

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 имени Н.Ф.Филатова
Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней

Методические материалы по дисциплине:

Клиническая практика «Педиатрическая»

6 курс

основная профессиональная образовательная программа высшего
образования - программа специалитета

по специальности: 31.05.02 – Педиатрия

Отчет о прохождении практики

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова

Министерство здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)

ОТЧЕТ
ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
«ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ»
по специальности высшего профессионального образования «Педиатрия»

Ф.И.О. студента _____

Факультет КИДЗ им. Н.Ф. Филатова Курс _____ Группа _____

Место прохождения производственной практики
ГБУЗ «Детская городская клиническая больница имени Г. Н. Сперанского ДЗМ
(полное наименование организации)

с _____ по _____

С правилами охраны труда, техники безопасности и правилами внутреннего распорядка, действующими в организации, ознакомлен, инструктаж прошел

подпись фамилия, и.о.

Руководитель практики от организации

должность подпись Иванов ИИ.
фамилия, и.о.

Руководитель практики от Университета

должность подпись Иванов ИИ.
фамилия, и.о.

Москва-202X

Наименование манипуляций	мин. кол-во манипу- ляций	Дата/количество								Всего
Сбор анамнеза, осмотр больного с заполнением разделов истории болезни «анамнез», «данные осмотра больного» в педиатрическом стационаре	8									
Оценка физического развития ребенка	8									
Оценка нервно-психического развития ребенка	8									
Составление плана обследования и лечения больного в педиатрическом стационаре	8									
Оценка выявленных при обследовании пациента патологических изменений и формулировка предварительного диагноза	8									
Оценка данных лабораторных исследований	15									
Оценка данных рентгенологических исследований	5									
Участие в проведении ЭКГ	3									
Участие и оценка данных УЗ исследование органов	3									
Участие и оценка данных ЭхоКГ	2									
Измерение АД и оценка результатов	1									
Участие и оценка результатов эндоскопических исследований: <u>гастродуоденоскопии</u>	1									
Сформулировать и обосновать развернутый клинический диагноз заболевания с указанием основного заболевания, осложнений, фоновых и сопутствующих заболеваний	5									
Выбрать, назначить и обосновать схему лечения заболевания, прогнозировать его течение	5									
Выбрать, назначить и обосновать мероприятия для профилактики рецидивов и/или осложнений заболевания	5									

Подпись заведующего отделением _____

Подпись руководителя практики _____

Подпись главврача подразделения _____

Дневник по практике (образец)

Первичный осмотр

Ребенок (мальчик/девочка Х.) _____ лет, поступил/а в _____ отделение

Жалобы на _____

Из анамнеза заболевания известно, что ребенок заболел _____

Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился от _____ беременности, _____ по счету, предыдущие беременности _____. Настоящая беременность протекала на фоне _____. Роды _____. Закричал _____ оценка по шкале Апгар _____. Вес и рост при рождении _____. Динамика физического развития _____. Приложен к груди на _____. Вскармливание _____. Период новорожденности протекал _____. Перенесенные заболевания _____. Наблюдения у специалистов _____. Профилактические прививки _____. Аллергоанамнез _____. Эпидемиологический анамнез _____

_____ Наследственный анамнез _____

Status praesens

_____ г
T= _____ °C
ЧСС= _____
ЧД= _____
АД= _____ mmHg
SaO ₂ = _____ %
Вес _____ кг
Рост _____ см

Состояние ребенка _____ тяжести, за счет _____.

Жалобы _____.

_____ Сознание _____. Appetit _____. Кожные покровы _____, сыпь: _____, влажность: _____. Подкожно-жировая клетчатка развита _____, распределена _____. Тургор мягких тканей _____. отеков _____. Периферические лимфатические узлы пальпируются _____ см, _____ консистенции, _____. Склеры _____, слизистые _____. Зев _____. Миндалины _____, налеты: _____. Язык _____. Костно-мышечная система _____. Движения в суставах в _____. Носовое дыхание _____. Одышка: _____. Кашель: _____. Перкуторно звук над областью легких _____. Auscultativno дыхание _____, хрипы _____. Область сердца _____, границы относительной сердечной тупости _____. Auscultativno тоны сердца _____, ритм _____. Пульс _____. Живот _____ формы, _____. Пальпаторно _____. Печень + _____ см, + _____ см, _____/3, край _____. Селезенка _____. Стул _____. Мочеиспускание _____. Наружные половые органы сформированы правильно по _____. Психо-эмоциональное развитие _____. Менингеальные симптомы: _____. Очаговые симптомы: _____.

Обоснование предварительного диагноза: учитывая жалобы (_____), данные анамнеза (_____), осмотра (_____), можно поставить предварительный диагноз: _____

План лечения:

1. _____

2. _____

План обследования:

1. _____

2. _____

Дневник (повторный осмотр)

Ребенок (мальчик/девочка Х.) _____ лет. **День госпитализации** _____. **День болезни** _____.

_____ г
Т= _____ °C
ЧСС= _____ ,
ЧД= _____ ,
АД = _____ mmHg
SaO2= _____ %
Вес _____ кг
Рост _____ см

Состояние ребенка _____ тяжести, за счет _____.

Жалобы _____
_____. Сознание _____. Аппетит _____. Кожные покровы _____, сыпь: _____, влажность: _____. Подкожно-жировая клетчатка развита _____, распределена _____. Тургор мягких тканей _____. отеков _____. Периферические лимфатические узлы пальпируются _____ см, _____ консистенции, _____. Склеры _____, слизистые _____. Зев _____.

Миндалины _____, налеты: _____. Язык _____. Костно-мышечная система _____. Движения в суставах в _____. Носовое дыхание _____. Одышка: _____. Кашель: _____. Перкуторно звук над областью легких _____. Аускультативно дыхание _____, хрипы _____. Область сердца _____, границы относительной сердечной тупости _____. Аускультативно тоны сердца _____, ритм _____. Пульс _____. Живот _____ формы, _____. Пальпаторно _____. Печень + _____ см, + _____ см, _____/3, край _____. Селезенка _____. Стул _____. Мочеиспускание _____. Наружные половые органы сформированы правильно по _____. Психо-эмоциональное развитие _____. Менингеальные симптомы: _____. Очаговые симптомы: _____.

По результатам лабораторных и инструментальных исследований выявлены следующие изменения: _____

Назначения обследований и лечения с обоснованием: _____

_____.

Ситуационные задачи для прохождения промежуточной аттестации

Задача 1.

Мальчик 13 лет заболел остро 2 суток назад, когда после двукратной рвоты съеденной пищей, отмечался подъем температуры до $38,2^{\circ}\text{C}$, схваткообразные боли в животе, учащённый до 5 раз в сутки разжиженный стул. Эпизодов рвоты более не отмечалось. Боли в животе частые, схваткообразные, сопровождаются тенезмами, дважды ночные дефекации. Стул в течение последних суток стал более скудный, кашицеобразной консистенции, дважды отмечалась примесь крови и слизи в стуле. Температура за весь период заболевания сохраняется на фебрильном уровне $38,0-38,6^{\circ}\text{C}$. Масса тела до заболевания 42,5 кг.

Из анамнеза: за 5 дней до первых симптомов заболевания ребенок ходил в лесной поход с классом, где пил воду из непроверенных источников. Привит по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

Объективно: температура $38,1^{\circ}\text{C}$. Состояние средней тяжести. Рост 158 см, масса тела 41 кг. Эластичность кожи несколько снижена, слизистые ротовой полости розовые, чистые, суховаты. Язык обложен густым белым налетом у корня. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 19 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 92 ударов в минуту. Живот умеренно вздут, болезненный по ходу толстой кишки, больше в левых отделах, кишка урчит при пальпации. Печень +1 см из-под края реберной дуги по правой среднеключичной линии, селезенка не пальпируется. Дизурии нет. Симптом поколачивания отрицательный. Стул разжижен, скудный, примесь слизи и крови при каждой дефекации, каломазание. Перианальная область не изменена, наружный анальный сфинктер сомкнут не полностью.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 123 г/л, тромбоциты $412 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты – $12,5 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные – 7%, сегментоядерные – 67%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 23%, моноциты – 1%, СОЭ – 48 мм/ час.

Копрограмма: рН 6,8, йодофильная флора++, крахмал+, мышечные волокна ++, лейкоциты до 13 в п/зр, эритроциты до 35 в п/зр., слизь +++, эпителий++.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Предложите план лабораторной диагностики данного заболевания.
3. Сформулируйте основные принципы терапии данного состояния у

ребенка.

Ответ

1. Острый инфекционный колит (предположительно шигеллезный),
Осложнение: эксикоз-1 ст.

На основании данных анамнеза (острое начало в виде короткого эпизода рвоты, далее синдром дистального колита (боли в животе, тенезмы, учащенный стул с примесью крови, податливость ануса), эпиданамнеза – употребление воды из непроверенных источников, данных физикального осмотра (снижение эластичности кожи, болезненность при пальпации толстой кишки, податливость ануса, патологические примеси крови\слизи в стуле), данных лабораторного обследования (ОАК – лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, повышение СОЭ (бактериальная инфекция), синдром дистального колита в копрограмме). Эксикоз до 5% у детей – легкий.

2. Этиологическая расшифровка патогена:

Бактериологическое исследование кала: Отмечается рост *Shigella* spp.

Выявление возбудителей кишечных инфекций методом ПЦР (в кале) - ДНК *Shigella* spp. обнаружена

3. А. Диета с ограничением пищевых волокон и цельномолочных продуктов

Б. Регидратация оральная

Признаки эксикоза 1 ст (потеря первоначальной массы тела до 5%) требуют применения дробной оральной регидратации детскими растворами со сниженной осмолярностью (250 мкосмоль/л) в 2 этапа: этап I — в первые шесть часов ликвидируют водно-солевой дефицит, возникший до начала лечения, 2 этап – компенсация дальнейших потерь.

В. Антибактериальная терапия: нифуроксазид – 7 дней

Г. Применение сорбентов: смектит

Д. Применение пробиотиков, содержащих *Lactobacillus reuteri* GG

Задача 2.

Мальчик 2 лет заболел остро, с подъема температуры 38°C, не может встать на ножки, плачет в покое и при прикосновении к телу. За две недели до этого отмечался ринит, жидкий стул дважды, боли в животе, вялость, отказывался от еды.

Из анамнеза известно, что ребенок с 2 месячного возраста страдает атопическим дерматитом, с 8 месяцев часто болеет ОРВИ с обструктивным синдромом. Не вакцинирован из-за отказа родителей. С 1,5 лет стал посещать детский сад. Неделю назад в ясельной группе детского сада проводилась ревакцинация от полиомиелита оральной вакциной, наш пациент не вакцинировался.

При осмотре: состояние тяжелое, температура 38,5°C, лежит в кровати на спине, ноги раскинуты в тазобедренных суставах, самостоятельно ногами двигать не может, при дотрагивании до ног плачет от боли, тонус мышц и сухожильные рефлексы резко снижены. Движения в правой руке сохранены, тонус снижен, рефлексы вызываются. Левая рука приведена к туловищу, согнута в локтевом суставе, самопроизвольных движений в руке нет, сухожильные рефлексы не вызываются, тонус снижен. Мальчик плачет при перемене положения в кроватке и попытке посадить его, не может встать на ноги. Сохранены болевая и тактильная чувствительность. Кожа бледно-розовая, папулезные элементы сыпи, экскориации. расчесы на лице и туловище, в подколенных, локтевых сгибах, за ушами - лихенизация. В легких пуэрильное дыхание хрипов нет. Сердечная деятельность удовлетворительная. Живот вздут. Болезненный при пальпации по ходу кишечника, печень +1.5 см, пальпируется селезенка + 0.5 см. Зев гиперемирован.

Вопросы:

- 1.Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2.Составьте план дополнительного обследования, какие изменения могут быть при данном заболевании при лабораторном обследовании?
3. План лечения данного пациента.

Ответ

1. Диагноз:

Острый паралитический полиомиелит, ассоциированный с вакциной, спинальная форма, средней степени тяжести, паралитический период.

Диагноз установлен на основании жалоб: не может встать на ножки, плачет в покое и при прикосновении к телу; сопутствующего эпизода диспепсии и лихорадки; анамнеза: мальчик не вакцинирован от полиомиелита и был в контакте с детьми вакцинированными живой вакциной; клинической картины- асимметричный паралич конечностей.

Диагноз вакцин-ассоциированного полиомиелита достоверный когда к 60 суткам заболевания сохраняются характерные признаки паралитического полиомиелита, устанавливается при наличии типичной картины полиомиелита (острый асимметричный вялый паралич), при выделении вакцинного штамма полиовируса в референс-лаборатории и при четырёхкратном увеличении титра специфических антител в динамике.

2. Обследование:

вирусологические исследования (кал – 2-кратно, смывы из носоглотки, кровь, посев ликвора); серологические исследования парных сывороток (РСК, РН), консультация невропатолога, ортопеда.

3. Лечение:

Обязательная госпитализация с выпиской после 30-го дня от момента заболевания;

Лечение всех форм полиомиелита проводится только в стационарных условиях, т.к. все дети требуют изоляции на период вирусывыделения. Кроме того, учитывая тяжесть заболевания и высокий риск дефицита в исходе болезни необходимо проведение тщательного обследования вне зависимости от клинической формы. Госпитализацию проводят не только паралитических и непаралитических форм, но и abortивных и инаппарантных для проведения полного обследования, лечения и уточнения распространенности процесса

Острый период- постельный режим и лечение «положением»; щадящая диета; этиотропная терапия (лейкоцитарный интерферон, реаферон, рибонуклеаза, нормальный человеческий иммуноглобулин); дезинтоксикационная терапия; дегидратация (диакарб, фуросемид); антихолинэстеразные препараты (прозерин, галантамин) с одновременным назначением дибазола в восстановительный период; большие дозы аскорбиновой кислоты, витаминов группы В, НПВС; болеутоляющие в сочетании с тепловыми процедурами; восстановление обменных процессов в ЦНС; улучшение мозгового кровообращения (трентал, кавинтон, танакан).

В восстановительном периоде- методы немедикаментозного лечения: – протезирование нарушенных витальных функций; – методы экстракорпоральной иммунокоррекции и детоксикации; – физиотерапевтические методы лечения; – массаж, лечебная физкультура; – гигиенические мероприятия; – диетотерапия; – роботизированная механотерапия; – нейропсихологические и логопедические занятия

Диспансерное наблюдение при спинальной форме проводится не менее 5 лет (продление периода наблюдения - в зависимости от длительности сохранения неврологического дефицита)

Задача 3.

Мальчик 4-х лет заболел остро, с подъема температуры тела до 38,2°C, была однократная рвота, боли в животе. На следующий день температура нормализовалась, но через 4 дня – повторный подъем температуры тела до 38,0°C. Перестал вставать на ножки, жалуется на боли в ногах, головную боль. Госпитализирован.

Из анамнеза известно, что родился на 35 неделе беременности, путем экстренного кесарева сечения масса 2100 г, длина 38 см, по Апгар 7\7 б, получал лечение в отделении патологии новорожденных по поводу

перинатальной энцефалопатии, недоношенности. Прививался по индивидуальному графику с 12 мес. жизни – БЦЖ, АКДС - однократно, от пневмококковой и гемофильной инфекции, кори, краснухи, паротита. Вернулся с отдыха на Гоа 2 недели назад.

При осмотре: состояние тяжелое, лихорадит, температура тела 39°C, вялый, сонливый, временами беспокойный, при перемене положения в кровати кричит, лежит в вынужденной позе - ноги раскинуты в тазобедренных суставах-"поза лягушки". При осмотре- двигательная активность снижена, кричит от боли при переворачивании, встать не может, прикосновение к конечностям вызывают боль и плач у мальчика. Выражена гипотония мышц в ногах; ослаблены сухожильных рефлексы на руках, справа больше чем слева; отсутствуют рефлексы на ногах. Болевая и тактильная чувствительность сохранены. Кожа бледная, чистая, микрополиадения. Зев – гиперемирован. В легких дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. Живот мягкий, болезненность при пальпации кишечника. Печень + 1см , край эластичный, селезенка не пальпируется. Отмечалась непродолжительная задержка мочеиспускания и стула.

Вопросы:

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

Ответ

1. Диагноз: Острый паралитический полиомиелит, спинальная форма, средней степени тяжести, паралитический период.

Диагноз поставлен на основании жалоб на слабость и боль в ногах, подъем температуры, рвота, боли в животе. Данных анамнеза - ребенок не вакцинирован от полиомиелита; приехал из эпидемиологически неблагоприятного региона. Данных физикального осмотра - мышечная гипотония, боли при дотрагивании к мышцам, асимметричное снижение рефлексов в руках, отсутствие рефлексов с ног. сохраненная болевая и тактильная чувствительность.

2. Обследование: вирусологические исследования (кал – 2-кратно, смывы из носоглотки, кровь, посев ликвора); серологические исследования парных сывороток (РСК, РН), консультация невропатолога, ортопеда.

3. Лечение: Обязательная госпитализация с выпиской после 30-го дня от момента заболевания;

Лечение всех форм полиомиелита проводится только в стационарных

условиях, т.к. все дети требуют изоляции на период вирусовыделения. Кроме того, учитывая тяжесть заболевания и высокий риск дефицита в исходе болезни необходимо проведение тщательного обследования вне зависимости от клинической формы. Госпитализацию проводят не только паралитических и непаралитических форм, но и abortивных и инаппарантных для проведения полного обследования, лечения и уточнения распространенности процесса. Острый период - постельный режим и лечение «положением»; щадящая диета; этиотропная терапия (лейкоцитарный интерферон, реаферон, рибонуклеаза, нормальный человеческий иммуноглобулин); дезинтоксикационная терапия; дегидратация (диакарб, фуросемид); антихолинэстеразные препараты (прозерин, галантамин) с одновременным назначением дибазола в восстановительный период; большие дозы аскорбиновой кислоты, витаминов группы В, НПВС; болеутоляющие в сочетании с тепловыми процедурами; восстановление обменных процессов в ЦНС; улучшение мозгового кровообращения (трентал, кавинтон, танакан). В восстановительном периоде - методы немедикаментозного лечения: - протезирование нарушенных витальных функций; - методы экстракорпоральной иммунокоррекции и детоксикации; - физиотерапевтические методы лечения; - массаж, лечебная физкультура; - гигиенические мероприятия; - диетотерапия; - роботизированная механотерапия; - нейропсихологические и логопедические занятия. Диспансерное наблюдение при спинальной форме проводится не менее 5 лет (продление периода наблюдения - в зависимости от длительности сохранения неврологического дефицита)

Задача 4.

Ребенок от III беременности, I родов (первые 2 беременности – выкидыши). Мать ребенка в женской консультации не наблюдалась. Социальный анамнез неблагополучный (в течение 2-х лет употребляет наркотики в/в). При обследовании матери обнаружены АТ к ВИЧ.

Роды преждевременные 36 – 37 недель. Вес при рождении – 2000 г, длина – 45 см. Оценка по Апгар – 6/7.

Состояние при рождении тяжелое, обусловленное неврологической симптоматикой: резко беспокоится, кричит, мышечный тонус повышен. Тремор конечностей. Множественные стигмы дисэмбриогенеза. На 3 сутки появилось желтушное окрашивание кожных покровов. Тоны ритмичные, слегка приглушены. Дыхание проводится равномерно, одышки нет. Печень и селезенка не увеличены.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие мероприятия необходимы в отношении ребенка в настоящее время?
3. Что включает профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку?

Ответ

1. Перинатальный контакт по ВИЧ. Недоношенность 1 степени. Задержка внутриутробного развития. Конъюгационная желтуха. Абстинентный синдром.
2. Исключение грудного вскармливания, назначение антиретровирусных препаратов, вакцинация живыми вакцинами не проводится. Обследование у специалиста по ВИЧ-инфекции для установления клинической стадии, иммунной категории, выявления вторичных заболеваний и решения вопроса о начале АРТ.
3. Тестирование на ВИЧ дважды во время беременности, при выявлении ВИЧ у беременной – назначение антиретровирусных препаратов с 28 недели беременности (ранее – по показаниям), в родах, и ребенку после рождения. Исключение грудного вскармливания.

Задача 5.

Девочка 5 лет заболела 2 дня назад, когда температура тела повысилась до 38,8°C, появились боли в горле, усиливающиеся при глотании, ребёнок отказывался от еды. Дважды отмечалась рвота. К вечеру первого дня появилась мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне по всему телу.

Из анамнеза: привита по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Аллергологический и наследственный анамнезы не отягощены. Посещает детский сад.

Объективно: девочка вялая, раздражительная, капризничает, отказывается от еды и питья, жалуется на головную боль. Температура тела 38,9°C. На коже туловища и конечностей распространенная ярко-розовая мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне более насыщенная в подмышечных и паховых областях, в подколенных ямках и локтевых сгибах, где также отмечаются петехиальные высыпания в виде ярко-красные полос. Область носогубного треугольника чистая от сыпи, бледная. Отмечается яркая гиперемия миндалин, нёбных дужек и язычка. Миндалины увеличены, в лакунах - наложения сероватого цвета. Язык у корня густо обложен белым

налётом, кончик и боковые поверхности языка чистые, ярко-красного цвета с гипертрофированными сосочками. Пальпируются увеличенные до 2 см передне-шейные лимфоузлы. В легких дыхание пузырьное, хрипов нет. ЧДД – 30 в минуту. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца звучные, дыхательная аритмия, ЧСС – 124 - 128 ударов в минуту. 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 – $4,5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 123 г/л, лейкоциты – $15,1 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 4%, палочкоядерные – 9%, сегментоядерные – 49%, лимфоциты – 29 %, моноциты – 8%, базофилы 1 %, СОЭ – 25 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. Какие осложнения возможны?

Ответ

1. Скарлатина (средне-тяжёлое течение - некротическая лакунарная ангина на фоне лихорадки выше 38,5 и симптомов интоксикации: двукратная рвота, головная боль, вялость, раздражительность)
 - 1) наличие некротической лакунарной ангины
 - 2) типичное время появления и характер высыпаний:
 - сыпь мелкоточечная, на гиперемизованном фоне, более насыщенная на боковых поверхностях туловища и внизу живота (симптом сгущения сыпи). Появилась одномоментно, через несколько часов от начала заболевания
 - симптом Пастиа (геморрагическое пропитывание кожи в виде тёмно-красных полос над сгибаемыми поверхностями конечностей - в подколенных ямках, в локтевых сгибах, в области паха. Также может наблюдаться в естественных складках кожи)
 - бледный носогубный треугольник, чистый от сыпи
 - 3) изменения в зеве:
 - яркая, четко очерченная гиперемия миндалин, нёбных дужек и языка
 - «малиновый язык» - язык с гипертрофированными, выступающими сосочками. В 1й день заболевания покрыт налётом, со 2 - 3 дня очищаются и становятся ярко-розовыми его боковые поверхности языка и кончик, на 3 - 5 день язык полностью очищается от налёта, имеет ярко-розовый цвет. Данные изменения сохраняются в течение 2 - 3 недель от начала заболевания

4) увеличение регионарных (передне-шейных) лимфоузлов, их болезненность (что отражает остроту процесса).

5) сердечно-сосудистая система - изменения, связанные с преобладанием симпатической иннервации : тахикардия и повышение АД (с учётом усугубления на фоне лихорадки)

6) лабораторные данные:

- Общий ан. крови: изменения, характерные для бактериальной инфекции: лейкоцитоз с нейтрофилёзом (для возраста 5 лет, когда происходит второй физиологический перекрёст, 58% нейтрофилов является нейтрофилёзом) со сдвигом формулы влево (палочкоядерные - 9%), ускорение СОЭ (более 10 мм/ч)

- Общий ан. мочи: при скарлатине могут отмечаться небольшая протеинурия и лейкоцитурия.

2. Дополнительное обследование

А) Посев мазка из зева для выявления β -гемолитического стрептококка группы А (может быть ложноотрицательным (в связи с нарушением правил взятия))

Б) Стрептотест выполнить можно, но он менее информативен (может быть ложно-отрицательным).

В) Определение уровня С-реактивного белка - у части детей повышен.

Г) В динамике, через 2-4 недели от дебюта можно посмотреть АСЛО - повышение титров

Д) В динамике - ЭХО-КГ. С учётом этиологического агента (бета-гемолитический стрептококк группы А) возможно развитие поражения митрального клапана (вальвулита), или/и миокардита

3. В данном случае показаний к госпитализации нет.

Показания к госпитализации:

1) Тяжёлые (септические и токсико-септические) формы скарлатины (высокая лихорадка, спутанность сознания, менингеальные симптомы и др. неврологическая симптоматика)

2) отсутствие возможности изолировать больного

Лечение:

1. Антибактериальная терапия:

1) Или пенициллины, препарат выбора - Амоксициллин - 50 - 80 мг/кг в сутки (максимально - 1 г в сутки) - 10 дней.

2) Или цефалоспорины (цефиксим, цефалексин, цефуроксим) в возрастных дозировках - 10 дней

3) при невозможности применения пенициллинов (например, аллергические реакции) - или а) макролиды (препараты выбора - джозамицин, кларитромицин), или б) цефалоспорины III поколения (цефиксим) - в возрастных дозировках, длительность лечения - 10 дней.

2. Строгий постельный режим

3. Симптоматическое лечение (обильное питьё, механически щадящая диета, витаминотерапия). Текущая дезинфекция.

Задача 6.

На приёме девочка 8 лет, с жалобами на быструю утомляемость, шелушение кожи.

Из анамнеза известно, что 9 дней назад у девочки отмечалось повышение температуры тела до 38,7°C, беспокоили боли в горле, усиливающиеся при глотании, головная боль. Получала нурофен. На второй день болезни появилась мелкоточечная сыпь на коже туловища, больше выраженная по боковым поверхностям грудной клетки и живота, со слов матери более яркая в подмышечных и паховых областях, в области локтевых сгибов, расцененная как «аллергическая». На фоне приёма антигистаминных препаратов сыпь не угасала. Мама отмечает, что «горло было красное, на гландах были сероватые наложения». К врачу не обращались, на 3-й день заболевания мама самостоятельно назначила кларитромицин, который девочка принимала в течение 7 дней. Сыпь сохранялась на протяжении 3-4-х дней, температура нормализовалась к пятому дню болезни, боли в горле прошли в эти же сроки. Мать заметила, что у ребенка «пластами сходит кожа с пальцев», в связи с чем обратились к педиатру.

Из анамнеза жизни: из детских инфекций перенесла ветряную оспу в 3 года. Привита по возрасту в соответствии с Национальным календарём профилактических прививок. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: температура тела 36,7°C. На коже лица нежное, мелкопластинчатое шелушение. На коже шеи, туловища, за ушами - отрубевидное шелушение. На коже кистей и стоп - шелушение пластинчатого характера, отслоение кожи пластами. В ротовой полости: язык незначительно обложен налётом, обращают внимание рельефно выступающие гипертрофированные сосочки. Слизистая задней стенки глотки, миндалин, нёбных дужек и язычка ярко-розовая. Миндалины рыхлые, налетов нет. Пальпаторно определяются лимфоузлы шейной, подмышечной и паховой групп: единичные, максимально до 1,5 см в диаметре, плотно-эластической консистенции, безболезненные. Аускультативно тоны приглушены, ЧСС 68 в минуту. АД 92/58мм рт.ст. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Физиологические отправления в норме.

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.

Ответ

1. Скарлатина в периоде реконвалесценции (средне-тяжелое течение - ангина с гнойными наложениями на фоне фебрильной лихорадки (температура выше 38,5), симптомы интоксикации: рвота, головная боль).

Обоснование:

В анамнезе - гнойная ангина.

При лёгком течении скарлатины ангина - катаральная. При средне-тяжелом и тяжелом течении - гнойная (фолликулярная, лакунарная) и некротическая. При тяжелой токсической форме может быть катаральной.

Характер и сроки высыпаний:

- сыпь мелкоточечная, более насыщенная на боковых поверхностях туловища и внизу живота, в естественных складках кожи, над разгибательными поверхностями суставов (симптом сгущения сыпи). Появилась одномоментно, в течение суток от начала заболевания, купировалась через 3 дня, не оставив пигментации

- симптом Пастиа (геморрагическое пропитывание кожи в виде тёмно-красных полос над сгибательными поверхностями конечностей - в подколенных ямках, в локтевых сгибах, в области паха. Также может наблюдаться в естественных складках кожи).

- шелушение кожи (отслоение пластами на кистях и стопах, нежное, мелкопластинчатое на лице, отрубевидное - на туловище), возникшее с конца 1 - начала 2й недели заболевания.

Изменения в зеве:

- выступающие, гипертрофированные сосочки («малиновый язык») - сохраняются в течение 2 - 3 недель от начала заболевания

Увеличение регионарных лимфоузлов, при этом они не спаяны, подвижны, безболезненны (что свидетельствует о перенесённой недавно инфекции).

Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы («скарлатинозное сердце»), обусловленное преобладанием парасимпатической регуляции: Границы относительной сердечной тупости расширены. Аускультативно тоны приглушены, систолический шум в I и V точках, брадикардия (68 в минуту), снижение АД до 92/58 мм.рт.ст. Данные изменения носят функциональный характер, бесследно проходят в течение 2 - 4 недель. В редких случаях данные изменения являются следствием поражения миокарда.

2. Обследование: А) Посев мазка из зева на предмет *Streptococcus pyogenes*

(Бета-гемолитический стрептококк группы А) с определением чувствительности к антибиотикам - с учётом того, что девочка принимала кларитромицин в течение 7 дней, а не 10ти, возможно, элиминации стрептококка не произошло.

Б) Общий анализ крови - возможны изменения, характерные для бактериальной инфекции (лейкоцитоз с нейтрофилёзом и сдвигом формулы влево) и ускорением СОЭ.

В) Общий анализ мочи - возможна небольшая лейкоцитурия и протеинурия

Г) Определение уровня С-реактивного белка - может быть повышение в связи с бактериальной инфекцией

Д) АСЛО - повышение титров на 10 - 14 день от начала заболевания с нарастанием в динамике

Е) ЭКГ - синусовая брадиаритмия (из-за преобладания парасимпатической регуляции)

Ж) ЭХО-КГ - с учётом этиологического агента (бета-гемолитический стрептококк группы А) возможно развитие поражения митрального клапана (вальвулита), миокардита.

3. В данном случае показаний к госпитализации нет.

Показания к госпитализации:

Тяжёлые (септические и токсико-септические) формы скарлатины (высокая лихорадка, спутанность сознания, менингеальные симптомы и др. неврологическая симптоматика),

отсутствие возможности изолировать больного

Лечение: в данной ситуации, в случае отрицательных результатов посева мазка из зева, нормальных контрольных результатов крови и мочи терапия не требуется.

Лечение скарлатины:

1. Антибактериальная терапия:

Или пенициллины, препарат выбора - Амоксициллин - 50 - 80 мг/кг в сутки (максимально - 1 г в сутки) - 10 дней.

Или цефалоспорины (цефиксим, цефалексин, цефуроксим) в возрастных дозировках - 10 дней

при невозможности применения пенициллинов (например, аллергические реакции) - или а) макролиды (препараты выбора - джозамицин, кларитромицин), или б) цефалоспорины III поколения (цефиксим) - в возрастных дозировках, длительность лечения - 10 дней.

2. Строгий постельный режим

3. Симптоматическое лечение (обильное питьё, механически щадящая диета, витаминотерапия). Текущая дезинфекция.

Задача 7.

В отделение гастроэнтерологии поступила девочка в возрасте 5 лет с диагнозом: хронический гастродуоденит. Данное заболевание было установлено 1,5 года назад на основании диспептических жалоб, абдоминалгий, данных ЭГДС. Поводом для настоящей госпитализации явилась субфебрильная лихорадка в вечернее время в течение трёх месяцев, самочувствие при этом оставалось удовлетворительным, гастроинтестинальные жалобы отсутствовали.

При сборе анамнеза выяснилось, что 1 год назад пациентка отдыхала в деревне, где был тесный длительный (2 месяца) контакт с кашляющим, выделяющим мокроту дедушкой, который считал себя здоровым, кашель объяснял курением.

Ежегодно ребёнку в плановом порядке проводилась реакция Манту: в 1 год - папула 10 мм, в 2 г. – 3 мм, в 3 г. – 3 мм, в 4 г. – 11 мм. БЦЖ проводилась в роддоме.

При осмотре в отделении: масса тела – 17 кг, рост – 107 см. Кожа – чистая, «тени» под глазами, сниженный тургор тканей, пальпировались периферические лимфоузлы (тонзиллярные, подмышечные, локтевые, паховые) размером до 1 см, плотные. Слизистые полости рта, зева – чистые, миндалины не увеличены. По внутренним органам – тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 104 в 1 мин. Дыхание в лёгких пуэрильное, проводилось во все отделы. Живот мягкий, безболезненный, печень выступала из-под рёберной дуги на 1,5 см, селезёнка не пальпировалась. Стул ежедневный, оформленный, мочеиспускание безболезненное.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 128 г/л, лейкоциты – $8,4 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 38%, лимфоциты – 52%, моноциты – 6%, СОЭ – 17 мм/ час.

Проведены иммунологические пробы: р.Манту – папула 9 мм, диаскинтест – папула 20 мм. На обзорной рентгенограмме грудной клетки – лёгочные поля прозрачны, инфильтрации нет, корни не расширены, тень сердца без особенностей. На компьютерной томограмме грудной клетки – правый корень расширен за счёт увеличенных внутригрудных лимфоузлов.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз, который явился причиной субфебрильной лихорадки.
2. Где должна пациентка получать терапию данного заболевания?
3. Назовите необходимые профилактические мероприятия.

Ответ

1. Туберкулёзный бронхоаденит, учитывая изменения на КТ грудной клетки в виде увеличенных бронхопульмональных лимфоузлов справа, положительную р. Манту и гиперэргический диаскинтест в 5 лет;

признаки хронической интоксикации, субфебрильную лихорадку. Заражение, вероятно, произошло в 4 года. Потенциальный источник инфекции – дедушка с кашлем, выделяющий мокроту.

2. Ребёнок должен наблюдаться и получать этиотропную терапию во фтизиатрическом стационаре.
3. Необходимо уточнить контакты пациентки на предмет источника туберкулёза. Кашляющий, выделяющий мокроту дедушка подлежит обследованию у фтизиатра с выполнением КТ грудной клетки.

Задача 8.

Мальчик 1 год на приеме у участкового педиатра с жалобами на: быструю утомляемость, слабость, периодически боли в животе, тошноту, плохой аппетит.

Беременность протекала с токсикозом, анемией, носительством Hbs Ag. Роды на 39 неделе через естественные родовые пути, масса при рождении – 2830 г, рост - 49 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. В периоде новорожденности длительная желтуха, мышечная гипотония. БЦЖ в роддоме, далее родители от вакцинации отказались. *Семейный анамнез: у матери – хронический гастрит, отец – химическая зависимость.*

При объективном осмотре: мальчик негативен к осмотру, пониженного питания. Кожа бледная, чистая от сыпи. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы размером до 1 см, безболезненные. Тоны сердца звучные, ритмичные, пульс 122 удара в минуту. В легких дыхание проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. Краевая субиктеричность склер. При глубокой пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень выступает из подреберья на 2 см, край ее закруглен. Селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, кашицеобразный. Дизурических явлений нет.

При обследовании: общий билирубин – 23,2 мкмоль/л (норма до 21 мкмоль/л), прямой – 5,2 мкмоль/л (норма до 5), АСТ – 126 ед/л (норма до 40), АЛТ – 103 ед/л (норма до 40), коэффициент де Ритиса – 1,2 (норма-1,3+-). Серологическое исследование: HBsAg+, Анти-HBcor IgG++, HBsAg+.

Вопросы:

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

Ответ

1. Хронический гепатит В, передача от матери к ребенку (HBs Ag у матери). Симптомы: серологические маркеры (HBsAg+, Анти-HBcor IgG++, HBsAg+), биохимические маркеры (синдром цитолиза). Клинические проявления: гепатомегалия, краевая субиктеричность склер, гипотрофия.
2. Общий анализ крови (лейкопения, лимфоцитоз, тромбоцитопения, анемия, замедления СОЭ), Б/х расширенная (общий белок, альбумин, ГГТ, ЩФ), коагулограмма., Определение ДНК вируса гепатита В методом ПЦР общий анализ мочи (уробилиноген и желчные пигменты), УЗИ органов брюшной полости.
3. Щадящая диета, дезинтоксикационная терапия, энтеросорбция. При хроническом процессе (высокая вероятность): интерфероны α -2a и α -2b (виферон, реаферон, реальдирон, роферон, интрон А и др.). Профилактика: вакцинация детям, рождённым от матерей, инфицированных HBV, иммунизация проводится по схеме 0–1–2–12 месяцев.

Задача 9.

Мальчик 15 лет болен в течение 5 дней. Из анамнеза установлено, что заболел остро, повысилась температура до 38,0°C, появилась головная боль. На 2-й день болезни заметили припухлость в области правой околоушной слюнной железы. На 4-й день – болезненность и припухлость в левой околоушной области. На 5-й день – болезненность и припухлость левого яичка. Температура все дни – 37,6-38,2°C.

При осмотре отмечается припухлость в области правой и левой околоушной, и левой подчелюстной слюнных желез. Кожа над ними не изменена. Заушная ямка справа и слева сглажены. На слизистой правой щеки и под языком выводные протоки слюнных желез гиперемированы. Левое яичко увеличено в размерах, болезненно при пальпации, кожа над ним гиперемирована.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз
2. Обоснуйте необходимость госпитализации
3. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции

Ответ

1. Эпидемический паротит, железистая форма: паротит, левосторонний орхит. Диагноз «эпидемический паротит» выставлен на основании данных анамнеза заболевания (заболел остро, температура до 38°C, с появления болей в околоушной области), данных объективного осмотра (припухлость в области правой и левой околоушной, и левой подчелюстной слюнных желез. Кожа над ними не изменена. Заушная ямка справа и слева сглажены. На слизистой правой щеки и под языком выводные протоки слюнных желез гиперемизированы). Диагноз «левосторонний орхит» поставлен на основании клинических данных (повторный подъем температуры на 5 день болезни, болезненность и припухлость левого яичка).
2. Госпитализации подлежат тяжелые формы эпидемического паротита к которым относится и орхит.
3. Изоляция больного. Экстренное извещение в органы Роспотребнадзора в течение 12 часов с момента выявления больного. Заключительная дезинфекция не проводится. Медицинское наблюдение за контактными детьми на 21 день с момента изоляции больного с ежедневным осмотром и термометрией. Детей старше 18 месяцев, бывших в контакте, не привитых и не болевших, в течение первых 72 часов после контакта прививают живой паротитной вакциной. При наличии противопоказаний к вакцинации возможно введение Иммуноглобулина человеческого 3 мл в/м.

Задача 10.

Мальчик 13 лет, заболел остро с повышения температуры тела до 38°C, появления припухлости в области околоушной железы справа, болей при жевании. Жаловался на боли в животе в области эпигастрия. Через 2 дня присоединилась припухлость и болезненность в области левой околоушной железы. Мать к врачу не обращалась, лечила ребенка домашними средствами, тепловыми компрессами. На 5-й день болезни стал жаловаться на боли в яичке и правом паху, боли усиливались при ходьбе. Госпитализирован.

Состояние при поступлении средней степени тяжести, температура тела – 39°C. Обе околоушные железы увеличены в размерах, слегка болезненны. Пальпация в области эпигастрия болезненна, беспокоит тошнота, периодически повторяющаяся рвота. Правое яичко увеличено в размере в 2 раза, плотное, болезненное, кожа над ним гиперемизирована. По другим органам – без патологии.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$,

Ц.п. – 0,95, лейкоциты – $8,2 \times 10^9/\text{л}$; п/я – 3%, с/я – 63%, л – 21%, м – 12%, плазматические клетки – 1%, СОЭ – 8 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1020, белок – нет, глюкоза – нет, эритроц. – единицы, лейкоциты – 2 – 3 в п/з,

Биохимия крови – панкреатическая амилаза 250 ед/л (норма до 80), липаза – 170 ед/л), СРБ – 8,1 г/л (норма до 8,2)

В посеве слизи из ротоглотки: патогенная микрофлора не обнаружена.

Задания

1. Поставьте клинический диагноз. Какие методы обследования необходимы для подтверждения этиологии заболевания?
2. Как может проявляться синдром поражения нервной системы при данном заболевании?
3. Перечислите контингент контактных лиц для экстренной иммунизации и сроки ее проведения?

Ответ

1. Эпидемический паротит, типичная форма, средней степени тяжести
Молекулярно-биологический метод (ПЦР диагностика) – выявление РНК вируса, серологический метод (РСК, РТГА) – выявление иммуноглобулинов класса М (IgM) к вирусу эпидемического паротита; исследуют парные сыворотки (первая берется в начале заболевания, вторая – через 2-3 недели).
2. При эпидемическом паротите возможно поражение центральной и периферической нервной системы (менингит, менингоэнцефалит, миелиты, энцефаломиелиты, мононевриты)
3. Иммунизации против эпидемического паротита по эпидемическим показаниям подлежат лица, имевшие контакт с больным (при подозрении на заболевание): не болевшие эпидемическим паротитом ранее, не привитые (или однократно привитые), с неизвестным инфекционным и прививочным анамнезом, а также лица, у которых при серологическом обследовании не выявлены антитела в защитных титрах к вирусу эпидемического паротита. Иммунизация против эпидемического паротита по эпидемическим показаниям проводится в течение 7 дней с момента выявления первого больного в очаге.

Задача 11.

Мальчик 5 лет, болен в течение 5 дней. Заболел остро с повышения температуры тела до 38,3С, кашля, боли в горле.

Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными отрицают. От профилактических прививок отказ.

При осмотре состояние тяжелое за счет выраженного интоксикационного синдрома, билатерального отека шеи. Вялый, аппетит отсутствует.

Кожные покровы чистые от сыпи. Миндалины отечные, с белыми пленками, кровоточат. Выражен отек в области шеи, распространяющийся до ключиц.

При аускультации легких, сердца патологические шумы не выслушиваются. АД 110/90, ЧСС 153 уд/мин, ЧДД 22 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Паренхиматозные органы не увеличены.

Результаты анализа крови: лейкоциты – $22,6 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы 74%, лимфоциты 12%, моноциты 11%, тромбоциты $80 \times 10^9/\text{л}$.

Тест Элека положительный.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте.
2. Определите круг диагностического поиска до получения результата посева.
3. Сформулируйте тактику лечения врача-педиатра.

Ответ

1. Поставьте диагноз, обоснуйте.

Основной: Дифтерия ротоглотки, вызванная токсигенными коринебактериями, токсическая форма II степени.

Обоснование:

- Синдром интоксикации (слабость, отсутствие аппетита) с фебрильной лихорадкой;
- Характерные наложения на миндалинах;
- Наличие отека с распространением до ключицы определяет тяжесть заболевания;
- Положительный результат посева с определением токсигенности бактерии.

2. Определите круг диагностического поиска до получения результата посева.

- инфекционный мононуклеоз;
- заглоточный абсцесс;
- острый эпиглоттит;
- острый стрептококковый тонзиллит

3. Сформулируйте тактику лечения врача-педиатра.

- Постельный режим в течение всего острого периода болезни в условиях инфекционного стационара;
- Введение антитоксической противодифтерийной сыворотки внутривенно после проведения теста на гиперчувствительность;
- Антибактериальная терапия (1 линия - бензилпенициллины, при непереносимости: цефалоспорины);
- ГКС с целью уменьшения отека

Задача 12.

На приеме мальчик 6,5 лет с мамой. Направлен на консультацию в связи с постоянной заложенностью носа, частыми респираторными заболеваниями, иногда протекающими с бронхообструктивным синдромом.

Из анамнеза известно: ребенок от первой, нормально протекавшей беременности, первых срочных родов. Находился на грудном вскармливании до 3 месяцев, далее смешанное вскармливание с использованием адаптированных молочных смесей, с 6 месяцев переход полностью на искусственное вскармливание. С 3-х месячного возраста возникли проявления атопического дерматита. Мама вела пищевой дневник и отмечала связь обострений с употреблением молочных продуктов, а затем и яиц. На фоне соблюдения элиминационной диеты обострения стали редкими, в настоящее время не чаще 1-2 раза в год только в зимний период. С 3-х лет начал посещать ДДУ, переносил частые ОРВИ, после которых длительно сохранялось затрудненное носовое дыхание, храп по ночам. Последние 2 года затруднение носового дыхания стало беспокоить практически постоянно. В апреле и мае появляется слезотечение, зуд глаз. ОРВИ стал болеть реже, но 2-3 раза в год они протекают с обструктивным синдромом, в том числе в весенний период. В квартире есть кошка, пылесборники, плесень в ванной комнате. Наследственность по аллергии отягощена по линии отца – поллиноз. Профилактические прививки согласно национальному календарю.

При осмотре - кожные покровы сухие, без высыпаний. Зев рыхлый, миндалины гипертрофированы до II степени, задняя стенка глотки зернистая, носовое дыхание затруднено, слизистая носа отечная с цианотичным оттенком, в носовых ходах – прозрачная слизь, мацерация кожи вокруг носа. В легких – везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичны, звучные. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Общий анализ крови: Нб – 136 г/л, Эр - $4,73 \times 10^{12}/л$, тромбоциты – $273 \times 10^9/л$, лейкоциты – $7,1 \times 10^9/л$, п/я - 3%, с/я - 38%, лимф - 41%, моноцит - 10%, эозинофилы – 6%, СОЭ - 5 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 80 мл, относительная плотность - 1015, лейкоциты – 0-1 в п/з, эритроциты - нет.

Исследование ФВД: ОФВ₁ 99%; МОС₂₅ 89%; МОС₅₀ 85%; МОС₇₅ 83%. После ингаляции 300 мкг сальбутамола: ОФВ₁ 102%; МОС₂₅ 92%; МОС₅₀ 91%; МОС₇₅ 96%

Аллергологическое обследование (иммуноферментный анализ): общий IgE 1050 (норма 0-70) специфические IgE - молоко коровье – 0 класс; яйцо – 2 класс; микроскопические грибы (панель)-2 класс; эпителий/перхоть кошки – 3; клещ домашней пыли – 4 класс; пыльца деревьев ранних -1 класс; пыльца деревьев поздних -3 класс.

PRIK- тест: клещ домашней пыли +++++, береза +++, полынь++

Вопросы к задаче:

1. Поставьте диагноз согласно общепринятой классификации и обоснуйте его.
2. Составьте и обоснуйте план лечения.
3. Какие критерии можно использовать в качестве маркера эффективности проводимой терапии? Показано ли данному пациенту проведение АСИТ?

Ответ

1. Поставьте диагноз согласно принятой классификации и обоснуйте его. Персистирующий аллергический ринит. Аллергический риноконъюнктивит, вызванный сенсебилизацией к пыльце растений (поллиноз). Атопический дерматит, детская форма, легкое течение, неполная клиническая ремиссия. Сенсебилизация к бытовым, пылевым, эпидермальным, грибковым и пищевым аллергенам. Диагноз поставлен на основании жалоб, данных анамнеза и осмотра (в том числе изменения слизистой носоглотки, гипертрофия миндалин), наличияотягощенного семейного аллергоанамнеза (у папы поллиноз), данных лабораторного (ОАК, ИФА) обследования и PRIK- тестов. Наличие ОРВИ с обструктивным синдромом позволяют отнести данного ребенка к группе риска по формированию бронхиальной астмы, однако в настоящее время данных за данное заболевание нет.

2. Назначьте и обоснуйте план лечения.

Элиминационные мероприятия: создание гипоаллергенного быта, элиминационные мероприятия и барьерные способы защиты слизистых в весенний период, использование антигистаминных препаратов при обострении аллергического ринита (в том числе сезонного) и для купирования зуда при обострении атопического дерматита, топические назальные спреи с гкс и противовоспалительные средства для кожи, регулярное применение эмоленов.

3. Какие критерии можно использовать в качестве маркера эффективности проводимой терапии? Показано ли данному пациенту проведение АСИТ?

Восстановление носового дыхания. Достижение контроля над симптомами ринита и дерматита. Возможно проведение АСИТ с целью лечения бытовой сенсебилизации (клещи домашней пыли), инициируется вне обострения, проводится круглогодично. Возможно проведение АСИТ с целью лечения пылевой сенсебилизации (поздние деревья), инициируется вне обострения за 4 месяца до начала пыления и заканчивается с окончанием поллинииции.

Задача 13.

На приеме мальчик 9 лет с мамой. Направлен на консультацию в связи с жалобами на длительный сухой кашель, который усиливается ночью, частые ОРВИ, протекающие с обструктивным синдромом.

Из анамнеза известно: ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом, от первых срочных родов. Находился на грудном вскармливании

до 4 месяцев. С возраста 4х месяцев дебют атопического дерматита в виде локализованных высыпаний на щеках на пищевые продукты: коровье молоко, яблочный сок, курицу. С 3х лет клиническая ремиссия. С 4х лет посещает ДДУ, переносит ОРВИ 5-6 раз в год. Последние 2 года переносит ОРВИ 3-4 раза в год, но они всегда протекают с обструктивным синдромом, с потребностью в ингаляционной терапии. Вне течения ОРВИ беспокоит сухой кашель, который может усиливаться во время уборки в квартире, на морозном воздухе, раз в неделю случаются ночные приступы затрудненного дыхания, которые мама купирует с помощью ингаляций с беродуалом. В квартире есть кошка, пылесборники. Семейный аллергоанамнез отягощен: мать – поллиноз. Профилактические прививки согласно национальному календарю.

При осмотре - кожные покровы чистые, сухие. Зев рыхлый, миндалины гипертрофированы II степени, задняя стенка глотки зернистая, носовое дыхание затруднено, слизистая носа отечная с цианотическим оттенком, в носовых ходах – прозрачная слизь. В легких – жесткое дыхание, при форсированном дыхании выслушиваются сухие свистящие хрипы на выдохе. Тоны сердца ритмичны, звучные. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание без патологии.

Лабораторные исследования:

Общий анализ крови: Нб – 143 г/л, Эр – $5,4 \times 10^{12}/л$, тромбоциты – $289 \times 10^9/л$, лейкоциты – $5,3 \times 10^9/л$, п/я- 2%, с/я- 36%, лимф-57%, моноцит-9%, эозинофилы – 3%, СОЭ – 14 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 120 мл, относительная плотность – 1015, лейкоциты – 0-2-1 в п/з, эритроциты – нет.

Рентгеновский снимок носоглотки - аденоидные вегетации 1-2 степени.

Спирометрия – ОФВ₁ 74%; МОС₂₅ 68%; МОС₅₀ 63%; МОС₇₅ 59%. После ингаляции 300 мкг сальбутамола: ОФВ₁ 93%; МОС₂₅ 99%; МОС₅₀ 85%; МОС₇₅ 90%.

Аллергологическое обследование (иммуноферментный анализ): общий IgE 256 (норма 0-70) специфические IgE – молоко коровье – 1 класс; грибы (панель)-1 класс; эпидермис кошки – 2; клещ домашней пыли – 3; пыльца деревьев ранних -0 класс; пыльца деревьев поздних -0 класс.

PRIK- тест: клещ домашней пыли +++++, береза -, кошка+++

Вопросы к задаче:

1. Поставьте диагноз согласно общепринятой классификации и обоснуйте его.
2. Составьте и обоснуйте план лечения.
3. Дайте рекомендации по диспансерному наблюдению после выписки. Какие критерии можно использовать в качестве маркера эффективности проводимой терапии? Показано ли проведение АСИТ данному пациенту?

Ответ

1. Поставьте диагноз согласно принятой классификации и обоснуйте его. Бронхиальная астма, atopическая, персистирующая средней тяжести, обострение. Впервые установленная, поэтому медикаментозный контроль оценить не можем. Персистирующий аллергический ринит. Atopический дерматит, детская стадия, клиническая ремиссия. Сенсебилизация к бытовым и эпидермальным аллергенам. Диагноз поставлен согласно данным анамнеза (анамнез заболевания – ОРВИ с обструктивным синдромом, длительный сухой кашель вне течения ОРВИ, ухудшение после контакта с триггерами, ночные приступы, эффективность бронхолитиков), отягощенный алергоанамнез ребенка (атопический дерматит в младшем возрасте, персистирующий аллергический ринит, отягощенного семейного анамнеза (у мамы поллиноз), данных осмотра (данные риноскопии, свистящие хрипы при аускультации), данных лабораторного (ИФА, РИК- тесты) и инструментального обследования (исследование функции внешнего дыхания).

2. Назначьте план лечения.

Элиминационные мероприятия: гипоаллергенный быт, инициация базисной терапии: с учетом установленной степени тяжести, данных спирометрии терапия базисная терапия согласно GINA 3- фиксированные комбинации ИГКС/ДБА- 3 месяца с осуществлением контроля ПФВ в домашних условиях, ФВД в условиях медицинского учреждения. При достижении контроля переход на более легкую ступень. В комплексной терапии показано назначение антигистаминных препаратов, топических ГКС для коррекции персистирующего аллергического ринита, использование эмоленов для увлажнения кожи, КДБА в режиме по потребности.

3. Дайте рекомендации по диспансерному наблюдению после выписки.

Какие критерии можно использовать в качестве маркера эффективности проводимой терапии? Показано ли проведение АСИТ данному пациенту?

Показатели исследования функции внешнего дыхания, данные ПФВ, динамика кашля, отсутствие ночных приступов, восстановление носового дыхания. Инициация АСИТ (клещи домашней пыли) показана вне периода обострения.

Задача 14.

Мальчик К. 11 месяцев на приеме у врача-педиатра участкового с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 7,0 кг), появление одышки и периорального цианоза при физическом или эмоциональном напряжении.

Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с двухмесячного возраста, при кормлении отмечалась быстрая

утомляемость вплоть до отказа от груди. Бронхитами и пневмониями не болел.

При осмотре: кожные покровы с цианотичным оттенком, периферический цианоз, симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Область сердца визуально не изменена, границы относительной сердечной тупости: левая – по левой средне-ключичной линии, правая – по правой парастернальной линии, верхняя – II межреберье. Тоны сердца звучные. ЧСС – 140 ударов в минуту. Вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум жесткого тембра, II тон ослаблен во втором межреберье слева. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 40 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется.

Дополнительные данные исследования по cito:

Общий анализ крови: гематокрит – 49% (норма - 31-47%), гемоглобин – 170 г/л, эритроциты – $5,4 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель – 0,91, лейкоциты – $6,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 30%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 60%, моноциты - 6%, СОЭ – 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, удельный вес – 1004, белок – отсутствует, глюкоза – нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Укажите особенности гемодинамики.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента до госпитализации. Какие изменения возможны на рентгенограмме?
3. Необходимо ли назначение сердечных гликозидов у данного больного до осмотра кардиолога?

Ответ

1. Врожденный порок сердца, по синему типу. Характерно обеднение малого круга кровообращения.
2. План обследования:
 - Измерение АД: на правой руке и любой ноге;
 - ЭКГ;

- Рентгенография органов грудной клетки;
- ЭХО-КГ;
- Консультация врача-кардиолога.

Рентгенологическое исследование органов грудной полости позволяет выявить характерную для этого порока картину: повышенная прозрачность легочных полей за счет обеднения легочного рисунка; форма сердечной тени, не увеличенной в размерах, глубокая талия сердца.

3. Применение сердечных гликозидов до осмотра кардиолога не показано, так как может усиливать одышно-цианотические приступы.

Задача 15.

Мальчик С. 15 лет пришел на прием к врачу-педиатру участковому с жалобами на «кислую» отрыжку, изжогу, чувство тяжести после приема пищи, осиплость голоса по утрам и ощущения «кома в горле».

Анамнез заболевания. Первые симптомы: отрыжка воздухом или кислым, изжога появилась 4 месяца назад; последние 3-4 недели изжога после каждого приема пищи, усиливающаяся при наклонах, особенно во время игры в боулинг; утром на подушке отмечает следы мокрых пятен.

Анамнез жизни. Рос и развивался в соответствии с возрастом. Привит по национальному календарю. Помимо школы дополнительно занимается иностранным языком, борьбой. 4-5 раз в неделю питается в пунктах общепита. Последние полгода не соблюдает режим питания, часто принимает пищу непосредственно перед тренировкой, ест на ночь.

Аллергоанамнез не отягощен.

Травмы и операции отрицает.

Наследственный анамнез. Мать страдает хроническим гастродуоденитом, отец - язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Родители курят.

При осмотре: физическое развитие среднее, гармоничное, кожа чистая, влажная. Язык обложен белым налетом. Задняя стенка глотки гиперемирована, фолликулы гипертрофированы по типу «булыжной мостовой». В легких без патологии. Тоны сердца звучные, экстрасистолия. ЧСС 98 в мин. АД 110/70 мм рт. ст.. Живот доступен пальпации. Болезненность при глубокой пальпации высоко в эпигастрии. Симптом Менделя отрицательный. Печень и селезенка не пальпируется. Толстый кишечник не спазмирован. Стул со склонностью к задержке до 36 часов, плотный (чаще 3 тип по Бристольской шкале). Дизурических симптомов

нет.

Вопросы:

- 1.Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 2.Составьте план обследования пациента.
- 3.Составьте план лечения больного. Препараты какой группы антисекреторных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии?

Ответ

1. Осн. ГЭРБ с эзофагитом. Соп. Хронический фарингит. Нарушение ритма. Фон - Функциональный запор.
2. Проведение ФЭГДС (пробная терапия ИПП на 8 недель). ЭКГ. Стандартные лабораторные обследования (общий анализ и биохимия крови, общий анализ мочи). УЗИ ОБП для исключения сопутствующей патологии.

Антирефлюксный режим. Диета с исключением жирных, острых, жареных продуктов. Прием пищи не позднее чем за 1 час до тренировки и не позднее чем за 2 часа до сна. Препараты ИПП в дозе 40 мг (омепразол, эзомепразол) на 8-12 недель. Корректор моторики (тримебутин). Осмотические слабительные для коррекции запора. Консультация кардиолога. Наблюдение гастроэнтеролога.

Задача 16.

Подросток 16 лет обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на боли в эпигастральной области, возникающие преимущественно после приема жирной пищи, отрыжку воздухом, периодически привкус горечи во рту, редко изжогу.

Анамнез заболевания. Около 6 месяцев назад появились боли в животе и изжога. Первое время эти симптомы возникали периодически, в основном после переедания, но в последний месяц симптомы стали навязчивыми, вызывали значительный дискомфорт. Мальчик стал быстро уставать, ухудшилась успеваемость в школе. Питание с большими перерывами, злоупотребляет едой всухомятку. Курит по 1-2 сигареты в день. Алкоголь – пиво 1-2 раза в месяц.

Анамнез жизни. Раннее развитие без особенностей. Наблюдается аллергологом с диагнозом: атопический дерматит. Наследственный анамнез: отягощен по онкологии: рак желудка у отца.

Объективно: состояние средней тяжести за счет болевого и диспептического синдромов, рост 180 см, вес 65 кг. Кожа бледная, сухая. В подмышечных впадинах, паховой области – локальный гипергидроз. Язык влажный, густо обложен бело-желтым налетом, неприятный запах изо рта. Зубы санированы. Живот при пальпации болезненный в центре эпигастрия, пилорoduоденальной зоне. Печень не увеличена. Стул 1 раз в сутки,

оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: гемоглобин - 128 г/л, цветной показатель - 0,91, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты - $7,4 \times 10^9$ /л; палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 53%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 36%, моноциты - 7%, СОЭ - 6 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 74 г/л (64-83), АлАТ - 17 Ед/л (до 40), АсАТ - 22 Ед/л (до 40), ЩФ - 138 Ед/л (40-130), амилаза - 100 Ед/л (25-100), общий билирубин - 15 мкмоль/л (до 20).

ФЭГДС – слизистая пищевода в нижней трети гиперемирована, отечна, гиперемия по типу «языков пламени», на задней стенке эрозия до 0,3 см, кардия смыкается недостаточно, находится ниже пищеводного отверстия диафрагмы, в желудке желчь, слизистая антрального отдела гиперемирована, умеренно отечна. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарных отделов розовая. Гистологическое исследование, результат: хронический выраженный умеренно активный гастрит, Нр +.

Вопросы:

- 1.Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 2.Назовите этиопатогенетические причины и предрасполагающие факторы для возникновения данной патологии у детей старшего возраста.
- Перечислите осложнения данной патологии у детей.
- 3.Перечислите принципы лечения данного ребенка.

Ответ

1. Хронический НР-ассоциированный гастрит. ГЭРБ (рефлюкс-эзофагит, степень А по классификации ЛА). Диагноз на основании анамнеза, осмотра, данных ФЭГДС и гистологии.
2. Генетическая предрасположенность, вредные привычки, НР, ДГР.
3. Здоровое питание, режим питания, антирефлюксный режим, убрать вредные привычки. Эрадикационная терапия на 14 дней. ИПП продолжит до 3 месяцев.

Задача 17.

Новорожденный ребенок выписан из родильного дома на 6 сутки жизни. На 7 сутки - первый патронаж участкового педиатра.

Из анамнеза известно: молодые родители - маме 29 лет, III беременность, первые роды (I-я, II-я - мед. аборт). Наблюдалась в женской консультации нерегулярно. Гинекологический анамнез отягощен – эрозия шейки матки нелеченая, за полгода до наступления беременности перенесла кольпит, вагинальный кандидоз. Беременность со склонностью к перенашиванию, дважды во второй половине ОРВИ. Роды на 42-ой неделе, самостоятельные, с родовым излитием околоплодных вод (безводный промежуток - 9 часов). Вес - 3020, рост - 51.0 см, после родов совместное пребывание матери и ребенка.

На 3 сутки - начался гнойный двусторонний конъюнктивит. В родильном доме закапывали альбуцид (сульфацил натрия 20%), выписан на 6 сутки из-за мамы (повторная ревизия полости матки из-за однократного повышения температуры).

На 7 сутки жизни вес 2890, вскармливание смешанное (докорм смесь), вновь появление гнойного отделяемого, преимущественно из правого глаза: при этом выраженный отек и гиперемия конъюнктивы справа, там же слезостояние, при надавливании на слезный мешок - появление капельки гнойного отделяемого в углу глаза.

По внутренним органам - без особенностей, неврологический статус соответствует периоду новорожденности, адаптационному периоду. Назначено - промывание глаз кипяченой водой три раза в день, продолжить закапывать альбуцид тоже три раза в день.

Вопросы к задаче:

1. Ваш предполагаемый диагноз, его обоснование
2. Оценка тактики участкового педиатра, Ваш план ведения больного. Рациональная терапия в данном конкретном случае.
3. Какие осложнения возможны при данном заболевании в отсутствии лечебных мероприятий.

Ответ

1. Дакриоцистит новорожденного. Развитие на этом фоне бактериального конъюнктивита.

Обоснованием - осложненный гинекологический анамнез матери (нелеченная эрозия шейки матки, кольпит, вагинальный кандидоз), поздняя выписка из родильного дома, слезостояние и слезотечение преимущественно с одной стороны, отек века и гиперемия конъюнктивы с этой же стороны и главное - при надавливании на область слезного мешка - появление отделяемого из нижней слезной точки.

2. Недостаточная терапия назначенная уч. педиатром. Необходимы более частые промывания глаз - до 6 раз в сутки (хлоргексидин, фурациллин), закапывание антибактериальных капель широкого спектра действия - флоксал, тобрекс, массаж области слезного мешка. Консультация врача - офтальмолога.

Абсцесс слезного, мешка флегмона орбиты.

Задача 18.

Мальчик 12 лет пришёл с матерью на приём к врачу-педиатру участковому с жалобами на «кислую» отрыжку, изжогу, осиплость голоса по утрам и ощущения «кома в горле», нерегулярный стул.

Рос и развивался в соответствии с возрастом. Привит по национальному календарю. Мать: 36 лет, хронический гастродуоденит. Отец: 38 лет, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Родители курят.

Мальчик помимо школы дополнительно занимается иностранным языком, увлекается боулингом. Вредных привычек нет. 4-5 раз в неделю питается в пунктах быстрого питания. Первые симптомы (отрыжка воздухом или кислым, изжога) появились 6 месяцев назад; последние 3-4 недели изжога после каждого приёма пищи, усиливающаяся при наклонах, особенно во время игры в боулинг; утром на подушке отмечает следы мокрых пятен. Склонность к запору с возраста 3 лет.

При осмотре: вес 41 кг, рост 154 см, кожа чистая, влажная. Язык обложен белым налётом. В лёгких без патологии. Тоны сердца звучные, экстрасистолия. Живот доступен пальпации. Болезненность при глубокой пальпации высоко в эпигастрии. Симптом Менделя отрицательный. Печень и селезёнка не пальпируются. При пальпации толстого кишечника сигмовидная кишка плотная. Стул со склонностью к задержке до 2-3 суток, плотный, периодически фрагментированный (тип 2 по Бристольской шкале). Дизурических симптомов нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Составьте план лечения больного.

Ответ

Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, рефлюкс-эзофагит. Функциональный запор. Диагноз «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь» поставлен на основании типичных эзофагеальных (пищеводных) симптомов: отрыжка «кислым», изжога, усиливающаяся при физических нагрузках, наклонах, симптом «мокрого пятна», внепищеводных (экстраэзофагеальных): осиплость голоса по утрам и ощущения «кома в горле».

Диагноз "функциональный запор" выставлен на основании данных анамнеза (запор с 3 лет - возраст начала посещения ДШУ, осмотра, характеристики стула)

2. Составьте план дополнительного обследования пациента.

Пациенту рекомендовано: ЭФГДС, при возможности 24-часовая рН метрия, ЭКГ.

3. Составьте план лечения больного.

Рекомендации по изменению стиля жизни. После приёма пищи не ложиться в течение часа. Последний прием пищи за 2-3 часа до сна. Спать с приподнятым головным концом кровати на 15 см. Снизить объём принимаемой пищи и жиров, увеличить долю белков. Увеличить количество

клетчатки за счет фруктов, овощей и злаков. Антисекреторные препараты, антацидные препараты, слабительные.

Из антисекреторных препаратов предпочтительны ингибиторы протонного насоса, рассматривающиеся как средства первой линии. Осмотические слабительные, предпочтительно препараты макрогола - доза подбирается индивидуально.

Задача 19.

Мальчик, 1 года 4 месяцев, поступил в клинику с жалобами матери на снижение аппетита у ребенка, вялость, извращение вкуса (лизет стены, ест землю).

Из анамнеза известно, что ребенок от I беременности, протекавшей с анемией во второй половине (лечения анемии мать во время беременности не получала), I срочных, нормальных родов. Масса тела при рождении 3250 г, длина – 53 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. На грудном вскармливании находился до 2 месяцев. Затем вскармливание смесью "Агу", с 5 месяцев введен прикорм – манная каша, творог, с 9 месяцев – овощное пюре, с 11 месяцев – мясное пюре (ел плохо). Прививки сделаны по возрасту. Перед проведением прививок анализы крови и мочи не делали. В возрасте 1 года мальчик был отправлен в деревню, где питался, в основном, коровьим молоком, кашами, овощами и ягодами; от мясных продуктов отказывался. Там же впервые обратили внимание на извращение аппетита. По возвращении в город обратились к врачу. Было проведено исследование крови, где обнаружено снижение уровня гемоглобина до 87 г/л, и ребенок был госпитализирован.

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

Общий анализ крови: Нб – 85 г/л, Эр – $3,1 \times 10^{12}$ /л, Ц. п. – 0,71, Ретикулоциты – 1,9%, Лейкоциты – $7,2 \times 10^9$ /л, п/я нейтрофилы - 2%, с/я нейтрофилы - 20%, эозинофилы - 4%, лимфоциты - 64%, моноциты - 10%, СОЭ – 6 мм/час. Выражены анизоцитоз эритроцитов, микроцитоз.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, мочевины – 3,2 ммоль/л, билирубин общий – 15,5 мкмоль/л, калий – 4,3 ммоль/л, натрий – 138 ммоль/л, кальций ионизированный – 1,0 ммоль/л (норма – 0,8-1,1), фосфор – 1,2 ммоль/л (норма – 0,6-1,6), железо сыворотки – 5,3 мкмоль/л (норма – 10,4-14,2), железосвязывающая способность сыворотки – 97,9

мкмоль/л (норма – 63,0-80,0), свободный гемоглобин – не определяется (норма – нет).

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

Анализ кала на скрытую кровь (троекратно): отрицательно.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Какие причины способствовали развитию заболевания у данного ребенка?
2. Какое лечение необходимо назначить ребенку? Какова продолжительность курса лечения и реабилитационного периода при данном заболевании?
3. Каким препаратам в настоящее время отдаётся предпочтение при терапии подобных состояний?

Ответ

1. Железодефицитная анемия средней степени тяжести. Развитию заболевания у данного ребенка способствовали: дефицит железа в организме матери во время беременности; недостаточное поступление железа с пищей (раннее искусственное вскармливание, использование неадаптированных молочных смесей, несвоевременное и неправильное введение прикормов, вскармливание коровьим молоком, молочно-вегетарианский рацион, несбалансированная диета, лишенная мясных продуктов).

2. Необходимо:

лечение пероральными препаратами железа, желательно в жидкой форме (сироп Феррум Лек, капли Мальтофер). Суточная лечебная доза составляет 5 мг х массы в кг). Курс лечения до нормализации уровня гемоглобина, ферритина.

полноценная сбалансированная по основным ингредиентам диета.

соблюдение режима дня с достаточным пребыванием на свежем воздухе.

Длительность основного курса лечения железодефицитной анемии препаратами железа зависит от степени тяжести анемии. Критерием отмены препарата является восстановление депо железа – уровня сывороточного ферритина. Прием терапевтической дозы происходит до нормализации уровня гемоглобина и эритроцитов крови (6-10 неделя от начала терапии в зависимости от степени тяжести анемии). Создание депо: при анемии легкой и средней степени – 3-6 недель (суточная доза элементарного железа при этом должна соответствовать 2-3 мг/кг), при анемии тяжелой степени – 4-8 недель (суточная доза элементарного железа при этом должна соответствовать 2-3 мг/кг).

3. В настоящее время для лечения железодефицита отдается предпочтение препаратам железа в виде гидроксид-полимальтозного комплекса трехвалентного железа (Феррум Лек, Мальтофер). Преимущественно используются препараты железа для перорального приема, у детей раннего возраста лучше использовать препараты, выпускаемые в жидкой форме. Эти

препараты удобны тем, что имеют высокую биодоступность, их прием не требуется сочетать с приемом пищи, не требуют методики постепенного наращивания дозы, т.к. обладают высокой безопасностью, имеют хорошие органолептические свойства.

Задача 20.

Девочка, 1 год, поступила в клинику с жалобами матери на общую слабость ребенка, снижение аппетита, выраженную бледность кожи.

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

Анамнез жизни: ребенок от I, нормально протекавшей беременности и родов. Масса тела при рождении 3280 г, длина 51 см. С 2-недельного возраста ребенок находится на искусственном вскармливании смесью "Малютка" (мать – студентка дневного отделения университета). С 4-месячного возраста девочку отправили к бабушке в деревню, где она вскармливалась козьим молоком, соками, овощами с собственного огорода. Мясо практически не получала, так как отказывалась от еды, если в ее состав входило мясо (со слов бабушки). Часто ела землю. Врачами все это время не наблюдалась, ничем не болела, профилактические прививки не сделаны.

При поступлении в стационар состояние ребенка расценено как тяжелое. Девочка вялая, почти безразлична к окружающему. На осмотр реагирует вяло. Кожа и видимые слизистые очень бледные с желтоватым оттенком, склеры светлые. Ушные раковины в проходящем свете желтовато-зеленоватой окраски. В углах рта "заеды". В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, на верхушке и над областью крупных сосудов выслушивается систолический шум мягкого тембра. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень на 3,0 см ниже реберного края. Селезенка пальпируется у края подреберья, мягко-эластической консистенции. Моча светлая, стул 1-2 раза в день. Психофизическое развитие соответствует возрасту 9-10 мес. Масса тела ребенка 10 кг.

Общий анализ крови: Нб – 60 г/л, Эр – $2,6 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,63, Ретик. – 1,5%, Лейк – $7,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 4%, п/я нейтрофилы - 2%, с/я нейтрофилы - 20%, лимфоциты - 64%, моноциты - 10%, СОЭ – 14 мм/час

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, мочевины – 3,2 ммоль/л, билирубин общий – 19,5 мкмоль/л, калий – 4,3 ммоль/л, натрий – 138 ммоль/л, кальций ионизированный – 1,0 ммоль/л (норма – 0,8-1,1), фосфор – 1,2 ммоль/л (норма – 0,6-1,6), железо – 4,1 мкмоль/л (норма – 10,4-14,2), железосвязывающая способность сыворотки – 103 мкмоль/л (норма – 63,0-80,0), свободный гемоглобин – не определяется (норма - нет)

Общий анализ мочи: без патологии.

Анализ кала на скрытую кровь (троекратно): отрицательно.

Вопросы к задаче:

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

Ответ

1. Диагноз: Железодефицитная анемия, тяжелой степени. Обоснование диагноза: диагноз поставлен на основании жалоб на общую слабость, снижение аппетита, бледность кожи; на основании анамнеза: ребенок находился на раннем неправильном искусственном вскармливании, получал молочнорастительную пищу, мясные продукты в рационе отсутствовали; отмечалось извращение вкуса; при диспансеризации у ребенка выявлено снижение уровня гемоглобина до 76 г/л и цветового показателя до 0,53; на основании объективных данных – девочка вялая, почти безразлична к окружающему, кожа и видимые слизистые очень бледные с желтоватым оттенком, ушные раковины на просвет желтовато-зеленоватой окраски, в углах рта "заеды", тоны сердца приглушены, систолический шум мягкого тембра, увеличение печени, отставание психомоторного развития; на основании лабораторных данных - снижение Hb до 60 г/л, Эр – до $2,6 \times 10^{12}/л$, снижение ЦП, ускорение СОЭ, в б/х анализе крови – снижение уровня сывороточного железа и повышение ОЖСС. Причины: Недостаточное поступление железа с пищей (раннее искусственное вскармливание, вскармливание козьем молоком, молочно-вегетарианский рацион, несбалансированная диета, лишенная мясных продуктов).
2. Терапия: препараты железа на основе гидроксид полимальтозата в дозировке 5 мг/кг в сутки (например, мальтофер) до нормализации уровня гемоглобина с последующим ежемесячным контролем показателей крови.

Полноценная сбалансированная по основным ингредиентам диета

Применение внутривенных препаратов железа показано пациентам с расстройствами всасывания вследствие предшествующей обширной резекции кишечника, пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника (язвенный колит, болезнь Крона) и синдромом мальабсорбции, пациентам с ХБП в преддиализном и диализном периодах, а также в случае необходимости получить быстрый эффект в виде восполнения запасов железа и повышения эффективности эритропоэза (например, перед большими оперативными вмешательствами)

Соблюдение режима дня с достаточным пребыванием на свежем воздухе

Показано ли переливание эритромаcсы при данном заболевании: не рекомендуется применять трансфузии эритроцитарной массы даже в случаях тяжелой ЖДА, поскольку она развивается постепенно и ребенок адаптируется к анемизации. **Рекомендуется** проведение гемотрансфузионной терапии по индивидуальным показаниям пациентам с ЖДА тяжелой степени и пациентам с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией, если есть риск декомпенсации состояния на фоне анемии.

3. Каковы особенности диетотерапии при данном заболевании?

Рекомендуется исключительно грудное вскармливание до 4-6 месяцев жизни (концентрация железа в женском молоке составляет всего 0,2-0,4 мг/л, однако этого достаточно для обеспечения потребностей растущего организма ребенка в железе благодаря его высокой биодоступности (50%)).

При искусственном вскармливании для детей первого полугодия жизни используют смеси с содержанием железа от 0,4 до 0,8 мг/100 мл. Содержание железа в «последующих» адаптированных молочных смесях (для детей второго полугодия жизни) возрастает до 0,9-1,3 мг/100 мл.

Своевременное введение прикорма, фруктовые соки, фруктовых и овощных пюре, инстантные каши, что повышает количество железа, поступающего с пищей в организм ребенка. Мясной прикорм рекомендуется вводить не позднее 6 месяцев. Цельное коровье молоко в питании детей до 1 года не используется. Концентрация железа в коровьем молоке составляет всего 0,3 мг/л, а его биодоступность около 10%. Дети в возрасте 1–3 лет должны получать 7 мг железа в сутки, лучше в виде пищи, содержащей достаточное количество красного мяса, овощей с высоким содержанием железа и фруктов с большим содержанием витамина С, который усиливает всасывание железа. Также возможно дополнительное назначение жидких форм препаратов железа или поливитаминов.

Задача 21.

Мальчик И., 11 лет, поступил без направления.

Анамнез: Выяснено, что 2,5 месяца назад он перенес скарлатину (типичная форма, средней степени тяжести). Получал терапию ампициллином. Через месяц был выписан в школу. Тогда же стали отмечать изменения почерка, мальчик стал неусидчивым, снизилась успеваемость в школе, появилась плаксивость. Вскоре присоединились подергивания лицевой мускулатуры, неточность движений при одевании и во время еды. Периодически повышалась температура до субфебрильных цифр, катаральных явлений не было. Обратились к врачу, был сделан анализ крови,

в котором не выявлено изменений. Был поставлен диагноз: грипп, астенический синдром. Получал оксациллин в течение 7 дней без эффекта. Неврологические расстройства нарастают: усилились проявления гримасничанья, мальчик не мог самостоятельно одеться, иногда требовалась помощь при еде, сохранялась плаксивость и раздражительность, периодически отмечаются боли в коленных суставах, в связи с чем госпитализирован.

При поступлении состояние тяжелое. Мальчик плаксив, раздражителен, быстро устает, отмечается скандированность речи, неточное выполнение координационных проб, мышечная гипотония, гримасничанье. Суставы внешне не изменены, движения в них в полном объеме. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца умеренно приглушены, выслушивается негрубый систолический шум на верхушке, занимающий 1/3 систолы, не проводится, в ортостазе его интенсивность уменьшается. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: Hb - 120 г/л, Эр - $4,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $6,5 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с/я - 51%, э - 2%, л - 43%, м - 2%, СОЭ - 20 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1018, белок - нет, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие клинические проявления определяют активность процесса? Какие еще обследования следует провести ребенку для уточнения диагноза и определения характера сердечных изменений?
3. Составьте план лечения больного.

Ответ

1. Острая ревматическая лихорадка: малая хорея; гуморальная активность 1 ст.; НКО. Диагноз на основании признаков малой хореи, развившейся после стрептококковой инфекции. (Наличие 1 большого критерия и 2-х малых в сочетании с данными, подтверждающими предшествующую БГСА-инфекцию свидетельствуют о высокой вероятности ОРЛ. В нашем случае имеет место 1 большой критерий – малая хорея и 2 малых – артралгии и лихорадка, а также связь со стрептококковой инфекцией – скарлатина)
2. Активность процесса при ОРЛ определяют: любые признаки ревмокардита (чем более острый и тяжелый ревмокардит, тем более высокая активность процесса), вальвулита, недостаточности кровообращения, проявления ревматической хореи, полисерозиты, поражения внутренних органов, а также наличие кольцевидной эритемы и ревматических узелков и лабораторные признаки активности. Обследование – исследование общего анализа крови в

динамике (повышение СОЭ, лейкоцитоз), биохимический анализ крови: протеинограмма (диспротеинемия за счет гипер- α_2 - и γ -глобулинемии), титр АСЛ-О (повышение и нарастание в динамике), анти-ДНК-азы В (повышение), СРБ, серомукоиды (повышение), креатинфосфокиназа, в том числе миокардиальная фракция (повышение при поражении миокарда); ЭКГ (удлинение интервала PR>0,2с)

3. План лечения: обязательная госпитализация, соблюдение постельного режима в течение первых 2-3 недель болезни, включение в пищевой рацион достаточного количества полноценных белков (не менее 1г на 1 кг массы тела) и витаминов, ограничение поваренной соли, контроль диуреза. Медикаментозная: этиотропная (препараты 1 ряда β -лактамы антибиотики, бензатина бензилпенициллин в/м) терапия, патогенетическая (нестероидные противовоспалительные средства – диклофенак натрия (2-3 мг/кг в сутки в 2-4 приема), нимесулид (3-5 мг/кг в сутки) – 1-1,5 мес., в данном случае монотерапия), симптоматическая терапия (фенобарбитал 50-200 мг/сут в 2-3 приема, галоперидол раствор 2-3 капель 2 раза в сутки, карбамазепин 10-20 мг/кг в сутки в несколько приемов – 10 – 21 день). Санаторное лечение показано для окончательного стихания активности ревматического процесса и полной компенсации и восстановления функциональной способности сердечно-сосудистой системы после стихания патологического процесса.

Задача 22.

Ребенок 16-ти дней жизни поступил в отделение патологии новорожденных в состоянии средней тяжести. Мама предъявляет жалобы на высыпания на коже гнойничкового характера, располагающиеся по всему телу. С преимущественным поражением в складках шеи, в паховых и подмышечных областях.

Анамнез: маме 28 лет, 1 беременность, протекала на фоне вагинального кандидоза в 1,2 триместре. Роды первые срочные самостоятельные на 39-ой неделе, с родовым излитием вод и длительным безводным промежутком (13 часов). Вес 3600г, рост 52.0 см, выписка из родильного дома в срок. С 8 дня жизни у ребенка появление нескольких элементов сыпи гнойного характера в области шеи, там же и вслед за этим - в области паховых складок красного цвета с шелушением и неровными фестончатыми краями. Дома обрабатывали детским кремом, присыпкой. Количество элементов со временем увеличилось, приобрели гнойничковый характер по типу везикул, пустул.

При осмотре – масса тела – 3640г, по внутренним органам – без особенностей. Местно на различных участках кожи множественные элементы сыпи везикулезно-пустулезного характера, в складках кожи -

шей, паховых и подмышечных - элементы опрелости располагающейся с возвышением над кожей с шелушением и неровными фестончатыми краями.

Вопросы к задаче:

1. Поставьте клинический диагноз (о каких заболеваниях следует думать).
2. Перечислите явные факторы риска по развитию каждого из заболеваний.
3. Тактика лечения (общая и местная терапия представленных нозологических форм).

Ответ:

1. Везикулопустулез. Кандидоз кожи. Период новорожденности.
2. Факторы риска по развитию везикулопустулеза - длительный безводный промежуток, родовое излитие вод. Течение у матери вагинального кандидоза - обострение вагинальной молочницы во время беременности.
3. Лечение: Кандидоз - обработка местно - клотримазол, кандид кремы, раствор метиленового синего 1%. Везикулопустулез - снятие гнойных элементов раствором спиртовым или мирамистином, прижигание красителем. Антибактериальная терапия (при прогрессировании местного процесса гнойничкового характера).

Задача 23

Мальчик 9 лет поступил в клинику в тяжелом состоянии с макрогематурией, артериальной гипертензией, умеренным отечным синдромом. Клинические проявления развились через 3 недели после перенесенной ангины, получал местное лечение.

Состояние при поступлении:

Т - 36,7 С. ЧСС - 85 в 1 мин. ЧДД – 18 в 1 мин. АД – 130/80 мм рт. ст. Вес 30 кг, рост 138 см. Состояние при поступлении тяжелое. На момент осмотра жалоб нет. Правильного типа телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные, чистые от инфекционной и аллергической сыпи, небольшие отеки лица и голеней. Миндалины гипертрофированы 2 ст., чистые. Костно-мышечная система без видимых деформаций. Область суставов визуально не изменена, движения в суставах в полном объеме, безболезненные. Периферические лимфатические узлы: пальпируются по основным группам -з/шейные, тонзиллярные - мелкие, единичные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Дыхание в легких везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Перкуторно границы относительной и абсолютной тупости сердца в пределах возрастной нормы. Сердечные тоны громкие, ритмичные. Живот обычной формы, симметричный,

активно участвует в акте дыхания, доступен глубокой пальпации, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Стул, оформленный, без патологических примесей, 1 раз в сутки. Симптом "поколачивания" положителен с сторон. Мочеиспускание свободное, моча цвета «мясных помоев». Диурез адекватный.

По лабораторным данным при поступлении

- в ан. крови:

- в биохимии крови - мочевины 7,4 ммоль/л, креатинин 54 мкмоль/л (норма до 65 мкмоль/л), (pСКФ по Bedside Schwartz 93,2 мл/мин/1,73 м²), общий белок – 62 г/л, альбумин – 35 г/л., электролиты (калий, натрий, фосфор, кальций) в норме, холестерин – 4,5 ммоль/л.

- общем анализе мочи: уд.вес 1016, белок – 1 г/л, эритроциты – 120 в п/зрения, л-5-7 в п/зр. суточная протеинурия 0,968 гр.

При поступлении осмотрен д/хирургом - данных за хирургическую патологию нет. По данным УЗИ эхографические признаки "малого" гидроперитонеума, умеренного увеличения размеров почек без изменения эхоструктуры паренхимы. По данным рентгенограммы органов грудной клетки - обогащение легочного рисунка.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите основной синдром имеющейся у ребенка
2. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его
3. Укажите основные группы лекарственных препаратов для лечения данного заболевания.

ОТВЕТ:

1. Нефритический синдром, включающий в себя отеки, артериальную гипертензию, протеинурию, гематурию.
2. Предварительный диагноз: Острый постстрептококковый гломерулонефрит. Функция почек сохранена. Диагноз поставлен на основании: анамнеза – дебют заболевания через 3 недели после перенесенной ангины; клинической картины – нефритический синдром.
3. Основные группа лекарственных препаратов в лечении постстрептококкового гломерулонефрита - антибактериальные, антикоагулянтные или антиагрегантные препараты, диуретики, гипотензивные.

Задача 24

Девочка 5 лет поступила в отделение нефрологии по экстренным показаниям с рецидивом нефротического синдрома.

Анамнез заболевания.

Дебют нефротического синдрома с 4 лет, когда появились отеки в области лица, передней брюшной стенки, голеней. Находилась на лечении в нефрологическом отделении с диагнозом: Нефротический синдром,

дебют, функция почек сохранена. По данным УЗИ почек структурных изменений не выявлено. Получала преднизолон по протоколу лечения нефротического синдрома, посиндромную терапию с положительным эффектом, с постепенным снижением и отменой преднизолона через 5 месяцев. Настоящее обострение развилось через 3 месяца после отмены преднизолона, на фоне течения ОРВИ. Ребенок был госпитализирован в отделение нефрологии.

Состояние при поступлении в отделение тяжелое. Рост/длина тела: 110 см; Масса тела: 19 кг; Температура: 36,7 °С. Кожные покровы бледные, чистые, отеки в области век, голеней, стоп, передней брюшной стенки. Зев спокоен. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. АД – 90/60. ЧСС-90 в мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Стул в норме. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Диурез снижен (за сутки выделила 450 мл).

По результатам лабораторно-инструментального обследования при поступлении:

- клин. ан. Крови: Нб – 130 г/л; лейкоциты – 10×10^9 /л, палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 51%; эозинофилы – 7%; лимфоциты – 35%; моноциты – 5%; тромбоциты – 250×10^9 /л; СОЭ – 32 мм/час..
- биохимия крови: мочевины 2,2 ммоль/л, креатинин 43,6 мкмоль/л, СКФ по Bedside Schwartz 100,4 мл/мин. СРБ 2,3 мг/л, общий белок - 48,9 г/л, альбумин -16 г/л, триглицериды 1,77 ммоль/л, холестерин 7,62 ммоль/л, электролиты (калий, натрий, фосфор, кальций) в норме
- снижение IgG - 5,89 г/л, повышение С3 фракции комплемента -1.45 г/л,
- коагулограмма: (гиперфибриногенемия 6,52 г/л, укорочение АТ III до 58%). D-димеры 517 нг/мл -норма.
- общий анализ мочи: уд.вес 1035, рН 6.0, белок - 14,0 г/л, Л-1-2 в п/зр, эр. – 1-2 а в п /зр.
- суточная протеинурия - 13,12 гр.;
- УЗИ органов брюшной полости: эхографические признаки: «малого» гидроперитонеума, невыраженной спленомегалии без изменения эхоструктуры паренхимы.
- УЗИ почек: эхографические признаки небольшого увеличения индексов почечной массы без изменения эхоструктуры паренхимы и интрапаренхиматозного кровотока, «малого» гидроперитонеума.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз
2. Составьте план лечения
3. Назовите побочные действия стероидной терапии

Ответ:

1. Стероидчувствительный нефротический синдром, 1 рецидив, обострение. Хроническая болезнь почки, стадия 1. У ребенка имеет место обострение нефротического синдрома: дебют заболевания 8 месяцев назад, отмечался

положительный эффект на стероидную терапию. В настоящее время после ОРВИ отмечается развития отеочного синдрома, по лабораторным показателям - гипоальбуминемия, массивная протеинурия, гиперхолестеринемия, что соответствует нефротическому синдрому, функция почек по клубочковой фильтрации сохранена.

2. Диета с ограничением соли, преднизолон, антикоагулянты, альбумин 20% в/в, мочегонные препараты (верошпирон, фуросемид), эзомепразол, препараты кальция и витамина Д.

3. Экзогенный гиперкортицизм (синдром Кушинга), остеопороз и остеопения, катаракта, артериальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, задержка роста, гипокалиемия, стероидный диабет, психотические реакции

Задача 25

Мать с мальчиком 5 лет (рост – 110 см, вес – 20 кг) обратилась к врачу-педиатру участковому на третий день заболевания ребёнка с жалобами на отёки в области лица и нижних конечностей. Появлению отёков предшествовала ОРВИ. Из поликлиники ребенок по скорой помощи был госпитализирован в стационар.

При осмотре: состояние тяжелое. Температура тела – 36,5°C, ЧСС – 100 ударов в минуту, АД – 105/60 мм рт.ст. Кожные покровы чистые, обычной окраски, тёплые. Выражены отёки мягких тканей лица, туловища и нижних конечностей. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные. Миндалины не выступают из-за края нёбных дужек, не гиперемированы. Задняя стенка глотки не гиперемирована. Носовое дыхание свободное. Отделяемого из носовых ходов нет. Кашля нет. Аускультативно дыхание в лёгких везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень выступает на 2 см ниже рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание – свободное, безболезненное, диурез снижен. Стул оформленный, регулярный (1 раз в день).

При экспресс – обследовании в приемном отделении: клинический анализ крови: эритроциты – $4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 140 г/л, тромбоциты – $280 \times 10^9/л$, лейкоциты – $8,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 49%, лимфоциты – 43%, моноциты – 5%, СОЭ – 38 мм/час; биохимический анализ крови: общий белок – 40 г/л, альбумины – 20 г/л, холестерин – 9,22 ммоль/л, мочевины – 5,2 ммоль/л, креатинин – 36 мкмоль/л; СКФ по Bedside Schwartz -111 мл/мин, в общем анализе мочи: уд.вес – 1017, белок – 10 г/л, Л-1-2 в п/зрения, эр.-1-2 в п/зрения. По данным УЗИ почек

структурных изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз
2. Составьте план обследования данного пациента при поступлении в отделение нефрологии.
3. Назовите препарат патогенетической терапии показанный ребенку в данным случае, способ дозирования и продолжительность для стандартной терапии в дебюте этого заболевания.

Ответ:

1. Нефротический синдром, дебют. Функция почек сохранена.
2. Контроль диуреза и веса ежедневно, коагулограмма, контроль биохимического анализа крови (общий белок, альбумин, белковые фракции, мочевины, креатинин, мочевиная кислота, глюкоза. АЛТ, АСТ, холестерин, триглицериды, К, Са, натрий, фосфор, СРБ), иммуноглобулины, С3,С4, суточная протеинурия, ан.мочи по Зимницкому, ЭКГ. УЗИ органов брюшной полости.
3. Преднизолон назначается в таблетках. Терапия дебюта НС включает в себя курс перорального приема преднизолона в дозе 2 мг/кг/сутки (60 мг/м²), максимальная доза – 60 мг/сутки, непрерывно в течении 4-6 недель. Далее проводится прием преднизолона в альтернирующем режиме (через день) в дозе 2/3 от лечебной (1,5 мг/кг/сутки или 40 мг/м², но не более 40 мг/сутки) в течение 4-6 недель. После завершения альтернирующего курса постепенно снижают преднизолон по 10 мг/м² в 7-10 дней до полной отмены. Длительность терапии кортикостероидами (КС) должна составлять 4-5 месяцев.

Задача 26

Семейный анамнез: у матери пиелонефрит в раннем возрасте. Ребенок наблюдается нефрологом с апреля 2023 г. (3г. 6 мес.) В течение последних 6 месяцев часто болеет ОРВИ. Дебют нефротического синдрома в апреле 2023 г. с появления отеочного синдрома. Ребенок был госпитализирован в отделение нефрологии.

При поступлении в отделение состояние ребенка тяжелое. Жалобы на появление отеков. Вес 16 кг, рост 98 см. Кожные покровы бледные, чистые, отеки умеренные век и голеней. Зев спокоен. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД- 90/60. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный, печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Диурез несколько снижен. Стул в норме.

По лабораторным показателям: в биохимическом анализе крови - гипоальбуминемия до 22 г/л, гипопроteinемия до 42 г/л, гиперхолестеринемия – 6,66 ммоль/л, креатинин – 39 мкмоль/л, мочевиная –

5,2 ммоль/л, по данным коагулограммы – гиперкоагуляция, по данным иммунологического исследования – снижение уровня IgG, суточная протеинурия – 1,7 г/сут.,

Клинический анализ крови при поступлении: Нв –120 г\л, Тромбоциты – $230 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты – $8,6 \times 10^9/\text{л}$, нейтроф. – 42%, лимфоциты- 46%, моноциты -9%, эозинофилы- 3% СОЭ – 40 мм/час

СКФ (по формуле Bedside-Шварца) – 91 мл/мин/1.73 м²

Ан.мочи от : белок – 2 г/л, л- 1-2 в п/зр, эр- 3-4 в п/зр.

УЗИ почек и мочевого пузыря: почки несколько увеличены в размерах, структурных изменений не выявлено.

Клинический диагноз. Нефротический синдром, дебют, активная стадия. Функция почек сохранена.

Получал преднизолон 35 мг/сут (60мг/м²) – 6 недель, посиндромную терапию. На фоне терапии купировался отечный синдром, однако сохранялась массивная протеинурия, появилась артериальная гипертензия. (эффекта от проводимой стероидной терапии не получено). Что потребовало назначения гипотензивной терапии (эналаприл). Через 6 недель в связи с отсутствием эффекта начато постепенное снижение преднизолона. При осмотре состояние средней тяжести, самочувствие не страдает, пастозность век. АД – 120/80. Сохраняется массивная протеинурия (3г/сут) , гипоальбуминемия (26 г/л) , гиперхолестеринемия (6,44 ммоль/л). Функция почек сохранна (креатинин – 38 мкмоль/л СКФ по Bedside Schwartz - 94 мл/мин/1.73 м²

Вопросы.

1. Сформулируйте диагноз с учетом динамики течения заболевания.
2. Показания к какому методу обследования в настоящее время имеются у ребенка.
3. Назовите классификацию нефротического синдрома в зависимости от ответа на стандартную терапию преднизолоном.

Ответ:

1. Стероидрезистентный нефротический синдром, активная стадия. Артериальная гипертензия. Функция почек сохранена.
2. Стероидрезистентный нефротический синдром является показанием к проведению биопсии почки.
3. Нефротический синдром по отношению к стероидной терапии классифицируется:
 - Стероидчувствительный нефротический синдром (СЧНС) – СЧНС нерезидивирующий, редко рецидивирующий СЧНС, часто рецидивирующий СЧНС, стероидчувствительный строндзависимый нефротический синдром, позднечувствительный НС
 - Стероидрезистентный нефротический синдром

Задача 27.

Ребенок 3 года, заболел остро с повышения температуры до 38°C, которая плохо снижалась. На второй день болезни появилась боль в горле, затрудненное носовое дыхание, пастозность лица, припухлость в области боковых поверхностей шеи. К врачу не обращались, самостоятельно принимали жаропонижающие средства. На 3 день болезни доставлен в стационар с диагнозом: пленчато-некротическая ангина.

Объективно при поступлении состояние средней степени тяжести. Лихорадит на фебрильных цифрах. Лицо пастозное, дышит открытым ртом. В ротоглотке умеренная гиперемия, миндалины гиперплазированы до III ст., наложения бело-желтого цвета (+) ткань. На верхнем полюсе правой миндалины участок некроза до 0,7 см в диаметре. Пальпируются множественные заднешейные лимфоузлы до 1,5 см, тонзиллярные до 2,5 см, чувствительные при пальпации, кожа над ними не изменена. Печень на 3,5 см ниже края реберной дуги, селезенка на 1,0 см из-под края реберной дуги.

В клиническом анализе крови: Нb 124 г/л, Л – $18,7 \times 10^9/\text{л}$, п/я-7%, с/я-6%, л-59%, м-11%, широкоплазменные лимфоциты –17%, СОЭ 25мм/час.

Вопросы:

1. Проведите дифференциальную диагностику.
2. Назначьте терапию данному ребенку.
3. Когда этот ребенок может быть выписан из стационара? Укажите критерии.

Ответ

1. В данном случае, в первую очередь необходимо дифференцировать с острым бактериальным (стрептококковым) тонзиллитом, для которого НЕ характерно наличие гепатолиенального синдрома, нарушение носового дыхания, пастозность лица. Лимфопролиферативные заболевания протекают с лимфаденопатией, гепатолиенальным синдромом и лихорадкой с интоксикацией, однако для них НЕ характерно выраженные локальные воспалительные изменения в ротоглотке и нарушение носового дыхания, а также другие изменения в клиническом анализе крови.
2. Постельный режим на лихорадочный период, диета механически, химически, термически щадящая. Дополнительное выпаивание в связи с гипертермическим синдромом. Местно – антисептики в виде спрея для ликвидации явлений тонзиллита. В нос – деконгестанты (не дольше 5-7

дней, топические ГКС: флутиказон, мометазон). При повышении температуры до 39° и плохой её переносимостью парацетамол 15 мг/кг (РД) до 60 мг/кг/сутки или ибупрофен 10 мг/кг (РД) до 30 мг/кг/сутки. После нормализации температуры тела – щадящий режим с ограничением физической нагрузки в течение 1-3 месяцев.

3. Стойкая нормализация температуры тела (3 сут), отсутствие интоксикации, ликвидация воспалительных изменений на миндалинах, уменьшение размеров печени и селезенки.

Задача 28.

Ребенок 8 лет, заболел остро с повышения температуры до 38,3°C, к вечеру появилась боль в горле, артралгии, ночью тошнота, однократная рвота, боль в животе. Обратились к педиатру, врач предположил развитие фолликулярной ангины и назначил амоксициллин. На второй день приема амоксициллина появилась сыпь на теле. Направлен на госпитализацию с диагнозом: Иерсиниозная инфекция?

Госпитализирован на 4 сутки от начала заболевания.

Объективно при поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, сыпь без четкой локализации полиморфная – на плечах, спине, конечностях. Легкая пастозность лица, «сопит» носом, отделяемого нет, голос с гнусавым оттенком. В ротоглотке яркая разлитая гиперемия, миндалины II степени, наложения по лакунам, (-) ткань. Увеличены все группы лимфатических узлов, тонзиллярные до 3 см, в других группах мелкие. Живот мягкий, умеренно болезненный во фланках, печень на 0,5 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка у края реберной дуги.

В клиническом анализе крови: Нв 135 г/л, Л – $16,8 \times 10^9/\text{л}$, п/я-5, с/я-28, л-40, м-10, атипичные мононуклеары – 17%, СОЭ 29мм/час.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Обоснуйте диагноз.

Ответ

1. Инфекционный мононуклеоз, типичная форма, среднетяжелое течение. Антибиотик ассоциированная экзантема.
2. Серологическое подтверждение инфицирования ВЭБ методом ИФА: Ig M, G к капсидному и раннему антигенам, а также обнаружение фрагментов генома вируса в крови методом ПЦР; определение уровня АЛТ, АСТ; УЗИ органов брюшной полости; мазок с миндалин для исключения дифтерии; контроль клинического анализа крови в динамике.
3. Диагноз на основании: острое начало с повышения температуры тела, симптомов интоксикации, наличие генерализованной лимфаденопатии и гепатолиенального синдрома, явления тонзиллита и признаки гиперплазии заднеглоточной миндалины (сопит носом, гнусавый оттенок голоса), одутловатость лица как признак центральной лимфаденопатии; характерные изменения в клиническом анализе крови в виде умеренного лейкоцитоза с лимфоцитозом, моноцитозом, увеличением числа палочкоядерных нейтрофилов и нейтропенией за счет сегментоядерных нейтрофилов

Задача 29.

Ребенок 8 лет, заболел остро с повышения температуры до 38,3°C, к вечеру появилась боль в горле, артралгии, ночью тошнота, однократная рвота, боль в животе. Обратились к педиатру, врач предположил развитие фолликулярной ангины и назначил амоксициллин. На второй день приема амоксициллина появилась сыпь на теле. Направлен на госпитализацию с диагнозом: Иерсиниозная инфекция?

Госпитализирован на 4 сутки от начала заболевания.

Объективно при поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, сыпь без четкой локализации полиморфная – на плечах, спине, конечностях. Легкая пастозность лица, «сопит» носом, отделяемого нет, голос с гнусавым оттенком. В ротоглотке яркая разлитая гиперемия, миндалины II степени, наложения по лакунам, (-) ткань. Увеличены все группы лимфатических узлов, тонзиллярные до 3 см, в других группах мелкие. Живот мягкий, умеренно болезненный во фланках, печень на 0,5 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка у края реберной дуги.

В клиническом анализе крови: Нб 135 г/л, Л – $16,8 \times 10^9/\text{л}$, п/я-5, с/я-28, л-40, м-10, атипичные мононуклеары – 17%, СОЭ 29мм/час.

Вопросы:

1. Чем обусловлено увеличение печени у данного ребенка?
2. Длительность диспансерного наблюдения?
3. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести к школе и семье этого ребенка?

Ответ

1. С гистологической точки зрения в печени развивается перипортальная лимфоидная инфильтрация, что дополнительно нарушает процесс желчеотделения и приводит к развитию холестаза. В некоторых случаях возможно развитие гепатита, однако в данном случае нет признаков цитолиза.
2. Длительность диспансерного наблюдения – 12 мес. Осмотр педиатра 1 раз в 3 месяца с исследованием трансаминаз и проведением УЗИ ОБП, ограничение физической нагрузки в течение 3 – 6 месяцев.
3. Карантинные мероприятия, текущая и заключительная дезинфекция не проводятся. Достаточно соблюдения санитарно-гигиенического режима. Специфической профилактики не существует. Профилактическое лечение контактным не назначается.

Задача 30.

Ребенок 5 лет, заболел остро с повышения температуры до 40°C, слабости, припухлости в области шеи, умеренной болезненности в горле. Доставлен в стационар с диагнозом: лакунарная ангина на 3-и сутки от начала заболевания.

Объективно при поступлении состояние тяжелое за счет симптомов интоксикации. Кожные покровы бледные. Лицо пастозное, веки припухшие. Дышит открытым ртом. Шея деформирована за счет «пакетов» передне- и заднешейных групп лимфатических узлов. Пальпируются паховые и подмышечные лимфатические узлы до 1,5 см. В ротоглотке умеренная разлитая гиперемия, миндалины III степени, наложения серо-зеленого цвета с шероховатой тусклой поверхностью. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2,5 см ниже края реберной дуги, мягко-эластической консистенции, чувствительная при пальпации, селезенка выступает из-под левого подреберья на 6 см

В клиническом анализе крови: Нб 115 г/л, Л – $23,7 \times 10^9/\text{л}$, п/я-5, с/я-15, л-65, м-15, СОЭ 35мм/час.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
Проведите дифференциальную диагностику.

Ответ

1. Инфекционный мононуклеоз, типичная форма, тяжелое течение.
2. Серологическое подтверждение инфицирования ВЭБ методом ИФА: Ig М, G к капсидному и раннему антигенам, а также обнаружение фрагментов генома вируса в крови методом ПЦР; определение уровня АЛТ, АСТ; УЗИ органов брюшной полости; мазок с миндалин для исключения дифтерии; контроль клинического анализа крови в динамике.
3. Дифтерия, острый бактериальный тонзиллит.

Задача 31.

Ребенок 5 лет, заболел остро с повышения температуры до 40°C , слабости, припухлости в области шеи, умеренной болезненности в горле. Доставлен в стационар с диагнозом: лакунарная ангина на 3-и сутки от начала заболевания.

Объективно при поступлении состояние тяжелое за счет симптомов интоксикации. Кожные покровы бледные. Лицо пастозное, веки припухшие. Дышит открытым ртом. Шея деформирована за счет «пакетов» передне- и заднешейных групп лимфатических узлов. Пальпируются паховые и подмышечные лимфатические узлы до 1,5 см. В ротоглотке умеренная разлитая гиперемия, миндалины III степени, наложения серо-зеленого цвета с шероховатой тусклой поверхностью. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2,5 см ниже края реберной дуги, мягко-эластической консистенции, чувствительная при пальпации, селезенка выступает из-под левого подреберья на 6 см

В клиническом анализе крови: Нб 115 г/л, Л – $23,7 \times 10^9/\text{л}$, п/я-5, с/я-15, л-65, м-15, СОЭ 35мм/час.

Вопросы:

1. Дайте рекомендации по лечению данного ребенка.
2. Какие осложнения возможны при данном заболевании? Какое неотложное состояние может развиваться в данном случае?
3. Какие мероприятия необходимо проводить в период диспансерного наблюдения?

Ответ

1. Постельный режим на лихорадочный период, диета механически, химически, термически щадящая. Дополнительное выпаивание в связи с гипертермическим синдромом. Местно – антисептики в виде спрея для ликвидации явлений тонзиллита. В нос – деконгестанты (не дольше 5-7 дней, топические ГКС: флутиказон, мометазон). При повышении температуры до 39° и плохой её переносимостью парацетамол 15 мг/кг (РД) до 60 мг/кг/сутки или ибупрофен 10 мг/кг (РД) до 30 мг/кг/сутки. После нормализации температуры тела – щадящий режим с ограничением физической нагрузки в течение 1-3 месяцев.
2. Возможны гематологические осложнения в виде аутоиммунной гемолитической анемии, тромбоцитопении и гранулоцитопении; неврологические в виде менингоэнцефалита, энцефалита, параличей черепных нервов, в том числе паралич Белла или прозоплегия (паралич мимической мускулатуры, обусловленный поражением лицевого нерва), синдрома Гийена-Барре, полиневрита, поперечного миелита, психоза; возможно развитие кардита, интерстициальной пневмонии и бактериальные осложнения. Самое опасное – разрыв селезенки, требующий экстренного хирургического вмешательства.
3. Длительность диспансерного наблюдения – 12 мес. Осмотр педиатра 1 раз в 3 месяца с исследованием трансаминаз и проведением УЗИ ОБП, ограничение физической нагрузки в течение 3 – 6 месяцев.

Задача 32.

Подросток, 14 лет, заболел остро. Температура повысилась до 38,0°C, появились головная боль, слабость, снижение аппетита. На 2-й день болезни на коже туловища и лица замечена мелкопятнистая сыпь, что послужило причиной обращения к участковому педиатру, был направлен в детскую

инфекционную больницу с диагнозом “Краснуха”. При осмотре в приёмном отделении: температура 39,0°C, больной вял, адинамичен. На коже волосистой части головы обнаружены единичные плотные однокамерные везикулы, на коже туловища и конечностей обильная пятнисто-папулёзная сыпь. Зев умеренно гиперемирован, единичные афты на мягком нёбе. Пульс 94 удара в минуту, АД - 110/70 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Менингеальной и очаговой симптоматики не выявлено. Физиологические отправления в норме.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз врача приёмного покоя.
2. Какие данные эпиданамнеза и за какой временной период необходимо выяснить у больного?
3. Врачебная тактика в отношении данного больного

Ответ

1. Диагноз “Ветряная оспа, среднетяжёлое течение” следует поставить на основании начала заболевания с продромального периода длительностью в 2 дня, протекающего с умеренной интоксикацией, повышения температуры с момента появления экзантемы на 2-й день болезни, распространение сыпи в 1 день ее появления на лицо, волосистую часть головы, туловище и конечности, характер экзантемы - одновременное наличие пятен, папул, везикул (ложный полиморфизм). Особенность данного случая, явившегося причиной ошибочной диагностики краснухи, состоит в наличии продромального периода, что встречается редко, появлении сыпи только на 2 сутки болезни, отсутствие типичных везикулёзных элементов на момент первичного осмотра пациента.

2. Необходимо выяснить болел ли пациент раньше ветряной оспой, был ли он вакцинирован, имел ли контакты с больными ветряной оспой в рамках максимального инкубационного периода (21 дня) до момента заболевания.

3. Данному больному показана госпитализация по клиническим и эпидемическим показаниям. Патогенетическая терапия: дезинтоксикационная терапия в виде обильного дробного питья под контролем диуреза, витаминотерапия, жаропонижающие средства, обработка везикул 1% раствором бриллиантового зелёного, полоскание ротовой полости водным раствором фурацилина в концентрации 1:5000. Может быть выписан из больницы после клинического выздоровления не ранее 5 дня с момента появления последней везикулы.

Задача 33.

Пациентка 26 лет, беременность 6 месяцев. Первому ребенку 4 года (посещает детский сад). Обратилась к врачу на 3-й день болезни ввиду повышения температуры до 38,4°C, значительного увеличения количества новых элементов сыпи (единичные высыпания появились одновременно с повышением температуры на первый день болезни). На момент осмотра: температура тела 38,0°C. На коже волосистой части головы, лице, туловище, множественная, полиморфная - макуло-папуло-везикулёзная сыпь. Слизистая ротоглотки умеренно гиперемирована, в области дужек единичные везикулы и эрозии. Пульс 84 удара в минуту, АД 120/70. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие данные эпидемиологического анамнеза следует уточнить?
3. Тактика ведения больной. Прогноз беременности.
4. Может ли ребенок посещать детский сад?

Ответ

1. Ветряная оспа, среднетяжёлое течение. Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания с интоксикационного синдрома с одновременным появлением типичной сыпи.

2. Болела ли раньше пациентка ветряной оспой? Были ли контакты с больными ветряной оспой за 21 дня до начала заболевания? Не вводился ли беременной пациентке с профилактической целью донорский иммуноглобулин? Имели ли место случаи заболевания ветряной оспой в детском саду? Имел ли ребенок контакт с больным ветряной оспой в детском саду?

3. Показана госпитализации в инфекционный стационар для наблюдения динамики развития инфекционного заболевания у беременной. В случае утяжеления состояния и/или развития осложнений (менингоэнцефалит, вирусная пневмония) показано безотлагательное начало противовирусной терапии (Ацикловир). Прогноз для развития плода при заболевании ветряной оспой в эти сроки беременности благоприятный - пороки развития плода формируются крайне редко;

4. В случае, если ребенок имеет контакт с заболевшими ветряной оспой в детском саду, посещение им детского сада продолжается. Если в детском саду контактов у ребёнка не было, следует изолировать его от посещения детского сада на срок с 10 по 22 дни от момента контакта с больной матерью.

Задача 34.

Ребёнок 6 лет после возвращения из детского сада пожаловался на недомогание, снижение аппетита. Вечером отмечался подъём температуры до 37,2°C, мама заметила на коже спины несколько пятен розового цвета. Утром температура была нормальной, и ребенок пошел в детский сад. Когда ребёнка забирали из детского сада, обнаружили единичные пузырьки на коже лица и шеи, температура повысилась до 37,7°C.

При осмотре на 2-е сутки заболевания кожные покровы бледно-розовые, на коже туловища, рук, волосистой части головы отмечаются везикулы. На лица, неинфильтрированном основании, окружены венчиком гиперемии, размером 0,2-0,5 см, пятна и папулы. Содержимое везикул прозрачное. Жалуются на зуд. В полости рта слизистые розовые, чистые. Носовое дыхание свободное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз, обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Какие осложнения возможны при данном инфекционном заболевании?
3. Назначьте лечение. Обоснуйте свой выбор.

Назовите сроки изоляции больного с данной инфекцией. Куда госпитализируются такие больные в случае необходимости?

Ответ

1. Ветряная оспа, типичная, лёгкой степени тяжести. Диагноз «ветряная оспа, типичная». Поставлен на основании типичной клинической картины: острое начало заболевания с подъёма температуры, характерной сыпи (мелкие пятна, папулы, превращающиеся через несколько часов в везикулы с прозрачным содержимым на неинфильтрированном основании, размером 0,2-0,5 см, элементы не сливаются, ложный полиморфизм сыпи, характерное расположение сыпи - на лице, туловище, конечностях, волосистой части головы. Лёгкая степень на основании минимальных симптомов интоксикации, не обильные высыпания, отсутствие высыпаний на слизистых оболочках.
2. Осложнения:
Специфические осложнения, обусловленные непосредственным

действием возбудителя: энцефалит, менингоэнцефалит, реже - миелиты.

В результате присоединения бактериальной инфекции (флегмона, абсцесс).

3. Лечение амбулаторно. Режим постельный на период лихорадки. Диета в соответствии с возрастом. Обильное дробное питьё. Этиотропная терапия – не показана. Обработка элементов сыпи растворами анилиновых красителей. Антигистаминные препараты при выраженном зуде.

Период контагиозности за 1-2 дня до появления признаков болезни, заканчивается на 5й день после появления последних высыпаний.

Срок изоляции – весь период высыпаний и 5 дней после последних высыпаний. Госпитализация в боксированное отделение, мельцеровский бокс.

Задача 35.

Девочка 4 лет жалуется на повышение температуры до 37,6°C, появление сыпи. Из анамнеза известно, что заболела 2 дня назад: появилась субфебрильная температура, недомогание. К вечеру мама заметила появление на коже мелких розоватых пятнышек, которые затем превратились в пузырьки с прозрачным содержимым. Перенесенные заболевания ОРВИ, кишечная инфекция в возрасте 1 - года.

Эпиданамнез: была в контакте с бабушкой, у которой 2 недели назад были везикулёзные элементы в области грудной клетки, сопровождавшиеся болью.

При осмотре состояние средней степени тяжести, самочувствие не страдает, активная. Кожные покровы физиологической окраски, на коже спины, груди, живота, волосистой части головы необильные везикулёзные элементы, диаметром 2-4 мм с прозрачным содержимым, кроме этого есть элементы папулезного характера, единичные корочки. Слизистые розовые. На мягком небе единичные везикулы. Миндалины не увеличены, налётов нет. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, громкие, ЧСС - 92 в минуту. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезёнка не пальпируется. Стул и мочеиспускание без особенностей.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз, обоснуйте поставленный Вами диагноз.

2. Укажите средства этиотропной терапии и показания к их применению, а также показания для назначения антибиотиков в данном случае.

3. Укажите общие подходы к профилактике этого заболевания

Ответ

1. Ветряная оспа, типичная, легкая форма. Диагноз поставлен на основании жалоб на повышение температуры до $37,6^{\circ}\text{C}$, появление сыпи везикулярного характера; анамнеза заболевания: ребенок болен 2 день, имеет место стадийность элементов пятно, папула, везикула; эпиданамнеза: контакт с больным герпесвирусной инфекцией III типа в сроки инкубационного периода; данных осмотра: на всей поверхности везикулёзные элементы с прозрачным содержимым, единичные корочки и папулы, везикулы на мягком небе. Вышеперечисленное отражает типичность.

2. Методами медикаментозного лечения являются: средства этиотропной терапии, средства симптоматической терапии, средства иммунотерапии и иммунокоррекции.

Средства этиотропной терапии:

1) нуклеозиды: Ацикловир показания: тяжёлые формы заболевания.

Показания для назначения антибиотиков: развитие осложнений со стороны кожных покровов (пиодермии и др.) как вирусно-бактериальной микстинфекции.

3. Изоляция больного в домашних условиях (лёгкая форма заболевания) до 5 суток с момента появления последнего элемента везикулёзной сыпи. Детей в возрасте до 7 лет, не болевших ветряной оспой, бывших в контакте, разобщают с 9 по 21 день с момента контакта с больным.

Пассивная специфическая профилактика (введение Иммуноглобулина) показана контактными детям группы риска (с заболеваниями крови, различными иммунодефицитными состояниями, а также контактными беременным, не болевшим ветряной оспой (опоясывающим герпесом)).

С целью активной специфической профилактики используют живую аттенуированную вакцину (Варилрикс).

Задача 36.

Из анамнеза: ребёнок от 1 беременности, 1 срочных родов, росла и развивалась соответственно возрасту, привита по календарю. Из перенесенных заболеваний: кишечная инфекция, ОРЗ - до 3 раз в год, краснуха. Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными не установлен.

Больна 3 день, заболевание началось с повышения температуры тела до 38,0°C. необильного отделяемого из носа, покашливания. На 2-й день болезни на волосистой части головы, лице и туловище появились единичные пятнисто-папулезные элементы сыпи, некоторые из них к концу суток превратились в везикулы. На следующий день появились новые высыпания, сопровождающиеся выраженным кожным зудом.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 38,9°C, ребенок вялый. Кожные покровы бледные. На лице и волосистой части головы, туловище и конечностях отмечается обильная полиморфная сыпь: пятна, узелки, везикулы. Тоны сердца слегка приглушены, частота сердечных сокращений 120 в минуту. В легких аускультативно-пуэрильное дыхание, хрипов нет. Число дыханий 30 в минуту. На слизистой твердого неба несколько поверхностных эрозий размером 2х3 мм. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Стул без патологических примесей. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз, обоснуйте.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести
3. Назначьте лечение.

Укажите противоэпидемические мероприятия в очаге. Существует ли активная иммунизация при этом заболевании?

Ответ

1. Основной: «ветряная оспа типичная форма, период высыпания, средней степени тяжести». Диагноз «ветряная оспа» выставлен на основании жалоб на повышение температуры, слабость, высыпания на коже, данных анамнеза (не болел ветряной оспой ранее, постепенное развитие клиники, сначала повышение температуры, умеренные катаральные проявления, затем появление на волосистой части головы, лице и туловище единичных пятнисто-папулезных элементов, которые затем превратились в везикулы, толчкообразное появление сыпи, наличие сильного зуда кожи), данных осмотра (гипертермия, «ложный» полиморфизм сыпи, наличие на слизистой твердого неба нескольких поверхностных эрозий).

2. Обследование: Общий анализ крови; общий анализ мочи. Типичная форма ветряной оспы не требует лабораторного подтверждения. При нетипичном течении, для подтверждения ветряной оспы применяют исследование мазков жидкости из везикул, окрашенных методом серебрения или иммунофлюоресцентный метод, определение Am-VZV M.

3. При средне-тяжёлом течении ветряной оспы возможно лечение в амбулаторных условиях. Госпитализация показана при осложненном и тяжёлом течении заболевания эпидемиологическим показаниям;

Мероприятия:

Подать экстренное извещение в СЭС.

- Изолировать больного до 5 дня с момента появления последних свежих среднем 10-12 дней).
- На детей до 7 лет, бывших в контакте с больным и не болевших ранее этой инфекцией, накладывается карантин с 11 до 21 дня, считая с момента изоляции.

За контактными устанавливают медицинское наблюдение (опрос, осмотр, термометрия один раз в 5-6 дней).

- Контактировавшим из группы риска (иммунодефицитные состояния, заболевания небеременным) проводится пассивная иммунизация специфический (Варицелло-зостерный иммуноглобулин) или нормальный (при возможности предварительным определением титра антител к VZV в препарате) Иммуноглобулин в течение 96 часов (предпочтительно в течение 72 часов) после вероятного контакта с больным ветряной оспой. Активная иммунизация (вакцинация) против ветряной оспы проводится детям и взрослым, не имеющим медицинских противопоказаний к введению вакцины, в первые 72-96 часов после вероятного контакта с больным ветряной оспой.

Допуск реконвалесцентов ветряной оспы коллектив разрешается В после клинического выздоровления даже при наличии вторичных случаев ветряной оспы В очаге, но не ранее 5 дня со времени появления у реконвалесцента последнего свежего элемента сыпи.

Задача 37.

Ребёнок 6 лет (масса тела - 21 кг), посещающий школу, заболел с повышения температуры тела до 39,5°C. На 2 день заболевания мама

заметила маленькие, единичные красные папулы на лице и туловище. Утром на следующий день элементов сыпи стало больше, они распространились по всему телу, обильно появились на волосистой части головы, сохранялась высокая температура тела. На следующий день мама вызвала врача-педиатра на дом.

Пришедший на вызов врач-педиатр расценил состояние ребёнка как среднетяжёлое. Температура тела - 40,1°C. Ребёнок вялый. Пьёт неохотно, резко снижен аппетит. На коже туловища, лица, конечностях папулезные элементы красного цвета, на волосистой части головы имеются полиморфные элементы сыпи в виде папул, пузырьков. Отмечается выраженный зуд кожи. Слизистые оболочки ротовой полости ярко гиперемированы, на твёрдом нёбе отмечаются единичные афты. Пальпируются периферические лимфоузлы II-III размеров, эластичные, безболезненные. В лёгких выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов нет. ЧД – 26 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичны. ЧСС – 115 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у рёберного края. Селезёнка не пальпируется. Физиологические отправления в норме. Менингеальной и очаговой симптоматики нет.

Даны рекомендации: домашний режим, местная + жаропонижающая терапия.

1. Поставьте диагноз.
2. Оцените правильность постановки диагноза участковым врачом, тактику ведения больного при данной форме заболевания.
3. Где должен лечиться больной? Составьте план лечения больного.

Перечислите возможные осложнения данного заболевания.

Ответ

1. Ветряная оспа, типичная форма, период высыпаний, тяжелое течение.
2. Диагноз участковым педиатром поставлен неверно. Учитывая высоту лихорадки, степень интоксикации, обилие элементов на коже, волосистой части головы, слизистых полости рта - у ребенка имеет место тяжелая форма заболевания. При данной форме течения заболевания показана терапия в условиях стационара с применением этиотропного лечения.
3. Где должен лечиться больной? Составьте план лечения больного.

Учитывая тяжелую степень заболевания, высокую вероятность осложнений при таком течении, ребенок должен лечиться в стационаре.

Этиотропная терапия показана. Ацикловир назначается при тяжелом течении, лицам с иммунодефицитными состояниями и при наличии специфических осложнений.

Лечение симптоматическое: обильное питье, при температуре выше 38,5°C – жаропонижающие препараты, при антигистаминные препараты. наличии выраженного кожного зуда

- Гигиенические мероприятия частая смена нательного и постельного белья, обработка везикул и эрозий раствором бриллиантового зеленого.

Все осложнения ветряной оспы можно разделить на две группы: специфические вирусные осложнения и осложнения в результате присоединения вторичной бактериальной инфекции. Первая группа: ветряночный энцефалит, миокардит, миелит, нефрит и др. Они относятся к категории наиболее тяжелых. Ко второй группе относят гнойные поражения кожи абсцессы, фурункулы, флегмоны. Редко развиваются пневмонии.

Задача 38.

При осмотре новорожденного в поликлинике, в 1 месяц жизни мама предъявляет жалобы врачу на повышенное беспокойство малыша, задержку стула.

Из анамнеза известно, что ребенок от молодых, здоровых родителей. Беременность 2-я (1-я, мальчик, здоров, до 6 месяцев жизни страдал кишечной коликой), протекала с угрозой прерывания в 1 триместре (стационарное лечение), анемией, артериальной гипотонией. Роды на 38-й неделе, длительный безводный промежуток, околоплодные воды прозрачные. Оценка по шкале Апгар 8/8 б. Масса тела при рождении 3250 г, рост – 51 см. Приложен к груди сразу, сосал вяло. В роддоме докармливался адаптированной молочной смесью. Выписан на 4-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Из анамнеза заболевания известно, что в течение двух недель через несколько минут от начала кормления ребенок отказывается от бутылки, беспокоится, громко кричит, поджимает ножки к животу. Стул получают только после газоотводной трубки. Получает докорм молочной смесью.

При осмотре ребенок беспокоен. Не лихорадит. Удовлетворительного питания. Кожные покровы розовые, чистые, влажные. Тургор тканей немного снижен. Слизистые влажные, чистые. Живот вздут, мышцы напряжены, урчит. Печень +2см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Рефлексы новорожденных живые, зоны расширены. Отмечается мышечная дистония с преобладанием гипертонуса мышц сгибателей. Кал при осмотре водянистый, со слизью, характерным кислым запахом.

Копрология: рН 3,7, лейкоциты 2-5 в п/зр, йодофильная флора. Анализ кала на содержание углеводов: 0,6%

Вопросы к задаче:

- 1.Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- 2.Какова причина заболевания?
- 3.Как проводить лечение?

ОТВЕТ:

1. Лактазная недостаточность. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза, осмотра, лабораторных методов обследования.
2. Дефицит фермента энтероцитов – лактазы. Первичная, транзиторная в силу незрелости ферментов кишечника
3. Заменить молочную смесь на безлактозную смесь, при этом оставить грудное вскармливание, безлактозные пробиотики. При необходимости заместительная терапия лактазой (лактазар, лактаза бейби).

Задача 39

При патронаже новорожденного в 3 недели жизни мама предъявляет жалобы на повышенное беспокойство ребенка, задержку стула.

Из анамнеза известно: ребенок от молодых, здоровых родителей. Беременность 1-я, без особенностей. Роды на 37-й неделе, стремительные, околоплодные воды прозрачные. Оценка по шкале Апгар 7/8 б. Масса тела при рождении 3100 г, рост – 50 см. Приложен к груди сразу, сосал активно. Привит в роддоме. Выписан на 4-е сутки в удовлетворительном состоянии. Находится на естественном вскармливании. Наследственный анамнез не отягощен.

Анамнез заболевания: примерно в течение недели через несколько минут от начала кормления ребенок бросает грудь, беспокоится, громко кричит, поджимает ножки к животу. Мать самостоятельно стала давать сорбенты, симетикон (без эффекта). Через несколько дней появились задержки стула. Стул отходил с треском, пенился, запах кислый.

При осмотре ребенок беспокоен. Не лихорадит. Удовлетворительного питания. Кожные покровы розовые, чистые, влажные. Слизистые влажные, чистые. Живот вздут, мышцы напряжены, урчит. Кал при осмотре водянистый, со слизью, характерным кислым запахом.

Проведено обследование:

Общий анализ крови без особенностей.

Копрология: рН 3,7, лейкоциты 2-5 в п/зр, йодофильная флора.

Анализ кала на содержание углеводов: 1,1%

Вопросы к задаче:

- 1.Поставьте диагноз и обоснуйте его. Какова причина заболевания?
- 2.Как проводить лечение?
- 3.Какова тактика при отсутствии эффекта от диетотерапии матери?

Ответ:

1. Лактазная недостаточность. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза, осмотра, лабораторных методов обследования. Причина: дефицит фермента энтероцитов – лактазы. В данном случае – транзиторная в силу незрелости ферментов кишечника.
2. Назначить препарат, содержащий фермент лактазу, в каждое кормление, безлактозные пробиотики.
3. При отсутствии эффекта от препарата, содержащего лактазу, часть кормления заменить безлактозной смесью.

Задача 40

Девочка от 9 беременности, 3 родов. От матери 37 лет, носитель ВПГ 1 типа. Во время беременности токсикоз в 1 триместре, гестоз в 3 триместре, перенесла ОРВИ с температурой до фебрильных цифр. Роды на 38 неделе – экстренное кесарево сечение (преэклампсия в родах), безводный промежуток 14 час, воды мутные. Родилась девочка с весом 3050, рост 50см. На 3 сутки жизни появилась желтуха, проводилась фототерапия, инфузионная терапия. Ребенок выписан из р/д на 7 сутки жизни в удовлетворительном состоянии на искусственном вскармливании. После выписки из р/д. приблизительно на 9 сутки жизни Мать обратила внимание на некоторое ограничение движений в левой ноге, беспокойство ребенка при переодевании одежды, смене памперса. На 12 сутки жизни появился отек в области левого коленного сустава, прогрессивно нарастающий в динамике. На 15 сутки жизни мать самостоятельно обратилась к хирургу в поликлинику, откуда ребенок был госпитализирован стационар с ДЗ – Реактивный артрит. Состояние ребенка тяжелое за счет выраженных симптомов интоксикации. В области левого коленного сустава отек, распространяющийся на все бедро, отек и нависание ягодичной складки слева, отек левой стопы. Кожа в области левого коленного сустава с цианотичным оттенком, горячая на ощупь. Конечность занимает вынужденное положение, самостоятельные движения отсутствуют, пассивное разгибание в коленном суставе резко болезненно. На рентгенограмме левой бедренной кости определяется деструкция в дистальном метафизе, более выраженная в медиальном отделе без четких границ. Периостальная реакция не определяется.

ОАК – НЬ 94г/л, L 11.5 тыс (п\я 8%, с\я55%, э3%,л23%, м11%) СОЭ 58мм/ч, тромбоциты -380 тыс. Прокальцитонин 0.29нг/мл. В б/х анализе крови ЦРБ 92.1г/л, остальные показатели (печеночные ферменты, мочевины, креатинин, электролиты) в норме.

В ОАМ – желтая, мутная, рН-5.5, 1000, эр. -2-3 кл/мкл, лейкоц 5-6 кл/мкл.

Посев крови при поступлении – рост нет

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Дайте обоснование клинического диагноза.
3. Тактика ведения данного пациента.

Ответ:

1. Клинический диагноз: Острый гематогенный остеомиелит дистального метафиза левой бедренной кости. Угрожаема по генерализации.
(раннему неонатальному сепсису)
2. В анамнезе у мамы высокая вероятность инфицирования бактериальной инфекцией в перинатальном периоде (гестоз, длительный безводный промежуток, мутные воды). На 7 сутки жизни - ограничение движений в левой ноге, резкое беспокойство ребенка при переодевании, смене памперса. На 12 сутки жизни появление отека в области левого коленного сустава, прогрессивно нарастающего в динамике заболевания.
Данные рентгенологического обследования при поступлении.
3. Осмотр хирурга, антибактериальная терапия, иммунотерапия (ВВИГ), инфузионная терапия, местно - повязка с противовоспалительной мазью, иммобилизация. Осмотр хирурга в динамике. Контроль лабораторных показателей. Рентгенологический контроль.

Задача 41

При осмотре новорожденного в поликлинике в 1 месяц жизни мама предъявляет жалобы врачу на повышенное беспокойство малыша, задержку стула.

Из анамнеза известно, что ребенок от молодых, здоровых родителей. Беременность 2-я, протекала с угрозой прерывания в 1 триместре (стационарное лечение), анемией. Роды на 38-й неделе, длительный безводный промежуток, околоплодные воды прозрачные. Оценка по шкале Апгар 8/8 б. Масса тела при рождении 3250 г, рост – 51 см. Приложен к груди сразу, сосал вяло. У мамы в роддоме гипогалактия, далее лактация прекращена по желанию матери. В роддоме докармливался молочной смесью. Привит в роддоме. Выписан на 4-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Из анамнеза заболевания известно, что в течение двух недель через несколько минут от начала кормления ребенок отказывается от бутылки, беспокоится, громко кричит, поджимает ножки к животу. Мать самостоятельно дает сорбенты (без эффекта). Стул получают только после газоотводной трубки, он выходит с треском, пенится, запах кислый. Ребенок на искусственном вскармливании молочной смесью.

При осмотре ребенок беспокоен. Не лихорадит. Удовлетворительного питания. Кожные покровы розовые, чистые, влажные. Тургор тканей немного снижен. Слизистые влажные, чистые. Живот вздут, мышцы напряжены, урчит. Отмечается мышечная дистония с преобладанием гипертонуса мышц сгибателей. Кал при осмотре водянистый, со слизью, характерным кислым запахом.

Копрология: рН 3,7, лейкоциты 2-5 в п/зр, йодофильная флора.
Анализ кала на содержание углеводов: 0,6%

Вопросы к задаче:

- 1.Поставьте диагноз и обоснуйте его. Какова причина заболевания?
- 2.Как проводить лечение?
- 3.Каковы причины вторичной лактазной недостаточности?

Ответ:

1. Первичная лактазная недостаточность. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза, осмотра, лабораторных методов обследования.
2. Заменить молочную смесь на лечебную безлактозную смесь.
3. Целиакия, гастроинтестинальная форма пищевой аллергии, кишечные инфекции, протекающие с энтеритом.

Задача 42.

Мать ребенка 29 дней обратилась к участковому педиатру с жалобами на разрастания тканей в дне пупочной ранки ребенка и появлении округлого образования плотной консистенции.

Из анамнеза известно: малыш от 2 беременности, вторых срочных родов. Родители молодые, здоровы, беременность протекала без патологии. На 39 неделе роды, самостоятельные, масса тела - 4350, рост - 54 см, выписан из родильного дома на 4 сутки жизни с не отпавшей культей пуповины, сочной и широкой в основании. Дома - местно пупочное кольцо оставалось широким, культя пуповины отпала на 16 сутки жизни, под ней - разрастание плотных грануляций, обильное мокнутие пупочной ранки, серозного характера, покраснение околопупочного кольца. Ранку обрабатывали один раз в день перекисью водорода и прикладывали мазь Банеоцин.

При осмотре - состояние вполне удовлетворительное, температура не повышалась, активный, вес - 5200, рост - 56,0 см, по внутренним органам - без особенностей, зев спокоен, кожа чистая. В области пупка в дне пупочной ранки - безболезненное на ощупь разрастание тканей, плотное, флюктуации нет, со слов мамы небольшое мокнутие сохраняется.

Вопросы к задаче:

1. Ваш диагноз? Оцените тактику ведения ребенка, укажите возможные ошибки?
2. С какими состояниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Составьте план лечения

Ответ:

1. Диагноз: Мокнувший пупок. Фунгус пупка.
Лечение Банеоцином длительное время без гнойного процесса в пупочной ранке было не целесообразным. Правильнее было прижигать разрастания в

ранке ляписным карандашом. В настоящее время при таких размерах образования (фунгус пупка) - госпитализация в стационар для оперативного лечения – удаление грануляций.

2. Неполная облитерация урахуса, желчного протока, кишечный свищ.
3. Оперативное удаление грануляций.

Задача 43

Мальчик К. 8л. поступил в отделение гастроэнтерологии планово с жалобами на периодические боли в животе без четкой локализации, задержку стула до 2-3 дней.

Анамнез жизни: семейный анамнез отягощен по синдрому вегетативной дисфункции, гастродуодениту. Ребенок от 2 беременности, протекавшей с токсокозом, от 1 срочных родов, вес - 3500, рост - 51 см. С рождения на искусственном вскармливании. С раннего возраста до 7 лет наблюдался невропатологом с ДЗ: синдром вегето-висцеральных расстройств. На 1 году рос и развивался по возрасту. В настоящее время наблюдается хирургом по поводу пупочной грыжи. Анамнез заболевания: Боли в животе беспокоят с 5 лет, когда впервые пошел в детский сад, тогда же появились задержки стула. Боли всегда без четкой локализации, ночных болей нет, в летнее время боли не беспокоят, стул регулярный. Стул один раз в три дня, чаще тугой, по типу «овечьего», без патологических примесей. Периодически получал курсы пробиотиков с временным эффектом. Поступил планово для обследования и подбора терапии.

При поступлении: состояние ближе к удовлетворительному. Жалоб на момент осмотра нет. Кожные покровы чистые, периорбитальные тени, дистальный гипергидроз. Слизистые чистые. Сердечно – легочная деятельность удовлетворительная. Язык обложен белым налетом, больше у корня. Живот обычной формы, доступен глубокой пальпации, болезненный в верхних отделах, по ходу толстой кишки. Стул последний раз - два дня назад. Мочеиспускание не нарушено. Вес: -25кг, рост: - 130 см.

Общий анализ крови: Нв – 142 г/л Эр – $5,4 \times 10^{12}/л$, Лейк – $8,1 \times 10^9/л$, п – 3% с – 59% эоз -2% лимф – 26% мон – 10% СОЭ –7 мм/ч Биохимический анализ крови: АлАт - 12 (до 40), АсАт – 19 (до 40), щелочная фосфатаза – 302, амилаза общая – 56 (до 125), белок – 73,2 (65 – 85), мочевины – 3,5 (4,2- 8,3), креатинин – 69,0 (53 - 115), холестерин – 4,51 (1.7 – 5.2), триглицериды –0.58 (0,0 – 1,69), глюкоза –4,5 (до 3.0 - 5,5), билирубин общий – 17,6.

Анализ мочи общий в пределах нормы.

Latex test H.pylori отрицательный. ЭГДС патологии нет. УЗИ брюшной полости: Желчный пузырь средних размеров, фиксированный перегиб. Просвет пузыря эхонегативен. Стенка не изменена.

Рентгеноконтрастное исследование кишечника с барием: на рентгенограмме органов живота бариевая взвесь определяется по ходу толстой кишки. Кишка не расширена. Гаустрация усилена. Ректороманоскопия: патологии нет

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз? Обоснуйте ответ. Назовите «симптомы тревоги», исключающие диагноз синдром раздраженного кишечника.
2. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
3. Назначьте терапию. Тактика амбулаторного ведения.

Ответ:

1. Синдром раздраженного кишечника без диареи, диагноз поставлен на основании характерных жалоб, данных анамнеза, результатов проведенного обследования (по данным обследований исключена органическая патология). Резкая потеря в весе, ночные боли, лихорадка, кровь в стуле
2. Наследственная предрасположенность, искусственное вскармливание, нарушение моторики ЖКТ, стресс, синдром вегетативной дисфункции
3. Соблюдение режима питания, питьевого режима, препараты лактулозы (макрогола), возможно прокинетики. Ребенка должен наблюдать гастроэнтеролог.

Задача 44.

Девочка 5 лет поступила с жалобами на слабость, сердцебиение, одышку. Неделю назад: появились симптомы острого респираторного заболевания: подъем температуры до 39 °С, насморк, кашель; беспокоили боли в животе, жидкий стул 3 раза за сутки. Состояние ухудшилось 2 дня назад, выросла одышка, сердцебиение, вялость, появилась пастозность нижних конечностей, увеличение печени.

Анамнез: в течение недели высоко лихорадила. Заболевание связывает с приемом в пищу салата из капусты.

Объективный статус: бледная, вялая, температура 37,5 °С, ЧДД 30 в мин.; АД 80/50 мм рт.ст. Отмечаются пятнисто-папулезные высыпания на коже, располагающиеся вокруг суставов и на голених. Границы относительной сердечной тупости: правая – правая парастернальная линия, верхняя – 3 ребро, левая – 1,5 см снаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, короткий систолический шум на верхушке. В легких – единичные сухие хрипы. Живот мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области. Печень +3,0 см от края реберной дуги. Селезенка +1,5 см. Стул неустойчивый, разжиженный. Мочится регулярно. Масса 19 кг.

Результаты анализов.

ОАК: Нв – 110 г/л, эр. – $3,7 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,9, лейкоциты – $14,2 \times 10^9/л$, п-12%, с-53%, л-28%, м-7%, СОЭ 38 мм/ч.

ОАМ: цвет – соломенно-желтый, удельный вес – 1018, белок – нет, эпителий плоский – 2-3 в п/зр.

Анализ кала: кал жидкий, слизь ++, лейкоциты 15-20 в п/зр, эпителий пл. – 4-8 в п/зр.

ЭКГ: низкий вольтаж зубцов, нарушение проводимости, атриовентрикулярная блокада 1 степени.

ФКГ: систолический шум, занимает всю систолу.

ЭХО КС: снижение сократительной способности миокарда.

Бактериальное исследование кала: выделена *Yersinia enterocolitica*.

РПГА с иерсиниозным диагностикумом 1:1600.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.

Ответ

1. Иерсиниоз, типичный, генерализованная форма, осложненный миокардитом, СН ПА. Серологически подтвержденный. Анемия легкой степени. Нормохромная. Смешанного генеза.
2. Диагноз иерсиниоза поставлен на основании данных анамнеза, объективных данных, связь заболевания с приемом в пищу салата из сырых овощей; а также на основании результатов анализов: в ОАК – лейкоцитоз, сдвиг ядерного индекса влево, ускорена СОЭ до 38 мм/час; в копрограмме – признаки воспаления (слизь+++; лейкоциты 15-20 в п/зр.), подтверждением диагноза являются данные бактериологического исследования кала – выделена *Yersinia enterocolitica*, в РПГА с иерсиниозным диагностикумом обнаружены антитела в титре 1:1600. Генерализованная форма – так как поражены дыхательная, пищеварительная, сердечно-сосудистая системы. Осложнение – миокардит. СН ПА – на основании жалоб (слабость, сердцебиение, одышка), объективных данных (границы относительной сердечной тупости); результатов анализов (ЭКГ: низкий вольтаж зубцов, нарушение проводимости, атриовентрикулярная блокада 1 степени; ФКГ: систолический шум, занимает всю систолу; ЭХО КС: снижение сократительной способности миокарда.)
3. Госпитализация в инфекционную больницу. Обильное теплое питье. Стол № 4. 4. Этиотропное лечение: антибиотикотерапия – цефалоспорины 3 поколения. Патогенетическая терапия: дезинтоксикация (глюкозо-солевые растворы внутривенно капельно с учетом физиологической потребности в жидкости и потерь на интоксикацию). Энтеросорбенты. При повышении температуры выше 38,5 °C – нурофен 10 мг/кг или нимесулид 50 мг 2 раза в день. Лечение миокардита, СН ПА: Преднизолон, Дигоксин, Фуросемид.

Задача 45.

Ребенок М., 10 месяцев, поступил с жалобами на слабость, вялость, снижение аппетита, жидкий обильный стул, похудание.

Анамнез жизни: ребенок с 1 месяца на искусственном вскармливании, из группы часто болеющих детей, с 2-х месяцев беспокоили запоры, с 8 месяцев – периодически частый обильный стул.

Анамнез заболевания: ребенок заболел остро два дня назад, когда остро повысилась температура до 39 °С, была однократная рвота и появился обильный, водянистый желто-зеленого цвета стул с неперевавленными частицами пищи 10 раз в сутки.

Результаты анализов.

ОАК: гемоглобин – 96 г/л, эритроциты – $3,6 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,8; гематокрит – 41%, лейкоциты – $16,2 \times 10^9$ /л, э-2%, п/я-7%, с/я-34%, л-49%, м-8%, СОЭ–10 мм/ч.

ОАМ: цвет – желтый, удельный вес – 1016, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, белок – отрицательный, эритроциты – нет, эпителий плоский – 3-4 в поле зрения.

Копрограмма: желтый, жидкий, крахмал – зерна, нейтральный жир – в большом количестве.

Бактериологическое исследование кала: на шигеллы и сальмонеллы – отрицательный.

Количественное определение микроорганизмов (в 1 г кала): бифидобактерии менее 107 КОЕ/г, выделена *Klebsiella pneumonia* 107 КОЕ/г.

Серологические реакции: с аутоштаммом в титре 1/16 ++.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.

Ответ

1. Клебсиеллез. Типичный. По типу энтерита. Средней степени тяжести. Бактериологически подтвержденный (*Klebsiella pneumonia* 107 КОЕ/г). Анемия легкой степени тяжести. Гипохромная. Смешанного генеза.
2. Диагноз клебсиеллезной кишечной инфекции поставлен на основании жалоб и данных анамнеза: у ребенка с 2-х месяцев отмечался неустойчивый характер стула; острое начало заболевания с кишечного синдрома (однократная рвота, обильный, водянистый стул желто-зеленого цвета с неперевавленными частицами пищи), интоксикации (повышение температуры до 39 °С), результатов анализов: в ОАК – лейкоцитоз, сдвиг ядерного индекса влево, в копрограмме – амило- и стеаторея, в бактериологическом анализе количественного определения

микроорганизмов (в 1 г кала) выделена *Klebsiella pneumonia* 107КОЕ/г. По типу энтерита – так как стул обильный, водянистый, не переваренный, в копрограмме – нарушение переваривающей функции кишечника (амило- и стеаторея). Критериями степени тяжести является выраженность кишечного синдрома и интоксикации.

3. Госпитализация в инфекционную больницу. Обильное теплое питье. Этиотропное лечение: амикацин 10 мг/кг в сутки в 2 введения внутримышечно. Дезинтоксикационная терапия: глюкозо-солевые растворы внутривенно капельно с учетом физиологической потребности в жидкости и потерь на диарею и интоксикацию. Энтеросорбенты. Ферменты. При повышении температуры выше 38,5С – нурофен 10 мг/кг или нимесулид 50 мг 2 раза в день.

Задача 46.

Ребенок 6 месяцев, заболел около 5 дней назад с появления сухого кашля, незначительной заложенности носа с серозным отделяемым, повышения температуры тела до 37,3°C. Был осмотрен участковым врачом, выставлен диагноз: ОРВИ, легкая форма, назначено амбулаторное лечение. Эффекта от проводимой терапии не наблюдалось. Вчера мама заметила, что кашель принял приступообразный характер, приступ заканчивался отхождением вязкой мокроты и рвотой, ребенок начал отказываться от еды. Повторно был вызван участковый врач, ребенок направлен в инфекционный стационар.

Из анамнеза: от I нормальной беременности и родов. На смешанном вскармливании. Не привит в связи с отказом родителей.

При осмотре в стационаре ребенок капризный, бледный, лицо и веки пастозные. Кашель частый, приступообразный с высовыванием языка, лицо во время приступа краснеет, затем синее. Увеличены шейные лимфатические узлы. Носом дышит свободно. В зеве умеренная разлитая гиперемия, язвочка на уздечке языка. Легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно над всеми полями легкого жесткое дыхание, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. Сердечные тоны ритмичные, умеренная тахикардия (120 в минуту). Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул густой кашицей без патологических примесей.

Число приступов кашля в отделении до 28 в сутки, до 5-7 реприз в приступе, рвота в течение суток 3-4 раза. Отмечалась задержка дыхания до 15 – 20 секунд.

Вопросы

1. Поставьте клинический диагноз.

- Проведите обоснование диагноза
2. Составьте план обследования
 3. Составьте план лечения
- Назовите методы профилактики заболевания.

Ответ

1. Клинический диагноз: Коклюш, типичное течение, тяжелая форма. На основании эпидемиологического анамнеза (не привит), типичных клинических симптомов: (умеренные катаральные явления, сухого кашля, заложенность носа с серозным отделяемым, отечный синдром, гиперемия и цианоз лица при кашле, эпизоды рвоты и остановки дыхания при кашле, характерное положение языка, изъязвление уздечки языка, коробочный звук над легкими при перкуссии, множественные сухие свистящие хрипы при аускультации). Критерии тяжести: короткий инкубационный период (до 7 дней), частота эпизодов спазматического кашля (свыше 20 приступов в сутки), частая рвота в конце приступа кашля, цианоз лица, эпизод спазматического апное, отказ от еды, сердечно-сосудистые нарушения (бледность, цианоз лица, тахикардия).
2. План обследования:
 - клинический анализ крови (лимфоцитарный лейкоцитоз)
 - определение сатурации, КЩС крови (степень гипоксемии, дыхательной недостаточности, респираторно-метаболического ацидоза)
 - рентгенография органов грудной клетки (общее вздутие легочной ткани, горизонтальное стояние ребер, повышенная прозрачность легочных полей, низкое расположение и уплощение купола диафрагмы; усиление легочного рисунка, возможны ателектазы, пневмоторакс, легочное сердце)
 - электрокардиография (смещение ЭОС вправо, тахикардия, перегрузка правых отделов, гипоксические изменения в миокарде)
 - специфическая диагностика – 1)бактериологический метод - выделение *Bordetella pertussis* из слизи с задней стенки глотки (метод плоских кашлевых пластин); 2)молекулярно-генетический метод — полимеразная цепная реакция (ПЦР) позволяет в течение 4 – 6 часов обнаружить ДНК возбудителя (экспресс-метод);
 - 3) серологический метод (РА) применяют для диагностики коклюша на поздних сроках или эпидемиологического анализа (обследование очагов) (диагностический титр при однократном обследовании непривитых пациентов — 1:80; наибольшее значение имеет четырехкратное нарастание титра специфических антител в парных сыворотках)
3. План лечения:

Лечение коклюша включает: медикаментозные и немедикаментозные методы

 - мероприятия, направленные на эрадикацию возбудителя(этиотропная

- терапия) – препараты выбора – макролиды, резерв – комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз (Амксициллин+клавулановая кислота), при тяжелом, осложненном течении – Цефалоспорины 3-го поколения;
- мероприятия, направленные на прерывание патологического очага возбуждения с приступами судорожного кашля, в том числе максимальное устранение внешних раздражителей (болевого, тактильного, психоэмоционального и др.) – седативная терапия, уменьшающая потребность головного мозга в кислороде (барбитураты), противокашлевые препараты центрального действия (бутамирата цитрат) у детей до 3-х лет противопоказаны, глюкокортикостероиды в комплексной терапии отека головного мозга,
 - терапия дыхательной недостаточности - ингаляционная терапия увлажненным кислородом, бронхолитики, ингаляционные стероиды;
 - симптоматическое и местное лечение
 - мероприятия, направленные на повышение иммунологической реактивности и репаративных процессов - аскорбиновая кислота, витамин «Е» внутрь, кокарбоксилаза.

Задача 47.

На приеме у врача-педиатра участкового мама с ребенком 3 лет с жалобами на непродуктивный приступообразный кашель, периодически до рвоты, снижение аппетита, появление шумного дыхания при физической нагрузке.

Девочка заболела около двух недель назад, когда повысилась температура тела до 37,4°C, редкое покашливание, снизился аппетит. Состояние начало ухудшаться 3 дня назад: на фоне нормальной температуры тела кашель участился, приобрел приступообразный характер, стал навязчивым, усиливается в ночное время, иногда приступы кашля заканчиваются рвотой.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился доношенным, с весом 3500 г, к груди приложен в родовом зале. Вскармливание грудное до 6 месяцев, затем переведен на искусственное. Развитие по возрасту. Привита в роддоме БЦЖ, далее отказ матери, начали вакцинировать два месяца назад. Аллергических проявлений не отмечалось. Наследственность: у бабушки по линии мамы – экзема. Мама не переносит пенициллин.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Ребенок возбужден, на осмотр реагирует негативно. Лицо одутловатое. Единичные петехии на коже век. Кожные покровы бледные, параорбитальный и периоральный цианоз. Слизистые сухие. Катаральные изменения в ротоглотке не выражены. Во время осмотра развился приступ кашля, во время которого отмечалось

некоторое покраснение лица, свистящий вдох. Носовое дыхание свободное. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы. ЧД – 32 в минуту. Перкуторно по всем полям определяется коробочный звук. При аускультации жесткое дыхание с удлиненным выдохом, диффузные сухие свистящие и единичные влажные хрипы на вдохе и выдохе. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 110 в минуту. Живот несколько вздут, пальпации доступен, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

При обследовании в общем анализе крови: лейкоциты – $19,3 \times 10^9/\text{л}$; эозинофилы – 3%, п/я нейтрофилы - 2%; с/я нейтрофилы - 28%; лимфоциты - 64%; моноциты - 3%. СОЭ – 9 мм/ч.

Вопросы

1. Сформулируйте вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
2. Назначьте лечение. Показаны ли антибактериальные препараты в данном случае?
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?.

Ответ

1. Клинический диагноз: Коклюш, типичное течение, тяжелая форма. Осложнение: Бронхообструктивный синдром, Дыхательная недостаточность II степени. Обоснование: Коклюш на основании эпиданамнеза (не привит), длительности катарального периода 2 недели, характерного субфебрилитета, неяркие проявления катаральных явлений в ротоглотке. появление типичных приступов спастического кашля, сопровождающегося покраснением лица, репризами, рвотой, одутловатость (отечность), единичные петехиальные элементы, наличие в гемограмме лимфоцитарного лейкоцитоза. Синдром эмфиземы и бронхиальной обструкции – на основании формы грудной клетки (цилиндрическая), перкуторно-коробочный звук, аускультативно – удлиненный выдох, множественные свистящие хрипы, единичные влажные хрипы. С-м дыхательной недостаточности – бледность, периорбитальный цианоз, тахипноэ – ЧДД - до 32 в мин, нарушения со стороны нервной системы (возбуждение, негативность).

В плане обследования:

- определение сатурации и кислотно-щелочного состояния крови (степень дыхательной недостаточности)
- рентгенография органов грудной клетки (общее вздутие легочной ткани,

- горизонтальное стояние ребер, повышенная прозрачность легочных полей, низкое расположение и уплощение купола диафрагмы; усиление легочного рисунка, возможны ателектазы, пневмоторакс, легочное сердце)
- электрокардиография (смещение ЭОС вправо, тахикардия, перегрузка правых отделов, гипоксические изменения в миокарде)
- специфическая диагностика – 1)бактериологический метод - выделение *Bordetella pertussis* из слизи с задней стенки глотки (метод плоских кашлевых пластин); 2)молекулярно-генетический метод — полимеразная цепная реакция (ПЦР) обнаружить ДНК возбудителя (экспресс-метод);
- 3) серологический метод (РА) применяют для диагностики коклюша на поздних сроках или эпидемиологического анализа (обследование очагов) (диагностический титр при однократном обследовании непривитых пациентов — 1:80; наибольшее значение имеет четырехкратное нарастание титра специфических антител в парных сыворотках)

2. Лечение будет включать:

- этиотропная терапия – препараты выбора – макролиды, резерв – комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз (Амксициллин+клавулановая кислота), при тяжелом, осложненном течении – Цефалоспорины 3-го поколения. В связи с отягощенным аллергоанамнезом и при отсутствии признаков наслоения вторичной бактериальной инфекции от антибактериальной терапии следует воздержаться.
- терапия бронхообструктивного синдрома – ингаляционная терапия с применением бронхолитиков (ипратропия бромид+фенотерол), ингаляционные стероиды (будесонид)
- мероприятия, направленные на прерывание патологического очага возбуждения с приступами судорожного кашля, в том числе максимальное устранение внешних
- терапия дыхательной недостаточности - ингаляционная терапия увлажненным кислородом,
- местная и симптоматическая терапия

3. В периоде судорожного кашля необходимо проводить дифференциальную диагностику коклюша с паракоклюшем и заболеваниями, протекающими с синдромом коклюшеподобного кашля (микоплазменной, хламидийной и респираторносинцитиальной (RS) инфекциями, муковисцидозом, а также с аспирацией инородного тела. В редких случаях приходится исключать заболевания, сопровождающиеся увеличением внутригрудных лимфатических узлов (лимфогрануломатоз, лейкозы, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов). При наличии отягощенного семейного аллергоанамнеза по материнской линии, раннего искусственного вскармливания, клинических проявлений бронхиальной обструкции и

дыхательной недостаточности следует также проводить дифференциальный диагноз с приступным периодом бронхиальной астмы.

Задача 48.

Менингококковая инфекция, смешанная форма. Гнойный менингит, менингококцемия

Ребенок 2 лет, посещает детский сад, заболел остро с повышением температуры тела до 39°C, была повторная рвота, жаловался на головную боль. В конце дня - кратковременные судороги, потеря сознания. Доставлен в больницу с диагнозом токсический грипп.

При осмотре: состояние очень тяжелое, кожа серого цвета, акроцианоз. На коже живота, груди, конечностей - геморрагическая сыпь различной величины и формы. Ребенок сонлив. Температура тела 39°C. Артериальное давление - 50/25 мм рт.ст. В легких жесткое дыхание, тоны сердца аритмичные, тенденция к брадикардии. Живот мягкий, печень +1 см. Не мочится. Через 2 часа состояние ухудшилось.

Лежит в вынужденной позе с запрокинутой головой, стонет, увеличилось количество геморрагических элементов на коже. Многократная рвота. Пульс частый, слабый. Зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая.

Клинический анализ крови: НЬ - 120 г/л, Эр - $3,6 \times 10^{12}/л$, Тромб - $170,0 \times 10^9/л$, Лейк - $17,0 \times 10^9/л$; п/я - 27%, с/я - 53%, э - 2%, л - 10%, м - 8%; СОЭ-30 мм/час.

Ликворограмма: цвет - мутный, опалесцирует, цитоз - 1800/3, белок - 0,460 г/л, лимфоциты - 10%, нейтрофилы - 90%.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены на догоспитальном и госпитальном этапах?
3. Противоэпидемические мероприятия в очаге и существует ли специфическая профилактика данного заболевания?

Ответ:

1. Дз: Менингококковая инфекция, смешанная форма. Гнойный менингит, менингококцемия.
2. Лечебные мероприятия на догоспитальном + госпитальном этапе: догоспитальный - левомицетин (400тыс.ЕД на 4введ. + инфуз) + немедленная госпитализация; антибактериальная терапия большими дозами (до 1г-400тыс ч/з 3ч, 1-3г-300тыс ч/з 4ч, >3л-200тыс ч/з 4ч; по тяжести м.увел.на 100тыс.7дн. Повторная пункция - лимфоцитарный

цитоз 100 => отменить антибиотики, приближается к 100, нейтрофильно-лимфоцитарный =>еще 3д. лечения, без пункции, цитоз >100+ >нейтр =>смена(ЦСП) 7дн,еще пункци+ интенс.инфуз(V=75% от возрастной нормы. Дегидратация: стартовый р-р 20% маннитол-0,25-1г/кг 10-30'. Через 60-90'-форс.диурез(фуросемид-1-2мг/кг). Базовые растворы: 10% глюкоза на физ.р-ре или р-р Рингера. Для улучшения микроциркуляции - реополиглюкин 10мл/кг, профилактика + лечение ДВС-синдрома - плазма. Коллоиды:кристаллоиды = 1:3. При развитии ОПН, отека легких – коллоиды исключить; дексаметазон – сначала 0,15мг/кг, потом - 0,25 на 4р

3. Профилактика/эпидемиология: больные с генерализованной формой – госпитализация, о каждом случае извещение в СЭС. Карантин -10дней с момента изоляции больного. В очаге – клиническое наблюдение с осмотром носоглотки, кожи, измерение t в теч.10дней. Бактериологическое обследование контактных не менее 2р. с интервалом 3-7дн. Выявленные носители – изоляция + санация. Через 3д. после санации – однократно бактериологическое обследование. Контакт с больными - допуск в коллектив после мед. осмотра, однократно бактериологическое обследование с “-” рез. Заключительной дезинфекции нет. Специфическая профилактика: РФ - менингококковая А-вакцина –специфические полисахариды Mening. грА. Куба – менингококковая В-вакцина, США - квадριвалентная, Франция – бивалентная. РФ-детям>1г.1-8л-25мкг,>8л-50мкг.

Задача 49.

Ребенок 2,5 лет, посещает детский сад, заболел остро с повышением температуры тела до 39°C, была повторная рвота, жаловался на головную боль. В конце дня - кратковременные судороги, потеря сознания. Доставлен в больницу с диагнозом токсический грипп.

При осмотре: состояние очень тяжелое, кожа серого цвета, акроцианоз. На коже живота, груди, конечностей - геморрагическая сыпь различной величины и формы. Ребенок сонлив. Температура тела 39°C. Артериальное давление - 50/25 мм рт.ст. В легких жесткое дыхание, тоны сердца аритмичные, тенденция к брадикардии. Живот мягкий, печень +1 см. Не мочится. Через 2 часа состояние ухудшилось.

Лежит в вынужденной позе с запрокинутой головой, стонет, увеличилось количество геморрагических элементов на коже. Многократная рвота. Пульс частый, слабый. Зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая.

Клинический анализ крови: НЬ - 120 г/л, Эр - $3,6 \times 10^{12}$ /л, Тромб - $170,0 \times 10^9$ /л, Лейк - $17,0 \times 10^9$ /л; п/я - 27%, с/я - 53%, э - 2%, л - 10%, м - 8%; СОЭ-30 мм/час.

Ликворограмма: цвет - мутный, опалесцирует, цитоз - 1800/3, белок - 0,460 г/л, лимфоциты - 10%, нейтрофилы - 90%.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие симптомы заболевания могут быть выявлены при осмотре?
3. Каких специалистов следует пригласить на консультацию?

Ответ

1. Дз:Менингококковая инфекция, смешанная форма. Гнойный менингит, менингококцемия.
2. Симптомы: общемозговые (головная боль - диффузная, усиливается в ответ на сильные звуковые, световые раздражители, движения). Рвота, не связанная с приемом пищи, клонико-тонические судороги, беспокойство, расстройство сна, выбухание, пульсация родничка), менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига (нога больного, лежащего на спине, пассивно сгибается под углом 90° в тазобедренном и коленном суставах, попытка разогнуть эту ногу в коленном суставе невозможна), симптомы Брудзинского: верхний (непроизвольное сгибание ног и подтягивание их к животу при попытке пассивного сгибания головы)+нижний (при проверке с одной стороны симптома Кернига другая нога, сгибаясь в коленном и тазобедренном суставах, подтягивается к животу), Поза с запрокинутой головой, притянутыми ногами + геморрагическая сыпь неправильной (звездчатой) формы, плотная, выступает над поверхностью кожи, могут быть некрозы в центре – отторжение, формирование рубцов + синовиииты, артриты, увеит, плеврит, флебит. Может быть эндомиоперикардит (одышка, тахикардия, цианоз, глухость сердечных тонов, расширение границ), гломерулонефрит, может быть гепато-лиенальный синдром.
3. Специалисты:реаниматолог, невропатолог.

Задача 50.

Менингококковая инфекция, смешанная форма. Гнойный менингит, менингококцемия

Ребенок 3 лет, посещает детский сад, заболел остро с повышением температуры тела до 39°C, была повторная рвота, жаловался на головную боль. В конце дня - кратковременные судороги, потеря сознания. Доставлен в больницу с диагнозом токсический грипп.

При осмотре: состояние очень тяжелое, кожа серого цвета, акроцианоз. На коже живота, груди, конечностей - геморрагическая сыпь различной величины и формы. Ребенок сонлив. Температура тела 39°C. Артериальное

давление - 50/25 мм рт.ст. В легких жесткое дыхание, тоны сердца аритмичные, тенденция к брадикардии. Живот мягкий, печень +1 см. Не мочится. Через 2 часа состояние ухудшилось.

Лежит в вынужденной позе с запрокинутой головой, стонет, увеличилось количество геморрагических элементов на коже. Многократная рвота. Пульс частый, слабый. Зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая.

Клинический анализ крови: НЬ - 120 г/л, Эр - $3,6 \times 10^{12}$ /л, Тромб - $170,0 \times 10^9$ /л, Лейк - $17,0 \times 10^9$ /л; п/я - 27%, с/я - 53%, э - 2%, л - 10%, м - 8%; СОЭ-30 мм/час.

Ликворограмма: цвет - мутный, опалесцирует, цитоз - 1800/3, белок - 0,460 г/л, лимфоциты - 10%, нейтрофилы - 90%.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз и дайте характеристику возбудителя
2. Объясните патогенез токсического синдрома. Причины появления геморрагической сыпи.
3. Какие лабораторные исследования могут подтвердить клинический диагноз?

Ответ:

1. Дз:Менингококковая инфекция, смешанная форма. Гнойный менингит, менингококкемия. Возбудитель: Грам(+) *Neisseria meningitidis*. Располагаются попарно, внутри/внеклеточно. Чувствительна к окружающей среде, болеет только человек. Выделяет эндотоксин + аллергизирующие субстанции. Образует L-формы.
2. Патогенез токсического синдрома и геморрагической сыпи. Входные ворота – слизистая носо-, ротоглотки. При преодолении защитных барьеров попадает в кровь, может быть занос в кожу, суставы, легкие. Проникает через ГЭБ. Эндотоксин воздействует на эндотелий сосудов + клетки крови => расстройство микроциркуляции => геморрагии. Воспалительный процесс в мягкой мозговой оболочке => их нейтрофильная инфильтрация => нарушение проницаемости ГЭБ, отек + набухание вещества головного мозга.
3. Лабораторно: слизь из носоглотки - бактериологический посев на питательную среду. Серология: РПГА(специфические антитела), ВИЭФ(менингококковый токсин) **Люмбальная пункция:** ребенок в положении сидя или лежа на боку, голова + ноги согнуты. Стерильная пеленка, марля, йод, игла 22 калибра с мандреном, 1%лид, перчатки. Уровень L4-L5.Обезболивание 1% лидокаина.Иглу вводят по средней линии по направлению к пупку. Продвинув иглу, удаляют мандрен, проверяют, течет ли ликвор. По 1мл в 3проб(1я-б/л,б/ск,2я-сах,бел,3я-цитоз),в иглу мандрен, удаляют. Ликвор: вытекает под давлением, мутный, молочно-белый или желто-зеленый. Нейтрофильный плеоцитоз (неск.тыс до 95%), повышенный белок (1-4,5 г/л при N 0,22-

0,33), глюкоза (N 2,78-3,89 ммоль/л), хлор (N 120-128 ммоль/л) = сниж. **Кровь**: лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг влево, анэозинофилия, увеличение СОЭ.

Задача 51.

На приеме девочка 12 лет с жалобами на боли в животе, в области эпигастрия, возникающие натощак, через 2 часа после приема пищи и ночью, на частую изжогу и отрыжку воздухом.

Анамнез заболевания. Первые симптомы заболевания появились полтора месяца назад, постепенно участились, приняли интенсивный характер. Амбулаторно получала лечение: антациды, ферменты, спазмолитики с непродолжительным положительным эффектом.

Анамнез жизни. Ребенок от второй беременности, протекавшей гладко, без осложнений, вторых срочных самостоятельных родов. При рождении вес 3200 г, рост 53 см. Развивалась физиологично, гармонично. Привита в соответствии с календарем профилактических прививок. Учится в школе с интенсивным изучением иностранных языков, посещает кружок танцев, шахматы. Последние 3 месяца у девочки участились головные боли в вечернее время, в связи с чем родители регулярно с целью обезболивания дают ребенку препараты ибупрофена.

Наследственный анамнез: у бабушки по материнской линии - гипертоническая болезнь, у дедушки по отцовской линии - хронический холецистит, у отца - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у матери - мигрени.

При осмотре: рост 145 см, масса 40 кг. Кожные покровы чистые, влажные. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Дыхание над легкими везикулярное. Хрипов нет. ЧДД - 20 в 1 минуту. Тоны сердца средней звучности, ясные, дыхательная аритмия. ЧСС - 62-80 в 1 минуту. АД - 95/60 мм. рт. ст. Язык обложен неплотным налетом белого цвета. Живот не вздут, мягкий, болезненный при пальпации в области эпигастрия и пилородуоденальной зоны. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, край закруглен. Симптомы холепатии (Мерфи, Ортнера, Кера) отрицательные. Стул 1 раз в день, оформленный. По другим органам - без патологии.

Общий анализ крови - эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв - 115 г/л, Ht - 37,6, лейкоциты - $7,3 \times 10^9/л$, эозинофилы - 3%, п/я - 2%, с/я - 48%, лимфоциты - 40%, моноциты - 7%, СОЭ - 7 мм/ч.

Биохимический анализ крови - АлТ - 19 Ед/л (0-40), АсТ - 19 Ед/л (0-40), об. белок - 70 г/л (64-83), α -амилаза - 29 е/л (28-100), об. билирубин - 14,2 мкмоль/л (3,5-21), пр. билирубин - 1,4 мкмоль/л (до 5), ЩФ - 52 ед. (35-105)

Общий анализ мочи - кол-во - 40,0 мл, цвет - св. желтый, прозрачность полная, уд. вес - 1007, белок - нет, эп. клетки 1-0-1 в п/зр., лейкоциты 1-2

в п/зр., эр. - 0, соли - оксалаты, слизь - отр., бактерии - отр.

ФЭГДС: слизистая пищевода гиперемирована вблизи кардии, кардия смыкается не полностью. Слизистая желудка во всех отделах гиперемирована в просвете желудка умеренное количество мутной желчи. Слизистая двенадцатиперстной кишки гиперемирована, на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки язвенный дефект 0,6×0,5см, покрытый грязно-серым фибриновым налетом, окруженный венчиком гиперемии, Нр (-).

УЗИ: печень - контур ровный, четкий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная, сосуды не расширены. Желчный пузырь – не увеличен, функциональный перегиб в средней трети тела, стенки не уплотнены, содержимое однородное. Поджелудочная железа - контур ровный, четкий, размеры – головка – 18 мм (норма), тело - 15 мм (норма), хвост - 19 мм (норма), эхоструктура паренхимы однородная, селезенка - контур ровный, четкий, нормальных размеров, эхоструктура паренхимы однородная.

Вопросы:

- 1.Сформулируйте диагноз. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
- 2.Рассчитайте цветовой показатель. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Какое лечение основного заболевания необходимо назначить?
Диспансерное наблюдение.

Ответ

1.Основной диагноз. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (активная язва луковицы), впервые выявленная, неосложненная, фаза обострения, НПВС-ассоциированная. Сопутствующий диагноз. НПВС-гастропатия, дуодено-гастральный рефлюкс. ГЭРБ с катаральным эзофагитом. Головные боли напряжения.

Диагноз язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки выставлен на основании данных анамнеза (наследственный анамнез отягощен по отцовской линии, указанные жалобы беспокоят в течение 3 месяцев, применение НПВС, получала симптоматическое лечение без положительного эффекта), жалоб (голодные, ночные боли в животе, объективного осмотра (болезненность при пальпации в области проекции пилорoduоденальной зоны), результатов эндоскопического исследования (язвенный дефект слизистой диаметром 0,6-0,5 см, покрытый бело-серым налетом фибрина, окруженный венчиком гиперемии).

Диагноз НПВС-гастропатия выставлен на основании данных анамнеза и результатов ФЭГДС (гиперемия слизистой оболочки желудка).

Диагноз ГЭРБ с катаральным рефлюкс эзофагитом поставлен на

основе жалоб (частая изжога и отрыжка воздухом) и результатов ФЭГДС.

Диагноз головные боли напряжения выставлен на основании данных анамнеза.

2. Анализ кала на скрытую кровь для исключения скрытого кровотечения, биохимия крови (обмен железа – ферритин, трансферин, сывороточное железо, ОЖСС) в связи со сниженным ЦП – 0,82.

3.

А) Диета с исключением острой, жареной, жирной и кислой пищи, а также консервантов, красителей. Антирефлюксный режим. Режим питания – 4 раза в день.

Б) Препараты из группы ИПП (эзомепразол, омепразол или аналоги) на 4-8 недель в дозе 40 мг в сутки.

В) Назначение препаратов железа. Консультация невролога для коррекции терапии головных болей.

Г) Наблюдение гастроэнтеролога. При сохранении жалоб на боли в животе контроль ФЭГДС с проведением биопсии.

Задача 52.

На приеме врача-педиатра участкового девочка 13 лет с жалобами на поздние, голодные боли в эпигастриальной области. Просыпается от боли по ночам. Боль уменьшается при приеме пищи, но спустя 1,5-2 часа после еды усиливается. Периодически беспокоит изжога, отрыжка кислым. Считает себя больной в течение года, но в последнее время приступы боли в животе стали чаще и интенсивнее. Не обследовалась.

Из анамнеза жизни: учится в английской и музыкальной школах. Отличница. Режим питания не соблюдает. У отца – язвенная болезнь желудка. Мать считает себя здоровой.

Объективно: девочка правильного телосложения, пониженного питания. Кожа чистая, влажная. Язык обложен грязно-белым налетом. Саливация сохранена. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 68 ударов в минуту. При поверхностной пальпации живота определяется мышечное напряжение в эпигастриальной и пилорoduodenальной области. Здесь же локальная болезненность при глубокой пальпации. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам. Мочеиспускания безболезненные.

Вопросы:

- 1.Поставьте предварительный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Проведите дифференциальный диагноз.
- 2.Укажите методы диагностики инфекции *Helicobacter pylori*. Какова тактика врача – педиатра участкового в отношении данного пациента?
- 3.Назовите принципы терапии данной патологии.

Ответ

- 1.Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (на основании анамнеза, жалоб и данных осмотра). Дифференциальный диагноз с ЯБ желудка, функциональной диспепсией.
- 2.¹³C-уреазный дыхательный тест и/или определения антигена хеликобактера пилори в фекалиях, Иммунохроматографическое экспресс-исследование кала на хеликобактер пилори (*Helicobacter pylori*), при одновременном проведении в ходе ЭГДС быстрого уреазного теста.
- 3.Эрадикационная терапия на 14 дней при НП-ассоциированной ЯБ, ИПП на 14 дней при НРотр, ИПП, прокинетики – при функциональной диспепсии

Задача 53.

Мальчик А. 12 лет поступил в отделение гастроэнтерологии с жалобами на боли в эпигастрии, изжогу, отрыжку.

Анамнез заболевания: Периодические боли в эпигастрии беспокоят в течение полугода. Боли возникают на фоне нарушения режима питания, диеты, стресса. Периодически беспокоит изжога. Последние несколько дней боли стали более интенсивными, возникают натощак или через 2 часа после еды. Купируются после приема пищи, антацидов. Диету ребенок не соблюдает. К гастроэнтерологу не обращался. Поступил по экстренным показаниям с болями в эпигастрии.

Анамнез жизни: Ребенок 2-й в семье. Аллергоанамнез: атопический дерматит на 1-м году, крапивница на укусы насекомых. Наследственный анамнез отягощен по язвенной болезни 12-п. кишки, хроническому гастриту, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, мочекаменной болезни. Операции: по поводу пупочной грыжи в 6 лет. Аллергоанамнез не отягощен. Фармакологический анамнез: за последние полгода антибактериальные препараты не принимал.

Состояние при поступлении средней тяжести. Удовлетворительного питания, физическое развитие среднее, гармоничное (вес 45 кг, рост 158 см). Аппетит сохранен. Кожа и слизистые бледно-розовые, чистые. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Язык обложен белым налетом. Живот обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания, мягкий, доступен глубокой пальпации, болезненный в эпигастрии. Пузырные

симптомы отрицательные. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул со слов ребенка ежедневный, оформленный, без патологических примесей. Область почек не изменена. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча светлая.

Данные обследований:

Общий анализ крови: Hb – 139 г/л, Эр – $4,64 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты 321×10^9 /л, лейкоциты $7,3 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с/я - 46%, эозинофилы - 4%, лимфоциты - 41%, моноциты - 7%, СОЭ – 8 мм/час.

Биохимический анализ крови: АлАт - 8 ед/л (до 40), АсАт – 21 ед/л (до 40), амилаза – 74 ед/л (до 80), общий белок – 78 г/л (65 – 85), билирубин общий – 10,2 мкмоль/л (1,3 – 20,5).

Общий анализ мочи: без патологии.

Латекс-тест на АГ *H. pylori* положительный.

ФЭГДС Слизистая желудка и пищевода розовая, блестящая. Луковица 12 перстной кишки обычных размеров, пустая. Слизистые очагово гиперемированы, отечны по всем стенкам. По передней стенке и малой кривизне отмечаются активные язвы 0,3 х 0,2 и 0,4 х 0,3 см, с неровными контурами, частично фрагментированы, с перифокальной реакцией. По задней стенке - большой кривизне (на 3-5 часах) ближе к бульбодуоденальному переходу также отмечается активная язва размером 0,3×0,2 см, дно покрыто фибрином, фрагментирована, с перифокальной реакцией, без конвергенции складок.

Вопросы к задаче:

1. Ваш предварительный диагноз? Обоснуйте ответ. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
2. Назначьте терапию. Какова ее продолжительность на современном этапе? В каком случае необходимо проводить контроль ФЭГДС?
3. Тактика амбулаторного ведения.

Ответ

1. Язва двенадцатиперстной кишки, впервые выявленная, в активной стадии (множественные язвы луковицы), ассоциированная с хеликобактером
2. Эрадикационная терапия первой линии препаратами амоксициллин 1000 г х 2р, кларитромицин 500 мг х 2р, омепразол 40 мг х 2р.

Назначается на 14 дней. Контроль ФЭГДС необходимо проводить в случае сохранения жалоб.

3. Наблюдение гастроэнтеролога, соблюдение режима питания, здоровый рацион питания, контроль эрадикации НР.

Задача 54.

В стационар в приемное отделение обратилась мама с мальчиком 6 лет. Жалобы на повторяющиеся приступы кашля, свистящее дыхание, затруднение дыхания, одышку. Из анамнеза известно, что в течение 2 месяцев родители отмечают у ребенка повторяющиеся приступы кашля, свистящего дыхания и одышки. Симптомы появляются преимущественно ночью или ранним утром. Уточнили, что 2 месяца назад семья впервые завела домашнее животное (кошку).

Анамнез жизни: ребенок от 2 физиологически протекавшей беременности, 1 срочных самостоятельных родов. Выписан на 7 сутки, неонатальный скрининг проведен. Вакцинирован в соответствии с национальным календарем. Вскармливание смешанное. Аллергологический анамнез: пищевая аллергия на цитрусовые и шоколад. Семейный анамнез отягощен: тетя и дедушка – БА.

При осмотре: состояние ребенка средней степени тяжести, стабильное, лихорадки нет. Правильное телосложение, кожные покровы розовые, сухие с шелушениями. Тургор тканей удовлетворительный, подкожно-жировой слой развит достаточно, распределен равномерно, отеков нет. Слизистые оболочки чистые, влажные, небные дужки и задняя стенка глотки не гиперемированы, миндалины не увеличены, наложений нет. Лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены, безболезненные. В легких дыхание жесткое, при аускультации выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы с усилением при форсированном выдохе. ЧДД 28 в мин. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 98 в мин. АД 100/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации во всех отделах, печень и селезенка не увеличены. Стул у ребенка регулярный, оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание не нарушено, моча светлая.

.

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз. Какое обследование требуется провести, чтоб его подтвердить?
2. Какие препараты относятся к препаратам скорой помощи у детей??
3. Каковы показания для госпитализации ребенку с БА? Каковы показания для перевода в ОРИТ?

Ответ

1. Бронхиальная астма, персистирующая, легкое течение, приступный период.

Ключевым моментом в диагностике бронхиальной астмы у детей является наличие в анамнезе повторяющихся эпизодов свистящего дыхания (обычно более трех). Наличие атопии и отягощенный семейный анамнез.

Для уточнения диагноза следует провести спирометрию, бронходилатационный тест с целью подтверждения обратимости бронхиальной обструкции. Оценку функции внешнего дыхания в условиях форсированного выдоха рекомендуется осуществлять у детей с подозрением на БА в возрасте старше 5-6 лет (спирометрия: исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков, исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов) и для мониторинга астмы.

2. К препаратам скорой помощи при бронхиальной астме относятся короткодействующие β_2 -агонисты. Целями лечения обострений БА является как можно более быстрое устранение бронхиальной обструкции и гипоксемии и предотвращение дальнейших рецидивов

3. Ребенку с бронхиальной астмой одним из показаний к госпитализации является более 8 ингаляций КДБА за последние 24 часа. Перевод в отделение реанимации осуществляют, если есть любой из следующих признаков: отсутствие ответа на сальбутамол в течение 1-2 часов; любые признаки тяжелого обострения; учащение частоты дыхательных движений (ЧДД) снижение сатурации O_2 .

Задача 55.

Мальчик 6 мес. поступает в стационар. Жалобы на кожные высыпания в виде папул и микровезикул, выраженный зуд кожи.

Анамнез заболевания: После перевода на искусственное вскармливание на коже щек появились высыпания в виде папул и микровезикул с выраженной экссудацией и мокнутием. В возрасте 3 месяцев сыпь распространилась на все лицо за исключением носогубного треугольника, наружные поверхности плеч и бедер. С 4-месячного возраста кожные проявления заболевания усилились, появился выраженный зуд. Применение наружных медикаментозных средств ("болтушки", кремы, мази, травяные ванны) и антигистаминных препаратов давало кратковременный эффект. После введения молочной каши состояние еще более ухудшилось: усилилось беспокойство, ребенок, практически, перестал спать, стал плохо есть.

При осмотре: состояние тяжелое, беспокоен. На волосистой части головы выражены проявления себорейного шелушения в виде "чепчика". Кожные покровы в области лица, разгибательных поверхностей конечностей, груди и живота покрыты микровезикулами с серозным содержимым, которые быстро вскрывались с образованием «экзематозных колодцев». За ушами, в области шейных складок, в локтевых и подколенных сгибах, на мошонке и в

промежности отмечаются участки с мокнутием и крупнопластинчатым шелушением. Пальпируются периферические лимфатические узлы до 0,5 см в диаметре, безболезненные, эластической консистенции, не спаяны с окружающими тканями. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС - 114 уд/мин. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот несколько вздут, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень +3,0 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул кашицеобразный, желтого цвета. Моча светлая. Общемозговых, очаговых и менингеальных симптомов не выявляется

В анализе крови – эозинофилия до 17%. Уровне общ. IgE 4 kU/L. Уровень IgE-специфических антитела к белкам коровьего молока 17,6 kU/L.

Задания:

1. Поставьте клинический диагноз
2. Какие рекомендации по питанию можно дать при выявлении аллергии на белок коровьего молока.
3. Как оценивается степень тяжести атопического дерматита.

Ответ

1. Атопический дерматит, младенческая форма, тяжелое течение, обострение. Пищевая аллергия (аллергия на белок коровьего молока).. Диагноз установлен на основании данных аллергоанамнеза (атопическая наследственность, связь появления первых симптомов с началом искусственного вскармливания, ухудшения состояния после введения молочной каши), клинической картины, типичной для атопического дерматита детей грудного возраста (характерная морфология и локализация кожного процесса), улучшения состояния на фоне диагностической элиминационной диеты
2. Рекомендуются элиминация или удаление причинно-значимых аллергенов. При развитии симптомов пищевой аллергии, включая анафилаксию, что нередко наблюдается у детей и взрослых с сенсibilизацией к белкам пищевых аллергенов, установленной с помощью определения аллерген-специфических IgE антител в сыворотке крови, рекомендованы элиминационные диеты с исключением причинно-значимых аллергенов. Детям с АБКМ, находящимся на искусственном вскармливании, рекомендовано использовать в питании специализированные смеси на основе высокогидролизованного молочного белка или аминокислот.
3. Оценка тяжести проводится по шкале SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis).

Площадь поражения, оцененная по шкале SCORAD (параметр А) составила 40. Интенсивность клинических проявлений (эритема,

отек/папулы, корки/мокнутые, лихенификация, сухость кожи) составила 12. Общая оценка по формуле $A/5+7B = 92$. Заключение: состояние оценено, как тяжелое, поскольку сумма баллов приближается к максимальному значению индекса SCORAD (103)

Задача 56.

За медицинской помощью обратилась мама с ребенком 1 года 8 мес с **жалобами** на повышение температуры тела, насморк, кашель, шумное дыхание.

Анамнез заболевания: заболел два дня назад, когда повысилась температура тела до $37,8^{\circ}\text{C}$, появился насморк, редкий кашель. Сегодня к вечеру состояние ухудшилось, появилась осиплость голоса, грубый, «лающий» кашель. Ночью мама обратила внимание на шумное дыхание, втяжение «ямки на шее» при дыхании, вызвали бригаду «скорой помощи».

Из **анамнеза жизни:** мальчик от 2 нормальной беременности, 2 срочных родов. Находился на естественном вскармливании, на первом году жизни умеренные проявления атопического дерматита. Респираторными инфекциями болеет около 4-5 раз в год. Наследственный анамнез не отягощен.

Старший ребенок учится в школе, неделю назад заболел, заболевание протекало легко, в виде умеренного насморка, легкой осиплости голоса, «першения в горле».

Объективно: состояние ребенка средней тяжести. На момент осмотра не лихорадит. При беспокойстве появляется стридорозное дыхание, втяжения яремной ямки. Цианоза нет. Сатурация – 97% Голос осипший. Из носа умеренное слизистое отделяемое. Слизистые оболочки небных дужек, задней стенки глотки гиперемированы, отечны. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. При аускультации дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 32 в мин. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС – 120 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Назовите предполагаемый диагноз, обоснуйте.
2. Проведите дифференциальную диагностику данного состояния
3. Назначьте терапию данному ребенку.

Ответы:

1. Острый обструктивный ларингит. Стеноз гортани 1 степени. Ларингит на основании наличия осиплости голоса, появления грубого,

- «лающего» кашля. Стеноз гортани на основании появления стридорозного дыхания, втяжения уступчивых мест грудной клетки. 1 степень стеноза гортани в связи с появлением стридора только при беспокойстве, нормальные значения сатурации.
2. Данное заболевание необходимо дифференцировать, в первую очередь, с эпиглоттитом в связи со схожей клинической картиной. Обструктивный ларингит развивается у детей раннего возраста на фоне вирусной инфекции (преимущественно парагрипп) и не сопровождается развитием выраженного интоксикационного синдрома. В отличие от него, для эпиглоттита характерно острое начало с высокой лихорадки и наличия других симптомов значительной интоксикации. Эпиглоттит чаще развивается у детей более старшего возраста. Для него характерно наличие сильной боли в горле в сочетании с симптомами стридора. Боль в горле настолько сильная, что развивается слюнотечение – патогномоничный симптом эпиглоттита. Для эпиглоттита характерен тризм, вынужденное положение – поза «треножника» и НЕ характерен «лающий» кашель (обязательный симптом стенозирующего ларингита).
3. Этиотропная терапия отсутствует. В первую очередь, необходима ликвидация отека подвязочного пространства за счет которого и появляются симптомы стридорозного дыхания. Основу патогенетической терапии составляет назначение ГКС, прежде всего ингаляционных. Показано проведение ингаляций суспензии Будесонида через компрессорный небулайзер (нельзя через ультразвуковой в связи с разрушением препарата) в дозировке 0,5-2,0 мг. Дозировка Будесонида зависит от тяжести состояния, а не возраста ребенка. В случае неэффективности ингаляций или невозможности их осуществления, показано парентеральное введение десаметазона в дозировке 0,15-0,6 мг/кг (допустимо введение преднизолонa в дозировке 1-2 мг/кг, однако после его введения чаще развивается рецидив стеноза гортани). Возможно ингаляционное применение Эпинефрина. Важна борьба с ДН за счет проведения оксигенотерапии при сатурации менее 94%. Применение антибиотиков, «противовирусных» не показано.

Задача 57.

За медицинской помощью обратилась мама с ребенком 2 лет 3 мес с **жалобами** на повышение температуры тела, насморк, кашель, шумное

дыхание.

Анамнез заболевания: заболел два дня назад, когда повысилась температура тела до 37,8°C, появился насморк, редкий кашель. Сегодня к вечеру состояние ухудшилось, появилась осиплость голоса, грубый, «лающий» кашель. Ночью мама обратила внимание на шумное дыхание, втяжение «ямки на шее» при дыхании, вызвали бригаду «скорой помощи».

Из **анамнеза жизни:** мальчик от 1 нормальной беременности, 1 срочных родов путем кесарева сечения. Находился на естественном вскармливании до 4 месяцев, на первом году жизни умеренные проявления атопического дерматита. Респираторными инфекциями болеет около 6-7 раз в год. Наследственный анамнез: у двоюродного брата бронхиальная астма.

Старший ребенок учится в школе, неделю назад заболел, заболевание протекало легко, в виде умеренного насморка, легкой осиплости голоса, «першения в горле».

Объективно: состояние ребенка средней тяжести. На момент осмотра не лихорадит. При беспокойстве появляется стридорозное дыхание, втяжения яремной ямки. Цианоза нет. Сатурация – 97% Голос осипший. Из носа умеренное слизистое отделяемое. Слизистые оболочки небных дужек, задней стенки глотки гиперемированы, отечны. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. При аускультации дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 32 в мин. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС – 120 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

4. Назовите предполагаемый диагноз, обоснуйте.
5. Определите тактику ведения.
6. Назначьте терапию данному ребенку.

Ответы:

4. Острый обструктивный ларингит. Стеноз гортани 1 степени. Ларингит на основании наличия осиплости голоса, появления грубого, «лающего» кашля. Стеноз гортани на основании появления стридорозного дыхания, втяжения уступчивых мест грудной клетки. 1 степень стеноза гортани в связи с появлением стридора только при беспокойстве, нормальные значения сатурации.
5. В данном случае рекомендуется оказание неотложной помощи ребенку в домашних условиях. Госпитализация показана при развитии стеноза гортани 2-3 степени, невозможности оказания помощи в амбулаторных условиях, прогрессирующем ухудшении состояния. Рекомендуется обучение родителей ребенка проведению ингаляций в случае

повторного развития обструктивного ларингита. В случае госпитализации критериями выписки из стационара являются нормализация температуры тела, купирование симптомов стридора и ДН. Средняя продолжительность пребывания в стационаре не должна превышать 2 суток.

6. Этиотропная терапия отсутствует. В первую очередь, необходима ликвидация отека подвязочного пространства за счет которого и появляются симптомы стридорозного дыхания. Основу патогенетической терапии составляет назначение ГКС, прежде всего ингаляционных. Показано проведение ингаляций суспензии Будесонида через компрессорный небулайзер (нельзя через ультразвуковой в связи с разрушением препарата) в дозировке 0,5-2,0 мг. Дозировка Будесонида зависит от тяжести состояния, а не возраста ребенка. В случае неэффективности ингаляций или невозможности их осуществления, показано парентеральное введение десаметазона в дозировке 0,15-0,6 мг/кг (допустимо введение преднизолонa в дозировке 1-2 мг/кг, однако после его введения чаще развивается рецидив стеноза гортани). Возможно ингаляционное применение Эпинефрина. Важна борьба с ДН за счет проведения оксигенотерапии при сатурации менее 94%. Применение антибиотиков, «противовирусных» не показано.

Задача 58.

Мальчик, 6 дней жизни. От 1й нормально протекающей беременности. Роды срочные. Самостоятельные. Масса тела при рождении 3200 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричал сразу, к груди приложен в родильном зале. Вакцинирован в родительном доме. Выписан на 3е сутки в удовлетворительном состоянии. При осмотре на 6-й день состояние ребёнка удовлетворительное. На грудном вскармливании. Активен. Масса тела 3060 г. Рефлексы периода новорождённости вызываются. Физиологический гипертонус. Кожные покровы розовые, на крыльях носа имеются мелкие беловато-желтоватые узелки. На коже груди и живота – крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены до 2-х см, при легком надавливании выделяется бело-молочная жидкость. Пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные. Живот мягкий. Печень + 2 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочится адекватно. Стул жёлтый с неперевавленными комочками и прожилками слизи. Клинический анализ крови: Нб - 180 г/л, эритро. - $5,0 \times 10^{12}/л$, Цв. п - 1,10;

лейк. $8,7 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с/я - 35%, э. - 3%, л. - 49%, м. - 9%, СОЭ - 2 мм/час. Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый; реакция – кислая; относительная плотность – 1004; белок – отсутствует; эпителий плоский – много; лейкоциты - 2-3 в п/зр.; эритроциты - 2-4 в п/зр.; цилиндры – нет; соли - кристаллы мочевой кислоты в большом количестве. Биохимический анализ крови: общий белок - 52,4 г/л; билирубин общий – 54 мкмоль/л, непрямой - 51 мкмоль/л, прямой – 3 мкмоль/л; мочевины - 4,2 ммоль/л; холестерин - 3,6 ммоль/л; калий – 4.2 ммоль/л; натрий - 141 ммоль/л; кальций общий - 2,2 ммоль/л; фосфор - 1,9 ммоль/л.

Вопросы:

1. Как называются состояния, наблюдаемые у ребенка?
2. Перечислите названия состояний?
3. Назовите комплекс мероприятий по уходу и режиму, необходимых при выявленных пограничных состояниях.

Ответы:

1. Период ранней неонатальной адаптации. Пограничные состояния-транзиторные.
2. Физиологическая потеря массы тела, физиологическое шелушение, милии, половой криз, транзиторный катар кишечника, мочекишечный диатез.
3. Домашний режим, адекватное вскармливание (грудное вскармливание по требованию), ежедневный туалет кожи. Специализированная терапия не требуется.

Задача 59.

Девочка Р., 5 дней, от первой беременности, протекавшей с легким токсикозом в 1-й половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3100г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через 2 часа после рождения. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. Первые дни теряла в массе, масса тела на 4-е сутки составила 2950 г. На 5-е сутки появилось нагрубание молочных желез. При осмотре на 5-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активна, масса тела 3000 г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы с иктеричностью, на коже лица, больше на крыльях носа, переносице, имеются беловато-желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота - крупнопластинчатое шелушение. Молочные

железы увеличены с обеих сторон, правая до 2 см, левая до 2,5 см. Пупочная ранка сухая, культи пуповины в прищепке.

В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчетливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул с непереваarenными комочками, прожилками слизи. Утром до осмотра мама отмечала яркое окрашивание мочи (кирпичное цвета).

Общий анализ крови: НЬ - 186 г/л, Эр - $5.6 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,94, Лейк - $6,4 \times 10^9/л$, п/я - 5%, с - 45%, э - 1%, л - 45%, м - 7%, СОЭ - 3 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, реакция - кислая, удельный вес - 1004,

белок отсутствует, эпителий плоский - много, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - 4-5 в п/з, цилиндры - нет, соли - кристаллы мочевой кислоты в большом количестве.

Биохимический анализ крови: общий белок - 103,4 г/л, билирубин: непрямой - 95 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин 3,8 ммоль/л, калий - 5,4 ммоль/л, натрий - 145 ммоль/л, кальций - 2,0 ммоль/л, фосфор - 1,9 ммоль/л.

Задание

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?
2. Чем объяснить нагрубание молочных желез? Необходим ли осмотр хирурга?
3. Оцените результаты общего анализа крови и общего анализа мочи. С чем могут быть связаны выявленные изменения? Необходима ли консультация нефролога?

Ответы:

1. Пограничные состояния: физиологическая потеря массы тела, физиологическое шелушение, половой криз, транзиторный катар кишечника, мочекишечная нефропатия, физиологическая желтуха.
2. Нагрубание молочных желез - состояние, появляющееся у 2 / 3 новорожденных детей (в независимости от возраста). Связано с высоким уровнем половых гормонов в крови матери и пуповинной крови ребенка и женском молоке (прогестерон, эстрадиол, эстриол, пролактин), достигает максимума к 8-10 дню, затем постепенно степень нагрубания уменьшается, необходимо соблюдение правил гигиены. При отсутствии признаков воспаления (нарастание отека, гиперемия, симметричность, гнойное отделяемое из молочных желез), осмотр хирурга и специфическая терапия не требуется.
3. Анализ крови соответствует возрасту 5 дням жизни, когда начинается первый перекрест между нейтрофилами и лимфоцитами. В общем анализе мочи присутствуют соли мочевой кислоты это связано с катаболической направленностью обмена веществ и распадом большого количества клеток (в основном лейкоцитов), из нуклеиновых кислот, ядер которых образуется

много пуриновых и пиримидиновых оснований, конечным этапом метаболизма которых является мочевая кислота. Анализы ребенка соответствуют возрастной норме, дополнительная консультация специалистов не требуется.

Задача 60.

Девочка, 3 дня, от первой беременности, протекавшей без особенностей. Первых самостоятельных родов в срок. Масса тела при рождении 3600г, длина тела 54 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена в род зале. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. Первые дни теряла в массе, масса тела на 3-е сутки составила 3470 г. В 1 сутки мама отмечала обильный густой стул темно-зеленого цвета. При осмотре состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активна, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы иктеричные, на коже лица, груди, спины отмечаются необильные папулезные элементы, участки гиперемии кожных покровов, на коже груди и живота - крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены с обеих сторон по 1,5 см. Пупочная ранка сухая, культи пуповины в скобе без признаков воспаления.

В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчетливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, умеренной плотности, селезенка +1 см. Стул кашицеобразные, горчичного цвета с неперевавленными комочками.

Общий анализ крови: НЬ - 190 г/л, Эр - 5,5, Лейк - 7,4, п/я - 5%, с - 60%, э - 1%, л - 34%, м - 7%, СОЭ - 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, реакция - кислая, удельный вес - 1007,

белок отсутствует, эпителий плоский - много, лейкоциты - 4-6 в п/з, эритроциты - 4-5 в п/з, цилиндры - нет, соли - кристаллы мочевой кислоты в большом количестве.

Биохимический анализ крови: общий белок - 106,4 г/л, билирубин: непрямой - 120 мкмоль/л, мочевины - 5,2 ммоль/л, АСТ 40 ед/л, АСТ 38 ед/л, глюкоза 4,3 г/л.

Задание

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?
2. Объясните характер стула в 1 сутки жизни и его изменение к 3 суткам.
3. За счет чего отмечалось падение веса в первые дни жизни? Как должна вести себя весовая кривая в ближайшие дни?

Ответы:

1. Пограничные состояния: физиологическая потеря массы тела, физиологическое шелушение, половой криз, транзиторный катар кишечника, мочекишечная нефропатия, физиологическая желтуха, токсическая эритема.
2. Густой стул темно-зеленого цвета в первые сутки жизни - меконий (первородный стул). К 3 сутки жизни стул имеет физиологический характер.
3. Потеря массы тела в первые дни происходит за счет физиологических потерь жидкости ребенком (моча, кал, с дыханием). При адекватном кормлении и активном сосании, весовая кривая в ближайшие дни после рождения достигнет исходного уровня.

Задача 61.

На приеме в поликлинике мальчик И. 5 месяцев. У матери жалоб нет.

Ребенок наблюдается у невролога по поводу перинатального поражения ЦНС. Уход хороший. Вскармливание искусственное (основная смесь – неадаптированная).

Ребенок спокоен при осмотре, улыбается, гулит. Переворачивается со спины на бок, голову удерживает хорошо. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Ребенок достаточной упитанности, тургор мягких тканей несколько снижен. Мышечный тонус ослаблен. Большой родничок - 2,0×2,0 см. Края податливые. Выражены лобные бугры, прощупываются реберные четки. Отмечается облысение на затылке, затылок плоский. Со стороны внутренних органов изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Укажите наиболее вероятный диагноз.
2. Укажите группы риска и здоровья.
3. Какой лекарственный препарат следует назначить, в какой дозе и когда пригласить на контрольный осмотр для оценки эффективности терапии?

Ответы

1. Рахит, подострое течение.
2. Группа риска II, III, группа здоровья IIб.
3. Витамин D (холекальциферол) по 2000-3000 ЕД ежедневно в течение 4-х недель. Повторный осмотр ребенка необходимо провести через 4 недели для оценки эффективности терапии. По окончании лечения витамином D сразу перейти на профилактическую дозу.

Задача 62.

На приеме в поликлинике девочка Д. 5,5 месяцев. У матери жалоб нет.

Ребенок наблюдается у невролога по поводу перинатального поражения ЦНС. Уход хороший. Вскармливание искусственное (основная смесь – неадаптированная).

Ребенок спокоен при осмотре, улыбается, гулит. Переворачивается со спины

на бок, голову удерживает хорошо. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Ребенок достаточной упитанности, тургор мягких тканей несколько снижен. Мышечный тонус ослаблен. Большой родничок - 2,0×2,0 см. Края податливые. Выражены лобные бугры, прощупываются реберные четки. Отмечается облысение на затылке, затылок плоский. Со стороны внутренних органов изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Укажите наиболее вероятный диагноз.
2. Какой лекарственный препарат следует назначить, в какой дозе и когда пригласить на контрольный осмотр для оценки эффективности терапии?
3. Возможна ли вакцинация данного ребенка?

Ответы

1. Рахит, подострое течение.
2. Витамин D (холекальциферол) по 2000-3000 ЕД ежедневно в течение 4-х недель. Повторный осмотр ребенка необходимо провести через 4 недели для оценки эффективности терапии. По окончании лечения витамином D сразу перейти на профилактическую дозу.
3. Профилактические прививки – не противопоказаны.

Задача 63.

Девочка 5 лет заболела 2 дня назад, когда после переохлаждения повысилась температура тела до 37,5°C, появились боли в животе, частые, болезненные мочеиспускания. Наследующий день температура нормализовалась, однако сохранялись частые болезненные мочеиспускания.

Из анамнеза: неделю назад отмечался однократный эпизод жидкого стула. Респираторными инфекциями болеет 3–4 раза в год. Аллергологический, наследственный анамнез не отягощены. Привита по возрасту. Посещает детский сад.

Объективно: кожные покровы бледно-розовой окраски, 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 – 100 ударов в минуту. Живот мягкий, умеренно болезненный в надлобковой области. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Мочеиспускания частые – каждые 20- 30 минут, болезненные, моча желтая, мутная.

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%, СОЭ – 12 мм/час

Общий анализ мочи: цвет – желтый, прозрачность – мутная, относительная плотность – 1012 г/л, белок – не обнаружен, лейкоциты – 50 в поле зрения, эритроциты – 3-5 в поле зрения, свежие, слизь – умеренное количество, соли – оксалаты, небольшое количество, бактерии – много.

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

1. Инфекция мочевыводящих путей, рецидивирующее течение, активная стадия.

На основании жалоб: дизурия (эпизоды неудержания мочи); на основании данных лабораторных исследований: общего анализ крови - вариант нормы; общего анализа мочи - мочевого синдрома: умеренная лейкоцитурия, бактериурия, слизь.

2. УЗИ почек и мочевого пузыря, мочевины, креатинина сыворотки крови, электролиты крови (калий, натрий, кальций), С-реактивный белок; бактериологический метод исследования с определением чувствительности к антибактериальным препаратам, осмотр гинеколога.

3. Рекомендована госпитализация при наличии следующих показаний:
Дети с острым пиелонефритом и лихорадкой раннего возраста (менее 1 года); Наличие симптомов интоксикации и рвоты ; Отсутствие возможности осуществить оральную регидратацию при наличии признаков обезвоживания; Бактериемия и сепсис.

Задача 64.

Девочка 12 лет от I беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, 1-х срочных родов. Масса тела при рождении 3500 гр., длина 49 см. Раннее развитие без особенностей, профилактические прививки по графику. Аллергологический анамнез отягощен: пищевая аллергия

на цитрусовые, лекарственная аллергия на препараты пенициллинового ряда в виде экзантемы. Перенесенные заболевания: ветряная оспа и эпидемический паротит.

Заболела остро, когда после переохлаждения появились боли в поясничной области и нижней трети живота, лихорадка до 40°C, учащенные болезненные мочеиспускания.

При поступлении состояние тяжелое. Высоко лихорадит до 40,2°C, повторная рвота. Кожные покровы бледные, выражен периорбитальный цианоз. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий 28 в 1 минуту. Тоны сердца чистые, громкие, ЧСС 82 удара в 1 минуту. Живот болезненный при пальпации по ходу мочеточников, над лобком. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Стул в норме. Клинический анализ крови: Hb - 110 г/л, эр - $4,5 \times 10^{12}/л$, лейко - $23,8 \times 10^9/л$, п/я - 10%, с/я - 70%, эозинофилы - 2%, л - 15%, м - 3%, СОЭ - 45 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1010, реакция щелочная, белок 0,09г/л, лейкоциты – 100-150 в п/зр, эритроциты – 0-1 в п/зр.

Бактериологический анализ мочи: получен рост кишечной палочки – 200 000 микр. тел/мл, чувствительной к пенициллину, оксациллину, цефамизину, гентамицину, фурагину.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
Что способствовало возникновению заболевания?
Что следует уточнить в дополнительном анамнезе?
3. Назначьте лечение.

Ответы

1. Пиелонефрит, острое течение, активная стадия.
2. УЗИ почек и мочевого пузыря на фоне «физиологически наполненного» мочевого пузыря, с определением остаточного объема мочи, которое позволяет дать оценку размерам почек, состоянию чашечно-лоханочной системы, объему и состоянию стенки мочевого пузыря, заподозрить наличие аномалий строения мочевой системы (расширение чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), стеноз мочеточника, и.др.), камней. Для выявления вышеуказанных причин необходимо проводить УЗ обследования при наполненном мочевом пузыре, а также после микции. Биохимический анализ крови.

Эпизод переохлаждения способствовал развитию заболевания.

Наличие заболеваний мочевой системы у родственников и ранее выявленных изменений у ребенка.

3. Безотлагательное назначение антибактериальных препаратов: амоксициллин + клавулановая кислота 50-60 мг/кг/сут (по амоксициллину) -10 суток

Задача 65.

Ребенок в возрасте 1,5 месяцев на приеме у педиатра.

Мать жалуется на приступы беспокойства, которые появляются через 30-40 минут после кормления и сопровождаются покраснением лица, вздутием живота и подтягиванием ножек к животу.

Из анамнеза заболевания известно, что приступы появляются после кормления в вечернее время, начинаются внезапно, сопровождаются громким, пронзительным криком, гиперемией лица. Дебют первого приступа в возрасте 1 месяца.

Из анамнеза жизни: ребенок от I беременности, срочных родов, по шкале Апгар 8/9 баллов. Масса тела при рождении 3100 г, длина 52 см. Находится на естественном вскармливании, молока у матери достаточно. Наследственный анамнез: не отягощен, мать и отец ребенка молодые, здоровы.

При осмотре: ребенок активный. Масса тела 5100 г. Длина 55 см.

Кожа чистая. Тургор и эластичность хорошие. Перкуторно над легкими звук ясный. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД 32 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, шумов нет. ЧСС 120 ударов в минуту. Живот умеренно вздут, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Стул кашицеобразный, желтого цвета, без примесей. Мочится достаточно.

Ребенок хорошо держит голову с 1 месяца, переворачивается, гулит.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте Ваш диагноз.
3. Дайте матери совет по профилактике и лечению кишечных колик.

Ответы

1. Кишечная колика типичная, младенческая.
2. Дебют заболевания в возрасте 1 месяцев, в вечернее время, длительностью 40 минут, сопровождаются покраснением лица, вздутием живота, криком, метеоризмом, характерным движением ножек. Долженствующая масса 5100 граммов и фактическая масса 5100 граммов, дефицита массы нет. Долженствующий рост 54, фактический 54,5 см. Нормотрофия. НПП соответствует возрасту.
3. Коррекция питания матери с ограничением жира, продуктов вызывающих метеоризм (кукуруза, горох, виноград, огурцы, майонез), Постуральная терапия, тактильный контакт кожи ребенка с кожей матери,

препараты семитекона по 20 мг 3-5 раз в сутки.

Задача 66

Ребенок 8 месяцев на приеме врача педиатра.

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

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

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

Общий анализ крови: гемоглобин - 110 г/л, эритроциты - $4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $5,8 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 32 %, эозинофилы - 1 %, лимфоциты - 58 %, моноциты - 8 %, СОЭ - 2 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 40,0 мл, относительная плотность - 1,012, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, эритроциты - нет, слизь - немного.

Проба Фелинга: с мочой положительная.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Какое лечение Вы бы рекомендовали данному пациенту.

Ответы

1. Фенилкетонурия, позднее выявление. Задержка психомоторного развития.
2. Диагноз поставлен на основании анамнеза заболевания - с 7-8 месячного возраста у ребенка нарушилась двигательная активность, возникли

периодические бесцельные движения, ритмические покачивания туловища, появился гипертонус конечностей, ребенок начал отставать в психическом развитии, временами отмечались приступы неукротимой рвоты; объективных данных - обращает внимание очень светлая кожа, белокурые волосы и яркие голубые глаза, ощущается своеобразный «мышинный» запах; лабораторных методов обследования - проба Фелинга положительная. Отставание психомоторного развития поставлено на основании неврологического обследования - ребенок сидит только с поддержкой, не стоит, эмоционально вял, издает редкие монотонные звуки, не узнает мать, отмечается выраженный гипертонус, усиление глубоких сухожильных рефлексов.

3. Диетотерапия: специализированная диета при фенилкетонурии не менее 10 лет резкое ограничение фенилаланина – исключение белка (мясо, рыба, яйца, колбасы, творог, крупы, бобовые, орехи, шоколад). Молоко, овощи и фрукты вводятся на основании подсчёта фенилаланина. Допустимое суточное содержание фенилаланина 60 мг/кг/сут (0-2 мес.) и до 45-60 мг/кг/сут. с 6 месяцев. Источник белка - гидролизаты белка, смеси АК, частично лишенные фенилаланина смеси для новорожденных (до 1 года - лофеналак, фенил-фри, старше - афенилак). Контроль фенилаланина в крови.

Задача 67

Ребенок 1,5 лет поступил на обследование и уточнение диагноза.

Жалобы матери: на неустойчивый стул, беспокойство, метеоризм, боли в животе.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от 2 беременности, протекавшей с гестозом I половины, 2 срочных родов. Масса при рождении 3200 г, длина 50 см. Раннее развитие без особенностей. Вскармливание грудное до 1 года, прикорм по возрасту. Ребенок рос и развивался хорошо. В 1 год масса 10 кг, рост 75 см.

Из анамнеза болезни известно, что впервые разжижение стула, вздутие живота появилось в 6 месяцев при введении в пищу каши на цельном молоке. Исключение молока и замена его на низколактозные смеси привело к быстрому улучшению состояния. 2 дня назад при попытке введения молока появилась рвота, жидкий стул, метеоризм, боли в животе.

Семейный анамнез: сестра 5 лет и мать ребенка не «любят» молоко.

При осмотре: ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Масса тела 11 кг, рост 78 см. Кожные покровы чистые, слизистые оболочки обычной окраски. Зубы 6/6, белые. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 120 ударов в минуту. Живот мягкий, несколько вздут, пальпация по ходу кишечника незначительно болезненна, отмечается урчание. Стул 2 раза в сутки пенистый, с кислым запахом.

Результаты амбулаторного исследования:

В общем анализе крови: гемоглобин — 107 г/л, эритроциты — $3,8 \times 10^{12}/л$, цветной показатель 0,87, лейкоциты $-5,1 \times 10^9/л$; палочкоядерные — 2 %, сегментоядерные — 33 %, эозинофилы — 3 %, лимфоциты — 56 %,

моноциты — 6 %, СОЭ — 3 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый; относительная плотность — 1012; лейкоциты — 2-3 в поле зрения; эритроциты — нет.

Биохимический анализ крови: общий белок — 70 г/л, альбумины -61 %, холестерин — 5,8 ммоль/л, калий — 4,8 ммоль/л, натрий — 140 ммоль/л, кальций ионизированный — 1,1 ммоль/л, глюкоза — 4,9 ммоль/л.

Копрограмма: цвет — желтый, консистенция — кашицеобразная, мышечные волокна — единичные, жирные кислоты — незначительного количества, крахмал — немного, йодофильная флора — много.

Кал на углеводы: реакция положительная.

УЗИ органов брюшной полости: печень — не изменена; поджелудочная железа — несколько увеличена в хвосте; паренхима обычной эхогенности, неоднородна. Желчный пузырь обычной формы, стенка не уплотнена.

Гликемическая кривая после нагрузки ди- и моносахаров.

Гликемические кривые после нагрузки:

— с Д-ксилозой: через 30 минут — 1,5 ммоль/л, через 60 минут — 2,5 ммоль/л, через 90 минут — 2,2 ммоль/л.

— с глюкозой: натощак — 4,5 ммоль/л, через 30 минут — 4,8 ммоль/л, через 60 минут — 6,8 ммоль/л, через 90 минут — 5,6 ммоль/л, через 120 минут — 4,6 ммоль/л.

— с лактозой: натощак — 4,3 ммоль/л, через 30 минут — 4,6 ммоль/л, через 60 минут — 4,8 ммоль/л, через 90 минут — 4,7 ммоль/л, через 120 минут — 4,4 ммоль/л.

После нагрузки с лактозой появился жидкий стул.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Особенности диетотерапии при этом заболевании.

Ответы

1. Первичная лактазная недостаточность. Реактивный панкреатит. Анемия гипохромная I степени.
2. Диагноз «первичная лактазная недостаточность» установлен на основании жалоб на появление жидкого стула, метеоризма, болей в животе после введения молока 2 дня назад, анамнеза заболевания — появление первых симптомов заболевания в виде разжижения стула с кислым запахом и вздутия живота в 6 месяцев при введении в пищу каши на цельном молоке, исключение которого из рациона привело к быстрому улучшению состояния; отягощенный семейный анамнез — сестра и мать ребенка не «любят» молоко; физикальных данных — живот вздут, пальпация по ходу кишечника болезненна, отмечается урчание; стул пенистый, с кислым запахом; лабораторных данных — положительная реакция кала на углеводы, плоская гликемическая кривая и появление жидкого стула после нагрузки лактозой; в копрограмме наличие йодофильной флоры. Диагноз «реактивный

панкреатит» определен по лабораторным и инструментальным данным – в копрограмме - единичные мышечные волокна, незначительное количество жирных кислот и крахмала; на УЗИ органов брюшной полости – поджелудочная железа несколько увеличена в хвосте, паренхима обычной эхогенности, неоднородна.

3. Диетотерапия: исключение из пищевого рациона молока, замена цельного молока молочными продуктами с низким содержанием лактозы (например, сыры, йогурты, кефир, молоко с частично расщепленной лактозой).

Задача 68

Игорь М. 5 лет (рост 106 см, вес 20 кг) обратился к врачу-педиатру участковому на третий день заболевания с жалобами на отеки в области лица и нижних конечностей. Появлению отеков предшествовала ОРВИ.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 36,5 °С, ЧСС – 100 ударов в минуту, АД 105/60 мм рт. ст. Кожные покровы чистые, бледные. Выражены отеки мягких тканей лица, передней брюшной стенки и нижних конечностей. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные. Миндалины не выступают из-за края небных дужек, не гиперемированы. Задняя стенка глотки не гиперемирована. Носовое дыхание свободное. Отделяемого из носовых ходов нет. Кашля нет. Аускультативно дыхание в легких пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Печень выступает на 2 см ниже

реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Диурез за последние сутки снижен. Стул – оформленный, регулярный (1 раз в день).

При обследовании:

Общий анализ крови: эритроциты – $4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты – $8,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 49%, лимфоциты – 43%, моноциты – 5%, тромбоциты – $365 \times 10^9/л$, СОЭ – 38 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 40 г/л, альбумины – 20 г/л, холестерин – 9,22 ммоль/л, мочевины – 5,2 ммоль/л, креатинин – 43 мкмоль/л. Суточная протеинурия – 3,5 грамма/сутки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Укажите препарат, способ дозирования и продолжительность для стандартной терапии этого заболевания. Укажите основные осложнения стандартной терапии.
3. Назовите классификацию заболевания в зависимости от ответа на

стандартную
терапию заболевания.

Ответы

1. Нефротический синдром. Нефротический синдром — клинико-лабораторный симптомокомплекс, характеризующийся: протеинурией, гипопроteinемией, гипоальбуминемией, диспротеинемией; гиперлипидемией, липидурией; отеками периферическими, полостными и степени анасарки.
2. Преднизолон в дозировке 2мг на кг массы тела в течение 6-8 недель с постепенной отменой препаратов под контролем протеинурии.
3. Гормоночувствительная, гормонозависимая, гормонорезистентная форма заболевания.

Задача 69

Мальчик, 3 года 2 месяца. Мама предъявляет жалобы участковому врачу на наличие запоров у ребенка, стул 1 раз в 3 суток, чаще по типу «овечьего», с натуживанием.

Из анамнеза заболевания известно, что периодические нарушения акта дефекации отмечаются с одного года жизни, когда ребенок был переведен на общий стол. Для нормализации стула мама давала чернослив, свежие овощи, однако ребенок ест их неохотно, предпочитает мучные изделия. Ухудшение состояние наблюдается в течение последних трех месяцев, когда ребенок пошел впервые в сад. С этого времени акт дефекации раз в 3-4 дня, часто с помощью клизмы. Ребенок старается сдержать дефекацию, прячется, отказывается от горшка. При детальном расспросе относительно рациона ребенка было выяснено, что аппетит у мальчика избирательный (в рационе преобладают макаронные изделия, манная и рисовая каши, печенье, сушки, редко мясо, из супов – только бульоны). Мальчик малоподвижен, много сидит у телевизора.

Из анамнеза известно, что ребенок от молодых, здоровых родителей. Беременность 2-я (1-я, мальчик, здоров), протекала с анемией всю беременность. Роды самостоятельные, на 40 неделе, без осложнений. Оценка по шкале Апгар 8/9 б. Масса тела при рождении 3250 г, рост – 51 см. С рождения на искусственном вскармливании. У мамы агалактия.

При осмотре состояние удовлетворительное. Не лихорадит. Физическое развитие среднее, гармоничное. Кожные покровы бледно-розовые, тени под глазами. Полость рта розовая, язык негусто обложен белым налетом. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот правильной формы, не увеличен. Тонус мышц передней брюшной стенки снижен. При пальпации живот мягкий, чувствительный по ходу толстой кишки, сигмовидная кишка пальпируется в виде плотного тяжа. Печень +1см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Наружные половые органы

сформированы правильно, по мужскому типу. Перианальная область не изменена. Нервная система: дистальный гипергидроз, дермографизм красный, разлитой

Вопросы к задаче:

1. Ваш предварительный диагноз? Обоснуйте ответ. Какова этиология заболевания?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какова тактика ведения пациента? Какие продукты должны входить в рацион больного?

Ответы

1. Функциональный запор. Дефекация не чаще 2 раз в неделю. Натуживания. Начало посещения детского сада, как стрессовый фактор, скудный рацион из простых углеводов способствовал уплотнению стула, а далее формирование порочного круга в связи с болезненной дефекацией.
2. Дифференцировать необходимо прежде всего с болезнью Гиршпрунга (мало вероятно, так как задержек стула не отмечалось до возрасте 3 лет), гипотиреозом (нет задержки роста, сухости кожных покровов, брадикардии), миелодисплазией (отсутствуют внешние признаки, а также нарушения со стороны МВС).

Тактика ведения заключается в организации режима ежедневной дефекации в удобное для ребенка и родителей время, коррекция диеты с целью обогащения ее клетчаткой, коррекция питьевого режима при необходимости, назначении базисно терапии осмотическими слабительными (препарата выбора макрогол) в соответствующих массе тела дозировках (при отсутствии эффекта доза подбирается индивидуально), ведении дневника стула и динамическом наблюдении ребенка.

Задача 70

Мальчик К. 8 лет поступил в отделение гастроэнтерологии планово с жалобами на периодические боли в животе без четкой локализации, задержку стула до 2-3 дней.

Анамнез жизни: семейный анамнез отягощен по синдрому вегетативной дисфункции, гастродуодениту. Ребенок от 2 беременности, протекавшей с токсикозом, от 1 срочных родов, вес - 3500, рост - 51 см. С рождения на искусственном вскармливании. С раннего возраста до 7 лет наблюдался невропатологом с ДЗ: синдром вегето-висцеральных расстройств. На 1 году рос и развивался по возрасту. В настоящее время наблюдается хирургом по поводу пупочной грыжи.

Анамнез заболевания: Боли в животе беспокоят с 5 лет, когда впервые пошел в детский сад, тогда же появились задержки стула. Боли всегда без четкой локализации, ночных болей нет, в летнее время боли не беспокоят, стул

регулярный. Стул один раз в три дня, чаще тугой, по типу «овечьего», без патологических примесей. Периодически получал курсы пробиотиков с временным эффектом. Поступил планово для обследования и подбора терапии.

При поступлении: Состояние ближе к удовлетворительному. Жалоб на момент осмотра нет. Кожные покровы чистые, периорбитальные тени, дистальный гипергидроз. Слизистые чистые. Сердечно – легочная деятельность удовлетворительная. Язык обложен белым налетом, больше у корня. Живот обычной формы, доступен глубокой пальпации, болезненный в верхних отделах, по ходу толстой кишки. Стул последний раз - два дня назад. Мочеиспускание не нарушено. Вес: -25кг, рост: - 130 см.

Общий анализ крови: Нв – 142 г/л Эр – $5,4 \times 10^{12}/л$, Лейк – $8,1 \times 10^9/л$, п/я – 3% с/я – 59% эоз -2% лимф – 26% мон – 10% СОЭ –7 мм/ч

Биохимический анализ крови: АлАт - 12 (до 40), АсАт – 19 (до 40), щелочная фосфатаза – 302, амилаза общая – 56 (до 125), белок – 73,2 (65 – 85), мочевины – 3,5 (4,2- 8,3), креатинин – 69,0 (53 - 115), холестерин – 4,51 (1.7 – 5.2), триглицериды –0.58 (0,0 – 1,69), глюкоза –4,5 (до 3.0 - 5,5), билирубин общий – 17,6.

Анализ мочи общий в пределах нормы.

Latex test H.pylori отрицательный.

ЭГДС патологии нет.

УЗИ брюшной полости: Желчный пузырь средних размеров, фиксированный перегиб. Просвет пузыря эхонегативен. Стенка не изменена.

Рентгеноконтрастное исследование кишечника с барием: На рентгенограмме органов живота бариевая взвесь определяется по ходу толстой кишки. Кишка не расширена. Гаустрация усилена.

Ректороманоскопия: патологии нет

Вопросы к задаче:

1. Ваш предварительный диагноз? Обоснуйте ответ. Назовите «симптомы тревоги», исключаящие диагноз синдром раздраженного кишечника.
2. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
3. Составьте план лечения. Тактика амбулаторного ведения.

Ответ:

1. Синдром раздраженного кишечника без диареи, диагноз поставлен на основании характерных жалоб, данных анамнеза, результатов проведенного обследования (по данным обследований исключена органическая патология). Резкая потеря в весе, ночные боли, лихорадка, кровь в стуле
2. Наследственная предрасположенность, искусственное вскармливание, нарушение моторики ЖКТ, стресс, синдром вегетативной дисфункции
3. Диета стол №3 по Певзнеру, режим питания, питьевой режим, прокинетики, препараты лактулозы (макрогола), ноотропы. Ребенка должен наблюдать гастроэнтеролог, невропатолог.

Задача 71

На приеме участкового педиатра девочка М., 3 лет.

Жалобы на редкие дефекации. Со слов матери дефекация 1-2 раза в неделю в течение последних 4 недель. Со слов мамы, ребенок напрягается, тужится при дефекации, стул твердый, по типу «овечьего».

Из анамнеза: ребенок начал ходить в детский сад 2 месяца назад, незадолго до этого начали обучение туалетным навыкам.

Из анамнеза жизни известно, что девочка родилась в срок, от 2 физиологически протекавшей беременности, роды естественные, неонатальный период без осложнений.

Наследственный анамнез: мать страдает запором (корректируются диетой).

При осмотре: девочка на 50-м процентиле по росту и весу. Кожные покровы чистые, влажные. В легких дыхание пуэрильное, проводится равномерно, хрипов нет, тоны сердца звучные ритмичные, живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах, сигмовидная кишка плотная, безболезненная, печень и селезенка не пальпируется. При ректальном исследовании выявлены твердые каловые массы.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими патологиями необходимо дифференцировать данное заболевание?
3. Какова тактика ведения?

Ответы

1. Исходя из данных анамнеза (редкие дефекации в течение последнего месяца, напряжение и натуживание во время дефекации, стрессовая ситуация), отсутствие симптомов тревоги и патологии в соматическом статусе ребенка, можно поставить предварительный диагноз функциональный запор. Данный диагноз укладывается в Римские критерии 4 пересмотра.

2. Дифференцировать необходимо прежде всего с болезнью Гиршпрунга (мало вероятно, так как задержек стула не отмечалось до возраста 3 лет), гипотиреозом (нет задержки роста, сухости кожных покровов, брадикардии), миелодисплазией (отсутствуют внешние признаки, а также нарушения со стороны МВС).

3. Тактика ведения заключается в организации режима ежедневной дефекации в удобное для ребенка и родителей время, коррекция диеты с целью обогащения ее клетчаткой, коррекция питьевого режима при необходимости, назначении базисно терапии осмотическими слабительными (препарата выбора макрогол) в соответствующих возрасту дозировках (при отсутствии эффекта доза подбирается индивидуально), ведении дневника стула и динамическом наблюдении ребенка

Задача 72

Ребенок 7 лет, поступил в больницу с жалобами на отеки, редкое мочеиспускание.

Анамнез жизни: Ребенок от третьей беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, третьих срочных родов. Масса тела при рождении 3800г, длина 53см. Раннее развитие без особенностей. Отмечались частые респираторные заболевания. Детскими инфекциями не болел. Наследственность неотягощена.

Анамнез заболевания: Заболел в 2-летнем возрасте, когда после перенесенного ОРВИ появились распространенные отеки на лице, конечностях, туловище. Был госпитализирован по месту жительства, лечение преднизолоном было эффективным. Дважды после ОРВИ отмечалось обострение заболевания. В связи с недостаточным эффектом от проводимой терапии госпитализирован в нефрологическое отделение.

При поступлении: состояние тяжелое. Отмечаются распространенные отеки на лице, туловище, конечностях, свободная жидкость в брюшной полости, в полости перикарда. Выражены признаки экзогенного гиперкортицизма. Аускультативно: дыхание проводится во все отделы, ослаблено в задненижних отделах, рассеянные разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца: правая - на 1см кнаружи от правого края грудины, левая - на 2см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС - 128 уд/мин, АД - 100/60 мм рт.ст. Живот резко увеличен в объеме, выражены симптомы асцита. Печень на 5см из-под реберной дуги. Диурез - 120-150 мл/сут.

Общий анализ крови: Нб - 111 г/л, Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$, Лейк - $13,1 \times 10^9/л$, п/я - 5%, с/я - 53%, э - 2%, л - 38%, м - 2%, СОЭ - 32 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 35 г/л, альбумины - 45%, глобулины: альфа1 - 5%, альфа2 - 15%, бета - 10%, гамма - 25%, креатинин - 60 ммоль/л, мочевины - 6,2 ммоль/л, калий - 4,5 ммоль/л, кальций - 1,8 ммоль/л.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, белок - 3,3 г/л, лейкоциты - 3-5 в п/з, цилиндры: гиалиновые - 5-6 в п/з, зернистые - 3-4 в п/з.

Биохимический анализ мочи: белок - 6,7 г/сут, оксалаты - 55 мг/сут (норма - до 17).

Вопросы к задаче:

1. Полный клинический диагноз? Обоснование диагноза?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. Патогенез отеков при данной форме заболевания.

Ответ:

1. Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, период обострения, 3 рецидив. Нефротический синдром — клинико-лабораторный симптомокомплекс, характеризующийся: протеинурией, гипопроteinемией, гипоальбуминемией, диспротеинемией; гиперлипидемией, липидурией;

отеками периферическими, полостными и степени анасарки.

2. Причинные факторы большинства форм ХГН неизвестны. Установлена роль инфекции – бактериальной, особенно нефритогенных штаммов β -гемолитического стрептококка группы А, вирусов гепатита В и С, ВИЧ – инфекции; лекарственных препаратов (D-пеницилламин и др.); опухолей и других факторов экзо- и эндогенного происхождения.

3. В патогенезе ХГН выделяют ряд основных механизмов, которые можно разделить на две группы: 1. Иммунные или иммуновоспалительные (иммунный ответ, иммунное воспаление, склеротические изменения); 2. Неиммунные (гемодинамические, метаболические).

В классической концепции патогенез отеков при НС объясняется (в результате повреждения клубочкового фильтрационного барьера) развитием протеинурии, гипоальбуминемии, снижением онкотического давления, перемещением воды в интерстициальное пространство, гиповолемией. На фоне гиповолемии возникают увеличение активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и задержка натрия, увеличение активности АДГ и задержка воды. Ведущая роль в происхождении отеков принадлежит снижению онкотического давления (вследствие гипоальбуминемии, обусловленной протеинурией), переходу жидкости из внутрисосудистого пространства во внесосудистое и гиповолемии.

Задача 73

Больной П., 10 лет, поступил в отделение с носовым кровотечением.

Из анамнеза известно, что за 2 недели до настоящего заболевания перенес ОРВИ, после чего на различных участках тела, без определенной локализации появились экхимозы различной величины и мелкоточечная геморрагическая сыпь. Участковым врачом поставлен диагноз: геморрагический васкулит.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. При осмотре обращает на себя внимание обильный геморрагический синдром в виде экхимозов различной величины и давности, на лице, шее и руках петехиальные элементы. В носовых ходах тампоны, пропитанные кровью. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: Нб - 101 г/л, Эр - $3,2 \times 10^{12}$ /л, Тромб - 12×10^9 /л, Лейк - $6,4 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 59%, э - 3%, л - 27%, м - 8%, СОЭ - 5 мм/час.

Миелограмма: костный мозг клеточный, бластные клетки - 2%, нейтрофильный росток - 62%, эозинофильный росток - 4%, лимфоциты - 5%, эритроидный росток - 27%, мегакариоциты - 1 на 120 миелокариоцитов, отшнуровка тромбоцитов не нарушена.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, удельный вес - 1008, белок - нет, эпителий плоский - 2-4 в п/з, лейкоциты - 2-4 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь - нет, бактерии - нет.

Вопросы к задаче:

1. Согласны ли Вы с диагнозом участкового врача? Сформулируйте диагноз. Какие симптомы и данные лабораторного обследования явились важными для постановки диагноза? Какие клинические пробы помогут Вам в постановке диагноза?
2. Приведите классификацию данного заболевания.
3. Составьте план лечения

Ответ:

1. Диагноз участкового педиатра не верен. Правильный диагноз – острая идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Перенес ОРВИ, характер геморрагического кожного синдрома и носовые кровотечения, тромбоцитопения, анемия, сохранение отшнуровки тромбоцитов, остальные ростки кроветворения также в норме. Клинические пробы: пробы на резистентность сосудов (симптом жгута), лабораторные (время кровотечения, время свертывания, антитромбоцитарные антитела, крови на антитела к ЦМВ, краснуха, гепатит)
2. По механизму: изо(алло)иммунная (несовместимость антигенов тромбоцитов матери и плода или несовместимость при переливании крови), трансиммунная (ребенок от матери с аутоиммунной тромбоцитопенической пурпурой), гетероиммунная, аутоиммунная (болезнь Верльгофа - антитела к антигенам неизмененных тромбоцитов); по течению: острое (до 6 мес.); хроническое (более 6 мес.) с рецидивами (редкими, частыми) и непрерывно рецидивирующее; по периодам: 1) обострения (криз); 2) ремиссии: клинические (отсутствие геморрагий при наличии лабораторной тромбоцитопении); клинико-гематологические (отсутствие клинических и лабораторных проявлений тромбоцитопении). По тяжести: 1) легкая (кожный синдром); 2) средней тяжести (умеренно выраженный геморрагический синдром в виде кожных проявлений и кровотечений, количество тромбоцитов $50-100 \times 10^9/\text{л}$); 3) тяжелая (длительные и обильные кровотечения, кожные проявления, количество тромбоцитов менее $30-50 \times 10^9/\text{л}$, постгеморрагическая анемия).
3. Лечение: гипоаллергенная диета, плазмаферез с большими объемами свежезамороженной плазмы. Плазмаферез повторяют до появления признаков улучшения состояния (регресс исходных симптомов болезни, восстановление до нормы количества тромбоцитов в анализе крови); дезагреганты: аспирин (300–375 мг/сут); ГКС: преднизолон 1–2 (до 4-8) мг/кг. Препарат принимают до полного исчезновения симптомов заболевания, а затем постепенно медленно снижают дозу до полной отмены, ВВИГ, цитостатики при неэффективности преднизолона, эписилоаминокапроновая кислота в/в. При неэффективности симптоматической терапии спленэктомия (через 6-12 мес от начала лечения).

Задача 74

Ребенок 16-ти дней жизни поступил в отделение патологии новорожденных в

состоянии средней тяжести с жалобами на высыпания на коже гнойничкового характера, располагающиеся по всему телу. С преимущественным поражением в складках шеи, в паховых и подмышечных областях.

Анамнез: маме 28 лет, 1 беременность, первые роды. У мамы - эрозия шейки матки, вагинальный кандидоз (дважды обострение во время беременности). Протекала беременность достаточно благополучно с умеренно выраженным токсикозом в первом триместре. Роды срочные самостоятельные на 39-ой неделе с родовым излитием вод и длительным безводным промежутком (13 часов). Вес 3600г, рост 52.0 см, выписка из родильного дома - на 5 сутки. Вес – 3480г, с 8 дня жизни у ребенка появление нескольких элементов сыпи гнойного характера в области шеи, там же и вслед за этим - в области паховых складок красного цвета с шелушением и неровными фестончатыми краями. Дома обрабатывали детским кремом, присыпкой и маслом "Мустелла". Сыпь постепенно распространялась на другие участки кожи туловища - увеличилось количество элементов гнойничкового характера по типу везикул, пустул.

При осмотре – масса тела – 3640г (+ 40,0г), зев спокоен, гиперемии нет, по внутренним органам – без особенностей, пупочная ранка эпителизировалась, стул до 4-х раз в день, желтая кашица. На различных участках кожи множественные элементы сыпи везикулезно-пустулезного характера, в складках кожи - шеи, паховых и подмышечных - элементы опрелости располагающейся с возвышением над кожей с шелушением и неровными фестончатыми краями.

Вопросы к задаче:

1. Поставьте клинический диагноз (о каких заболеваниях следует думать).
2. Перечислите явные факторы риска по развитию каждого из заболеваний.
3. Тактика лечения (общая и местная терапия представленных нозологических форм)

Ответ:

1. Поставьте клинический диагноз (о каких заболеваниях следует думать). Везикулопустулез. Кандидоз кожи. Период новорожденности.
2. Перечислите явные факторы риска по развитию каждого из заболеваний.

Факторы риска по развитию везикулопустулеза - длительный безводный промежуток с дальнейшим в течение 5 дней пребывания в род доме, родовое излитие вод.

Факторы риска по развитию кандидоза : у мамы хр вагинальная молочница с обострением во время беременности, длительное прохождение по родовым путям, неправильная терапия

3. Тактика лечения (общая и местная терапия представленных нозологических форм).

Лечение: Кандидоз - обработка местно - клотримазол, кандид кремы, раствор метиле нового синего 1%. Везикулопустулез - снятие гнойных элементов раствором спиртовым или мирамистином, прижигание красителем - р- р бриллиантового зеленого или фукарцин, назначение биопрепаратов (бифидум бактерин), антибактериальная терапия - при прогрессировании местного процесса гнойничкового характера

Задача 75

Ребенок 16-ти дней жизни поступил в стационар с жалобами на повышение температуры до 37.8°C, беспокойство, снижение аппетита, появление болезненности в левом коленном суставе, за счёт чего - вынужденное положение левой конечности. Направляющий диагноз - ОРВИ, реактивный артрит (?)

Из анамнеза известно, что семья неполная, маме - 42 года, четвертый ребенок. Беременность-12, роды - 4. Протекала тяжело - токсикоз первой половины, в третьем триместре - гестоз, анемия, большая прибавка в весе (23 кг), родовое излитие околоплодных вод, затем слабость родовой деятельности - "кесарево" сечение по экстренным показаниям. Безводный промежуток составил 11 часов. Масса тела при рождении 2.900, рост 52.0 см. Выписана из родильного дома на 7 сутки (поздняя выписка из-за мамы - оперативные роды, однократное повышение температуры у матери до фебрильных цифр). Дома мама отмечает умеренно выраженное ограничение активных движений в левой ножке ребенка, нарастающее беспокойство при переодевании, смене подгузника. Врача не вызывала, температуру не измеряла, внешне с ее слов ножки не различались. В день госпитализации - ребенок очень беспокоен, температура - фебрильная, отказ от еды, кожа бледная. Госпитализирован по 03.

Вопросы к задаче:

1. Клинический диагноз? Какие данные перинатального анамнеза вы отнесете к факторам высокого риска по реализации бактериальной инфекции?
2. Перечислите параклинические методы диагностики, подтверждающие диагноз, укажите сроки их проведения.
3. Составьте план лечения

Ответ:

1. Ваш клинический диагноз?

Острый гематогенный остеомиелит новорожденного.

Какие данные перинатального анамнеза вы отнесете к факторам высокого риска по реализации бактериальной инфекции?

Тяжелое течение беременности и родов, длительный безводный промежуток, с родовым излитием вод - 11 часов, поздняя выписка из родильного дома (7 сутки), эпизод повышения температуры у матери в раннем послеродовом периоде до фебрильных цифр.

2. Перечислите параклинические методы диагностики, подтверждающие диагноз, сроки.

Рентгенологическое исследование на 8-12 сутки от начала заболевания. В данном конкретном случае - сразу при поступлении учитывая выраженность местных клинических проявлений (отек, увеличение сустава в объеме, выраженная болезненность при пассивных движениях левой ножки а также ограничение активных движений и вынужденное положение левой ноги. УЗИ левого коленного сустава.

Анализы - общий, биохимический, СРБ, тест на Прокальцитонин (ПКТ), иммунологические исследования, посев крови на стерильность, консультация хирурга (необходимость оперативного вмешательства?)

3. Лечение заболевания.

Антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия, иммобилизация по Шеде, иммунотерапия, симптоматическая терапия

Задача 76.

В инфекционное отделение поступила девочка Таня В., 8 лет.

Анамнез заболевания. Заболела остро, температура 38,2°C, головная боль, однократная рвота. Заложенность носа, гиперемия зева. Температура нормализовалась на следующий день, но сохранялась общая вялость, сниженный аппетит. На четвертый день болезни появились слабые ноющие боли в животе. На шестой день болезни потемнела моча, а на следующий день появилась желтушность кожи и склер.

Анамнез жизни. Без особенностей. Эпидемиологический анамнез: учится во втором классе школы, где месяц назад зарегистрирован случай вирусного гепатита. Вакцинирована по национальному календарю.

При поступлении самочувствие удовлетворительное, аппетит сохранен, симптомов интоксикации нет. Отмечается умеренная иктеричность склер и кожи. Язык обложен белым налетом. Зев рыхлый, слегка гиперемирован. Со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем патологии не выявлено. Пульс - 68 ударов в минуту. Живот мягкий, не вздут. Печень пальпируется на 2,5 см + 3,0 см + 3,5см из подреберья, уплотнена, болезненная. Селезенка пальпируется на 0,5 см ниже реберного края и уплотнена. Моча темная. Кал обесцвечен.

В биохимическом анализе крови: общий билирубин - 96 мкмоль/л, конъюгированный билирубин - 64 мкмоль/л, АлАТ – 2650 Ед/л, АСАТ – 1950 Ед/л, общий белок - 65 г/л, альбумины - 59,6 %; альфа-1 глобулин - 2,5 %; альфа-2 глобулин - 9,1 %; бета глобулины - 11,0 %; гамма глобулины - 17,5 %.

Вопросы к задаче

1. Поставьте развернутый клинический диагноз. Обоснуйте.
2. Назовите источник инфекции и пути передачи в данном случае. Какой наиболее вероятный маркер данного заболевания можно обнаружить в сыворотке крови больного?
3. Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференцированную диагностику в преджелтушном периоде.

Ответ

1. Вирусный гепатит А, желтушная форма, легкое течение.

Эпидемиологический анамнез: месяц назад в школе зарегистрирован случай вирусного гепатита. От ВГВ привита.

Клиническая картина: начало заболевания (преджелтушный период) с катаральных и диспептических явлений, лихорадки. Появление желтухи через 6 дней от начала заболевания с одновременным улучшением самочувствия, уменьшением симптомов интоксикации. При осмотре – желтушность кожи и склер, увеличение, уплотнение и болезненность печени, потемнение мочи, посветление кала.

Лабораторные исследования: гипербилирубинемия за счёт конъюгированной фракции, повышение печёночных трансаминаз, АЛТ>АСТ.

2. Источник инфекции – больной человек начиная с 7-10 дней инкубационного периода, больные бессимптомными, стёртыми и безжелтушными формами ВГА. Механизм передачи фекально-оральный. Пути передачи – водный, пищевой, контактно-бытовой.

Наиболее вероятно обнаружение IgM anti-HAV

3. Острая респираторная вирусная инфекция, острые кишечные инфекции вирусной и бактериальной этиологии, аденовирусная инфекция, инфекции, связанные с вирусом Эпштейна-Барр и цитомегаловирусом.

Задача 77.

Мальчик 10 лет госпитализирован экстренно.

Анамнез заболевания. Заболел остро с повышения температуры до 38 – 38,5°C в течение 6 дней, снижения аппетита, слабости, появления катаральных явлений (насморк, боли в горле). С первого дня болезни беспокоили сильные боли в правой подвздошной и околопупочной области, повторная рвота, кашицеобразный стул до 6-8 раз в сутки с примесью слизи в

течение 4-х дней.

Анамнез жизни. Без особенностей. Вакцинирован по национальному календарю. Эпидемиологический анамнез: семь дней назад вернулся из деревни, где проводил зимние каникулы, там ел салат из свежей капусты и моркови, хранившейся в подвале.

Врач «скорой помощи» обнаружил симптомы раздражения брюшины и госпитализировал ребенка в хирургическое отделение, где диагноз острого аппендицита был снят, мальчик был переведен в инфекционное отделение с диагнозом: «Кишечная инфекция. ОРВИ». В последующие дни, появились мышечные и суставные боли, легкая иктеричность склер и кожи, темная моча, увеличение печени и селезенки. Возникло подозрение на вирусный гепатит.

В общем анализе крови: гемоглобин - 133 г/л, эритроциты - $4,0 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,9, лейкоциты – $14,2 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я - 10%, с/я нейтрофилы - 45%, эозинофилы - 10%. лимфоциты - 20%. моноциты - 15%, СОЭ - 25 мм/ч

В биохимическом анализе крови: билирубин общий - 36 мкмоль/л, конъюгированный – 26 мкмоль/л, АлАТ- 600 ед., маркеры вирусных гепатитов не обнаружены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный клинический диагноз.

На основании, каких патогномоничных признаков поставлен диагноз?

2. Какие следует провести дополнительные исследования для подтверждения диагноза?

Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику у данного больного.

3. Какие противоэпидемические мероприятия в очаге необходимо проводить?

Ответ

1. Иерсиниозная инфекция, смешанная форма, среднетяжелое течение. В пользу выставленного диагноза свидетельствуют: данные эпидемиологического анамнеза – употребление в пищу салата из свежих овощей (капусты и моркови), хранившихся в подвале. Клинические проявления - острое начало заболевания, стойкое повышение температуры, умеренно выраженные симптомы интоксикации, дебют заболевания с лихорадки, катаральных и диспептических проявлений, диареи с примесью слизи в стуле, развитие клиники «псевдоаппендицита», появление в более поздние сроки заболевания миалгий и артралгий, клинические признаки развития гепатита (иктеричность склер и кожи, темная моча, гепатомегалия), спленомегалия. Лабораторные данные: в клиническом анализе крови нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной

формулы влево, повышение СОЭ, в биохимическом анализе крови повышение уровня билирубина за счет, конъюгированной фракции, повышение активности АЛТ свыше 10 норм. Отрицательные маркёры вирусных гепатитов.

- Бактериологический: посев кала на *Yersinia enterocolitica* и *Yersinia pseudotuberculosis*
- 2. (по возможности до начала антибактериальной терапии).
- Серологический: РПГА или РНГА с псевдотуберкулезными и иерсиниозными диагностикумами на 2-й и 4-й неделе болезни (достоверным диагностическим критерием является нарастание в динамике заболевания титра специфических антител при исследовании парных сывороток в 4 раза и более); ИФА крови с определением титров IgA, IgM, IgG к *Yersinia enterocolitica* (критерием диагностики острого иерсиниоза является повышенный титр IgM).
- Молекулярно-генетический: ПЦР кала на *Yersinia enterocolitica* и *Yersinia pseudotuberculosis*

Дифференциальная диагностика проводится с острыми вирусными гепатитами (прежде всего А и Е), бактериальными кишечными инфекциями (эшерихиоз, шигеллёз, сальмонеллёз и т.д.), брюшным тифом и паратифом, лептоспирозом.

3. Противоэпидемические мероприятия:

- активное выявление больных методом опроса, осмотра и подворных (поквартирных) обходов;
- медицинское наблюдение за лицами, находящимися в одинаковых с больным условиях по риску заражения (18 дней);
- взятие материала от больных и подозрительных на заболевание, а также проб из объектов окружающей среды для бактериологических, серологических и молекулярно-генетических исследований (ПЦР). Объем и число проб определяется специалистом, отвечающим за организацию эпидемиологического расследования;
- Дератизация

Задача 78.

Ребенок, 1 год, заболел 10 часов назад, когда повысилась температура до 39,5°C, появился озноб, общее беспокойство, повторная рвота. Затем, через 4 часа температура стала снижаться, ребенок стал сонливый, адинамичный, бледный. Вызвана скорая помощь, госпитализирован в инфекционный стационар.

При поступлении состояние крайне тяжелое. Температура 36,0°C, кожные покровы бледные с серым оттенком, руки и ноги холодные, слизистые

цианотичные. Множественная, геморрагически – некротическая сыпь от точечной до 1,5 см в диаметре. Высыпания появились в момент транспортировки больного, начиная с лица и верхней части туловища, затем сыпь распространилась по всему телу и конечностям, появились высыпания на слизистых. Симптом "белого" пятна 14 сек., тахикардия -180 в мин. Тоны сердца приглушены, печень + 3см. АД – 70/50 мм.рт.ст. Мочится редко. Симптом Кернига под углом 130°, ригидность мышц затылка 2 см.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз. Обоснуйте диагноз.
2. Назначьте план обследования для подтверждения диагноза.
3. Распишите антибактериальное лечение и принципы патогенетической терапии.
Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Ответ

1. Менингококковая инфекция, генерализованная форма, смешанная (менингококкемия, менингит), тяжёлое течение. ИТШ II - III степени.
Острое начало заболевания на фоне полного здоровья с повышения температуры до 39,0°C, появления озноба, беспокойства, общемозговой симптоматики (рвота, вялость, адинамия. Появление через 10 часов – снижение Т тела, блдность и цианотичность кожных покровов, холодные конечности, появление геморрагически – некротической сыпи, высыпания начались с лица, верхней части туловища, сыпь на слизистых, менингеальные симптомы (симптом Кернига, ригидность затылочных мышц), крайне тяжелое состояние ребенка, тахикардия, приглушение сердечных тоном, гепатомегалия, артериальная гипотензия, признаки нарушения капиллярного кровообращения, снижение диуреза.
2. План обследования
 - a. Клинический анализ крови
 - b. Клинический анализ мочи
 - c. Бактериологический посев крови на стерильность
 - d. Бактериологический посев крови на менингококк
 - e. Бактериологический посев из носоглотки на менингококк
 - f. ПЦР крови на менингококк, пневмококк, гемофильную палочку
 - g. РПГА, РНГА – определение общих антител к менингококку в парных сыворотках.
 - h. После купирования ИТШ – люмбальная пункция, ликворограмма
 - i. Бактериологический посев ликвора на менингококк
 - j. Бактериологический посев ликвора на стерильность
 - k. РЛА ликвора на АГ менингококка, АГ пневмококка, АГ гемофильной палочки

1. ПЦР ликвора на менингококк, пневмококк, гемофильную палочку
3. Необходимо как можно скорее начать парентеральную антибактериальную терапию:
 - Цефтриаксон 50 мг/кг (но не более 2 г.) внутривенно каждые 12 часов
 - Инфузионная терапия сбалансированными кристаллоидами: болюсно 10-20 мл/кг в течение 5-10 минут с последующей оценкой состояния и возможностью последующих болюсов до 40-60 мл/кг в течение первого часа.
 - При отсутствие стабилизации гемодинамики на фоне инфузионной терапии – инфузия эпинефрина
 - При отсутствие стабилизации гемодинамики дексаметазон 0,15 мг/кг в/в болюсно

Противоэпидемические мероприятия:

- В круг лиц, общавшихся с больным, подвергшихся риску заражения, включают всех находившихся в радиусе 1 метра от больного ГФМИ. В очаге ГФМИ врач проводит осмотр лиц, общавшихся с больным, с целью выявления лиц с признаками ГФМИ и острого назофарингита.
- Выявленные лица с признаками острого назофарингита подлежат госпитализации

После госпитализации больного с ГФМИ или подозрением на ГФМИ в очаге накладывается карантин сроком на 10 дней. На период карантина медицинский работник ежедневно проводит медицинское наблюдение за лицами, общавшимися с больным ГФМИ, с термометрией, осмотром носоглотки и кожного покрова. В дошкольные образовательные организации, общеобразовательные организации, учреждения стационарного социального обслуживания с круглосуточным пребыванием (дома ребенка, детские дома, интернаты) не допускается прием новых и временно отсутствовавших на момент выявления больного детей, перевод персонала и детей из групп (класса, отделения) в другие группы (классы, отделения).

- Лицам, общавшимся с больным ГФМИ, не имеющим воспалительных изменений в носоглотке, медицинский работник (врач, фельдшер, медицинская сестра) проводит экстренную химиопрофилактику (ампициллин в возрастной дозировке в течение 4 дней)
- В очаге лицам, общавшимся с больным ГФМИ, проводится экстренная специфическая профилактика актуальной вакциной (в соответствии с серогруппой менингококка, выделенного из ликвора и (или) крови больного ГФМИ). В случае отсутствия возможности проведения определения серогруппы менингококка, экстренную иммунопрофилактику проводят без ее установления многокомпонентными вакцинами.
- Выписку из стационара реконвалесцентов ГФМИ и острого назофарингита и их допуск в дошкольные образовательные организации, общеобразовательные осуществляют после полного клинического выздоровления.

Задача 79.

Ребенок 3-х лет заболел остро с подъема температуры до 39,5°C, общего беспокойства, возбуждения. Через 2-3 часа стал жаловаться на головную боль, появилась повторная рвота. При осмотре участковым педиатром отмечены сомнительные менингеальные знаки, гиперемия слизистой ротоглотки, тахикардия. Направлен на госпитализацию в инфекционный стационар.

В приемном покое состояние расценено как тяжелое. Лежит с закрытыми глазами на боку, с подтянутыми к животу ногами, температура 39,5°C. Была повторная рвота. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига под углом 110-120°. В анализе СМЖ: мутная, цитоз - 2000 клеток, 98% сегментоядерные нейтрофилы, 2% - лимфоциты, белок - 0,9 г/л, глюкоза 1,8 ммоль/л, реакция Панди - ++++. На фоне проводимой терапии через 3 дня состояние улучшилось, температура нормализовалась, исчезла рвота и головная боль. Значительно уменьшились менингеальные знаки.

При проведении люмбальной пункции на 8 день болезни ликвор нормализовался. РЛА с ликвором - обнаружен менингококковый антиген.

Вопросы

1. Поставьте клинический диагноз. Приведите обоснование диагноза.
2. Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
3. Назначьте этиотропную терапию, варианты стартовой антибактериальной терапии, принципы. Дайте рекомендации по диспансерному наблюдению.

Задача 80.

Вызов на дом к мальчику 9 лет с жалобами на повышение температуры тела до высоких цифр, озноб, боль в боку.

Анамнез заболевания: заболел остро, повысилась температура до 40,0°C. Накануне играл в снежки и замерз. Общее состояние ребенка резко ухудшилось, появился болезненный кашель с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Ребенок стал жаловаться на боль в правом боку. Ночь провел беспокойно, температура держалась на высоких цифрах.

Анамнез жизни: Ребенок от первой беременности, протекавшей без патологии. Привит по индивидуальному графику в связи с проявлениями атопического дерматита на первом году жизни. Болеет респираторными инфекциями до 6 раз в год. В семье есть младший ребенок 3 лет,

посещающий детский сад. Наследственность: у матери аллергический ринит. **Объективно:** Состояние тяжелое. Мальчик вялый, аппетит резко снижен. Пиет плохо. Лежит на правом боку с согнутыми ногами. Кожные покровы бледные с выраженным румянцем правой щеки, периоральный цианоз. Озноб. Дыхание частое, поверхностное. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого легкого. Отмечается укорочение перкуторного звука в проекции нижней доли правого легкого, там же отмечается ослабление дыхания. Хрипы не выслушиваются. ЧСС – 98 ударов в минуту, ЧД – 38 в минуту, АД – 90/40 мм рт. ст. Сатурация 94%. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул был вчера, оформленный, без патологических примесей. Дизурических нарушений нет.

Вопросы:

1. Назовите предполагаемый диагноз, обоснуйте.
2. Определите тактику ведения данного пациента.
3. Назначьте терапию данного заболевания с учетом наиболее вероятного возбудителя, укажите критерии эффективности назначенного лечения.

Ответы:

1. Внебольничная правосторонняя пневмония. Правосторонний плеврит? Обоснование: острое начало с повышения температуры тела, выраженных проявлений интоксикации в виде лихорадки с ознобом, снижение аппетита, общая слабость. В объективном статусе: тахипноэ, локальные изменения со стороны органов дыхания при физикальном осмотре: укорочение перкуторного звука при перкуссии, ослабление дыхания над участком укорочения перкуторного звука. Снижение сатурации. Плеврит на основании появления боли в боку, вынужденное положение ребенка в постели на этом боку, отставание пораженной половины в акте дыхания.
2. В данном случае показана госпитализация ребенка в стационар в связи с выраженной интоксикацией, наличием признаков ДН (сатурация 94%), вероятным развитием осложненного течения – плеврит? В стационаре необходимо проведение рентгенографии ОГК, УЗИ плевральных полостей, исследование клинического анализа крови, С реактивного белка, прокальцитонина.
3. Наиболее вероятный возбудитель данного заболевания – пневмококк (*Streptococcus pneumoniae*). Препаратом выбора в данном случае являются защищенные пенициллины, т.к. девочка была в путешествии незадолго до заболевания, что повышает риск антибиотикорезистентности: амоксициллин с клавулановой кислотой в

суточной дозе 45-60 мг/кг, per os; продолжительность антибактериальной терапии 7-10 дней. Критериями эффективности являются: общее улучшение самочувствия в виде нарастания двигательной активности, улучшения аппетита, снижение температуры тела, уровня СРБ в течение 48-72 часов; помимо антибактериальной терапии назначается симптоматическая терапия в зависимости от конкретной клинической ситуации (жаропонижающие, мукоактивные препараты). Оксигенотерапия проводится при снижении сатурации менее 95%. Режим на период лихорадки назначается постельный, при снижении температуры – полупостельный и палатный, обязательны проветривания. После стабилизации состояния рекомендуются занятия дыхательной гимнастикой, лечебной физкультурой.

Задача 81.

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

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

Анамнез заболевания: Две недели назад перенес ОРВИ (боль в горле, насморк и кашель), но школу посещал. Заболевание началось с повышения утомляемости, головной боли, появления мочи цвета "мясных помоев". Ребенок был госпитализирован.

При осмотре: Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные с мраморным рисунком. Пастозность век и голеней. В легких хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, систолический шум на верхушке. АД 150/105 мм рт.ст. ЧСС - 100 уд/мин. Живот мягкий. Печень +2 см из-под реберной дуги. За сутки выделил примерно 200 мл мочи.

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, тромб. - $530,0 \times 10^9$ /л, Лейк – $9,2 \times 10^9$ /л, п/я - 7%, с/я -71%, э -1%, л - 18%, м - 3%, СОЭ – 25 мм/час.

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

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, холестерин – 5,1 ммоль/л, мочевины – 18,0 ммоль/л, креатинин - 190,0 ммоль/л, СРБ -42 мг/л, калий – 6,8 ммоль/л, кальций – 2,5 ммоль/л.

Коагулограмма: фибриноген -7,2 г/л, Д-димеры 1500.

УЗИ почек: почки увеличены в размерах, контуры неровные. Левая почка – 122x50 мм, паренхима – 17мм. Правая почка – 125x47 мм, паренхима

- 16мм. Отмечается неравномерное повышение эхогенности паренхимы. Лоханка щелевидной формы.

Вопросы к задаче:

1. Поставьте диагноз. Тактика дальнейшего обследования?
2. Генез отеочного синдрома у данного больного?
3. Составьте план лечения.

Ответ

Острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом. Нефритический синдром выставлен в связи с наличием у больного отеочного, гипертензионного и мочевого (макрогематурия, протеинурия до 3 г/л) синдромов.

1. В результате повреждения клубочкового фильтрационного барьера с развитием протеинурии, гипоальбуминемии, снижением онкотического давления, перемещением воды в интерстициальное пространство, гиповолемией. На фоне гиповолемии возникают увеличение активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и задержка натрия, увеличение активности АДГ и задержка воды.
2. Госпитализация. Постельный режим. Диета гипоаллергенная с ограничением натрия хлорида и жидкости (у больного олигурия, гипертензионный и отеочный синдромы). Антибиотикотерапия (пенициллины, макролиды) на 10 дней (у больного доказанная стрептококковая инфекция). Антиагреганты (дипиридомол – 5,0 мг/кг/сут.) и гепарин 200 Ед/кг/сут. (у больного признаки гиперкоагуляции). Мочегонные препараты (петлевые диуретики) – при неэффективности ограничения жидкости и соли. Антигипертензионные средства (Нифедипин, Каптоприл) – при недостаточном эффекте мочегонных препаратов.

Прогноз благоприятный. Макрогематурия возможна при тяжелом течении заболевания.

Задача 82.

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

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

Анамнез заболевания: Две недели назад перенес ОРВИ (боль в горле, насморк и кашель), но школу посещал. Заболевание началось с повышения утомляемости, головной боли, появления мочи цвета "мясных помоев". Ребенок был госпитализирован.

При осмотре: Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные с мраморным рисунком. Пастозность век и голеней. В легких хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, систолический шум на верхушке. АД 150/105 мм рт.ст. ЧСС - 100 уд/мин. Живот мягкий. Печень +2 см из-под реберной дуги. За сутки выделил примерно 200 мл мочи.

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, тромб. - $530,0 \times 10^9$ /л, Лейк – $9,2 \times 10^9$ /л, п/я - 7%, с/я - 71%, э - 1%, л - 18%, м - 3%, СОЭ – 25 мм/час.

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

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, холестерин – 5,1 ммоль/л, мочевины – 18,0 ммоль/л, креатинин - 190,0 ммоль/л, СРБ -42 мг/л, калий – 6,8 ммоль/л, кальций – 2,5 ммоль/л.

Коагулограмма: фибриноген -7,2 г/л, Д-димеры 1500.

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

Вопросы к задаче:

1. Поставьте диагноз. Тактика дальнейшего обследования?
2. Генез отеочного синдрома у данного больного?
3. Составьте план лечения.

Ответы

1. Острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом. Нефритический синдром выставлен в связи с наличием у больного отеочного, гипертензионного и мочевого (макрогематурия, протеинурия до 3 г/л) синдромов.
2. В результате повреждения клубочкового фильтрационного барьера с развитием протеинурии, гипоальбуминемии, снижением онкотического давления, перемещением воды в интерстициальное пространство, гиповолемией. На фоне гиповолемии возникают увеличение активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и задержка натрия, увеличение активности АДГ и задержка воды.

3. Госпитализация. Постельный режим. Диета гипоаллергенная с ограничением натрия хлорида и жидкости (у больного олигурия, гипертензионный и отечный синдромы). Антибиотикотерапия (пенициллины, макролиды) на 10 дней (у больного доказанная стрептококковая инфекция). Антиагреганты (дипиридомол – 5,0 мг/кг/сут.) и гепарин 200 Ед/кг/сут. (у больного признаки гиперкоагуляции). Мочегонные препараты (петлевые диуретики) – при неэффективности ограничения жидкости и соли. Антигипертензионные средства (Нифедипин, Каптоприл) – при недостаточном эффекте мочегонных препаратов.

Прогноз благоприятный. Макрогематурия возможна при тяжелом течении заболевания.

Задача 83.

Мальчик 12 лет поступил в отделение с жалобами на вялость, головную боль, изменение цвета мочи.

Анамнез жизни: Ребенок от первой беременности, протекавшей с гипертензией и отечным синдромом в третьем триместре. Роды в срок. Масса при рождении 3500г, длина 52см. На естественном вскармливании до 6 мес. Аллергии не отмечалось. Прививки по возрасту. Из инфекционных заболеваний перенес ветряную оспу, ангину; 3-5 раз в год болеет ОРВИ.

Анамнез заболевания: Две недели назад перенес ангину, самостоятельно применяли амоксициллин в течение 5 дней. Заболевание началось с раздражительности, утомляемости, головной боли, появления мочи красного цвета. Ребенок был госпитализирован.

При осмотре: Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные с мраморным рисунком. Пастозность век и голеней. В легких хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, систолический шум на верхушке. АД 155/95 мм рт.ст. ЧСС - 90 уд/мин. Живот мягкий. Печень +2см из-под реберной дуги. За сутки мочился 1 раз, небольшим объемом.

Общий анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, тромб. - $530,0 \times 10^9$ /л, Лейк - $9,2 \times 10^9$ /л, п/я - 7%, с/я - 71%, э - 1%, л - 18%, м - 3%, СОЭ - 35 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 62 г/л, холестерин - 5,1 ммоль/л, мочевины - 18,0 ммоль/л, креатинин - 190,0 ммоль/л, СРБ 55, калий - 6,8 ммоль/л, кальций - 2,5 ммоль/л.

Коагулограмма: фибриноген – 8,5 г/л, Д-димеры 2010.

Общий анализ мочи: белок - 1,2 г/л, эритроциты - все поле зрения, лейкоциты - 1-2 в п/з, гиалиновые цилиндры - 1-2 в п/з.

УЗИ почек: почки увеличены в размерах, контуры неровные. Левая почка - 122x50мм, паренхима - 17мм. Правая почка - 125x47мм, паренхима -

16мм. Отмечается неравномерное повышение эхогенности паренхимы. Лоханки щелевидной формы.

Вопросы к задаче:

1. О каком заболевании следует думать? Патогенез мочевого синдрома?
2. Показано ли назначение гормональной терапии данному ребенку? Какая диета необходима этому ребенку?
3. Каков прогноз данного заболевания?

Ответ

1. Острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом. Нефритический синдром выставлен в связи с наличием у больного отечного, гипертензионного и мочевого (макрогематурия, протеинурия до 3 г/л) синдромов.
2. Гормональная терапия не нужна. Диета гипоаллергенная с ограничением натрия хлорида и жидкости (у больного олигурия, гипертензионный и отечный синдромы).
3. Прогноз благоприятный.

Задача 54.

Больной 8 лет (рост 130 см, вес 28 кг) обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на отечность лица, голеней, появление мочи темного красно-коричневого цвета. Симптомы родителями выявлены утром в день обращения. За две недели до обращения отмечались следующие симптомы: боль при глотании, повышение температуры до фебрильных цифр, интоксикация. За медицинской помощью не обращались, лечились самостоятельно (жаропонижающие, полоскания) с медленной положительной динамикой.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, отмечается отечность лица, пастозность голеней и стоп. Зев не резко гиперемирован, миндалины II-III степени, разрыхлены, без наложений. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 140/85 мм рт. ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, 4 - 5 раз в день, небольшими порциями. Стул – оформленный регулярный.

При обследовании по cito:

Общий анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $10,3 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 24%, моноциты – 6%, тромбоциты – 347×10^9 /л, СОЭ – 20 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 70,0 мл, цвет – красный, реакция – щелочная, относительная плотность – 1023, эпителий – 1-2 в поле зрения, цилиндры–эритроцитарные 4-5 в поле зрения, белок – 0,9 г/л, эритроциты – измененные, покрывают все поля зрения, лейкоциты – 2-3 - в поле зрения.

УЗИ: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка без патологии. Почки расположены обычно, размеры не увеличены, паренхима не изменена. ЧЛС (чашечно-лоханочная система) имеет обычное строение.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Какое исследование необходимо провести для уточнения этиологического фактора?
2. Укажите основные группы лекарственных препаратов для лечения данного заболевания.
3. Укажите прогноз заболевания. Как долго может сохраняться микрогематурия при этом заболевании?

Ответы

Острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом. Нефритический синдром выставлен в связи с наличием у больного отеочного, гипертензионного и мочевого (макрогематурия, протеинурия до 3 г/л) синдромов.

Госпитализация. Постельный режим. Диета гипоаллергенная с ограничением натрия хлорида и жидкости (у больного олигурия, гипертензионный и отеочный синдромы). Антибиотикотерапия (пенициллины, макролиды) на 10 дней (у больного доказанная стрептококковая инфекция). Антиагреганты (дипиридомол – 5,0 мг/кг/сут.) и гепарин 200 Ед/кг/сут. (у больного признаки гиперкоагуляции). Мочегонные препараты (петлевые диуретики) – при неэффективности ограничения жидкости и соли. Антигипертензионные средства (Нифедипин, Каптоприл) – при недостаточном эффекте мочегонных препаратов.

1. Прогноз благоприятный. Макрогематурия возможна при тяжелом течении заболевания.

Задача 84.

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

Из анамнеза известно: Ребенок от молодых здоровых родителей, от первой беременности, протекавшей с токсикозом во второй половине. Во время беременности (на 33-й неделе) мать перенесла ОРВИ, лекарственные препараты не принимала. Роды на 38-й неделе. Мальчик родился в состоянии синей асфиксии. Масса при рождении 2900 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3 мес. вскармливание искусственное, беспорядочное, с использованием кефира, с 3,5 мес. - кашами. За 6,5 месяцев ребенок прибавил в массе 3200 г. В возрасте 2 мес. заболел пневмонией. Долго лечился антибиотиками в условиях стационара. После выписки из больницы у ребенка неустойчивый стул, часто с примесью зелени и слизи. Аппетит снижен. Витамин Д ребенок не получал.

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

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

Общий анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность - 1015, лейкоциты - 1-2 в п/з, эритроциты - нет.

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

Вопросы к задаче:

1. Клинический диагноз на момент осмотра (основной, сопутствующие заболевания)? Назовите причины развития данных состояний.
2. План дополнительного обследования? Ожидаемые результаты?
3. Назначьте ребенку питание. План медикаментозного лечения?

Ответы

1. Рахит, период разгара, средней степени тяжести. Гипохромная анемия легкой степени тяжести. Гипотрофия 1 степени. Дефицит витамина Д и дефекты питания.
2. Биохимический анализ крови. УЗИ органов брюшной полости и почек. Копрограмма.
3. Нормализация режима дня; полноценное питание. В питании увеличить количество овощного прикорма. Через 3-4 дня надо назначать витамин D по 2000-4000 МЕ в день для лечения рахита на 4-6 недель с последующим переходом на прием профилактической дозы витамина Д (1000-500 МЕ) до 6-7 лет. Профилактические мероприятия: рациональное вскармливание, режим, прогулки, специфическая профилактика рахита.

Задачи 85.

На амбулаторном приеме девочка 4-х месяцев жизни, рожденная от V беременности II срочных родов, первая беременность закончилась выкидышем, последующие беременности – мед. аборты, IV беременность закончилась срочными родами - мальчик 1,5 года.

Данная беременность протекала с гестозом I и II половины. В женской консультации на учете с 26 недели беременности. Роды срочные, без патологии. Масса при рождении 3150 г, длина тела 49 см. Ребенок из неполной семьи. Мать с детьми проживает в однокомнатной квартире. Материальное обеспечение семьи неудовлетворительное. Имеются вредные привычки у матери (курит). С одного месяца ребенок находится на искусственном вскармливании по причине гипогалактии у матери. Перенесенные заболевания ОРВИ - в 2 месяца жизни. Привита по календарю.

При осмотре: отмечается бледность кожных покровов, повышенная потливость, небольшая мышечная гипотония, облысение затылка, краниотабес. Мама отмечает беспокойный сон. По другим внутренним органам и системам - без видимой патологии. Зубов нет. Большой родничок 2,5 x 2,5 см, края податливы. Масса тела - 5000 г (4), длина - 59 см (3). Психометрия: Аз - узнает близкого человека (радуется); Ас - ищет источник звука, поворачивает голову в его сторону; Э - появляется комплекс оживления в ответ на разговор с ним, смеется в ответ на речевое общение с ним; Д.р. - рассматривает, не захватывает игрушки, низко

висящие над ней; Д.о. – не удерживает голову в вертикальном положении, при поддержке за подмышки ноги не упираются о твердую опору; Рагулит; Н - во время кормления перестал поддерживать бутылочку руками.

Вопросы:

- 1.Поставьте диагноз и группу здоровья. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 2.Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- 3.Дайте рекомендации по питанию и физическим воздействиям данному ребенку. Проведите профилактику пограничных состояний и специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок.

Ответы

1. Рахит, период разгара, средней степени тяжести. Группа здоровья 2.
2. Пациенту рекомендовано: биохимическое исследование крови (ионизированный кальций, общий кальций, фосфор, щелочная фосфатаза, концентрация витамина Д) для уточнения гипокальциемии, верификации диагноза «рахит» и периода рахита; КОС для оценки выраженности алкалоза.
3. Максимально ограничить в питании содержание коровьего молока (из-за большого количества фосфатов) и увеличить количество овощного прикорма. Через 3-4 дня надо назначать витамин D по 2000-4000 МЕ в день для лечения рахита на 4-6 недель с последующим переходом на прием профилактической дозы витамина Д (1000-500 МЕ) до 6-7 лет. Профилактические мероприятия: рациональное вскармливание, режим, прогулки, специфическая профилактика рахита. Вакцинация не противопоказана.

Задача 86.

Девочка 9 месяцев жизни, впервые осматривается педиатром после переезда из города Владивосток.

Из анамнеза известно, что девочка от I беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, артериальной гипотонией, анемией I ст., судорогами в икроножных мышцах, I срочных родов. Масса при рождении 3800 г, длина 53 см. На искусственном вскармливании с рождения. Прикорм введен с 4 мес. В настоящее время получает: каши, овощное пюре, кефир.

При осмотре: девочка пониженного питания, голова увеличена в размерах с преобладанием мозговой части черепа, выражены лобные и затылочные бугры. Краниотабес. Большой родничок 2х2 см, края податливы. Грудная клетка килевидной формы, нижняя апертура развернута. Тургор тканей снижен. Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС – 130 уд/мин. В легких пуэрильное дыхание. Живот распластан. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Сидит с опорой, не стоит.

Общий анализ крови: Нб – 100 г/л, Эр – $3,1 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,96, Ретик. – 2%, Лейк. – $7,0 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с - 26%, л - 60%, м - 10%, СОЭ – 10 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 50,0 мл, цвет – светло-желтый, прозрачная, относительная плотность – 1012, лейкоциты – 2-3 в п/з, эритроциты – нет.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
2. Каков патогенез развития выявленной патологии?
3. Составьте план лечения.

Диагноз: рахит

Ответы

1. Рахит период разгара, средней тяжести. Анемия гипохромная, легкой степени тяжести. На основании осмотра ребенка: голова увеличена в размерах с преобладанием мозговой части черепа, выражены лобные и затылочные бугры. Краниотабес. Большой родничок 2х2 см, края податливы. Грудная клетка килевидной формы, нижняя апертура развернута. Тургор тканей снижен. Результаты клинического анализа крови. Необходим биохимический анализ крови.
2. Недостаток витамина Д.
3. Витамин Д по 3000МЕ 1 раз утром с едой 4-6 недель, далее профилактическая доза.

Задача 87.

Ребенку 6 лет. Мать девочки рассказала, что последние два месяца у ребенка отмечается снижение аппетита, она стала раздражительной, сон беспокойный, часто жалуется на зуд в области ануса.

При осмотре ребенок правильного телосложения, повышенного питания. Температура тела 36,5°C. Кожные покровы бледные, в области ягодичной складки и промежности многочисленные экскориации, свежие и покрытые

корочкой. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот мягкий, безболезненный, печень пальпируется у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам, тип 3, диурез не изменен. Вульва гиперемирована, слизистое отделяемое. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ. Назовите возбудителя, дайте его характеристику.
2. Какими исследованиями Вы можете подтвердить диагноз?
3. Назовите основные принципы лечения этого ребенка. Назовите основные профилактические меры по предупреждению энтеробиоза у детей.

Ответы

1. Энтеробиоз. Характерные жалобы на перианальный, перивагинальный зуд, чаще ночью, раздражительность, нарушение сна.
2. Кал на яйца глист. Соскоб с перианальных складок на обнаружение яиц *Enterobius vermicularis*.
3. Лечение амбулаторное. Албендазол (немозол), мебендазол, пирантел. Соблюдение гигиенических мероприятий.

Задача 88.

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

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

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

Объективно: при поступлении состояние ребенка тяжелое. Масса тела 29 кг, рост 140 см. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Выражены симптомы «часовых стекол» и «барабанных палочек». ЧД - 40 в 1 минуту, ЧСС - 120 уд/мин. АД 90/60 мм рт.ст. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторный звук над легкими с тимпаническим оттенком. Аускультативно: справа дыхание ослаблено, слева - жесткое. Выслушиваются

разнокалиберные влажные и сухие хрипы, больше слева. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке слабой интенсивности. Печень +5-6 см. Селезенка не пальпируется. Стул обильный, с жирным блеском, замазкообразный.

Общий анализ крови: Нб - 100 г/л, Эр- $3,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,85, Лейк - $7,7 \times 10^9$ /л, п/я - 8%, с - 54%, э - 3%, л - 25%, м - 10%, СОЭ -45 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, альбумины - 46%, глобулины: альфа1- 9%, альфа2 - 15%, бета -10,5%, гамма- 19,5%, СРБ - 98 мг/л, АЛТ - 36 Ед/л, АСТ - 30 Ед/л.

Пилокарпиновая проба: натрий - 132 ммоль/л, хлор - 120 ммоль/л.

Копрограмма: большое количество нейтрального жира.

Рентгенограмма грудной клетки: усиление и резкая двухсторонняя деформация бронхосудистого рисунка, преимущественно в прикорневых зонах. В области средней доли справа значительное понижение прозрачности. Отмечается расширение конуса легочной артерии, "капельное сердце".

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена за счет левой доли, уплотнена, неоднородна, сосудистый рисунок по периферии обеднен, умеренное разрастание соединительной ткани; поджелудочная железа - 15x8x25 мм, увеличена, диффузно уплотнена, имеет нечеткие контуры; желчный пузырь S-образной формы, с плотными стенками; селезенка увеличена, уплотнена, стенки сосудов плотные.

Вопросы:

1. Дайте оценку приведенных лабораторно-инструментальных методов исследования.
2. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
3. Составьте план дальнейшего обследования ребенка.

Ответы:

1. В клиническом анализе крови отмечается гипохромная анемия легкой степени, палочкоядерный сдвиг в лейкоцитарной формуле, гипопроотеинемия, диспротеинемия, повышение показателей гуморальной воспалительной активности
2. Консультации.специалистов: гастроэнтеролог, генетик, пульмонолог, врач ЛФК
3. Повторение исследования потовой пробы (необходимо 2 положительных или два отрицательных результата для подтверждения или исключения

заболевания), КТ ОГК, бронхоскопия, бактериологический посев мокроты на флору, определение функциональной возможности поджелудочной железы, печени. Генетическое обследование с целью определения вида мутации.

Задача 89.

В детской поликлинике на приеме у педиатра - ребенок 2-х месяцев жизни. Жалоба родителей – снижение аппетита, "плохая", прибавка в весе (около 200 г за последний месяц жизни), некоторое беспокойство при кормлении ребенка.

Из анамнеза известно: Родители молодые 31 и 35 лет. У мамы синдром вегетативной дисфункции по ваготипу, из гинекологических заболеваний - эрозия шейки матки, вагинальный кандидоз в III триместре беременности. Беременность первая, желанная, протекала с умеренно выраженным токсикозом первой половины, перенесла дважды ОРВИ, среднетяжелое течение на сроках 7 недель и 19 недель, лечилась амбулаторно симптоматическими средствами, в 34 недели - бронхит, получала антибактериальную терапию (аугментин), после чего обострение вагинального кандидоза, терапии не получала. Роды срочные, на 39-40 неделе, самостоятельные с родовым излитием околоплодных вод (безводный промежуток - 9 часов). При рождении 3100/52.0 см, Апгар 8/8, выписана на 5 сутки жизни из родильного дома. С 2-х недельного возраста у девочки периодически появление сыпи локально в области паха, околопупочной, в подмышечных областях. Мама по совету педиатра обрабатывала цинковым кремом и маслом Бюбхен", эффект незначительный, периодически высыпания появлялись вновь. В 1 мес. 17 дней ребенок болеет ОРВИ, с катаральными явлениями, субфебрильной температурой, получает вместе с общей симптоматической терапией - антибактериальное лечение (суспензия аугментина), через 4 дня от начала терапии - вновь рецидив сыпи и появление выраженных белого цвета творожистых наложений в ротовой полости. Мама по рекомендации педиатра обрабатывает полость рта бурой в глицерине, эффект незначителен, высыпания держатся до сих пор.

Вопросы к задаче:

1. Ваш диагноз? Обоснуйте причину заболевания.
2. Оценка правильности проводимой терапии.
3. Составьте план лечения

Ответ:

1. Ваш диагноз? Обоснуйте причину заболевания.

Кандидоз кожи и слизистых. У матери девочки не леченная длительно текущая вагинальная молочница с обострением во время беременности. Высока вероятность интранатального инфицирования - безводный

промежуток - 9 часов.

2. Оценка правильности проводимой терапии.

Терапия проводимая участковым педиатром недостаточна и патогенетический не обоснована.

3. Как проводить лечение?

Местно - кремы Кандид, Клотримазол, Канестен. Обработка слизистой полости рта - раствором метиленовой син. водным 1-%, жидкостью для обработки полости рта -Кандид. Использование системного кандидобиотика - Дифлюкан, Микосист, Флюкостат в дозе 5 мг/ кг

Задача 90

Новорожденный ребенок выписан из родильного дома на 6 сутки жизни. На 7 сутки - первый патронаж участкового педиатра.

Из анамнеза известно: молодые родители - маме 29 лет, III беременность, первые роды (I-я, II-я - мед. аборт). Наблюдалась в женской консультации нерегулярно. Гинекологический анамнез отягощен – эрозия шейки матки нелеченая, за полгода до наступления беременности перенесла кольпит, вагинальный кандидоз. Беременность со склонностью к перенашиванию, дважды во второй половине ОРВИ. Роды на 42-ой неделе, самостоятельные, с родовым излитием околоплодных вод (безводный промежуток - 9 часов). Вес - 3020, рост - 51.0 см, после родов совместное пребывание матери и ребенка.

На 3 сутки - начался гнойный двусторонний конъюнктивит. В родильном доме закапывали альбуцид (сульфацил натрия 20%), выписан на 6 сутки из-за мамы (повторная ревизия полости матки из-за однократного повышения температуры).

На 7 сутки жизни вес 2890, вскармливание смешанное (докорм смесь), вновь появление гнойного отделяемого, преимущественно из правого глаза: при этом выраженный отек и гиперемия конъюнктивы справа, там же слезостояние, при надавливании на слезный мешок - появление капельки гнойного отделяемого в углу глаза.

По внутренним органам - без особенностей, неврологический статус соответствует периоду новорожденности, адаптационному периоду. Назначено - промывание глаз кипяченой водой три раза в день, продолжить закапывать альбуцид тоже три раза в день.

Вопросы к задаче:

1. Ваш предполагаемый диагноз, его обоснование
2. Оценка тактики участкового педиатра, Ваш план ведения больного. Рациональная терапия в данном конкретном случае.
3. Какие осложнения возможны при данном заболевании в отсутствии лечебных мероприятий. Перечислите факторы риска возникновения бактериального конъюнктивита (в данном конкретном случае).

Ответ:

1. Ваш предполагаемый диагноз, его обоснование.
Дакриоцистит новорожденного. Развитие на этом фоне бактериального конъюнктивита (сочетания патология встречается в 20 % случаев конъюнктивита новорожденного). Обоснованием является слезостояние и слезотечение преимущественно с одной стороны, отек века и гиперемия конъюнктивы с этой же стороны и главное - при надавливании на область слезного мешка - появление отделяемого из нижней слезной точки.
2. Оценка тактики участкового педиатра, Ваш план ведения больного.
Рациональная терапия в данном конкретном случае.
Недостаточная терапия, назначенная уч. педиатром. Необходимы более частые промывания глаз - до 6 раз в сутки (хлоргексидин, фурациллин), закапывание антибактериальных капель широкого спектра действия - флоксал, тобрекс, массаж области слезного мешка. Консультация врача - офтальмолога.
3. Какие осложнения возможны при данном заболевании в отсутствии лечебных мероприятий. Перечислите факторы риска возникновения бактериального конъюнктивита (в данном конкретном случае). Абсцесс слезного мешка флегмона орбиты. Высока вероятность инфицирования ребенка - в перинатальном периоде - длительный безводный промежуток у мамы с отягощенным гинекологическим анамнезом (эрозия шейки матки, перенесенный кольпит), вероятность течением инфекции у матери в раннем послеродовом периоде (повышение температуры), длительное пребывание в родильном доме

Задача 91

На дому осмотрен мальчик М. 11 лет с жалобами на боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях.

Из анамнеза известно, что 1,5 месяца назад мальчик перенес лакунарную ангину, по поводу чего получал в/м пенициллин. Через 2 недели после выздоровления ребенок впервые заметил на коже нижних конечностей мелкоточечную сыпь, мама давала антигистаминные препараты – без эффекта, через неделю появились боли и припухлость в левом коленном и левом голеностопном суставах. У мальчика аллергия на мед, цитрусовые, клубнику. Папа ребенка страдает бронхиальной астмой.

При осмотре состояние ребенка средней тяжести. Сознание ясное, контактный. Двигательная активность ограничена в связи с болями в суставах. На коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, симметричная, местами сливная красновато-синюшная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи. Левый коленный и левый голеностопный суставы отечны, болезненны при пальпации и движении, горячие на ощупь, над ними геморрагическая сливная сыпь. Дыхание аускультативно везикулярное. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД – 110/70 мм рт. ст. Зев розовой окраски, миндалины гипертрофированы, розовые, чистые. Живот мягкий, безболезненный при

пальпации, печень, селезенка не пальпируются. Стул, со слов, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Мочится хорошо, моча светлая. Общий анализ крови: Нв -128 г/л, эритроциты - $3,9 \times 10^{12}/л$, Ц. п. - 0,98, тромбоциты - $495 \times 10^9/л$, лейкоциты - $12,5 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 62%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 22%, моноциты - 6%, СОЭ - 25 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, альбумины - 48%, мочевины 3,8 ммоль/л, креатинин - 69 мкмоль/л, билирубин общий - 18,6 мкмоль/л, АсТ-29 Ед/л, АлТ-32 Ед/л, фибриноген - 5 г/л.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, относительная плотность - 1012, белок отсутствует, эпителий - 0-1 в п/з, лейкоциты - 2-1 в п/з, эритроциты - 5-8 в п/з, цилиндры отсутствуют.

Проба Нечипоренко: лейкоциты - 1000 в 1 мл; эритроциты - 2500 в 1 мл, цилиндры - нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз. Обоснуйте выставленный вами диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Какое лечение необходимо ребенку, включая режим и диету? Укажите продолжительность и кратность диспансерного наблюдения больного на участке.

Ответ:

1. Геморрагический васкулит, активная фаза, смешанная форма с поражением почек (кожный, суставной, почечный синдромы), среднетяжелая степень тяжести, острое течение. Диагноз «геморрагический васкулит» выставлен на основании жалоб больного на боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление сыпи на нижних конечностях, данных анамнеза (за 2 недели перенес лакунарную ангину, начало заболевания с появления сыпи на нижних конечностях, появление суставного синдрома на фоне кожного геморрагического, отягощенный аллергологический анамнез и генеалогический анамнез по аллергическим заболеваниям), данных объективного осмотра (на коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, симметричная, местами сливная геморрагическая сыпь, выступающая над поверхностью кожи, картина артрита левого коленного и голеностопного суставов), данных лабораторных исследований (наличие неспецифических признаков воспаления - тромбоцитоз, умеренный нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, ускорение СОЭ, диспротеинемия, гиперфибриногенемия).

Поражение почек без нарушения функции диагностируется на основании лабораторных данных (микрогематурия, нормальные показатели азотовыделительной функции почек).

2. Дополнительные исследования:

- ☐ иммунограмма (определение ЦИК, система комплемента, Ig);
- ☐ определение С-реактивного белка;

- ☐ определение титра антител к стрептококку АСЛ-О;
- ☐ определение антигена фактора Виллебранда;
- ☐ коагулограмма (время свертывания крови, тромбиновое и парциальное тромбопластиновое время);
- ☐ проба Зимницкого;
- ☐ определение клубочковой фильтрации (КФ);
- ☐ УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства;
- ☐ мазок из зева и носа на β -гемолитический стрептококк;
- ☐ кал на яйца глист и цисты лямблий.

3. Госпитализация. Постельный режим на 2-3 недели. Гипоаллергенная диета. Антиагреганты (Дипиридамо́л).

Антикоагулянты (Гепарин под контролем коагулограммы).

Диспансеризация в течение 5 лет: врач-педиатр, врач-ревматолог – первый год – 1 раз в квартал, далее – 2 раза в год, врач-нефролог – первое полугодие – ежемесячно, второе полугодие – ежеквартально, далее – 2 раза в год, ЛОР-врач и стоматолог – 2 раза в год (санация хронических очагов инфекции).

Задача 92

Подросток 15 лет обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на головные боли, чаще после занятий в школе.

Анамнез заболевания: данные жалобы появились около 3 месяцев назад, за медицинской помощью не обращался. На профосмотре в школе выявили повышение АД до 150/80 мм рт. ст. Рекомендована консультация детского врача-кардиолога, на приеме выявлено повышение АД до 140/80 мм рт. ст., рекомендовано соблюдать режим дня, снизить физическую и умственную нагрузку, контроль за АД и явка через 10 дней. В течение 10 дней родители измеряли АД утром и вечером. По утрам АД было в норме – в среднем 120/70 мм рт. ст. По вечерам отмечалось повышение АД до 140-150/80 мм рт. ст.

На втором приеме врача-педиатра участкового через 10 дней АД вновь 140/80 мм рт. ст. (95-й перцентиль АД для данного пола, возраста и роста составляет 133 мм рт. ст.). Рекомендовано провести обследование.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок рос и развивался соответственно возрасту, привит по календарю прививок, редко болел ОРВИ. За последний год вырос на 15 см, появилась неустойчивость настроения, конфликты со сверстниками, повышенная потливость, стал уставать от школьных нагрузок. Гуляет мало, предпочитает играть в компьютерные игры, нарушился сон. В течение последнего года курит по 1-2 сигареты в день. У отца – гипертоническая болезнь с 45 лет.

При осмотре: Кожные покровы обычной окраски, выражена потливость, угревая сыпь на лице и спине, красный стойкий дермографизм, хорошо развиты вторичные половые признаки. Подкожный жировой слой развит удовлетворительно, распределен равномерно. Рост 178 см, масса тела 63 кг. Лимфатические узлы не увеличены. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в 1 минуту. Границы

относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, верхняя - III межреберье, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 90 в 1 минуту, шумы не выслушиваются. Среднее АД по результатам 3 измерений - АД 150/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги. Стул оформленный, диурез в норме.

Общий анализ крови: гемоглобин - 142 г/л, эритроциты - $4,8 \times 10^{12}/л$, тромбоциты - $300 \times 10^9/л$, лейкоциты – $6,3 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 67%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 24%, моноциты - 6%, СОЭ - 5 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1030, белка, сахара нет, лейкоциты – 0-1 в поле зрения. ЭКГ – вариант возрастной нормы.

ЭХОКГ – структурных изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте, поставленный Вами диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Назначьте подростку лечение. Подросток не выполнял рекомендации по лечению и через 2 недели. На последнем уроке в школе пожаловался на резкое ухудшение состояния: головокружение, головная боль. Мальчика отвели в медицинский кабинет, школьный врач измерил АД 180/96 мм рт. ст., отмечалась бледность кожи, озноб, тошнота, однократно рвота съеденной пищей. Ваша тактика оказания помощи как школьного врача?

Ответ:

1. Первичная артериальная гипертензия, 2 степень.
Синдром вегетативной дисфункции пубертатного периода, смешанный тип. Диагноз «первичная артериальная гипертензия» выставлен на основании жалоб на головные боли в течение 3 месяцев, данных анамнеза - выявлено стойкое повышение АД на трех приемах с интервалом 10 дней, без поражения органов-мишеней у ребенка до 16 лет. 2 степень артериальной гипертензии установлена на основании значений АД, превышающих 95 перцентиль более, чем на 10 мм рт.ст.
Синдром вегетативной дисфункции пубертатного периода, смешанный тип, выставлен на основании возраста, быстрого роста, появления эмоциональной лабильности, клинических проявлений ваготонии – потливость, красный стойкий дермографизм, угревая сыпь, симпатикотонии – повышение АД, тахикардия, нарушение сна.
2. Пациенту рекомендовано:
для исключения вторичной артериальной гипертензии - УЗИ почек и надпочечников, биохимический анализ крови - мочевины, креатинина, липидный профиль; измерение АД на ногах. Осмотр глазного дна. Суточное мониторирование АД.
3. Нормализация режима дня и образа жизни: уменьшить время

пребывания за компьютером, прогулки на свежем воздухе, физкультура в спецгруппе, ЛФК, сон не менее 8 часов, отказ от курения (для устранения факторов риска).

Диета с ограничением соли, кофеинсодержащих продуктов (устранение механизмов, поддерживающих артериальную гипертензию).

Немедикаментозная терапия: коррекция вегетативных нарушений (массаж воротниковой зоны, водные процедуры).

Медикаментозная терапия назначается одновременно с немедикаментозной терапией, так как у подростка АГ 2 степени.

Препаратом выбора являются бетта-адреноблокаторы.

Неотложная помощь: у подростка развился гипертонический криз вследствие несоблюдения рекомендаций. Тактика ведения:

Создание спокойной обстановки, уложить пациента на кушетку, проветрить помещение. Каптоприл 0,025 под язык. Вызвать скорую медицинскую помощь.

Задача 93

Мальчик 16 лет после сдачи экзамена в школе пожаловался на «пронзительную головную боль» затылочной локализации, появилась тошнота, рвота, боли в животе. Больной отмечает «мелькание мушек перед глазами», «звон в ушах», потливость, покраснение лица, частое обильное мочеиспускание. Сознание сохранено. Ребенок осмотрен врачом-педиатром участковым - АД 160/100 мм рт. ст. Из анамнеза известно, что дома мама измеряла ребенку давления, которое составляло от 165/85 до 155/75 мм рт. ст. У врача-педиатра участкового не обследовался и не наблюдался.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Назовите основные критерии диагностики предполагаемого заболевания
2. Назначьте дополнительные методы обследования после купирования острого состояния.
3. Назовите принципы неотложной терапии. Составьте план дальнейшего лечения

Ответ:

1. Гипертонический криз. Артериальная гипертензия? Диагностика АГ у детей и подростков состоит из следующих этапов: вычисление средних значений САД и ДАД на основании трех измерений АД, проведенных с интервалом 2-3 минуты с последующим сопоставлением средних значений САД и ДАД пациента, полученных по результатам трехкратного измерения АД на одном визите, с 90-м и 95-м процентилями АД, соответствующими полу, возрасту и процентилю роста пациента (по специальным таблицам); сравнение средних значений САД и ДАД, зарегистрированных у пациента на трех визитах с интервалом между ними 10-14 дней, с 90-м и 95-м процентилями АД, соответствующими полу, возрасту и процентилю роста

пациента. В случае если три средних значения САД и ДАД, определенные на трех визитах с интервалом 10-14 дней, соответствуют критериям нормального АД (<90-го перцентилья), высокого нормального АД (90-94-й перцентиль) или АГ (>95-го перцентилья), устанавливается соответствующий диагноз.

2. Клинико-анамнестическое и генеалогическое обследование, измерение АД на руках и ногах с оценкой по перцентильному распределению, ЭКГ, обследование глазного дна, консультация врача-кардиолога.

3. Для экстренного снижения АД лучше применить Каптоприл, вызвать бригаду скорой медицинской помощи.

Немедикаментозное лечение (режим дня, диета, отказ от вредных привычек, контроль массы тела). Лечение начинают с минимальной дозы и только одним лекарственным препаратом ингибиторы АПФ длительного действия. При неэффективности монотерапии возможно применение сочетаний нескольких лекарственных препаратов. При адекватно подобранной терапии после 3 месяцев непрерывного лечения возможно постепенное снижение дозы препарата вплоть до полной его отмены с продолжением немедикаментозного лечения при стабильно нормальном АД.

Задача 94:

На приеме у врача-педиатра участкового мама с девочкой 4 лет. Мама предъявляет жалобы на запоры у ребенка: стул 1 раз в 3-5 дней, вначале «овечий», затем плотный большого диаметра, иногда жидкий. Акт дефекации затруднен, ребенок вынужденно натуживается. При отсутствии стула в течение 5 дней мама делает очистительную клизму.

При дополнительном расспросе выяснено, что периодически беспокоят боли в животе, не связанные с приемом пищи, аппетит избирательный, снижен.

Из анамнеза заболевания: запоры начались 3 месяца назад после начала посещения детского сада, ранее периодически бывали задержки стула, по поводу которых не обращались, не лечились.

Из анамнеза жизни: от второй беременности, первых самостоятельных срочных родов, до 5 месяцев на грудном вскармливании, до 1 года состояла на учете у невролога по поводу перинатального поражения ЦНС гипоксического генеза, средней степени тяжести, синдрома пирамидной недостаточности. Наследственность по заболеваниям желудочно-кишечного тракта неотягощена.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 102 см, масса 16,5 кг. Кожные покровы чистые, отмечается симптом «грязных локтей и коленей», суборбитальный цианоз, влажность снижена на конечностях. Язык умеренно обложен у корня белым налетом. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД - 24 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 106 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, над лоном пальпируются каловые массы. Печень – по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет.

ОАК (общий анализ крови): WBC – $7,5,0 \times 10^9/\text{л}$, RBC – $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$, HGB –

120 г/л, NEU – 38%, LYM – 54,5%, MONO – 5%, EOS – 2,5% СОЭ – 8 мм/час.
В копрограмме: неперевариваемая клетчатка +++, крахмал вне- и внутриклеточный ++, йодофильная флора ++, слизь
УЗИ органов брюшной полости – без структурных изменений.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Составьте индивидуальный план лечения пациента. Дайте характеристику диеты, назначаемой при функциональных запорах у детей старше 3 лет.
3. Назовите сроки первичной оценки эффективности терапии и план действий при отсутствии эффекта от лечения.

Ответ:

1. Функциональный запор. Обоснование: длительность запора более месяца. Имеются 3 критерия, необходимые для постановки диагноза:

-две или менее дефекации в неделю;

-наличие большого количества каловых масс в прямой кишке;

-в анамнезе стул большого диаметра, который может препятствовать дефекации.

Отсутствие симптомов тревоги.

2. Выработка поведенческих стереотипов (регулярное посещение туалета, продуктивное пребывание в туалете, документирование дефекации - время, количество). Диета, питьевой режим. Физическая активность. Очистительные клизмы / микроклизмы / свечи. Слабительные средства: лактулоза или полиэтиленгликоль 4000 (Макрогол).

Стол № 3 по Певзнеру. Прием пищи 5-6 раз в сутки. Ребенок должен получать продукты, содержащие клетчатку и пищевые волокна. Овощи и фрукты должны составлять не менее 50–60% ежедневного рациона, и употребляться сначала в термически обработанном виде. Показано использование кисломолочных продуктов, содержащих пробиотики.

Необходимо соблюдение питьевого режима, режима питания и разового объема пищи. Количество жидкости 100-120 мл/кг в сутки.

3. Оценка эффективности первичного курса терапии проводится не ранее, чем через 2 недели. При неэффективности необходимо пересмотреть наличие «тревожных сигналов», провести дообследование: биохимический анализ крови. Направить на консультацию к врачу-гастроэнтерологу для исключения лактазной недостаточности, целиакии, пищевой аллергии, аномалий развития кишечника.

Задача 95:

Мальчик 7 лет с мамой в декретированный срок диспансерного наблюдения пришел

на прием к участковому педиатру. Наблюдается нефрологом с диагнозом:

Синдром Альпорта без тугоухости, X-сцепленный тип наследования.

Хроническая болезнь почек.

Данные анамнеза заболевания: известно, что наследственность отягощена - у матери с подросткового возраста в анализах мочи отмечается эритроцитурия, расцениваемая как хронический гломерулонефрит с синдромом гематурии. У бабушки в анализах мочи - гематурия. Со слов матери у мальчика изменения в анализах мочи с 9 месячного возраста в виде небольшой протеинурии, гематурии различной степени выраженности. По данным УЗИ почек патологии не выявляли, экстраренальные проявления отсутствовали, функция почек была не нарушена. Наблюдался нефрологом по месту жительства, периодически получал курсы канефрона без положительного эффекта. В возрасте 5 лет впервые обследован в нефрологическом отделении стационара. Ребенку была выполнена пункционная нефробиопсия, по данным электронной микроскопии были выявлены изменения характерные для синдрома Альпорта. Консультирован окулистом, патологии не выявлено. По данным аудиограммы патологии со стороны слуха не обнаружено. Ребенок был консультирован генетиком. С этого времени ребенок наблюдается с диагнозом: Синдром Альпорта без тугоухости, X –сцепленный вариант. С нефропротективной и гипотензивной целью получает эналаприл 2,5 мг х 1 раз в сутки постоянно. В анализах мочи постоянно протеинурия 0,5 - 0,8 грамм/сутки, гематурия различной степени выраженности.

При осмотре: Т -36,5 С. ЧСС –84 уд.в мин. ЧДД –19 в мин. АД –130/80 мм рт. ст. Состояние ребенка средней степени тяжести. Жалоб не предъявляет. Вес 25 кг. Рост 127 см. Правильного типа телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледно-розовые, чистые от инфекционной и аллергической сыпи. Отеков, пастозности нет. Миндалины чистые от налетов, гипертрофированы до 1 ст. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Дыхание в легких везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны громкие, ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот обычной формы, симметричный, активно участвует в акте дыхания, доступен глубокой пальпации, безболезненный во всех отделах. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча желтого цвета.

Результаты проведенного обследования:

- клин. ан. крови: Нв – 135 г/л; лейкоциты – 8×10^9 /л, палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 51%; эозинофилы – 4%; лимфоциты – 38%; моноциты – 5%; тромбоциты – 310×10^9 /л; СОЭ – 2 мм/час..
- биохимия крови: мочевины 2,2 ммоль/л, креатинин 46.7 мкмоль/л, СРБ 2,3 мг/л, общий белок - 64 г/л, альбумин -36 г/л, холестерин 3,62 ммоль/л, электролиты (калий, натрий, фосфор, кальций) в норме
- общий анализ мочи: уд.вес 1025, рН 6.0, белок - 0,8 г/л, Л-1-2 в п/зр, эр. – 50-60 а в п /зр.

ВОПРОСЫ:

1. Назовите нефрологические синдромы, имеющиеся у ребенка.

2. Рассчитайте скорость клубочковой фильтрации у ребенка по формуле «Bedside» Шварца:

$$\text{pСКФ} = 36,5 \times \text{Ht} / \text{Crp}$$

Ht – рост (см), Crp – концентрация креатинина в сыворотке крови (мкмоль/л)

и оцените стадию ХБП. Напишите диагноз ребенка с учетом стадии ХБП. Какие факторы прогрессирования хронической болезни почек имеются у ребенка в настоящее время.

3. Какие дополнительные обследования и консультации специалистов необходимо провести в настоящее время?

ОТВЕТЫ:

1. Синдром артериальной гипертензии, мочевого синдром (протеинурия, гематурия).

2. pСКФ у ребенка – 99,2 мл/мин/1,73м². У ребенка имеет место ХБП 2 стадии. Клинический диагноз. Синдром Альпорта без тугоухости, X-сцепленный тип наследования. Хроническая болезнь почек 1 стадии. У пациента, из факторов прогрессирования нефропатии, в настоящее время имеет место артериальная гипертензия и протеинурия.

3. Определение суточной протеинурии, определение альбумин/креатининового коэффициента в разовой порции мочи, анализ мочи по Зимницкому. УЗИ почек с проведением доплерографии. ЭКГ, ЭХО-КГ, суточное мониторирование АД. Консультация сурдолога, окулиста, кардиолога.

Задача 96

Мальчик К., 2,5 лет, госпитализирован с жалобами на отставание в физическом развитии, жидкий стул.

Из анамнеза заболевания известно, что недостаточная прибавка в массе тела и жидкий зловонный стул отмечаются в течение последних 6 месяцев.

Из анамнеза жизни известно, что мальчик родился от 2 физиологически протекавшей беременности, 2 срочных естественных родов. Старшая сестра страдает анемией, препараты железа с временным эффектом. С рождения и до двух лет мальчик находился на естественном вскармливании. Прикорм введен в 6 месяцев – овощи, фрукты, затем безглютеновые каши, мясо, затем овсяная каша. Прикорм переносил хорошо. С 2 лет в рационе много домашней выпечки. До 2 лет в весе прибавлял хорошо.

Аллергоанамнез не отягощен.

Наследственный анамнез отягощен по алопеции по линии матери (мать, бабушка и тетя).

При осмотре: вес 10,5 кг, рост 84 см, кожные покровы бледные, чистые от сыпи, влажные.

Слизистые бледные. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧДД 24 в мин. Тоны сердца удовлетворительной громкости, ритмичные, ЧСС - 110 уд/мин, Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка

не увеличены. Стул жидкий, зловонный, без патологических примесей.

Задания:

1. Ваш предварительный диагноз и его обоснование?
2. Какие обследования необходимо провести? Каковы ожидаемые результаты обследования?
3. Какова тактика ведения?

Ответ

1. Целиакия. На основании данных анамнеза (отставание в физическом развитии и жидкий зловонный стул после введения в рацион выпечки, старшая сестра страдает анемией, наследственность отягощена по аутоиммунной патологии), в соматическом статусе признаки анемии и дефицит веса

2. Необходимо назначить стандартные лабораторные обследования (общий анализ крови и мочи, биохимию крови с оценкой обмена железа), скрининг на целиакию (IgA общий и антитела IgA к трансглутаминазе). При пониженных значениях IgA общего, необходимо назначить IgG к трансглутаминазе и диамирированными пептидами глиадины), инструментальные (ФЭГДС с биопсией залуковичного пространства 12п кишки), УЗИ брюшной полости. В ОАК: снижение гемоглобина, в биохимии крови – снижение железа, ферритина, общего белка, повышение трансферрина, повышение антител к трансглутаминазе. ФЭГДС с биопсией: уплощение складок, отсутствие ворсинок макроскопически, гипертрофию крипт и атрофию ворсинок микроскопически. УЗИ ОБП и ОАМ без патологии.

3. Необходима пожизненная безглютеновая диета, восполнение дефицита витаминов и минералов (железа, фолиевой кислоты, B12, витамина D), пожизненная безглютеновая диета, исключить молочные продукты (в связи с вторично возникающей на фоне целиакии АБКМ и дисахаридазной недостаточности). Коррекция рациона под наблюдением диетолога. Обследование у эндокринолога (анализ на ТТГ, витамин D, паратгормон). Также необходимо обследовать на целиакию семью ребенка (прежде всего сестру, мать, бабушку и тетю). По возможности проведение генетического обследования членов семьи.

Задача 97

У мальчика 9 лет отмечается желтушность кожных покровов и склер. Периферические лимфоузлы, печень не увеличены. Селезенка +3 см из-под края реберной дуги. В анализах крови: эритроциты- $3,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин-96г/л, ретикулоциты — 5,7%, тромбоциты- $288 \times 10^9/л$, лейкоциты- $6,4 \times 10^9/л$, СОЭ -10мм/ч. Средний диаметр эритроцитов — 4,6 мкм (46%), 5,7 (38%), 6,4-16%. В биохимическом анализе крови: общий билирубин – 47 мкмоль/л, непрямого- 37 мкмоль/л, прямого — 10 мкмоль/л. АЛТ-0,32 ммоль/л, АСТ-0,17 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Чем обусловлено данное заболевание?
3. Лечение?

Ответы:

1. болезнь Минковского-Шоффара (наследственный сфероцитоз)
2. гемолитическая анемия вследствие дефекта клеточной мембраны эритроцитов, проницаемость мембраны для ионов натрия становится избыточной, в связи с чем эритроциты приобретают шарообразную форму, становятся ломкими и легко подвергаются спонтанному гемолизу. Наследственный сфероцитоз передается по аутосомно-доминантному типу. Как правило, у одного из родителей выявляют признаки гемолитической анемии. Возможны спорадические случаи заболевания (в 25%), представляющие собой новые мутации.
3. Лечение наследственного сфероцитоза проводят в зависимости от клинических проявлений заболевания и возраста ребенка. В период гемолитического криза лечение консервативное. Больной подлежит госпитализации. Основными патологическими синдромами, развивающимися в период криза, являются: анемия-гипоксия, отек головного мозга, гипербилирубинемия, гемодинамические нарушения, ацидотические и гипогликемические сдвиги. Терапия должна быть направлена на ликвидацию этих нарушений по общепринятым схемам. Трансфузии эритромассы показаны лишь при развитии тяжелой анемии (8-10 мл/кг). Применение глюкокортикоидов нецелесообразно. По выходу из криза расширяется режим, диета, назначаются желчегонные препараты (преимущественно холекинетики). В случае развития арегенераторного криза необходима заместительная гемотрансфузионная терапия и стимуляция гемопоэза (трансфузии эритромассы, преднизолон 1-2 мг/кг/сутки, вит. В12 до появления ретикулоцитоза и др.). Радикальным методом лечения наследственного сфероцитоза является спленэктомия, которая обеспечивает практическое выздоровление, несмотря на сохранность сфероцитов и снижение осмотической резистентности (степень их выраженности уменьшается).

Задача 98

Ребенок 16-ти дней жизни поступил в стационар с жалобами на повышение температуры до 37,8°C, беспокойство, снижение аппетита, ограничение подвижности в левой конечности, вынужденное положение левой конечности.

Из анамнеза известно, что семья неполная, маме - 42 года. Беременность 4, роды - 4. Протекала с осложнениями, на фоне гестоза, анемии, большой прибавки в весе. Срочные роды на 38 неделе, дородовое излитие околоплодных вод. Безводный промежуток 11 часов. Масса тела при рождении 2.900, рост 52.0 см. Выписана из родильного дома на 7 сутки.

Дома мама отмечает беспокойство при переодевании и смене подгузника. Врача не вызывала, температуру не измеряла, внешне с ее слов ножки не изменены. В день госпитализации - ребенок очень беспокоен, температура - фебрильная, отказ от еды, кожа бледная. Вызвана бригада СМП, ребенок госпитализирован в стационар.

Вопросы к задаче:

1. Клинический диагноз? Какие данные перинатального анамнеза вы отнесете к факторам высокого риска по реализации бактериальной инфекции?
2. Перечислите параклинические методы диагностики, подтверждающие диагноз, укажите сроки их проведения.
3. Составьте план лечения.

Ответ:

1. Острый гематогенный остеомиелит новорожденного. Тяжелое течение беременности и родов, длительный безводный промежуток, с дородовым излитием вод - 11 часов, поздняя выписка из родильного дома (7 сутки), эпизод повышения температуры у матери в раннем послеродовом периоде до фебрильных цифр.
2. Рентгенологическое исследование на 8-12 сутки от начала заболевания. В данном конкретном случае выполнить УЗИ левого коленного сустава, рентгенография левой нижней конечности. Анализы - общий, биохимический, СРБ, тест на Прокальцитонин (ПКТ), иммунологические исследования, посев крови на стерильность, консультация хирурга (необходимость оперативного вмешательства?)
3. Антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия, иммобилизация по Шеде, иммунотерапия, симптоматическая терапия.

Задача 99

Мальчик 9 лет заболел остро, повысилась температура до 40,0 °С. Накануне играл в снежки и замерз. Общее состояние ребенка резко ухудшилось, появился болезненный кашель с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Ребенок стал жаловаться на боль в правом боку. Ночь провел беспокойно, температура держалась на высоких цифрах.

Объективно: мальчик вялый, аппетит резко снижен. Лежит на правом боку с согнутыми ногами. Кожные покровы бледные с выраженным румянцем правой щеки, периоральный цианоз. Озноб. На губе – герпес. Дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого легкого. Отмечается укорочение перкуторного звука в проекции нижней доли правого легкого, там же отмечается ослабление дыхания. Хрипы не выслушиваются. ЧСС – 90 ударов в минуту, ЧД – 38 в минуту, АД

– 90/40 мм рт. ст.

Общий анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $16,2 \times 10^9/л$, юные нейтрофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 12%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 14%, моноциты – 2%, СОЭ – 38 мм/час.

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

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Сформулируйте вашу тактику неотложной помощи по устранению гипертермии у этого больного. Составьте и обоснуйте план лечения этого больного.

Ответ:

1. Пневмония, внебольничная, нижнедолевая правосторонняя. Диагноз «пневмония» поставлен на основании типичных клинических синдромов, локальной перкуторной и аускультативной симптоматики, воспалительных изменений со стороны гемограммы, а также типичной рентгенологической картины.
2. Пациенту рекомендовано: посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам; ЭКГ.
3. Обильное питье. Внутрь Парацетамол или Ибупрофен, при неэффективности парентеральное введение раствора Метамизола натрия. План лечения: антибактериальная терапия (Амоксициллин или Цефуроксим), с целью регидратации назначается обильное питье, для оптимизации мукоцилиарного клиренса – муколитики, симптоматическая терапия

Задача 100

Мать девочки 4 лет обратилась к врачу-педиатру участковому. Из анамнеза заболевания известно, что ребенок заболел 2 дня назад, когда вечером поднялась температура тела до $38,9^{\circ}\text{C}$, отмечалась незначительная заложенность носа. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи (СМП). Врач СМП диагностировал ОРИ. Дан нурофен, ребенок оставлен дома с рекомендацией обратиться к участковому педиатру.

Сегодня состояние ребенка ухудшилось, появились жалобы на снижение аппетита, слабость, головную боль, мышечные боли, сухой навязчивый кашель, повторный подъем температуры до $38,8^{\circ}\text{C}$.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от первой нормально протекавшей беременности. Роды срочные, физиологические. Развитие соответственно возрасту. С 3,5 лет посещает детский сад, стала часто болеть ОРИ, дважды перенесла острый простой бронхит. Последний эпизод ОРИ два месяца

назад, по поводу чего получала флемоксин солютаб. Вакцинация в соответствии с возрастом. Против пневмококковой инфекции не привита. При осмотре врачом-педиатром участковым состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Зев рыхлый, чистый, небные миндалины гипертрофированы до II степени, налетов нет. При перкуссии справа в нижних отделах грудной клетки отмечается укорочение перкуторного звука, при аускультации - ослабленное везикулярное дыхание, крепитирующие хрипы. ЧД 28 в минуту. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, ЧСС 112 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул был вчера оформленный. Диурез не снижен.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Показана ли ребенку госпитализация? Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

2. Назовите и обоснуйте группу препаратов, используемых для этиотропной терапии данного заболевания. Какова доза и длительность назначения данного препарата?

3. Через день получены результаты дополнительного обследования: рентгенографии органов грудной клетки в прямой проекции, описано наличие очагов инфильтрации справа в S6. В клиническом анализе крови: гемоглобин 138 г/л, эритроциты 4,4 Т/л, тромбоциты 223 г/л, лейкоциты 16,6 Г/л, палочкоядерные нейтрофилы 7%, сегментоядерные нейтрофилы 70%, лимфоциты 17%, моноциты - 6%, эозинофилы - 0%. СОЭ 20 мм/ч. Дайте интерпретацию результатам дополнительного обследования. Поставьте окончательный диагноз. Обоснуйте необходимость повторного обследования.

Ответ:

1. Внебольничная пневмония, правосторонняя, средней степени тяжести ДНО.

Диагноз «внебольничная пневмония» поставлен на основании жалоб на повышение температуры тела до фебрильных цифр, снижение аппетита, слабость, головную и мышечную боль, сухой кашель; анамнеза заболевания (заболела остро, фебрильная температура сохраняется в течение 3 дней); анамнеза жизни (ребенок с момента начала посещения ДОО часто болеет ОРВИ), против пневмококковой инфекции не привита; на основании физикальных данных (бледность кожного покрова, повышенная температура тела, ЧД:ЧСС = 1:4, асимметричность объективных данных: справа в нижних отделах отмечается укорочение перкуторного звука, при аускультации ослабленное везикулярное дыхание, крепитирующие хрипы).

Госпитализация не показана, так как нет клинических (признаки

осложнений), социальных (благополучная семья) и эпидемиологических (ребенок живет в семье) показаний. Для окончательной постановки диагноза необходимо рентгенологическое исследование органов грудной клетки. Клинический анализ крови.

2. Препаратом выбора для этиотропной терапии являются антибиотики из группы: защищенные пенициллины (Амоксициллина Клавуланат), цефалоспорины 1-2 поколения, так как внебольничная пневмония у ребенка 4 лет, как правило, обусловлена пневмококком и ребенок два месяца назад уже получал антибиотик – Флемоксин солютаб (Амоксициллин). Тяжесть состояния не требует парантерального введения антибиотика, поэтому можно назначить формы выпуска для перорального приема (суспензия, диспергируемые таблетки).

Так как у ребенка нет факторов риска резистентности пневмококка к пенициллину, то необходимо выбрать дозу 40-50 мг/кг/сут (по Амоксициллину) внутрь в три приема. Препарат отменяется после трех дней нормальной температуры тела, но не ранее 7 дней от начала приема.

3. Результаты рентгенологического обследования соответствуют клиническим данным, характерным для правосторонней внебольничной пневмонии средней степени тяжести (инфильтрация в S6 правого легкого), в клиническом анализе крови лейкоцитоз с преобладанием гранулоцитов, умеренно ускоренная СОЭ).

Диагноз окончательный «внебольничная пневмония правосторонняя, средней степени тяжести (S6 сегмент)».

При нормализации температуры тела, улучшении самочувствия, купирования дыхательных расстройств и завершения курса антибактериальной терапии повторного рентгенологического обследования и исследования показателей периферической крови не требуется.

После перенесенной острой пневмонии 4-летний ребенок должен наблюдаться врачом-педиатром в течение первых 12 мес. 1 раз в 3 месяца, лабораторные анализы, осмотр ЛОР-врачом и стоматологом - 1 раз в 6 месяцев. Затем в течение еще 4 лет активный осмотр 1 раз в 6 месяцев и по показаниям. Общеоздоровительные мероприятия. Плановая вакцинация против пневмококковой инфекции через месяц после перенесенного заболевания. Неспецифическая профилактика респираторных инфекций.