ГКС внутрь (1 мг/кг по преднизолону) и азатиоприна (2 мг/кг).

Задача № 10

Девочка 12 лет, больна 1,5 года. 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.

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.

Объективно: рост 148 см, масса 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный «дефанс» и болезненность в эпигастрии и пилорoduodenальной области, также болезненность в точке Дежардена и Мейо-Робсона. Печень не увеличена. Стул регулярный, оформленный. По другим органам без патологии.

Общий анализ крови: Нб - 128 г/л, ЦП - 0,91, Эр - $4,2 \times 10^{12}$; Лейк - $7,2 \times 10^9$; п/я - 3%, с/я - 51%, э - 3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час.

ЭГДС: Слизистая оболочка пищевода бледно-розовая. В теле и астральном отделе очаговая гиперемия. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки гиперемирована, отечна. По передней стенке средней трети определяется щелевидная язва с ровными краями и неглубоким дном, заполненным фибрином. Размеры дефекта 0,3х0,6см. Быстрый уреазный тест: положительный (2 мин).

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите основные методы и способы диагностики хеликобактерной инфекции.
3. Составьте план лечения, данного ребенка. Предложите схему современного лечения данного заболевания.

Ответы к задаче №10:

1. Диагноз и его обоснование: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *H. pylori*, «свежая язва», размером 0,8х0,6см, впервые выявленная. Сопутствующий.: 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*0,6см, округлой формы с гиперемизованным валиком, с покрытым фибрином дном, а также наличие слизи, очаговой гиперемии, гиперплазии в желудке; Результаты 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. Тесты диагностики *H. pylori* (неинвазивные и инвазивные).

Неинвазивные: Дыхательный тест - определение в выдыхаемом больным воздухе изотопов ^{14}C или ^{13}C , 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. Диета. Эрадикационная терапия: ингибиторы протонной помпы (омепразол) + антибактериальная терапия (амоксциллин+кларитромицин) – курс 14 дней. Далее ИПП до 1 месяца. Антациды (альмагель, маалокс, фосфалюгель по требованию. Через 30-40 дней контроль эрадикационной терапии. Контрольная ЭФГДС.

Диспансерное наблюдение. Наблюдение гастроэнтерологом по месту жительства. Ежегодно -2 раза в год-осень-весна противорецидивная терапия –по 2 недели амбулаторно (ИПП или Антациды, регуляторы моторики), тест на детекцию хеликобактера.

Задача 11

Девочке 7 лет, больна в течение 5 лет. Дебют заболевания – с моноартрита правого коленного сустава, после травмы. С момента начала болезни наблюдалась и лечилась (НПВП, антибактериальная терапия) по поводу реактивного артрита ревматологом в

течение одного года, в дальнейшем диспансерное наблюдение не проводилось. Год назад девочка и родители обратили внимание на значительное снижение остроты зрения (вплоть до светоощущения на правый глаз). Обследована в НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, диагноз: острый увеит, осложненная зрелая катаракта правого глаза. Направлена на углубленное обследование в больницу.

При поступлении: инвалидизация по органу зрения; суставной синдром представлен моноартритом правого коленного сустава (стабильная контрактура под углом 170^0) с преобладанием пролиферативного компонента. Гуморальная и иммунологическая активности не выражены. Рентгенологические изменения в пораженном суставе соответствуют II стадии по Штейнброккеру.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Что определяет прогноз заболевания в данном случае?
3. Каких положений необходимо придерживаться при назначении базисной терапии при этой форме заболевания?

Ответы к задаче №11:

1. Диагноз: Юношеский идиопатический артрит, суставная форма, олигоартикулярный вариант.
2. Течение артрита при данной форме болезни чаще всего бывает доброкачественным. Ведущим фактором, определяющим злокачественное течение заболевания, является нарастающая инвалидизация по органу зрения.
3. При назначении базисной терапии необходимо учесть:
раннее и адекватное назначение иммуносупрессивной терапии позволят приостановить активный аутоиммунный процесс, добиться клинико-лабораторной ремиссии, в т.ч. со стороны органа зрения;
ремиссия заболевания, и в первую очередь увеита, даст возможность провести оперативное лечение катаракты и частично вернуть зрение девочке;
тактика ведения заключается в назначении иммуносупрессивной терапии метотрексатом среди генно-инженерных биологических препаратов, которые назначаются при неэффективности терапии метотрексатом а при данной форме заболевания является адалимумаб.

Задача № 12

Девочка 13 лет обратилась к педиатру с жалобами на субфебрильную температуру, боли в суставах кистей, локтевых и коленных суставах, высыпания на лице.

Высыпания на лице впервые появились впервые в начале мая этого года, после пребывания на даче. Обратилась к педиатру по м\ж, высыпания были расценены как проявления атопического дерматита. Принимала антигистаминные препараты, место - кремы с глюкокортикоидами. Высыпания стали менее яркими, но полностью не исчезли. В июне отдыхала на черноморском побережье, где появились боли в суставах, что связывали с физической нагрузкой (активно плавала). Жаловалась, что очень устает. В июле стали отмечаться подъемы температуры до $37,5-37,8^0\text{C}$. Appetit снижен, похудела на 3 кг.

Из анамнеза: Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственность отягощена по аутоиммунной патологии щитовидной железы (у матери и бабушки). Привита по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

Объективно: температура тела 37,4⁰С. Кожные покровы бледно-розовые, на коже лица в области переноса, на щеках с распространением на скуловую область яркие эритематозные высыпания. Волосы сухие, ломкие, со слов девочки интенсивно выпадают. На слизистой оболочке полости рта на внутренней поверхности нижней губы единичная афта. Лимфоузлы шейной, подмышечной и паховой групп множественные, размером до 1,5 см, мягко-эластической консистенции, безболезненные. Отмечается умеренно выраженная веретенообразная деформация проксимальных межфаланговых суставов пальцев рук, сгибание в этих суставах ограничено. Коленные и локтевые суставы визуально не изменены, движения в них болезненны. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в мин. Сердце – тоны несколько приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС – 84 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см. Селезенка не пальпируется. Стул и диурез без особенностей.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 118 г/л, лейкоциты – $3,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 69%, лимфоциты – 19 %, эозинофилы – 2%, моноциты – 8%, базофилы - 1%, СОЭ – 36 мм/ час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, относительная плотность – 1018, белок – 0,85 г/л, лейкоциты – 15-20 в п/з, эритроциты – 30-40 в п/з, цилиндры зернистые – единичные.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией. Составьте план лечения данного ребенка.

Ответы к задаче №12:

1. Системная красная волчанка, подострое течение, эритематозные высыпания на лице в форме «бабочки», фоточувствительность, алоpecia афтозный стоматит, полиартрит, лейкопения, лимфопения, нефрит.

Клинико-лабораторные проявления, являющиеся диагностическими критериями системной красной волчанки, у девочки следующие: эритематозные высыпания на лице в форме «бабочки», фоточувствительность, алоpecia афтозный стоматит, полиартрит, лейкопения, лимфопения, нефрит. Наличие 4 и более критериев позволяет поставить достоверный диагноз.

2. Необходимо провести комплексное обследование для оценки состояния внутренних органов и ЦНС и определения органного повреждения. Для подтверждения диагноза следует провести иммунологическое обследование: определить в сыворотке антинуклеарные антитела (АНА), АТ к ДНК, АТ к Sm-антигену, АТ к SSA/Ro и SSB/La антигенам, уровень C3 и C4 компонентов комплемента, уровни IgA, IgM, IgG. Провести электрофорез белков (характерна гипергаммаглобулинемия).

3. Все больные системной красной волчанкой в активном периоде нуждаются в госпитализации.

Лечение:

- Глюкокортикоиды - преднизолон (метилпреднизолон) в стартовой дозе 1 мг/кг массы тела в сутки в течение 4-6 недель в зависимости от динамики состояния девочки.
- Микофенолата мофетил перорально из расчета 600 мг/м² 2 раза в сутки длительно
- По показаниям прямые антикоагулянты (нефракционированный гепарин или низкомолекулярные гепарины)

- Гидроксихлорохин из расчета 5-6- мг/кг в сутки однократно вечером
- Холекальциферол и препараты кальция

Задача № 13

Участковый педиатр вызван на дом к мальчику (возраст 2,5 года) по поводу лихорадки 39,7°C, выраженного беспокойства, снижения аппетита. Данные симптомы появились 4 дня назад. Участковым педиатром был выставлен диагноз: грипп; назначены обильное питьё, жаропонижающие препараты. День назад на коже туловища появилась пятнистая сыпь, которая была расценена как аллергическая реакция на антипиретики. Сегодня до прихода врача у пациента был дважды разжиженный стул.

При осмотре: состояние расценено как тяжёлое за счёт лихорадки, интоксикации. Плачет, на осмотр реагирует негативно. Менингеальные знаки отрицательны. На коже груди, спины - крупнопятнистая сыпь. На стопах со стороны подошв – небольшая отёчность ярко-розового цвета. Губы гиперемизированные, яркие, сухие. При пальпации левой переднешейной области обнаружен увеличенный до 2 см тонзиллярный лимфоузел. Язык покрыт сероватым налётом. В зеве – незначительная гиперемия задней стенки глотки. Носовое дыхание свободно. На склерах обоих глаз – расширенные капилляры, что родители объясняли почти постоянным плачем мальчика. Со стороны сердца – границы в пределах возрастной нормы, тоны ритмичные, значительно приглушены, ЧСС 160 в 1 мин. В лёгких жёсткое дыхание, прослушивается по всем полям. Живот несколько вздут, но доступен пальпации. Печень выступает на 2 см из-под рёберной дуги, селезёнка не пальпируется.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите тактику врача, учитывая, что ребёнок находится в квартире. Где должен пациент проходить обследование и лечение? Какие обследования необходимы мальчику для подтверждения диагноза?
3. Какая терапия с большой вероятностью предотвращает осложнения заболевания? Каково возможное осложнение данной патологии?

Ответы к задаче №13:

1. Наиболее вероятна болезнь Kawasaki (слизисто-кожно-лимфодулярный синдром), на что указывают: фебрильная лихорадка, сочетание неспецифической кожной сыпи, «розового отёка» стоп с хейлитом, «инъекциями» склер, увеличением тонзиллярного лимфоузла при отсутствии патологии со стороны миндалин. Также необходимо исключить острую кишечную инфекцию, учитывая эпизод разжиженного стула.
2. Требуется немедленная госпитализация в инфекционный стационар, в бокс. В план обследования включить ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови с определением, в том числе, печёночных проб, СРБ, прокальцитонина; инструментальные исследования: эхокардиография, ЭКГ, рентгенография грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости. По возможности, необходимо

провести доплеровское исследование коронарных артерий сердца. После исключения кишечной инфекции – перевод в соматический стационар.

3. Возможное осложнение заболевания - образование аневризм коронарных артерий, вероятность которых уменьшает внутривенное введение иммуноглобулина в сочетании с ацетилсалициловой кислотой в высокой дозе не позднее 10 дня болезни.

Задача № 14

Ребенок 7,5 месяцев, от матери 35 лет. От II беременности (I беременность – дочь, 2 года, здорова), протекавшей физиологически, срочных роды, в сентябре. Масса тела при рождении 3400 г, длина тела 50 см. На грудном вскармливании находился в течение первого месяца, затем переведен на искусственное вскармливание адаптированной молочной смесью. Прикорм введен в 5,5 мес.: первый - овощные пюре, второй - каша. В анамнезе у ребёнка с 3 месяцев жизни мать отмечает повышенную потливость, вздрагивание во сне.

При осмотре: масса тела 9,5 кг, длина 72 см. Самостоятельно не сидит. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки розовые, в области шейных и подмышечных складок - опрелости. Отмечается облысение и уплощение затылка, выражены теменные бугры. Большой родничок 1х1 см. Грудная клетка уплощена в передне-заднем направлении. Нижняя апертура грудной клетки развернута, отмечается «гаррисонова борозда». Мышечный тонус снижен. В легких при аускультации дыхание проводится во все отделы, пуэрильное, хрипов нет, ЧД - 32 в 1 мин. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС - 128 уд. в 1 мин. Печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги, край эластичный. Селезенка не пальпируется. Стул 1-2 раза в день, мочеиспускание не нарушено.

Клинический анализ крови: Hb – 120 г/л, эр. – $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $8,1 \times 10^9 /л$, п/я – 1%, с/я – 32%, э. – 2%, л. – 59%, м. – 6%, СОЭ – 5 мм/час.

Общий анализ мочи: белок – отсутствует, эпителий – нет, лейкоциты – 2-3 в п. зр., эритроциты – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, общий кальций – 2,2 ммоль/л, кальций иониз. – 0,9 ммоль/л, фосфор – 1,1 ммоль/л, ЩФ – 1020 Ед/л (норма до 350 Ед/л).

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Укажите причины заболевания. Какие факторы способствовали его развитию?
3. Назначьте лечение. Дайте рекомендации по питанию.

Ответы к задаче №14:

1. Диагноз: рахит, период разгара, II степень тяжести, подострое течение (данные анамнеза, потливость, повышенная возбудимость, мышечная гипотония, костные деформации, лабораторные данные - снижение уровня ионизированного Ca, P, повышение уровня ЩФ).
2. Вероятный дефицит витамина Д. Факторы, способствовавшие развитию заболевания - отсутствие специфической профилактики рахита (назначение витамина Дз, ранний перевод на искусственное вскармливание, рождение в осенний период, избыточная масса тела, высокие темпы физического развития).
3. Немедикаментозная терапия:
 - режим дня с достаточной инсоляцией (ежедневная прогулка не менее 1 часа);
 - рациональное питание (введение в рацион творога, яичного желтка, мясных продуктов);
 - массаж, лечебная физкультура

Медикаментозная терапия:

Водный или масляный раствор витамина Д (холекальциферол) 2500МЕ/сут в течение 45 дней с последующим переходом на профилактическую дозу 1000 МЕ/сут.

Задача № 15

Девочка 7 лет обратилась с жалобами на слабость, вялость, эпизод ночного энуреза.

Из анамнеза: отмечает снижение массы тела в течение предшествующих 3 месяцев на 3 кг. Аллергологический, наследственный анамнез не отягощены. Привита по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Посещает первый класс общеобразовательной школы.

Объективно: рост 125 см, вес 17 кг, кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые, суховаты. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки розовая, влажная, язык у корня обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 100 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, умеренно болезненный в околопупочной области. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Мочеиспускание не нарушено, моча светлая, прозрачная.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 128 г/л, лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 57%, лимфоциты – 33%, моноциты – 6%, СОЭ – 10 мм/ час.

Общий анализ мочи: цвет – желтый, прозрачность – прозрачная, относительная плотность – 1020 г/л, белок – не обнаружен, глюкоза ++, кетоновые тела ++, лейкоциты – единичные в поле зрения, эритроциты – единичные в поле зрения, свежие, слизь – отсутствует, соли – оксалаты, небольшое количество, бактерии – не обнаружено.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией. Составьте план лечения данного ребенка.

Ответы к задаче №15:

1. Сахарный диабет 1 типа (слабость, вялость, снижение массы тела, эпизод энуреза как проявление полиурии, глюкозурия, ацетонурия, боли в животе).
2. Глюкоза в крови и КЩС по cito! Ожидаем гипергликемию выше 12 ммоль/л (глюкозурия развивается при гипергликемии выше «почечного порога»), возможен кетоацидоз.
3. Впервые выявленный сахарный диабет 1 типа у детей – показание для госпитализации. План лечения зависит от наличия/отсутствия кетоацидоза. Сначала – инфузионная терапия (регидратация, нормализация электролитов, постепенное снижение гликемии), затем переход на подкожное введение инсулина, подбор индивидуальных доз инсулина, обучение пациента и его родителей в Школе диабета.

Задача № 16

Девочка в возрасте 5-ти суток жизни находится в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей (ОПНиНД).

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 32 лет, от 3-ей беременности (1-ая – медицинский аборт, 2-ая – выкидыш на 8-ой неделе гестации), протекавшей патологически (угроза прерывания на ранних сроках, обострение хронического пиелонефрита на сроке 13 недель, антибактериальная терапия в стационаре, анемия, обострение генитального герпеса на 29 неделе беременности). Роды на сроке 37,5 недель из-за преждевременного излития мутных околоплодных вод. Масса тела при рождении 2700 г, длина 52 см. Закричала сразу, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Через 7 часов после рождения состояние с отрицательной динамикой: тахипноэ, одышка с втяжением межреберных промежутков, яремной ямки, периоральный цианоз. Переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии. На 2-ые сутки жизни: кожные покровы желтушно окрашены, с редкими элементами петехиальной сыпи, в легких ослабленное дыхание, слева выслушивается хуже, тоны сердца достаточной звучности, ритмичные, живот мягкий, печень +1,5 см, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание, стул – не нарушены.

В общем анализе крови: эритроциты $4,4 \times 10^{12}/л$, Нв 144 г/л, тромбоциты $127 \times 10^9/л$, лейкоциты $13,6 \times 10^9/л$, п/я 1%, с/я 45%, лимфоциты 40%. СРБ 17 мг/л.

На рентгенограмме грудной клетки – затемнение в проекции верхней доли левого легкого.

На 3-и сутки жизни отмечались судороги в виде тонического напряжения конечностей, фибрилляции языка, закатывания глазных яблок. Получает терапию.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз ребенка.
2. Назначьте план дополнительного обследования.
3. Какая терапия показана данному ребенку?

Ответы к задаче №16:

1. Диагноз внутриутробной инфекции (ВУИ), локализованной формы (внутриутробная пневмония) основан на анализе анамнеза матери (отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, хроническая мочевого инфекция, угроза прерывания на ранних сроках, обострение генитального герпеса на 29 неделе беременности). Также характерны для ВУИ мутные околоплодные воды, задержка внутриутробного развития плода (несоответствие длины весу при рождении), ухудшение состояния через несколько часов от рождения. В клинической картине характерны неврологические симптомы (в рамках перинатального поражения ЦНС, в том числе инфекционной природы), картина левосторонней пневмонии, небольшой геморрагический синдром. При обследовании – небольшое снижение тромбоцитов, анемия (характерно для детей с ВУИ), повышенный СРБ.
2. В план обследования нужно включить серологическое исследование крови ребенка и матери на антитела к наиболее этиологически значимым для ВУИ вирусам, исследование методом ПЦР ребенка на данные вирусы. Также показана нейросонография, осмотр невролога.

3. В комплекс лечебных мероприятий входят: респираторная поддержка (неинвазивная или ИВЛ в зависимости от состояния), коррекция метаболических нарушений, внутривенные иммуноглобулины по показаниям, антибактериальная терапия. Т.к. у ребенка наблюдался судорожный синдром, показано применение противосудорожных препаратов.

Задача № 17

Новорождённая девочка переведена из отделения реанимации новорождённых отделение патологии новорождённых и недоношенных детей (ОПНИД) на 5 день жизни. Матери 39 лет, данная беременность 2-ая, дихориальной диамниотической двойней, наступила в результате 4-ой попытки ЭКО). Беременность протекала на фоне угрозы прерывания на всем протяжении, артериальной гипертензии, анемии. Роды на 36-37 неделе гестации (кесарево сечение по поводу преждевременного разрыва плодных оболочек). Околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. Состояние после рождения расценивалось как очень тяжелое за счет синдрома угнетения ЦНС, в связи с чем была переведена в отделение реанимации новорожденных. На 2-ые сутки жизни отмечались два эпизода неонатальных судорог. Получала интенсивную терапию.

При осмотре в ОПНИД состояние средней тяжести. Двигательная активность снижена, диффузная мышечная гипотония, врожденные безусловные рефлексы вызываются неустойчиво, быстро истощаются. Большой родничок 1,5 x 1,5 см, не напряжен. Преходящий нистагм, симптом Грефе. Кожа чистая, иктерична, выражен «мраморный» рисунок. Дистальный гипергидроз. Отеков нет. Умеренный периорбитальный и периоральный цианоз. Подкожно-жировой слой и тургор мягких тканей снижены. Пупочная ранка сухая. Частота дыхания - 44 в мин. Носовое дыхание свободное. Дыхание проводится по всем легочным полям, аускультативно равномерно ослаблено, хрипов нет. ЧСС - 148 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень на + 1,5 см ниже края реберной дуги справа. Селезёнка не пальпируется. Наружные половые органы сформированы правильно по женскому типу. Стула при осмотре нет. Моча светлая.

По результатам нейросонографии: эхопризнаки гипоксически-ишемических изменений головного мозга на фоне незрелости.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите основные принципы терапии пациента на настоящий момент.
3. Укажите прогноз заболевания.

Ответы к задаче №17:

1. Основной диагноз: Перинатальное поражение нервной системы гипоксически-ишемического генеза. Синдром угнетения ЦНС. Синдром вегето-висцеральных нарушений. Диагноз установлен на основании отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза матери, перинатального анамнеза, данных объективного осмотра (низкая двигательная активность, неустойчивость рефлексов, умеренный периорбитальный и периоральный цианоз, мраморность кожи, дистальный гипергидроз), данных нейросонографии: эхопризнаки гипоксически-ишемических изменений головного мозга на фоне незрелости.

2. Объем терапии определяется индивидуально.

Общими принципами являются:

на первом этапе терапии – устранение гипоксии и ее последствий;

поддержание адекватной перфузии мозга путем профилактики системной гипо- и гипертензии, полицитемии, повышенной вязкости крови, гиперволемии;

охранительный режим (профилактика охлаждения, перегревания, инфицирования, ограничение травмирующих влияний внешней среды);

систематическая доставка к мозгу энергии в виде глюкозы;

коррекция метаболических нарушений (ацидоз, гипогликемия, гипокальциемия и т.д.);

профилактика геморрагических осложнений (введение витамина К);

противосудорожная терапия по показаниям.

3. При своевременно проведенной адекватной терапии – выздоровление, но вероятны отдаленные последствия ППЦНС в виде задержек психоречевого и моторного развития.

Задача № 18

Ребёнок от V беременности (I беременность – срочные роды, девочка, 3000г, 50см; II беременность – медицинский аборт на сроке 10 недель; III – неразвивающаяся беременность на сроке 8 недель; IV – антенатальная гибель плода на сроке 29 недель (гемолитическая болезнь плода, отечная форма). Анти-резус иммуноглобулин никогда не вводился. Течение настоящей беременности: угроза прерывания в 10 и 16 недель, II триместр - нарастание титра антирезусных антител. Роды: IV роды путем операции кесарева сечения на сроке 28 недель. При рождении: масса тела - 1490 г, длина - 39 см. Оценка по шкале Апгар: 1/3/6 баллов. Группа крови матери: O(I), Rh - отрицательный. Группа крови ребенка: O (I), Rh + положительный.

Сразу после рождения состояние ребенка тяжелое. Мышечный тонус и рефлексы резко снижены. Большой родничок 2,0х2,0 см, мягкий, стреловидный шов не сомкнут. Кожа бледная с цианотичным оттенком, обильно покрыта пушковыми волосами, выражена «мраморность». Лицо, конечности отёчны. Склеры иктеричные. ЧД 68 в мин. Дыхание аритмичное, резко ослабленное. Втяжение межреберий на вдохе. ЧСС 167 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке. Живот при пальпации мягкий. Печень +3,5 см, селезенка +1,0 см из-под края рёберной дуги. Яички в мошонке не пальпируются.

В общем анализе крови в первые сутки жизни: гемоглобин - 32 г/л, эритроциты – $0,65 \times 10^{12}/л$, гематокрит - 10,46%, тромбоциты – $94 \times 10^9/л$, лейкоциты – $12,3 \times 10^9/л$.

Общий анализ мочи без патологических изменений. В биохимическом анализе крови: общий белок - 29,4 г/л, билирубин общий - 76,6 мкмоль/л, билирубин прямой - 5,5 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Укажите необходимые дополнительные методы обследования и их цели в данном случае.
3. Определите лечебную тактику ведения пациента.

Ответы к задаче №18:

1. Диагноз: гемолитическая болезнь новорожденных по Rh-фактору, отечная форма, тяжёлое течение; очень низкая масса тела при рождении; недоношенность 28 недель, поставлен на основании:

- данных о резусной принадлежности матери и ребёнка;
- анамнестических данных, указывающих на антенатальную гибель плода, начиная со второй беременности матери, а также нарастания титра антирезусных антител в ходе II триместра настоящей беременности;
- появления желтухи в первые 24 ч после рождения;
- клинических и лабораторных признаков отёчной формы гемолитической болезни плода: отёки подкожной жировой клетчатки, бледность кожи, гипотония, гипорефлексия, гепатоспленомегалия, тяжёлая анемия, тромбоцитопения, гипопроteinемия, общий билирубин повышен за счёт непрямой фракции, относительная доля прямой фракции составляет менее 20%;
- клинических признаков недоношенности: очень низкая масса тела при рождении, обильный рост пушковых волос, яички не опущены в мошонку;
- показателя массы тела при рождении;
- срока гестации, на котором произошло родоразрешение.

2. Целесообразно проведение:

- реакции Кумбса с целью подтверждения гемолитической болезни новорождённых;
- консультация окулиста в связи с целью исключения развития ретинопатии недоношенных;
- нейросонография с целью исключения кровоизлияний в структуры головного мозга у недоношенного ребенка от матери с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом.

3. В первые сутки жизни целесообразно проведение:

- заменного переливания крови, учитывая тяжёлую степень анемии (Hb 32 г/л, эритроциты – $0,65 \times 10^{12}/л$), а также недоношенность и патологическое течение беременности как факторы риска развития билирубиновой энцефалопатии;
- фототерапии с целью ускорения конъюгации непрямого билирубина;
- введение матери антирезус-иммуноглобулина.

Задача № 19

В стационар поступил мальчик 8 лет с жалобами на снижение аппетита, головную боль, отечность век, изменение цвета мочи.

Две недели назад ребенок перенес острый тонзиллофарингит. Лечился амбулаторно, получал амоксициллин в течение пяти дней и симптоматическую терапию. На фоне проведенного лечения отмечалось улучшение состояния. Накануне госпитализации у ребенка появились отечность век, стал реже мочиться, моча приобрела красный цвет, напоминающий мясные помои.

Анамнез жизни: Ребенок от 2-й нормально протекавшей беременности. Роды в срок. Масса при рождении 3000г, длина 50 см. Раннее развитие без особенностей. На грудном вскармливании находился до 6 месяцев. Вакцинирован в соответствии с Национальным календарем прививок. Аллергоанамнез: крапивница на употребление мёда. Наследственность здоровая.

При осмотре жалуется на головную боль. Выявлены одутловатость лица, отеки век, голеней. Кожные покровы бледные, чистые. Артериальное давление – 135/85 мм рт. ст. Отмечается приглушенность тонов сердца, ЧСС – 88 уд/мин. Живот при пальпации мягкий. Печень, селезенка не пальпируются. За сутки выделил 700 мл мочи.

Общий анализ крови: Hb – 126 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$, тромбоциты – $300 \times 10^9/л$, лейкоциты – $12,1 \times 10^9/л$, п/я – 3%, с/я – 64%, эозинофилы – 4%, базофилы – 3%, лимфоциты – 21%, моноциты – 5%, СОЭ (по Панченкову) – 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет красный, прозрачность – мутная, реакция щелочная, плотность мочи 1,024, белок – 0,5 г/л, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты сплошь покрывают все поле зрения, эритроцитарные цилиндры – 6-7 в поле зрения.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести? Возможные осложнения заболевания.
3. Определите лечебную тактику.

Ответы к задаче №19:

1. Предварительный диагноз: Острый постстрептококковый гломерулонефрит.

Обоснование:

- ребенок заболел через две недели после перенесенной стрептококковой инфекции;
- клиническая картина – остронефритический синдром: отеки, макрогематурия, артериальная гипертензия, олигурия;
- лабораторные данные: моча цвета мясных помоев, протеинурия, эритроциты – сплошь все поле зрения, эритроцитарные цилиндры.

2. Исследования:

- биохимическое исследование крови с определением уровней общего белка, альбуминов, глобулинов, креатинина, мочевины, калия;
- иммунологическое исследование крови: общая гемолитическая активность комплемента, С3-, С4-компоненты;
- определение уровней АТ к Аг стрептококка (АСЛ-О, анти-ДНКазы В и др.);
- проба Реберга для определения СКФ (при невозможности проведения – расчет СКФ по формуле Шварца);
- мазок из зева для бактериологического исследования.

Возможные осложнения: гипертензионная энцефалопатия, острое повреждение почек, острая сердечно-сосудистая недостаточность; исходом заболевания может быть быстро прогрессирующий гломерулонефрит.

3. Лечебная тактика:

- госпитализация,
- постельный режим,
- диета с ограничением жидкости, натрия хлорида, белка;
- антибактериальная терапия при сохранении активности стрептококковой инфекции к моменту диагностики гломерулонефрита,
- диуретическая терапия (показание – артериальная гипертензия), при отсутствии эффекта – гипотензивные средства (блокаторы медленных кальциевых каналов или бета-блокаторы).

Задача № 20

Участковый педиатр вызван на дом к девочке 10 месяцев. Жалобы: повышение температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, отказ от еды.

Заболела накануне вечером, когда температура тела повысилась до $39,0^{\circ}\text{C}$, девочка стала беспокойной, плохо спит, отказывается от еды. Сегодня дважды отмечалась обильная рвота, при мочеиспускании тужится, кричит. Мать отмечает, что у мочи ребенка появился резкий запах.

Ребенок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания во 2-ом триместре. Родилась на 37 неделе беременности. Масса при рождении 2600г, длина 48см. Перенесенные заболевания: острый ринит неделю назад; последние полтора месяца (после введения прикорма) отмечаются запоры. Аллергоанамнез без особенностей. Наследственность: у матери острый цистит в анамнезе.

При осмотре: Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Носовое дыхание свободное. Зев розовый, миндалины чистые. В легких дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 45 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 124 в минуту. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется, отмечается болезненность (ребенок заплакал) при надавливании пальцем между основанием 12-го ребра и позвоночником. Беспокоится, кричит при мочеиспускании. Сегодня стула не было. Экспресс-исследование мочи с помощью полифункциональной тест-полоски: положительная реакция на лейкоцитарную эстеразу и нитриты.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Тактика ведения пациента.
2. Какое обследование необходимо провести? Критерии диагностики заболевания.
3. План лечения. Критерии эффективности терапии.

Ответы к задаче №20:

1. Предварительный диагноз: Инфекция мочевыводящих путей (ИМВП).

Обоснование:

- выраженные симптомы интоксикации (фебрильная лихорадка, диспепсия), положительный симптом 12-ребра (у маленьких детей эквивалент симптома поколачивания в поясничной области), характерные для острого пиелонефрита;
- дизурические расстройства (ребенок тужится, беспокоится, кричит во время мочеиспускания), что характерно для острого цистита;
- положительная реакция на лейкоцитарную эстеразу (свидетельствует о наличии лейкоцит-урии) и нитриты (свидетельствует о наличии бактериурии).

Тактика ведения пациента

- Госпитализация ребенка.

Показания: дети раннего возраста с острым пиелонефритом и лихорадкой, наличие рвоты и симптомов дегидратации, отсутствие возможности осуществить оральную регидратацию, сепсис.

2. Обследование:

- общий анализ мочи: диагностический критерий ИМВП – лейкоцитурия (нейтрофильная, более 10 в поле зрения или более 25 в 1 мкл мочи);
- микробиологическое исследование мочи: диагностический критерий – бактериурия ≥ 10000 КОЕ/мл при наличии клинических симптомов ИМВП;
- общий анализ крови (на высокую вероятность бактериальной инфекции указывает лейкоцитоз $\geq 15 \times 10^9/\text{л}$);
- биохимический анализ крови - для оценки фильтрационной функции почек;
- ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря в первые 3 суток заболевания;
- ультразвуковое исследование (УЗИ) почек и мочевого пузыря в первые 3 суток;
- исследование уровня прокальцитонина - при подозрении на уросепсис или при необходимости оценки ответа на антибактериальную терапию при тяжелом течении пиелонефрита.

3. План лечения

- Постельный режим, диета, питьевой режим.
- Антибактериальная терапия

Стартовая (эмпирическая) антибиотикотерапия - цефалоспорины 3-го поколения. Использование ингибиторозащищенных аминопенициллинов в стартовой терапии ИМВП возможно при доказанной чувствительности к ним микрофлоры мочи.

В дальнейшем - коррекция терапии соответственно антибиотикограмме.

- Жаропонижающая терапия.
- При необходимости – инфузионная терапия с дезинтоксикационной и регидратационной целью.

Критерии эффективности терапии:

- нормализация температуры тела
- улучшение самочувствия
- исчезновение клинических проявлений заболевания
- положительная динамика лабораторных показателей

Задача № 21

В больницу поступил мальчик 5 лет с жалобами на *отёки на лице, туловище, конечностях*. Заболел накануне, когда появились отёки век. На следующий день отёки распространились на туловище и конечности. Ребенок от первой беременности, в 3 триместре мать перенесла ОРВИ, протекавшую с субфебрильной температурой. Родился на 38 неделе беременности. Масса при рождении 3500г, длина 52 см. На грудном вскармливании находился до 1 года. Перенесенные заболевания: с 3-х лет редкие ОРВИ, в 4г - ветряная оспа. Вакцинирован в соответствии с Национальным календарем прививок. Наследственность: у отца- поллиноз.

Объективно: Кожные покровы бледные, чистые, диффузные отеки. Аппетит удовлетворительный. Вес ребенка 21,6 кг (до болезни – 21кг). Пальпируются тонзиллярные, паховые л/узлы, мелкие, единичные, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипы нет. Границы сердца в норме. Тоны сердца звучные, ритмичные. АД 100/55 мм рт.ст.. Живот увеличен в объеме, печень, селезенка не пальпируются. Почки не пальпируются. С-м поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. За сутки выделил 600 мл мочи.

Общий анализ крови: Нв - 125г/л, эритроциты - $4,7 \times 10^{12}/л$, ЦП-0,95, лейкоциты- $8 \times 10^9/л$, нейтрофилы палочкоядерные-1%, сегментоядерные - 48%, лимфоциты - 41%, эозинофилы - 7%, моноциты - 3%, СОЭ (по Панченкову) – 50 мм/ч.. Общий анализ мочи: цвет желтый, мутная, реакция кислая, плотность мочи 1,028, белок 6,0г/л, лейкоциты 1-2 в п/зр., эритроциты 0-1 в п/зр., бактерии-нет. Биохимический анализ крови: общий белок – 54г/л (N= 62-82), альбумин 24г/л (N= 37-55), глобулины $\alpha 1-2,3$ г/л (N=2,0-4,6), $\alpha 2-8,0$ г/л (N=7,0-13,0), $\beta-5,4$ г/л (N=4,8-8,5), $\gamma-6,7$ г/л (N=5,2-10,2), креатинин-45 ммоль/л (N=35-110), мочевины – 4,6ммоль/л (N=4,3-7,3), калий-3,8 ммоль/л (N=3,6-5,1), холестерин - 15,6ммоль/л (N=3,8-6,4ммоль/л). Скорость клубочковой фильтрации (по формуле Шварца)-110 мл/мин/1,73м².

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Наиболее вероятная причина развившегося у ребенка клинического синдрома. Какие исследования необходимо провести?
3. Тактика лечения.

Ответы к задаче №21:

1. Предварительный диагноз: Идиопатический нефротический синдром.

Обоснование:

Нефротический синдром (НС) - это клинико-лабораторный симптомокомплекс, включающий отеки (часто прогрессирующие до анасарки), протеинурию ≥ 50 мг/кг/сут (или > 40 мг/м²/час), гипоальбуминемию (< 25 г/л), диспротеинемию, гиперлипидемию. Данные изменения возникли внезапно, без установленной причины.

2. Самой частой причиной (80-90%) развития идиопатического НС у детей в возрасте от 1 года до 10 лет является болезнь минимальных изменений. Для последней характерны:

- внезапное развитие НС,
- генерализованные отеки, часто прогрессирующие до анасарки,
- протеинурия массивная (может достигать 20-30 г в сутки и более), высокоселективная (альбуминурия),
- «чистый НС» (т.е. нет артериальной гипертензии, нет изменений мочевого осадка),
- резкое ускорение СОЭ,
- уровни креатинина, мочевины, калия – нормальные,
- общая гемолитическая активность и С3-фракция комплемента – нормальные.

Исследования, которые необходимо провести:

- определение суточной экскреции белка,
- иммунологическое исследование крови: общая гемолитическая активность, С3-фракция комплемента,
- УЗИ почек, сердца, брюшной полости.

3. Тактика лечения

- Постельный режим
- Диета гипохлоридная или бессолевой стол
- Дозирование объема выпитой жидкости в зависимости от диуреза накануне
- Стандартное лечение первого эпизода БМИ (Клинические рекомендации KDIGO, научного общества нефрологов России) - кортикостероидная терапия по схеме: преднизолон в дозе 60 мг/м² поверхности тела или 2 мг/кг (максимально 60 мг/сутки) перорально в течение 4–6 недель. К этому времени у большинства детей наступает полная или частичная ремиссия - стероидочувствительный НС (в 90%). Затем суточную дозу постепенно снижают до 40 мг/м² на 4-6 недель, далее до полной отмены. Общая длительность терапии кортикостероидами должна составлять 4-5 мес.
- Диуретические препараты - петлевые диуретики (фуросемид, торасемид и др.).

Задача № 22

Мальчик 6 лет поступил в больницу с жалобами на боли в животе, сыпь на коже, боли в коленных и голеностопных суставах.

Ребёнок от второй нормально протекавшей беременности, вторых срочных родов. Развивался соответственно возрасту. Привит в соответствии с Национальным календарём прививок РФ. Перенесенные заболевания: ОРВИ - 2-3 раза в год, в 4 и 5 лет – фолликулярная ангина, в 6 лет диагностирован хронический тонзиллит.

Заболел 2 дня назад, когда повысилась температура тела до 37,5°C, появились слабость, пятнисто-папулезная геморрагическая сыпь на голеньях, стопах, схваткообразные

боли в животе, боли в коленных и голеностопных суставах. В дальнейшем сыпь распространилась на бедра, единичные новые элементы сыпи появились на ягодицах и верхних конечностях. За 10 дней до настоящего заболевания перенес обострение хронического тонзиллита.

При осмотре: Температура тела 37.3°C. На верхних и нижних конечностях (больше вокруг голеностопных и коленных суставов), туловище, ягодицах геморрагическая пятнистая сыпь, единичные петехии, некоторые геморрагические пятна сливаются между собой, новые элементы сыпи возвышаются над поверхностью кожи, пальпируются, на месте угасающих геморрагических элементов сыпи появляется пигментация кожи. Голеностопные, коленные суставы внешне не изменены, движения в них полном объеме. Зев розовый, миндалины чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Носовое дыхание свободное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98 уд.в мин. Живот мягкий, отмечается умеренная болезненность при пальпации без четкой локализации. Печень, селезенка не пальпируются.

Клинический анализ крови: Hb – 130 г/л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}$ /л, ЦП-0,93, лейкоциты – $12,3 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 380×10^9 /л, нейтрофилы палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 70%, лимфоциты - 20%, эозинофилы - 3%, базофилы – 1%, моноциты - 3%, СОЭ – 20 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет желтый, плотность мочи 1,023, белок – 0,05г/л, лейкоциты 3-4 в п/зр., эритроциты – 40-50 в п/зр., цилиндры отсутствуют.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. План обследования пациента.
3. Принципы лечения, показания к госпитализации, прогноз заболевания.

Ответы к задаче №22:

1. Предварительный диагноз: Первичный IgA-ассоциированный васкулит (пурпура Шенляйна–Геноха)

Обоснование:

- клиническая картина IgA-васкулита представлена четырьмя основными синдромами: кожная геморрагическая сыпь (пурпура), поражение суставов (артралгии /артриты), поражение ЖКТ, поражение почек (гломерулонефрит);
- геморрагическая пятнисто-папулезная пальпируемая сыпь (пурпура) является обязательным критерием диагностики заболевания, чаще наблюдается на коже нижних конечностей (на голених, стопах), особенно вокруг суставов, нередко – на бедрах, ягодицах, туловище, верхних конечностях, редко – на лице;
- суставной синдром - мигрирующие артралгии или артриты (преимущественно крупных суставов);
- абдоминальный синдром - боль в животе тупая, ноющая, нередко схваткообразная по типу кишечной колики;
- гломерулонефрит, ассоциированный с IgA-васкулитом, у детей чаще всего проявляется незначительным или умеренно выраженным мочевым синдромом (гематурией);
- клинические симптомы могут появляться в любой последовательности в течение нескольких дней или недель болезни;
- возможен продромальный период: головная боль, анорексия, невысокая лихорадка.

2. План обследования пациента

- Диагностика IgA-В (пурпуры Шенляйна–Геноха) основывается на выявлении типичных клинических признаков заболевания. Необходим тщательный сбор анам-

неза, комплексная оценка результатов обследования для исключения других заболеваний, при которых может возникать кожная геморрагическая (или похожая на нее) сыпь.

- Методы исследования (помимо указанных в задаче):
биохимический анализ крови - для диагностики нарушения функции почек (креатинин, азот мочевины, калий), для дифференциальной диагностики кожного лейкоцитокластического васкулита (например, синдром цитолиза при васкулите, ассоциированном с вирусами гепатита);
иммунологический анализ крови - возможно повышение уровня IgA (30- 40% больных), повышение АСЛ-О (если триггер стрептококковая инфекция), для исключения других заболеваний, протекающих с кожной пурпурой: антинуклеарные АТ, РФ, АТ к ДНК, АНЦА, исследование комплемента), криоглобулин и др.;
коагулограмма (с оценкой функции тромбоцитов);
исследование кала (скрытая кровь, уровень фекального кальпротектина);
бактериологические методы, ПЦР, ИФА и др. - поиск возможного этиологического /провоцирующего фактора; ультразвуковое исследование брюшной полости.

3.Терапия, которая достоверно сокращает продолжительность ИГА-В, не разработана. Лечение строится на принципах индивидуального подхода, включает патогенетическую, симптоматическую терапию и лечение осложнений.

- В активный период заболевания показан постельный режим.
- Возможно использование антиагрегантов, антикоагулянтов (коррекция нарушений гемостаза в настоящее время рассматривается лишь в качестве вспомогательного метода).
- По показаниям — глюкокортикоиды (персистирующая кожная пурпура, тяжелый абдоминальный синдром, некоторые формы гломерулонефрита). Санация очагов хронической инфекции, лечение сопутствующих заболеваний.

Прогноз:

- большинство детей выздоравливают в сроки 1–2 года после дебюта,
- неблагоприятный прогноз в дебюте заболевания может быть связан с осложнениями абдоминального синдрома (кишечное кровотечение, перфорация кишечника, инвагинация), с неблагоприятным течением гломерулонефрита (острое повреждение почек, быстро прогрессирующий ГН),
- долгосрочный прогноз определяет течение гломерулонефрита (прогрессирование с развитием почечной недостаточности).

Задача № 23

Ребенок от 2-й беременности, первых родов при сроке гестации 39 нед. Состояние при рождении средней тяжести, беспокоен, кожные покровы желтушные, отечность мягких тканей. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка — на 0,5 см. В анализе крови: гемоглобин — 170 г/л, эритроциты $4,3 \times 10^{12}/л$. Группа крови матери 0(I), резус-положительная, ребенка А(II), резус-положительная.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз. Тактику ведения пациента.
2. Прогноз заболевания.
3. Профилактика заболевания.

Ответы к задаче №23:

1.ГБН (по системе АВ0), желтушная форма. Необходимо проводить контроль почасового прироста концентрации непрямого билирубина. При показателях более 6–10 мкмоль/л в час — операция заменного переливания крови. При концентрации непрямого билирубина в периферической крови в первые сутки жизни более 340 мкмоль/л — операция заменного переливания крови. После оперативного лечения и при более низких показателях билирубина — консервативное ведение пациента: инфузии белковых препаратов, декстрозы, фототерапия, ведение витаминов В1, В6, С, кокарбоксилазы для улучшения функции печени и стабилизации обменных процессов; смектит с целью абсорбции билирубина в кишечнике.

2.При несвоевременно проведенных указанных выше мероприятиях возможно развитие билирубиновой энцефалопатии, анемии тяжелой степени. При своевременно проведенной адекватной терапии — выздоровление.

3.Специфической профилактики не существует. Неспецифическая — рациональное ведение беременности и родов.

Задача №24

Ребенок от 1-й беременности (беременность протекала с угрозой прерывания в I триместре), первых родов при сроке гестации 37 нед, родился с массой 2980 г и длиной 49 см. Состояние при рождении средней тяжести, оценка по Апгар 7/8 баллов. При осмотре обращает внимание наличие кефалогематомы в правой височно-теменной области размером 2×2,5 см, тремор подбородка и рук. При осмотре на 3-и сутки состояние ребенка с отрицательной динамикой, обильно срыгивает после еды, возбужден, спонтанный рефлекс Моро, выраженная интенция рук. По данным нейросонографии — последствие гипоксически-травматического поражения головного мозга. В анализе крови: гемоглобин — 220 г/л, эритроциты $5,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $8,2 \times 10^9/л$, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) — 10 мм/ч.

Вопросы

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Какое обследование необходимо провести для верификации диагноза?
2. Прогноз заболевания.
3. Лечебная тактика.

Ответы к задаче №24:

1. Перинатальное поражение ЦНС гипоксически-травматического генеза. Дополнительные методы: проведение ЭЭГ, осмотры офтальмолога и хирурга.
2. При своевременно проведенной адекватной терапии — выздоровление. Возможны отдаленные последствия - задержка психоречевого и моторного развития.
3. Терапия поражения нервной системы смешанного генеза требует комплексного подхода, который включает антиоксидантную, метаболическую и сосудистую терапию, в позднем восстановительном периоде - ноотропную терапию. Помимо медикаментозной коррекции, важную роль играют физическая реабилитация (массаж и ЛФК), физиотерапия и войтотерапия. Кефалогематома требует наблюдения, обычно она рассасывается в течение первой недели, в случае отсутствия динамики или ее уплотнения необходима хирургическая помощь (пунктирование). В данном случае, учитывая маленький размер кефалогематомы, высока вероятность ее самостоятельного рассасывания.

Задача № 25

Больной Д. 15 лет доставлен в инфекционный стационар бригадой скорой медицинской помощью из летнего детского лагеря с диагнозом «менингококковая инфекция». Состояние при поступлении тяжелое. Сознание угнетено до сопора. Температура тела 40,0° С. На коже туловища, конечностей обильная геморрагическая сыпь звездчатого характера, возвышающаяся над поверхностью кожи, местами сливная. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 128 уд/мин. АД 90/60 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, ЧД – 32 в мин. Язык сухой, обложен. Печень и селезенка не пальпируются. Резко выражен менингеальный синдром: ригидность затылочных мышц, симптом Кернига и верхний симптом Брудзинского. Очаговой симптоматики нет.

Из анамнеза известно, что заболел остро, с озноба, температуры до 38,5°С, головной боли, рвоты 3-5 раз. На 2-ые сутки состояние больного ухудшилось, на окружающее реагирует неадекватно, на коже туловища заметили геморрагическую сыпь.

Эпидемиологический анамнез: за неделю до настоящего заболевания у больного в области носогубного треугольника отмечался фурункул, который он самостоятельно выдавил.

Вопросы:

4. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
5. Наметьте план дополнительного обследования и санитарных мероприятий в детском лагере.
6. Составьте план лечения данного ребенка.

Ответы к задаче №25:

1. Предварительный диагноз: Менингококковая инфекция, генерализованная форма (менингококцемия), тяжелое течение. Диагноз ставится на основании: анамнеза (острое начало, выраженная интоксикация: головная боль, лихорадка, рвота), характерного кожного синдрома (геморрагическая звездчатая сыпь), тахикардия, тахипноэ, падение АД, положительные менингеальные знаки.
2. Бактериологическое исследование слизи из носоглотки (менингококк), крови на менингококк, спинно-мозговая пункция с лабораторным исследованием ликвора (вытекает под давлением, нейтрофильный цитоз, цвет желто-зеленый, повышение уровня белка), коагулограмма (возможно изменение свертывающей системы крови). В детском лагере необходимо объявить карантин на 10 дней. Всем контактным измеряется температура, дважды делается посев со слизистой носа и глотки на менингококк. У выявленных носителей проводят антибиотикотерапию до получения отрицательных результатов.
3. Данная инфекция относится к нейроинфекциям, протекающим тяжело, часто вызывающим осложнения и, возможно, при отсутствии своевременной помощи и адекватной терапии – смертельный исход. Госпитализация обязательна. Необходим постельный режим, наблюдение в условиях палаты интенсивной терапии. Антибактериальная терапия (бензилпенициллин или хлорамфеникол),

детоксикационная (инфузионная) терапия солевыми и коллоидными растворами; глюкокортикостероиды, жаропонижающие.

Задача № 26

Девочка 11 лет в течение нескольких дней жаловалась на слабость, затруднение носового дыхания. Отмечались низкий субфебрилитет, гнусавость голоса. Последние 3 дня температура повысилась до 38-39,0°C. Родители давали девочке жаропонижающие средства в возрастной дозировке.

Из анамнеза: болеет респираторными инфекциями 4-5 раз в год. Аллергологический и наследственный анамнезы не отягощены. Привита по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Последнюю неделю школу не посещала в связи с каникулами.

Осмотрена на дому участковым врачом. Объективно: температура тела 38,6°C, кожные покровы розовые, высыпаний нет. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки гиперемированы. Миндалины увеличены в размерах, в лакунах бело-желтые легко снимающиеся наложения без распространения за пределы миндалин. Лимфатические узлы всех групп увеличены, особенно - шейные; по заднему краю каждой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы определяется «цепочка» лимфатических узлов размерами около 2 см в диаметре. Во всех группах лимфатические узлы эластической консистенции, подвижные, не спаянные между собой, умеренно чувствительные при пальпации; цвет кожных покровов над ними не изменен. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД – 25 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 102 удара в минуту, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, селезенка на 2 см. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул оформленный, 1 раз в сутки.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 132 г/л, ЦП - 0,86, лейкоциты – $16,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные – 34%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 30%, моноциты – 16%, атипичные мононуклеары - 18%, СОЭ – 23 мм/ час.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Какой режим необходимо применить у ребенка с данной патологией. Составьте план лечения данного ребенка.

Ответы к задаче №26:

1. Инфекционный мононуклеоз
2. Обследование:
 - АТ класса IgM к Ag капсида вируса Эпштейна-Барр, их avidность;
 - молекулярно-генетическая ПЦР диагностика.
3. Лечение:
 - В острой фазе заболевания необходимо соблюдение постельного режима.

- Противовирусные средства: интерферон альфа-2b + таурин (Генферон лайт), меглюмина акридонатацетат (Циклоферон), Анаферон детский, Эргоферон, симптоматическое лечение.
- При высокой температуре тела назначают антипиретики (парацетамол, ибупрофен).
- При бактериальных суперинфекциях необходима антибиотикотерапия.
- При развитии обструкции дыхательных путей назначают глюкокортикоиды (преднизолон по 2 мг/кг в сутки с постепенным снижением дозы в течение 5–7 суток).

Задача № 27

Девочка 6 лет заболела тяжёлой ангиной. Назначено лечение антибактериальным препаратом амоксициллин/клавуланат, взят мазок из зева и носа на коринебактерии дифтерии.

Эпидемиологический анамнез: ребёнок из группы часто болеющих, не вакцинирована.

Объективный статус: бледная, вялая, температура 38°C, ЧДД - 30 в минуту; ЧСС - 125 уд в мин, АД - 80/50 мм рт. ст. Плёнчатые наложения выходят за пределы миндалин, отмечается отёк шейной клетчатки до ключиц. Изо рта приторно-сладковатый запах. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выходит из-под края рёберной дуги, безболезненная. Мочится регулярно. Масса - 21 кг.

Общий анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – $14,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные - 53%, лимфоциты - 28%, моноциты - 7%, СОЭ - 38 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1018 г/л, белка нет, эпителий пл. – ед. в поле зрения.

Получены результаты бак. посева отделяемого из носа и ротоглотки: выделена токсигенная коринебактерия дифтерии тип *gravis*.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Назначьте план обследования и лечения.
3. Профилактические мероприятия при данном заболевании. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Ответы к задаче №27:

1. Дифтерия ротоглотки, типичная, токсическая форма, 2 степень. Диагноз «дифтерия ротоглотки» поставлен на основании данных анамнеза и осмотра: заболевание началось с синдрома интоксикации (повышение температуры до 38°C), а также боли в горле, гиперемии зева. При осмотре: миндалины отёчные с плёнчатыми наложениями, выходящими за пределы миндалин, отёком шейной клетчатки. Выделена коринебактерия дифтерии.

Критериями токсической формы являются отёк подкожно-жировой клетчатки, выраженность симптомов интоксикации, наличие осложнений в виде миокардита.

2. Обязательная госпитализация в инфекционную больницу.

Дообследование – ЭКГ, ЭХО КГ для исключения дифтеритического миокардита. Биохимический анализ крови – для определения функции почек, печени.

Строгий постельный режим. Этиотропное лечение: ведение противодифтерийной анитоксической сыворотки.

Антибактериальная терапия: цефалопорины 3 поколения курсом 7-10 дней.

Патогенетическая терапия: дезинтоксикация (реополиглюкин и глюкозосолевые растворы в соотношении коллоидов и кристаллоидов 1:2 внутривенно капельно с учётом физиологической потребности в жидкости и потерь на интоксикацию).

Гормонотерапия (Преднизолон 1–2 мг/кг.).

Местно: полоскание зева антисептиками.

3. Специфическая профилактика осуществляется вакцинацией АКДС-вакциной (АДС анатоксином) в 3, 4,5 и 6 месяцев, R1 – в 18 месяцев, R2 – в 7 лет, R3 – в 14 лет (АДС-м). Взрослые ревакцинируются каждые 10 лет (АДС-м) до 56-летнего возраста.

Постэкспозиционная профилактика: не привитые ранее дети и взрослые подлежат немедленной иммунизации.

Подача экстренного извещения не позднее 12 часов после выявления больного.

Госпитализация: все формы заболевания, включая носительство токсигенных коринебактерий. Изоляция контактных: не проводится. Мероприятия в очаге инфекции: проводится текущая и заключительная дезинфекция.

Мероприятия в очаге: при выявлении больного дифтерией в детском учреждении устанавливается карантин на 7 дней. Все контактные, в том числе персонал, одномоментно обследуются на носительство дифтерийной палочки и наблюдаются в течение 7 дней с ежедневной термометрией.

Осмотр ЛОР. При выявлении носителей токсигенных коринебактерий, все контактные обследуются еще раз до получения у всех отрицательного результата. Выявленные носители изолируются и лечатся в стационаре. Условия выписки: больные, перенёсшие дифтерию, выписываются после клинического выздоровления и двух отрицательных бак. анализов, взятых с интервалом в 1–2 дня, но не ранее чем через 3 дня после отмены антибиотиков.

Задача № 28

Участковый врач вызван на дом к девочке 5 лет с жалобами на приступообразный навязчивый кашель.

Из анамнеза: заболела 8 дней назад, когда появился редкий сухой кашель. В последующем кашель участился и стал приступообразным, возникал преимущественно в ночное время. Приступы кашля сопровождаются высовыванием языка, между кашлевыми толчками отмечается звучный громкий вдох, в конце приступа кашля отделяется небольшое количество вязкой светлой мокроты, некоторые приступы кашля оканчиваются рвотой. Приступы кашля повторяются 15-18 раз в сутки. Лихорадки не было. Наследственный анамнез не отягощен. Профилактические прививки проводились по индивидуальному календарю, после первого введения АКДС отмечалась припухлость и болезненность в месте введения, в связи с чем от дальнейшего введения вакцины родители отказались. Девочка посещает детский сад.

Объективно: температура тела 36,4°C. Кожа бледно-розового цвета, на веках, висках — петехии. Кашель приступообразный. Слизистая оболочка небных дужек, миндалин, задней стенки глотки слегка гиперемированы. На уздечке языка обнаружена язвочка. Носовое дыхание несколько затруднено, отделяемого из носа нет. Частота дыхания 25 в мин. В легких выслушиваются рассеянные сухие хрипы. ЧСС 102 в мин. Тоны сердца

звучные. Границы сердца не изменены. Печень пальпируется на 1 см ниже реберной дуги, селезенка не пальпируется. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 135 г/л, лейкоциты – $17 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 17%, лимфоциты – 75%, моноциты – 5%, СОЭ – 8 мм/ час.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией. Составьте план лечения данного ребенка. Назовите подходы к профилактике данного заболевания

Ответы к задаче №28:

1. Коклюш, период спазматического кашля, среднетяжелая форма.
2. Определение ДНК *Bordetella pertussis* методом ПЦР в мазке из носоглотки/ротоглотки, определение специфических антител IgM, IgG к *Bordetella pertussis* методом ИФА.
3. Госпитализируют детей первых месяцев жизни, больных с тяжелым коклюшем и по социальным показаниям. Антибиотики показаны в ранние сроки — в катаральном и в начале спазматического периода (макролиды, амоксициллины, цефалоспорины). Прогулки на свежем воздухе. Для купирования сухого мучительного кашля – противокашлевые (бутамират). Вакцинация. Ребенка изолируют на дому на 25–30 дней от начала болезни. Дети в возрасте до 7 лет, общавшиеся с больным коклюшем, не привитые и не болевшие коклюшем, подлежат разобщению на 14 дней с момента контакта. В детских коллективах проводят двукратное бактериологическое обследование детей и персонала.

Задача № 29

Педиатр повторно осматривает девочку 5 лет. Из анамнеза известно, что заболевание началось остро, 6 дней назад, когда девочка пожаловалась на слабость, головную боль, появилась лихорадка до $38,4^{\circ}\text{C}$. На следующий день развился сухой кашель, появился насморк, конъюнктивит. Врач диагностировал острую респираторную инфекцию, назначил симптоматическое лечение. Через 5 дней температура тела снизилась до $37,0-37,3^{\circ}\text{C}$, но самочувствие оставалось плохим. Сегодня утром вновь отмечено повышение температуры тела до $39,2^{\circ}\text{C}$, усилилась головная боль. Мама заметила появление сыпи на лице и шее. Подъем температуры и сыпь послужили причиной повторного вызова врача.

Из анамнеза жизни: ребенок от 1-й физиологически протекавшей беременности, срочных родов, массой тела – 3150 г, длиной – 51 см. Развивалась по возрасту. Прививалась по индивидуальному календарю в связи с частыми респираторными инфекциями. Есть младшая сестра 3,5 лет, которая посещает детский сад, не вакцинирована.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела $38,7^{\circ}\text{C}$. Ребенок капризен. Гиперемия задней стенки глотки, небных дужек. На слизистой щек в области верхних премоляров – единичные бледные элементы энантемы. За ушами, на лице – яркая крупнопятнистая сыпь сливного характера. Пальпируются подчелюстные, переднешейные лимфоузлы диаметром около 1,5 см, мягкоэластической консистенции, не спаянные, безболезненные. Веки отёчные, конъюнктивы гиперемированы. Обильные выделения из носа. ЧД – 20 в 1 мин. Малопродуктивный кашель. Дыхание жесткое, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. ЧСС – 104 в 1 мин. Границы сердца не расширены.

Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень, селезенка не увеличены. Стул был утром, оформленный, мочится безболезненно.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз ребенка.
2. Назовите заболевания, которые необходимо исключить в ходе дифференциально-диагностического поиска.
3. Назовите мероприятия, необходимые в отношении младшей сестры девочки.

Ответы к задаче №29:

1. Корь. Для данного заболевания характерна этапность течения: катаральный период протекает с симптомами интоксикации, катаральными явлениями, явлениями конъюнктивита, постепенным снижением температуры на фоне плохого самочувствия и нарастающих катаральных симптомов. В конце первого периода на слизистой оболочке полости рта можно заметить патогномичный симптом кори – пятна Филатова-Бельского-Коплика, которые как раз угасали к моменту визита врача. В настоящий момент девочка находится во втором периоде течения заболевания – периоде высыпаний, характеризующимся повторным подъемом температуры до фебрильных цифр и появлением крупнопятнистой, иногда сливной, сыпи вначале за ушами и на лице, в течение 3-4 дней распространяющейся на туловище и конечности.
2. В катаральном периоде коревую инфекцию дифференцируют с острой респираторной инфекцией (ОРИ) (особенно аденовирусной), однако при ОРИ самочувствие улучшается вместе со снижением лихорадки, в конце катарального периода при кори – пятна Филатова-Бельского-Коплика. В периоде сыпи – с аллергическими проявлениями (аллергодерматозы зудят, уменьшаются после приема антигистаминных), краснухой (нет этапности, минимальные катаральные явления), скарлатиной (нет этапности, сыпь мелкоточечная, тонзиллит), др. инфекциями с синдромом сыпи.
3. Невакцинированной девочке была бы показана экстренная вакцинация от кори в течение первых 72 часов с момента контакта или экстренная профилактика путем введения иммуноглобулина в течение 5 дней с момента контакта. Поскольку диагноз кори поставлен на 6 сутки заболевания, в настоящий момент младшей сестре необходимо будет соблюдать карантин с 7 по 17 день от контакта с заболевшим ребенком.

Задача № 30

Участковый педиатр вызван на дом к мальчику 8 лет, у которого сегодня утром на лице, груди, спине, ягодицах, руках и ногах мать обнаружила мелкопятнистую сыпь. Семья проживает в отдельной квартире. Мальчик посещает школу (2-й класс).

Мальчика беспокоят недомогание, небольшой насморк, повышение температуры тела.

Мальчик от 1-й беременности, протекавшей с анемией у матери в 3-м триместре. Роды в срок, масса тела при рождении 3500 г, длина 51 см. Закричал сразу. К груди приложен в родильном блоке, сосал активно. На грудном вскармливании находился до 1 года. Рос и развивался по возрасту. На первом году жизни отмечался атопический дерматит. До 2-х лет вакцинопрофилактика проводилась в

соответствии с Национальным календарём профилактических прививок РФ, позже не прививался в связи с частыми ОРВИ. Реакция Манту отрицательная.

Недомогание, небольшой насморк наблюдаются второй день. Вчера вечером съел много шоколадных конфет. При осмотре: повышение температуры тела ($37,3^{\circ}\text{C}$), небольшая гиперемия зева, мелкопятнистая сыпь на лице, туловище, конечностях (преимущественно на разгибательных поверхностях), увеличение и болезненность заднешейных и затылочных лимфатических узлов.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Методы обследования при атипичном течении заболевания.
2. Выберите лечебную тактику. Показания к госпитализации детей с данным заболеванием.
3. Профилактика данного заболевания.

Ответы к задаче № 30:

1. Краснуха. Клиническая картина заболевания (характер сыпи, увеличение и болезненность заднешейных и затылочных лимфоузлов, невыраженные катаральные явления) типична для краснухи.

В диагностике заболевания при атипичном течении помогают характерная картина периферической крови (лейкопения, относительный лимфоцитоз, увеличение числа плазматических клеток), выявление специфических антител класса Ig M к вирусу краснухи методом ИФА.

2. При неосложненной краснухе терапия симптоматическая.

Лечение больных легкой и средней степени тяжести осуществляется при отсутствии противопоказаний в амбулаторных условиях. Обязательная госпитализация показана при тяжелом течении заболевания, детям из учреждений с круглосуточным пребыванием независимо от формы болезни.

3. Карантин по краснухе не устанавливают. Больного изолируют на 5 дней. Контактировавшие с больным дети подлежат ежедневному осмотру в течение 21 дня.

В соответствии с Национальным календарём профилактических прививок в РФ вакцинация против краснухи проводится в регламентированные сроки (в 12 месяцев, ревакцинация в 6 лет). Не болевшие, не привитые, привитые однократно, не имеющие сведения о прививках против краснухи подлежат вакцинации до 18 лет, женщины – до 25 лет включительно.