

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего
образования

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Клинический институт детского здоровья имени Н.Ф.Филатова

кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней

Методические материалы по дисциплине:

Государственный экзамен

основная профессиональная образовательная программа высшего образования -
программа специалитета

КОД Наименование ОП: 31.05.02 Педиатрия

Задача № ДХ

В районном родильном доме родился мальчик. Ребенок от первой беременности, первых родов путем Кесарева сечения на сроке гестации 38 недель. Беременность протекала на фоне многоводия, острой респираторной вирусной инфекции в первом триместре. Масса тела при рождении 2700 гр, длина тела 49 см. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. Ребенок приложен к груди в родильном зале.

Через несколько часов после рождения отмечено обильное выделение слюны изо рта, при повторных попытках кормления возникли приступы кашля, попёрхивание, преходящий цианоз. К концу первых суток жизни заподозрена атрезия пищевода. Выполнено обследование - контрастное рентгенологическое исследование пищевода (в качестве контрастного вещества использовано 5 мл взвеси сернокислого бария в грудном молоке) - на рентгенограмме отчетливо виден слепо оканчивающийся верхний отрезок пищевода, в кишечнике и желудке - воздух. Непосредственно из родильного дома ребенок переведен в хирургическое отделение общего профиля центральной районной больницы. Ребенок осмотрен хирургом, после чего в экстренном порядке под местной анестезией осуществлено наложение гастростомы и начато кормление через нее.

Вопросы:

1. Поставьте верный диагноз ребенку. Оцените лечебную и хирургическую тактику врачей, перечислите допущенные погрешности (если они были).
2. Какое исследование свидетельствует о наличии у ребенка дистального трахеопищеводного свища? Почему это исследование необходимо проводить не ранее, чем через 6 часов от рождения ребенка?
3. Изложите современную лечебную тактику.

Эталон Задача № ДХ

1. Диагноз: Атрезия пищевода с дистальным трахеопищеводным свищом

Для уточнения диагноза врач выполняет зондирование желудка. Если зонд в желудок не проходит, это свидетельствует о наличии патологии пищевода. Ребенка необходимо интубировать, санировать дыхательные пути с целью снижения риска аспирационной пневмонии и перевести в специализированное отделение.

Нельзя использовать сернокислый барий, он не растворимый, нужен водорастворимый.

2. Окончательный диагноз ставят после рентгенологического исследования. После введения катетера в пищевод до упора выполняют обзорную рентгенограмму органов грудной клетки и брюшной полости.

При атрезии рентгеноконтрастный катетер отчётливо виден в слепом отрезке. Наличие воздуха в желудке и кишечнике указывает на свищ между трахеей и абдоминальным отрезком пищевода. При бессвищевых формах на фоне запавшего живота отмечают полное затемнение брюшной полости. У детей со свищевыми формами атрезии о длине диастаза между концами пищевода можно в какой-то степени судить по боковой рентгенограмме. Использование для диагностики рентгеноконтрастных растворов, особенно бариевой взвеси, крайне нежелательно из-за риска аспирационной пневмонии.

3. Только раннее оперативное вмешательство может спасти жизнь ребёнку с атрезией пищевода. Уже в родильном доме необходимо начать предоперационную подготовку, включающую аспирацию содержимого рото- и носоглотки каждые 15-20 мин, оксигенотерапию, полное исключение кормления через рот.

При явных признаках аспирации, нарушения дыхания, а тем более при пневмонии или ателектазе лёгких необходимо как можно раньше прибегнуть к прямой ларингоскопии с катетеризацией трахеи и аспирацией содержимого из дыхательных путей.

При наиболее частой форме атрезии с дистальным трахеопищеводным свищом у детей с малым операционным риском (доношенных, без сочетанных пороков жизненно важных органов и симптомов внутричерепной родовой травмы) целесообразно начинать с торакотомии и разделения трахеопищеводного свища. Если диастаз между концами пищевода не превышает 1,5-2 см, накладывают прямой анастомоз. При большом диастазе отрезков пищевода накладывают шейную эзофагостому и гастростому по Кадеру.

В послеоперационном периоде продолжают начатую интенсивную терапию. Кормление ребёнка проводят через зонд, установленный интраоперационно через анастомоз либо введённый в гастростому после восстановления пассажа по кишечнику. На 6-7-е сутки исследуют состоятельность анастомоза. Под контролем рентгеновского экрана через рот ребёнка вводят 1-2 мл водорастворимого контрастного вещества. Оценивают проходимость зоны анастомоза, исключают затёки контрастного вещества. При отсутствии осложнений ребёнка начинают кормить через рот. Через 2-3 нед после операции проводят контрольную фиброэзофагогастроскопию с оценкой степени проходимости зоны анастомоза, состояния кардии, симптомов эзофагита. При сужении анастомоза, выявляемом в 30-40% случаев, необходимо бужирование (бужи №22-24). Длительность бужирования контролируют эзофагоскопией.

Задача № ДХ

Ребенок от третьей беременности, первых родов на сроке гестации 39 недель, роды путем Кесарева сечения. Масса тела при рождении 3250 гр., длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Меконий отошел в первые 12 часов после рождения. Ребенок на грудном вскармливании. На 6 сутки жизни внезапно ухудшилось состояние, появилась рвота с «зеленью», задержка стула. При осмотре кожные покровы, слизистые оболочки чистые, нормального цвета и влажности. Тurgor тканей удовлетворительный. Большой родничок нормотоничен, размерами 2,0×2,0 см. Дыхание самостоятельное. Экскурсия грудной клетки симметричная, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 32 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. ЧСС 134 в минуту. Живот запавший, при пальпации мягкий, безболезненный. Пальпаторно патологические объемные образования не определяются. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости в вертикальном положении - определяются уровни жидкости в проекции желудка и двенадцатиперстной кишки, практически полное отсутствие газа в тонкой и толстой кишке. Выполнена очистительная клизма – стул не получен.

Общий анализ крови: RBC $5,7 \cdot 10^{12}/L$, HGB 186 g/L, WBC $32,0 \cdot 10^9/L$, BASO-0, EOS-2, BAND- 23, NEU- 34, LYM 23, MONO- 9, СОЭ - 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, от. плотность 1001, реакция кислая, лейкоциты 3-4 в п/з.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз ребенку.
2. Составьте план обследования, приведите дифференциальный диагноз.
3. Опишите современную лечебную тактику при этом заболевании

Эталон Задача № ДХ

1. Предварительный диагноз: Врожденная высокая кишечная непроходимость. Атрезия 12-перстной кишки инфрапапиллярная форма (ниже Фатерова сосочка).
2. Зондирование желудка и постановка очистительной клизмы.
Обзорная рентгенография (немой живот, газ в желудке и ДПК – симптом «даббл-баббл»). Дифференциальная диагностика проводится с пилоростенозом, пилороспазмом, атрезией и стенозом тонкой кишки.

3. Показано срочное оперативное лечение - наложение дуоденодуоденоанастомоза по Кимура.

При обнаружении дистального и проксимального атрезированных концов 12-перстной кишки производится рассечение стенки поперечно на проксимальном отделе и продольно на дистальную длину приблизительно 1 см, это позволяет снизить риск развития стенозирования анастомоза в отдаленном послеоперационном периоде. Формируется ДДА по типу «конец в бок» в один ряд швов атравматическим шовным материалом узловатыми швами, узелками внутрь. При невозможности формирования ДДА формируется обходной анастомоз между 12-перстной и тощей кишкой на короткой петле. При обнаружении мембраны ДПК производится энтеротомия с иссечением последней. Альтернативным методом является проведение лапароскопического ДДА. Абсолютно обязательна ревизия всего желудочно-кишечного тракта. Во время операции заводят 2 зонда: в желудок для декомпрессии и в тощую кишку. Питание в тощую кишку начинают с 3-го дня после операции микроструйно с 2,0 мл/час. По мере восстановления пассажа начинают энтеральное питание (грудное или искусственное вскармливание).

Задача № ДХ

В районную детскую больницу был доставлен новорожденный (возраст 1 сутки жизни) после рождения на дому с диагнозом: атрезия пищевода.

При осмотре кожные покровы, слизистые оболочки чистые, нормального цвета и влажности. Отмечается цианоз носогубного треугольника. Тургор тканей удовлетворительный. Большой родничок нормотоничен, размерами 2,0×2,0 см. Дыхание самостоятельное. Экскурсия грудной клетки симметричная, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 34 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. ЧСС 132 в минуту. Живот округлой формы, умеренно вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Пальпаторно патологические объемные образования не определяются. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча насыщенно желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу.

При рентгенологическом исследовании (в пищевод через зонд введен 1 мл йодолипола) обнаружен слепо заканчивающийся верхний отрезок пищевода и воздушный пузырь в желудке, в кишечнике воздуха нет.

Общий анализ крови: RBC – $5.0 \cdot 10^{12}/L$, HGB 160 g/L, WBC- $25 \cdot 10^9/L$, BASO - 1, EOS - 2, BAND - 4, NEU- 69, LYM - 50, MONO – 6, СОЭ – 8 мм/ч.

Общий анализ мочи: Цвет – насыщенно-желтый, удельная плотность 1022, реакция щелочная, белок 0,02 г/л, сахар - отр., эритроциты - 0-1, лейкоциты - 2-3 в п/з, плоский эпителий - 1 в п/з.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз
2. Объясните рентгенологическую картину у данного пациента? Какой контраст, в каком объеме используется при диагностике.
3. Опишите необходимые дальнейшие действия врачей больницы. Изложите современную лечебную тактику.

Эталон Задача № ДХ

1. Атрезия пищевода с дистальным трахеопищеводным свищом. Атрезия 12-типерстной кишки
2. Рентгенологически - картина атрезии пищевода (слепо заканчивающийся верхний отрезок пищевода). Наличие воздуха в желудке свидетельствует о дистальном трахеопищеводном свище. Отсутствие воздуха в кишечнике на 2 сутки жизни в сочетании с запавшим животом свидетельствует об атрезии кишечника (начального отдела - 12-типерстной кишки). Водорастворимый йодсодержащий - не более 1 мл
3. Не кормить, наладить инфузионную терапию, в срочном порядке с вызовом реанимационной (неонатальной) бригады скорой помощи - перевод ребенка в

специализированный хирургический центр для операции. Перевод в детский хирургический стационар с соответствующим оснащением и бригадой неонатальных хирургов. Подготовка к операции. Операция – торакотомия (торакоскопия), устранение свища, наложение прямого анастомоза на пищевод, при невозможности – эзофаго-гастростомия. Вторая операция – лапароскопия (лапаротомия), устранение непроходимости (наложение дуоденоанастомоза).

Задача № ДХ

Ребенку 4 недели. Находится на грудном вскармливании. Со второго дня после рождения появилась частая рвота (почти после каждого кормления), количество рвотных масс несколько меньше количества высосанного молока. Ребенок криклив, беспокоен, медленно теряет в весе, непостоянные запоры, число мочеиспусканий уменьшено (6-8 раз в сутки).

При осмотре кожные покровы, слизистые оболочки чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Большой родничок нормотоничен, размерами 1,5×1,5 см. Дыхание самостоятельное. Экскурсия грудной клетки симметричная, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается пузырьное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 34 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. ЧСС 132 в минуту. Живот вздут в эпигастрии, видимая перистальтика не видна. При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Пальпаторно патологические объемные образования не определяются. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча насыщенно желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу.

В анализах крови - умеренная гипохлоремия, алкалоз.

При контрастном рентгенологическом исследовании эвакуация йодолипола (5 мл) из желудка начинается через 15 минут и заканчивается через 3 часа.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует подумать? Обоснуйте. Назовите возможные методы визуализации пилорического отдела желудка для данного ребенка.
2. Какова дальнейшая диагностическая и лечебная тактика?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику? Проведите дифференциальную диагностику.

Эталон Задача № ДХ

1. Описана типичная картина пилороспазма. Об этом свидетельствует типичное раннее начало, характер рвоты, умеренные нарушения гомеостаза, отсутствие видимой перистальтики, нормальная эвакуация контрастного вещества из желудка. Ультразвуковое исследование (УЗИ), рентгеноконтрастное исследование с поворотом в 3/4, пальпация привратника под наркозом. Предпочтение в настоящее время отдается УЗИ.
2. Спазмолитическая терапия, динамическое наблюдение, дальнейшее лечение неврологом
3. Дифференциальный диагноз проводится с врожденным гипертрофическим пилоростенозом, с сольтеряющей формой врожденной дисфункцией коры надпочечников, с кишечной инфекцией, с кишечной непроходимостью. Начало заболевания: пилороспазм - в первые дни после рождения, пилоростеноз - 3-4 недели жизни; характер рвоты: пилороспазм - небольшими объемами, пилоростеноз - рвота "фонтаном", объем превышает объем кормления; выраженность экзикоза: пилороспазм - невыраженный, пилоростеноз - выраженный; эвакуация из желудка контраста:

пилороспазм - нормальная, пилоростеноз - задержка (симптом «клюва, уса») вплоть до отсутствия эвакуации.

Задача № ДХ

В отделение детской хирургии многопрофильной детской больницы госпитализирован мальчик, возраст 4 недели. Ребенок на грудном вскармливании. В течении 7 дней отмечается частая рвота фонтаном после каждого кормления. Рвота без желчи, створоженным молоком кислым застойным запахом. Масса тела при рождении 3220 гр., в настоящее время масса тела 3300 гр.

При осмотре кожа сухая, морщинистая, слизистые оболочки чистые, сухие. Тургор тканей снижен. Большой родничок запавший, размерами 2,0×2,0 см. Дыхание самостоятельное. Экскурсия грудной клетки симметричная, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 34 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. ЧСС 132 в минуту. Живот вздут в эпигастрии, видна перистальтика (желудок в виде «песочных часов»). При пальпации справа от средней линии в эпигастрии нечетко пальпируется эластическое безболезненное уплотнение. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Мочеиспускание 4-6 раз в сутки свободное, безболезненное. Моча насыщенно желтого цвета. Стул самостоятельный 1-2 раза в сутки. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу.

На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости виден перерастянутый желудок с горизонтальным уровнем жидкости. При контрастном исследовании видна глубокая перистальтика, поздняя эвакуация контрастного вещества, заканчивающаяся после 24 часов, отмечено сужение пилорического канала.

В крови - сгущение крови, высокие гематокрит, гипохлоремия, гипокалиемия.

В моче снижено содержание натрия и хлора.

Вопросы:

1. Какой Вы поставите диагноз? Перечислите основные критерии. Объясните патогенез перечисленных симптомов.
2. Какой метод диагностики является основным в данном случае? Какие еще методы обследования возможны?
3. Какова лечебная тактика?

Эталон Задача № ДХ

1. Врожденный гипертрофический пилоростеноз. Основные критерии: возраст 4 недели (в связи с увеличением объема кормления), рвота фонтаном после каждого кормления, количество рвотных масс превышает количество высосанного молока, нет желчи (Фатеров сосочек расположен ниже патологического сужения), желудок в виде «песочных часов» (Более утолщенными становятся передняя и верхняя стенки, сужающие просвет выходного отдела желудка и затрудняющее эвакуацию содержимого желудка в двпк), пальпируется эластическое безболезненное уплотнение.
2. УЗИ пилорического отдела, рентгенологическое исследование желудка с контрастом (снижение газонаполнения петель кишечника, синдром уса и клюва), ФГДС

3. Пилоротомия по Фреде-Рамштеду. В положении пациента лежа на спине со слегка разогнутым позвоночником над зоной максимальных ультрасонографических изменений (то есть, по латеральному краю прямой мышцы живота) выполняется поперечный разрез длиной около 4 см, на два поперечных пальца выше пупка. Длина миотомии составляет 1,5-2,0 см, большая часть разреза приходится на желудок. Миотомию нужно довести до слизистой оболочки, не повреждая ее. После частичного разделения мышечной стенки края рассеченной мышцы разводятся в стороны тупым зажимом до слизистой оболочки. Это продолжается до тех пор, пока слизистая не станет выбухать в мышечную щель. Самый большой риск перфорации слизистой оболочки – в пилородуоденальном соединении, где толщина стенки резко уменьшается. Здесь нужно соблюдать особую осторожность, чтобы не ранить слизистую оболочку. Если слизистая оболочка находится в очень уязвимом состоянии или если возник дефект слизистой, миотомическая щель должна быть укрыта прядью сальника (в случае необходимости, после восстановления слизистой оболочки). Прядь пришивается к толстому серозно-мышечному слою двумя или тремя отдельными швами.

Задача № ДХ

Девочка, возраст 3 недели, находится на обследовании в отделении детской хирургии.

Ребенок от второй беременности, вторых родов на сроке гестации 39 недель. Масса тела при рождении 3400 гр., рост 49 см. Ребенок на грудном вскармливании. С возраста 2 недели отмечается рвота без желчи створоженным молоком с кислым застойным запахом, объем рвоты превышает объем кормления – «рвота фонтаном». В настоящее время масса тела 3150 гр.

При осмотре кожа сухая, морщинистая, слизистые оболочки чистые, сухие. Тurgор тканей снижен. Большой родничок запавший. Дыхание самостоятельное. Экскурсия грудной клетки симметричная, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 32 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. ЧСС 134 в минуту. Живот вздут в эпигастральной области, видна перистальтика (желудок в виде «песочных часов»). При пальпации справа от средней линии в эпигастрии нечетко пальпируется эластическое безболезненное уплотнение по форме напоминающее «оливу». Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание 4-5 раз в сутки свободное, безболезненное. Моча насыщенно желтого цвета. Стул самостоятельный 2-3 раза в сутки, стул сухой, комковатый. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу.

В отделении детской хирургии выполнено обследование: обзорная рентгенография органов брюшной полости - определяется перерастянутый желудок с горизонтальным уровнем жидкости. УЗИ пилорического отдела желудка - толщина мышечного слоя пилорического отдела желудка 5 мм., длина пилорического канала 17 мм., диаметр пилорического канала 3 мм. Контрастное исследование желудка с бариевой взвесью определяется глубокая перистальтика, поздняя эвакуация контрастного вещества, заканчивающаяся после 24 часов, отмечено сужение пилорического канала. Анализ кислотно – основного состояния крови – гемоконцентрация, гематокрит повышен, гипохлоремия, гипокалиемия, алкалоз.

Вопросы:

1. Какую лечебную тактику следует избрать? Возможно ли консервативное лечение и в каких случаях?
2. Объясните этиопатогенез заболевания, механизм развития клинических симптомов.
3. Опишите план лечения для данного пациента. Опишите возможные осложнения операции.

Эталон Задача № ДХ

1. Пилоромиотомия по Фредет-Рамстед-Веберу (продольное рассечение гипертрофированной пилорики, устранение анатомического препятствия, восстановление проходимости.
2. Заболевание, которое обычно возникает у детей в возрасте от 3 до 8 недель. Циркулярный слой главной мускулатуры привратника подвергается концентрационной гипертрофии – сужение пилорического канала – желудочная обструкция. Причины: Незрелость и дегенеративные изменения нервных окончаний пилоруса (привратник желудка), повышается уровень гастрина у матери, грудное вскармливание, смешанный характер.

Клиническая картина: -Рвота фонтаном между кормлениями (через 1-2ч), рвотные массы- застойный характер (створоженное молоко), прожилки «старой крови». Объем рвоты зависит от объема кормления. Потеря веса (- гипотрофия). Снижается выделение мочи и стула. Видна перистальтика, в эпигастрии «Олива».

- 3.Пилоротомия по Фреде-Рамштеду. В положении пациента лежа на спине со слегка разогнутым позвоночником над зоной максимальных ультрасонографических изменений (то есть, по латеральному краю прямой мышцы живота) выполняется поперечный разрез длиной около 4 см, на два поперечных пальца выше пупка. Длина миотомии составляет 1,5-2,0 см, большая часть разреза приходится на желудок. Миотомию нужно довести до слизистой оболочки, не повреждая ее. После частичного разделения мышечной стенки края рассеченной мышцы разводятся в стороны тупым зажимом до слизистой оболочки. Это продолжается до тех пор, пока слизистая не станет выбухать в мышечную щель. Самый большой риск перфорации слизистой оболочки – в пилородуоденальном соединении, где толщина стенки резко уменьшается. Здесь нужно соблюдать особую осторожность, чтобы не ранить слизистую оболочку. Если слизистая оболочка находится в очень уязвимом состоянии или если возник дефект слизистой, миотомическая щель должна быть укрыта прядью сальника (в случае необходимости, после восстановления слизистой оболочки). Прядь пришивается к толстому серозно-мышечному слою двумя или тремя отдельными швами. Осложнения: повреждение слизистой оболочки желудка и рецидив ПС.

Задача № ДХ

У девочки в возрасте трех недель появилась рвота после кормления, непостоянная, фонтаном, с небольшой примесью желчи (не всегда). У девочки частый разжиженный стул, она вялая, адинамичная, быстро теряет в весе, отказывается от приема жидкости. Живот вздут в эпигастрии.

При осмотре кожа сухая, морщинистая, слизистые оболочки чистые, сухие. Тургор тканей снижен. Большой родничок запавший. Дыхание самостоятельное. Экскурсия грудной клетки симметричная, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 32 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. ЧСС 134 в минуту. Живот округлой формы, вздут, равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Патологические объемные образования достоверно не определяются. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание 4-5 раз в сутки свободное, безболезненное. Моча насыщенно желтого цвета. Стул самостоятельный 6-7 раз в сутки. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу.

По данным биохимического анализа крови определяется гиперкалиемия, гипонатриемия, ацидоз. В моче повышено содержание натрия и хлора.

При рентгенологическом исследовании желудка с контрастным веществом задержки последнего не отмечено, эвакуация обычная.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз (диагнозы). Что говорит в пользу поставленных Вами диагнозов?
2. Дифференциальный диагноз синдрома "рвоты молоком".
3. Лечебная тактика

Эталон Задача № ДХ

1. Следует подумать о пилороспазме или сольтеряющей форме врожденной дисфункции коры надпочечников. Пилороспазм: непостоянная примесь желчи к рвотным массам, нормальная эвакуаторная функция желудка (в отличие от пилоростеноза). Сольтеряющая форма ВДКН: гиперкалиемия, повышенное содержание натрия и хлора в моче, жидкий стул.

2. Пилоростеноз: манифестация в 3-4 недели жизни, чаще у мальчиков; рвота "фонтаном" без желчи; потеря в весе, снижение диуреза, урежение дефекации; пальпируемый привратник; суженный пилорический отдел при инструментальной визуализации (УЗИ, гастрогрфия с контрастом, ФГДС). Пилороспазм: манифестация чаще в первые дни после рождения; неврологическая симптоматика; возможна примесь желчи в рвоте; рвота не всегда "фонтаном"; нормальная проходимость пилорического отдела при инструментальной визуализации (УЗИ, гастрогрфия с контрастом, ФГДС).

Сольтеряющая форма ВДКН: манифестация чаще в первые дни после рождения; неправильное строение гениталий у девочек (андрогенизация); положительные

результаты неонатального скрининга на ВДКН; жидкий стул, быстро развивающийся эксикоз.

3. Пилороспазм - спазмолитическая терапия, дробное кормление, лечение неврологической патологии. Врожденная дисфункция коры надпочечников - консультация эндокринолога, назначение пожизненной гормональной терапии. Плановая операция после стабилизации состояния - феминизирующая пластика наружных гениталий.

Задача № ДХ

Мальчик 3 суток жизни, поступил в отделение неонатальной хирургии областной детской больницы. Из анамнеза известно, что через несколько часов после рождения появилась обильная рвота желчью. После кормления рвота усиливается. Со временем появилась вялость, адинамия, нарастало обезвоживание, за сутки ребенок потерял в массе 250 г. Дважды отмечено отхождение скудного, сероватого стула, мочеиспускание 6 раз в сутки.

При осмотре кожные покровы сухие, морщинистые, слизистые оболочки сухие, глазные яблоки западают. Тургор тканей снижен. Большой родничок запавший, размерами 2,0×2,0 см. Дыхание самостоятельное. Экскурсия грудной клетки симметричная, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 34 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. ЧСС 132 в минуту. Живот мягкий, вздут в эпигастрии. После рвоты вздутие уменьшается. Нижние отделы живота западают. Пальпаторно патологические объемные образования не определяются. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча насыщенно желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу.

Выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости в вертикальном положении определяется симптом "bubble double".

В анализах крови - гипохлоремия, сгущение крови.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз. Какой метод исследования является решающим в диагностике?
2. О чем свидетельствует желчь в рвоте и окраска стула? Назовите наиболее возможную причину данного состояния.
3. Современная лечебная тактика.

Эталон Задача № ДХ

1. Острая (полная) высокая врожденная кишечная непроходимость.
Вертикальная обзорная рентгенограмма брюшной полости.
2. Об атрезии тонкой кишки ниже Фатерова соска - желчь поступает в кишку выше атрезии и попадает в желудок. В нижние участки кишки желчь не поступает (кишечное содержимое не окрашено желчью). Атрезия двенадцатиперстной кишки, инфрапапиллярная форма.
3. Оперативное лечение после предоперационной подготовки (устранение явлений эксикоза). Лапаротомия (лапароскопия), наложение анастомоза 12-типерстной кишки конец в конец (diamond-shaped анастомоз по Кимура).

Задача № ДХ

Осмотр новорожденного ребенка в родильном доме. Первый ребенок от первой беременности на фоне острой респираторной вирусной инфекции в третьем триместре. Роды самостоятельные на сроке гестации 40 недель. Новорожденный мальчик, масса тела при рождении 4200 гр., длина тела 50 см. Через 24 часа после рождения не отошел меконий. Ребенок беспокоен, отказывается от кормления.

При осмотре кожные покровы, слизистые оболочки чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Большой родничок нормотоничен, размерами 2,0×2,0 см. Дыхание самостоятельное. Экскурсия грудной клетки симметричная, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается пузырьное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 32 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. ЧСС 134 в минуту. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Пальпаторно патологические объемные образования не определяются. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло – желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Анус сформирован правильно, расположен в должствующем месте, сомкнут. Анальный рефлекс удовлетворительный.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости – повышенное газонаполнение кишечной трубки, исследование не информативно.

На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости видны множественные разнокалиберные воздушные пузыри с горизонтальными уровнями жидкости.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Какие нужны дополнительные исследования. С какой целью в данном случае показано проведение ирригоскопии?
3. В какие сроки в норме должен отходить меконий у новорожденного?

Эталон Задача № ДХ

1. Врожденная низкая кишечная непроходимость (чаши Клойбера - пузыри с горизонтальным уровнем жидкости, отсутствие кала, присутствие анального отверстия)
2. Для уточнения диагноза всем детям в первые часы необходимо производить ирригографию с водорастворимым контрастом. Ирригограмма при низкой кишечной непроходимости позволяет провести дифференциальную диагностику между атрезией тонкой кишки, мекониевым илеусом и болезнью Гиршпрунга.
3. В норме у 98% новорожденных выведение мекония из организма происходит в течении первых 24-48 часов жизни.

Задача № ДХ

Первый ребенок от третьей беременности на фоне сахарного диабета I типа. Роды самостоятельные на сроке гестации 40 недель. Новорожденный мальчик, масса тела при рождении 3200 гр., длина тела 49 см. Через 24 часа после рождения не отошел меконий. Ребенок беспокоен, отказывается от кормления, отмечалась однократная рвота. Новорожденный осмотрен дежурным неонатологом обнаружено отсутствие анального отверстия в типичном месте. Ребенок срочно направлен в детское хирургическое отделение.

При осмотре кожные покровы, слизистые оболочки нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Большой родничок нормотоничен, размерами 2,0×2,0 см. Дыхание самостоятельное. Экскурсия грудной клетки симметричная, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается пузрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 36 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. ЧСС 140 в минуту. Живот равномерно вздут, округлой формы. При пальпации живот мягкий, безболезненный по всем отделам. Пальпаторно патологические объемные образования не определяются. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло - желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Яички в мошонке. Анус в типичном месте отсутствует. В должествующем месте ануса определяется анальная ямка.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости – повышенное газонаполнение кишечной трубки, исследование не информативно.

На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости видны множественные разнокалиберные воздушные пузыри с горизонтальными уровнями жидкости.

Вопросы:

1. Какие допущены ошибки?
2. Какова диагностическая и лечебная тактика в хирургическом стационаре? В каких случаях нет необходимости в экстренном переводе ребенка в хирургический стационар?
3. Какова современная классификация пороков?

Эталон Задача № ДХ

1. Ребенок должен быть осмотрен педиатром-неонатологом сразу после рождения
2. Если осмотр ребенка после рождения по каким-либо причинам не был проведен, и к концу суток новорожденный начинает беспокоиться, появляются обильные срыгивания, рвота желудочным содержимым, затем желчью и кишечным содержимым. Живот становится резко вздутым, видны растянутые петли кишечника. меконий и газы не отходят. Развивается картина низкой кишечной непроходимости.
- с целью определения высоты атрезии выполняют инвертограмму по Вангенстину: на область проекции заднепроходного отверстия наклеивают рентгеноконтрастный предмет, после чего выполняют обзорный снимок в боковой проекции в положении ребенка вниз головой. По расстоянию между газовым пузырем в атрезированной кишке и меткой на промежности судят о высоте атрезии. Это исследование следует выполнять через 12-15ч после рождения; раньше этого времени газ не успевает достичь атрезированной кишки, поэтому можно получить ложный результат.

- в настоящее время с целью определения уровня атрезии широкое применение нашло УЗИ промежности
- наличие, расположение и полноценность наружного сфинктера определяют с помощью электромиографии, выполняемой игольчатыми электродами с четырех точек
- высокая частота сочетанных пороков развития требует выполнения УЗИ почек и сердца, проверки проходимости пищевода и желудка.
- Все виды атрезии заднепроходного отверстия и прямой кишки подлежат хирургическому лечению в условиях специализированного отделения.
- Экстренной операции в первые 2 суток жизни требуют все виды полных атрезии, а также свищевые формы: ректоуретральная, ректовезикальная и при малых диаметрах - ректовагинальная, ректопромежностная.
- В возрасте от 1—3 мес до 1—3 лет проводят коррекцию пороков со свищами в половую систему и на промежность, не вызывающих симптомов кишечной непроходимости.
- При низких формах атрезии заднепроходного отверстия и прямой кишки выполняют одномоментную промежностную проктопластику.
- В случаях средних форм атрезии (высота 1,5—2 см от кожи промежности) в настоящее время хорошо зарекомендовала себя сакропромежностная проктопластика, позволяющая хорошо мобилизовать кишку, провести её через лобково-копчиковую связку и наружный сфинктер.
- При высоких формах атрезии необходима значительная мобилизация кишки, выполнить которую можно лишь брюшно-сакропромежностным способом. Обширность и травматичность такой операции у новорождённого требуют её разделения на два этапа. В первые дни жизни в левой подвздошной области накладывают противоестественный задний проход по Микулич-Радецкому на сигмовидную кишку максимально близко к зоне атрезии для ликвидации кишечной непроходимости. В возрасте от 2 мес до 1 года выполняют второй этап радикальной операции. После операции начиная с 10—14-го дня проводят профилактическое бужирование вновь созданного анального канала бужами Гегара, постепенно увеличивая от No8 до No11-12. Профилактическое бужирование в течение 2-2,5 мес позволяет создать нежный рубчик в месте перехода кишки в кожу и избежать стеноза прямой кишки. Бужирование проводят ежедневно в течение первых 1-2 недель в стационаре, а затем дома это выполняют родители под еженедельным диспансерным контролем.

3. Крикенбекская классификация

Задача № ДХ

Второй ребенок от второй беременности на фоне хронического пиелонефрита. Роды путем планового Кесарева сечения на сроке гестации 38 недель. Масса тела при рождении 3200 гр., длина тела 49 см. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. Сразу после рождения стал нарастать цианоз. Отмечено, что во время плача ребенок розовеет.

При осмотре кожные покровы, слизистые оболочки чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Большой родничок нормотоничен, размерами 1,5×1,5 см. Дыхание самостоятельное. Экскурсия грудной клетки симметричная, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается пузырьное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 34 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 132 в минуту. Живот обычной формы, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделах. Пальпаторно патологические объемные образования не определяются. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло-желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу.

ОАК: RBC- $5,8 \times 10^{12}/L$, HGB 186 г/L, PLT – $485 \times 10^9/L$, WBC- $28,8 \times 10^9/L$, BAND- 26, NEU- 34, LYM- 23, MONO 9, СОЭ 2 мм/час.

Вопросы:

1. О каком заболевании должен подумать врач? В какие сроки должен быть поставлен диагноз?
2. Какова диагностическая и лечебная тактика? Какой метод исследования позволит поставить окончательный диагноз?
3. С какой группой заболеваний следует проводить дифференциальную диагностику?

Эталон Задача № ДХ

1. Уменьшение цианоза при плаче, когда ребенок, в основном, дышит ртом, характерно для двусторонней атрезии хоан. При данной клинической картине - в первые сутки жизни
2. Диагностика патологии состоит в зондировании носовых ходов и выявлении их непроходимости. Тактика: в первые дни жизни обеспечение дыхания ртом (воздуховод), затем оперативное лечение. Может потребоваться питание через зонд, в ряде случаев - трахеостомия. Зондирование носовых ходов, возможно выполнение эндоскопического исследования при наличии соответствующей техники (выполняется ЛОР-врачом)
3. Необходимо провести дифференциальную диагностику со всеми заболеваниями, сопровождающимися дыхательными расстройствами (врожденные пороки развития легких и диафрагмы, пневмония, пневмоторакс), а также с односторонней атрезией хоан.

Задача № ДХ

Ребенок от первой беременности, первых родов путем Кесарева сечения на сроке гестации 38 недель. Масса тела при рождении 3250 гр., длина тела 50 см. При осмотре ротовой полости новорожденного с явлениями дыхательной недостаточности - одышка, цианоз, под языком обнаружено округлое образование, занимающее почти всю ротовую полость и оттесняющее корень языка кзади. Образование желтоватого цвета, определяется флюктуация.

При осмотре кожные покровы, слизистые оболочки чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Большой родничок нормотоничен, размерами 1,5×1,5 см. Дыхание самостоятельное. Экскурсия грудной клетки симметричная, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается пузырьное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 32 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 134 в минуту. Живот обычной формы, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. Пальпаторно патологические объемные образования не определяются. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло-желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу.

ОАК: RBC- $5,7 \times 10^{12}/L$, HGB 172 г/L, PLT – $485 \times 10^9/L$, WBC - $26,7 \times 10^9/L$, BAND- 25, NEU- 32, LYM- 24, MONO 8, СОЭ 3 мм/час.

Вопросы:

1. Какой Вы поставите диагноз?
2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз?
3. Какова тактика лечения данного пациента? В каком случае данный диагноз не требует срочного вмешательства.

Эталон Задача № ДХ

1. У ребенка вероятнее всего кистозное образование, исходящее из подъязычной слюнной железы (ранула, ретенционная подъязычная киста).
2. Лимфангиома, гемангиома, липома, дермоид подъязычной области
3. Учитывая расстройство дыхания - первая помощь в роддоме - пункция кисты и эвакуация слизисто-серозного содержимого, затем операция (иссечение оболочек кисты) в условиях хирургического стационара. В случае небольшого размера кисты и отсутствия дыхательных расстройств хирургическое вмешательство не требуется.

Задача № ДХ

Второй ребенок от второй беременности на фоне хронического пиелонефрита. Роды путем планового Кесарева сечения на сроке гестации 39 недель. Масса тела при рождении 3300 гр., длина тела 50 см. У новорожденного на второй день жизни внезапно стала нарастать дыхательная недостаточность.

При осмотре состояние ребенка тяжелое, за счет явлений дыхательной недостаточности. Кожные покровы, слизистые оболочки чистые, бледные, отмечается цианоз носогубного треугольника. Тургор тканей удовлетворительный. Большой родничок нормотоничен, размерами 1,5×1,5 см. Дыхание самостоятельное, отмечается выраженная одышка. Отмечается асимметрия грудной клетки за счет увеличения правой половины. Экскурсия грудной клетки асимметричная, отмечается втяжение межреберных промежутков при дыхании. При перкуссии выявлено смещение средостения влево, справа – коробочный звук по всем легочным полям. При аускультации слева определяется пузрильное дыхание, справа - дыхание резко ослаблено. Аускультативно тоны сердца приглушены. Пульс на периферических артериях нитевидный. ЧСС 196 ударов в минуту. Живот обычной формы, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Пальпаторно патологические объемные образования не определяются. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло -желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу.

Вопросы:

1. О каких заболеваниях должен подумать врач?
2. Каковы необходимые дополнительные исследования?
3. Возможно ли консервативное лечение данного заболевания? Современная лечебная тактика.

Эталон Задача № ДХ

1. Врожденные пороки развития легких и диафрагмы: врожденная лобарная эмфизема, дифференциальная диагностика с диафрагмальной грыжей.
2. Эмфизема возникает в постнатальном периоде. До настоящего времени УЗИ плода не может диагностировать этот порок до рождения.
Rg: перерастяжение легочной паренхимы без деструкции, увеличение объема и прозрачности одной из долей легких (чаще верхней доли слева), смещение органов средостения в противоположную сторону, признаки передней медиастинальной грыжи за счет перемещения перераздутой доли в сторону неповрежденного легкого, низкое стояние и уплощение купола диафрагмы на стороне поражения.
КТ: повышение прозрачностилегочной ткани, увеличение объема пораженной доли, сужение бронхов, образование воздушных «ловушек».
МРТ: аномальные сосуды, которые могут быть причиной сдавления долевого бронха.
Бронхография: обнаруживаются истончение бронхов пораженной доли, атипичное их ветвление, уменьшение числа генераций, деформация и неполное контрастирование.

Ангиопульмонография: этот метод позволяет уточнить как локализацию поражения, так и состояние гемодинамики в системе малого круга кровообращения. Выявляются редукция сосудистого русла пораженной доли, истончение артериальных ветвей, увеличение углов ветвления сосудов.

Бронхоскопия: оценка проходимости дыхательных путей, динамических изменений в дыхательных путях и в исключении препятствия, слизистой пробки.

3. Консервативное лечение неэффективно. Хирургическое лечение: только при декомпенсированной форме заболевания операция носит неотложный характер, а при субкомпенсированной и компенсированной – плановый. Цель лечения – удаление пораженной доли с нормализацией функции дыхания.

Задача № ДХ

В областном перинатальном центре родился мальчик. Ребенок от третьей беременности, первых родов путем планового Кесарева сечения на сроке гестации 40 недель. Беременность протекала без патологии. Масса тела при рождении 3800 гр, длина тела 49 см. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. Ребенок приложен к груди в родильном зале.

У новорожденного через 6 часов после рождения постепенно стала нарастать дыхательная недостаточность - одышка, цианоз. При повторных осмотрах отмечено постепенное смещение сердца вправо. Объективно – состояние тяжелое, обусловлено явлениями дыхательной и сердечной недостаточности. Большой родничок нормотоничен, размерами 2,0×2,0 см. Кожный покров бледный, отмечается цианоз носогубного треугольника. Слизистые оболочки бледно – розового цвета, нормальной влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Дыхание самостоятельное, отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании. ЧДД 40 в минуту. Грудная клетка асимметричная - левая половина грудной клетки несколько выбухает, отстает в акте дыхания. При перкуссии грудной клетки справа отмечается обычный легочный звук, слева - укорочение легочного звука, периодически появляется тимпанит. При аускультации слева удается выслушать «булькающие» шумы. При аускультации – тоны сердца приглушены, смещены вправо. ЧСС 142 в минуту. Пульс на периферических артериях ослаблен. Живот запавший, при пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Патологические объемные образования не определяются. Перитонеальных симптомов нет. Область почек визуально не изменена. Почки пальпации не доступны. Мочеиспускание свободное, моча прозрачная, светло – желтого цвета. Диурез в норме. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Яички в мошонке.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки средостение смещено вправо, слева до 2 ребра определяются разнокалиберные воздушные полости. Видимые слизистые и кожа чистые. Пульс 134 удара в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Сердце - тоны чистые. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз? Поясните. Классификация данного порока. Какой вид чаще встречается у новорожденных?
2. В какой синдром входит это заболевание? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз.
3. Дополнительные методы исследования на этапе родильного дома. Что такое ЭКМО? Дальнейшая тактика.

Эталон Задача № ДХ

1. Описана типичная клиническая картина левосторонней диафрагмальной грыжи. Характерны рентгенологические данные: пестрая картина в проекции нижней доли легкого, участки уплотнения и воздушные полости. При перкуссии притупление и тимпанит, при аускультации - звуки перистальтики. Все эти изменения обусловлены проникновением петель кишечника, желудка в плевральную полость, сдавлением легкого смещением средостения.

Диафрагмальные грыжи разделяют на истинные (грыжевой мешок - диафрагма) и ложные (нет грыжевого мешка).

Классификация С.Я. Долецкого:

- 1) грыжи собственно диафрагмы:
- 2) грыжи пищевого отверстия диафрагмы
- 3) грыжи переднего отдела диафрагмы

У новорожденных чаще встречается левосторонняя ложная диафрагмальная грыжа

2. У ребенка синдром внутригрудного напряжения справа. Дифференциальная диагностика с напряженным пневмотораксом, напряженной кистой легкого, лобарной эмфиземой, секвестрацией, диафрагмальной грыжей или кистозно-аденоматозной мальформацией.

3. На этапе родильного дома возможно выполнение обзорной рентгенографии грудной клетки. Другие методы нецелесообразны.

ЭКМО - экстракорпоральная мембранная оксигенация - метод искусственного насыщения крови кислородом с помощью специальных трубчатых систем и оксигенаторов. Выполняет функцию временной "замены" легочной ткани. Применяется при жизнеугрожающей дыхательной недостаточности / при неэффективности искусственной вентиляции.

По показаниям - перевод ребенка на ИВЛ. Срочный перевод в хирургический стационар, подготовка к операции, операция по устранению грыжи (торакотомия, торакоскопия).

Задача № ДХ

В областном перинатальном центре родилась девочка. Из анамнеза известно – ребенок от второй беременности, вторых родов на сроке гестации 40 недель. Роды естественным путем. Беременность протекала без патологии. Масса тела при рождении 3150 гр., рост 50 см. Оценка по шкале Апгар 9-10 баллов. Приложена к груди в родильном зале. Меконий отошел через 12 часов после рождения. На третий день после рождения состояние ребенка ухудшилось, внезапно появилась рвота с кровью. Позднее был стул с примесью темной крови. Ребенок бледный, отказывается от груди.

Объективный статус: состояние ребенка тяжелое. Большой родничок 2,0×2,0 см., запавший. Кожные покровы бледные, отмечается выраженный цианоз носогубного треугольника. Слизистые бледные, сухие. Область сердца визуальное не изменена. При аускультации – тоны сердца приглушены. ЧСС 142 в минуту. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации в лёгких выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипы не выслушиваются. Живот округлой формы, незначительно поддут, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Патологические объёмные образования не определяются. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Область почек визуальное не изменена. Почки пальпаторно не определяются. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло – желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Анус сформирован правильно, расположен в должествующем месте. При осмотре повторно отошел стул с примесью крови

При лабораторном исследовании отмечается анемия и удлинение протромбинового времени.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз? Нужны ли дополнительные методы исследования? Объясните патогенез этого заболевания.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Лечебная тактика. Каков источник кровотечения? Прогноз заболевания

Эталон Задача № ДХ

1. Геморрагический синдром новорожденного. Необходимо комплексное лабораторное исследование свертывающей системы крови: коагулограмма (активированное частичное тромбопластиновое время, D-димер, фибриноген и др.), тромбиновый, протромбиновый индексы, тромбоциты крови, время свертывания крови. Может понадобиться фиброгастроскопия.
2. С кровотечением из ЖКТ по причине стрессорных язв желудка, верхних отделов кишки без нарушения гемостаза или по причине травматизации слизистой желудка (при зондировании).
3. Тактика консервативная: заместительные гемотрансфузии, гемостатические препараты. На период активного желудочного кровотечения отменяется кормление. Желудочно-кишечные кровотечения обусловлены обычно наличием эрозий, в желудке и 12-

перстной кишке, которые на фоне гипокоагуляции интенсивно кровоточат. Прогноз благоприятный.

Задача № ДХ

Ребенок, 3 месяцев, госпитализирован в детское хирургическое отделение. Со слов матери, у ребенка периодически отмечается рвота желудочным содержимым, чаще в положении на спине, не зависящая от кормления. Также мама отмечает, что часто утром подушка, на которой спит ребенок промокает. За последние трое суток в рвотных массах появилась примесь крови.

Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, первых родов путем планового Кесарева сечения на сроке гестации 40 недель. Масса тела при рождении 3150 гр., длина тела 50 см. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. При осмотре - общее состояние ребенка средней тяжести. Девочка в сознании, активна, на осмотр реагирует двигательной активностью. Крик громкий. Большой родничок вровень с котным краем, размерами 2,0×2,0 см. Кожный покров, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД – 32 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 136 ударов в минуту. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Патологические объемные образования пальпаторно не определяются. Симптомов раздражения брюшины нет. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Стул отошел в первые 24 часа после рождения. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло – желтого цвета.

ОАК: RBC - $4,5 \cdot 10^{12}/L$, HGB 130 g/L, WBC- $6,1 \cdot 10^9/L$, BASO - 1, EOS - 2, BAND - 4, NEU- 69, LYM - 14, MONO – 6, СОЭ – 8 мм/ч.

ОАМ: Цвет – соломенно-желтый, удельная плотность 1012, реакция щелочная, белок 0,02 г/л, сахар - отр., эритроциты - 0-1, лейкоциты - 2-3 в п/з, плоский эпителий - 1 в п/з.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз? Обоснуйте свой выбор, объясните кровь в рвоте. Назовите все диагностические процедуры, позволяющие подтвердить диагноз.
2. Лечебная тактика у данного ребенка.
3. Какие две основные группы симптомов данного заболевания Вы знаете?

Эталон Задача № ДХ

1. Предположительный диагноз: патологический гастроэзофагеальный рефлюкс, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (рвота желудочным содержимым, не связанная с приемом пищи в положении на спине, усугубляется при плаче и крике). Кровь в рвотных массах объясняется травматическим разрывом сосудов слизистой пищевода под действием высокого давления (синдром Меллори-Вейса). Фиброэзофагогастродуоденоскопия с биопсией, УЗИ гастроэзофагеального перехода с заполнением желудка, рентгеноконтрастное исследование желудка с барием в положении

Транделенбурга, суточная РН-метрия нижней трети пищевода, манометрия пищевода, сцинтиграфия пищевода.

2. Консервативная терапия до 12-15 месяцев, затем решение вопроса об операции. Постуральная терапия (вертикализация при кормлении, поднятый головной конец кровати). Кормление антирефлюксной смесью. Коррекция объема питания (не допускать перекармливания)

3. Эзофагальные симптомы (изжога, рвота/регургитация, симптом мокрого пятна, отрыжка, боль за грудиной, дисфагия). Экстраэзофагеальные симптомы (со стороны бронхолегочной, сердечно-сосудистой систем, ЛОР-органов, зубов)

Задача № ДХ

Врач неотложной помощи, вызван к ребенку 6 месяцев через 8 часов от начала заболевания. При сборе анамнеза установлено, что среди полного благополучия возникли приступы резкого беспокойства, отказ от еды, стучит ножками. Отмечалась однократная рвота. Стул был накануне нормальный. Температура тела не повышалась. Известно, что накануне в рацион ребенка введен новый продукт – картофельное пюре.

При осмотре - общее состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД – 32 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 136 ударов в минуту. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации в правом подреберье определяется опухолевидное образование, подвижное, слегка болезненное. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом Дансэ положительный. Анус сформирован правильно, расположен в должествующем месте, сомкнут. При ректальном исследовании отмечается выделение слизи с кровью.

Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло – желтого цвета.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз, обоснуйте.
2. Дополнительные методы исследования
3. Тактика врача неотложной помощи и врача стационара. Лечебная тактика.

Эталон Задача № ДХ

1. Кишечная инвагинация - резкое приступообразное беспокойство ребенка на фоне полного благополучия, возраст 6 месяцев, при ректальном исследовании – выделение слизи с кровью (стул по типу малинового желе).
2. УЗИ органов брюшной полости: Этот метод обладает 100-процентной диагностической достоверностью и специфичностью в отношении инвагинации кишечника. УЗ-признаками инвагинации кишечника является обнаружение симптома «мишени» или «псевдопочки». Симптом «мишени» заключается в наличии на поперечном срезе двух колец низкой эхоплотности, разделенных гиперэхогенным кольцом. Симптом «псевдопочки» виден на продольном срезе и представляет собой наслаивающиеся друг на друга гипер- и гипозоногенные слои.
3. Врач неотложной помощи - госпитализация ребенка в хирургический стационар в экстренном порядке
Врач стационара - клиническое обследование, консервативная или хирургическая дезинвагинация. Консервативная дезинвагинация (пневматическая дезинвагинация) при. Поступлении пациента в течении первых 12 часов от начала заболевания или при отсутствии симптомов перитонита. Операция в случае неэффективности консервативного лечения или при наличии симптомов перитонита

Задача № ДХ

У ребенка 5 месяцев внезапно появились приступообразная боль в животе, двукратная рвота. Стул кашицеобразной консистенции, 2 раза за сутки, без патологических примесей. Температура тела не повышалась. Девочка родилась доношенной, с массой тела 3500 гр, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Растет и развивается соответственно возрасту. Привита согласно национальному календарю.

При осмотре - общее состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД – 32 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 136 ударов в минуту. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации в правом подреберье определяется опухолевидное образование, подвижное, слегка болезненное. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом Dance положительный. Анус сформирован правильно, расположен в должествующем месте, сомкнут. При ректальном исследовании отмечается выделение слизи с кровью.

Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло – желтого цвета.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз. Обоснуйте.
2. Назовите дополнительные методы исследования. Назовите приоритетный. Назовите характерные признаки/симптомы заболевания, выявляемые при дополнительных методах исследования.
3. Какова тактика лечения заболевания у данного ребенка? Каковы показания для оперативного лечения

Эталон Задача № ДХ

1. Кишечная инвагинация - резкое приступообразное беспокойство ребенка на фоне полного благополучия, возраст 5 месяцев, в правом подреберье опухолевидное образование, при ректальном исследовании – следы крови.

2. УЗИ органов брюшной полости, обзорная рентгенограмма брюшной полости
УЗИ органов брюшной полости: Этот метод обладает 100-процентной диагностической достоверностью и специфичностью в отношении инвагинации кишечника. УЗ-признаками инвагинации кишечника является обнаружение симптома «мишени» или «псевдопочки». Симптом «мишени» заключается в наличии на поперечном срезе двух колец низкой эхоплотности, разделенных гиперэхогенным кольцом. Симптом «псевдопочки» виден на продольном срезе и представляет собой наслаивающиеся друг на друга гипер- и гипоехогенные слои.

3. Врач неотложной помощи - госпитализация ребенка в хирургический стационар в экстренном порядке

Врач стационара - клиническое обследование, консервативная или хирургическая дезинвагинация. Консервативная дезинвагинация (пневматическая дезинвагинация) при. Поступлении пациента в течении первых 12 часов от начала заболевания или при отсутствии симптомов перитонита. Операция в случае неэффективности консервативного лечения или при наличии симптомов перитонита.

Задача № ДХ

В приемное отделение многопрофильной детской больницы доставлен мальчик 2,5 лет. Родители отмечают, что в последние сутки ребенок стал капризным, вялым, аппетит снижен предыдущую ночь плохо спал, была двукратная рвота, утром - жидкий стул.

При осмотре состояние тяжелое, температура 39,8°C, ребенок лежит на правом боку с подведенными к животу ножками.

При осмотре кожный покров и слизистые оболочки доступные осмотру бледные, сухие. Тургор тканей снижен. Дыхание самостоятельное. Носовое дыхание не затруднено. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 28 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 136 в минуту. Живот округлой формы, не вздут, отмечается незначительное отставание правой половины живота в акте дыхания. При пальпации живота определяется болезненность в правой подвздошной области. Здесь же мышечное напряжение. Патологические объемные образования не определяются. Симптом Щёткина – Блюмберга, симптом Воскресенского положительные. Ректальное обследование без особенностей. Область почек визуально не изменена. Почки пальпации недоступны. Мочеточниковые точки безболезненны. Надлобковая область не изменена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, соломенно – желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Яички в мошонке, пальпация безболезненна.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь? Поясните. Тактика врача приемного отделения. Типична ли для данного заболевания описанная клиническая картина?
2. Дополнительные методы исследования, их роль в выборе тактики. Лечебная тактика.
3. Опишите принцип дренирования брюшной полости по А.И. Генералову.

Эталон Задача № ДХ

1. Острый аппендицит: двукратная рвота, жидкий стул, повышение температуры тела, вынужденное положение на правом боку с подведенными к животу ногами, при пальпации болезненность в правой подвздошной области, мышечное напряжение, положительные симптомы раздражения брюшины – типичная картина при остром аппендиците. Тактика врача приемного отделения – госпитализация в стационар.
2. Дополнительный метод исследования – УЗИ органов брюшной полости. Главным в лечении аппендицита остается ранняя своевременная аппендэктомия. Лапароскопическая аппендэктомия может быть осуществлена у детей в любой стадии аппендицита. Этот метод обладает несомненными преимуществами перед традиционным способом оперативного вмешательства.
3. Дренирующая силиконовая трубка с множеством отверстий заводится через отдельный разрез в правой подвздошной области и проводится через малый таз. Трубка фиксируется. В послеоперационном периоде ребенок находится в полусидячем положении, что способствует адекватному оттоку гноя из брюшной полости.

Задача № ДХ

Трехлетняя девочка, доставленная в приемное отделение многопрофильной детской больницы с подозрением на острый аппендицит, негативно относится к врачебному осмотру, беспокоится, не дает осмотреть переднюю брюшную стенку. Жалобы беспокоят в течении 5 часов, отмечалась рвота 3 раза, дважды - жидкий стул.

Девочка родилась доношенной, с массой тела 3600. Растет и развивается соответственно возрасту.

При осмотре кожные покровы и слизистые оболочки доступные осмотру бледные, сухие. Тургор тканей снижен. Дыхание самостоятельное. Носовое дыхание не затруднено. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 28 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. ЧСС 122 в минуту. Живот округлой формы, не вздут, отмечается незначительное отставание правой половины живота в акте дыхания. При пальпации живота определяется болезненность в правой подвздошной области, здесь же мышечное напряжение. Патологические объемные образования не определяются. Симптом Щёткина – Блюмберга, симптом Воскресенского положительные. Ректальное обследование без особенностей. Область почек визуально не изменена. Почки пальпации недоступны. Мочеточниковые точки безболезненны. Надлобковая область не изменена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, соломенно – желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, женскому типу.

Общий анализ крови: RBC- $5,8 \times 10^{12}/L$, HGB 130 г/L, PLT – $485 \times 10^9/L$, WBC- $28,8 \times 10^9/L$, BAND- 26, NEU- 32, LYM- 23, MONO 9, СОЭ 22 мм/час.

Вопросы:

1. Действия врача приемного отделения? Действия врача профильного отделения?
2. Через какое время врач должен поставить или снять диагноз острый аппендицит?
3. Оцените следующую тактику в отношении данного ребенка: необходимо госпитализировать его в любое отделение больницы, ввести обезболивающие и седативные препараты, затем повторно провести пальпацию живота. Является ли данная клиническая картина характерной для острого аппендицита?

Эталон Задача № ДХ

1. Врач приемного отделения – госпитализация, в связи с невозможностью исключения острой хирургической патологии. Врач профильного отделения – проведение осмотра во сне, динамическое наблюдение.
2. У врача есть 24 часа с момента поступления ребенка с подозрением на острый аппендицит для установления диагноза
3. Тактика неверна. У ребенка нет убедительных данных за острый аппендицит (в анамнезе только 3-кратная рвота, 2-кратный жидкий стул), поэтому целесообразней будет провести осмотр во сне а также понаблюдать за состоянием ребенка.

Задача № ДХ

В детское хирургическое отделение поступил ребенок 7 месяцев с диагнозом: илеоцекальная инвагинация. С момента заболевания прошло 14 часов. Живот при пальпации мягкий по всем отделам, болезненный. Стул отходил при поступлении по типу «малинового желе». Ребенок родился доношенный, с массой тела 3800г. Растет и развивается соответственно возрасту.

При осмотре - общее состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД – 32 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 132 ударов в минуту. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации в правом подреберье определяется опухолевидное образование, подвижное, слегка болезненное. Симптом раздражения брюшины нет. Симптом Дансе положительный. Анус сформирован правильно, расположен в должествующем месте, сомкнут. При ректальном исследовании появились отмечается выделение слизи с кровью. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло – желтого цвета.

Общий анализ крови: RBC - $4,5 \times 10^{12}/L$, HGB 130 g/L, WBC- $13 \times 10^9/L$, BASO - 1, EOS - 2, BAND - 4, NEU - 69, LYM - 14, MONO – 6, СОЭ – 8 мм/ч.

ОАМ: Цвет – соломенно-желтый, удельная плотность 1012, реакция щелочная, белок 0,02 г/л, сахар - отр., эритроциты - 0-1, лейкоциты - 2-3 в п/з, плоский эпителий - 1 в п/з

Вопросы:

1. Выберите тактику лечения этого ребенка. Как подтвердить диагноз?
2. Назовите характерные признаки/симптомы заболевания, выявляемые при дополнительных методах исследования. Объясните патогенез возникновения стула по типу малинового желе.
3. Является ли данный возраст ребенка характерным для заболевания? Почему?

Эталон Задача № ДХ

1. Пневматическая дезинвагинация. УЗИ органов брюшной полости.
2. УЗИ органов брюшной полости: Этот метод обладает 100-процентной диагностической достоверностью и специфичностью в отношении инвагинации кишечника. УЗ-признаками инвагинации кишечника является обнаружение симптома «мишени» или «псевдопочки». Симптом «мишени» заключается в наличии на поперечном срезе двух колец низкой эхоплотности, разделенных гиперэхогенным кольцом. Симптом «псевдопочки» виден на продольном срезе и представляет собой наслаивающиеся друг на друга гипер- и гипоехогенные слои.
При введении кишки с брыжейкой происходит сдавление последней, блокируется венозный отток при сохраненном вначале артериальном притоке. Нагнетание крови

приводит к диапедезному пропитыванию стенки кишки (увеличение отека) и выпоту в просвет кишечника. В более поздние сроки при выраженном отеке кишки происходит разрыв мелких сосудов слизистого и подслизистого слоев и в стуле появляются прожилки крови со сгустками.

3. Наиболее частой причиной идиопатической инвагинации у детей грудного возраста является расстройство координации сокращения циркулярных и продольных мышц кишки. Немаловажным фактором является также недостаточная зрелость ферментативного аппарата желудочно-кишечного тракта. Указанные особенности обуславливают частоту возникновения инвагинации в период прикорма. Нарушение ритма кормления, несоблюдение принципа постепенности введения прикорма увеличивают нагрузку на секреторные клетки слизистой оболочки.

Инвагинация в грудном возрасте возникает в результате дискоординации сокращений циркулярных и продольных мышц стенки кишки. Немаловажна роль сопутствующих или предшествующих заболеваний (респираторная инфекция, энтериты, колиты и др.). Органические причины инвагинации отмечаются не более чем в 2-3 % случаев. Так, у детей старше года инвагинация иногда возникает в результате эмбриональных тяжелей и спаек в брюшной полости, дивертикула Менкеля, недостаточности илеоцекальной заслонки, неспецифического мезаденита.

Задача № ДХ

У ребенка двух лет появилась болезненная припухлость в правой паховой области, спускающаяся в правую половину мошонки. По словам матери, эта припухлость появилась сутки назад. Была несколько раз рвота, газы и стул не отходят. Ребенок доставлен в приемный покой многопрофильной детской больницы.

Ребенок родился доношенный, с массой тела 3100. Растет и развивается соответственно возрасту. При осмотре - общее состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД – 32 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 136 ударов в минуту. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Патологические объемные образования пальпаторно не определяются. Симптомов раздражения брюшины нет. Наружные половые органы сформированы правильно, соответственно возрасту и полу. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло – желтого цвета.

ОАК: RBC - $4,5 \times 10^{12}/L$, HGB 130 g/L, WBC- $7.2 \times 10^9/L$, BASO - 1, EOS - 2, BAND - 4, NEU - 69, LYM - 13, MONO – 6, СОЭ – 7 мм/ч.

ОАМ: Цвет – соломенно-желтый, удельная плотность 1012, реакция щелочная, белок 0,03 г/л, сахар - отр., эритроциты - 0-1, лейкоциты – 1-2 в п/з, плоский эпителий - 1 в п/з.

Вопросы:

1. Диагноз врача приемного отделения. Тактика врача приемного отделения. Возможна ли консервативная тактика на уровне приемного отделения?
2. Каковы этиология и патогенез заболевания?
3. Какова тактика лечения ребенка? Укажите все возможные варианты оперативного лечения.

Эталон Задача № ДХ

1. Ущемленная правосторонняя пахово-мошоночная грыжа. Экстренная госпитализация ребенка в хирургический стационар. Консервативная тактика на уровне приемного отделения противопоказана.
2. Паховые грыжи у детей в большинстве случаев являются врожденными по причине нарушения облитерации влагалищного отростка брюшины. Ущемление грыжи возможно при различных располагающих факторах – повышении внутрибрюшного давления, усиленной перистальтике кишечника.
3. Тактика: оперативное лечение в экстренном порядке. Учитывая срок ущемления, признак кишечной непроходимости. Необходима лапаротомия, ревизия ущемленной кишки. Варианты: при сохраненной кровоснабжении ущемленной кишки – погружение ее в брюшную полость, ушивание раны с пластикой пахового кольца. При наличии некроза кишки – резекция, наложение анастомоза или кишечных временных стом.

Задача № ДХ

Ребенок одного года находится в педиатрическом отделении с диагнозом: воспаление легких. С рождения у него отмечается наличие пахово-мошоночной грыжи слева, ущемлений не было. Два часа назад произошло ущемление грыжи.

Ребенок родился доношенным, с массой тела 3100 гр., длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Растет и развивается соответственно возрасту.

При осмотре - общее состояние ребенка средней тяжести. Девочка в сознании, активна, на осмотр реагирует двигательной активностью. Кожные покровы, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД – 32 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 136 ударов в минуту. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Патологические объемные образования пальпаторно не определяются. Симптомов раздражения брюшины нет. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло – желтого цвета.

Вопросы:

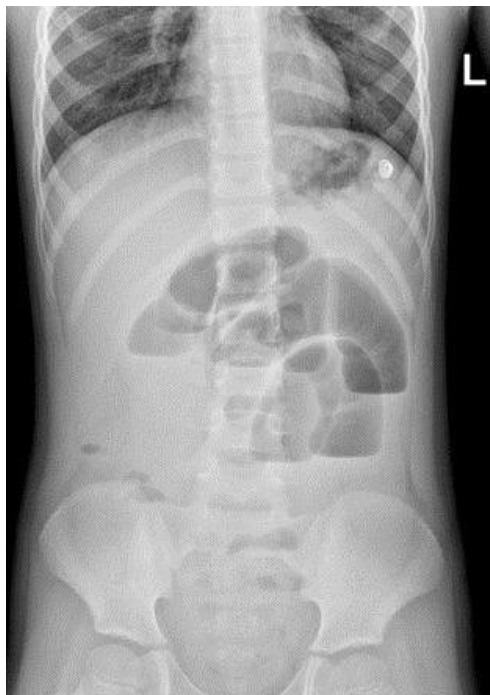
1. Тактика ведения пациента. У данного ребенка удалось избежать оперативного лечения в экстренном порядке. Какова дальнейшая тактика?
2. Каковы этиология и патогенез заболевания?
3. Какие паховые грыжи чаще всего встречаются у детей (учитывая этиологию и анатомические особенности)? Классификация паховых грыж у детей.

Эталон Задача № ДХ

1. Дать ребенку спазмолитические препараты. Так как срок от начала заболевания при ущемлении не превышает 12 ч и отсутствуют перитонеальные проявления, разущемление можно провести консервативно. В дальнейшем – плановое оперативное вмешательство.
 2. Паховые грыжи у детей в большинстве случаев являются врожденными по причине нарушения облитерации влагалищного отростка брюшины. Ущемление грыжи возможно при различных располагающих факторах – повышении внутрибрюшного давления, усиленной перистальтике кишечника.
 3. Условно все паховые и пахово-мошоночные грыжи у детей проще подразделять клинически на неосложнённые, невправимые и ущемлённые. Первые лечат по плановым показаниям, вторые - по срочным, третьи - по экстренным.
- Классификация паховых грыж. Косые паховые грыжи классифицируются в зависимости от уровня облитерации вагинального отростка на: паховые и пахово- мошоночные (яичковая, канатиковая). В зависимости от строения грыжевого мешка можно выделить скользящие грыжи. По характеру возможных осложнений: вправимые, невправимые, ущемленные. По стороне поражения: односторонние (право-, левосторонние), двухсторонние.

Задача № ДХ

Ребенок трех лет, ранее, полгода назад, был лапароскопически оперирован по поводу перитонита аппендикулярной этиологии. Внезапно началась боль в животе, частая рвота (5-6 раз), вначале желудочным содержимым, затем с примесью желчи, задержка отхождения газов, отсутствие стула. Температура тела не повышалась. Поступил в приемный покой детского многопрофильного круглосуточного стационара через 10 часов с момента заболевания.



Ребенок родился доношенным, с массой тела 3300. Растет и развивается соответственно

возрасту. При осмотре - общее состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД – 30 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 128 ударов в минуту. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в правых отделах. Патологические объемные образования пальпаторно не определяются. Симптомов раздражения брюшины нет. Наружные половые органы сформированы правильно, соответственно возрасту и полу. Моча прозрачная, светло – желтого цвета.

Выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости в вертикальном положении.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз. Дополнительные методы обследования.
2. Тактика лечения. Опишите современные методы лечения аппендикулярного перитонита, значительно снижающие риск возникновения спаечной непроходимости в будущем.
3. Опишите представленную рентгенограмму

Эталон Задача № ДХ

1. Спаечная кишечная непроходимость. Состояние после оперативного лечения аппендикулярного перитонита. Необходимо провести: Обзорная вертикальная рентгенография брюшной полости (при непроходимости визуализируются уровни жидкости в петлях кишки, или «немой живот», необходимо исследование в динамике - при поступлении и на фоне лечения), УЗИ брюшной полости, необязательно – МРТ.
2. Учитывая срок заболевания (10 часов) – возможно консервативное лечение. Инфузионная терапия, стимуляция кишечника, сифонные клизмы. При отсутствии эффекта – операция.

3. На обзорной рентгенографии – определяются уровни жидкости, отсутствие газонаполнения в нижних отделах, рентгенологическая картина соответствует клинике низкой кишечной непроходимости

Задача № ДХ

В отделении инфекционной реанимации находится ребенок 4 месяцев с деструктивной внебольничной пневмонией COVID-19. У ребенка в течение двух дней нет стула, газы не отходят. Несколько раз была рвота желудочным содержимым с примесью желчи. Живот резко вздут, напряжен. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости - равномерно раздутые газом петли кишечника.

Ребенок родился доношенным, с массой тела при рождении 3150 гр. Длина тела 51 см. Ребенок привит согласно национальному календарю вакцинаций. Растет и развивается соответственно возрасту. При осмотре - общее состояние ребенка средней тяжести, за счет явлений интоксикации, явлений дыхательной недостаточности. Температура тела 38,7⁰С. Кожные покровы, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, бледные. Отмечается цианоз носогубного треугольника. Тургор тканей удовлетворительный. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается жёсткое дыхание, справа в нижних отделах ослаблено. Определяются множественные хрипы. ЧДД – 30 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ослаблены, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 128 ударов в минуту. Живот округлой формы, умеренно равномерно вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Патологические объемные образования пальпаторно не определяются. Симптомов раздражения брюшины нет. Наружные половые органы сформированы правильно, соответственно возрасту и полу. Моча прозрачная, светло – желтого цвета.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз. Тактика ведения ребенка.
2. Опишите план интенсивной терапии при поступлении. Какие легочные осложнения деструктивной пневмонии Вы знаете?
3. Какова суть дренирования плевральной полости по Бюлау?

Эталон Задача № ДХ

1. Диагноз: Динамическая кишечная непроходимость на фоне деструктивной пневмонии. Тактика: Лечение основного заболевания – деструктивной пневмонии. Дополнительная диагностика – рентгенография, УЗИ плевральной полости, компьютерная томография грудной клетки. При наличии выпота, пневмоторакса и других осложнений – хирургическое лечение.
2. Интенсивная терапия – не кормить, зонд в желудок, очистительные и сифонные клизмы 2-3 раза в день, антибактериальная терапия двумя антибиотиками, посимптомная терапия. Легочные осложнения деструктивной пневмонии: пневмоторакс, пиоторакс, эмпиема плевры.
3. Пассивное дренирование - пункция в 5 межреберье и заведение дренирующей трубки в плевральную полость, помещение трубки в стерильную жидкость ниже уровня грудной клетки. Создание клапанного механизма, препятствующего обратному току жидкости.

Задача № ДХ

В отделение поступил ребенок трех лет. С первых суток жизни у него наблюдается задержка стула, через 3-4 дня мать делает клизмы. Мальчик отстает от своих сверстников в физическом развитии. Получают лечение у гастроэнтеролога, назначены слабительные препараты - без эффекта.

Ребёнок от первой беременности, первых родов путем Кесарева сечения на сроке гестации 38 недель. Масса тела при рождении 3200 гр., длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Меконий отошел на третьи сутки жизни после выполнения очистительной клизмы.

При осмотре - общее состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие. Слизистые оболочки доступные осмотру чистые, бледные, нормальной влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД – 24 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 126 ударов в минуту. Отмечается увеличение живота по типу "лягушачьего". При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделах. В левом подреберье определяются объемные образования, мягко – эластической консистенции, безболезненные. Симптомов раздражения брюшины нет.

Анус сформирован правильно, расположен в должествующем месте, сомкнут. При пальцевом ректальном исследовании – анус свободно проходим, ампула прямой кишки пустая. После исследования отошли газы в большом количестве. Наружные половые органы по мужскому типу, правильно.

ОАК: RBC - $3,9 \times 10^{12}/L$, HGB 105 g/L, WBC- $6.1 \times 10^9/L$, BASO - 1, EOS - 2, BAND - 4, NEU - 69, LYM - 14, MONO – 6, СОЭ – 8 мм/ч.

ОАМ: Цвет – соломенно-желтый, удельная плотность 1012, реакция щелочная, белок 0,02 г/л, сахар - отр., эритроциты - 0-1, лейкоциты - 2-3 в п/з, плоский эпителий - 1 в п/з.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз, поясните. Классификация болезни по анатомическому типу. Этиопатогенез, патофизиология заболевания.
2. Укажите дополнительные методы обследования.
3. Дальнейшая тактика. Какие виды операций, используемые в лечении данной патологии Вы знаете?

Эталон Задача № ДХ

1. Предположительный диагноз: Болезнь Гиршпрунга. (с первых суток жизни задержка стула, отставание в физическом развитии, увеличение живота по типу «лягушачьего»)

Классификация болезни Гиршпрунга:

В зависимости от объема поражения различают следующие формы болезни Гиршпрунга: Ректальная, ректосигмоидная, субтотальная и тотальная.

Патогенез: Его суть во врожденном дефиците ауэрбаховских нервных ганглиев в ректосигмоидном отделе толстой кишки, в силу этого этот участок кишки не перистальтирует и становится причиной стойких запоров и хронической частичной непроходимости кишки.

2. Пальцевое ректальное исследование – пустая ампула прямой кишки. Рентген – избыточная пневмотизация и расширение толстой кишки над узким дистальным участком прямой и сигмовидной кишок. Ирригография с барием – Расширенные, удлинённые петли толстой кишки, занимающие всю брюшную полость; диаметр их достигает 10—15 см и более. Пассаж бариевой взвеси. Нормальное прохождение контраста по верхним отделам желудочно-кишечного тракта (желудок, тонкая кишка), выраженное замедление в расширенных отделах толстой кишки, из которых контраст длительное время (до 4—5 сут) не эвакуируется. Биопсия стенки прямой кишки по Суонсону — иссекают сегмент кишечной стенки (все слои) размером 1,0х0,5 см на 3—4 см. Определяют отсутствие или недоразвитие интрамуральных нервных ганглиев в стенке толстой кишки. Ректосигмоидоскопия - затруднение при прохождении через дистальные (ригидные) отделы прямой кишки, отсутствие там каловых масс, резкий переход из суженной дистальной части прямой кишки в расширенные проксимальные отделы, наличие в них каловых масс или каловых камней, несмотря на тщательную подготовку кишки к исследованию.
3. Диета: фрукты, овощи, молочнокислые, газонеобразующие продукты. Стимуляция перистальтики массажем, лечебной гимнастикой, физиотерапевтическими методами. Применение очистительных клизм. Внутривенные инфузии белковых препаратов, электролитных р-ров. Оперативное лечение в 3 этапа: 1 этап - накладывается противоестественный анус ободочную кишку, 2 - основной этап 3 - закрытие противоестественного ануса после формирования хорошо функционирующего колоректального анастомоза. Лечение состоит в резекции ректосигмоидного отдела толстой кишки с наложением колоректального анастомоза по Свенсону, Соаве или Дюамелю. Оно проводится детям после одного года.

Задача № ДХ

В отделение поступил ребенок 2 лет, у которого участковый врач - педиатр обнаружил опухолевидное образование в брюшной полости - над лоном, подвижное, тестоватой консистенции, безболезненное, размерами 4×3 см. Из анамнеза известно, ребенок родился доношенным, меконий отошел на вторые сутки жизни после выполнения очистительной клизмы. С возраста 6 мес. самостоятельный стул отсутствует, мама регулярно выполняет очистительные клизмы.

При осмотре - общее состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие. Слизистые оболочки доступные осмотру чистые, бледные, нормальной влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД – 24 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 126 ударов в минуту. Отмечается увеличение живота по типу "лягушачьего". При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделах. В левом подреберье определяются объемные образования, мягко – эластической консистенции, безболезненные. Симптомов раздражения брюшины нет.

Анус сформирован правильно, расположен в должествующем месте, сомкнут. При пальцевом ректальном исследовании – анус свободно проходим, ампула прямой кишки пустая. После исследования отошли газы в большом количестве. Наружные половые органы по мужскому типу, правильно.

Общий анализ крови: RBC - $4,0 \times 10^{12}/L$, HGB 120 g/L, WBC- $6,0 \times 10^9/L$, BASO - 1, EOS - 2, BAND - 4, NEU- 60, LYM - 35, MONO – 6, СОЭ – 8 мм/ч.

Общий анализ мочи: Цвет – соломенно-желтый, удельная плотность 1012, реакция щелочная, белок 0,02 г/л, сахар - отр., эритроциты - 0-1, лейкоциты - 2-3 в п/з, плоский эпителий - 1 в п/з.

Вопросы:

1. Каков предварительный диагноз? Этиопатогенез болезни. Классификация по анатомическому типу.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Дальнейшая лечебная тактика в случае подтверждения аганглиоза толстой кишки.

Эталон Задача № ДХ

1. Болезнь Гиршпрунга? Хронический запор?

В основе Болезни Гиршпрунга лежит нарушение иннервации (отсутствие ганглиев мышечно-кишечного и подслизистого слоев) толстой кишки, нижних ее отделов, приводящее к снижению (вплоть до отсутствия) перистальтики аганглионарного сегмента. Теория нейрональной миграции – нарушение миграции нейробластов из вагусного нервного гребешка в процессе эмбриогенеза, чем раньше прекращается миграция, тем длиннее аганглионарный сегмент. Нарушение дифференцировки нервных клеток, уже достигших кишечной стенки (гипоксия, вирусные инф и тд).

Классификация болезни Гиршпрунга:

В зависимости от объема поражения различают следующие формы: Ректальная, ректосигмоидная, субтотальная и тотальная.

2. Пальцевое ректальное исследование – пустая ампула прямой кишки. Рентген – избыточная пневмотизация и расширение толстой кишки над узким дистальным участком прямой и сигмовидной кишок. Ирригография с барием – Расширенные, удлинённые петли толстой кишки, занимающие всю брюшную полость; диаметр их достигает 10—15 см и более. Пассаж бариевой взвеси. Нормальное прохождение контраста по верхним отделам желудочно-кишечного тракта (желудок, тонкая кишка), выраженное замедление в расширенных отделах толстой кишки, из которых контраст длительное время (до 4—5 сут) не эвакуируется. Биопсия стенки прямой кишки по Суонсону — иссекают сегмент кишечной стенки (все слои) размером 1,0х0,5 см на 3—4 см. Определяют отсутствие или недоразвитие интрамуральных нервных ганглиев в стенке толстой кишки. Ректومانоскопия - затруднение при прохождении через дистальные (ригидные) отделы прямой кишки, отсутствие там каловых масс, резкий переход из суженной дистальной части прямой кишки в расширенные проксимальные отделы, наличие в них каловых масс или каловых камней, несмотря на тщательную подготовку кишки к исследованию.

3. Диета: фрукты, овощи, молочнокислые, газонеобразующие продукты. Стимуляция перистальтики массажем, лечебной гимнастикой, физиотерапевтическими методами. Применение очистительных клизм. Внутривенные инфузии белковых препаратов, электролитных р-ров.

Хирургическое лечение: хирургическая операция при болезни Гиршпрунга, заключается в резекции аганглионарной зоны толстой кишки, ушивании культи прямой кишки, мобилизации и низведении сигмовидной кишки через ретроректальную клетчатку с последующим созданием сигморектального анастомоза, двухэтапное формирование колоректального анастомоза.

Задача № ДХ

Девочка 9 лет, доставлена в хирургическое отделение. Внезапно, среди полного здоровья, появилась обильная рвота с большой примесью жидкой крови и в виде сгустков. Больная жалуется на общую слабость, сонливость.

При осмотре - общее состояние ребенка средней тяжести. Отмечается выраженная бледность кожного покрова. Слизистые оболочки бледные. Тургор тканей удовлетворительный. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается везикулярное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД – 20 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца приглушены. Пульс на периферических артериях нитевидный. Кровенаполнение ногтевого ложа неудовлетворительное. ЧСС 110 ударов в минуту. Живот умеренно вздут, усилен рисунок вен передней брюшной стенки. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Перкуторные границы печени в пределах возрастной нормы. Селезенка выступает на 10 см, плотная безболезненная. Отмечается притупление перкуторного звука в отлогих местах живота. Симптом Щёткина – Блюмберга отрицательный. Стул самостоятельный коричневого цвета, без патологических примесей. Область почек визуально не изменена. Почки при пальпации не определяются. Мочеточниковые точки безболезненные. Надлобковая область не изменена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло – желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу.

Общий анализ крови: RBC - $3,0 \cdot 10^{12}/L$, HGB 96 g/L, WBC- $6,1 \cdot 10^9/L$, BASO - 1, EOS - 2, BAND - 4, NEU- 50, LYM - 30, MONO – 6, СОЭ – 8 мм/ч.

Биохимические исследования крови: GLU – 5.0 mmol/L, TBIL - 17,8 umol/L, DBIL- 5,4 umol/L, К - 3.8 mmol/L, UREA- 2.0mmol/L

ОАМ: Цвет – соломенно-желтый, удельная плотность 1012, реакция щелочная, белок 0,02 г/л, сахар - отр., эритроциты - 0-1, лейкоциты - 2-3 в п/з, плоский эпителий - 1 в п/з.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? На основании каких признаков поставлен диагноз?
2. Тактика в отношении кровотечения из ЖКТ.
3. Каково лечение основного заболевания? Тактика при успешном купировании симптомов кровотечения.

Эталон Задача № ДХ

1. Диагноз: Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода на фоне портальной гипертензии. На основании: алая кровь при рвоте - признак кровотечения из пищевода, чаще всего при варикозно расширенных его венах. Спленомегалия, асцит, расширение вен передней брюшной стенки (голова Медузы) являются признаками портальной гипертензии.

2. Остановка кровотечения консервативными методами (заместительная, гемостатическая терапия), ФГДС с применением гемостатических препаратов местно, при неэффективности - срочная операция.

3. Лечение портальной гипертензии комплексное. Операции - различные типы шунтирования бассейна воротной вены и нижней полой вены. Дообследование на предмет портальной гипертензии - диагноз подтверждается обнаружением варикозных вен пищевода (фиброэзофагоскопия, рентгеноскопия), доплероскопией вен брюшной полости, УЗИ печени с доплерографией.

Задача № ДХ

В поликлинику обратились родители ребенка 5 лет. У мальчика часто с последней порцией кала наблюдаются отдельные капли алой крови. Стул 1 раз в 2-3 дня, сухой, плотный, комковатый. Дефекация болезненна.

При осмотре - общее состояние ребенка удовлетворительное. Кожные покровы, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается везикулярное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД – 20 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 100 ударов в минуту. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделах. Патологические объемные образования пальпаторно не определяются. Симптом раздражения брюшины нет. Анус сформирован правильно, расположен в должном месте, сомкнут. На 12 часах условного циферблата определяется анальная трещина, дно трещины покрыто геморрагиями. При пальцевом ректальном исследовании анус свободно проходим для указательного пальца, ампула прямой кишки заполнена плотным стулом. Исследование незначительно болезненно. Область почек визуально не изменена, почки пальпаторно не определяются. Мочеточниковые точки безболезненные. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Моча прозрачная, светло – желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Яички в мошонке.

Общий анализ крови: RBC - $4,5 \times 10^{12}/L$, HGB 130 g/L, WBC- $6.1 \times 10^9/L$, BASO - 1, EOS - 2, BAND - 4, NEU- 59, LYM - 30, MONO - 6 СОЭ – 8 мм/ч.

Биохимические исследования крови: TP- 70 g/L, GLU – 5.0 mmol/L, TBIL - 17,8 umol/L, DBIL- 5,4 umol/L, K - 3.8 mmol/L, UREA- 2.0mmol/L

Общий анализ мочи: Цвет – соломенно-желтый, удельная плотность 1012, реакция щелочная, белок 0,02 г/л, сахар - отр., эритроциты - 0-1, лейкоциты - 2-3 в п/з, плоский эпителий - 1 в п/з.

Вопросы:

1. Ваш диагноз. Поясните. Как его подтвердить?
2. Дифференциальный диагноз.
3. Лечебная тактика. Рекомендации по диспансерному наблюдению ребенка после лечения.

Эталон Задача № ДХ

1. Диагноз: анальная трещина (с последней порцией кала наблюдаются отдельные капли алой крови). Осмотр анальной области и ректальное пальцевое исследование.
2. Дети (2-12 лет)- полипы. Подростки (более 12 лет) - инфекционная диарея, анальная трещина, воспалительные заболевания кишечника. В любом возрасте — инфекционные поражения желудочно-кишечного тракта (дизентерия/сальмонеллез), травмы и инородные тела желудочно-кишечного тракта.
3. Лечение:
 - а. Нормализация стула (размягчение)

- b. При сильном болевом синдроме – купирование
- c. Местная терапия спазма: сидячие ванны (вода без добавок)
- d. Оперативное лечение при хронической длительно не заживающей трещине (длительность более 2х месяцев)

Задача № ДХ

У мальчика 12 лет на задней поверхности шеи имеется воспалительно-некротический инфильтрат багрово-красного цвета, состоящий из нескольких сливающихся гнойных элементов, размеры его 8×10 см. Жалуется на озноб, недомогание, головную боль. Температура тела 39,2°C.

При осмотре - общее состояние ребенка средней тяжести, обусловлено явлениями интоксикации. Кожные покровы, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается везикулярное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 88 ударов в минуту. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Патологические объемные образования пальпаторно не определяются. Симптом раздражения брюшины нет. Мочеточниковые точки безболезненные. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Моча прозрачная, светло – желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Яички в мошонке.

Общий анализ крови: RBC - $4,5 \times 10^{12}/L$, HGB 130 g/L, WBC- $14 \times 10^9/L$, BASO - 1, EOS - 2, BAND - 4, NEU- 79, LYM - 14, MONO – 6, СОЭ – 13 мм/ч.

Биохимический анализ крови: TP- 70 g/L, GLU – 5.0 mmol/L, TBIL - 17,8 umol/L, DBIL- 5,4 umol/L, K - 3.8 mmol/L, UREA- 2.0 mmol/L

Общий анализ мочи: Цвет – соломенно-желтый, удельная плотность 1012, реакция щелочная, белок 0,02 г/л, сахар - отр., эритроциты - 0-1, лейкоциты - 2-3 в п/з, плоский эпителий - 1 в п/з.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и тактика. Обоснуйте диагноз. Расшифруйте термин.
2. Какова этиология заболевания?
3. Осложнения заболевания. Лечение в послеоперационном периоде.

Эталон Задача № ДХ

1. Карбункул шеи. Необходимо стационарное лечение, состоящее из трех компонентов: а) воздействие на микроорганизм (антибиотики); б) воздействие на макроорганизм (коррекция нарушенных параметров гомеостаза); в) местное лечение (широкое вскрытие и дренирование очага). Карбункул - острое воспаление нескольких рядом расположенных волосяных фолликулов с образованием в коже обширного очага некроза. У данного ребенка имеет место слившиеся фурункулы в воспалительно-некротический инфильтрат. Присутствуют признаки интоксикации на фоне воспаления (SIRS), что также характерно для карбункула. Карбункул получил свое название благодаря темному цвету образующихся при нем гнойно-некротических масс, «carbo» в переводе с греческого означает «уголь».

2. Возбудителем карбункула в подавляющем большинстве случаев является стафилококк, карбункул может быть вызван кишечной палочкой, неклостридиальными анаэробами, протеем или энтерококками. Предрасполагающие факторы - повышенное потоотделение, увеличение секреции сальных желез, загрязнение кожи пылевыми частицами песка, цемента, извести, угля и др. Возбудитель может проникнуть через микротравмы и потертости на коже. В развитии карбункула играет роль снижение сопротивляемости организма, обменные нарушения при сахарном диабете и ожирении, истощение организма и тяжелые заболевания.
3. Осложнения заболевания: флебит, флегмона, остеомиелит, гнойный менингит, сепсис. Лечение: Курс антибактериальной терапии, физиотерапевтическое лечение, общеукрепляющее лечение.

Задача № ДХ

У ребенка трех недель остро наступило ухудшение состояния. Температура тела поднялась до 39°C, появилось беспокойство, не спит, отказывается от груди. На передней поверхности грудной клетки обнаружено небольшое красное пятно. Кожа в этом месте на ощупь несколько теплее, умеренно инфильтрирована и болезненна. Через несколько часов пораженный участок кожи приобрел багровый цвет, значительно увеличился в размерах. Четких границ с непораженными участками кожи не выявляется. Флюктуации нет.

При осмотре - общее состояние ребенка средней тяжести. Девочка в сознании, активна, на осмотр реагирует двигательной активностью. Крик громкий. Большой родничок вровень с котным краем, размерами 2,0×2,0 см. Кожные покровы, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД – 32 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 136 ударов в минуту. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Патологические объемные образования пальпаторно не определяются. Симптомов раздражения брюшины нет. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло – желтого цвета.

Общий анализ крови: RBC – $5.0 \times 10^{12}/L$, HGB 160 g/L, WBC- $25 \times 10^9/L$, BASO - 1, EOS - 2, BAND - 4, NEU- 69, LYM - 50, MONO – 6, СОЭ – 15 мм/ч.

Общий анализ мочи: Цвет – соломенно-желтый, удельная плотность 1012, реакция щелочная, белок 0,02 г/л, сахар - отр., эритроциты - 0-1, лейкоциты - 2-3 в п/з, плоский эпителий - 1 в п/з.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь? Типична ли клиническая картина для Вашего диагноза? Этиопатогенез заболевания. Классификация заболевания.
2. Предрасполагающие факторы для данного заболевания.
3. Врачебная тактика для данного ребенка.

Эталон Задача № ДХ

1. Клиническая картина некротической флегмоны новорожденного. Все перечисленные симптомы типичны. Этиопатогенез: в развитии флегмоны большую роль играет нарушение гигиены новорожденного, очаги инфекции (пупочная ранка, опрелости). Возбудителем является стафилококк, грамотрицательная или смешанная флора. Типичная локализация поражения — крестцово-копчиковая, лопаточная область, передняя и боковая поверхность грудной клетки. Воспаление начинается в основном вокруг потовых желез. Наиболее резкие изменения отмечаются в глубоких слоях подкожной жировой клетчатки. Тромбоз сосудов и молниеносно распространяющийся отек подкожной жировой клетчатки приводят к резкому нарушению питания ее, а также кожи с последующим их некрозом. Ввиду несовершенства иммунологических реакций и особенностей строения кожи и клетчатки отграничения воспалительного процесса не

происходит, некроз в течение нескольких часов может захватить значительную поверхность.

2. Предрасполагающие факторы: - тонкая кожа ребенка, склонная к повреждению; - хорошее кровоснабжение подкожной клетчатки, обильная сеть лимфатических сосудов, отсутствие соединительнотканых перемычек (способствуют быстрому распространению инфекции); - нарушение правил ухода за новорожденным — возникновение опрелостей, отдельных гнойничков, остатки мочи и фекалий на коже.

3. Лечение только в стационаре, комплексное, состоящее из трех компонентов: а) воздействие на микроорганизм, б) воздействие на макроорганизм, в) местное лечение (множественные «насечки» в шахматном порядке с захождением на здоровые ткани).

Задача № ДХ

Мальчик 1 месяца, заболел остро. Резко ухудшилось общее состояние. Отказывается от груди, температура тела - 38,5°C. Вначале беспокойный, ребенок стал вялым, адинамичным. Кожа приобрела сероватый оттенок. На спине в межлопаточной области мать заметила красноватое пятно, которое постепенно увеличивалось. Утром на следующий день родители вызвали врача на дом. Участковый педиатр немедленно направил ребенка в детское хирургическое отделение.

При осмотре - общее состояние ребенка крайне тяжелое. Температура тела 40°C. Девочка вялая. Большой родничок запавший, размерами 2,0×2,0 см. Кожные покровы, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, бледные, сухие. При осмотре в области спины и поясничной области локализуется очаг поражения - кожа гиперемирована, отечна, в центре выявляется синюшность и пологое углубление.

Тургор тканей снижен. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД – 34 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 180 ударов в минуту. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Патологические объемные образования пальпаторно не определяются. Симптомов раздражения брюшины нет. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло – желтого цвета.

Общий анализ крови: RBC – $5.0 \times 10^{12}/L$, HGB 160 g/L, WBC- $28 \times 10^9/L$, BASO - 1, EOS - 2, BAND - 12, NEU- 69, LYM - 50, MONO – 6, СОЭ – 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: Цвет – соломенно-желтый, удельная плотность 1012, реакция щелочная, белок 0,02 г/л, сахар - отр., эритроциты - 0-1, лейкоциты - 2-3 в п/з, плоский эпителий - 1 в п/з.

Вопросы:

1. Диагноз. Верна ли тактика участкового педиатра? Факторы, предрасполагающие к развитию данного заболевания.
 2. Этиопатогенез заболевания.
 3. Дифференциальный диагноз. Какая помощь должна быть оказана больному ребенку?
- Прогноз для жизни

Эталон Задача № ДХ

1. Диагноз: Некротическая флегмона новорожденного, токсико-септическая форма. Тактика верна, но родители поздно вызвали врача - на следующий день. Факторы, предрасполагающие к развитию данного заболевания: - тонкая, склонная к повреждению кожа ребенка; - несостоятельность иммунной системы; - хорошее кровоснабжение подкожной клетчатки, обильная сеть лимфатических сосудов, отсутствие соединительнотканых перемычек (способствуют быстрому распространению инфекции); нарушение правил ухода за новорожденным — возникновение опрелостей, отдельных гнойничков, остатки мочи и фекалий на коже.

2. Возбудитель чаще золотистый стафилококк, реже стрептококк, однако в процессе лечения возможна смена возбудителя. Патогенез. Проникновению инфекции через кожу способствует её повреждение при нарушении ухода за ребенком, несоблюдении правил

асептики при выполнении медицинских манипуляций. Воспаление возникает вокруг потовых желез, наиболее резкие изменения происходят в глубоких слоях подкожной жировой клетчатки и кожи с их последующим некрозом. Распространению воспаления способствует выработка стафилококком гиалуронидазы, которая повышает проницаемость соединительной ткани. При поздней диагностике воспалительный процесс идет вглубь, происходит некроз мягких тканей.

3. С рожистым воспалением и адипонекрозом: рожистое воспаление характеризуется появлением на коже медно-красной гиперемии с четкими границами, фестончатой формы и инфильтрацией, имеющей склонность к распространению. Отмечается местное повышение температуры и отечность. Локализация: нижняя треть живота, промежность, лицо. Характерно ухудшение общего состояния ребенка. Часто возникает озноб, рвота, повышение температуры до 38-40°C, выраженный отек и нарушение трофики тканей – образуют пузыри, некрозы. При адипонекрозе обнаруживают ограниченную синюшную гиперемию, чаще в межлопаточной области, при пальпации этой области выявляют безболезненную инфильтрацию; отсутствуют местное повышение температуры, явления инфекционного токсикоза; состояние и самочувствие младенца не страдает. Лечение комплексное, состоящее из трех компонентов: а) воздействие на микроорганизм, б) воздействие на макроорганизм, в) местное лечение. Прогноз для жизни в связи с запущенностью процесса сомнительный. В прогнозе заболевания имеет место решающее значение срочное начало лечения. В описанном случае квалифицированная помощь оказана только на 2 день. Местный процесс может быть проявлением сепсиса или осложниться развитием сепсиса.

Задача № ДХ

Девочка 15 лет, поступила с жалобами на недомогание, слабость, повышенную температуру тела, ознобы, головную боль, рвоту. На коже лица за сутки до поступления появилась яркая краснота с резко очерченными фестончатыми границами. Кожа в зоне воспаления отечна, горяча на ощупь и резко болезненна по периферии. Девочка отмечает, что зона поражения быстро увеличивается, это сопровождается болью и чувством жара.

При осмотре - общее состояние ребенка средней тяжести, обусловлено явлениями интоксикации. Температура тела 38.0°C. Кожные покровы, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается везикулярное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 90 ударов в минуту. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Патологические объемные образования пальпаторно не определяются. Симптомов раздражения брюшины нет. Область почек визуально не изменена, почки пальпаторно не определяются. Мочеточниковые точки безболезненные. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Моча прозрачная, светло – желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу.

Общий анализ крови: RBC - $4,5 \times 10^{12}/L$, HGB 130 g/L, WBC- $18 \times 10^9/L$, BASO - 1, EOS - 4, NEU - 69, LYM - 45, MONO - 6 СОЭ – 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: Цвет – соломенно-желтый, удельная плотность 1012, реакция щелочная, белок 0,02 г/л, сахар - отр., эритроциты - 0-1, лейкоциты - 2-3 в п/з, плоский эпителий - 1 в п/з.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз. Раскройте этиопатогенез заболевания.
2. Укажите возможные осложнения.
3. Сформулируйте лечение для данного ребенка. Какова профилактика рецидивов заболевания?

Эталон Задача № ДХ

1. Диагноз: Четкие фестончатые границы гиперемии, ее быстрое распространение дают основание поставить диагноз рожистого воспаления. Этиопатогенез: возбудителем неосложненного рожистого воспаления считается гемолитический стрептококк группы А. Патогенез и клиническое течение рожистого воспаления отличают выраженный инфекционно-токсический синдром и формирование местного воспалительного очага. В остром периоде рожистого воспаления происходят изменения системы гемостаза, проявляющиеся снижением числа тромбоцитов, сокращением времени свертываемости крови, увеличением уровня фибриногена в крови, снижением фибринолитической активности, что, в свою очередь, приводит к сосудистому микротромбообразованию.

Определенное значение в этиопатогенезе имеют нарушения лимфатического и венозного оттока.

2. Общие осложнения: болезни почек и сердечнососудистой системы (нефрит, ревматизм, миокардит). Местные: могут проявляться в виде абсцессов, язв, некрозов, тромбозов, воспалений, сепсиса, нарушения лимфообращения в пораженной зоне (слоновость).

3. Лечение комплексное. Местно - УФО, УВЧ, лечение лазером в инфракрасном световом диапазоне, терапия слабыми электрическими разрядами. Профилактика рецидивов: избегать резких температурных перепадов и особенно охлаждения; санация хронических очагов инфекции; соблюдение правил гигиены; иммунотерапия.

Задача № ДХ

У мальчика в возрасте 20 дней, который лечится по поводу «мокнущего пупка», отмечено ухудшение общего состояния, отказывается от груди, температура тела поднялась до 38°C, беспокойный. Кожа вокруг пупка стала гиперемированной, отечной и инфильтрированной. Вся область пупка возвышается над остальными отделами брюшной стенки. Пупочная ранка покрыта фибринозным налетом. На следующий день отек и инфильтрация распространилась на всю переднюю брюшную стенку.

При осмотре - общее состояние ребенка средней тяжести. Температура тела 38°C. Мальчик в сознании, вялый. Большой родничок запавший, размерами 2,0×2,0 см. Кожные покровы, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, бледные, сухие. Тургор тканей снижен. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД – 32 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 136 ударов в минуту. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Патологические объемные образования пальпаторно не определяются. Симптомов раздражения брюшины нет. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло – желтого цвета.

Общий анализ крови: RBC - $4,5 \times 10^{12}/L$, HGB 155 g/L, WBC- $16 \times 10^9/L$, BASO - 1, EOS - 2, BAND - 4, NEU- 40, LYM - 65, MONO – 10, СОЭ – 15 мм/ч.

Общий анализ мочи: Цвет – соломенно-желтый, удельная плотность 1012, реакция щелочная, белок 0,02 г/л, сахар - отр., эритроциты - 0-1, лейкоциты - 2-3 в п/з, плоский эпителий - 1 в п/з.

Вопросы:

1. Какой диагноз и какое осложнение заболевания имеет место в данном случае? Клиническая классификация заболевания.
2. С какими хирургическими заболеваниями необходимо дифференцировать длительно мокнущий пупок у новорожденного?
3. Принципы лечения заболевания в зависимости от формы. Лечебная тактика.

Эталон Задача № ДХ

1. Диагноз: Омфалит осложнился флегмоной передней брюшной стенки. Классификация: Катаральный омфалит — характеризуется наличием серозного отделяемого из пупочной ранки и замедлением ее эпителизации. Гнойный омфалит — характеризуется наличием гнойного отделяемого из пупочной ранки, отеком и гиперемией пупочного кольца. Флегмонозный омфалит — возникает в результате распространения воспалительного процесса на околопупочную область, вследствие чего он выбухает над поверхностью передней брюшной стенки. Гиперемия кожи вокруг пупка, расширение сосудов передней брюшной стенки (усиление венозной сети), присоединение лимфангоита. Состояние больного нарушено. Некротический омфалит — осложнение флегмонозной формы омфалита с присоединением некроза передней брюшной стенки.

2. С незаращением урахуса или желточного протока
3. При катаральном и изолированном гнойном омфалите, как правило, достаточно местной терапии — обработка пупочной ранки перекисью водорода с последующим прижиганием спиртовыми растворами анилиновых красителей, либо антибактериальной присыпкой, содержащей бацитрацин и неомицин (банеоцин). При флегмонозной и некротической формах омфалита, кроме местной санации пупочной ранки с применением повязок с гипертоническими растворами и хирургической обработкой, показана системная антибактериальная терапия. Лечебная тактика: Срочное направление в стационар, комплексное лечение, состоящее из трех компонентов: а) воздействие на микроорганизм, б) воздействие на макроорганизм, в) местное лечение (множественные «насечки» в шахматном порядке с захождением на здоровые ткани).

Задача № ДХ

Девочка в возрасте двух недель заболела остро. Появилось беспокойство, температура тела поднялась до 39°C, исчез аппетит. В области правой молочной железы появилась гиперемия кожи, припухлость. Мать обратилась к врачу на следующий день, при этом врач выявил в зоне поражения флюктуации.

При осмотре - общее состояние ребенка средней тяжести. Температура тела 39°C. Мальчик в сознании, вялый. Большой родничок запавший, размерами 2,0×2,0 см. Кожный покров, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, бледные, сухие. Тургор тканей снижен. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД – 34 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 132 ударов в минуту. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Патологические объемные образования пальпаторно не определяются. Симптомов раздражения брюшины нет. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло – желтого цвета.

Общий анализ крови: RBC - $4,5 \times 10^{12}/L$, HGB 155 g/L, WBC- $24 \times 10^9/L$, BASO - 1, EOS - 2, BAND - 4, NEU- 40, LYM - 65, MONO – 10, СОЭ – 14 мм/ч.

Общий анализ мочи: Цвет – соломенно-желтый, удельная плотность 1012, реакция щелочная, белок 0,02 г/л, сахар - отр., эритроциты - 0-1, лейкоциты - 2-3 в п/з, плоский эпителий - 1 в п/з.

Вопросы:

1. Ваш диагноз, обоснование. Особенность течения заболевания у данного ребенка.
2. Этиология заболевания.
3. В чем особенность хирургического лечения заболевания? Тактика в отношении данного ребенка.

Эталон Задача № ДХ

1. Диагноз: Правосторонний мастит новорожденного. Поражение одностороннее, признаки гнойного воспаления в области молочной железы, присоединившиеся симптомы интоксикации, характерный возраст. Особенность у данного ребенка: следует иметь в виду, что локальная инфекция у новорожденных часто протекает без общей симптоматики. В данном случае у ребенка явное ухудшение общего состояния, выраженная гипертермия, интоксикация. При осмотре местно - флюктуация, что свидетельствует о гнойном расплавлении ткани молочной железы.
2. Гнойный мастит новорожденных развивается в результате инфицирования в первые 2–3 недели жизни, чаще на фоне физиологического набухания молочных желез. Инфекция может проникнуть в ткань железы через повреждения кожи или с током крови из другого очага воспаления.
3. Особенность хирургического лечения: разрезы в области грудной железы выполняются без захождения на ареолы, радиарно - с целью исключить поперечную травматизацию выводных протоков молочных желез. Тактика в отношении данного ребенка: лечение только в стационаре, комплексное, состоящее из трех компонентов: а) воздействие на микроорганизм, б) воздействие на макроорганизм, в) местное лечение (радиальные разрезы над зоной воспаления).

Задача № ДХ

Мальчик, 12 лет, получил инфицированную потертость правой стопы, находясь в детском летнем лагере. Врач детского лагеря обработал область поражения: удалил отслоившийся эпидермис, гной. Была наложена повязка с мазью Вишневского. Мальчика положили в изолятор лагеря, назначили внутрь по 0,3 сульфадимезина. В последующие дни состояние ребенка не улучшается, ходить мальчик не может, жалуется на боли в ноге, в основном, паховой области. В паховой области определяется несколько образований величиной с фасоль, резко болезненных, на коже внутренней поверхности голени и бедра имеются продольные красные полосы.

При осмотре - общее состояние ребенка удовлетворительное. Кожные покровы, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается везикулярное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД – 20 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 88 ударов в минуту. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделах. Патологические объемные образования пальпаторно не определяются. Симптом раздражения брюшины нет. Область почек визуально не изменена, почки пальпаторно не определяются. Мочеточниковые точки безболезненные. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Моча прозрачная, светло – желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Яички в мошонке.

Общий анализ крови : RBC - $4,5 \times 10^{12}/L$, HGB 130 g/L, WBC- $18.1 \times 10^9/L$, BASO - 1, EOS - 2, BAND - 4, NEU- 59, LYM - 30, MONO – 6, СОЭ – 22 мм/ч.

Биохимические исследования крови: TP- 70 g/L, GLU – 5.0 mmol/L, TBIL - 17,8 umol/L, DBIL- 5,4 umol/L, K - 3.8 mmol/L, UREA- 2.0mmol/L, C-reactive protein 25 mg/ml

Вопросы:

1. Диагноз. Возможное осложнение у данного ребенка, требующее хирургического вмешательства?
2. Какое обследование необходимо назначить? Возможно ли обследование на базе лагеря?
3. Лечебная тактика. Лечебная тактика в случае осложнения?

Эталон Задача № ДХ

1. Инфицированная мозоль стопы, осложненная восходящим лимфангоитом и региональным (паховым) лимфаденитом. Лимфаденит в стадии инфильтрации, без признаков абсцедирования. Возможное осложнение: абсцедирование пахового лимфаденита.

2. В динамике: клинические анализы крови (общий анализ крови с уточнением лейкоцитарной формулы, биохимический анализ крови с исследованием С-реактивного белка, прокальцитонина, УЗИ паховых областей в динамике, посевы с раневой

поверхности, консультация иммунолога. Расширенные анализы невозможны в условиях детского лагеря

3. Лечебная тактика: следует госпитализировать ребенка в стационар, проводить комплексное лечение антибиотикотерапия более сильным препаратом, возможная смена антибиотика после получения результатов посева, инфузионная терапия, перевязки с антибактериальными мазями и эмульсиями. В случае осложнения: вскрытие гнойника, эвакуация гноя, дренирование гнойника, продолжение ранее проводимой терапии

Задача № ДХ

Ребенку 11 лет, болен четыре дня. Температура тела повышалась до 40°C, жалуется на боль во всей правой голени, наступать на ногу не может, не спит. Разлитой напряженный отек всей голени, легкая гиперемия. При пальпации резкая болезненность в проекции большеберцовой кости. Симптом флюктуации отсутствует.

При осмотре - общее состояние ребенка средне – тяжелое, обусловлено явлениями интоксикации. Температура тела повышалась до 39°C. Кожные покровы, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тurgор тканей удовлетворительный. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается везикулярное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД – 20 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 100 ударов в минуту. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделах. Патологические объемные образования пальпаторно не определяются. Симптом раздражения брюшины нет. Область почек визуально не изменена, почки пальпаторно не определяются. Мочеточниковые точки безболезненные. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Моча прозрачная, светло – желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Яички в мошонке.

Общий анализ крови: RBC - $4,5 \times 10^{12}/L$, HGB 130 g/L, WBC- $28.1 \times 10^9/L$, BASO - 1, EOS - 2, BAND - 4, NEU- 59, LYM - 30, MONO – 6, СОЭ – 30 мм/ч.

Биохимические исследования крови: TP- 70 g/L, GLU – 5.0 mmol/L, TBIL - 17,8 umol/L, DBIL- 5,4 umol/L, K - 3.8 mmol/L, UREA- 2.0mmol/L, C-reactive protein 25 mg/ml

Вопросы:

1. Диагноз с обоснованием.
2. Дополнительные методы диагностики. Есть ли необходимость выполнять рентгенографию пораженной конечности? Поясните ответ.
3. Принципы лечения заболевания. Каким будет местное лечение у данного ребенка?

Эталон Задача № ДХ

1. Описанная клиническая картина соответствует диагнозу: острый гематогенный остеомиелит правой голени. Стадия межмышечной флегмоны. Характерно сочетание двух групп симптомов - выраженной общей симптоматики, описываемой как гнойно-резорбтивная лихорадка и признаков местного воспаления. Местные симптомы обычно отстают от общих в связи с глубоким (внутрикостным) расположением воспалительного очага.
2. Дополнительные методы диагностики: клинические анализы крови (общий анализ крови с уточнением лейкоцитарной формулы, биохимический анализ крови с исследованием С-реактивного белка, прокальцитонина, УЗИ конечности, компьютерная томография конечности. Диагностической значимости рентгенография конечности при сроке

заболевания 4 суток не имеет, так как рентгенологические изменения в кости возникают ко 2 неделе заболевания.

3. Принципы лечения – лечение осуществляется по принципу Т.П. Краснобаева: а) воздействие на микроорганизм, б) воздействие на макроорганизм, в) местное лечение. У данного ребенка: остеоперфорация, вскрытие и дренирование межмышечной флегмоны с посевами материала.

Задача № ДХ

Мальчик, 14 лет, обратился к детскому хирургу районной детской поликлиники с жалобами на длительно незаживающий свищ в нижней трети бедра справа. В анамнезе - перенесенный острый гематогенный остеомиелит правой бедренной кости, оперирован. Температура нормальная. Нижняя треть бедра утолщена, уплотнена. На наружной его поверхности имеется втянутый рубец со свищом в центре, с гнойным отделяемым. Инфильтрации и затеков нет.

При осмотре - общее состояние ребенка удовлетворительное. Кожные покровы, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается везикулярное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД – 20 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 100 ударов в минуту. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Патологические объемные образования пальпаторно не определяются. Симптом раздражения брюшины нет. Область почек визуально не изменена, почки пальпаторно не определяются. Мочеточниковые точки безболезненные. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Моча прозрачная, светло – желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Яички в мошонке.

Общий анализ крови: RBC - $4,5 \times 10^{12}/L$, HGB 130 g/L, WBC- $14 \times 10^9/L$, BASO - 1, EOS - 2, BAND - 4, NEU- 69, LYM - 14, MONO – 6, СОЭ – 16 мм/ч.

Биохимические исследования крови: TP- 70 g/L, GLU – 5.0 mmol/L, TBIL - 17,8 umol/L, DBIL- 5,4 umol/L, K - 3.8 mmol/L, UREA- 2.0mmol/L

ОАМ: Цвет – соломенно-желтый, удельная плотность 1012, реакция щелочная, белок 0,02 г/л, сахар - отр., эритроциты - 0-1, лейкоциты - 2-3 в п/з, плоский эпителий - 1 в п/з.

Вопросы:

1. Диагноз. Объясните патогенез заболевания.
2. План обследования.
3. Лечение. Прогноз для данного ребенка.

Эталон Задача № ДХ

1. Диагноз: хронический гематогенный остеомиелит правой бедренной кости, секвестрирующая форма. Патогенез заболевания: морфологической основой хронического остеомиелита является секвестр (омертвевший в острый период участок кости, ставший для организма инородным телом). Процесс формирования секвестра, его отторжения от здоровой кости клинически проявляется как хронический остеомиелит. Секвестрация и отторжение способствуют формированию и поддерживанию свищей.
2. План обследования: общеклиническое обследование, рентгенография, УЗИ и компьютерная томография бедренных костей, посевы с раневой поверхности.
3. Лечебная тактика: основой лечения является операция - секвестрэктомия - удаление секвестра, который поддерживает воспалительный процесс. Кроме местного лечения необходимы антибактериальная терапия и коррекция нарушенных параметров гомеостаза. Прогноз для жизни благоприятный. Прогноз для последующей трудоспособности сомнительный. Ребенок должен быть направлен на комиссию по присвоению инвалидности

Задача № ДХ

Врач детский хирург вызван на консультацию в неонатальное отделение к девочке 3 суток жизни в связи с отсутствием стула в течение последних двух суток. Появилось вздутие живота, ребенок срыгивает после каждого кормления, вялый, аппетит снижен.

Первый ребенок, от первой беременности. Роды самостоятельный на 40 недели гестации. Беременность на фоне острой респираторной вирусной инфекции в первом триместре. Масса тела при рождении 2990 гр., рост 49 см. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов.

При осмотре - общее состояние ребенка средней тяжести. Девочка в сознании, активна, на осмотр реагирует двигательной активностью. Крик громкий. Большой родничок вровень с кожным краем, размерами 2.0х2.0 см. Кожные покровы, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД – 32 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 136 ударов в минуту. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Патологические объемные образования пальпаторно не определяются. Симптомов раздражения брюшины нет. При осмотре промежности – анус в типичном месте отсутствует, в должном месте ануса определяется анальная ямка. В преддверии влагалища в области задней комиссуры определяется свищевое отверстие, около 2 мм. В диаметре, через которое отходит стул. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло – желтого цвета.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз. Укажите современную классификацию данных пороков развития.
2. Какова тактика врача скорой помощи? Какова тактика врача стационара?
3. Каким образом можно оперировать данный порок? Современная концепция.

Эталон Задача № ДХ

1. Аноректальная мальформация со свищом. Могут иметь место: вестибулярный, промежностный, вагинальный свищи или персистирующая клоака с коротким каналом. В настоящее время принята Крикенбекская классификация (часто встречающиеся и редкие формы). К часто встречающимся относят: аноректальные мальформации без свища, со свищами - вестибулярным, промежностным, везикальным, уретральным (бульбарным и простатическим); врожденная персистирующая клоака, анальный стеноз.

2. Тактика врача скорой помощи: госпитализация ребенка в хирургический стационар в экстренном порядке. Тактика врача стационара: общеклиническое обследование. Осмотр промежности - визуализация свища. При диагнозе вестибулярный или промежностный свищ - проведение очистительных клизм через свищ, подготовка к плановой операции, при диагнозе - вагинальный свищ или клоака - срочная операция после подготовки – колостомия.

3. Возможна радикальная операция или этапная коррекция порока (через колостому). В настоящее время во всем мире общепринята заднесагиттальная аноректопластика по А.Пенья.

Задача № ДХ

В приемное хирургическое отделение многопрофильного круглосуточного стационара в экстренном порядке доставлен мальчик, 8 месяцев, из анамнеза известно, что 10 дней назад во время игры на полу ребенок внезапно покраснел и закашлялся. Через некоторое время этот приступ прошел, но в дальнейшем развилась картина правосторонней пневмонии, длительно не разрешаемой медикаментозным лечением под контролем участкового педиатра.

Первый ребенок, от первой беременности. Роды самостоятельный на 39 недели гестации. Беременность протекала без патологии. Масса тела при рождении 2990 гр., рост 49 см. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Меконий после

При осмотре - общее состояние ребенка средней тяжести. Большой родничок 1.0x1.0см. Кожные покровы, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается пуэрильное дыхание, справа ослаблено, определяются множественные хрипы. ЧДД – 32 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 136 ударов в минуту. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Патологические объемные образования пальпаторно не определяются. Симптом раздражения брюшины нет. Область почек визуально не изменена, почки пальпаторно не определяются. Мочеточниковые точки безболезненные. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Моча прозрачная, светло – желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Яички в мошонке.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен? Что неверно в тактике врача?
2. Дополнительное обследование. Какие вопросы должны быть поставлены при назначении рентгенографии грудной клетки такому ребенку?
3. Тактика при подтверждении диагноза. Как лечить пневмонию у такого ребенка?

Эталон Задача № ДХ

1. Описана типичная клиническая картина аспирации инородного тела. Длительное лечение пневмонии при данном анамнезе представляется тактически неоправданным.
2. Дополнительное обследование: общеклиническое обследование, УЗИ плевральной полости, рентгенография, компьютерная томография, бронхоскопия под наркозом. При назначении рентгенографии грудной клетки необходимо: визуализация инородного тела, при условии его рентгеноконтрастности; оценка степени инфильтративных изменений в легких для дальнейшего динамического обследования и оценки эффективности лечения.
3. Тактика при подтверждении диагноза: при проведении бронхоскопии и обнаружении инородного тела выполняется удаление инородного тела эндоскопически, при необходимости - эндоскопическая санация бронхиального дерева. После процедуры, проводится комплексное лечение пневмонии. Лечение пневмонии после удаления инородного тела не отличается от лечения внебольничной бактериальной пневмонии (антибиотики парентерально, муколитики, по показаниям - антипиретики, оксигенотерапия).

Задача № ДХ

В отделение недоношенных детей областного перинатального центра вызван на консультацию детский хирург, из анамнеза - ребенок от второй беременности, протекавшей на фоне сахарного диабета, с угрозой выкидыша в 19 недель. Роды на 34 неделе гестации с частичной отслойкой плаценты, начинающейся асфиксией плода. Околоплодные воды зеленые. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. Масса тела при рождении 1900 граммов, длина тела 48 см. Состояние после рождения расценено как тяжелое, вял, адинамичен, гипотоничен. Дыхание аритмичное, тахипноэ, тахиаритмия. Сердечные тоны глухие до 160 в мин. Желтуха с вторых суток. С вторых суток начато кормление сцеженным молоком через зонд. Живот после рождения мягкий, не вздут. Меконий отошел в первые сутки, в последующие дни - стул ежедневно 5-6 раз. Стабильно прибавлял в весе. К двенадцатым суткам состояние ребенка ухудшилось, появились явления токсикоза и эксикоза. Отмечены срыгивания, затем рвота с желчью. Кожный покров бледно-цианотичный, мраморный. Тurgor тканей снижен, отмечается акроцианоз. Слизистые оболочки бледные, сухие. Живот округлой формы, вздут, болезненный при пальпации во всех отделах. Перистальтика кишечника ослаблена. Газы не отходят. Стула не было 12 часов. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Вопросы

1. Поставьте предварительный диагноз. Какие данные анамнеза и клинические признаки свидетельствуют в пользу диагноза.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для верификации диагноза.
3. Составьте план лечения больного. Что является показанием к хирургическому лечению.

Эталон Задача № ДХ

1. Некротический энтероколит – II стадия. Асфиксия плода, токсикоз, эксикоз, отечность передней брюшной стенки, парез кишечника, кровянистые выделения из прямой кишки.
2. УЗИ органов брюшной полости, обзорная рентгенография
3. При II и III стадиях интенсивная консервативная терапия должна включать следующие пункты:
 - Декомпрессия ЖКТ (при II стадии пауза на 6—12 ч, при III — полное исключение приёма жидкости через рот в течение 12-24 ч с постоянной аспирацией застойного содержимого через зонд). Можно начинать поить ребёнка водой только при условии полного восстановления пассажа по кишечнику и при отсутствии застоя в желудке. Через сутки после этого начинают кормить ребёнка сцеженным грудным молоком по 5—10 мл через 2 ч.
 - Инфузионная терапия, направленная на регидратацию, восстановление микроциркуляции, ликвидацию нарушений гомеостаза и кислотно-основного состояния.
 - Антибактериальную терапию проводят по принципу деэскалационной терапии.
 - Системные антибиотики подбирают с учётом предшествовавшей терапии, с парентеральным применением цефалоспоринов последних поколений или антибиотиков группы карбапенемов. Лечение сопровождают микробиологическим

мониторингом с целью своевременной целенаправленной коррекции.

- Лечение антимикробными препаратами контролируют микробиологически каждые 4—5 дней, и в случае неэффективности проводят коррекцию терапии. При достижении положительного эффекта антибиотики своевременно отменяют, не допуская «перелечивания» больного и развития суперинфекции. Для закрепления эффекта на этапе восстановления биоценоза рекомендуют назначение биопрепаратов, ферментных препаратов.

- Стимулирующая и симптоматическая терапия, включающая переливания гипериммунной плазмы, введение иммуноглобулинов, витаминов. В первых трёх стадиях возможно консервативное излечение некротического энтероколита.

Оперативное лечение показано на IV стадии в случае перфоративного перитонита и на III стадии предперфорации, если в течение ближайших 6—12 ч интенсивной терапии отсутствует положительная динамика со стороны ЖКТ. Операцией выбора считают выключение поражённого отдела кишечника путём наложения колостомы на здоровый вышележащий от дел. После выздоровления реконструктивную операцию выполняют через 1—2 мес.

Задача №ДХ

В родильном доме при осмотре мальчика 5 суток жизни мать ребенка указала врачу на резкое беспокойство малыша перед мочеиспусканием и выделение через пупок какой-то жидкости. Кожа вокруг пупка раздражена, мацерирована. При натуживании ребенка, при крике или во время мочеиспускания, через пупок струей выделяется светло-желтая жидкость.

Мальчик родился доношенным, с массой тела 3100 кг. При осмотре - общее состояние ребенка удовлетворительное. Температура тела 36.7°C. Мальчик в сознании, крик громкий. Большой родничок нормотоничен, размерами 2,0×2,0 см. Кожные покровы, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей сохранен. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается пузрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД – 32 в минуту. Область сердца визуальна не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 134 ударов в минуту. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Патологические объемные образования пальпаторно не определяются. Симптомов раздражения брюшины нет. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Отмечается физиологический фимоз.

Общий анализ крови: RBC - $4,5 \times 10^{12}/L$, HGB 155 g/L, WBC- $24 \times 10^9/L$, BASO - 1, EOS - 2, BAND - 4, NEU- 40, LYM - 65, MONO – 10, СОЭ – 14 мм/ч.

Общий анализ мочи: Цвет – соломенно-желтый, удельная плотность 1012, реакция щелочная, белок 0,02 г/л, сахар - отр., эритроциты - 0-1, лейкоциты - 2-3 в п/з, плоский эпителий - 1 в п/з.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Раскройте этиологию заболевания.
2. Назовите дополнительные исследования для уточнения диагноза. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение. Перечислите возможные осложнения заболевания.

Эталон Задача №ДХ

1. Полный свищ пупка (необлитерированный на всем протяжении уракус). Мочевой проток отходит от верхушки мочевого пузыря и идет к пупку между брюшиной и поперечной фасцией живота. У эмбриона служит для отведения первичной мочи в околоплодные воды. В норме на 4-5 месяце облитерируется и становится срединной внутренней пупочной связкой. В ряде случаев, особенно у недоношенных детей, он может остаться открытым к моменту рождения, и его облитерация происходит на первом году жизни.
2. Фистулография: введение индигокармина или метиленового синего ретроградно по мочеиспускательному каналу в мочевой пузырь - из свища будет выделение окрашенной мочи. (Или ввести краситель через пупочный свищ и увидеть окрашивание мочи.)
- Микционная цистография.
При полном свище желточного протока будет отмечаться выделение кишечного содержимого через свищ.
3. Лечение: хирургическое - иссечение протока на всем протяжении. Осложнения: Омфалит, цистит.

Задача № ДХ

К участковому педиатру, обратились родители ребенка 1,5 месяцев с жалобами на беспокойство ребенка при разгибании левой ножки во время пеленания в течение двух дней. При осмотре левая ножка приведена к животу, стопа свисает. Активные движения отсутствуют. Пассивные движения болезненны в тазобедренном суставе. Температура тела 37,9°C. Со слов мамы накануне стал вялым, отказывается от груди.

Девочка родилась доношенной, с массой тела 3800 гр., длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. Растет и развивается соответственно возрасту.

Общее состояние средней степени тяжести. Мальчик в сознании, крик громкий. Большой родничок нормотоничен, размерами 2,0×2,0 см. Кожные покровы, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, бледные, нормальной влажности. Тургор тканей сохранен. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается пузрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД – 32 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 134 ударов в минуту. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Патологические объемные образования пальпаторно не определяются. Симптомов раздражения брюшины нет. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Яички в мошонке. Головка полового члена не выводится – физиологический фимоз.

Вопросы

1. Поставьте предварительный диагноз. Какие клинические признаки свидетельствуют в пользу диагноза. Является ли данная клиническая картина типичной.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для верификации диагноза. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
3. Составьте план лечения больного. Что повлияет на прогноз данного заболевания.

Эталон Задача № ДХ

1. Острый гематогенный остеомиелит проксимального эпифиза левой бедренной кости. Наличие болевой контрактуры, повышение температуры тела, вялость, снижение аппетита. Данная клиническая картина типична для ОГО младшего возраста
2. УЗИ тазобедренных суставов, пункцию тазобедренного сустава справа. Ушиб мягких тканей, синдром двигательных нарушений при перинатальной энцефалопатии.
3. Принципы Т.П. Краснобаева. Комплексная терапия, санация очага воспаления, антибактериальная терапия, коррекция гомеостаза, профилактика ортопедических осложнений. На прогноз данного заболевания повлияет своевременность диагностики и лечения

Задача № ДХ

Ребенок от первой беременности, которая протекала без патологии. Роды срочные (38 недель гестации) путем Кесарева сечения. Масса тела при рождении 3250 гр., длина тела 50 см. К груди приложен в родильном зале. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.

Через 6 часов после рождения отмечен цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, при беспокойстве возникает общий цианоз кожных покровов. Частота дыхания до 80 в 1 мин, с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Грудная клетка асимметрично вздута. Перкуторно слева - коробочный звук, справа - легочный. Аускультативно слева - дыхание резко ослаблено, справа - пуэрильное. Сердечные тоны приглушены, до 160 в 1 мин., максимально громко выслушиваются по правой среднеключичной линии. Живот не вздут, несколько запавший. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам.



Печень +2 см. Патологические объёмные образования не определяются. Перитонеальных симптомов нет.

Рентгенограмма органов грудной клетки представлена.

Вопросы

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие данные клинической картины свидетельствуют в пользу диагноза. Опишите представленную рентгенограмму.
3. Составьте план лечения больного.

Эталон Задача № ДХ

1. Врожденная диафрагмальная грыжа слева.
2. Гипоплазия левого легкого, легочная гипертензия. Признаки дыхательной недостаточности, смещение сердечных тонов, ослабленное дыхание слева, петли кишечника на рентгенографии в грудной клетке. Смещение средостения, отсутствие легочного рисунка слева, наличие неоднородных теней слева.
3. При диафрагмальных грыжах лечение оперативное. Исключение составляют бессимптомно протекающие ограниченные выпячивания диафрагмы и умеренно выраженная релаксация купола, допускающие возможность наблюдения. Экстренность операции определяется выраженностью симптомов дыхательной недостаточности. Возраст не является противопоказанием к операции. Как правило, вмешательство проводят путем лапаротомии, хотя при некоторых формах истинных грыж операция может быть с успехом выполнена и торакальным доступом. Основными этапами операции являются низведение внутренностей в брюшную полость, иссечение грыжевого мешка (при истинных грыжах), ушивание или пластика грыжевых ворот.

Задача № ДХ

У новорожденного ребенка к концу 1 суток появилась обильная многократная рвота желчью.



Меконий не отходит. Ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне многоводия, гестоза, первых срочных родов, родился с массой 3700 гр. Аллергических реакций нет. Гемотрансфузии не производились. При УЗИ плода антенатально патологии не выявлено.

Общее состояние тяжелое. Кожа сухая, большой родничок 2,0×2,0 см. запавший. Грудная клетка обычной формы, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких - дыхание пуэрильное, ЧД 46 уд. в мин. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца громкие, на верхушке выслушивается систолический шум, ЧСС 164 уд. в мин. Живот асимметричен за счет вздутия в эпигастральной области. Пальпация живота безболезненная. Границы печени и селезенки в пределах возрастной нормы. Меконий не отходит. После введения газоотводной трубки меконий не получен. Газы не отходят. Выполнена очистительная клизма - получены пробки серого цвета.

При зондировании желудка получено 30 мл темной желчи.

ОАК: RBC- $5,8 \times 10^{12}/L$, HGB 186 г/L, PLT – $485 \times 10^9/L$, WBC- $28,8 \times 10^9/L$, BAND- 26, NEU- 34, LYM- 23, MONO 9, СОЭ 2 мм/час

Обзорная рентгенография органов брюшной полости в вертикальном положении представлена.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Озвучьте этиологическую теорию заболевания
3. Укажите тактику действия врача родильного дома. Укажите варианты лечения больного

Эталон Задача № ДХ

1. Врожденная высокая кишечная непроходимость. Атрезия 12-перстной кишки (ниже p.fateri): обильная многократная рвота желчью, меконий не отходит, газы не отходят, живот ассиметричен за счет вздутия в эпигастральной области, на обзорной рентгенограмме синдром double bubble.
2. Теория нарушения внутриутробной реканализации первичной кишки
3. Рекомендуется перевод ребенка в отделение хирургии новорожденных через 12-24 часа. Оперативное лечение после предоперационной подготовки (устранение явлений эксикоза). Лапаротомия (лапароскопия), наложение анастомоза 12типерстной кишки конец в конец (diamond-shaped анастомоз по Кимура).

Задача № ДХ

Новорожденный мальчик, 3 сутки жизни, появилась обильная рвота желчью, приступообразное беспокойство. Меконий отходил в 1 сутки, затем стул ежедневно.

Ребенок от четвертой беременности (протекала на фоне хронического кольпита, многоводия, гестоза), вторых срочных родов. Масса тела при рождении 3700 гр., длина тела 50 см., оценка по шкале Апгар - 7/8 баллов. Аллергических реакций нет. Гемотрансфузии не производились.

Общее состояние тяжелое. Большой родничок 2,0×2,0 см., запавший. Отмечается мраморность кожного покрова, усиливающаяся при беспокойстве ребенка. Слизистые оболочки бледно – розового цвета, сухие. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации дыхание в легких пуэрильное. ЧДД 40 в минуту. Область сердца визуально не изменена. При аускультации - тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 150 в минуту. Живот не вздут, болезненный при пальпации в левых отделах, мягкий. Границы печени и селезенки в пределах возрастной нормы. Перитонеальных симптомов нет. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу, правильно. Яички в мошонке. Определяется физиологический фимоз. Анус сформирован правильно, в должествующем месте.

После введения газоотводной трубки получена слизь с кровью.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз. Озвучьте тактику оказания неотложной помощи.
2. Составьте план обследования для подтверждения диагноза.
3. Назовите возможные осложнения при несвоевременно начатом лечении

Эталон Задача № ДХ

1. Стеноз двенадцатиперстной кишки ниже Фаттерова сосочка.
Тактика оказания неотложной помощи: постановка назогастрального зонда с целью декомпрессии, очистительная клизма, запрет на энтеральное кормление, подготовка к операции.
2. Показано рентгенологическое обследование: обзорный снимок брюшной полости и два снимка в прямой и боковой проекции через 40 минут после дачи контрастного вещества через рот. После предоперационной подготовки показано оперативное вмешательство.
3. При несвоевременном лечении возможно развитие терминального эксикоза, с дальнейшей смертью ребёнка.

Задача № ДХ

У новорожденного ребенка к концу 2 суток появилась обильная рвота желчью, застойным содержимым. Меконий не отходил. Отмечено нарастающее вздутие живота.

Ребёнок от первой беременности, от матери (16 лет), беременность протекала на фоне хронического бронхита, многоводия, гестоза. Роды путем Кесарева сечения (узкий таз). Масса тела при рождении 3700 гр., длина тела 50 см. Аллергических реакций нет. Гемотрансфузии не производились.

Общее состояние тяжелое. Большой родничок 2,0×2,0 см., запавший.

Кожа серая, на передней брюшной стенке усиленный венозный рисунок. Слизистые оболочки бледно – розового цвета, несколько сухие. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 50 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные ЧСС 148-150 в минуту. Живот равномерно вздут. При пальпации мягкий, болезненный. Границы печени и селезенки в пределах возрастной нормы. Перитонеальных симптомов нет. После введения газоотводной трубки меконий не получен, газы не отходят. При зондировании желудка получено 40 мл темно-зеленого цвета застойного содержимого. Область почек визуально не изменена, почки пальпаторно не определяются. Мочеиспускание свободное, моча прозрачная, насыщенно – желтого цвета. Наружные половые органы сформированы соответственно возрасту и полу.

ОАК: RBC $5,8 \times 10^{12}/L$, HGB 210 g/L, WBC-19,8 $\times 10^9/L$, EOS - 0, BAND- 6, NEU- 64, LYM- 28, MONO- 2, СОЭ 7 мм /час.

Обзорная рентгенография органов брюшной полости в вертикальном положении: определяются множественные разного диаметра уровни жидкости.

Вопросы

1. Поставьте и обоснуйте возможные диагнозы. Определите тактику оказания неотложной помощи
2. Составьте план обследования в хирургическом стационаре
3. Назначьте лечение

Эталон Задача № ДХ

1. Низкая кишечная непроходимость. Атрезия тонкой кишки?
2. УЗД диагностика, ирригография, рентгеноконтрастное исследование
3. После предоперационной подготовки показано оперативное вмешательство.



Задача № ДХ

В роддоме при первичном осмотре новорожденного выявлен порок развития - отсутствие заднепроходного отверстия.

Первый ребенок, от первой беременности. Роды самостоятельный на 40 недели гестации. Беременность на фоне острой респираторной вирусной инфекции в первом триместре. Масса тела при рождении 3150 гр., рост 49 см. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. 3

При осмотре - общее состояние ребенка средней тяжести. Девочка в сознании, активна, на осмотр реагирует двигательной активностью. Крик громкий. Большой родничок вровень с кожным краем, размерами 2,0×2,0 см. Кожные покровы, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается пузырьное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД – 32 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 136 ударов в минуту. Живот вздут, при пальпации мягкий, контурируются петли кишечника на передней брюшной стенке. Патологические объемные образования пальпаторно не определяются. Симптомов раздражения брюшины нет. При осмотре промежности: анус в обычном месте отсутствует, на задней стенке преддверия влагалища через свищевое отверстие выделяется меконий. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло – желтого цвета.

ОАК: RBC $5,8 \cdot 10^{12}/L$, HGB 186 g/L, WBC $30,0 \cdot 10^9/L$, BASO-0, EOS-2, BAND- 23, NEU- 36, LYM 23, MONO- 9, СОЭ - 3 мм/час.

ОАМ: цвет желтый, от. плотность 1001, реакция кислая, лейкоциты 3-4 в п/з.

Биохимические исследования крови: TP - 63 g/L, GLU - 3,8 mmol/L, K - 3,5 mmol/L, TBIL - 18 Ummol/L.

Вопросы:

1. Поставить и обосновать предварительный диагноз.
2. Тактика оказания неотложной помощи. Возможные сроки оперативного лечения
3. Из каких соображений ребенку необходимо выполнить рентгенографию крестца и копчика в 2 проекциях?

Эталон Задача № ДХ

1. Аноректальная мальформация, вестибулярный свищ
2. Вестибулярный свищ диагностируется у девочек с отсутствием ануса в должествующем месте. При осмотре вульвы в области задней комиссуры имеется отверстие свища, через которое отходит меконий. Так же, как при промежностном свище, хирургическое лечение предпринимается в возрасте 2-3 месяцев жизни, когда достаточная дефекация невозможна. Вопрос о бужировании свищевого хода до операции остается открытым, часть хирургов не поддерживает выполнение этого приема. В настоящее время большинство хирургов выполняет превентивную колостомию при вестибулярном свище, в последующем – операции аноректосфинктеропластики из переднего или заднего сагиттального доступа. Рекомендовано сохранение наружного

сфинктера под обязательным контролем электромиоидентификации. После операции обязательно бужирование неоануса по схеме, после – деколостомия

3. Вычисление крестцового индекса, оценка высоты стояния атрезированного отдела прямой кишки

Задача № ДХ

В приемный покой обратились родители больного ребенка 2-х лет с жалобами на появление у него стула темно-вишневого цвета.

В течение суток родители отмечают, что сын стал вялым, адинамичным, не интересуется игрушками, резко ухудшился аппетит. Жалуется на боли в животе. Рвоты не было. Температура тела 37,3°C. Дважды отмечался стул темно-вишневого цвета. Газы отходят.

Беременность протекала с токсикозом первой половины. Роды срочные. Болел ветряной оспой. Накануне перенес ОРВИ. Аллергических реакций не отмечено.

Общее состояние тяжелое. Кожные покровы чистые, бледные. Язык сухой, чистый. Подкожно-жировой слой выражен умеренно, периферические лимфоузлы не пальпируются. Костно-суставная система без патологических изменений. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 120 уд. в одну минуту слабого наполнения и напряжения. Живот не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий во всех отделах безболезненный. Напряжения мышц нет. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

При ректальном исследовании переходная складка брюшины не изменена, за пальцем получен стул калового характера, равномерно прокрашенный темной кровью.

ОАК: RBC – $2.9 \cdot 10^{12}/L$, HGB 86 g/L, WBC- $8,6 \cdot 10^9/L$, BASO - 0, EOS - 0, BAND - 2, NEU - 30, LYM - 63, MONO - 5 СОЭ – 11 мм/ч.

ОАМ: цвет – соломенно-желтый, удельная плотность 1014, лейкоциты - 2-4.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Укажите эмбриологические предпосылки заболевания
3. Определите тактику оказания неотложной помощи. Назначьте (с обоснованием) необходимое больному лечения.

Эталон Задача № ДХ

1. Кровотечение из дивертикула Меккеля
2. Нарушение облитерации желточного протока, наличие эктопической ткани желудка и поджелудочной железы, способствуют изъязвлению стенки дивертикула.
3. Диагностическая лапароскопия с дальнейшим интраоперационным принятием решения о тактике и объеме оперативного вмешательства – возможна клиновидная резекция с наложением анастомоза либо стом.

Задача № ДХ

В приемное отделение доставлен мальчик 7 лет с жалобами на тошноту, двукратную рвоту. Из анамнеза удалось выяснить, что за 6 часов до обращения, катаясь на санках, ударился головой о дерево. Отмечалась кратковременная потеря сознания. Спустя 30 минут после травмы – рвота дважды. Состояние удовлетворительное. В сознании (Школа комы Глазго – 15 баллов), контактен, на вопросы отвечает правильно. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, бледные. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. При аускультации в легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 76 уд. в минуту. Пульс на периферических артериях удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 90/60 мм.рт.ст. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Печень и селезенка не увеличены. Притупления перкуторного звука в отлогих местах живота нет. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул нормальный. Мочеиспускание не нарушено. Неврологический статус – лицо симметричное, зрачки равновеликие D=S, движения глазных яблок в полном объеме, отмечается горизонтальный мелкокоразмашистый нистагм. Рефлексы с конечностей симметричные, живые. D=S. Патологических рефлексов нет. Менингеальных знаков, очаговой неврологической симптоматики нет. В области лба справа – гематома мягких тканей, около 3 см. в диаметре, темно – синего цвета.

Рентгенография костей черепа (2 проекции) - нарушение структуры и целостности костей черепа не выявлено.

ОАК: RBC – $4.2 \cdot 10^{12}/L$, HGB 120 g/L, WBC- $7.3 \cdot 10^9/L$, BASO - 0, EOS - 2, BAND - 3, NEU - 65, LYM - 9, MONO - 21, СОЭ – 9 мм/ч.

Биохимические исследования крови: TP- 70 g/L, GLU - 4,8 mmol/L, TBIL - 16,0 umol/L, DBIL- 5,4 umol/L, K - 4, mmol/L, UREA- 2 mmol/L

ОАМ: Цвет – соломенно-желтый, удельная плотность 1015, реакция кислая, белок 0,05 г/л, сахар - отр., лейкоциты - 8-10 в п/з, плоский эпителий - 1-2 в п/з.

Вопросы

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
 2. Определите тактику оказания неотложной помощи.
- Назначьте (с обоснованием) необходимое больному лечение.
3. Укажите возможные осложнения.

Эталон Задача № ДХ

1.ЧМТ, сотрясение головного мозга. Диагноз поставлен на основании жалоб (наличие травмы, жалобами на тошноту, двукратную рвоту), анамнеза (за 6 часов до обращения, катаясь на санках, ударился головой о дерево), объективных данных (Неврологический статус – лицо симметричное, зрачки равновеликие D=S, движения глазных яблок в полном объеме, отмечается горизонтальный мелкокоразмашистый нистагм. Рефлексы с конечностей симметричные, живые. D=S. Патологических рефлексов нет. Менингеальных знаков, очаговой неврологической симптоматики нет. В области лба справа – гематома мягких тканей, около 3 см. в диаметре, темно – синего цвета)

2. Рекомендуется осмотр врача-нейрохирурга, госпитализация для уточнения тяжести состояния в отделение нейрохирургии. Нейрохирург - профильный специалист при наличии черепно – мозговой травмы.

3. Осложнения черепно-мозговой травмы могут быть ранние и поздние. К ранним относятся травматический менингит, менинго-энцефалит, абсцесс, травматические пролапс и протрузия мозга, внутричерепные и внутримозговые кровотечения. К поздним — травматические арахноидиты или арахноэнцефалиты, паркинсонизм, окклюзионная гидроцефалия, эпилепсия, неврозы.

Задача № ДХ

В приемный покой доставлена девочка 8 месяцев. Из расспроса родителей установлено, что накануне девочка упала дома с дивана и ударилась головой о пол. Сознание не теряла. Отмечалась однократная рвота. После падения стала вялой, сонливой, отказывалась от еды. Ночь спала плохо, часто просыпалась, плакала. На следующий день мать заметила припухлость в левой теменной области.

Девочка родилась доношенной, с массой тела 3100 гр. Растет и развивается соответственно возрасту. Общее состояние удовлетворительное. В сознании. Активна. Видимые слизистые и кожа чистые. В легких везикулярное дыхание. ЧД – 22 в минуту. Пульс 128 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Сердце - тоны чистые. Живот мягкий, безболезненный. Стул был. Мочеиспускание свободное, безболезненное. При осмотре головы в левой теменной области отмечается припухлость. При ее пальпации мягкой эластической консистенции, флюктуирует. Припухлость не выходит за пределы теменной кости. Кожа над ней не изменена. Неврологический статус - зрачки равномерные. D=S. Реакция на свет живая, отмечается горизонтальный нистагм, легкая сглаженность носогубной складки справа. Рефлексы живые. D=S. Патологических рефлексов нет.

Рентгенография черепа: отмечается небольшое расширение сагиттального шва. В проекции левой теменной области имеется линейный перелом (по типу трещины). Смещения костей черепа нет.

ОАК: RBC - $4,5 \cdot 10^{12}/L$, HGB 130 g/L, WBC- $6,1 \cdot 10^9/L$, BASO - 1, EOS - 2, BAND - 4, NEU - 69, LYM - 14, MONO - 6 СОЭ – 8 мм/ч.

Биохимические исследования крови: TP- 70 g/L, GLU – 5.0 mmol/L, TBIL - 17,8 umol/L, DBIL- 5,4 umol/L, K - 3.8 mmol/L, UREA- 2.0mmol/L

ОАМ: Цвет – соломенно-желтый, удельная плотность 1012, реакция щелочная, белок 0,02 г/л, сахар - отр., эритроциты - 0-1, лейкоциты - 2-3 в п/з, плоский эпителий - 1 в п/з.

Эхо-энцефалография: смещение срединных структур не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз. Составьте план дополнительного обследования
2. Назначьте (с обоснованием) необходимое больному лечение.
3. Укажите возможные осложнения

Эталон Задача № ДХ

1. ЧМТ, линейной перелом левой теменной кости.
План обследования: КТ головы, эхоэнцефалоскопия.
2. Обезболивание, дегидратационная терапия, нейропротективные средства, гемостатическая терапия
3. Осложнения черепно-мозговой травмы: ранние: травматический менингит, менинго-энцефалит, абсцесс, травматические пролапс и протрузия мозга, внутримозговые кровоизлияния; поздние: травматические арахноидиты или арахноэнцефалиты, паркинсонизм, окклюзионная гидроцефалия, эпилепсия, неврозы.

Задача № ДХ

В травмпункт обратился мальчик 10 лет с жалобами на боль в спине, усиливающуюся при наклоне вперед. Из анамнеза известно, что накануне дома во время игры с братом упал на спину на паркет, почувствовал сильную боль, нехватку воздуха.

Общее состояние больного удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Кожа и видимые слизистые чистые, нормального цвета и влажности. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. При аускультации в легких выслушивается везикулярное дыхание, симметрично проводится с двух сторон, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Область сердца визуальна не изменена. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 78 в минуту. Показатели пульса на периферических артериях в пределах нормы. Живот округлой формы, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Симптомы раздражения брюшины отрицательный. Область почек визуальна не изменена. Почки пальпаторно не определяются. Мочеточниковые точки безболезненные. Физиологические отправления не нарушены. Наружные половые органы сформированы правильно, соответственно возрасту и полу.

При осмотре в области позвоночника изменений нет, ссадин, гематом, прочих повреждений нет. При пальпации остистых отростков позвонков грудного отдела позвоночника на уровне Th IV - VI и паравerteбральных зон этого уровня определяется резкая болезненность.

На рентгенограмме грудного отдела позвоночника отмечается клиновидная деформация тел грудных позвонков Th IV – V – VI - VII.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
 2. Укажите тактику оказания неотложной помощи.
- Назначьте (с обоснованием) необходимое больному лечение.
3. Укажите возможные осложнения.

Эталон Задача № ДХ

1. Закрытая травма грудного отдела позвоночного столба, клиновидная деформация Th 4-7

Для постановки диагноза применяются инструментальные методы обследования: сцинтиграфия (рентген позвоночника в 2-х проекциях), мультиспиральная компьютерная томография, УЗИ органов грудной клетки и брюшной полости остеосцинтиграфия (лучевое сканирование костей хребта) и мрт.

2. Неотложная помощь: обезболивание, иммобилизация, транспортировка на «щите»

Лечебная тактика определяется с учетом причин возникновения и вида патологии (одиночные, множественные, активные, блокированные позвонки), прогноза в отношении прогрессирования деформации, а также общего состояния пациента и наличия противопоказаний к тому или иному виду лечения. Два последних фактора особенно значимы при приобретенных клиновидных деформациях, возникших вследствие других заболеваний. При слабо выраженном и умеренном непрогрессирующем кифозе и сколиозе назначается консервативное лечение,

включающее в себя корсетирование, ЛФК, мануальную терапию, массаж и физиотерапевтические процедуры.

При тяжелых прогрессирующих искривлениях, неэффективности консервативной терапии, нарушениях работы органов и систем показано хирургическое лечение. Характер оперативного вмешательства зависит от особенностей патологии. Возможно проведение простого заднего спондилодеза, заднего спондилодеза с использованием металлоконструкций, эксцизии полупозвонка, переднезаднего спондилодеза. При лечении пациентов детского возраста с активными полупозвонками эффективен переднезадний эпифизеоспондилодез, который позволяет остановить рост позвонка на выпуклой стороне искривления.

3. Риск осложнений резко увеличивается при несвоевременном начале лечения. Основными нежелательными последствиями травм такого рода являются:

Сегментарная нестабильность — патологическая подвижность позвонков. В этом случае возникает постоянная боль, быстро развиваются и прогрессируют дегенеративные изменения и сдавливаются нервные структуры.

«Старческий горб» — увеличение грудного изгиба позвоночника. Такой горб вызывает постоянные боли, которые не зависят от положения тела. Состояние более типично для больных пожилого возраста.

Компрессия или разрыв корешков и самого спинного мозга. Приводит к тяжёлым неврологическим нарушениям, вплоть до паралича, утраты контроля над мочеиспусканием и дефекацией, импотенции

Задача № ДХ

У девочки 6 мес. с рождения в правой паховой области периодически во время беспокойства, плача появляется опухолевидное образование, мягко-эластичное, исчезающее самостоятельно.

Ребенок от III беременности, протекавшей на фоне острой респираторной вирусной инфекции в третьем триместре беременности, роды самостоятельные на сроке гестации 38 недель. Масса тела при рождении 3000 гр., длина тела 49 см. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. При выписке диагноз: внутриутробная гипоксия.

Общее состояние удовлетворительное. Девочка активна, на осмотр реагирует активно. Большой родничок нормотоничен, $2,0 \times 2,0$ см. Кожные покровы, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, физиологической окраски. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная, при аускультации в лёгких определяется пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон, хрипов нет. ЧДД 32 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 134 уд. в минуту, удовлетворительных свойств. Живот округлой формы не вздут, мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см. из-под края реберной дуги. Патологические объёмные образования не определяются. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул ежедневно. Область почек визуально не изменена. Почки пальпаторно не определяются. Моча прозрачная, светло – желтого цвета. Диурез без особенностей. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. В паховой области справа определяется грыжевое выпячивание, пальпаторно мягко – эластичной консистенции, легко самостоятельно вправляется в брюшную полость, признаков ущемления нет.

Общий анализ крови: RBC $4.3 \cdot 10^{12}/L$, HGB 136 g/L, WBC $5.1 \cdot 10^9/L$, BASO-0, EOS-2, BAND- 2, NEU-28, LYM- 62, MONO- 6, СОЭ - 6 мм/час.

Общий анализ мочи: Цвет - соломенно-желтый, прозрачная, удельная плотность - 1018, белка - нет, сахар - отр., лейкоциты 0-1 в п/з.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз. Укажите этиологию заболевания
2. Определите тактику хирургического лечения
3. Укажите возможные осложнения.

Эталон Задача № ДХ

1. Паховая грыжа, на основании жалоб (во время беспокойства, плача появляется опухолевидное образование, мягко-эластичное, исчезающее самостоятельно), данных осмотра (В паховой области справа определяется грыжевое выпячивание, пальпаторно мягко – эластичной консистенции, легко самостоятельно вправляется в брюшную полость, признаков ущемления нет). Этиология – нарушение облитерации влагалищного отростка брюшины
 1. Тактика ведения – хирургическое лечение (грыжесечение) в плановом порядке
 2. Осложнение - ущемление паховой грыжи

Задача № ДХ

На прием к врачу-педиатру обратились родители 4-хлетнего мальчика с жалобами на постоянное срыгивание и периодически возникающую рвоту съеденной пищей. Иногда бывает дегтеобразный стул.

Мальчик от I беременности, первых срочных родов (38 недель гестации). Родился с массой 3700 гр. Выписан из родильного дома на 5 сутки. Привит по календарю. Отстает в физическом развитии.

Общее состояние удовлетворительное. Кожный покров, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, физиологической окраски. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная, при аускультации в лёгких определяется пузырьное дыхание, симметрично проводится с двух сторон, хрипов нет. ЧДД 24 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 126 уд. в минуту, удовлетворительных свойств. Живот округлой формы не вздут, мягкий, безболезненный. Патологические объёмные образования не определяются. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул ежедневно. Область почек визуально не изменена. Почки пальпаторно не определяются. Мочеточниковые точки безболезненные. Моча прозрачная, светло – желтого цвета. Диурез без особенностей. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу, яички в мошонке.

ОАК: RBC $3,8 \cdot 10^{12}/L$, HGB 80g/L, WBC $4,5 \cdot 10^9/L$, BASO-0, EOS-1, BAND-5, NEU-42, LYM- 40, MONO- 12, СОЭ - 10мм/час.

Биохимический анализ крови: TP- 62 g/L, GLU 4.8 mmol/L, К – 3.8mmol/L, TBIL- 16 umol/L, DBIL - 3,2 umol/L, UREA 2.8 mmol/L

ОАМ: Цвет - соломенно-желтый, удельная плотность - 1015, белок, сахар - нет, лейкоциты 2-3 в п/з, эпителий плоский 0-1 в п/з.

Обзорная рентгенография грудной клетки: без патологии.

При проведении рентгеноскопии пищевода с контрастом – выявлен заброс контраста из желудка в пищевод до верхней трети.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз. Назначьте необходимые исследования для постановки диагноза
2. Назначьте необходимое больному лечение.
3. Укажите возможные осложнения.

Эталон Задача № ДХ

1. ГЭРБ, рефлюкс эзофагит, кровотечение из пищевода, анемия 2 степени на основании жалоб (постоянное срыгивание и периодически возникающую рвоту съеденной пищей, дегтеобразный стул), анамнеза: жалобы беспокоят в течении длительного времени), объективных данных (При проведении рентгеноскопии пищевода с контрастом – выявлен заброс контраста из желудка в пищевод до верхней трети)

План обследования: ФГДС, ирригоскопия, УЗИ органов брюшной полости

2. Хирургическое лечение: гастропунктопликация по Ниссену
3. Метаплазия слизистой пищевода – пищевод Баррета

Задача № ДХ

В приемное отделение центральной районной больницы доставлен мальчик, 2 года. Со слов бабушки известно, что около 1 часа назад мальчик сделал 2 глотка неразведенной уксусной эссенции. Рвоты не было.

Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, роды срочные, масса тела 3250 г. Болел ОРВИ 2 раза, ветряной оспой. Аллергоанамнез без особенностей. До 6 месяцев грудное вскармливание.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Кожные покровы бледные, отмечаются признаки химического ожога на губах и слизистой полости рта. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Дыхание частое, глубокое, шумное, клочущее. ЧД 36 в минуту. При аускультации в легких определяются проводные грубые хрипы. Область сердца визуально не изменена, тоны сердца приглушены. Пульс 142 ударов в мин., определяется по лучевой артерии, немного напряжен, артериальное давление 110/80 мм. рт. ст. Живот округлой формы, немного вздут, при пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Печень и селезенка не увеличены. Патологические объемные образования не определяются. Перитонеальных симптомов нет. Область почек визуально не изменена. Почки пальпаторно не определяются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеточниковые точки безболезненные. Надлобковая область не изменена. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу, яички в мошонке. При катетеризации мочевого пузыря - получено 50 мл мочи, макрогематурия. Желудок бригадой скорой медицинской помощи не промыт.

Общий анализ крови: HGB 78 g/L, HCT 24%, СОЭ 15 мм/час.

Кислотно – основное состояние: pH - 7,18; BE - 10 ммоль/л, гемолиз - 320 мг%, TBIL – 70 μ mol/L, время свертывания крови - 7,5 мин.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
 2. Укажите тактику оказания неотложной помощи.
- Назначьте (с обоснованием) необходимое больному лечение.
3. Укажите возможные осложнения.

Эталон Задача № ДХ

1. Ожог верхних отделов ЖКТ уксусом
2. Догоспитальный этап лечения при отравлении уксусной кислотой. - многократное прополаскивание водой ротовой полости без заглатывания воды, затем промывание желудка через зонд холодной водой (8—10 литров) до чистых промывных вод. Наличие в промывных водах примеси крови не является противопоказанием для дальнейшего промывания. В Госпитальный этап лечения при отравлении уксусной кислотой. В условиях стационара промывание желудка проводится только в том случае, если эта процедура не была выполнена на догоспитальном этапе.
 1. Для купирования болевого синдрома используются наркотики, глюкозо — новокаиновая смесь (500 мл 5% глюкозы + 50 мл 2% новокаина), нейрорлептаналгезия.
 2. Патогенетическое лечение гемолиза начинается с в/в струйного введения гипертонического раствора глюкозы (10—20%) в количестве 400—500 мл с

соответствующим количеством инсулина. Примечание. Данный вид лечения эффективен только в первые несколько часов после отравления, пока имеются набухшие эритроциты. 3. Для предупреждения образования кристаллов солянокислого гематина с первоначального этапа лечения начинается в/в введение 4% р-ра соды до изменения реакции мочи на нейтральную, а затем и щелочную. Чтобы добиться такого эффекта, иногда требуется ввести до 1,5 и более литров соды. В последующем, примерно 1—2 суток, следует таким же образом поддерживать нейтральную реакцию мочи. Примечание. Проведение данного метода лечения возможно при сохраненной экскреторной функции почек.

4. Лечение экзотоксического шока проводится по правилам, изложенным в тему **ШОКОВЫЕ СОСТОЯНИЯ**, и складывается из инфузионной терапии физраствором, глюкозой различной концентрации, полиглюкином, реополиглюкином и другими препаратами, что способствует повышению коллоидно-осмотического внутрисосудистого давления и препятствует экстравазации жидкости. Количество вводимой жидкости при тяжелом отравлении может колебаться от 3—5 до 10 л/24 часа. Контроль инфузионной терапии осуществляется по общепринятым методикам измерением ЦВД и почасового диуреза.

5. Выраженную гипотонию и повышенную проницаемость клеточных мембран ликвидируют введением глюкокортикоидов (преднизолон до 30 мг/кг/24 часа).

6. Выведение свободного Нб достигается методом форсированного диуреза.

7. Лечение токсической коагулопатии проводится ангиокоагулянтами прямого действия (гепарин) в дозах, зависящих от стадии ДВС-синдрома (лабораторный контроль: свертываемость, коагулограмма, тромбоэластограмма и др., инструментальный контроль — фиброгастроскопия).

8. Профилактика ОПН осуществляется стимуляцией диуреза путем введения эуфиллина, папаверина, использования методики форсированного диуреза.

9. Проведение гемодиализа на ранних сроках отравления не показано, так как свободный гемоглобин, находящийся в плазме крови, сразу производит механическую закупорку полупроницаемых мембран, используемых в аппаратах «искусственная почка». Проведение гемодиализа осуществляется в более поздние сроки отравления при наличии ОПН и нарастании уровня мочевины, креатинина и K^+ плазмы до критических величин

3. Стеноз, перфорация пищевода, кровотечение

Задача № ДХ

У мальчика 12 лет внезапно появилась острая боль в животе, слабость, бледность. отмечался темного цвета стул. Отмечалась двукратная рвота "кофейной гущей". Последние 2 года у ребенка периодические боли в эпигастральной области. Неоднократно проводилось лечение по поводу хр. гастродуоденита.

Ребенок от II беременности, протекавшей без особенностей, I срочных родов. Рос и развивался соответственно возрасту. Перенесенные заболевания - ОРВИ, ветряная оспа, краснуха. Травм, операций не было. Аллергических реакций не отмечалось. В анамнезе - у отца и бабушки язвенная болезнь желудка.

Состояние ребенка средней степени тяжести. Кожа бледная. Слизистые чистые, язык сухой. Дыхание везикулярное. ЧД 20 в минуту. Тоны сердца приглушены. Пульс 120 ударов в минуту. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины, напряжения мышц передней брюшной стенки нет. Печень и селезенка не увеличены.

При ректальном исследовании - переходная складка тазовой брюшины не нависает, безболезненная. За пальцем дегтеобразный стул.

ОАК: RBC $2.8 \cdot 10^{12}/L$, HGB 68 g/L, WBC $12.0 \cdot 10^9/L$, BASO-0, EOS-4, BAND-3, NEU-72, LYM-13, MONO-8, СОЭ - 12 мм/час.

Биохимический анализ крови: TP- 70 g/L, GLU 5 mmol/L, K – 4.0mmol/L, TBIL- 16.2 umol/L, DBIL – 6.8 umol/L, UREA-2.0 mmol/L

ОАМ: Цвет - соломенно-желтый, удельная плотность - 1010, белок, сахар - отрицательный, лейкоциты 0-3 в п/з, эпителий плоский 2-3 в п/з.

ФГС: Слизистая пищевода обычной окраски, слизистая желудка бледно-розовая. В препилорическом отделе, по передней стенке определяется конвергенция складок, заканчивающаяся воспалительным валиком вокруг язвы глубиной до 3 мм. Отмечается контактное кровотечение. В просвете желудка сгустки крови. Слизистая 12 п. кишки не изменена.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте (с обоснованием) необходимое больному лечение.
3. Укажите возможные осложнения.

Эталон Задача № ДХ

1. Язвенная болезнь желудка, язва препилорического отдела до 3мм, контактно кровоточива, анемия 3 степени
2. Экстренная госпитализация, назначение противоязвенной терапии, анализ на хеликобактер, проведение иррадиационной терапии, коррекция анемических и водно-электролитных расстройств, гемотрансфузия по показаниям

Оперативные пособия при язве подразделяются на паллиативные и радикальные. К паллиативным относятся ушивание язвы и тампонада перфоративного отверстия большим сальником. Наиболее часто выполняется ушивание язвенного дефекта.

3. Осложнения – пенетрация, перфорация, малигнизация, кровотечение

Задача № ДХ

На прием к врачу-педиатру обратилась мать ребенка 5 лет с жалобами на выделение капель свежей крови в конце каждого акта дефекации в течение недели. Стул регулярный, мягкий. Иногда на каловых массах отчетливо видна, кровавая полоска вдавления.

Ребенок от второй беременности, протекавшей без особенностей, вторых срочных родов, доношенный. Масса тела при рождении 3500 гр., длина тела 50 см., оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Рост и развитие соответствует возрасту. Перенесенные заболевания - ОРВИ. Травм, операций не было. Аллергических реакций не отмечали.

Состояние ребенка удовлетворительное. Кожа, слизистые чистые, физиологической окраски. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. При аускультации в легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца - ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях 86 в минуту, удовлетворительных свойств. Живот обычной формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Патологические объемные образования не определяются. Печень и селезенка не увеличены. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Анус сформирован правильно, расположен в должествующем месте, сомкнут. Анальный рефлекс удовлетворительный. При осмотре анального отверстия - патологии не выявлено. При пальцевом ректальном исследовании - тонус сфинктера нормальный. На 4 см от сфинктера на 6 часах определяется образование округлой формы, до 1 см в диаметре, безболезненное. Область почек визуально не изменена. Почки пальпаторно не определяются. Мочеточниковые точки безболезненные. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Мочеиспускание безболезненное. Моча прозрачная, светло – желтого цвета. Наружные половые органы сформированы соответственно возрасту и полу.

Общий анализ крови: RBC $3,2 \cdot 10^{12}/L$, HGB 100 g/L, WBC $5,6 \cdot 10^9/L$, BASO-0, EOS-0, BAND-1, NEU-52, LYM- 30, MONO- 12, СОЭ - 4 мм/час.

Общий анализ мочи: Цвет - соломенно-желтый, прозрачная, удельная плотность - 1018, белок - нет, сахар - отр., лейкоциты 0-1 в п/з, эритроциты 0-1-3 в п/з, эпителий плоский 1 в п/з.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительное исследование
3. Назначьте (с обоснованием) необходимое больному лечение.

Эталон Задача № ДХ

1. Ювениальный полипоз, анемия 1 степени

Диагностика ЮП основана на проведении пальцевого ректального исследования и эндоскопических методов диагностики — ректороманоскопии и колоноскопии. В большинстве случаев полипы располагаются на расстоянии 5–15 см от ануса и могут быть обнаружены при пальцевом исследовании. Полипы на длинных ножках нередко выпадают из прямой кишки и видны при осмотре промежности. Бывают случаи ущемления полипа в анальном кольце с его некрозом и самоампутацией. В таких случаях отмечается кровотечение той или иной степени выраженности (как правило, самопроизвольно останавливающееся) и выздоровление

2. Для подтверждения диагноза показана ректороманоскопия.
3. При обнаружении полипа на расстоянии до 15 см от ануса выполняют полипэктомию.

Если пальцевое исследование и ректороманоскопия не подтверждают наличие полипа, ребенку показана фиброколоноскопия под наркозом. ЮП, обнаруженные при фиброколоноскопии, удаляют эндоскопическим способом, чаще всего коагуляционной петлей.

Задача № ДХ

На прием к детскому хирургу обратилась мать 2-х летней девочки с жалобами на асимметрию лица, наклон головы вправо.

Из анамнеза известно, что в 2-х недельном возрасте в области шеи справа при пальпации определялось опухолевидное образование веретенообразной формы, безболезненное при пальпации. Кожа изменена не была. Утолщение постепенно уменьшилось и самостоятельно исчезло. Никакого лечения не проводилось. После года мать стала замечать, что у девочки голова наклонена вправо. Затем появилось ограничение движения в правую сторону, асимметрия лица.

Ребенок от II доношенной беременности. Тазовое предлежание. Длительный безводный период. Росла и развивалась соответственно возрасту. Перенесла заболевания: ОРВИ. Прививки по возрасту. Травм, операций не было. Кровь не переливали. Аллергоанамнез неотягощен.

Общее состояние ребенка удовлетворительное. Девочка активна. Кожа и слизистые чистые, физиологической окраски. Лицо асимметрично. Глазная щель справа сужена, расположена несколько ниже, контур щеки справа сглажен. Угол рта справа приподнят. Голова наклонена вправо с поворотом подбородка в левую сторону. Движения в шейном отделе ограничены и затруднены. На шее справа выше ключицы пальпируется уплотненный безболезненный тяж, идущий к сосцевидному отростку. Дыхание симметричное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 94 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул и диурез нормальный.

ОАК: RBC- $3,5 \cdot 10^{12}/L$, HGB 120 g/L, WBC $9,2 \cdot 10^9/L$, BASO-0, EOS-0, NEU-38, LYM- 50, MONO- 12, СОЭ - 5 мм/час.

ОАМ: цвет желтый, относительная плотность 1004, реакция кислая, лейкоциты 3-4 в п/з.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Составьте план лечения данного заболевания.
3. Укажите возможные осложнения.

Эталон Задача № ДХ

1. Врожденная мышечная кривошея.
Дифференциальную диагностику следует проводить с синдромом Клиппеля-Фейля, добавочными шейными полупозвонками, синдромом Шерешевского-Тернера, болезнью Гризеля (ротационный подвывих атланта).
2. Лечение - корригирующая гимнастика с 2-х недельного возраста. Для удержания головы в положении гиперкоррекции картонно-ватно-марлевый воротник, УВЧ-терапия на область уплотнения, электрофорез с йодистым калием, лидазой, парафиновые аппликации.
Оперативное лечение, при безуспешности консервативной терапии с 3-х лет. Операция Микулича - миотомия грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. После операции применяют гипсовый воротник на 4 нед.
3. Прогноз - при своевременном обращении благоприятный. При позднем обращении формируется тяжелая косметическая деформация головы, лица, позвоночника.

Задача № ДХ

Мальчик К., 11 лет поступил в больницу через 50 минут после травмы с жалобами на головную боль, головокружение, тошноту, интенсивные боли в области правой голени.

При переходе улицы попал под машину, получил удар по ноге, упал. Отмечалась кратковременная потеря сознания. Затем почувствовал головную боль, головокружение, тошноту, отмечалась однократная рвота. Не мог встать на правую ногу из-за интенсивных болей в области правой голени. Бригадой СМП доставлен в больницу.

От II неосложненной беременности, I срочных, самостоятельных родов. Родился с массой тела 4000 гр. ростом - 52 см. Рост, развитие по возрасту. Привит. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ. Аллергоанамнез не отягощен. Травм, операций не было.

Состояние средней тяжести. В сознании. В контакт вступает, обстоятельства травмы не помнит. Положение вынужденное - на спине. Кожа и слизистые чистые, бледные. В легких - везикулярное дыхание. Тоны сердца - ритмичные, тахикардия до 140 ударов в минуту. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Правая нижняя конечность иммобилизована транспортной шиной. При снятии шины отмечается нарушение оси конечности за счет деформации в с/з голени. Там же отмечается выраженный отек, гематома, резкая болезненность при пальпации. На передней поверхности голени рана длиной до 2 см. с неровными краями, умеренно кровоточит. Активные движения в правом коленном, голеностопном суставах невозможны, пассивны, резко болезненны. Неврологический статус. Лицо симметричное. Глазные щели, зрачки D=S. Фотореакция удовлетворительная, симметричная. Язык по средней линии, отмечается горизонтальный нистагм. Сухожильные рефлексы симметричны. Мышечный тонус снижен. Менингеальные симптомы отрицательные.

Общий анализ крови: RBC $3,5 \cdot 10^{12}/L$, HGB 110 g/L, WBC $9,2 \cdot 10^9/L$, BASO-0, EOS-0, NEU-63, LYM-35, MONO-2, СОЭ - 5 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, относительная плотность 1004, реакция кислая, лейкоциты 3-4 в п/з.

Биохимический анализ крови: TP- 69 g/L, GLU 5 mmol/L, K - 3.8mmol/L, TBIL- 18,5 umol/L, DBIL - 3,2 umol/L, CREAumol/L, UREAmmol/L

М-эхоскопия: отклонений эхосигнала срединных структур нет.

Рентгенография костей черепа: костных изменений не обнаружено.

Рентгенография костей правой голени: в средней трети определяется линия перелома обеих костей голени в косом направлении. Смещение дистальных фрагментов под углом, по ширине на полный диаметр кости и захождением отломков на 2 см по длине.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите тактику оказания неотложной помощи.
- Назначьте (с обоснованием) необходимое больному лечение.
3. Укажите возможные осложнения.

Эталон Задача № ДХ

1. Диагноз: Закрытый перелом средней трети костей голени.

Диагноз поставлен на основании жалоб: на наличие травмы, боль в области правой голени; анамнеза: при переходе улицы попал под машину, получил удар по ноге, упал; объективных данных: выраженный отек, гематома, резкая болезненность при пальпации. На передней поверхности голени рана длиной до 2 см. с неровными краями, умеренно кровоточит. Активные движения в правом коленном, голеностопном суставах невозможны, пассивны, резко болезненны; инструментальных исследований: Рентгенография костей правой голени: в средней трети определяется линия перелома обеих костей голени в косом направлении. Смещение дистальных фрагментов под углом, по ширине на полный диаметр кости и захождением отломков на 2 см по длине.

2. Иммобилизация конечности транспортной шиной, симптоматическая терапия – обезболивание.

Лечение: закрытая репозиция костных отломков

3. Осложнения – нарушение походки, нарушение кровообращения, иннервации, остеомиелит

Задача № ДХ

Мальчик Ч., 5 лет накануне упал с велосипеда, ударился областью левого бедра. Ночью стали беспокоить боли в левом бедре, поднялась температура до 37,8°C. Утром осмотрен участковым педиатром, назначено лечение по поводу ОРВИ, сопутствующая патология - ушиб бедра. В течение последующих 2-х дней отмечаются подъемы температуры до 40°C, одышка, сухой кашель, затруднение дыхания. Усилилась боль в левом бедре. Ребенок не встает на ногу, щадит ее от любого движения и прикосновения. Доставлен в приемный покой машиной скорой помощи.

Родился доношенным. От первой нормально протекавшей беременности, срочных родов с массой 3500гр. Растет и развивается соответственно возрасту. Болел ветряной оспой, ОРВИ 4-5 раз в год. За последние полгода дважды лечился в ЛОР-отделении по поводу гнойного отита.

При осмотре ребенка к концу 3-х суток от начала заболевания выявлено: состояние тяжелое, вялый, на осмотр реагирует негативно. Температура 39,1°C. Кожа бледная, отмечается цианоз носогубного треугольника. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. При аускультации в легких ослабление дыхания с обеих сторон, крепитирующие хрипы; перкуторно - притупление перкуторного звука, начиная с IV межреберья. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия до 140 уд. в минуту. Живот обычной формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Печень, селезенка не увеличены. Перитонеальных симптомов нет. Стул оформленный. Мочеиспускание редкое, безболезненное.

Левая нижняя конечность в вынужденном положении, согнута в коленном и тазобедренном суставе, ротирована наружу. Активные и пассивные движения крайне болезненные и ограничены. В нижней трети левого бедра напряженный отек, болезненные движения в коленном суставе, активные и пассивные движения в коленном суставе возможны, объем ограничен, инфильтрация мягких тканей, выраженный венозный рисунок. Пальпация, перкуссия, нагрузка по оси бедренной кости болезненные.

Общий анализ крови: RBC 4,8.10¹²/L, HGB 124 g/L, WBC 18,2.10⁹/L., BASO-2, EOS-3, META - 2, BAND- 12, NEU- 65, LYM- 10, MONO- 4, СОЭ - 25 мм/час.

При сравнительной рентгенографии бедер данных за перелом, изменение в структуре кости не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте (с обоснованием) необходимое больному лечение.
3. Укажите возможные осложнения, прогноз

Эталон Задача № ДХ

1. Предварительный диагноз: Острый гематогенный остеомиелит левой бедренной кости
2. Необходимое больному лечение: принципы лечения Т. П. Краснобаева – лечение микроорганизма, макроорганизма, санация очага инфекции – антибактериальная, инфузионная, дезинтоксикационная терапия, декомпрессивная остеоперфорация
3. Возможные осложнения, прогноз: формирование секвестра, патологических перелом, нарушение функции конечности

Задача № ДХ

На приеме у участкового педиатра мальчик, возраст 1 год. Месяц назад мама заметила наличие опухолевидного образования в правой паховой области, которое чаще появляется при натуживании, беспокойстве ребенка, периодически образование самостоятельно исчезает.

Ребенок от третьей беременности, протекавшей на фоне хронического тонзиллита, ОРВИ в третьем триместре беременности. Роды самостоятельные, на сроке гестации 38 недель. Масса тела при рождении 3100 гр., длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов.

При осмотре кожный покров, слизистые оболочки чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Большой родничок нормотоничен, размерами 1,5×1,5 см. Дыхание самостоятельное. Экскурсия грудной клетки симметричная, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается пузырьное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 34 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 132 в минуту. Живот обычной формы, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. Пальпаторно патологические объемные образования не определяются. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло-желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу, яички в мошонке, головка полового члена не выводится – физиологический фимоз.

При осмотре в правой паховой области определяется объемное образование округлой формы, кожа над ним не изменена, пальпаторно мягко – эластической консистенции, безболезненное.

Общий анализ крови: RBC $5,8 \cdot 10^{12}/L$, HGB 186 g/L, WBC $30,0 \cdot 10^9/L$, BASO-0, EOS-2, BAND- 23, NEU- 36, LYM 23, MONO- 9, СОЭ - 3 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, от. плотность 1001, реакция кислая, лейкоциты 3-4 в п/з.

Биохимические исследования крови: TP - 63 g/L, GLU - 3,8 mmol/L, K - 3,5 mmol/L, TBIL - 18 Ummol/L.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
2. Этиология данной патологии у детей.
3. Опишите современную лечебную тактику при этом заболевании.

Эталон Задача № ДХ

1. Диагноз клинический: правосторонняя паховая грыжа. Дифференциальный диагноз следует проводить с паховый лимфаденитом, бедренной грыжей
2. Этиология – врожденная патология, в основе лежит нарушение облитерации влагалищного отростка брюшины
3. Хирургическое лечение в плановом порядке - грыжесечение (перевязка влагалищного отростка брюшины)

Задача № ДХ

У ребенка 1,5 месяцев жизни с рождения отмечается постоянное мокнутие, гиперемия в области пупка. Пуповина отпала на 7 сутки. По рекомендации участкового педиатра мама выполняла обработку 3% раствором перекиси водорода, 1% раствором бриллиантового зеленого, проводимое лечение без эффекта.

При осмотре кожный покров, слизистые оболочки чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Большой родничок нормотоничен, размерами 2,0×2,0см. Дыхание самостоятельное. Экскурсия грудной клетки симметричная, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается пузырьное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 34 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 132 в минуту. Живот обычной формы, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. Пальпаторно патологические объемные образования не определяются. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло -желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу, яички в мошонке, головка полового члена не выводится – физиологический фимоз.

При осмотре отмечается выраженная гиперемия, мокнутие в области пупочной ямки, мутное отделяемое, в центре пупочной ямки визуализируется точечное отверстие около 1 мм. в диаметре, по которому отходит отделяемое с кишечным запахом.

Общий анализ мочи: цвет желтый, от. плотность 1001, реакция кислая, лейкоциты 3-4 в п/з.

Биохимические исследования крови: TP - 63 g/L, GLU - 3,8 mmol/L, K - 3,5 mmol/L, TBIL - 18 Ummol/L.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
2. Составьте план дополнительного обследования
3. Опишите современную лечебную тактику при этом заболевании.

Эталон Задача № ДХ

1. Полный свищ пупка (нарушение облитерации желточного протока) – дифференциальная диагностика с неполным свищом пупка, нарушение облитерации урахуса
2. УЗИ (оценка направления свищевого хода), фистулография
3. При полном свище пупка лечение только хирургическое – иссечение свища пупка

Задача № ДХ

При выполнении профилактического осмотра детского хирурга поликлиники, у двухлетнего мальчика выявлено отсутствие левого яичка в мошонке.

Из анамнеза: Ребенок от третьей беременности, протекавшей на фоне хронического тонзиллита, ОРВИ в третьем триместре беременности. Роды самостоятельные, на сроке гестации 38 недель. Масса тела при рождении 3100 гр., длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. Физиологическое развитие соответствует возрасту. При осмотре состояние ребенка удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Кожный покров, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Дыхание самостоятельное. Экскурсия грудной клетки симметричная, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается пузырьное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 126 в минуту. Живот обычной формы, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. Пальпаторно патологические объемные образования не определяются. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Область почек визуально не изменена. Почки пальпаторно не определяются. Надлобковая область не изменена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло-желтого цвета. Диурез в норме. При осмотре наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу, отмечается гипоплазия левой половины мошонки, срединный шов мошонки смещен влево. При пальпации левое яичко в мошонке и по ходу левого пахового канала не определяется. Правое яичко в мошонке, без особенностей.

Общий анализ крови: RBC $5,7 \times 10^{12}/L$, HGB 186 g/L, WBC $30,0 \times 10^9/L$, BASO-0, EOS-2, BAND- 23, NEU- 36, LYM 23, MONO- 9, СОЭ - 3 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, от. плотность 1001, реакция кислая, лейкоциты 3-4 в п/з.

Биохимические исследования крови: TP - 63 g/L, GLU - 3,8 mmol/L, K - 3,5 mmol/L, TBIL - 18 Ummol/L

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Укажите диагностические критерии данной патологии
2. Составьте план дополнительного обследования
3. Опишите современную лечебную тактику при этом заболевании.

Эталон Задача № ДХ

1. Левосторонний крипторхизм
Диагностический критерий: невозможность ручного низведения яичка в мошонку
2. УЗИ мошонки и паховых областей, при необходимости – МРТ, диагностическая лапароскопия, консультация эндокринолога
3. Лечение крипторхизма хирургическое, направленное на низведение и фиксацию гонады в мошонку. В настоящее время оптимальным сроком лечения является возраст 6–18 мес.

Задача № ДХ

В отделение общей хирургии центральной районной больницы из родильного дома переведен, доношенный мальчик, 2 суток жизни, масса тела при рождении 3400 гр., рост 52 см, оценка по шкале Апгар 7-8 баллов, после рождения установлено отсутствие ануса в типичном месте.

При осмотре - общее состояние ребенка средней тяжести. Ребенок в сознании, активен, на осмотр реагирует двигательной активностью. Крик громкий. Большой родничок вровень с кожным краем, размерами 2.0×2.0 см. Кожный покров, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тurgор тканей удовлетворительный. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается пузрыльное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД – 32 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 136 ударов в минуту. Живот округлой формы, вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Патологические объемные образования пальпаторно не определяются. Симптомов раздражения брюшины нет. При осмотре промежности – анус в типичном месте не определяется. Меконий не отходил. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Мочеиспускание самостоятельное. Моча темно – зеленого цвета с примесью мекония в небольшом количестве. После кормления отмечалась двукратная рвота. Заподозрено наличие аноректальной мальформации без свища, ребенок направлен в областной центр для выполнения аноректопластики.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите современную классификации данной патологии
3. Опишите современную лечебную тактику данной патологии, укажите допущенные ошибки.

Эталон Задача № ДХ

1. Аноректальная мальформация, ректоуретральный (ректовизкальный?) свищ
2. Крикенбекская классификация: Основная клиническая группа: Промежностный свищ, Ректоуретральный свищ (бульбарный и простатический), Вестибулярный свищ, Клоака, Н-образный свищ, Анальный стеноз. Редкие аномалии: «Ректальный мешок», Атрезия или стеноз прямой кишки, Ректовагинальный свищ, Аноректальная мальформация без свища
3. Ректоуретральный свищ часто сопровождается плохим развитием мышц промежности, ягодич, сфинктерного аппарата, сочетанными пороками мочевыделительной системы. Диагноз может быть облегчен наличием в моче примеси мекония и газа. Если в ходе клинического и дополнительного исследований (УЗИ, рентген) складывается

впечатление о значительном диастазе между прямой кишкой и промежностью, безусловно показано выполнение превентивной колостомии. Радикальная операция выполняется в возрасте 2-3 месяцев, за это время проводится весь диагностический комплекс установления варианта основной мальформации и сочетанных пороков развития. Операция из заднего сагиттального доступа возможна во всех случаях, выполняется при строгом контроле «мышечного комплекса», заключааясь в мобилизации кишки в полости таза и брюшной полости, ее низведении и формировании неоануса. Рекомендовано сохранение наружного сфинктера, выполнение передней и задней леваторопластики. В отдельных наблюдениях может быть выполнена лапароскопически ассистированная операция с обязательным интраоперационным контролем низведения кишки в центр сфинктера. При невозможности мобилизации кишки через сакральный доступ, операция дополняется абдоминальным (лапароскопическим) этапом.

Задача № ДХ

Девочка, возраст 3 года, осмотрена участковым педиатром. Жалобы на запор (самостоятельный стул 1 раз в 3-4 дня), периодически – каломазание.

После рождения установлен диагноз аноректальная мальформация с вестибулярным свищом, стул отходил самостоятельно 1 раз в 2 дня через свищевое отверстие. В возрасте 1 года выполнена передняя аноректопластика, выписана на 10 сутки, рекомендована послабляющая диета, наблюдение гастроэнтеролога по месту жительства.

Объективный статус: состояние ребенка удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Кожный покров, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Дыхание самостоятельное. Экскурсия грудной клетки симметричная, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 26 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 124 в минуту. Живот обычной формы, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. Пальпаторно патологические объемные образования не определяются. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Область почек визуально не изменена. Почки пальпаторно не определяются. Надлобковая область не изменена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло-желтого цвета. Диурез в норме. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. При осмотре анус располагается в центре наружного сфинктера, стенозирован, не доступен для пальцевого ректального обследования.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Укажите современную классификацию данной патологии
2. Опишите современную лечебную тактику данной патологии.
3. Послеоперационное ведение пациентов, основные принципы реабилитации.

Эталон Задача № ДХ

1. Стеноз неоануса. Крикенбекская классификация.
2. Тактика лечения - Бужирование неоануса необходимо начинать после заживления послеоперационных швов. Рекомендуемые сроки – 10-14 день после пластики. Бужирование выполняют бужами Гегара. Калибровочное бужирование выполняет врач, подбирая соответствующий размер и обучая родителей ребенка процедуре бужирования. Первый буж должен беспрепятственно проходить в неоанус. Буж заводится на расстояние 2-3 см, бужирование выполняется два раза в день. Через неделю производится смена бужа на 0,5 размера больше. По достижении максимального возрастного бужа выполняется закрытие колостомы. Затем бужирование продолжается максимальным возрастным бужом -первый месяц один раз в день, второй месяц через день, третий месяц – два раза в неделю, четвертый месяц – один раз в неделю, три месяца – один раз в месяц.
3. Основные принципы бужирования неоануса:
 - Атравматичность и безболезненность
 - Бужирование в течение длительного времени (в среднем 1 год после аноректопластики).

Задача № ДХ

При осмотре в родильном зале новорожденной девочки. Установлено наличие объемного образования в области переносицы. Из анамнеза, ребенок от первой беременности, первых родов, на сроке гестации 38 недель. Беременность на фоне острой респираторной вирусной инфекции, обострения хронического пиелонефрита в первом триместре. Масса тела при рождении 3200 гр., длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов.

Объективный статус: состояние среднее – тяжелое. Кожный покров, слизистые оболочки чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Большой родничок нормотоничен, размерами 2,0×2,0 см. Дыхание самостоятельное. Экскурсия грудной клетки симметричная, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в легких выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 34 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 132 в минуту. Живот обычной формы, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. Пальпаторно патологические объемные образования не определяются. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло-желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу.

При осмотре в области переносицы определяется округлое объемное образование, около 3 см. в диаметре, кожа над ним с цианотичным оттенком.

Также при осмотре отмечается деформация лицевого скелета, переносица уплощена, глаза широко расставлены (истинный гипертелоризм), косоглазие. Консистенция грыжевого выпячивания мягко-эластическая, определяется флюктуация. При беспокойстве ребенка образование становится более напряженным.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Укажите современную классификацию данной патологии
3. Укажите современную лечебную тактику

Эталон Задача № ДХ

1. Передняя черепно-мозговая грыжа
2. Черепно-мозговые грыжи делят на передние, сагиттальные, задние, основания черепа
3. Оперативное лечение проводят в возрасте 1-3 года, при быстро увеличивающихся грыжах и угрозе прорыва оболочек в любом возрасте, в том числе у новорожденного. Основные два способа – экстракраниальный и интракраниальный. Экстракраниальный – удаление грыжевого мешка и закрытия дефекта кости без вскрытия полости черепа. Интракраниальный – закрытие внутреннего отверстия костного дефекта с подходом к нему из полости черепа

Задача № ДХ

Мальчик 6 мес., доставлен в приемное отделение детской хирургической клиники с жалобы на приступообразное беспокойство ребенка, однократную рвоту.

Из анамнеза: жалобы беспокоят в течение 7 часов, отмечалась однократная рвота, стул самостоятельный, кашицеобразный, без патологических примесей. Накануне мама ввела в качестве прикорма паштет из гусиной печени. При осмотре состояние ребенка средне – тяжелое, ребенок беспокоен. Кожный покров, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД – 30 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 132 ударов в минуту. Живот округлой формы, живот незначительно поддут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, в правом подреберье определяется округлое объемное образование, купол слепой кишки в типичном месте не определяется. Симптомов раздражения брюшины нет. Анус сформирован правильно, расположен в должествующем месте, сомкнут. При ректальном исследовании - на перчатке не измененные каловые массы.

По результатам ультразвукового исследования брюшной полости в правом подреберье определяется округлое образование, 4.0 см. в диаметре, определяется симптом «мишени», «псевдопочки».

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Укажите основные диагностические критерии данной патологии
2. Сформулируйте современную лечебную тактику, укажите показания к операции
3. Представьте классификацию приобретенной кишечной непроходимости

Эталон Задача № ДХ

1. Илеоцекальная инвагинация. Критерии диагностики: клиника – приступообразное беспокойство, однократная рвота, пальпируемое объемное образование, симптом дансе, симптом обуховской больницы, малиновое желе
2. Консервативное лечение – пневматическая дезинвагинация. Показания к операции – повторная инвагинация, неудачная пневматическая дезинвагинация, анамнез заболевания более суток
3. Классификация КН – динамическая (спастическая и паралитическая), механическая (странгуляционная, обтурационная и смешанная), по уровню (низкая, высокая).

Задача № ДХ

Девочка, 8 лет, доставлена в приемное отделение детской хирургической клиники бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на боль в животе, рвоту, повышение температуры тела.

Из анамнеза боль в животе беспокоит в течение 18 часов, дважды отмечалась рвота, стул накануне оформленный без патологических примесей. Температура тела 37.3°C

При осмотре состояние среднее – тяжелое. Кожный покров и слизистые оболочки доступные осмотру чистые, бледные, сухие. Тургор тканей снижен. Дыхание самостоятельное. Носовое дыхание не затруднено. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается везикулярное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс на периферических артериях ослаблен. ЧСС 94 в минуту. Живот округлой формы, не вздут, отмечается незначительное отставание правой половины живота в акте дыхания. При пальпации живота определяется болезненность в правой подвздошной области. Здесь же мышечное напряжение. Патологические объемные образования не определяются. Симптомы раздражения положительные. Ректальное обследование без особенностей. Область почек визуально не изменена. Почки пальпации недоступны. Мочеточниковые точки безболезненны. Надлобковая область не изменена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, соломенно – желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу.

Общий анализ крови: RBC $4,8 \times 10^{12}/L$, HGB 124 g/L, WBC $18,2 \times 10^9/L$., BASO-2, EOS-3, META - 2, BAND- 12, NEU- 65, LYM- 10, MONO- 4, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: Цвет - соломенно-желтый, прозрачная, удельная плотность - 1018, белка - нет, сахар - отриц., лейкоциты 0-1 в п/з.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз?
Расскажите классификацию и особенности клинической картины в раннем детском возрасте
2. Перечислите основные диагностические критерии данной патологии, дополнительные методы обследования.
3. Укажите варианты хирургического лечения

Эталон Задача № ДХ

1. Диагноз: Острый аппендицит. Классификация флегмонозный, гангренозный, гангренозно – перфоративный
У детей раннего возраста характерна нечеткость клинической картины, быстрая генерализация воспалительного процесса
2. УЗИ диагностика – визуализация воспаленного аппендикса, ОАК – лейкоцитоз, ОАМ, КЩС
КТ ОБП, диагностическая лапароскопия
3. Лапароскопическая аппендэктомия/открытая аппендэктомия

Задача №ДХ

В приемное отделение детской хирургической клиники доставлен ребенок 1,5 месяцев с жалобами на беспокойство при разгибании левой ножки во время пеленания в течение двух дней, повышение температуры тела до 38,5°C.

При осмотре - общее состояние ребенка средней тяжести. Девочка в сознании, активна, на осмотр реагирует двигательной активностью. Крик громкий. Большой родничок вровень с кожным краем, размерами 2.0×2.0 см. Кожный покров, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД – 32 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 136 ударов в минуту. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Патологические объемные образования пальпаторно не определяются. Симптомов раздражения брюшины нет. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло – желтого цвета. При осмотре левая нижняя конечность приведена к животу, стопа свисает. Активные движения отсутствуют. Пассивные движения в левом тазобедренном суставе резко ограничены, болезненны.

Выполнено ультразвуковое исследование, по результатам которого в полости левого тазобедренного сустава определяется жидкость в большом количестве.

По результатам рентгенографии костной патологии не выявлено.

Общий анализ крови: RBC – $5.0 \times 10^{12}/L$, HGB 160 g/L, WBC- $25 \times 10^9/L$, BASO - 1, EOS - 2, BAND - 4, NEU- 69, LYM - 50, MONO - 6 СОЭ – 15 мм/ч.

Общий анализ мочи: Цвет – соломенно-желтый, удельная плотность 1012, реакция щелочная, белок 0,02 г/л, сахар - отр., эритроциты - 0-1, лейкоциты - 2-3 в п/з, плоский эпителий - 1 в п/з.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Расскажите классификацию и особенности клинической картины у детей первого года жизни
3. Укажите какое лечение необходимо выполнить данному пациенту.

Эталон Задача №ДХ

1. Подозрение на острый гематогенный остеомиелит проксимального метаэпифиза левой бедренной кости. Показано радиоизотопное исследование, вытяжение по Шеде. Антибактериальная, симптоматическая терапия.
2. Классификация: местная форма, токсико – пиемическая форма, септическая форма. У новорожденных детей клиническая картина соответствует артрит
3. Пункция сустава

Задача № ДХ

Мальчик, возраст 1 мес., доставлен в клинику детской хирургии санитарной авиацией переводом из центральной районной больницы. Из анамнеза 7 дней назад на передне-боковой поверхности грудной клетки справа появилась гиперемия тканей размерами не более 1 см в диаметре. Общее состояние оставалось удовлетворительным, родители за медицинской помощью не обращались.

Гиперемия быстро распространялась и на 3 день достигла размеров 10х5 см, отмечено повышение температуры тела до 38-39°C. На 7 день в центре гиперемии появился синюшно-багровый участок. Общее состояние прогрессивно ухудшалось.

При осмотре состояние крайне тяжелое, выраженный токсикоз, температура тела 40°C. Кожа боковой поверхности груди справа с переходом на переднюю брюшную стенку багрово-синюшного цвета 14х10 см в центре рана 2х2 см, дном которой являются межреберные мышцы. Ребенок вялый, большой родничок запавший, размерами 2.0х2.0 см. Кожный покров, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, бледные. Тurgор тканей снижен. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторные границы лёгких в пределах нормы. При аускультации выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД – 42 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 146 ударов в минуту. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Патологические объемные образования пальпаторно не определяются. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло – желтого цвета.

Общий анализ крови: RBC – $5.0 \times 10^{12}/L$, HGB 160 g/L, WBC- $24 \times 10^9/L$, BASO - 1, EOS - 2, BAND - 4, NEU- 69, LYM - 50, MONO - 6 СОЭ – 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: Цвет – соломенно-желтый, удельная плотность 1012, реакция щелочная, белок 0,02 г/л, сахар - отр., эритроциты - 0-1, лейкоциты - 2-3 в п/з, плоский эпителий - 1 в п/з.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Укажите этиологию и характерные особенности данного заболевания
3. Опишите современную лечебную тактику при этом заболевании.

Эталон Задача № ДХ

1. Некротическая Флегмона новорождённых
2. Возбудитель – золотистый стафилококк. Особенности: быстрое распространение воспаления по подкожной клетчатке, некроз подлежащих тканей
3. Хирургическое лечение - разрезы в шахматном порядке до границы со здоровыми тканями

Задача № ДХ

На приеме у детского хирурга девочка 3 лет с болью в левой конечности, отсутствием движения в конечности. Из анамнеза - на прогулке оступилась, при этом мама, пытаясь удержать ребенка, потянула ее за руку на себя.

При осмотре состояние ребенка удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Кожный покров, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Дыхание самостоятельное. Экскурсия грудной клетки симметричная, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 26 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 122 в минуту. Живот обычной формы, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. Пальпаторно патологические объемные образования не определяются. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Область почек визуально не изменена. Почки пальпаторно не определяются. Надлобковая область не изменена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло-желтого цвета. Диурез в норме. При осмотре наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу.

Положение левой верхней конечности вынужденное: предплечье слегка согнуто в локтевом суставе, пронировано, рука свисает вдоль туловища. Местно – невыраженный отек в локтевой области слева. Изменений контуров области локтевого сустава нет. Пальпация резко болезненна в проекции лучевой кости. Активные движения в локтевом суставе резко ограничены. Попытка супинации предплечья болезненна.

На рентгенограммах локтевого сустава в двух проекциях патологии не выявлено.

Вопросы.

1. Какой диагноз наиболее вероятен у данной пациентки?
2. Дети какой возрастной группы чаще страдают данной травмой?
3. Составьте план лечения

Эталон Задача № ДХ

1. Подвывих головки лучевой кости. Показано вправление подвывиха без последующей иммобилизации. Необходима профилактика формирования привычного вывиха.
2. Подвывих головки луч. кости = «вывих от вытягивания» = «болезненная пронация маленьких детей», «нянькин локоть» только у детей в преддошкольном (главным образом 1-3 лет) возрасте. Механизм: вытянутая рука подвергается резкому вытяжению за кисть или нижний конец предплечья вверх или вперед. Резкое потягивание за руку по продольной оси конечности приводит к частичному выскальзыванию головки лучевой кости из кольцевидной связки, в которой как бы ущемляется (из-за анатомических особенностей до 3 лет: позднее развитие наружной части дистального мыщелка плечевой кости, слабость мышц, тонкость суставной сумки). Клиника: после повреждения ребенок вскрикивает от боли, сразу перестает двигать рукой и держит ее вдоль туловища слегка согнув в локтевом суставе. При попытке движения – боль в локте, ротация резко болезненна. На Рг не диагностируется.
3. Лечение: устранение подвывиха, иммобилизация повязкой Дезо + родителям не водить ребенка за больную руку. При рецидивах - фиксируют согнутую под прямым углом в локтевом суставе руку повязкой на несколько дней (покой суставу, сокращение связок и сумки сустава).

Задача № ДХ

Мальчик 10 лет поступил в хирургическую клинику с подозрением на перелом нижней трети костей левого предплечья. Во время игры в футбол ребенок упал на ладонь вытянутой левой руки.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожный покров и слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Дыхание самостоятельное. Носовое дыхание не затруднено. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается везикулярное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс на периферических артериях в пределах нормы. ЧСС 94 в минуту. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Симптомы раздражения отрицательные. Область почек визуально не изменена. Почки пальпации недоступны. Мочеточниковые точки безболезненны. Надлобковая область не изменена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, соломенно – желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу.

Status localis: положение конечности вынужденное: предплечье согнуто под углом 100 градусов в локтевом суставе, пронировано, здоровой рукой поддерживает за кисть больную руку. Отмечается незначительный отек, деформация в области дистального эпиметафиза лучевой кости. Пальпация болезненна в нижней трети лучевой кости. Активные движения в смежных суставах ограничены, болезненны.

Рентгенография нижней трети костей предплечья в двух взаимно перпендикулярных проекциях: отделение эпифиза лучевой кости единым блоком от метафиза на половину поперечника кости в тыльную сторону.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?
2. Каковы отличия остеоэпифизеолиза от эпифизеолиза?
3. Составьте план лечения данного пациента, укажите допустимое смещение после репозиции на рентгенограмме.

Эталон Задача № ДХ

1. Диагноз. Закрытый эпифизеолиз дистального эпиметафиза лучевой кости левого предплечья со смещением отломков.
2. Отличие остеоэпифизеолиза от эпифизеолиза. 1. При эпифизеолизе линия перелома проходит только по зоне роста. При остеоэпифизеолизе линия перелома проходит одновременно по зоне роста и по метафизу и/или диафизу.
3. План дополнительного обследования. Не требуется. План лечения, допустимое смещение. Обезболивание – внутривенный наркоз. Закрытая одномоментная ручная репозиция, после которой допустимое смещение возможно до одной пятой 46 поперечника кости. Лонгетная гипсовая повязка по тыльной стороне от головок пястных костей до верхней трети плеча. Рекомендации при выписке. ЛФК, иммобилизация 3-4 недели.

Задача № ДХ

На прием к ортопеду обратилась девочка 11 лет, с жалобами на боль в правой пятке, усиливающуюся вовремя и после физической нагрузки. Боль беспокоит около 1 месяца после травмы пяточной кости в области ахиллова сухожилия – ударилась о шведскую стенку.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожный покров и слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тurgor тканей удовлетворительный. Дыхание самостоятельное. Носовое дыхание не затруднено. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается везикулярное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс на периферических артериях в пределах нормы. ЧСС 92 в минуту. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Симптомы раздражения отрицательные. Область почек визуально не изменена. Почки пальпации недоступны. Мочеточниковые точки безболезненны. Надлобковая область не изменена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, соломенно – желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно.

Объективно: походка обычная. Ходьба на пятках болезненна справа. Оси конечностей правильные. Конечности симметричные. Стопы в физиологическом положении. Локальный статус: в области пятки определяют припухлость, поверхностная пальпация слегка болезненна в области пяточного бугра, при глубокой пальпации боль усиливается. Функция голеностопного сустава - имеется небольшое ограничение сгибания-разгибания, гиперестезия кожи поражённой области.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен у данной пациентки?
2. Составьте план обследования.
3. Составьте план лечения.

Эталон Задача № ДХ

1. Диагноз. Болезнь Хаглунда-Шинца справа. Ушиб области пяточного бугра, посттравматическую энтезопатию пяточного бугра правой пяточной кости.
2. План обследования. Необходимо произвести рентгенографию обеих пяточных костей в боковой проекции и в аксиальной проекции. Обоснование диагноза. После рентгенографии будет выставлен окончательный диагноз.
3. При болезни Хаглунда-Шинца на рентгенограмме - уплотненный апофиз пяточной кости. Пространство между апофизом и костью увеличено, на бугристости пяточной кости на этом уровне определяется шероховатость. Иногда апофизарное костное ядро оказывается фрагментированным. При ушибе и энтезопатии на рентгенограмме описанной выше патологии не будет. План лечения. В всех случаях обезболивающее, сосудистые препараты, улучшающие микроциркуляцию, покой в виде ограничения нагрузки, ФТЛ - электрофорез с новокаином и хлоридом кальция. Рекомендации по лечению данной пациентки. Ограничение физической нагрузки в течение 6 месяцев, мягкий подпяточник для амортизации.

Задача № ДХ

На прием к травматологу обратился мальчик 13 лет с жалобами на боль в правом коленном суставе, усиливающуюся во время и после физической нагрузки. Боль беспокоит около 2 месяцев. Больной регулярно занимается футболом.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожный покров и слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тurgор тканей удовлетворительный. Дыхание самостоятельное. Носовое дыхание не затруднено. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается везикулярное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс на периферических артериях в пределах нормы. ЧСС 88 в минуту. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Симптомы раздражения отрицательные. Область почек визуально не изменена. Почки пальпации недоступны. Мочеточниковые точки безболезненны. Надлобковая область не изменена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, соломенно – желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно. Объективно: походка обычная. Телосложение пропорциональное. Грудная клетка обычной формы. Нарушений осанки нет. Оси конечностей правильные. Конечности симметричные. Объем движений в суставах в норме. Стопы в физиологическом положении.

Локальный статус: кожный покров правой коленной области физиологической окраски, отека нет. При сравнительном осмотре обоих коленных суставов выявляется припухлость и небольшая отечность мягких тканей в области бугристости большеберцовой кости правой нижней конечности, окружность на уровне бугристости на 3 см больше, чем на левой. При глубокой пальпации эта область резко болезненна. При активном сгибании голени болевые ощущения усиливаются, при пассивном боль появляется только после сгибания коленного сустава больше угла 90 градусов.

Вопросы.

1. Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования.

Эталон Задача № ДХ

1. Диагноз. Ушиб области правого коленного сустава. Болезнь Осгуд-Шляттера справа. Обоснование диагноза. Диагноз установлен на основании жалоб, анамнеза, объективных данных: отек правого плечевого сустава, верхней трети правого плеча, окружность бугристости на 3 см длиннее, чем на левой, кожные покровы области правого коленного сустава физиологической окраски, отек отсутствует. При сравнительном осмотре обоих коленных суставов выявляется припухлость в области бугристости большеберцовой кости правой нижней конечности высотой не менее 0,5 см. При глубокой пальпации эта припухлость бугристости большеберцовой кости резко болезненная при надавливании. При активном сгибании голени болевые ощущения усиливаются, при пассивном боль появляется только после сгибания коленного сустава больше угла 90 градусов. План дополнительного обследования. Необходимо произвести сравнительную

рентгенографию обоих коленных суставов в двух проекциях. УЗИ для исключения другой патологии.

2. План лечения. Лечение по месту медицинского обслуживания. При остеохондропатии на рентгенограммах - фрагментация апофиза большеберцовой кости, не связанная с костью ядро окостенения. Ростковая зона при этом будет не равномерно/клиновидно расширена. При травме на рентгенограммах ростковая зона при этом будет лентовидной. Ограничение физической нагрузки до 6 месяцев в зависимости от стадии, бандаж на коленный сустав. НПВС, ФТЛ, препараты кальция.
Рекомендации при выписке: 1. Динамическое наблюдение по месту медицинского обслуживания. 2. Ограничение физической нагрузки в течение 6 месяцев, бандаж на коленный сустав. 3. ФТЛ. 4. Препараты кальция.
3. План обследования: сбор жалоб и анамнеза, рентгенография коленного сустава (2 проекции)

Задача № ДХ

В детскую хирургическую клинику реанимационной бригадой скорой медицинской помощи доставлен ребенок 13 лет. Поступил в стационар через час после ожоговой травмы пламенем – пожар в загородном доме. При поступлении состояние тяжелое. На туловище фрагменты обгоревшей одежды. Жалобы на боль, холод, жажду. Ребенок заторможен, дрожит, была однократная рвота.

Кожный покров бледный. Дыхание самостоятельное, неровное. При аускультации в легких дыхание приглушено, хрипов нет. ЧДД 24 в минуту. Пульс на периферических артериях 120 уд. минуту. Артериальное давление 120/70 мм рт. ст. Язык сухой. Живот несколько вздут. Ввиду наличия ожоговых ран пальпации не доступен. В мочевого пузырь установлен катетер Фолея – мочи нет. После удаления одежды обнаружено, что на груди, животе, верхних конечностях циркулярно имеются множественные пузыри с геморрагическим содержимым. При этом определяются поверхностные ожоговые раны на различных участках поражения. Дно ран бледное, тусклое, сосудистая реакция отсутствует, боли при касании нет. На обеих кистях имеются струпы темно-коричневого и черного цвета, обугливание пальцев до костных фаланг.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?
 2. Что такое ожоговая болезнь? Назовите стадии ожоговой болезни
 3. Какую необходимо было оказать доврачебную помощь на догоспитальном этапе?
- Составьте план лечения.

Эталон Задача № ДХ

1. Ожоги III-IV степени, ожоговый шок
2. При обширных и глубоких ожогах более 10% площади тела у детей развивается ожоговая болезнь. В течении ожоговой болезни различают следующие периоды: I – ожоговый шок; II – ожоговая токсемия; III – септикотоксемия; IV – реконвалесценции (исходов). Период ожогового шока длится до 2-3 суток.
3. Первая доврачебная помощь – быстрое прекращение действия повреждающего агента. Пострадавшие, на которых загорелась одежда, не должны бежать, т.к. движение не сбивает, а раздувает огонь. Вертикальное положение способствует распространению ожогов на лицо, загоранию волос, поражению органов дыхания. Необходимо уложить пострадавшего на землю горячей одеждой книзу, прекратить доступ кислорода к пламени, быстро снять одежду. Первая медицинская помощь – обезболивание, инфузионная терапия. Приставшие к обожженной коже части одежды не отрываются, отрезаются вокруг. Асептическая повязка. Местное охлаждение. Врачебная помощь – обезболивание. Профилактика столбняка (начиная со II ст. и выше). Обработка ран антисептиком, удаление обрывков эпидермиса, одежды, пузыри надсекают, высокотоксичную жидкость из них эвакуируют, эпидермис пузырей оставляют (выполняет роль естественной повязки). Местное охлаждение.

Задача № ДХ

Подросток, 17 лет, получил травму, при попытке починить электрическую проводку, задел оголенный провод, напряжение которого не превышает 1000 В (низковольтная травма). Отмечает, что в момент соприкосновения в верхней конечности было судорожное сгибание (плеча и предплечья).

При осмотре состояние средне - тяжелое. Кожный покров и слизистые оболочки доступные осмотру чистые, бледные, нормальной влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Дыхание самостоятельное. Носовое дыхание не затруднено. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается везикулярное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс на периферических артериях в пределах нормы. ЧСС 88 в минуту. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделах. Симптомы раздражения отрицательные. Область почек визуально не изменена. Почки пальпации недоступны. Мочеточниковые точки безболезненны. Надлобковая область не изменена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, соломенно – желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу.

Status localis: На тыльной поверхности правой ладони виден участок некротизированных тканей черного цвета с четкими границами и светлым ободком. Выражен отек окружающих тканей и судорожное сокращение мышц.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?
2. Составьте план лечения (консервативного и хирургического).
3. Какие осложнения характерны для электроожогов?

Эталон Задача № ДХ

1. Диагноз. Контактный электроожог правой кисти 3-4 степени до 1%.
2. Вид и степень данной электротравмы. По времени воздействия - мгновенная, по локализации - местная, первая степень – легкая.
3. План лечения. Консервативное: Профилактика от столбняка АС-1,0, ПСС-3000МЕ. Анальгетики. Антибактериальная терапия. Антикоагулянты Хирургическое: Ранняя экономная некрэтомия, кожная пластика лоскутом с подкожной жировой клетчаткой. Характерные особенности течения электроожогов. Характерной особенностью электроожогов является длительное отторжение струпа и медленная регенерация. Осложнения электроожогов. Характерным осложнением электроожогов является вторичный некроз из-за тромбоза магистральных сосудов вплоть до развития гангрены.

Задача № ДХ

Пациентка С., 9 лет, поступила в клинику детской хирургии через 40 мин с момента травмы упала с 4 этажа жилого дома, после чего обнаружена прохожими на траве без сознания, доставлена реанимационной бригадой скорой медицинской помощи. При поступлении состояние тяжелое, без сознания, кожные покровы бледные, отмечаются множественные ссадины и небольшие раны головы и передней брюшной стенки, деформация правого бедра и левого предплечья.

При осмотре состояние тяжелое, ребенок без сознания. Кожный покров и слизистые оболочки доступные осмотру чистые, бледные. Дыхание самостоятельное, поверхностное. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается везикулярное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 22 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс на периферических артериях слабый. ЧСС 122 в минуту. Артериальное давление 80/30 мм.рт.ст. Живот округлой формы, умеренно вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины положительные. Перкуторные границы печени достоверно не определяются, отмечается притупление перкуторного звука в отлогих местах живота, больше справа. Область почек визуально не изменена. Почки пальпации недоступны. Мочеточниковые точки безболезненны. Надлобковая область не изменена. После травмы моча с выраженным геморрагическим компонентом. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу.

Общий анализ крови: RBC $2,8 \times 10^{12}/L$, HGB 78 g/L, WBC $18,2 \times 10^9/L$, BASO-2, EOS-3, META - 2, BAND- 12, NEU- 65, LYM- 10, MONO- 4, СОЭ - 2 мм/час.

Вопросы:

1. Какие диагностические мероприятия необходимо выполнить?
2. Что можно по ним заподозрить?
3. Тактика в зависимости от диагностических находок

Эталон Задача № ДХ

1. Необходимо провести обзорную рентгенографию, УЗИ брюшной полости, КТ full body в случае отсутствия возможности проведения данных методов – лапароскопию или лапароцентез.
2. При наличии воздуха на рентгенограмме, жидкости на УЗИ, крови или кишечного содержимого при лапароцентезе - закрытая травма живота, травма полого или паренхиматозного органа
3. При наличии кишечного содержимого или свободного газа - экстренная лапаротомия. При наличии свободной жидкости – тактика в зависимости от диагностических возможностей данного учреждения и гемодинамики пострадавшей.

Задача № ДХ

На приеме родители с новорожденным сыном 2х недель. Беременность первая, протекала на фоне гестоза в первом триместре, маловодия. Роды срочные (38 неделя гестации), самостоятельные без осложнений, вес при рождении 3700 гр, рост 51 см. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Вакцинация – БЦЖ в родильном доме, отказ от вакцинации от гепатита В. На грудном вскармливании. Наследственный анамнез не отягощен.

При осмотре кожный покров, слизистые оболочки чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Большой родничок нормотоничен, размерами 2,0х2,0см. Дыхание самостоятельное. Экскурсия грудной клетки симметричная, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается пузырьное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 34 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 132 в минуту. Живот обычной формы, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. Пальпаторно патологические объемные образования не определяются. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло -желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу, яички в мошонке, головка полового члена не выводится – физиологический фимоз.

При осмотре – при отведении нижних конечностей, согнутых под прямым углом в тазобедренных и коленных суставах обнаружено ограничение отведение правой нижней конечности в тазобедренном суставе. Положительный симптом щелчка справа.

Вопросы

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Расскажите классификацию заболевания
3. Определите тактику ведения ребенка.

Эталон Задача № ДХ-78

1. Врождённый вывих правого бедра
2. Классификация дисплазии тазобедренного сустава:
 - I. Незрелость тазобедренных суставов — пограничное между нормой и патологией состояние. Основной контингент пациентов — недоношенные, незрелые дети, но патологию также можно встретить у детей, родившихся в срок. Клинически может протекать бессимптомно, но при ультразвуковом исследовании отмечают незначительные изменения крыши вертлужной впадины (уплощение, скошенность наружного костного края).
 - II. Предвывих — минимальная степень выраженности диспластического процесса, затрагивающего только крышу вертлужной впадины.
 - III. Подвывих — патологическое изменение как вертлужной впадины, так и проксимального отдела бедренной кости. Частично головка бедренной кости находится во впадине, частично — вне ее.
 - IV. Вывих — крайняя степень выраженности дисплазии. Полная дислокация головки бедренной кости из вертлужной впадины.
3. Лечение врожденного вывиха тазобедренного сустава в случае, если стадия дисплазии уже прошла, может быть только оперативным. Выполняются реконструктивно-пластические операции, направленные на восстановление анатомии тазобедренного сустава. В зависимости от характера поражения, отдается приоритет операциям на вертлужном компоненте, проксимальном отделе бедренной кости либо сочетанной коррекции двух компонентов сустава. Оперативное лечение требует продолжительного реабилитационного периода, сопровождаемого шинированием (ограничением подвижности в тазобедренном суставе) и последующей дозированной нагрузкой на сустав, соответствующей возрастной норме и состоянию сустава после операции.

Задача № ДХ-79

На приеме девочка, 14 суток жизни. Беременность 4, роды 3 срочные, стремительные в головном предлежании. Масса тела при рождении 3000 гр, длина тела 49 см, оценка по шкале Апгар 6-7-7 баллов. Выписана из родильного дома на 4 сутки. На грудном вскармливании. Вакцинирована по календарю.

При осмотре кожный покров, слизистые оболочки чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Большой родничок нормотоничен, размерами 2,0х2,0см. Дыхание самостоятельное. Экскурсия грудной клетки симметричная, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается пуэрильное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 34 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 132 в минуту. Живот обычной формы, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. Пальпаторно патологические объемные образования не определяются. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло -желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу.

При осмотре ребенка на спине - голова в положении наклона влево и поворота в правую сторону. При пальпации определяется веретенообразное уплотнение по ходу левой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. Лимфоузлы не увеличены. В зеве признаков воспаления нет.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Определите тактику ведения и лечения
3. Укажите возможные причины развития заболевания

Эталон Задача № ДХ

1. Левосторонняя мышечная кривошея.
2. Показаны: массаж, электрофорез с йодистым калием, правильная укладка в постели. При неэффективности консервативного лечения – операция в возрасте 1-2 лет.
3. Причины: неправильное вынужденное положение головы плода при одностороннем чрезмерном давлении в полости матки; укорочение грудино – ключично – сосцевидной мышцы с фиброзным перерождением; в/у ишемия м-цы при давлении пуповины, обвивающаяся вокруг шеи при родах; в/у воспаление м-цы с переходом в хр. интерстициальный миозит; разрыв м-цы при тяжелых родах с последующ. рубцеванием; порок развития м-цы.

Задача № ДХ

Патронаж на дому: новорожденный мальчик 7 дней. Беременность первая, на фоне острой респираторной инфекции в третьем триместре беременности. Роды срочные путем операции кесарева сечения на 38 неделе гестации (узкий таз). Масса тела при рождении 4100 гр, длина тела 51 см, оценка по шкале Апгар 7/7 баллов. К груди приложен в родильном зале. Меконий отошел в первые сутки жизни. Наследственный анамнез не отягощен. На грудном вскармливании по требованию.

При осмотре кожный покров, слизистые оболочки чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Большой родничок нормотоничен, размерами 2,0х2,0см. Дыхание самостоятельное. Экскурсия грудной клетки симметричная, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается пузырьное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 34 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 132 в минуту. Живот обычной формы, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Пальпаторно патологические объемные образования не определяются. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул самостоятельный, светло – желтого цвета, кашицеобразный, 7-8 раз в день. Область почек визуально не изменена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло - желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу, яички в мошонке, головка полового члена не выводится – физиологический фимоз.

При осмотре отмечается деформация обеих стоп (подошвенное сгибание, супинация и приведение стоп).

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Определите тактику ведения и лечения. Укажите осложнения при поздней диагностике
3. Укажите вероятные теории развития заболевания

Эталон Задача № ДХ

1. Врожденная косолапость.
2. Рекомендуются массаж, бинтование с выведением в правильное положение, наложение этапных гипсовых сапожков. При неэффективности консервативного лечения – операция Зацепина в возрасте 1-2 лет.
3. Косолапость – стойкая приводящее-сгибательно-супинационная деф-ция стопы. Возникает под возд-ем эндогенн. и экзогенн. патол. ф-ров (сращение амниона с пов-стью зародыша и давление амниотич. тяжей, пуповины, м-ц матки; токсикоз, вирусная инфекция, токсоплазмоз и др.) на эмбриогенез и фетальный п-д. Проявляется изменениями суст. пов-стей костей голеностопн. сустава, особ. таранной, суставн. сумки и связочного аппарата, укорочением и недоразвитием сухожилий и м-ц. Компоненты деф-ции: подошвенное сгибание стопы, супинация, приведение переднего отдела с увеличением продольного свода стопы. Хар-рны походка с опорой на тыльно-наружную пов-сть стопы, при одностор. деф-ции – хромота, при 2-сторонней – походка мелкими шажками, переваливающаяся у детей 1,5 – 2 лет, у детей старшего возраста – с перешагиванием ч/з противоположную деформированную стопу. К 7-9 годам дети

жалуются на быструю утомляемость и боль при ходьбе. Лечение: с первых дней жизни – ручное исправление деф-ции – редрессирующая гимнастика, последоват-я коррекция компонентов деф-ции (аддукция, супинация, эквинус). Гимнастику проводят до кормления в теч. 3-5 мин., завершая массажем голени и стопы, 3-4 р/д, стопу после гимнастики удерживают в корригированном положении мягким бинтом. Этапные корригир-е гипсовые повязки, лечение проводит ортопед. Операция по Зацепину – тенолигаментокапсулотомия; после операции фиксация гипсовой повязкой на 6 мес, затем – массаж, ФЗТ, ЛФК и ношение ортопедической обуви 2-3 года.

Задача № ДХ

На приеме у поликлинического педиатра мальчик 10 дней, со слов мамы с рождения отмечается увеличение размеров живота.

Ребенок от первой беременности, первых срочных родов самостоятельным путем. Масса тела при рождении 3150 гр., длина тела 50 см. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. К груди приложен в родильном зале.

При осмотре: кожный покров, слизистые оболочки чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Большой родничок нормотоничен, размерами 2,0х2,0см. Дыхание самостоятельное. Экскурсия грудной клетки симметричная, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается пузырьное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 34 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Кровенаполнение ногтевого ложа удовлетворительное. ЧСС 132 в минуту. Живот округлой формы, незначительно вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Пальпаторно в левой половине живота определяется объемное образование, размерами 8×6×4см. Образование неподвижное, безболезненное, плотноэластической консистенции. Печень определяется + 2см. из-под края реберной дуги. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Анус сформирован правильно, расположен в должествующем месте. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, светло-желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу, яички в мошонке, головка полового члена не выводится – физиологический фимоз.

При ультразвуковом обследовании образование представлено многокамерными кистами, заполненными жидкостью. Левая почка не найдена. Справа почка на обычном месте, без патологии.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Чем характеризуется данная аномалия?
2. Составьте план обследования
3. Определите тактику лечения

Эталон Задача № ДХ

1.Мультикистоз левой почки.

Мультикистозная дисплазия – аномалия, при которой почечная паренхима полностью замещена кистозными полостями. Мочеточник отсутствует или рудиментарен. При одностороннем поражении жалобы возникают лишь в случае роста кист и сдавления окружающих органов, что вынуждает выполнить нефрэктомию. Двусторонняя аномалия несовместима с жизнью.

2. Диагноз ставится с помощью УЗИ в сочетании с доплерографией. При экскреторной урографии даже на отсроченных снимках функция не выявляется. При цистоскопии устье мочеточника на стороне поражения не визуализируется.

3. Хирургическое лечение - Нефрэктомия

Задача № ДХ

Мама девочки, 8 лет, обратилась к врачу детской поликлиники по поводу постоянного выделения мочи из уретры на фоне нормального самостоятельного мочеиспускания. Недержание мочи наряду с нормальным мочеиспусканием наблюдается с рождения. Неоднократно лечилась консервативно по поводу недержания мочи, но безуспешно.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожный покров и слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тurgor тканей удовлетворительный. Дыхание самостоятельное. Носовое дыхание не затруднено. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается везикулярное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Область сердца визуальна не изменена. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс на периферических артериях в пределах нормы. ЧСС 92 в минуту. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Симптомы раздражения отрицательные. Область почек визуальна не изменена. Почки пальпации недоступны. Мочеточниковые точки безболезненны. Надлобковая область не изменена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, соломенно – желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу.

Общий анализ крови: RBC $4,2 \times 10^{12}/L$, HGB 122 g/L, WBC $18,2 \times 10^9/L$., BASO-2, EOS-3, META - 2, BAND- 12, NEU- 65, LYM- 10, MONO- 4, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: Цвет - соломенно-желтый, прозрачная, удельная плотность - 1018, белка - нет, сахар - отр., лейкоциты 0-1 в п/з.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. О каком пороке развития следует подумать в этом случае?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Эталон Задача № ДХ

1. Эктопия устья одного из мочеточников в уретру ниже шейки мочевого пузыря.
2. Врожденная аномалия мочеточника, при которой происходит нетипичное внепузырное (вне треугольника мочевого пузыря) либо внутрипузырное расположение его устья. Патология в большинстве случаев сочетается с полным удвоением почки, при этом эктопированным, как правило, является мочеточник от верхней половины удвоенной почки. В случае развития внепузырной эктопии устья мочеточника, ниже уровня наружного сфинктера мочевого пузыря, у девочек будет отмечаться подтекание мочи, при этом полностью сохраняется самостоятельное мочеиспускание.
3. УЗИ почек и мочевого пузыря, экскреторная урография, мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием, цистоуретроскопия.

Задача № ДХ

У девочки 8 лет с момента рождения отмечается непроизвольное выделение небольшого количества мочи при сохранении нормального мочеиспускания.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожный покров и слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Дыхание самостоятельное. Носовое дыхание не затруднено. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. При аускультации в лёгких выслушивается везикулярное дыхание, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс на периферических артериях в пределах нормы. ЧСС 92 в минуту. Живот округлой формы, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Симптомы раздражения отрицательные. Область почек визуально не изменена. Почки пальпации недоступны. Мочеточниковые точки безболезненны. Надлобковая область не изменена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, соломенно – желтого цвета. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. При осмотре на гинекологическом кресле установлено, что моча каплями вытекает из влагалища.

Общий анализ крови: RBC $4,2 \times 10^{12}/L$, HGB 122 g/L, WBC $18,2 \times 10^9/L$., BASO-2, EOS-3, META - 2, BAND- 12, NEU- 65, LYM- 10, MONO- 4, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: Цвет - соломенно-желтый, прозрачная, удельная плотность - 1018, белка - нет, сахар - отр., лейкоциты 0-1 в п/з.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. О каком пороке развития следует подумать в этом случае?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Эталон Задача № ДХ

1. Эктопия устья одного из мочеточников во влагалище.
2. Врожденная аномалия мочеточника, при которой происходит нетипичное внепузырное (вне треугольника мочевого пузыря) либо внутрипузырное расположение его устья. Эктопия устья мочеточника формируется в результате нарушения процесса миграции зачатков первичных мочеточников от мезонефральных Вольфовых протоков в мочевой пузырь, устья мочеточников своевременно не имплантируются в мочевой пузырь, оставаясь в зачатках мезонефрального протока. Патология в большинстве случаев сочетается с полным удвоением почки, при этом эктопированным, как правило, является мочеточник от верхней половины удвоенной почки. Внепузырно-эктопированный мочеточник у девочек может впадать в уретру, влагалище, шейку или тело матки, что клинически проявляется капельным подтеканием мочи из уретры или влагалища. У мальчиков устье эктопированного мочеточника открывается в заднюю уретру, семенные пузырьки, семенной бугорок, семявыносящий проток, простату, придаток яичка. Поскольку указанные анатомические образования располагаются проксимальнее наружного сфинктера мочевого пузыря, эктопия устья мочеточника у мужчин никогда не сопровождается недержанием мочи.
3. Диагностика эктопии устья мочеточника может включать проведение УЗИ почек и мочевого пузыря, цистоскопии и уретроскопии, экскреторной урографии, компьютерной томографии с контрастированием, гинекологического осмотра у девочек.

Задача № ДХ

Девочка, 13 лет поступила в клинику детской хирургии с жалобами на повторяющиеся в течение суток боли в поясничной области слева, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и частыми позывами к мочеиспусканию.

При осмотре состояние средне – тяжелое, за счет болевого синдрома. Температура тела 36.7°C. Кожный покров, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, бледные, нормальной влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Грудная клетка обычной формы, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Экскурсия грудной клетки симметричная. При аускультации в лёгких выслушивается везикулярное дыхание, симметрично проводится с двух сторон, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Показатели пульса на периферических артериях в пределах нормы. ЧСС 88 в минуту. Живот не вздут, округлой формы, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Патологические объемные образования не определяются. Перитонеальных симптомов нет. Область почек визуально не изменена. Почки пальпаторно не определяются. Симптом “поколачивания” слабopоложительный справа, слева – отрицательный. Мочеточниковые точки безболезненные. Надлобковая область не изменена. Мочеиспускание учащенное, свободное, безболезненное. Моча насыщенно – желтого цвета, с умеренным геморрагическим компонентом. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу.

На обзорном снимке мочевых путей, на уровне поперечного отростка 3-го поясничного позвонка слева определяется тень, подозрительная на конкремент, размерами 6×5 мм.

ОАК: RBC $3,5 \times 10^{12}/L$, HGB 126g/L, WBC $26,2 \times 10^9/L$, BASO-0, EOS-0, NEU-83, LYM- 35, MONO- 2, СОЭ - 5 мм/час.

ОАМ: цвет желтый, относительная плотность 1010, реакция кислая, лейкоциты 1-2 в п/з, эритроциты 40-50 в п/з, эпителий сплошь в п/з

Вопросы:

1. О каком заболевании в первую очередь следует думать?
2. Какие методы лучевой диагностики необходимо провести для уточнения природы обнаруженной тени и отношения ее к органам мочевой системы? Обоснуйте свое назначение.
3. При подтверждении Вашего предположения, какие лечебные мероприятия следует провести?

Эталон Задача № ДХ

1. Провосторонняя почечная колика. Мочекаменная болезнь
2. Компьютерная томография с контрастным усилением. КТ – позволяет детально уточнить топографо – анатомические особенности
3. Спазмолитическая, анальгезирующая терапия. Стентирование лоханки правой почки в экстренном порядке.

Задача № ДХ

В приемный покой детского хирургического стационара поступил мальчик 12 лет с жалобами на задержку мочеиспускания в течении суток. Объективный осмотр: состояние ребенка средней степени тяжести. Температура тела 36.7С. Кожный покров, слизистые оболочки доступные осмотру чистые, нормального цвета и влажности. Тургор тканей удовлетворительный. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. При аускультации в лёгких выслушивается везикулярное дыхание, симметрично проводится с двух сторон, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Показатели пульса на периферических артериях в пределах нормы. ЧСС 88 в минуту. Живот не вздут, отмечается умеренная асимметрия за счет выбухания нижних отделов. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Патологические объемные образования не определяются. Перитонеальных симптомов нет. Область почек визуально не изменена. Почки пальпаторно не определяются. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Мочеточниковые точки безболезненные. Мочевой пузырь пальпируется на 12 см. над лоном (практически на уровне пупка). Пальпация умеренно болезненна. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Яички в мошонке. Крайняя плоть развита избыточно, ригидная, обнажение головки полового члена не представляется возможным.

Ультразвуковое исследование органов мочевыделительной системы:

Мочевой пузырь: V- 720 мл. Полость: мелкодисперсная взвесь до 1/4 объема

Форма: обычная. Стенки – не утолщены. Внутренний контур: ровный. Мочеточники в предпузырном отделе: не визуализируются.

Почки расположены в типичном месте. Почка правая: 74 х 28 мм. Контур почки: четкий. Лоханка – 10 мм, чашечки- 2 мм. Толщина паренхимы в среднем сегменте: 12 мм. Структура паренхимы: эхоструктурна, стенки пирамидок подчеркнуты. Кортико - медуллярная дифференцировка: выражена хорошо.

Почка левая: 89 х 37 мм. Контур почки: четкий. Лоханка – 19,2 мм, чашечки- 2мм. Толщина паренхимы в среднем сегменте: 8 мм. Структура паренхимы: эхоструктурна. Кортико - медуллярная дифференцировка снижена.

Мочеточники в прилоханочном отделе: справа не визуализируется, слева до 15мм. В паранефральных пространствах объемных патологических образований не выявлено. При ЦДК интрапаренхиматозный кровоток асимметричен, слева прослеживается до капсулы, справа до субкапсулярной области.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? Назовите возможные причины, вызвавшие данное состояние.
2. Ваша тактика в данной ситуации
3. Проведите дифференциальную диагностику.

Эталон Задача № ДХ

1. Острая задержка мочи, обусловленная фимозом
2. Катетеризация мочевого пузыря, обрезание крайней плоти в экстренном порядке
3. Дифференциальная диагностика в рамках синдрома инфравезикальной обструкции

Задача № ДХ

Пациентка девочка, 13 лет поступила в стационар с жалобами на сильную припухлость, деформацию, боль в области левой голени. Около 3 часов назад девочка, во время игры в баскетбол резко повернулась, после чего появилась боль в левой голени.

Ребёнок от 3 беременности, 3 самостоятельных срочных родов. Беременность 39 – 40 недель, протекала без осложнений. Масса при рождении 3550 грамм. Рост 52 см, окружность головы 32 см, окружность грудной клетки 33 см. По шкале Апгар 9 баллов. Прививки по календарю. Растет и развивается соответственно полу и возрасту.

Состояние средней степени тяжести, стабильное. Кожный покров и видимые слизистые бледно-розовые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

Местно: отмечается выраженная болезненность, отек, деформация в средней трети левой голени. Пульсация на периферических артериях сохранена. Кожный покров не поврежден.

OAK: RBC $3,5 \cdot 10^{12}/L$, HGB 110 g/L, WBC $9,2 \cdot 10^9/L$, BASO-0, EOS-0, NEU-63, LYM- 35, MONO- 2, СОЭ - 5 мм/час.

OAM: цвет желтый, относительная плотность 1004, реакция кислая, лейкоциты 3-4 в п/з.

Биохимический анализ крови: TP- 69 g/L, GLU 5 mmol/L, K – 3.8mmol/L, TBIL- 18,5 umol/L, DBIL - 3,2 umol/L, CREA – N umol/L, UREA – N mmol/L.

На рентгенограммах определяется винтообразный перелом левой большеберцовой кости на границе средней и нижней трети диафиза. Определяется смещение отломков по длине, ротационное и угловое с углом, открытым кнутри. Определяется косой перелом левой малоберцовой кости на границе средней и верхней трети диафиза с угловым смещением с углом, открытым кнутри.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите тактику оказания неотложной помощи. Назначьте (с обоснованием) необходимое больному лечение.
3. Укажите возможные осложнения.

Эталон Задача № ДХ

1. Винтообразный перелом большеберцовой кости на границе средней и нижней трети диафиза, смещение отломков по длине, ротационное и угловое с углом, открытым кнутри, косой перелом левой малоберцовой кости на границе средней и верхней трети диафиза с угловым смещением с углом, открытым кнутри
2. Анальгезия, иммобилизация конечности, в случае неэффективности – оперативное лечение, интрамедуллярный остеосинтез
3. Негативные последствия перелома большеберцовой кости развиваются при сложном переломе и недостаточном лечении. Наиболее часто осложнения дают внутрисуставные, оскольчатые и открытые переломы. Среди возможных проблем: инфицирование тканей, что приводит к критически опасным проблемам вплоть до сепсиса; расстройства чувствительности, возможны повреждения нервных тканей; кровотечения, если повреждаются сосуды; нарушения опорной и двигательной функции ноги.

Задача №

Пациент мальчик, 15 лет, поступил в стационар с жалобами на деформацию, боль, ограничение движений в левом локтевом суставе. Около 3 часов назад ребенок, катаясь на роликовых коньках, упал на вытянутую левую руку. В результате появились болезненность, припухлость в области левого локтевого сустава. Бригадой СМП доставлен в приемный покой стационара.

Ребёнок от 2 беременности, 1 самостоятельных срочных родов. Беременность 39 недель, во время беременности патологии плода выявлено не было. Масса при рождении 3750 грамм. Длина 480 см, окружность головы 32 см, окружность грудной клетки 32 см. По шкале Апгар 8/9 баллов. Привит по календарю. Растет и развивается соответственно полу и возрасту.

Состояние стабильное, средней степени тяжести. Кожный покров физиологической окраски. Слизистые влажные, бледно-розовые, чистые. Дыхание везикулярное, чистое. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Естественные отправления не нарушены.

Местно: В области левого локтевого сустава имеется угловая деформация. Определяется выраженный отек, гематома. Движения в суставе резко ограничены. Кожный покров не поврежден.

ОАК: RBC $3,7 \cdot 10^{12}/L$, HGB 115 g/L, WBC $8,2 \cdot 10^9/L$, BASO-0, EOS-0, NEU-64, LYM-36, MONO-2, СОЭ - 7 мм/час.

ОАМ: цвет желтый, относительная плотность 1007, реакция кислая, лейкоциты 3-5 в п/з.

Биохимический анализ крови: TP- 70 g/L, GLU 6 mmol/L, K – 3.7mmol/L, TBIL- 18,4 umol/L, DBIL- 3,3 umol/L, CREAumol/L, UREAmmol/L

На рентгенограммах определяется смещение дистального эпифиза левой плечевой кости кзади и медиально.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите тактику оказания неотложной помощи. Назначьте необходимое больному лечение.
3. Укажите возможные осложнения.

Эталон Задача №

1. Чрезмыщелковый перелом левой плечевой кости
2. Неотложная помощь: обезболивание препаратами анальгетического действия; обездвиживание конечности подручными средствами (дощечки, палки, шарфы, платки); остановка кровотечения при открытой форме перелома (жгут, повязка), наложение асептической салфетки на рану; транспортировка пострадавшего в медицинское учреждение.

Методы лечения: металл остеосинтез, иммобилизация конечности гипсовой лонгетой

3. Осложнениями переломов являются неправильное и замедленное сращение отломков, отсутствие сращения и ложные суставы. При внутрисуставных и околосуставных повреждениях часто образуются гетеротопические парарттикулярные оссификаты, развивается посттравматический артроз.

Задача № ДХ

Пациент мальчик, 13 лет, поступил в стационар с жалобами на деформацию левого бедра, боль в области левого бедра. Около 2 часов назад, прыгнув с высоты около 2 метров, ударился о металлический предмет. Появилась резкая боль и деформация в левом бедре. Бригадой СМП ребенок доставлен в приемное отделение стационара.

Родился от 2 беременности, 2 самостоятельных срочных родов. Беременность 39-40 недель, протекала без особенностей. Масса при рождении 3950 грамм. Длина 51 см, окружность головы 34 см, окружность грудной клетки 35 см. По шкале Апгар 9/9 баллов. Прививки по календарю. Растет и развивается соответственно полу и возрасту.

Общее состояние стабильное, средней степени тяжести. Кожный покров и видимые слизистые бледно-розовые. Дыхание везикулярное, чистое. Сердечная деятельность компенсирована. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Естественные отправления не нарушены.

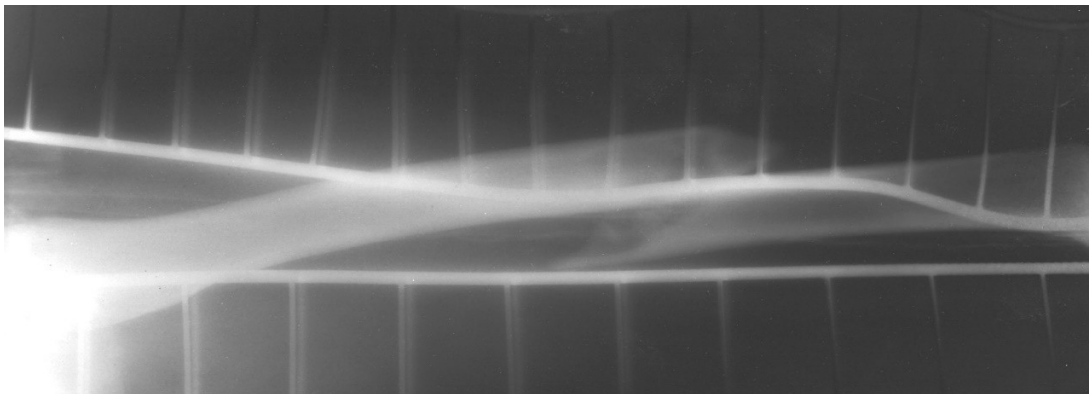
Местно: отмечается нарушение оси левого бедра. Имеется угловая деформация в средней трети левого бедра, вершина деформации кнаружи, при пальпации резкая болезненность. Нога в шине Крамера. Пульсация на периферических артериях сохранена. Кожный покров не поврежден.

ОАК: RBC $4,7 \cdot 10^{12}/L$, HGB 120g/L, WBC $9,2 \cdot 10^9/L$, BASO-0, EOS-0, NEU-66, LYM- 34, MONO- 1, СОЭ - 6 мм/час.

ОАМ: цвет желтый, относительная плотность 1007, реакция кислая, лейкоциты 3-5 в п/з.

Биохимический анализ крови: TP- 80g/L, GLU $5,5 \text{ mmol/L}$, K – $3,4 \text{ mmol/L}$, TBIL- $18,4 \text{ umol/L}$, DBIL - $3,3 \text{ umol/L}$, CREA – N umol/L , UREA – N mmol/L .

По результатам выполненной рентгенографии перелом диафиза левой бедренной кости в средней трети. Проксимальный отломок в положении отведения и сгибания. Дистальный отломок смещен кзади и по длине.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите тактику оказания неотложной помощи. Назначьте необходимое больному лечение.
3. Укажите возможные осложнения.

Эталон Задача № ДХ

1. Перелом диафиза левой бедренной кости в средней трети, проксимальный отломок в положении отведения и сгибания, дистальный отломок смещён кзади и по длине
2. Неотложное лечение. Конечность должна быть иммобилизована. Это устройство обеспечивает достаточную иммобилизацию и дистракцию при первичной репозиции. Показаны раннее направление к ортопеду, госпитализация и восполнение кровопотери. Методом лечения переломов I типа является интрамедуллярный остеосинтез, хотя о сроках его применения мнения разноречивы. Некоторые хирурги рекомендуют

немедленную операцию, другие предпочитают сначала вытяжение и лишь при безуспешности последнего хирургическое вмешательство.

3. Осложнения перелома диафиза бедренной кости. Переломам диафиза бедра сопутствует несколько серьезных осложнений.

1. Несращение наблюдается лишь в 1% случаев, однако не столь редко встречаются неправильное или замедленное сращение.
2. Ротационное смещение конечности может привести к стойкой деформации.
3. Тугоподвижность коленного сустава вследствие длительной иммобилизации является типичным осложнением, которого до определенной степени можно избежать использованием ортопедического аппарата.
4. Послеоперационными осложнениями являются поломка гвоздей, пластин или развитие инфекции.
5. Изредка встречается такое осложнение, как повреждение артерии с поздним развитием тромбоза или аневризмы.
6. При вытяжении возможно сдавление малоберцового нерва с нарушением его функции.
7. В месте перелома может возникнуть повторный перелом (рефрактура).

Задача № ДХ

Пациент девочка, 9 лет, поступила в стационар с жалобами на деформацию, боль, ограничение движений в левом локтевом суставе. Около 3 часов назад ребенок во время игры упал на вытянутую левую руку. В результате появились болезненность, припухлость в области левого локтевого сустава. Бригадой СМП доставлена в приемный покой стационара.

Ребёнок от 2 беременности, 1 самостоятельных срочных родов. Беременность 39 недель, во время беременности патологии плода выявлено не было. Масса при рождении 3750 грамм. Длина 48 см, окружность головы 32 см, окружность грудной клетки 32 см. По шкале Апгар 8/9 баллов. Привит по календарю. Растет и развивается соответственно полу и возрасту.

Состояние стабильное, средней степени тяжести. Кожный покров физиологической окраски. Слизистые влажные, бледно-розовые, чистые. Дыхание везикулярное, чистое. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Естественные отправления не нарушены.

Местно: В области левого локтевого сустава имеется угловая деформация. Вершина деформации направлена кпереди. Определяется выраженный отек, гематома. Движения в суставе резко ограничены. Кожный покров не поврежден.

ОАК: RBC $3,7 \cdot 10^{12}/L$, HGB 115 g/L, WBC $8,2 \cdot 10^9/L$, BASO-0, EOS-0, NEU-64, LYM-36, MONO-2, СОЭ - 7 мм/час.

ОАМ: цвет желтый, относительная плотность 1007, реакция кислая, лейкоциты 3-5 в п/з.

Биохимический анализ крови: TP- 70 g/L, GLU 6 mmol/L, K – 3.7mmol/L, TBIL- 18,4 umol/L, DBIL - 3,3 umol/L, CREA – N umol/L, UREA – N mmol/L.

На рентгенограммах определяется смещение дистального эпифиза левой плечевой кости кзади и медиально.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите тактику оказания неотложной помощи. Назначьте (с обоснованием) необходимое больному лечение.
3. Укажите возможные осложнения.

Эталон Задача № ДХ

1. Чрезмышечковый перелом левой плечевой кости
2. Первая помощь

Оказание первой:

обезболивание препаратами анальгетического действия;

обездвиживание конечности подручными средствами (дощечки, палки, шарфы, платки);

остановка кровотечения при открытой форме перелома (жгут, повязка), наложение асептической салфетки на рану; транспортировка пострадавшего в медицинское учреждение.

Важно не допустить смещения отломков манипуляциями на участке травмы. Категорически воспрещается что-то вправлять, ощупывать, пытаться поставить плечо в правильное положение при деформации. Следует избегать резких движений, чтобы не навредить пострадавшему. Правильная доврачебная помощь является залогом успешного лечения.

3. Методы лечения

Характер травмы, наличие сопутствующих повреждений, возраст пациента, общее состояние пациента влияют на выбор метода лечения перелома:

консервативного;

оперативного;

скелетного вытяжения.

Осложнениями переломов являются неправильное и замедленное сращение отломков, отсутствие сращения и ложные суставы. При внутрисуставных и околосуставных повреждениях часто образуются гетеротопические параартикулярные оссификаты, развивается посттравматический артроз.

Задача № ДХ

Пациент девочка, 14 лет, поступила в стационар с жалобами на резкую болезненность, припухлость в области правого плечевого сустава. Движения в суставе резко ограничены из-за болей. За 1 час до обращения ребенок, катаясь на велосипеде, упал с опорой на приведенную правую руку. Появилась резкая боль в области правого плечевого сустава и ограничение движений в суставе. Бригадой СМП доставлена в приемный покой стационара.

Ребёнок от 3 беременности, 3 самостоятельных срочных родов. Беременность 39-40 недель. Протекала без особенностей. Масса при рождении 3500 грамм. Длина 50 см, окружность головы 33 см, окружность грудной клетки 32 см. По шкале Апгар 8/9 баллов. Прививки по календарю. Развитие соответственно возрасту и полу.

Состояние средней степени тяжести, стабильное. В сознании. Кожный покров и видимые слизистые чистые, розовые. Сердечно-легочная деятельность компенсирована. Живот безболезненный.

Местно: при осмотре щадит правую руку. Движения болезненны. В области плечевого сустава и верхней трети правого плеча припухлость. Кожный покров не поврежден.

ОАК: RBC $3,7 \cdot 10^{12}/L$, HGB 115 g/L, WBC $8,2 \cdot 10^9/L$, BASO-0, EOS-0, NEU-64, LYM-36, MONO-2, СОЭ - 7 мм/час.

ОАМ: цвет желтый, относительная плотность 1007, реакция кислая, лейкоциты 3-5 в п/з.

Биохимический анализ крови: TP- 70 g/L, GLU 6 mmol/L, K – 3.7mmol/L, TBIL- 18,4 umol/L, DBIL - 3,3 umol/L, CREA – N umol/L, UREA – N mmol/L.

По результатам выполненной рентгенографии прослеживается линия перелома в области шейки правой плечевой кости. Имеется угловое смещение отломков. Периферический отломок смещен кнаружи.



Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите тактику оказания неотложной помощи. Назначьте необходимое больному лечение.
3. Укажите возможные осложнения.

Эталон Задача № ДХ

1. Перелом шейки правой плечевой кости, угловое смещение отломков, периферический отломок смещен кнаружи
2. Неотложное лечение этих переломов включает иммобилизацию конечности, лед, анальгетики и срочное направление к ортопеду. Если направление к ортопеду невозможно и имеется угрожающее жизнеспособности конечности повреждение сосудов, может быть выполнена репозиция под общей анестезией по следующей методике:

1. Больного укладывают в положении лежа или полулежа (45°). Врач осуществляет равномерно тракцию по длинной оси плечевой кости.

2. Продолжая тракцию, руку приводят к грудной клетке, слегка сгибая ее.

3. Продолжая тракцию для сопоставления фрагментов, врач другой рукой обхватывает сломанную плечевую кость с медиального края, устанавливает ее в правильное положение и постепенно прекращает тракцию.

4. После любой попытки закрытой репозиции необходимо провести полное исследование состояния сосудов и нервов с документированием. После этого накладывают поддерживающую и охватывающую повязку. Если нет угрожающего жизнеспособности конечности повреждения сосудов, применим альтернативный метод лечения — скелетное вытяжение за локтевой отросток.

3. Переломы хирургической шейки имеют несколько серьезных осложнений.

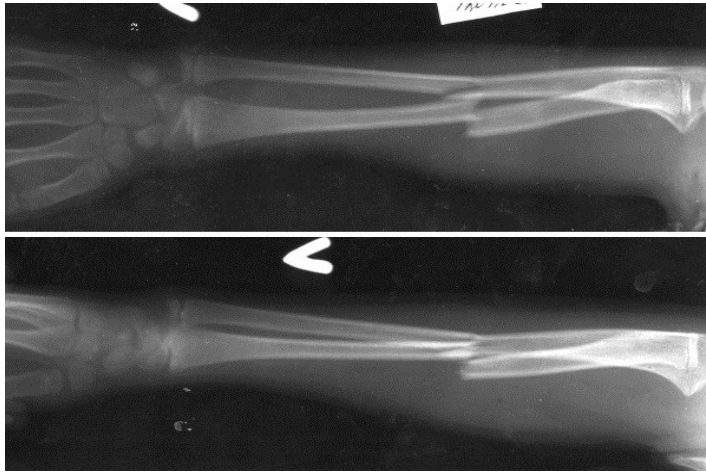
1. Частым осложнением, которого можно избежать или свести к минимуму с помощью ранних двигательных упражнений, является ригидность сустава в результате развития спаечного процесса.

2. Неправильное сращение часто развивается при смещенных переломах. К счастью, плечевой сустав имеет такой широкий объем движений, что это осложнение приводит к незначительным нарушениям.

3. Лечение этих переломов может осложниться развитием оссифицирующего миозита, обычно прекращающегося спонтанно.

Задача № ДХ

Пациентка девочка, 13 лет поступила в стационар с жалобами на припухлость, деформацию, боль в области левого предплечья. Около 3 часов назад девочка, во время игры упала на левую руку, после чего появились указанные жалобы. Ребёнок от 3 беременности, 3 самостоятельных срочных родов. Беременность 39 – 40 недель, беременность протекала без осложнений. Масса при рождении 3550 грамм. Рост 52 см, окружность головы 32 см, окружность грудной клетки 33 см. По шкале Апгар 9 баллов. Прививки по календарю. Растет и развивается соответственно полу и возрасту. Состояние средней степени тяжести, стабильное. Кожный покров и видимые слизистые бледно-розовые. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78 уд/мин, АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Местно: отмечается выраженная болезненность, отек, деформация в средней трети левого предплечья. Активные и пассивные движения ограничены из-за резкой болезненности. Пульсация на периферических артериях сохранена. Кожный покров не поврежден.



ОАК: RBC $3,5 \cdot 10^{12}/L$, HGB 110 g/L, WBC $9,2 \cdot 10^9/L$, BASO-0, EOS-0, NEU-63, LYM- 35, MONO- 2, СОЭ - 5 мм/час.

ОАМ: цвет желтый, относительная плотность 1004, реакция кислая, лейкоциты 3-4 в п/з.

Биохимический анализ крови: TP- 69 g/L, GLU 5 mmol/L, K – 3.8mmol/L, TBIL- 18,5 umol/L, DBIL - 3,2 umol/L, CREA – N umol/L, UREA – N mmol/L.

Rg поперечный перелом левой лучевой кости со смещением и косой перелом локтевой кости со смещением.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите тактику оказания неотложной помощи. Назначьте (с обоснованием) необходимое больному лечение.
3. Укажите возможные осложнения.

Эталон Задача № ДХ

1. Закрытый перелом костей левого предплечья в средней трети со смещением.
Обоснование: 1) факт травмы - «во время игры упала на левую руку»,
2) жалобы - припухлость, боль, деформация в области левого предплечья.
2. Помощь на догоспитальном этапе:
 - 1) иммобилизация левой верхней конечности транспортной шиной,
 - 2) обезболивание (при выраженном болевом синдроме),
 - 3) госпитализация в стационар.На госпитальном этапе: 1) не кормить, не поить - для проведения анестезиологического пособия;
 - 2) обезболивание при выраженном болевом синдроме;
 - 3) после предоперационной подготовки под общим обезболиванием закрытая репозиция

костных отломков -> интрамедуллярный металлостеосинтез (стержнями TEN) - т.к. перелом в средней трети обеих костей предплечья со смещением, нестабильный характер перелома (после закрытой репозиции костных отломков без остеосинтеза вероятно развитие вторичного смещения костных отломков) -> иммобилизация гипсовой лонгетой;

4) контрольная рентгенография костей левого предплечья в 2х проекциях без гипса после оперативного вмешательства - контроль после оперативного вмешательства;

5) контрольная рентгенография левого предплечья в 2х проекциях без гипса через месяц после оперативного вмешательства - контроль консолидации перелома;

6) при признаках полной консолидации перелома на контрольной рентгенографии - повторная госпитализация с целью удаления интрамедуллярных металлоконструкций (стержней TEN).

3. Нейроциркуляторные нарушения в дистальный отделах левой верхней конечности (требует экстренного оперативного вмешательства - закрытая репозиция костных отломков под общим обезболиванием - минимум, максимум - металлостеосинтез); нейропатия локтевого/лучевого/срединного нервов; вторичное смещение отломков (при консервативном методе лечения закрытой репозиции без металлостеосинтеза) —> неправильно сросшийся перелом -> деформация конечности.

Задача № ДХ

Пациент мальчик, 1 месяц поступил на амбулаторный прием с жалобами на деформацию стоп, диагностированную при рождении.

Ребёнок от 2 беременности, 1 самостоятельных родов. Беременность 38 – 39 недель, протекала без осложнений, при перинатальном УЗИ - деформация стоп, двусторонняя конско-варусная косолапость под вопросом. Масса при рождении 2950 грамм. Рост 52 см, окружность головы 30 см, окружность грудной клетки 34 см. По шкале Апгар 8/9 баллов. Прививки по календарю. При осмотре неонатологом в родильном отделении диагностирована деформация стоп: двусторонняя врожденная косолапость.

Состояние средней степени тяжести, стабильное. Кожный покров и видимые слизистые бледно-розовые. Дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧДД 54/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 130 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Местно: отмечается приведение переднего и среднего отделов стоп 30° с двух сторон: пассивная инверсия без ограничения и эверсия ограничена 5° , ограничение тыльного сгибания: -10° с двух сторон, выводится в нормокоррекцию при сгибании коленного сустава в 90° . Кавус стоп с двух сторон.

Оценка по шкале Пирани 3 балла: Одна глубокая складка незначительно изменяющая контур пятки (0,5 баллов); Пяточная кость пальпируется в глубине мягких тканей (0,5 баллов); Стопа в голеностопном суставе выводится до среднего положения (0,5 баллов); Две глубокие складки, незначительно изменяющие контур стопы (0,5 баллов); Латеральные отделы головки таранной кости пальпируются частично (0,5 баллов); Наружный край стопы умеренно искривлен, вершина искривления расположена на уровне пяточно-кубовидного сустава (0,5 баллов).

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте необходимое больному лечение.
3. Укажите возможные осложнения.

Эталон Задача № ДХ

- 1) Врожденная косолапость
- 2) Хирургическое лечение
- 3) Формирование стойкой деформации, невозможность опоры стопы, нарушение ходьбы

Задача № ДХ

Пациент девочка, 6 лет поступила на амбулаторный прием с жалобами на рецидив деформации правой стопы после консервативного лечения косолапости.

Ребёнок от 1 беременности, 1 самостоятельных родов. Беременность 39 – 40 недель, протекала без осложнений. Масса при рождении 3120 грамм. Рост 51 см, окружность головы 30 см, окружность грудной клетки 32 см. По шкале Апгар 8/9 баллов. Прививки по календарю.

При осмотре неонатологом в родильном отделении диагностирована деформация правой стопы: врожденная косолапость справа. В период 3 первых месяцев жизни было проведено этапное гипсование деформации по методу Понсети с выполнением тенотомии на последнем этапе. В течение 2-х лет после этапного гипсования – ношение брейсов, на 3-ем году жизни родители самостоятельно прекратили ношение брейсов, контрольные осмотры не проводились. В возрасте 4-х лет родители стали отмечать отрицательную динамику: ребенок стал приводить правую стопу, появилось ограничение движений в голеностопном суставе. Деформация прогрессировала, консервативное ведение (ЛФК, массаж) – без эффекта.

Состояние средней степени тяжести, стабильное. Кожный покров и видимые слизистые бледно-розовые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

Местно: отмечается приведение переднего отдела правой стопы 20°: пассивная инверсия без ограничения и эверсия ограничена 10°, ограничение тыльного сгибания правой стопы: -10°, увеличение тыльного сгибания до 5° при сгибании коленного сустава в 90°. Кавус правой стопы. При ходьбе пятку правой стопы не нагружает, динамически супинирует передний отдел стопы.

Оценка по шкале Пирани 2,5 балла: Одна глубокая складка незначительно изменяющая контур пятки (0,5 баллов); Пяточная кость легко пальпируется (0 баллов); Стопа в голеностопном суставе выводится до среднего положения (0,5 баллов); Одна глубокая складка, незначительно изменяющие контур стопы (0,5 баллов); Латеральные отделы головки таранной кости пальпируются частично (0,5 баллов); Наружный край стопы умеренно искривлен, вершина искривления расположена на уровне пяточно-кубовидного сустава (0,5 баллов).

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите тактику оказания плановой медицинской помощи.
- Назначьте (с обоснованием) необходимое больному лечение.
3. Укажите возможные осложнения.

Эталон Задача № ДХ

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.

Предварительный диагноз: Рецидивирующая конско-варусная косолапость справа.

Учитывая данные ортопедического осмотра и анамнеза (При осмотре неонатологом в родильном отделении диагностирована деформация правой стопы: врожденная косолапость справа. В период 3 первых месяцев жизни было проведено этапное гипсование деформации по методу Понсети с выполнением тенотомии на последнем этапе. В течение 2-х лет после этапного гипсования – ношение брейсов, на 3-ем году жизни родители самостоятельно прекратили ношение брейсов, контрольные осмотры не проводились. В возрасте 4-х лет родители стали отмечать отрицательную динамику:

ребенок стал приводить правую стопу, появилось ограничение движений в голеностопном суставе. Деформация прогрессировала, консервативное ведение (ЛФК, Массаж) – без эффекта.)

2. Определите тактику оказания плановой медицинской помощи. Назначьте (с обоснованием) необходимое больному лечение.

- Этапное наложение гипсовых повязок по методу Понсети (выведение в нейтральное положение голеностопного сустава, устранение варуса переднего отдела) – 1-2 повязки с перерывом в 1 неделю.

- После этапного гипсования - выполнение ахиллопластики (тенотомии по методу Страер или транскутанной ахиллотомии по методу Хоук) с транспозицией передней большеберцовой мышцы на латеральный край стопы (фиксация в латеральной клиновидной кости или 4-ой плюсневой кости по методике Зацепина-Штурма). После оперативной коррекции – гипсовая иммобилизация в течение 6 недель.

- По завершению иммобилизации – ношение брейсов (или антиварусного ортеза) на сон. Контрольные осмотры до завершения костного возраста не реже 6 месяцев.

3. Укажите возможные осложнения. Повторный рецидив деформации в процессе роста. Трофические нарушения в период гипсовой иммобилизации. Формирование плоско вальгусной деформации.

Задача № ДХ

Мальчик М., 16 лет пришел на прием к хирургу на следующий день после травмы с жалобами на боль и ограничение движений в правом коленном суставе.

На тренировке по регби приземлился на выпрямленную правую нижнюю конечность. Почувствовал щелчок и резкую боль в колене, после чего ощущал нестабильность в коленном суставе и некоторое ограничение движений. Постепенно колено начало отекать. К врачу не обращался, местно прикладывал холод, использовал мази НПВС.

Ребенок от II беременности, протекавшей без особенностей, I срочных родов, доношенный. Рост, развитие по возрасту. Прививки по возрасту. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ. Аллергоанамнез не отягощен. Травм, операций не было.

Состояние средней тяжести. В сознании. В контакт вступает. Положение вынужденное: с присогнутой в правом колене ногой. Кожа и слизистые чистые, розовые. В легких - везикулярное дыхание. Тоны сердца - ритмичные, брадикардия 60 ударов в минуту. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Правая нижняя конечность в вынужденном положении: согнута в коленном суставе (полное разгибание - 170, сгибание - 120). Движения болезненны, пациент ощущает нестабильность при ходьбе, визуально в области коленного сустава отмечается отек, местное повышение температуры, тесты Лахмана и переднего выдвижного ящика +++ в сравнении со здоровой ногой (-). Положительный тест баллотирования надколенника, вальгус стресс-тест и варус-тест отрицательны. Неврологический статус. Лицо симметричное. Глазные щели, зрачки D=S. Фотореакция удовлетворительная, симметричная. Язык по средней линии.

ОАК: HGB 150 г/л, RBC $4 \cdot 10^{12}/л$, WBC $8 \cdot 10^9/л$, BAS 0%, EOS 1%, NEU 50%, LYM 35%, MONO 7%, СОЭ 4 мм/час.

ОАМ: желтый, относительная плотность 1012, реакция кислая, лейкоциты 2 в поле зрения.

Рентгенография костей правого коленного сустава: костно-травматические изменения не выявлены, соотношение суставных поверхностей костей не нарушено.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз. Назначьте дополнительное исследование.
2. Составьте план лечения данного пациента.
3. Укажите возможные осложнения.

Эталон Задача № ДХ

1. Гемартроз правого коленного сустава. Разрыв передней крестообразной связки правого коленного сустава.

Обоснование: 1) факт травмы - приземлился на выпрямленную ногу, почувствовал щелчок;

2) отек правого коленного сустава, болезненность, местная гипертермия, положительный тест баллотирования надколенника - симптомы гемартроза;

3) ощущение нестабильности при ходьбе, положительные тесты Лахмана и переднего выдвижного ящика - симптомы разрыва передней крестообразной связки.

Дополнительное исследование: МРТ коленных суставов.

2. Лечение: при напряженном гемартроз - пункция правого коленного сустава, иммобилизация правого коленного сустава в отрезе или задней гипсовой лангете, обезболивание; При незаряженном гемартроз - обезболивание и ношение ортеза на правый коленный сустав или иммобилизация правого коленного сустава задней гипсовой лангетов в течение 6-8

недель от момента травмы -> аутосухожильная пластика передней крестообразной связки - при полном разрыве / префиксация оторванной части при неполном разрыве с дальнейшей длительной реабилитацией (ношение отреза, ЛФК).

3. Остеоартрит правого коленного сустава, без оперативного лечения - формирование гонартроза, послеоперационные осложнения - инфекция, контрактура, несостоятельность связки.

Задача № ДХ

Мальчик К., 17 лет поступил в приемное отделение больницы на следующие сутки после травмы с жалобами на боль и ограничение движений в области левой кисти. Со слов пациента: травму получил в школе, после ссоры с одноклассником ударил кулаком в стену, услышал хруст и почувствовал боль в левой кисти, после чего ощущал ограничение движений, нарастал отек. Ребенок от I неосложненной беременности, протекавшей без особенностей, I срочных родов, доношенный. Родился с массой тела 3900 гр., ростом - 51 см. Рост, развитие по возрасту. 9 баллов по шкале Апгар. Привит согласно календарю. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ. Аллергоанамнез не отягощен. Операций не было. Состояние пациента средней тяжести, стабильное. В сознании. В контакт вступает. Кожа и слизистые чистые, бледные. В легких - везикулярное дыхание. Тоны сердца - ритмичные, тахикардия до 120 ударов в минуту. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Доступен пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены.



В области V пястной кости на левой кисти отмечаются выраженный отек, гематома, отсутствие нормальной выпуклости на тыльной поверхности кисти, резкая болезненность при пальпации, кожный покров не поврежден. Положительный симптом осевой нагрузки на V пястную кость. Активные движения в левом V пястно-фаланговом суставе резко болезненны.

ОАК: RBC 3,5.10¹²/L, HGB 120 g/L, WBC 9,2.10⁹/L, BASO-0, EOS-0, NEU-63, LYM-35, MONO- 2, СОЭ - 5 мм/час.

ОАМ: цвет желтый, относительная плотность 1012, реакция кислая, лейкоциты 1 в поле зрения.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите варианты лечения данной травмы.
3. Укажите возможные осложнения лечения.

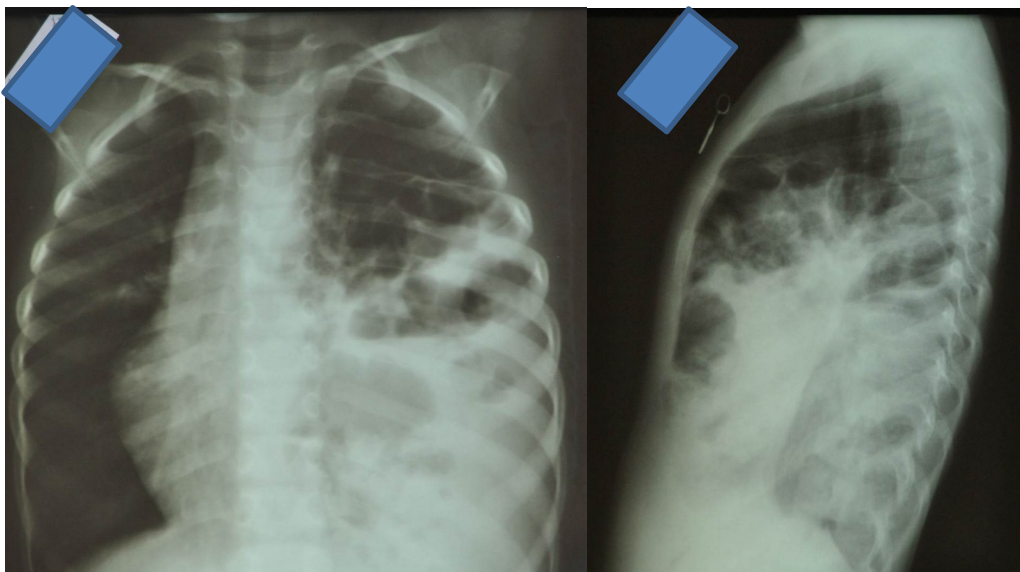
Эталон Задача № ДХ

1. Закрытый субкапитальный перелом 5 пястной кости левой кисти со смещением. (Перелом боксера)
2. - Закрытая репозиция -> иммобилизация гипсовой лангетой 4 недели,
- закрытая репозиция -> чрескожный металлоостеосинтез спицами -> иммобилизация гипсовой лангетой 4 недели, - закрытая репозиция -> металлоостеосинтез пластиной -> иммобилизация гипсовой лангетой 4 недели -> удаление пластины через 6 месяцев - год.
3. - Вторичное смещение отломков при консервативном лечении (закрытой репозиции) -> посттравматическая деформация пястной кости.
- Инфицирование послеоперационной раны (при оперативном лечении - спицами или пластиной) -> остеомиелит, гнойный артрит пястно-фаланговых суставов и тд

Задача № ДХ

Мальчик 7 лет заболел остро с повышения температуры до 40°C и озноба. Ребенок был осмотрен участковым педиатром, ДЗ: ОРВИ – назначена симптоматическая терапия. Через несколько дней состояние ребенка резко ухудшилось, появился болезненный кашель с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты. Ребенок стал жаловаться на боль в правом боку. Ночь провел беспокойно, температура держалась на высоких цифрах до 39,9°C. Родители в экстренном порядке обратились в приемное отделение детской клинической больницы.

При осмотре состояние ребенка тяжелое. Вялый, аппетит снижен. Положение вынужденное, на правом боку с согнутыми ногами. Кожный покров бледный с выраженным румянцем правой щеки, периоральный цианоз. Дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки, правая половина отстаёт в акте дыхания. При перкуссии – укорочение



перкуторного звука в проекции нижней доли правого легкого. При аускультации – ослабление дыхания. ЧСС 36/мин, ЧСС 92 уд/мин. УЗ-исследование показало: у ребенка справа в плевральной полости определяется скопление жидкостного компонента с единичными эхоплотными септами максимальной толщиной до 2-2,5 см, пневматизация субплевральных отделов нижней доли правого легкого снижена.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. Какие методы диагностики следует выполнить?
3. Лечебная тактика.

Эталон Задача № ДХ

1. Острая внебольничная односторонняя долевая пневмония. Плиофибриноторакс. (Деструктивная пневмония).
2. Компьютерная томография грудной клетки
3. Дренирование плевральной полости с аспирацией

Задача № ДХ

Ребенок 13 дней, переведен из родильного дома с диагнозом «Начинающаяся асфиксия плода. Аспирационный синдром, недоношенность, внутриутробное инфицирование». Из анамнеза – ребенок от третьей беременности, первых родов на сроке гестации 31 неделя. Масса тела при рождении 2800 гр., длина тела 48 см. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов.

Состояние ребенка тяжелое. Кожный покров бледный, отмечается цианоз носогубного треугольника. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. ЧДД 60 в мин, аускультативно проводится симметрично с обеих сторон, жесткое, с умеренным количеством влажных хрипов. Область сердца визуально не изменена. Сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧДД 150 ударов в мин. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Живот обычной формы, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Патологические объемные образования не определяются. Перитонеальных симптомов нет. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Яички в мошонке. Головка полового члена не выводится – физиологический фимоз. Физиологические отправления в норме.

Отмечено, что при кормлении молоком лежа на правом боку закашливается. Во время кормления через зонд приступов кашля не возникает. Установлен диагноз: трахеопищеводный свищ, выполнено торакоскопическое разделение последнего. В течение следующих 6 месяцев ребенок повторно обращался к педиатру по поводу кашля, дважды перенес пневмонию.

Вопросы:

1. Какой диагноз является наиболее вероятным?
2. Наиболее информативное исследование с целью исключения рецидива трахеопищеводного свища?
3. Лечебная тактика.

Эталон Задача № ДХ

1. Рецидив трахеопищеводного свища? Гастроэзофагеальный рефлюкс. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы?
2. Трахеобронхоскопия
3. Рентгенография/рентгеноскопия верхних отделов ЖКТ (пищевод, желудок) с водорастворимым контрастом.

Задача № ДХ

Ребенок, 1 год 2 мес., поступил в отделение торакальной хирургии с подозрением на объемное образование плевральной полости. Ребенок от первой беременности, на фоне хронического пиелонефрита, COVID19 в третьем триместре. Роды первые путем Кесарева сечения на сроке гестации 38 недель. Масса тела при рождении 3200 гр., длина тела 50 см. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. В возрасте года ребенок обследован в связи с явлениями острой респираторной вирусной инфекции, беспокоил кашель, повышение температуры тела до 37-38°C. По месту жительства выполнено Rg исследование, по данным которого в левой плевральной полости отмечается округлое образование. С целью дифдиагностики выполнена компьютерная томография, по данным которой в левой плевральной полости визуализировано кистозно-солидное образование, размерами 7,9x4,7x4,9 см, компримирующее верхнюю долю левого легкого. Правая плевральная полость без особенностей.



По данным биопсии – морфологическая картина соответствует зрелой тератоме. После предоперационной подготовки в плановом порядке выполнено удаление тератомы, Интраоперационно, во время удаления образования выявлено, что диафрагмальный нерв входит непосредственно в состав образования, его выделение невозможно, в связи с чем п. phrenicus был пересечен. П/о без особенностей. Проведен курс а/б терапии, швы сняты на 10 послеоперационные сутки, ребенок выписан из стационара на 14 п/о сутки. При осмотре через 2 месяца после операции, на обзорной Rg органов грудной клетки у ребенка отмечено наличие пареза купола диафрагмы слева.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какие методы диагностики следует выполнить?
3. Лечебная тактика.

Эталон Задача № ДХ

1. Парез левого купола диафрагмы / релаксация левого купола диафрагмы.
2. Рентгеноскопия, рентгенологическое исследование в положении Тренделенбурга с контрастировавшем желудка, компьютерная томография органов грудной клетки и брюшной полости
3. Хирургическое лечение - пластика купола диафрагмы: по С.Я. Долецкому (прошивание зоны истончения диафрагмы несколькими рядами параллельных гофрирующих швов), френопликация (формирование дубликатуры из складки диафрагмы или из двух ее фрагментов после резекции истонченного участка диафрагмы), гетеро- и аллопластика.

Задача № ДХ

Пациент девочка, 6 лет поступил на амбулаторный прием с жалобами на рецидив деформации правой стопы после консервативного лечения косолапости.

Ребёнок от 1 беременности, 1 самостоятельных родов. Беременность 39 – 40 недель, протекала без осложнений. Масса при рождении 3120 грамм. Рост 51 см, окружность головы 30 см, окружность грудной клетки 32 см. По шкале Апгар 8/9 баллов. Прививки по календарю. При осмотре неонатологом в родильном отделении диагностирована деформация правой стопы: врожденная косолапость справа. В период 3 первых месяцев жизни было проведено этапное гипсование деформации по методу Понсети с выполнением тенотомии на последнем этапе. В течение 2-х лет после этапного гипсования – ношение брейсов, на 3-ем году жизни родители самостоятельно прекратили ношение брейсов, контрольные осмотры не проводились. В возрасте 4-х лет родители стали отмечать отрицательную динамику: ребенок стал приводить правую стопу, появилось ограничение движений в голеностопном суставе. Деформация прогрессировала, консервативное ведение (ЛФК, Массаж) – без эффекта. Состояние средней степени тяжести, стабильное. Кожный покров и видимые слизистые бледно-розовые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Местно: отмечается приведение переднего отдела правой стопы 20°: пассивная инверсия без ограничения и эверсия ограничена 10°, ограничение тыльного сгибания правой стопы: -10°, увеличение тыльного сгибания до 5° при сгибании коленного сустава в 90°. Кавус стоп правой стопы. При ходьбе пятку правой стопы не нагружает, динамически супинирует передний отдел стопы. Оценка по шкале Пирани 2,5 балла: Одна глубокая складка незначительно изменяющая контур пятки (0,5 баллов); Пяточная кость легко пальпируется (0 баллов); Стопа в голеностопном суставе выводится до среднего положения (0,5 баллов); Одна глубокая складка, незначительно изменяющие контур стопы (0,5 баллов); Латеральные отделы головки таранной кости пальпируются частично (0,5 баллов); Наружный край стопы умеренно искривлен, вершина искривления расположена на уровне пяточно-кубовидного сустава (0,5 баллов).

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
 2. Определите тактику оказания плановой медицинской помощи.
- Назначьте (с обоснованием) необходимое больному лечение.
3. Укажите возможные осложнения.

Эталон Задача № ДХ

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.

Учитывая данные ортопедического осмотра и анамнеза. При осмотре неонатологом в родильном отделении диагностирована деформация правой стопы: врожденная косолапость справа. В период 3 первых месяцев жизни было проведено этапное гипсование деформации по методу Понсети с выполнением тенотомии на последнем этапе. В течение 2-х лет после этапного гипсования – ношение брейсов, на 3-ем году жизни родители самостоятельно прекратили ношение брейсов, контрольные осмотры не проводились. В возрасте 4-х лет родители стали отмечать отрицательную динамику: ребенок стал приводить правую стопу, появилось ограничение движений в голеностопном суставе. Деформация прогрессировала, консервативное ведение (ЛФК, Массаж) – без эффекта.) поставлен диагноз: Врожденная конско-варусная косолапость с двух сторон.) поставлен диагноз: Рецидивирующая конско-варусная косолапость справа.

2. Определите тактику оказания плановой медицинской помощи.

Назначьте (с обоснованием) необходимое больному лечение.

- Этапное наложение гипсовых повязок по методу Понсети (выведение в нейтральное положение голеностопного сустава, устранение варуса переднего отдела) – 1-2 повязки с перерывом в 1 неделю.
- После этапного гипсования - выполнение ахиллопластики (тенотомии по методу Страер или транскутанной ахиллотомии по методу Хоук) с транспозицией передней большеберцовой мышцы на латеральный край стопы (фиксация в латеральной клиновидной кости или 4-ой плюсневой кости по методике Зацепина-Штурма). После оперативной коррекции – гипсовая иммобилизация в течение 6 недель.
- По завершению иммобилизации – ношение брейсов (или антиварусного ортеза) на сон. Контрольные осмотры до завершения костного возраста не реже 6 месяцев.

3. Укажите возможные осложнения.

Повторный рецидив деформации в процессе роста. Трофические нарушения в период гипсовой иммобилизации. Формирование плоско вальгусной деформации.

Задача № ДХ

На прием к врачу-педиатру обратилась мать девочки 11 лет с жалобами на частое болезненное мочеиспускание малыми порциями, периодически выделение капли крови в конце акта мочеиспускания в течение суток. Из анамнеза: Ребенок от III беременности, протекавшей без особенностей, II срочных родов, доношенный. Масса тела при рождении 3200 гр. Рост и развитие соответствует возрасту. Семейный анамнез отягощён по мочекаменной болезни по линии матери. Ранее, со слов матери, проблем с мочевыводящим трактом не отмечалось. При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела 36.7°C. Кожный покров, слизистые оболочки чистые, влажные. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. При аускультации в лёгких выслушивается везикулярное дыхание, симметрично проводится с двух сторон, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Показатели пульса на периферических артериях в пределах нормы. ЧСС 88 в минуту. Живот обычной формы, не вздут. Равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Патологические объемные образования не определяются. Симптом Щёткина – Блюмберга отрицательный. Область почек не изменена. Почки пальпации не доступные. Мочеточниковые точки безболезненные. Симптом «поколачивания» отрицательный с двух сторон. Надлобковая область не изменена. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу.

Общий анализ крови: RBC $3,2 \cdot 10^{12}/L$, HGB 110 g/L, WBC $15,6 \cdot 10^9/L$, BASO-0, EOS-0, BAND-1, NEU-72, LYM- 30, MONO- 12, СОЭ - 35 мм/час.

Общий анализ мочи: Цвет - соломенно-желтый, мутная, удельная плотность - 1018, белок - нет, сахар -отр., лейкоциты сплошь покрывают все поля зрения, эритроциты 50-70 в п/з, эпителий плоский 100 в п/з. Посев мочи на микрофлору - E. Coli 10^6 КОЕ.

При УЗИ мочевыводящих путей признаков обструкции верхних мочевыводящих путей нет, в полости мочевого пузыря гиперэхогенная взвесь, стенки утолщены.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Составьте план лечения данного заболевания.
3. Укажите возможные осложнения.

Эталон Задача № ДХ

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз. Проведите дифференциальный диагноз. (Инфекция мочевыводящих путей – острый цистит)
2. Составьте план лечения данного заболевания. (антибактериальная терапия, уросептическая терапия, питьевой режим)
3. Укажите возможные осложнения. (восходящая инфекция – пиелонефрит)

Задача № ДХ

Мальчик 6 месяцев доставлен в приемное отделение детского хирургического стационара с жалобами на рвоту, отсутствие отхождения газов в течении суток. Известно, что ребенок с двухсторонней полисегментарной пневмонией, диагностированной три дня назад, проходил амбулаторное лечение в связи с отказом родителей от госпитализации. Из анамнеза - ребёнок от второй неосложненной беременности, первых срочных, самостоятельных родов (38 недель гестации). Масса тела при рождении 3300 гр., длина тела - 52 см. Рост, развитие по возрасту. Привит согласно национальному календарю вакцинации. Аллергологический анамнез не отягощен. Травм, операций не было.

При поступлении - состояние ребенка тяжелое. Температура тела 39.1С. В сознании, вялый, крик слабый. Большой родничок запавший, размерами 2.0х2.0 см. Кожный покров и слизистые оболочки чистые, бледные. Тurgor тканей снижен. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметричная. При аускультации в легких определяется жесткое дыхание, разнокалиберные хрипы по всем полям. ЧД 36 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца – ясные, ритмичные. Пульс 140 ударов в минуту. Живот округлой формы, умеренно вздут. Пальпация невозможна в связи с выраженным беспокойством ребенка. Печень, селезенка не увеличены. Перистальтика вялая. Стула не было. Область почек визуально не изменена. Мочеиспускание не нарушено, безболезненное. Анус сформирован правильно, расположен в должествующем месте, сомкнут. Анальный рефлекс удовлетворительный. При осмотре per rectum объемных образований не выявлено. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Яички в мошонке. Головка полового члена не выводится – физиологический фимоз.

На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости - равномерно раздутые газом петли кишечника.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите тактику лечения при данном анамнезе.
3. Проведите дифференциальный диагноз

Эталон Задача №

1. Внебольничная двухсторонняя полисегментарная пневмония. Динамическая кишечная непроходимость. Обоснование: отсутствие стула, вздутие живота, беспокойство, вялая перистальтика.
2. Лечение основного заболевания - пневмонии, дезинтоксикация, инфузионная терапия, стимуляция кишечника прозергином и очистительными клизмами, физиотерапия.
3. Дифференциальная диагностика с механической кишечной непроходимостью.

Задача № ДХ

Участковый педиатр вызван к ребенку 1 месяца. Жалобы родителей на учащенное дыхание, беспокойство, синюшность вокруг рта, особенно при крике. Ребенок от второй беременности, первых самостоятельных родов на сроке гестации 38 недель. Масса тела при рождении 3200 гр., длина тела 49 см. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Из родильного дома выписан на 5 сутки. На 4 неделе жизни заболел ОРВИ с повышением температуры тела, частым и сухим кашлем. Несмотря на проводимое лечение, в течение последних 2 дней состояние ребенка ухудшилось. При осмотре врач расценил состояние как тяжелое. Температура тела 36.9С. Большой родничок 2.0х2.0 см., запавший. Кожный покров бледный, отмечается цианоз носогубного треугольника. Грудная клетка асимметричная, за счет выбухания левой половины. Экскурсия грудной клетки асимметричная, отмечается отставание левой половины в акте дыхания, втяжение эпигастрия на вдохе. ЧДД 68 в минуту. Тональность перкуторного звука слева значительно выше, чем справа. Аускультативно слева дыхание ослаблено, практически не выслушивается. Справа дыхание пуэрильное, хрипов нет. Область сердца визуальна без изменений. Аускультативно тоны сердца приглушены, смещены вправо. ЧДД до 158 в мин. Живот обычной формы, не значительно вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации мягкий, безболезненный по всем отделам. Патологические объемные образования не определяются. Перитонеальных симптомов нет. Стул 5-6 раз в сутки, кашицеобразный. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу, яички в мошонке. Головка полового члена не выводится – физиологический фимоз. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча прозрачная, насыщенно – желтого цвета.

Вопросы:

1. Опишите действия участкового педиатра
2. Дифференциальная диагностика описанной картины
3. Какие методы исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

Эталон Задача № ДХ

1. Вызов скорой, госпитализация в детский хирургический стационар.
2. Дифференциальная диагностика между пневмотораксом, напряжённой кистой, ложной диафрагмальной грыжей, врожденной лобарной эмфиземой.
3. Обзорная рентгенография органов грудной, КТ легких, бронхоскопия.

Задача № ДХ

Мальчик 6 месяцев доставлен в приемное отделение хирургического стационара с жалобами на рвоту, отсутствие отхождения газов в течении суток. Известно, что ребенок с двухсторонней полисегментарной пневмонией, диагностированной три дня назад, проходит амбулаторное лечение, в связи с отказом родителей от госпитализации в стационар.

От второй неосложненной беременности, первых срочных, самостоятельных родов (38 недель гестации). Родился с массой тела 3300 гр. ростом - 52 см. Рост, развитие по возрасту. Привит по согласно национальному календарю вакцинаций. Аллергоанамнез не отягощен. Травм, операций не было.

Состояние ребенка тяжелое. Температура тела 38.5°C. В сознании, вялый. Кожный покров и слизистые чистые, бледные. Отмечается цианоз носогубного треугольника. Грудная клетка обычной формы, экскурсия симметрична. При аускультации в лёгких определяется жесткое дыхание, выслушиваются множественные разнокалиберные хрипы по всем полям. ЧДД 36 в минуту. Область сердца визуалью не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. ЧСС 140 в минуту. Живот округлой формы, вздут, пальпация невозможна в связи с беспокойством ребенка. Печень, селезенка не увеличены. Перистальтика вялая. При осмотре per rectum объемных образований не выявлено. Область почек визуалью не изменена. Мочеиспускание не нарушено, безболезненное. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Яички в мошонке. Головка полового члена не выводится – физиологический фимоз.

ОАК: RBC $3,5 \times 10^{12}/L$, HGB 140g/L, WBC $26,2 \times 10^9/L$, BASO-0, EOS-0, NEU-83, LYM-35, MONO- 2, СОЭ - 30 мм/час.

ОАМ: цвет желтый, относительная плотность 1004, реакция кислая, лейкоциты 0-1 в п/з, эритроциты 1-2 в поле зрения.

На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости - равномерно раздутые газом петли кишечника.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите тактику лечения при данном анамнезе.
3. Проведите дифференциальный диагноз.

Эталон Задача № ДХ

1. Внебольничная двухсторонняя полисегментарная пневмония. Динамическая кишечная непроходимость
Обоснование: отсутствие стула, вздутие живота, беспокойство, вялая перистальтика.
2. Лечение основного заболевания - пневмонии, дезинтоксикация, инфузионная терапия, стимуляция кишечника прозергином и очистительными клизмами, физиотерапия
3. Механическая кишечная непроходимость, инвагинация кишечника, острый аппендицит

Задача № ИБ

Девочка 5 лет больна 1 сутки. Заболела остро с повышения температуры тела до 39°C, появилась боль при глотании, сыпь по всему телу, отмечалась однократная рвота.

Профилактические прививки по календарю.

Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными отрицают.

При осмотре состояние средней степени тяжести, самочувствие страдает, вялая. Кожные покровы гиперемированы, по всему телу мелкоточечная сыпь, с преимущественной локализацией на боковых поверхностях туловища, внизу живота, в естественных складках, на сгибательной поверхности конечностей, бледный носогубный треугольник. Носовое дыхание свободное. В зеве яркая, отграниченная гиперемия дужек, язычка, миндалин; миндалины гипертрофированы, в лакунах налёт желтоватого цвета, легко снимается шпателем. Губы яркие, сухие. Язык обложен густым белым налётом. Пальпируются переднешейные лимфатические узлы в диаметре до 0,7-1,0 см, подвижные, чувствительные при пальпации. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС – 112 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Паренхиматозные органы не увеличены.

Результаты анализа крови: лейкоциты – $14,5 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы – 9%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 19%, моноциты – 8%, СОЭ – 17 мм/ч.

Вопросы

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Назначьте лечение. Составьте план диспансерного наблюдения за больным.

Скарлатина

Задача № ИБ-

Мальчик 5 лет. Температура $38,5^{\circ}\text{C}$; определяется припухлость околоушной области справа плотно - эластической консистенции, болезненная. Жалобы на боли при жевании и глотании.

Участковый врач назначил полоскание и теплую повязку. Состояние девочки улучшилось, температура снизилась до $37,4^{\circ}\text{C}$.

В семье есть второй ребенок 8 лет.

Паротит

Вопросы

1. Ваш предположительный диагноз? Дайте обоснование.
2. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести для второго ребенка?
3. Назначьте лечение.

Задача № ИБ

Ребенок 1 год 7 месяцев. Заболел 3 дня назад, когда повысилась температура тела до 37,6°C, появилось серозное отделяемое из носа, редкий сухой кашель. На следующий день мать отметила некоторую осиплость голоса. Сегодня рано утром ребенок проснулся от приступа навязчивого, грубого, «лающего» кашля. Обратились к врачу.

Состояние средней тяжести. При беспокойстве появляется учащенное дыхание с шумным вдохом, втяжением яремной, надключичных ямок. Ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания. На момент осмотра не лихорадит. Беспокоит частый, грубый, непродуктивный кашель. Слизистая небных дужек, задней стенки глотки гиперемирована, отечна. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются, ЧД – 32 в минуту. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, печень на 1,0 см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Какой синдром развился у ребенка на фоне респираторной инфекции? Обоснуйте ответ.
2. Какие терапевтические мероприятия требуется провести данному ребенку?
3. Проведите дифференциальную диагностику, перечислите показания к госпитализации при данном заболевании.

ложный круп

Задача № ИБ

У мальчика 10 лет отмечен подъем температуры до субфебрильных цифр. При осмотре – явления ринита, увеличение затылочных, заднешейных, околоушных лимфоузлов. На лице, разгибательной поверхности конечностей, спине мелкопятнистая сыпь на неизменном фоне кожи. Выявляется энантема в виде единичных мелких пятнышек на твердом небе и слизистой оболочке рта.

В семье грудной ребенок 5 месяцев.

Со слов мамы, она перенесла краснуху и ветряную оспу в детстве.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен у старшего ребенка? Классифицируйте его по тяжести течения.
2. Какие изменения в клиническом анализе крови могут быть выявлены?
3. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в отношении второго ребенка?

КРАСНУХА

Задача № ИБ

Даниил Ч., 1 год 1 месяц, поступил в больницу с жалобами на учащенный жидкий стул до 10 раз в сутки с примесью крови, многократную рвоту, повышение температуры до 38°C, снижение диуреза.

Ребенок от I беременности, 1-х срочных родов. Масса тела при рождении 3350 г, длина 50 см. На грудном вскармливании до 4 месяцев, далее переведен на искусственное вскармливание. Психомоторное развитие без задержки. На первом году перенес эпизод ОРВИ, острый бронхит в возрасте 7 месяцев. Семья проживает в сельской местности. Наследственность: мать здорова, у отца и деда по отцу артериальная гипертензия.

Заболел остро, 1 неделю назад, когда через 1 день после употребления в пищу тертой сырой моркови со своего огорода появился учащенный жидкий стул, повторная рвота, повысилась температура. Ребенок был госпитализирован в районную больницу. В отделении отмечался кашицеобразный стул с примесью слизи и единичными прожилками крови до 15 раз в сутки, рвота, на 5 сутки заболевания отмечалось уменьшение диуреза - за сутки мочился 1 раз, скудно. В связи со снижением диуреза переведен в отделение нефрологии и гемодиализа областной больницы.

При поступлении состояние ребенка тяжелое, в сознании, вялый, отказывается от воды и пищи. Кожа бледная, лицо несколько одутловато, отмечается пастозность век и стоп. Высыпаний на коже нет. Пальпируются периферические лимфатические узлы до 0,5-0,6 см в диаметре, безболезненные. Дыхание пуэрильное, проводится равномерно, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, несколько приглушены, ЧСС – 114 уд/мин. АД 120/80. Живот вздут, болезненный при пальпации по ходу кишечника, урчание по ходу толстой кишки. Печень + 2,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул водянистый, цвета "болотной тины". Мочи в памперсе нет. При катетеризации мочевого пузыря моча не получена.

Клинический анализ крови: Hb - 71 г/л, эр - $2,8 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,76, лейкоц - $22,9 \times 10^9$ /л, п/я - 9%, с/я - 76%, э - 0%, л - 14%, м - 1%, тр - $90,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 12 мм/час

Биохимический анализ крови: общий белок – 54 г/л, альбумины - 30 г/л, АЛТ - 104 МЕ/л, АСТ - 82 МЕ/л, мочевины - 39,0 ммоль/л, креатинин - 436 мкмоль/л, хлориды - 103 ммоль/л, натрий - 132 ммоль/л, калий - 4,1 ммоль/л, билирубин общий - 26 мкмоль/л.

Анализ кала на кишечную группу: высев E. Coli.

Вопросы

1. Сформулируйте и обоснуйте Ваш диагноз. Какой патогенетический механизм почечной недостаточности имеет место в данном случае?
2. Составьте план дальнейшего обследования.
3. Назначьте лечение.

Гастроэнтероколит и ОПН

Задача № ИБ

Ребенок 3-х месяцев заболел несколько дней назад, когда повысилась температура тела до 37,8°C, появился насморк, редкий, сухой кашель. Аппетит сохранен, спит беспокойно. Участковым педиатром назначено симптоматическое лечение по поводу респираторной инфекции. Вчера состояние ухудшилось, кашель стал частым, влажным, появилось шумное учащенное дыхание, в связи с чем мама повторно вызвала участкового педиатра.

При осмотре состояние тяжелое. Беспокоит частый, влажный, малопродуктивный кашель. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы бледные, выражен периоральный цианоз. Экспираторная одышка в покое с втяжением уступчивых мест грудной клетки, усиливается при беспокойстве. ЧД 56 в 1 минуту. Перкуторно над легкими коробочный оттенок, дыхание жесткое. Над всей поверхностью легких, больше в задненижних отделах выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы, не исчезающие после кашля. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, ЧСС 132 ударов в 1 минуту. Границы сердца соответствуют возрасту. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см.

Клинический анализ крови: Hb - 130 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты - $316,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты - $11,8 \times 10^9$ /л, э - 1%, п - 2%, с - 35%, л - 55%, м - 7% СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1010; реакция щелочная, эпителий плоский небольшое количество; лейкоциты - 0-0-1, эритроциты - нет, оксалаты - не обнаружены.

Рентгенограмма грудной клетки в прямой проекции: с обеих сторон отмечается повышенная прозрачность легочной ткани. Очаговые инфильтративные тени не определяются. Отмечается усиление сосудисто-интерстициального рисунка.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте Ваш диагноз. Какой инфекционный агент наиболее часто вызывает развитие данной формы поражения органов дыхания.
2. Какие методы обследования позволят верифицировать возбудителя данного заболевания. В каких случаях целесообразно проведение данных исследований. Назначьте лечение.
3. Опишите меры профилактики данного заболевания, каким пациентам показано обязательное проведение специфической профилактики, укажите схему её проведения.

1. Острый бронхиолит. ДН II ст. Наиболее часто этиологический фактор – респираторно-синцитиальный вирус.
2. Экспресс-тест – иммунохроматографическое исследование носоглоточного мазка, аспирата или смыва на респираторно- синцитиальный вирус, а также исследование методом ПЦР. Целесообразно проведение у детей, получающих профилактику паливизумабом, так как вследствие крайне малой вероятности развития повторной РС-инфекции в текущем году, введение препарата необходимо прекратить. Лечение: обеспечение проходимости верхних дыхательных путей (деконгестанты, аспирация слизи из носа); оральная регидратация (иногда парентеральная, но не более 20 мл/кг/сутки); оксигенотерапия при снижении сатурации менее 95%; бронхолитическая ингаляционная терапия при наличии признаков бронхиальной обструкции и положительном эффекте от проведения первой ингаляции (уменьшение ЧД на 10-15 в минуту, уменьшение количества хрипов, уменьшение выраженности участия вспомогательной мускулатуры). Ингаляционные и системные глюкокортикостероиды не рекомендуются.

3. С целью уменьшения заболеваемости детей грудного возраста острыми респираторными инфекциями и бронхиолитом в частности, рекомендовано грудное вскармливание как минимум в течение первых 6 месяцев жизни; профилактика пассивного курения; соблюдение гигиенических норм. У детей первого года жизни из групп риска (недоношенность, бронхолегочная дисплазия, гемодинамически значимые ВПС) для профилактики РС-вирусной инфекции в осенне-зимний сезон рекомендована пассивная иммунизация *паливизумабом*, препарат вводится внутримышечно в дозе 15 мг/кг ежемесячно 1 раз в месяц с ноября по март.

ост бронхиол ДН2

Задача № ИБ

Ребенок 4-х месяцев, заболел 3 дня назад. На 2-й день болезни появились затруднение носового дыхания, необильные слизистые выделения из носа, редкий сухой кашель, температура 37,5°C. С 3-го дня болезни состояние ухудшилось: кашель приобрел спастический характер, появилась и быстро выросла одышка до 80 в 1 минуту. Ребенок стал беспокойным, отмечалась однократно рвота, температура 37,3°C. В анамнезе ОРВИ в легкой форме 3 недели назад.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от 2ой нормально протекавшей беременности, 2 срочных родов. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. Растет и развивается в соответствии с возрастом. Старший ребенок посещает детский сад.

При осмотре состояние тяжелое. Кожные покровы, слизистые оболочки губ и полости рта цианотичные. Дыхание шумное, «пыхтящее», поверхностное, с затрудненным выдохом и участием в акте дыхания вспомогательных мышц, с втяжением межреберных промежутков. Сатурация 78%. Грудная клетка вздута, над легкими коробочный оттенок перкуторного звука. При аускультации в легких дыхание жесткое, выдох резко удлинен, на вдохе и выдохе с обеих сторон выслушивается масса мелкопузырчатых влажных хрипов, диффузные сухие, свистящие хрипы. Границы сердечной тупости уменьшены, верхние границы печени и селезенки смещены вниз на одно межреберье. Тоны сердца звучные, ЧСС 170 ударов в 1 мин. акцент II тона над легочной артерией. Другие органы и системы при физикальном обследовании без патологических изменений.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте Ваш диагноз. Какова этиология заболевания?
 2. Назовите дополнительные факторы риска развития данного заболевания.
 3. Назначьте лечение.
-
1. Острый бронхолит. ДН III ст. Наиболее часто этиологический фактор – респираторно-синцитиальный вирус.
 2. В данном случае: возраст ребенка до 6 месяцев, наличие старших детей, большая семья (количество людей в семье = 4), грудное вскармливание до 2 месяцев. Кроме того, факторами риска являются: рождение за ≤ 6 мес. до начала РСВ-сезона; посещение детского сада, дети от многоплодной беременности.
 3. Лечение: госпитализация; обеспечение проходимости верхних дыхательных путей (деконгестанты, аспирация слизи из носа); оральная регидратация (иногда парентеральная, но не более 20 мл/кг/сутки); оксигенотерапия; бронхолитическая ингаляционная терапия при наличии положительного эффекта от проведения первой ингаляции (уменьшение ЧД на 10-15 в минуту, уменьшение количества хрипов, уменьшение выраженности участия вспомогательной мускулатуры). Ингаляционные и системные глюкокортикостероиды не рекомендуются.

ост бронхолит ДН3

Задача № ИБ

Ребенок 2,5 месяцев от 1-й нормальной беременности. Роды в срок, без патологии. На грудном вскармливании. Психическое и физиологическое развитие соответствует возрасту. Отец ребенка последние две недели кашлял. 14 августа у ребенка появился кашель при нормальной температуре. Кашель в последующие дни усиливался. Участковый врач диагностировал ОРВИ. 25 августа ребенок госпитализирован. Состояние при поступлении средней тяжести. Бледный. Кашель приступообразный, сопровождается цианозом лица, иногда рвотой, отхождением густой, вязкой мокроты. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы, ЧДД 66 в минуту. Сердечные тоны громкие, ЧСС до 160 в минуту. Живот мягкий, не напряжен.

Клинический анализ крови: HGB - 132 г/л, RBC - $4,0 \times 10^{12}/л$, WBC - $36 \times 10^9 /л$, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 10%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 79%, моноциты – 4%, СОЭ-20 мм/час.

Коклюш

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз. Укажите лабораторные исследования для уточнения этиологии заболевания.
2. Проведите дифференциальный диагноз
3. Назначьте лечение и профилактические мероприятия

Задача № ИБ

В отделение госпитализирован мальчик 8 лет на 6 день болезни. Заболел остро с повышения температуры тела до 38,7°C. На следующий день появился сухой кашель, который приобрел приступообразный характер. Сохраняется фебрильная лихорадка, выраженная слабость, миалгии, боли в суставах.

Из анамнеза жизни: мальчик рос и развивался в соответствии с возрастом. На первом году жизни проявления атопического дерматита. Семья из 4 человек, есть младший ребенок, посещающий детский сад. В семье имеются домашние питомцы: собака, попугай.

При поступлении состояние средней тяжести, вялый. Температура тела 37,7° С. Одышка до 28 в минуту. Беспокоит частый малопродуктивный, навязчивый, приступообразный кашель. Гиперемия слизистой миндалин, небных дужек, задней стенки глотки. Инъекция сосудов склер и конъюнктив. Пальпируются шейные, подчелюстные, подмышечные, паховые лимфоузлы до 1,0 см в диаметре, мягко-эластической консистенции, безболезненные. В легких с обеих сторон выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 88 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень на 1,5 см ниже края реберной дуги, селезенка у края реберной дуги. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Клинический анализ крови: HGB-122 г/л, RBC- 4,2 x 10¹²/л, WBC - 11,3 x 10⁹ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 47%, эозинофилы – 1%, лимфоциты - 34%, моноциты -11%, СОЭ – 49 мм/час. С-реактивный белок – 0,8 мг/л

На рентгенограмме органов грудной клетки: корни легких расширены, неструктурны, определяются очаговые тени в прикорневых отделах с обеих сторон. Легочный рисунок усилен, увеличение бифуркационных лимфоузлов.

Вопросы:

1. Укажите предполагаемый диагноз. Укажите дополнительные лабораторные исследования.
2. Перечислите клинические формы заболевания. Укажите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение.

Орнитоз, пневмоническая форма. ПЦР - наиболее чувствительный, специфический ранний метод диагностики; серологический метод - посредством РСК (диагностический титр 1:16-1:32 и выше) или в парных сыворотках, взятых с интервалом в 10-14 сут при нарастании титра антител в 4 раза и более.

1. Манифестные формы: острая (пневмоническая; гриппоподобная; тифоподобная); подострая (с поражением легких; без поражения легких); хроническая (с поражением легких; без поражения легких). Бессимптомная (инаппарантная) инфекция. По тяжести выделяют легкую, среднетяжелую и тяжелую формы болезни. Острая форма длится до 1,5-2,0 мес, подострая - от 2 до 6 мес, хроническая - от 2 до 8 лет. На гриппоподобную и пневмоническую формы приходится до 85% всех случаев болезни. Диф диагноз проводится с широким кругом острых лихорадочных заболеваний, протекающих с катарально-респираторным синдромом и поражением легких; наиболее часто с пневмококковой пневмонией, Ку-лихорадкой, легионеллезом.
2. Антибактериальная терапия антибиотиками из группы макролидов до 10-12 суток, симптоматическая терапия.

орнитоз

Задача № ИБ

Девочка 7 лет воспитанница детского дома. Заболела с повышения температуры тела до субфебрильных цифр, снижения аппетита, кашля. Поставлен диагноз ОРВИ, получала амоксициллин без эффекта. Через десять дней от начала болезни на фоне учатившихся приступов кашля поднялась температура тела до 37,8 С. Направлена на госпитализацию. При поступлении состояние средней тяжести, вялая. Беспокоит малопродуктивный частый навязчивый кашель. Кожные покровы чистые. Зев слегка гиперемирован, налетов нет, явления фарингита. В легких выслушиваются мелкопузырчатые хрипы, неотчетливое притупление перкуторного звука в межлопаточной области. ЧДД - до 34 в 1 мин. Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС 90 в 1 мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул нормальный, диурез сохранен. Менингеальных симптомов нет.

Клинический анализ крови: HGB-124 г/л, RBC - $4,5 \times 10^{12}/л$, WBC - $9,1 \times 10^9 /л$, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 60%, лимфоциты - 29%, моноциты - 6%, СОЭ – 16 мм/час, PLT – $230 \times 10^9 /л$.

На рентгенограмме грудной клетки с обеих сторон определяются множественные очаги снижения пневматизации, усиление легочного рисунка за счет интерстициального и сосудистого компонентов.

Серологические исследования: M. pneumoniae IgM обнаружены, IgA обнаружены. Chl. pneumoniae IgM не обнаружены, IgG не обнаружены.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз. Выделите ведущий синдром (синдромы), позволяющий предположить данное заболевание.
2. Проведите дифференциальную диагностику. Назовите методы лабораторной диагностики данной инфекции.
3. Назначьте лечение и профилактические мероприятия в коллективе.

пневм микопл

Задача № ИБ

Мальчик 5 лет, поступил в стационар с направляющим диагнозом: Гепатит А, безжелтушная форма. В группе детского сада, которую посещает мальчик, неделю назад был госпитализирован в стационар воспитатель с диагнозом "Гепатит". При обследовании по контакту у ребенка было выявлено увеличение печени до 2 см от края реберной дуги, в биохимическом анализе крови отмечено повышение активности АЛАТ до 180 Ед/л. Самочувствие ребенка не страдало, желтухи не отмечалось. Из анамнеза: в периоде новорожденности лечился в стационаре по поводу пневмонии (получал инфузионную терапию, трансфузии плазмы). Рос и развивался нормально. При осмотре температура тела 36,6°C. Кожные покровы обычной окраски, на щеках явления капиллярита. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Печень уплотнена, безболезненна, край ее выступает из-под реберной дуги на 2 см. Отмечается болезненность при пальпации в области проекции желчного пузыря. Пальпируется край селезенки.

Биохимический анализ крови: белок общий 70 г/л, альбумины 36 г/л, билирубин общий 17 мкмоль/л, конъюгированный 10 мкмоль/л, АЛАТ 180 ЕД/л, АсАТ 140 ЕД/л.

Сывороточные маркеры anti-HAV IgM не обнаружено, HBsAg обнаружено.

УЗИ органов брюшной полости: ткань печени повышенной эхогенности за счет мелкоочаговых и среднеочаговых структур. Стенки желчного пузыря не утолщены, в полости желчного пузыря осадок. Поджелудочная железа без патологии. Почки не изменены.

Вопросы

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз. Оцените результаты УЗИ органов брюшной полости.
3. Назначьте лечение. Определите прогноз заболевания.

гепатит в

Задача № ИБ

Мальчик 5 лет 8 месяцев заболел остро, с подъема температуры тела до 39,8°C, «лающего» кашля, осиплости голоса, слизистого отделяемого из носа. К вечеру состояние ухудшилось, появились сильная боль в горле, затрудненное дыхание, беспокойство. Ребенок был доставлен в отделение реанимации. При поступлении температура 38,2°C, состояние тяжелое, выражена одышка ЧД 44 в минуту инспираторного характера с раздуванием крыльев носа и участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, западение яремной ямки. Отмечается цианоз носогубного треугольника и кончиков пальцев, «мраморный» оттенок кожи. Голос осиплый. Беспокоит частый непродуктивный кашель. Тоны сердца приглушены, аритмичны ЧСС 100-130 в минуту, выпадение пульсовой волны на вдохе. В легких дыхание жесткое. Проведена ларингоскопия: вход в гортань 1-2 мм, во входе в гортань - большое количество слизистой мокроты прозрачного цвета, яркая гиперемия черпаловидных хрящей, подсвязочного пространства, отек голосовых связок.

КОС: PH 7,31, PCO₂ 41,4, PO₂ 70, BE (- 3,6).

Клинический анализ крови: HGB 130 г/л, RBC 3,5 x 10¹²/л, ЦП 0,89, лейкоциты 16,3 x 10⁹/л, палочкоядерные 3%, сегментоядерные 51%, эозинофилы 2%, лимфоциты 35%, моноциты 9%, СОЭ-17 мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз. Какие правила необходимо соблюдать в данном случае при проведении обследования и транспортировки пациента?
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение.

ост эпиглотит

Задача № ИБ

Мальчик 1 года 8 месяцев, 20 октября на приеме у педиатра вместе с мамой.

Жалобы на вялость, капризность, снижение аппетита, неустойчивый стул. Сегодня утром при смене подгузника мать обнаружила среди каловых масс червя розовато-белого цвета длиной около 20 см, толщиной до 0,4-0,5 см. При сборе анамнеза выяснилось, что все лето провел в частном доме в Подмоскowie, ел немытые ягоды, фрукты, овощи со своего огорода. Контакт с инфекционными больными отрицают; за пределы Российской Федерации не выезжал. Аллергоанамнез не отягощен, не привит (отказ родителей).

При осмотре ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Реакция на осмотр негативная, капризен. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы бледно-розовые, чистые от сыпи. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Живот подвздут, мягкий, доступен глубокой пальпации, печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. При осмотре в памперсе кашицеобразный стул, диурез не изменен. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики нет.

Вопросы

1. Поставьте предварительный диагноз.
Назначьте дополнительные исследования для подтверждения диагноза. Укажите предполагаемый источник заражения.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте этиотропную терапию и профилактические мероприятия.

аскаридоз

Задача № ИБ

Девочка 5 лет, приведена матерью на амбулаторный прием к участковому педиатру с просьбой вылечить «чесотку».

При сборе анамнеза выяснилось, что ребенка в течение нескольких месяцев беспокоит кожный зуд, преимущественно в области ягодиц, промежности. Зуд усиливается в ночные часы; девочка плохо засыпает и беспокойно спит. Днем сонливая, раздражительная, после детского сада приходит домой и ложится спать, часто избегает активных игр с сверстниками.

Контакт с больными чесоткой и инфекционными больными отрицают; за пределы Российской Федерации не выезжала. Аллергоанамнез не отягощен, привита по возрасту.

При осмотре ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Температура тела 36,5°C. Кожные покровы обычной окраски, в области ягодичной складки и промежности многочисленные экскориации, свежие и покрытые корочкой с участками вторичного инфицирования. 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 регулярный, оформленный, диурез не изменен. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики нет.

Вопросы

1. Укажите предварительный диагноз. Назначьте дополнительные исследования для подтверждения диагноза. Укажите предполагаемый источник заражения. 4
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте этиотропную терапию и профилактические мероприятия.

энтеробиоз

Задача № ИБ

Девочка 10 лет, воспитанница интерната, заболела остро с повышения температуры тела до 38,6°C, снижения аппетита, слабости. Жаловалась на головную боль, озноб, боль в животе в правой подвздошной области, была 2-х кратная рвота и 3 раза жидкий кашицеобразный стул с примесью небольшого количества слизи.

Бригадой скорой помощи была госпитализирована в стационар с подозрением на «острый аппендицит».

При поступлении состояние средней тяжести, температура тела 39,0°C. Жалуеться на боль в мышцах и суставах, боли в животе справа. Кожа чистая, сыпи нет. Слизистые ротоглотки слегка гиперемированы. В легких хрипов нет, тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, болезненный при пальпации, больше в правой подвздошной области. Стул разжиженный, до 5 раз в сутки, с небольшим количеством мутной слизи и зелени, в некоторых порциях примесь крови.

После консультации хирурга диагноз аппендицита был снят. На 3-й день пребывания в стационаре лихорадка (37,8°C) и жидкий стул до 5-8 раз сохранялись, но появилась легкая иктеричность кожи и склер, темная моча и пятнисто-папулезная сыпь в основном в области коленных суставов, на кистях рук и стопах, увеличились размеры печени до 2 см ниже края реберной дуги.

Клинический анализ крови: гемоглобин 140 г/л, эритроциты $4,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $15,3 \times 10^9 /л$, палочкоядерные нейтрофилы 11%; сегментоядерные 62%; эозинофилы 4%; лимфоциты 19%; моноциты 4%; СОЭ 22 мм/час.

Биохимический анализ крови: билирубин общий 56 мкмоль/л, конъюгированный 46 мкмоль/л, АлАТ 260 ЕД/л, АсАТ 198 ЕД/л.

Иммуноферментный анализ: HBsAg и anti-HCV - отрицательные.

Бактериологический анализ кала на кишечную группу: патогенные бактерии семейства кишечных не выявлены.

Вопросы

1. Поставьте предварительный диагноз. Какие лабораторные исследования необходимо провести для окончательного подтверждения диагноза?
2. Проведите дифференциальный диагноз. Назовите источник данной инфекции и пути передачи.
3. Назначьте лечение.

псевдотуберкул

Задача № ИБ

Мальчик 10 лет, заболел остро с подъема температуры тела до 39,0°C. Жаловался на общую слабость, головную боль, головокружение, плохой аппетит, тошноту, боли в правой подвздошной области, в суставах и жидкий стул до 4 раз в сутки.

Эпидемиологический анамнез: за 2-3 дня до заболевания ел салат из свежей капусты.

При поступлении на 3-й день болезни продолжает лихорадить до 38,7°C, при осмотре выявляется точечная сыпь, на лице и шее, дистальных отделах конечностей в виде «перчаток» и «носок». Разлитая гиперемия слизистой ротоглотки. Язык густо обложен сероватым налетом, боковые поверхности малинового цвета с выраженными сосочками. Пальпируются увеличенные переднешейные и подчелюстные лимфоузлы, безболезненные. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот доступен глубокой пальпации, болезненный в правой подвздошной области. Печень +2 см из-под края реберной дуги, селезенка +1 см от края реберной дуги. Стул, диурез в норме. Менингеальных знаков нет.

Клинический анализ крови: гемоглобин—140 г/л, эритроциты-4,5 $\times 10^{12}$ /л, лейкоциты-15 $\times 10^9$ /л, палочкоядерные -10%, сегментоядерные - 68%, лимфоциты -21%, СОЭ- 32 мм/час.

Клинический анализ мочи: без патологии.

Бактериологический анализ кала на кишечную группу: патогенные бактерии семейства кишечных не выявлены.

Вопросы

1. Поставьте предварительный диагноз. Какие лабораторные исследования необходимы для уточнения этиологии заболевания? Укажите возможный путь и источник инфицирования.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение и профилактические мероприятия.

псевдотуберк

Задача № ИБ

Мальчик 6 лет заболел с повышения температуры тела до 37,8°C, головной боли, вялости.

На 3-й день болезни температура тела повысилась до 39,2-40,1°C и оставалась на высоких цифрах (39,0 – 40,1°C) вплоть до поступления больного в стационар (7-й день болезни). Одновременно ухудшился аппетит (анорексия), усилилась головная боль, появились сонливость, заторможенность, сыпь на коже живота. Стул все дни кашицеобразный, без патологических примесей.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, продолжает высоко лихорадить, отмечается резкая слабость, вялость, адинамия, сонливость. Аппетит отсутствует. Лицо одутловатое, бледное, синева под глазами. На коже живота и боковых поверхностях груди – не обильная розеолезная сыпь. Губы сухие, потрескавшиеся. Язык густо обложен желтовато-коричневым налетом, утолщен, со следами зубов по краям. Пульс 64 удара в минуту, ритм правильный. Тоны сердца приглушенные. Живот незначительно вздут газами, при пальпации отмечается урчание в правой подвздошной области, там же – укорочение перкуторного звука (симптом Падалки). Печень выступает ниже края реберной дуги на 2 см, селезенка – на 1,5 см. Стул разжиженный 3 раза в день, типа «горохового супа». Анус сомкнут. Эпидемиологический анамнез: за 10 дней до начала заболевания приехал из Таджикистана, где провел все лето у родственников, пил некипяченую воду, ел немытые овощи и фрукты.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 124 г/л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 240×10^9 /л, лейкоциты – $3,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 6%, сегментоядерные – 41%, лимфоциты – 50%, эозинофилы – 0%, моноциты – 3%, СОЭ – 22 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

Бактериологический анализ кала на кишечную группу: патогенные бактерии семейства кишечных не выявлены.

Вопросы

1. Поставьте предварительный диагноз. Какие лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
2. Укажите возможные осложнения заболевания.
3. Назначьте лечение. Назовите показания для выписки больного из стационара.

брюшной тиф

Задача № ИБ

Мальчик 10 лет госпитализирован в стационар экстренно.

Анамнез заболевания. Заболел остро: пожаловался на недомогание, боли в животе, снижение аппетита. Температура тела 38,5°C в течение 2-х дней. На 3-й день потемнела моча. На 4-й день болезни заметили желтушность склер и кожи. Госпитализирован в стационар. Накануне приехал из Краснодарского края, где проживал в сельской местности. По словам родителей, соседские дети «болели желтухой».

Анамнез жизни. Раннее развитие без особенностей. Перенесенные инфекции: скарлатина, ветряная оспа, коклюш. Аллергологический анамнез не отягощен. Не вакцинирован (отказ родителей). Наследственный анамнез отягощен по эндокринным заболеваниям.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести, активен, жалоб не предъявляет, температура тела 36,7°C. Склеры и кожные покровы умеренно иктеричны. Слизистая оболочка ротоглотки влажная с желтушным окрашиванием. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье и в эпигастрии. Печень выступает из подреберья на 2,5 см; плотноватой консистенции, чувствительная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Моча темная. В последующие 4 дня отмечалось уменьшение желтухи, моча приобрела нормальный цвет, улучшился аппетит, состояние расценивалось как удовлетворительное.

Клинический анализ крови HGB - 130 г/л, RBC - 4×10^{12} /л, WBC - $6,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные - 47%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 38%, моноциты - 10%, СОЭ – 10 мм/ч.

Биохимический анализ крови: билирубин общий - 133 мкмоль/л, конъюгированный - 90 мкмоль/л, АлАТ - 2300 ЕД/л, АсАТ - 1850 ЕД/л, ГГТП – 111 ед/л.

Вопросы

1. Поставьте предварительный диагноз. Назначьте обследование для этиологической расшифровки диагноза. Объясните причину появления «темного» цвета мочи.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение и проведите противоэпидемические мероприятия в очаге

гепатит а

Задача № ИБ

Мальчик 10 лет заболел остро с повышения температуры до 38,5°C, появилась слабость, вялость, заложенность носа, во сне - храпящее дыхание, отмечено увеличение шейных лимфоузлов. Участковый педиатр диагностировал ангину, назначил амоксициллин. Эффекта от терапии не отмечалось, на 5 день приема амоксициллина на коже появилась обильная сыпь. Ребенок был госпитализирован. При поступлении – состояние тяжелое, фебрильно лихорадит, вялый, аппетит снижен. Кожа бледная с иктеричным оттенком с обильной пятнисто-папулезной, ярко розовой, местами сливной сыпью с геморрагическим компонентом. Склеры субиктеричны. Периферические лимфоузлы увеличены, определяются конгломераты шейных лимфоузлов до 3х4 см, изменяющие конфигурацию шеи. Дыхание через нос полностью отсутствует, дышит ртом. Дыхание «храпящее», лицо одутловатое, веки пастозны. В легких дыхание везикулярное, проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 110 ударов в 1 минуту. Слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, небные миндалины увеличены, покрыты белыми наложениями. Печень на 2,5 см ниже края реберной дуги, селезенка на 2,0 ниже края реберной дуги. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Клинический анализ крови: HGB - 130 г/л, RBC - $3,8 \times 10^{12}$ /л, WBC - 25×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы - 11%, сегментоядерные нейтрофилы - 13%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 35%, моноциты -11%, атипичные мононуклеары-29%. СОЭ-25 мм/ч

Биохимический анализ крови: АЛТ 483 Ед/л, АСТ 467 Ед/л, билирубин общий 67 мкмоль/л, билирубин конъюгированный 51 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назначьте обследование и проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение. Что необходимо рекомендовать в периоде реконвалесценции?

инф мононукл

Задача № ИБ

Мальчик 9 лет заболел остро с повышения температуры тела до 37,6°C, с появления припухлости в области околоушной слюнной железы справа, болей при жевании. Через 2 дня появилась и болезненность слева. Лечился домашними средствами, тепловыми компрессами. На 5-й день болезни мальчик стал жаловаться на боли в паховой области, усиливающиеся при ходьбе. Госпитализирован. При поступлении состояние средней тяжести, температура тела 38,6°C. Отмечается увеличение околоушных слюнных желез с обеих сторон и под нижней челюстью. Слизистая щек слегка гиперемирована. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот мягкий, правое яичко увеличено в размере. Кожа над ним гиперемирована, отечна.

Клинический анализ крови: HGB -137 г/л, RBC - $4,3 \times 10^{12}$ /л, WBC - $8,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные - 57%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 31%, моноциты - 8%, СОЭ –10 мм/час.

Клинический анализ мочи: цвет светло-желтый, относительная плотность 1018, белок – 0,033 г/л, глюкоза - abs, лейкоциты - 3-4 в поле зрения, эритроциты - единичные в препарате.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз. Назначьте обследование.
3. Назначьте лечение. Перечислите меры профилактики в очаге заболевания. Какова специфическая профилактика данного заболевания?

паротит

Задача № ИБ

Мальчик 3 месяцев родился с признаками внутриутробной гипотрофии, не вакцинирован. Поступил в боксированное отделение с диагнозом: "ОРВИ, пневмония?" Из анамнеза болезни известно, что неделю назад у ребенка появился кашель, который имел тенденцию к учащению, беспокоил в ночное время, температура тела не превышала субфебрильных цифр. Наблюдался амбулаторно с диагнозом ОРВИ. К концу недели кашель стал приступообразным, сопровождался беспокойством ребенка, покраснением лица, заканчивался отхождением густой вязкой мокроты, рвотой. Перед поступлением во время приступа кашля произошла кратковременная остановка дыхания. При поступлении состояние тяжелое, вялый, бледный, кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза. Слизистая ротоглотки розовая, чистая, лимфатические узлы не увеличены. В легких укорочение перкуторного звука в средне-медиальном отделе справа. Дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца отчетливые. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул, диурез в норме. В отделении отмечалось до 20 приступов кашля в сутки, которые заканчивались отхождением вязкой мокроты, иногда с кратковременной остановкой дыхания.

Рентгенография органов грудной клетки: усиление бронхо-сосудистого рисунка, повышение прозрачности легочных полей, треугольная тень в средней доле правого легкого.

Клинический анализ крови: HGB - 120 г/л, RBC - $4,0 \times 10^{12}/л$, WBC - 40×10^9 , палочкоядерные-3%, сегментоядерные-20%, лимфоциты-70%, моноциты-7%, СОЭ-3 мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Перечислите лабораторные исследования, необходимые для подтверждения диагноза. Оцените данные рентгенографического исследования.
3. Назначьте лечение и профилактические мероприятия.

КОНКЛЮЗИ

Задача № ИБ

Девочка 10 лет заболела 5 дней назад, остро, когда повысилась температура до 39°C, появилось недомогание, снижение аппетита, общая слабость, отмечалась тошнота, рвота. На 4-й день болезни температура тела снизилась, однако сохранялась общая слабость и снижение аппетита, присоединилась боль в правом подреберье, заметили тёмный цвет мочи, светлую окраску кала. На 5-й день болезни появилась иктеричность склер.

Эпиданамнез: 3 недели назад вернулась с отдыха на морском побережье.

При осмотре: состояние средней тяжести, самочувствие не нарушено. Температура тела нормальная. Склеры, видимые слизистые оболочки иктеричные. Кожа - легкая иктеричность. Язык обложен белым налетом. Патологии со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем не выявлено. Живот слегка вздут, при пальпации мягкий во всех отделах, болезненный в эпигастральной области и правом подреберье. Печень увеличена, пальпируется на 3 см ниже края рёберной дуги, слегка болезненная при пальпации, уплотнена, край ровный, поверхность гладкая. Селезёнка не увеличена. Моча тёмного цвета, стул был утром, со слов девочки, светлый.

Общий анализ крови: гемоглобин - 127 г/л, лейкоциты - $3,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 40%, лимфоциты - 54%, моноциты - 5%, СОЭ - 13 мм/час.

Биохимический анализ крови: билирубин прямой - 38,6 мкмоль/л, непрямой - 18,9 мкмоль/л, АлАТ - 610 Е/л, АсАТ - 269 Е/л.

Серологическое исследование (ИФА): HbsAg - отрицательный, анти-HAV IgM - положительный.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Составьте план лечения пациента.
3. Специфическая профилактика этой инфекции: вакцины и схема вакцинации.

гепатит А

Задача № ИБ

Девочка 9 лет больна вторые сутки, заболела остро: повышение температуры тела до 39,1°C, озноб, головная боль, боль в горле при глотании, однократная рвота.

Состояние средней тяжести. Температура тела - 38,9°C. Кожные покровы чистые, румянец на щеках. Губы яркие, гиперемированы. Слизистая ротоглотки (дужек, миндалин) ярко гиперемирована. Миндалины увеличены до II размера, с обеих сторон в лакунах бело-желтый налет, легко снимающийся шпателем, подлежащая поверхность миндалин не кровоточит. Язык суховат. Переднешейные лимфоузлы увеличены до 1,5 см, болезненны при пальпации. Дыхание везикулярное, без хрипов, ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 112 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Паренхиматозные органы не увеличены. Физиологические отправления не нарушены.

Анализ крови: гемоглобин – 124 г/л, эритроциты – $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – 22×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 72%, лимфоциты – 17%, моноциты – 3%, СОЭ – 35 мм/час.

Вопросы

1. Ваш предполагаемый диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Составьте план обследования, обоснуйте назначения.
3. Какие препараты этиотропной терапии можно рекомендовать в данном случае, обоснуйте их назначение, длительность терапии.

ангина

Задача № ИБ

Ребенок 2 лет заболел остро с повышения температуры тела до 37,5°C, появления сухого кашля, насморка. Ночью появилось шумное, затрудненное дыхание. Беспокоен, мечется в кроватке. Кашель сухой, «лающий». Мать вызвала скорую помощь.

При осмотре врач отметил заложенность носа (ребенок дышит ртом), бледность кожных покровов, периоральный цианоз, втяжение межреберий, яремной и надключичных ямок при вдохе. Число дыханий – 42 в минуту. Голос осипший, вдох шумный. Кашель грубый, сухой. При осмотре ротоглотки отмечается гиперемия небных дужек, миндалин, мягкого неба, зернистость задней стенки глотки. Налетов нет. Аускультативно дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, ЧСС – 142 в минуту. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул (со слов мамы) был оформленным. Мочится обычно. Моча светлая.

Пульсоксиметрия – 95%.

Вопросы

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Выделите ведущий клинический синдром, обуславливающий тяжесть состояния ребенка. Какова этиология данного заболевания? Назовите методы и целесообразность верификации возбудителя в данном случае.
3. Определите место для лечения больного и обоснуйте свое решение. Составьте план лечения

круп

Задача № ИБ

Ребенок 7 лет заболел остро: появилась заложенность носа, боль в горле при глотании, повысилась температура тела до 38°C. На 3 день заболевания осмотрен участковым врачом, был диагностирован лакунарный тонзиллит, назначен эритромицин. На фоне проводимой терапии сохранялась высокая температура, наложения на миндалины, появилась припухлость в области шеи с обеих сторон. В связи с сохраняющейся лихорадкой, на 7 день от начала заболевания направлен на госпитализацию.

При поступлении: состояние средней степени тяжести, температура 38,5°C, лицо одутловатое, дыхание через нос затруднено, отделяемого нет, голос с гнусавым оттенком. В области шеи с обеих сторон, больше справа, заметны увеличенные передне- (до 2,5 см) и заднешейные (до 1,5-2,0 см) лимфатические узлы. Подчелюстные, подмышечные, паховые лимфоузлы до 1,5 см в диаметре. Периферические лимфоузлы множественные, плотноэластической консистенции, чувствительные при пальпации, подвижные, кожа над ними не изменена. В ротоглотке - яркая разлитая гиперемия, выражена зернистость задней стенки глотки, миндалины II степени, на миндалинах сплошные наложения беловато-желтого цвета, (-) ткань, легко снимаются, растираются шпателем. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 100 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,0 – 2,5 см, селезенка – 0,5-1,0 см. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, Эр - $3,8 \times 10^{12}$ /л, Ц.п - 0.89, лейкоциты - $19,3 \times 10^9$ /л; э-1%, п/я-5%, с/я-13%, л-51%, м-13%; атипичные мононуклеары - 17%, СОЭ- 23 мм/час.

Положительный результат на ДНК EBV (ПЦР), в реакции ИФА обнаружены антитела к EBV – IgM VCA (капсидный) и IgG EA (ранний).

Вопросы

1. Поставьте клинический диагноз. Обоснуйте диагноз.
2. Какие лабораторные данные подтверждают диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо провести больному?
3. Составьте план лечения.

ЭБВИ

Задача № ИБ

Мальчик, 3г., заболел остро с повышения температуры до 39,7°C, которая плохо снижалась. На второй день болезни появилась боль в горле, затрудненное носовое дыхание, пастозность лица, припухлость в области боковых поверхностей шеи. На 3 день болезни доставлен в стационар с диагнозом: пленчато-некротическая ангина.

При поступлении в стационар состояние тяжелое. Вялый. Отказывается от еды. Температура тела 38,9°C. Лицо пастозное, дышит открытым ртом. Из носа отделяемого нет. Пальпируются увеличенные переднешейные (до 3,0 см), заднешейные (до 2,5 см), подчелюстные, подмышечные, паховые лимфоузлы (до 1,5-2,0 см), множественные («пакеты»), чувствительные при пальпации, плотноэластической консистенции, не спаянные между собой и окружающими тканями, кожа над ними не изменена. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки умеренно гиперемирована, миндалины III ст., островки белых пленчатых наложений (+) ткань. На верхнем полюсе правой миндалины некроз до 0,3 см в диаметре. По задней стенке глотки стекает скудное слизистое отделяемое. Со стороны органов грудной клетки без патологических изменений. Живот мягкий, умеренно болезненный в околопупочной области. Печень на 3,5 см ниже края реберной дуги, селезенка пальпируется у края реберной дуги. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 115 г/л, Эр - $3,8 \times 10^{12}$ /л, Ц.п - 0.89, лейкоциты - $29,1 \times 10^9$ /л; э-1%, п/я-6%, с/я-11%, л-49%, м-12%; атипичные мононуклеары - 21%, СОЭ- 27 мм/час.

УЗИ органов брюшной полости: визуализируются увеличенные мезентериальные лимфатические узлы, признаки гепато-спленомегалии.

Вопросы

1. Поставьте клинический диагноз. Обоснуйте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
3. Составьте план диспансерного наблюдения.

ЭБВИ

Задача № ИБ

Ребенку 5 лет. Заболел 5 дней назад, когда повысилась температура до 38,7°C, которая сохраняется до настоящего времени, жалуется на боль в горле, затруднение носового дыхания. Бригадой «скорой помощи» доставлен в стационар с диагнозом: Лакунарный? некротический? тонзиллит.

Из анамнеза: ребенок часто болеет респираторными инфекциями. Не привит в связи с отказом родителей.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, вялый, гнусавый оттенок голоса, заложенность носа. Температура тела 38,3°C. В ротоглотке – яркая распространенная гиперемия, выражена зернистость задней стенки глотки, наложения по лакунам (+) ткань, желто-белого цвета, легко снимаются, растираются шпателем. Увеличены подчелюстные, передне-, заднешейные лимфоузлы до 2,0 см, подмышечные, паховые – 1,5-2,0 см, множественные, плотноэластические, безболезненные, подвижные, кожа над ними не изменена. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 105 в минуту. Живот мягкий, печень на 2,5 см ниже края реберной дуги, пальпируется край селезенки. Стул, мочеиспускание не нарушены.

В клиническом анализе крови: гемоглобин - 121 г/л, Эр - $4,1 \times 10^{12}$ /л, Ц.п - 0.89, лейкоциты - $29,5 \times 10^9$ /л; э-1%, п/я-7%, с/я-12%, л-56%, м-11%; атипичные мононуклеары - 13%, СОЭ- 23 мм/час.

Температура нормализовалась к 8 дню болезни. Самочувствие улучшилось через 3 – 4 дня. Через 6 дней исчезли наложения, к 10 – 12 дню значительно уменьшились лимфатические узлы, размеры печени.

Вопросы

1. Поставьте клинический диагноз. Обоснуйте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Составьте план лечения. Назначьте противоэпидемические мероприятия при данном заболевании.

ЭБВИ

Задача № ИБ

Мальчик 13 лет, заболел остро с повышения температуры тела до 38°C, появления припухлости в области околоушной железы справа, более при жевании. Жаловался на боли в животе в эпигастральной области. 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 паху справа, 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 эпигастральной области болезненна, беспокоит тошнота, периодически повторяющаяся рвота. Правое яичко увеличено в размере в 2 раза, плотное, болезненное, кожа над ним гиперемирована. По другим органам – без патологии.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты – $4,3 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,95, лейкоциты – $8,2 \times 10^9$ /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.

Вопросы

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

паротит

Задача № ИБ

Мальчик 14 лет, заболел остро с подъема температуры до $38,5^{\circ}\text{C}$, появления припухлости справа в околоушной области, через 2 дня присоединилась припухлость в левой околоушной области и в подчелюстных областях. Вызван участковый врач. Иной патологии, кроме указанной выше, выявлено не было. Назначено лечение. На 6 день болезни состояние ребенка ухудшилось: повысилась температура до $39,5^{\circ}\text{C}$, появились боли в животе, боль в области правого яичка, многократная рвота.

При осмотре участковым врачом: состояние ребенка тяжелое, вялый, адинамичный, нарушен сон и аппетит, кожные покровы чистые, в околоушных и подчелюстных областях опухолевидные плотные безболезненные образования. Живот болезненный при пальпации в эпигастральной области. Стул разжижен до 3х раз в сутки. Правое яичко увеличено в 3 раза, болезненное при пальпации. Менингеальных знаков нет.

Вопросы

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие лабораторные и инструментальные методы обследования подтвердят поражение поджелудочной железы, какие вы ожидаете результаты?
Каков прогноз заболевания и какие возможные последствия поражения яичек и поджелудочной железы?
3. Назовите факторы риска тяжелого течения заболевания, требующие госпитализации
Какие профилактические меры могли бы предупредить развитие заболевания у ребенка?

паротит

Задача № ИБ

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?

гепатит а

Задача № ИБ

Больной М., 5 лет, заболел остро с повышения температуры тела до 38,0°C, появления двукратной рвоты, жидкого стула со слизью до 4 раз в день. Участковым педиатром диагностирована кишечная инфекция, назначено лечение (сорбенты, жаропонижающие и оральная регидратация). В течение 2 дней состояние ребенка не улучшалось, температура тела повысилась до 38,7°C, стул сохранялся жидким до 3 раз в сутки, появились боли в суставах, мелкоточечная сыпь на туловище и вокруг суставов. Ребенок повторно был осмотрен участковым врачом и направлен в инфекционный стационар.

При поступлении (на 3-й день болезни) состояние больного средней степени тяжести, температура тела 37,8°C. В зеве умеренная разлитая гиперемия, бугристость задней стенки глотки. Язык обложен налетом, влажный. Пальпируются увеличенные шейные и тонзиллярные лимфатические узлы. На коже в области живота, в подмышечных и паховых складках, вокруг коленных и локтевых суставов обильная, яркая мелкоточечная сыпь. Ладони отечны и гиперемированы. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, болезненный при пальпации в околопупочной и правой подвздошной области. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка не пальпируется. Мочится свободно. Стул 2 раза в сутки, жидкий, с небольшим количеством слизи.

РНГА с кишечной сине-красной токсикогенной группой на 3-й и 10-й день болезни (-);

РНГА с псевдотуберкулезным диагностикумом (+) в разведении 1:50 (3-й день болезни) и 1:200 (10-й день).

Результаты 3-кратного бактериологического исследования кала на шигеллы, сальмонеллы.

Вопросы

1. Поставьте наиболее вероятный клинический диагноз.
Обоснуйте поставленный вами диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Назовите препараты для этиотропной терапии.
Назовите критерии для выписки из стационара.

псевдотуб

Задача № ИБ

Мальчик 6 месяцев на искусственном вскармливании. Болен в течение 3 дней: повысилась температура тела до 37,5-38,6°C, ухудшился аппетит, появилась вялость, срыгивания, затем рвота (2-3 раз в сутки), жидкий стул (5-6 раз в сутки).

На третий день состояние ухудшилось, выросла адинамия, сонливость, отказался от еды, стул участился до 12 раз в сутки (жидкий, обильный, водянистый, с большим количеством слизи и зелени, в некоторых порциях примесь крови). На 4-й день болезни госпитализирован в тяжелом состоянии: резкая вялость, адинамия, отказ от еды, температура тела 38,8°C. Кожа сухая, бледная с мраморным рисунком, периоральный цианоз, конечности холодные. Тurgор снижен. Язык сухой, обложен налетом. Дыхание пуэрильное, ЧД 46 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 140 в мин. Живот умеренно вздут газами, при пальпации урчание и болезненность во всех отделах. Сигмовидная кишка не спазмирована, анус сомкнут, кожа вокруг ануса мацерирована. Печень +2,5 см, селезенка +2,0 см., стул за прошедшие сутки 10 раз, энтероколитного характера, сохраняется примесь слизи, зелени и крови. Накануне заболевания ел творог, хранившийся в холодильнике 3 дня. В семье есть сестра 4-х лет, посещает детский сад, где были случаи сальмонеллеза.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - $3,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $12,5 \times 10^9/л$; п/я-10%, с/я- 60%, л- 28%, м-2%, СОЭ- 25 мм/час.

КОС: рН крови - 7,32; PCO₂ - 30 мм рт. ст., BE - (- 8,0), PO₂ – 78 мм. рт.ст. Электролиты крови: калий плазмы - 2,5 ммоль/л, натрий - 130 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,033%, глюкоза - нет, кетоновые тела (++) , лейкоциты - 3-5 в п/з.

Вопросы

1. Поставьте предварительный клинический диагноз с указанием ведущего клинического синдрома, определяющего тяжесть состояния больного.
Предполагаемая этиология заболевания у данного пациента.
2. Укажите патогенетические механизмы развития диарейного синдрома при этом заболевании.
3. Назовите какие глюкозо – электролитные растворы могут быть использованы для пероральной регидратации данного пациента.
Назовите какие полиионные растворы могут быть использованы для внутривенного введения у данного пациента.

сальмон

Задача № ИБ

Ребенок 4 лет заболел остро вечером с повышения температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, недомогания, снижения аппетита, болей в горле при глотании. Отмечалась двукратная рвота. Утром появилась сыпь на лице, туловище и конечностях. В семье есть ребенок 3 месяцев. «Скорой помощью» ребенок был доставлен в стационар.

При осмотре в приемном покое: состояние больного средней степени тяжести, температура тела - $39,0^{\circ}\text{C}$. Жалобы на головную боль и выраженную боль в горле.

На щеках яркий румянец, носогубный треугольник бледный. Кожные покровы сухие, горячие. На туловище, сгибательных поверхностях конечностей обильная мелкоточечная сыпь на гиперемизованном фоне. Слизистые оболочки чистые, влажные. Переднешейные лимфатические узлы до 1 см в диаметре, безболезненны. Рот открывает свободно. Яркая ограниченная гиперемия зева, мелкоточечная энантема на мягком небе. Небные миндалины II ст., в лакунах островчатые наложения бело-желтого цвета, легко снимаются и растираются шпателем.

Дыхание через нос свободное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия до 130 уд/мин, патологические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочится свободно, дизурии нет. Стул был накануне вечером оформленный.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 125 г/л, эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты - $185,5 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты - $15,5 \times 10^9/\text{л}$; п/я-10%, с/я- 65%, э- 3%, л- 17%, м-5%, СОЭ- 25 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

Стрептотест – положительный.

Вопросы

1. Поставьте клинический диагноз
Проведите обоснование диагноза
2. Проведите дифференциальный диагноз с иерсиниозом
3. Составьте план лечения
Составьте план противоэпидемических мероприятий дома и в детском коллективе (ребенок посещает детский сад)

скарлатина

Задача № ИБ

Мальчик 2,5 г., заболел около 2 недель назад, когда появился сухой кашель. Не лихорадил, симптомов интоксикации не отмечалось. Осмотрен врачом, назначена симптоматическая терапия. В течение последней недели кашель усилился, участился, приобрел приступообразный характер, представляет собой следующие друг за другом дыхательные толчки на выдохе, прерываемые свистящим судорожным вдохом. Приступ заканчивается отхождением густой, вязкой, стекловидной мокроты. Приступы кашля преимущественно в ночное время.

Повторно осмотрен педиатром. Самочувствие страдает умеренно за счет выраженности кашля. Одышки нет. Не лихорадит. За последние сутки у ребенка отмечалось 9 приступов кашля. Лицо во время приступа кашля краснеет, отмечается набухание подкожных вен шеи, лица, головы, слезотечение. Язык высовывается из ротовой полости, кончик его поднимается вверх. Вне приступа кашля отмечается небольшая пастозность лица, бледность кожи. Перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком. Аускультативно над всей поверхностью легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный клинический диагноз.
Обоснуйте поставленный диагноз.
2. Назовите критерии оценки степени тяжести заболевания
Какие методы лабораторной диагностики необходимо использовать для подтверждения диагноза?
3. Назовите противоэпидемические мероприятия при данном заболевании

Коклюш

Задача № ИБ

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.

Коклюш

Задача № ИБ

Ребенок 4 лет заболел остро, поднялась температура до 37,8°C, появился кашель, насморк. В течение 2 дней температура держалась на субфебрильных цифрах, самочувствие больного страдало незначительно. На 4-й день болезни появилась сыпь на лице. Был вызван участковый врач.

При осмотре: состояние ребенка средней степени тяжести, температура 38,0°C, лицо пастозное, катаральный конъюнктивит, светобоязнь, из носа слизистое отделяемое, кашель сухой. В зеве умеренная разлитая гиперемия, мягкое и твердое небо неравномерно-пятнистое. Слизистые щек и десен шероховатые, гиперемированы, с белыми мелкими пятнышками в области малых коренных зубов. На лице, шее, груди красная пятнисто-папулезная сыпь. На лице сыпь имеет тенденцию к слиянию. Другой патологии не обнаружено.

В детском саду карантин нет.

В семье еще есть ребенок 2 лет. Вакцинация против инфекционных заболеваний ему не проводилась, несмотря на отсутствие противопоказаний. Детский коллектив не посещает.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз с указанием периода болезни. Обоснуйте диагноз. С какими заболеваниями будете проводить дифференциальный диагноз?
2. Составьте план лечения
3. Профилактические мероприятия в детском саду и семье.

КОРЬ

Задача № ИБ

У ребенка 5 лет на фоне повышения температуры до 37,4°C и легких катаральных явлений появилась сыпь на всех участках тела. На дом вызван участковый врач.

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

Вопросы:

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

КРАСНУХА

Задача № ИБ

У ребенка 3 лет заболевание началось с повышения температуры до субфебрильных цифр, легких катаральных симптомов, двукратно разжиженного стула. На 4 день утром мальчик не смог встать на ноги. Был вызван участковый врач.

При осмотре: выявлена гипотония в нижних конечностях, сухожильные рефлексы не вызываются. Направлен в стационар с диагнозом: Острый вирусный полиомиелит.

При поступлении в стационар температура тела нормальная. Общее состояние тяжелое, ребенок бледен, выражена потливость, лабильность пульса. На ногах не стоит, сидеть без поддержки не может. Справа коленный рефлекс не вызывается, выраженная гипотония мускулатуры, нога без движения. Слева - коленный рефлекс снижен, сохранены легкие движения.

Осмотрен неврологом, даны рекомендации по обследованию и лечению. Через 25 дней движения в правой ноге по-прежнему отсутствуют, в левой - восстанавливаются, коленный рефлекс справа не вызывается. Объем правой нижней конечности на 1-2 см меньше, чем слева. Движения в левой ноге восстанавливаются.

Через 2 месяца движения в правой ноге по-прежнему отсутствуют, коленный рефлекс не вызывается, нога на 1,5 см тоньше, чем левая.

При вирусологическом исследовании на полиомиелит обнаружен завезенный дикий вирус полиомиелита II типа.

В РН титр антител к вирусу полиомиелита I типа при первом исследовании 1:128, а при втором исследовании – 1:128

В РН титр антител ко II серотипу вируса полиомиелита при первом исследовании 1:128, а при втором исследовании – 1:512

В РН титр антител к III серотипу вируса полиомиелита при первом исследовании 1:128, при втором исследовании – 1:128.

Вопросы

1. Поставьте окончательный клинический диагноз.
Приведите его обоснование.
2. Составьте план лечения.
3. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо проводить в очаге?
Рекомендации по диспансерному наблюдению.

ПОЛИОМИЕЛИТ

Задача № ИБ

Девочка, 7 лет, заболела остро с подъема температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, кашля, насморка. В последующие три дня температура держалась на высоких цифрах, усилились катаральные явления: кашель стал грубый, частый, появилась светобоязнь, отечность век. На 4-й день болезни температура тела повысилась до $39,5^{\circ}\text{C}$, на лице, за ушами появилась пятнисто-папулезная сыпь, которая в последующие 2 дня распространилась на туловище и конечности. Затем температура снизилась, исчезли катаральные явления, стала угасать сыпь. Однако на 8-й день болезни ребенок пожаловался на резкую головную боль, была повторная рвота, затем потеря сознания, судороги. Бригадой реанимационной помощи госпитализирована в стационар.

При поступлении: состояние очень тяжелое, без сознания, часто возникают приступы общих тонико-клонических судорог. Сомнительные менингеальные знаки. На коже лица, туловища и конечностей пигментация. Зев умеренно гиперемирован, наложений на миндалины нет. Слизистая рта шероховатая. По внутренним органам патологии не выявлено.

Спинальная пункция: жидкость прозрачная, вытекает частыми каплями. Цитоз – 30/3, лимфоциты - 98%, нейтрофилы - 2%, белок - 0,165 г/л, сахара - нет.

Клинический анализ крови: Hb - 120 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}/\text{л}$, Лейк - $8,4 \times 10^9/\text{л}$; п/я-3%, с/я- 42%, э-5%, л- 43%, м-7, СОЭ- 22мм/час.

ИФА - обнаружены IgM к вирусу кори.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
Приведите обоснование диагноза.
2. Составьте план лечения.
3. Противоэпидемические мероприятия в детском саду.
Какие профилактические мероприятия предусмотрены для предупреждения данного заболевания?

КОРЬ

Задача № ИБ

Девочка 10 лет, вернулась из похода, где питалась консервами, жареными грибами, купалась в пруду и пила не кипяченую воду. По возвращении домой жаловалась на слабость, отсутствие аппетита, однократную рвоту, боли в животе, кратковременное расстройство стула. На следующий день появилось головокружение, поперхивание при питье воды.

Госпитализирован «по скорой» с подозрением на «Отравление грибами».

Объективно в стационаре: состояние тяжелое, температура тела 37,2°C. Кожа бледная, резкая мышечная слабость. Сухой кашель, першение в горле, гнусавость, осиплость голоса. В легких дыхание везикулярное. ЧД – 44 в минуту. Тоны сердца приглушены. Слизистая полости рта чистая, суховата, небная занавеска слегка провисает, глотание затруднено, поперхивается. Живот несколько вздут, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стула нет. Сознание ясное, менингеальных знаков нет. Отмечается левосторонний птоз, расширение зрачков.

Анализ кала на кишечную группу: патогенные бактерии на кишечную и тифо-паратифозную группу не выявлены.

Клинический анализ крови: Нв- 134 г/ л. Эр - $4,06 \times 10^{12}/л$, Лейк. - $8,0 \times 10^9/л$, п/я - 7%, с/я - 54%, э - 3%, л - 30%, м - 6%, СОЭ - 10 мм/час

Серологическое исследование: РНГА с эритроцитарными диагностикумами шигелл Зонне, Флекснера, комплексным сальмонеллезным групп А, В, С, Д - отрицательная.

Вопросы

1. Поставьте клинический диагноз с обоснованием.
Согласны ли Вы с диагнозом врача скорой помощи и почему?
2. Назначьте план обследования для подтверждения диагноза
3. Составьте план лечения.
Какие меры проводятся при групповой заболеваемости в очаге всем лицам, употреблявшим подозреваемый продукт?

БОТУЛИЗМ

Задача № ИБ

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 + 3,5 см 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.

Гепатит А

Задача № ИБ

Мальчик 9 лет 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.

Объективно: Состояние тяжелое. 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 частое, поверхностное. Правая половина грудной клетки отстает 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.

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $19,2 \times 10^9$ /л, юные нейтрофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные нейтрофилы - 70%, лимфоциты - 14%, моноциты - 2%, СОЭ – 48 мм/час.

Рентгенограмма грудной клетки: выявляется гомогенная, высокой интенсивности инфильтративная тень, с четкими контурами, занимающая нижнюю долю правого легкого, повышение прозрачности легочных полей слева.

Вопросы

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Какой возбудитель наиболее вероятен в данном случае.
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.

пневм

Задача № ИБ

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 острую респираторную инфекцию (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 1 нормально протекавшей беременности. Роды срочные, физиологические. Развитие соответственно возрасту. С 3,5 лет посещает детский сад, стала часто болеть ОРИ, дважды перенесла острый 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. SaO_2 – 97% Кожные покровы чистые, бледные. Зев рыхлый, чистый, небные миндалины гипертрофированы до II степени, налетов нет. При перкуссии справа в нижних отделах грудной клетки, по переднебоковой поверхности отмечается участок укорочения перкуторного звука, при аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, крепитирующие хрипы над участком укорочения перкуторного звука. 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.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Назовите и обоснуйте группу препаратов, используемых для этиотропной терапии данного заболевания с учетом наиболее вероятного возбудителя и данных анамнеза.
3. Через день получены результаты дополнительного обследования: рентгенографии органов грудной клетки в прямой проекции, описано наличие очага инфильтрации справа в проекции S6, средней интенсивности, неправильной формы, без четких контуров. В клиническом анализе крови: гемоглобин 138 г/л, эритроциты $4,4 \times 10^{12}$, тромбоциты 223×10^9 , лейкоциты $26,6 \times 10^9$, п/я 7%, с/я 69%, лимф 17%, моноциты – 6%, эозинофилы – 1%. СОЭ 37 мм/ч. Дайте интерпретацию результатам дополнительного обследования. Поставьте окончательный диагноз.

пневмон

Задача № ИБ

На приеме мама с мальчиком 7 месяцев.

Ребенок от 2 беременности, 2 срочных родов. Родился с массой тела 3200, длиной – 52 см. Неонатальный период без особенностей. С 3 месяцев на искусственном вскармливании адаптированной смесью, прикормы введены по возрасту.

Из анамнеза известно: ребенок болен в течение одной недели. На 2 день заболевания обратились к врачу-педиатру участковому по поводу повышения температуры до 37,5°C, слизистых выделений из носа, «покашливания». Назначена симптоматическая терапия. На фоне лечения состояние несколько улучшилось, но с 5 дня болезни вновь повышение температуры до фебрильных цифр, усиление кашля, беспокойство, отказ от еды. Старший ребенок посещает школу, болеет в течение 2-х недель – беспокоит малопродуктивный, навязчивый, коклюшеподобный кашель (в классе болеет несколько детей, у одного диагностирована пневмония). Участковым педиатром дано направление в стационар.

При поступлении: масса тела 8200 г, рост 68 см. Ребенок беспокойный. Температура тела 38,8 °C. Кожные покровы бледные, горячие на ощупь, с «мраморным рисунком», цианоз носогубного треугольника. Пальпируются подчелюстные, переднешейные лимфоузлы, до 1,0 см, эластичные, безболезненные, множественные. Частота дыхания 48 в минуту. Отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры (втяжение межреберных промежутков). Частый малопродуктивный кашель. Перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком, слева ниже угла лопатки – притупление. Аускультативно жесткое дыхание, выдох удлинен, с обеих сторон необильные сухие, свистящие хрипы, слева ниже угла лопатки дыхание ослаблено, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, паренхиматозные органы не увеличены. Физиологические отправления в норме.

Вопросы

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Какие изменения вы ожидаете с учетом предполагаемой этиологии заболевания. Назовите методы верификации возбудителя.
3. Назначьте лечение

Пневмония

Задача № ИБ

Мальчик 11 месяцев массой 10 кг в сопровождении матери доставлен бригадой скорой помощи в приемный покой детской больницы. Мать жалуется на затрудненное дыхание у ребенка, частый кашель, повышение температуры до 37,5°C. Из анамнеза заболевания известно, что ребенок заболел впервые. Заболевание началось 3 дня назад с повышения температуры, заложенности носа. Затем появился кашель. Лечился в поликлинике, получал Лазолван и Називин. Накануне вечером у мальчика произошло ухудшение состояния: появилась одышка, усилился кашель. Родители обратились в скорую помощь. Врачом-педиатром скорой помощи была проведена ингаляция Сальбутамола с помощью спейсера, после чего одышка несколько уменьшилась, ребенок доставлен в стационар.

Эпидемиологический анамнез: в семье болеют бабушка и старшая сестра (посещает детский сад).

Состояние ребенка врачом приемного покоя расценено как тяжелое, одышка вновь усилилась. ЧДД – 60 в минуту. Выдох шумный, слышен на расстоянии. Кожные покровы бледно-розовые, чисты от инфекционной и аллергической сыпи. Носовое дыхание затруднено. Слизистая небных дужек умеренно гиперемирована, миндалины гипертрофированы I ст. Конъюнктивы обоих глаз умеренно гиперемированы, отделяемого нет. Пальпируются симметричные, множественные подчелюстные и переднешейные лимфоузлы до 0,5-0,7 см. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере. При перкуссии над легкими коробочный звук. При аускультации – жесткое дыхание, множество сухих свистящих хрипов. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень на 0,5 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Клинический анализ крови: Hb – 128 г/л, эритроциты – $4,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $13,9 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 18%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 68%, моноциты – 9%, СОЭ – 21 мм/час.

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

обстр бронх

Вопросы

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. В каких дополнительных исследованиях нуждается ребенок. Обоснуйте необходимость проведения рентгенографии органов грудной клетки в данном случае.
3. Назначьте терапию данному ребенку.

Задача № ИБ

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 – $19,3 \times 10^9$ /л; эозинофилы – 3%, п/я нейтрофилы - 2%; с/я нейтрофилы - 28%; лимфоциты - 64%; моноциты - 3%. СОЭ – 9 мм/ч.

Вопросы

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
2. Назначьте лечение. Показаны ли антибактериальные препараты в данном случае?
3. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо проводить при данном заболевании? Меры профилактики.

бронхобст_коклюш

Задача № ИБ

Ребенок 1 года 8 мес 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 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:

4. Поставьте клинический диагноз. Какой инфекционный агент преимущественно ответственен за развитие данного заболевания (обоснуйте ответ). С каким заболеванием нужно проводить дифференциальную диагностику в первую очередь?

5. Назначьте лечение данному ребенку. Определите показания к госпитализации.

6. Определите противоэпидемические мероприятия при данной инфекции, меры профилактики. Дайте рекомендации по дальнейшему наблюдению данного ребенка.

лож круп_парагрипп

Задача № ИБ

Девочка 10 лет поступила в стационар по направлению врача-педиатра участкового по поводу болей и припухлости левого коленного сустава, лихорадки до 39°C, общей слабости. Со слов матери, 2 недели назад было повышение температуры, боли в горле при глотании.

Анамнез: ребёнок из села, употребляет в пищу некипячёное коровье и козье молоко.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 104 г/л, эритроциты – $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $8,1 \times 10^9$ /л, цветовой показатель – 0,8, нейтрофилы – 38%, лимфоциты – 51%, моноциты – 11%, СОЭ – 38 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1022, белок – нет, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий плоский – 2-3 в поле зрения.

Копрограмма: детрит – значительное количество, полуоформленный, слизь – нет, лейкоциты – нет, эритроциты – нет.

Серологические реакции: реакция Райта и Хеддельсона в разведении 1/800 +++. РПГА с бруцеллёзным диагностикумом – 1/400.

Бактериологический посев крови: отрицательный результат.

Бактериологические посевы кала: на диз. группу и сальмонеллы отрицательные.

Вопросы

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

бруцеллез

Задача № ИБ

Ребёнок 8 месяцев поступил в стационар с приёма в поликлинике с жалобами, со слов матери, на одышку, мучительный кашель, беспокойство. При осмотре ребёнка отмечается цианоз носогубного треугольника. Ребёнок беспокоен, плачет, бледный.

Анамнез: ребёнок болен в течение недели, стал кашлять, температура не повышалась. В последние 2 дня кашель участился, особенно в ночное время, стал приступообразным. Во время приступа лицо краснеет, затруднен вдох во время приступа кашля. Приступ заканчивается отхождением густой, вязкой мокроты. За сутки отмечается до 15 приступов кашля.

Родители ребёнка с рождения отказывались от вакцинации.

Общий анализ крови: гемоглобин – 126 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,9; лейкоциты – $33,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 28%, лимфоциты – 66%, моноциты – 2%; СОЭ – 7 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1018, белок – нет, эпителий плоский – 2-3 в поле зрения, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – нет.

Иммуноферментный анализ крови: обнаружены IgM АТ к *Bordetella pertussis*.

Рентгенография органов грудной клетки: усиление бронхо-сосудистого рисунка, повышенная воздушность лёгочной ткани, очаговых теней нет.

Вопросы:

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

Коклюш

Задача № ИБ

У ребёнка 6 лет, со слов матери, повышение температуры, вялость, недомогание, кожные высыпания, кашель.

Анамнез: ребёнок болен около недели, когда впервые повысилась температура до $38,5^{\circ}\text{C}$ и появились катаральные явления (насморк, кашель), которые ежедневно нарастали, кашель стал грубым, хриплым; из носа обильное серозное отделяемое, развился конъюнктивит.

При осмотре: обращает на себя внимание фебрильная лихорадка, одутловатость лица, веки слегка гиперемированы, припухшие, слезотечение, светобоязнь, серозные выделения из носа. На слизистой оболочке мягкого нёба видны красные неправильной формы пятна. На коже лица, в заушных областях, на туловище и конечностях розовая сыпь пятнисто-папулёзного характера.

Общий анализ крови: гемоглобин – 126 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$, цветовой показатель – 0,9; лейкоциты – $3,0 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 34%, лимфоциты – 60%, моноциты – 2%, СОЭ – 17 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1018, белок – нет, эпителий плоский – 2-3 в поле зрения, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – нет.

Рентгенография органов грудной клетки: усиление бронхо-сосудистого рисунка, очаговых теней нет.

Вопросы:

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

корь

Задача № ИБ

Ребёнок 4 лет заболел остро, появились кашель, заложенность носа, повысилась температура до 38,0°C. Врач-педиатр участковый обнаружил увеличение шейных и подчелюстных лимфатических узлов, гепатоспленомегалию.

Объективные данные: масса – 16 кг, рост – 108 см. При осмотре увеличены шейные и подчелюстные лимфатические узлы в виде пакетов с двух сторон, не спаянные с подлежащей тканью, в зеве яркая гиперемия, на миндалинах беловато-сероватые налёты, легко снимаются, растираются шпателем. Дыхание затруднено, храпящее. Печень до 5 см ниже края реберной дуги, селезёнка выступает из-под края реберной дуги на 3 см.

Общий анализ крови: гемоглобин – 115 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – $15,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 14%, лимфоциты – 62%, моноциты – 16%, СОЭ – 16 мм/ч; 20% лимфоцитов – атипичные мононуклеары.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1019, белок – нет, эпителий плоский – 2-3 в поле зрения, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты – нет.

Бактериологическое исследование мазка из носоглотки на дифтерийную палочку: не обнаружена.

Микроскопия мазка из ротоглотки: кокковая флора в виде цепочек.

Кровь на иммуноферментный анализ: определены антитела класса IgM к капсидному антигену вируса Эпштейн-Барра.

Вопросы

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

Инфекционный мононуклеоз

Задача № ИБ

Ребёнок 3 лет заболел остро, появились кашель, насморк, повысилась температура до 38,0°C. Вызванный врач-педиатр участковый обнаружил увеличение шейных и подчелюстных лимфатических узлов, гепатоспленомегалию.

Анамнез: со слов матери, повышение температуры отмечается в течение недели с постепенным нарастанием.

Объективный статус: рост – 104 см, вес – 18 кг, увеличены шейные, подчелюстные лимфоузлы в виде пакетов с двух сторон, не спаяны с подлежащей тканью, в зеве – яркая гиперемия. Печень + 5,0 см. Селезенка +3,0 см.

Общий анализ крови: гемоглобин – 115 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – $11,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 12%, сегментоядерные нейтрофилы – 22%, лимфоциты – 49%, моноциты – 16%; СОЭ – 16 мм/ч; 20% лимфоцитов – атипичные мононуклеары.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1021, белок – нет, эпителий плоский – 0-1 в поле зрения, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – нет.

Обнаружена ДНК цитомегаловируса (ЦМВ) в моче и слюне.

Кровь на иммуноферментный анализ: анти-ЦМВ класса IgM.

Бактериологическое исследование мазка из носоглотки на дифтерийную палочку: не обнаружена.

Вопросы

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

ЦМВ мононукл

Задача № ИБ

Ребёнок М. 10 месяцев поступил с жалобами на слабость, вялость, снижение аппетита, рвоту 4 раза в сутки, жидкий обильный стул 10 раз в сутки, потерю массы тела, повышение температуры до 39°C.

Анамнез жизни: ребёнок на искусственном вскармливании с рождения, ОРВИ в 2 и 5 месяцев, с 2 месяцев беспокоили запоры.

Анамнез заболевания: настоящее заболевание началось 5 дней назад, когда на фоне субфебрильной температуры и снижения аппетита участился стул, который в течение 2-3 дней стал водянистым, «брызжущим», отмечается вздутие живота. Родители самостоятельно сдали анализы в лабораторию.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 91 г/л, эритроциты – $3,63 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,75, гематокрит – 41%, лейкоциты – $16,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 53%, лимфоциты – 30%, моноциты – 8%, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1016, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, белок – нет, эритроциты – нет, эпителий плоский – 3-4 в поле зрения.

Копрограмма: жёлтый, жидкий, крахмал – зёрна, нейтральный жир – в большом количестве.

Бактериологическое исследование кала: выделена энтеропатогенная кишечная палочка – O111.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

2. Назначьте план лечения.

3. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.

Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Эшерих

Задача № ИБ

Девочку 2 лет 7 месяцев, со слов матери, беспокоят боли в животе, коленных суставах, высокая температура, тошнота, рвота 1-2 раза в сутки.

Анамнез: у ребёнка жидкий стул до 3-6 раз за сутки в течение недели, заболевание связывают с приёмом в пищу салата из капусты. Родители к врачу не обращались, лечились самостоятельно народными средствами, сдали анализы.

При осмотре врача-педиатра участкового: температура – $38,7^{\circ}\text{C}$, вялая, беспокойная, не может встать на ножки, АД – 90/60 мм.рт.ст., ЧДД – 28 в минуту, ЧСС – 104 в минуту. Кожные покровы бледные. Пальпаторно отмечаются урчание и умеренная болезненность в правой подвздошной области, печень + 2,0 см, селезёнка у края рёберной дуги. По другим органам без патологии.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 104 г/л, эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, цветовой показатель – 0,97, лейкоциты – $16,8 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 56%, лимфоциты – 27%, моноциты – 8%, СОЭ – 42 мм/ч.

Общий анализ мочи: белок – не обнаружен, лейкоциты – 8-10 в поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения, цилиндры – 0-1 в поле зрения.

Копрограмма: детрит в большом количестве, крахмал, нейтральный жир – значительное количество, слизь – значительное количество, лейкоциты – 20-30 в поле зрения, эпителий плоский – 6-8 в поле зрения.

РПГА с иерсиниозным антигеном в титре 1:800 ++.

Бактериологическое исследование кала – посев роста не дал.

Вопросы:

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

иерсин

Задача № ИБ

Ребёнок 3 лет 10 месяцев заболел остро, поднялась температура до 39,5°C. Стал беспокойным, отказался от еды, через несколько часов появилась сыпь.

Анамнез: мать ребёнка неделю назад перенесла ангину.

При осмотре: температура – 38,5°C. Глаза блестящие, лицо яркое, слегка отёчное, «пылающие» щёки, бледный носогубный треугольник. На коже лица, боковых поверхностях туловища, конечностях розовая мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне, более насыщенная в естественных складках. Стойкий белый дермографизм. Увеличение тонзиллярных и переднешейных лимфоузлов до 1,0 см. Яркая, отграниченная гиперемия зева. На нёбных миндалинах, в лакунах беловато-желтый налёт с двух сторон, легко снимается. Язык густо обложен белым налётом с рельефно выступающими, набухшими сосочками. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, умеренная тахикардия. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,0 см, селезёнка не пальпируется. Стул, мочеиспускание не нарушены. Очаговой, менингеальной симптоматики нет.

Стрептотест – положительный.

Вопросы

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Назначьте план лечения. Перечислите возможные осложнения заболевания.
3. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

скарлат

Задача № ИБ

Ребёнок 1 года 10 месяцев болен в течение 2 дней: температура тела до 37,5°C, лёгкий насморк, небольшой кашель, самочувствие не страдает, к концу 2 суток появилась сыпь.

При осмотре на 3 день: на коже лица, шеи, туловища, преимущественно разгибательных поверхностях конечностей розовая, необильная, мелкопятнистая сыпь, без склонности к слиянию, на неизменённом фоне. Пальпируются заднешейные, затылочные лимфоузлы. Слизистая нёбных дужек, миндалин умеренно гиперемирована. Из носа скудное слизистое отделяемое. Со стороны внутренних органов без патологии. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

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

краснуха

Задача № ИБ

Пациент – ребёнок 11 месяцев. Мать предъявляет жалобы на беспокойство мальчика, частый жидкий стул, повторную рвоту.

Анамнез: мать связывает заболевание с употреблением в пищу желтка куриного яйца, сваренного всмятку. Заболел остро, повысилась температура до 39,5°C, отмечалась рвота 6 раз, присоединился жидкий водянистый стул 7 раз, который затем стал скудным, с примесью большого количества слизи тёмно-зелёного цвета до 10 раз. Appetit значительно снижен.

Объективный статус: вес – 9 кг 600 г, рост – 71 см. Температура тела – 38,7°C. Ребёнок вялый. Кожа и видимые слизистые чистые, бледные. Тургор тканей снижен на животе, бёдрах. Потеря веса – 8%. Периферические лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены, безболезненны. Зев спокоен. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Сердечные тоны звучные, ритмичные. АД – 80/50 мм рт.ст. ЧСС – 134 в минуту. Живот умеренно вздут, отмечается диффузная болезненность, пальпируется спазмированная сигмовидная кишка. Печень +3 см из-под правого края рёберной дуги, селезёнка по краю левой рёберной дуги. Мочеиспускание не нарушено. Стул по типу «болотной тины».

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

сальмонеллез

Задача № ИБ

Ребёнок 3 месяцев заболел остро, температура поднялась до 39°C, появились кашель и шумное дыхание.

Данные анамнеза: за неделю до заболевания ребёнка у отца был насморк, кашель и субфебрильная температура.

Ребёнок от первой беременности, родился доношенным. Во время беременности мать дважды болела ОРВИ, бронхитом, получила курс антибактериальной терапии. Отец страдает поллинозом, курит. Период новорождённости протекал без особенностей. На естественном вскармливании до 2 месяцев. Переведён на искусственное вскармливание адаптированной смесью первой линии из-за гипогалактии у матери. С переходом на искусственное вскармливание – проявления дерматита в виде гиперемии, мокнутия на щеках, сухости и шелушения кожи на груди, ягодицах. Темпы физического и психомоторного развития нормальные.

Данные объективного осмотра: при осмотре состояние тяжёлое. Температура – 37,5°C. Экспираторная одышка, частый кашель. Снижена активность, сосёт вяло, с перерывами. Пена в углах рта, слюзь в ротовой полости и оральная крепитация. Отмечается раздувание крыльев носа при дыхании, вздутие грудной клетки. Цианоз носогубного треугольника. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Перкуторный звук над лёгкими с коробочным оттенком. При аускультации дыхание с удлинённым выдохом, выслушиваются мелкопузырчатые влажные и сухие, свистящие хрипы над всеми отделами грудной клетки. Частота дыхательных движений – 66 в минуту. Частота сердечных сокращений – 150 в минуту, тоны сердца приглушены. По остальным органам без отклонений.

Вопросы

1. Поставьте клинический диагноз. Укажите предполагаемую этиологию заболевания.
2. Какова тактика врача-педиатра участкового? Перечислите показания для госпитализации.
5. Каков предполагаемый прогноз заболевания для данного ребёнка?

ост бронхиолит

Задача № ИБ

Ребёнку 6 лет. Мать девочки рассказала, что последние два месяца у ребёнка отмечается снижение аппетита, она стала раздражительной, сон беспокойный, часто жалуется на зуд в области ануса, зуд усиливается в ночные часы.

Контакт с больными чесоткой и инфекционными больными отрицают; за пределы Российской Федерации не выезжала. Аллергоанамнез неотягощен, привита по возрасту.

При осмотре ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Температура тела 36,5°C. Кожные покровы обычной окраски, в области ягодичной складки и промежности многочисленные экскориации, свежие и покрытые корочкой с участками вторичного инфицирования. 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. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ. Назовите возбудителя, дайте его характеристику.
2. Назовите основные принципы лечения этого ребёнка.
3. Какими исследованиями Вы можете подтвердить диагноз? Назовите основные профилактические меры по предупреждению данного заболевания у детей.

энтеробиоз

Задача № ИБ

Девочка 9 лет больна вторые сутки, заболела остро: повышение температуры тела до 39,1°C, озноб, головная боль, боль в горле при глотании, однократная рвота.

Состояние средней тяжести. Температура тела - 38,9°C. Кожные покровы чистые, румянец на щеках. Губы яркие, гиперемированы. Слизистая ротоглотки (дужек, миндалин) ярко гиперемирована. Миндалины увеличены до II размера, с обеих сторон в лакунах бело-жёлтый налёт, легко снимающийся шпателем, подлежащая поверхность миндалин не кровоточит. Язык суховат. Переднешейные лимфоузлы увеличены до 1,5 см, болезненны при пальпации. Дыхание везикулярное, без хрипов, ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 112 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Паренхиматозные органы не увеличены. Физиологические отправления не нарушены.

Анализ крови: гемоглобин – 124 г/л, эритроциты – $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – 22×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 72%, лимфоциты – 17%, моноциты – 3%, СОЭ – 35 мм/час.

Вопросы

1. Каков Ваш предполагаемый диагноз? Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Составьте план обследования, обоснуйте назначения.
3. Какие препараты этиотропной терапии можно рекомендовать в данном случае? Обоснуйте их назначение, длительность терапии. Составьте план диспансерного наблюдения ребёнка.

остр тонзилит

Задача № ИБ

Ребёнок 12 лет заболел остро, появились резкие боли в эпигастральной области, тошнота, повторная рвота. За 6 часов до заболевания мальчик чувствовал себя хорошо, ходил в гости, ел шаурму и пил яблочный сок.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела - 38°C, вялость, повторная рвота, принёсшая облегчение. Кожные покровы бледные, слизистая полости рта сухая, язык густо обложен белым налётом. Зев спокоен, налётов на миндалинах нет. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧД - 24 в 1 минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные. Пульс - 100 ударов в 1 минуту, удовлетворительного наполнения. Живот слегка вздут, при пальпации болезненность в области пупка и эпигастрии. Печень пальпируется на 0,5 см ниже рёберной дуги, селезёнка не увеличена. Сигмовидная кишка эластична. Анус сомкнут. Стул от начала заболевания был трёхкратно, жидкий, обильный, зловонный, по типу «болотной тины». Последний раз мочился 6 часов назад, небольшим объемом.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Назовите клинические формы данной инфекции.
2. Составьте план и опишите ожидаемые результаты обследования пациента.
3. Составьте план лечения больного.

ОКИ

Задача № ИБ

Мальчик, 2 года 8 месяцев. Вызов врача на дом. Со слов отца вчера повысилась температура тела до 38,0С, отмечалась рвота 3 раза.

Из анамнеза - ребенок от 1 беременности, у необследованной матери (в женской консультации не наблюдалась), в анамнезе двурогая матка, эрозия ш/матки (не лечилась.). Роды в ягодичном предлежании, путем экстренного кесарева сечения, околоплодные воды мекониальные. По поводу перинатальной энцефалопатии наблюдается у детского невролога в поликлинике.

Общее состояние: тяжелое. Кожа с сероватым оттенком, с крупноячеистым мраморным рисунком, чистая от сыпи. Скучное гнойное отделяемое из правого глаза.

ЧДД: 28/мин; ЧСС: 120 /мин; Ритм сердца не нарушен. Тоны сердца приглушенные. Неврологический статус: сознание ясное. Отмечается ригидность задних мышц шеи. Мышечный тонус повышен. Сухожильные рефлексы конечностей живые. Отмечается двигательная расторможенность, возбуждение. Судорог при осмотре нет.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,61 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 110 г/л, лейкоциты – $18,4 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 6%, сегментоядерные – 47%, лимфоциты – 38%, моноциты – 8%, СОЭ – 37 мм/ час.

Биохимический анализ крови - билирубин 35,0 мкмоль/л, СРБ – 207,6 мг/л, прокальцитонин – 38,2 нг/мл

ПЦР крови - ДНК *Neisseria meningitidis* положительный.

РНК мазок из носоглотки Respiratory Syncytial virus - обнаружены

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план лечения.
3. Расскажите про первичную и вторичную профилактику.

Задача № ИБ

Мальчик, 14 лет, обратился с жалобами на увеличение шейных лимфатических узлов, преимущественно справа, высыпания в виде пузырьков на волосистой части головы справа, резко болезненные, с чувством жжения, подъем Т до 38,3. Со слов ребенка, после эпизода переохлаждения за 7 дней до поступления появились выраженные боли в горле, осиплость голоса, насморк. Через 4 дня отмечается появление болезненных шейных лимфатических узлов справа, проведено УЗИ лимфатических узлов - при сканировании затылочной области, шейных и подчелюстных областей справа, визуализируются множественные лимфоузлы, увеличенные до среднего калибра, овальной формы, средней эхогенности, макс. размером 11 x 5 мм. Назначена антибиотикотерапия, однако в этот же день появилась сыпь на волосистой части головы слева в виде пузырьков с прозрачным содержимым, зудящие. Сыпь расценена как реакция на цефепим, препарат отменен, назначен азитромицин, однако сыпь усилилась и появились боли в шее.

Общее состояние средней тяжести. Сыпь полиморфная. На волосистой части головы справа по ходу нервных волокон - везикулы с прозрачным содержимым и геморрагические корочки неправильной формы. За правой ушной раковиной - элемент диаметром около 3-4 мм, под геморрагической корочкой. Отмечается умеренная гиперемия кожи щек. Единичный элемент - под геморрагической корочкой в области грудного отдела позвоночника справа. Лимфатические узлы: увеличены подчелюстные, вся группа шейных и затылочных л/у до 1,5 см в диаметре, умеренно болезненные, не спаянные с окружающей тканью.

Общий анализ крови: эритроциты $4,61 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты – $3,21 \times 10^9/л$, эозинофилы –1%, палочкоядерные –2%, сегментоядерные –54%, лимфоциты –22%, моноциты –21%, СОЭ –29 мм/ час.

Биохимический анализ крови СРП – 3,0 мг/л,

ПЦР крови - ДНК Varicella-Zoster virus обнаружено +++

ДНК Herpes simplex virus 1,2 - не обнаружено

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план лечения.
3. Расскажите про первичную и вторичную профилактику.

Задача № ИБ

Вызов врача педиатра на дом к девушке 16 лет на 3-й день болезни. Жалобы на повышение температуры тела, слабость, головную боль, боль в мышцах, суставах, небольшой насморк, ощущение «першения» в горле, сухой редкий кашель, кожные высыпания.

Анамнез заболевания: заболела 2 дня назад, когда почувствовала недомогание, першение в горле, легкий насморк. Вечером повысилась температура тела до 38,4°C, почувствовала дискомфорт в области шеи, появилась небольшая припухлость с двух сторон. На фоне лихорадки отмечались боли в мышцах и суставах. На следующий день появился редкий кашель. Сегодня утром заметила сыпь, обратилась к врачу.

Анамнез жизни: росла и развивалась в соответствии с возрастом. Респираторными инфекциями болеет до 4-х раз в год. В раннем возрасте были проявления атопического дерматита, в дальнейшем аллергических реакций не отмечалось. Наследственный анамнез не отягощен. Вакцинация: прививки в школе делала не все (со слов подростка).

Объективно при осмотре: температура тела 37,5°C. Самочувствие удовлетворительное. На коже лица, на туловище, ягодицах и разгибательных поверхностях конечностей – мелкопятнистая, розовая сыпь на неизменном фоне без склонности к слиянию. Периферические лимфоузлы (затылочные, передне-, заднешейные) диаметром до 1–1,5 см, умеренно чувствительные при пальпации, подвижные, кожа над ними не изменена. Слизистая ротоглотки незначительно гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет. Глотание безболезненное. АД – 115/70 мм.рт.ст, ЧСС – 73 уд. в мин. В легких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Кашель редкий, сухой. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

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.

Задача № ИБ

Вызов на дом: к мальчику 7 лет вызвали участкового врача педиатра с жалобами на боли в животе, подъем температуры до 38°C, слабость, тошноту, однократно рвоту, частый разжиженный стул до 5 раз в сутки, зловонный, зеленого цвета.

Анамнез заболевания: вчера после ужина в ресторане ближе к ночи появились боли в животе и тошнота. Ночью была однократно рвота и жидкий стул. Сегодня с утра стул стал зловонным, окрасился в зеленый цвет, выросла слабость, дважды отмечался подъем температуры до 38 – 39°C. Посещает школу, ходит в 1 класс.

Объективно: Состояние средней тяжести, обусловленное симптомами интоксикации. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненные. Кожный покров бледно-розовый, чистый, нормальной влажности, выражены периорбитальные тени. На момент осмотра лихорадит, температура 38,6°C. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Склеры чистые. Носовое дыхание свободное. Зев розовый, налетов нет. Язык обложен желтым налетом. В лёгких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 26 в 1 минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС – 96 в 1 минуту. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Отмечается болезненность вокруг пупка и при пальпации сигмовидной кишки, урчание умеренное по ходу нисходящего отдела толстого кишечника. Печень и селезенка не увеличены. Стул осмотрен, цвета «болотной тины», кашицей со слизью. Анальная область розовая, чистая. Анус сомкнут.

Эпиданамнез: В ресторане на ужин ел яичницу «глазунья» и брускетту с помидорами. Школу последний раз посещал вчера, в классе случаев ОКИ за последнюю неделю не зарегистрировано.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Назначьте план обследования, какие результаты обследования вы ожидаете получить?
3. Назначьте терапию и составьте план ведения и наблюдения данного ребенка.
4. Условия выписки ребенка в образовательное учреждение.

Задача № ИБ

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

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

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

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Наметьте план дополнительного обследования и санитарных мероприятий в детском лагере.
3. Составьте план лечения данного ребенка.

Ответы к задаче №ИБ:

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

Задача №ИБ

Девочка 3-х лет заболела сегодня, повысилась температура тела до 39,5°C, появились единичные геморрагические высыпания в области бедер. Девочка беспокойна, запрокидывает голову, плачет, отказывается от еды.

Из анамнеза: 4 дня назад у ребенка отмечался насморк, слизисто-гнойное отделяемое из носа. 6 месяцев назад стала посещать ДДУ. Респираторными инфекциями болеет до 6 раз в год. Аллергологический, наследственный анамнезы не отягощены. Привита по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

Объективно: состояние тяжелое, постылает, температура 39,7°C, кожные покровы гиперемированы, в области бедер и нижней части брюшной стенки единичные геморрагические высыпания звездчатого характера от 3 до 6 мм, при надавливании не исчезают и возвышаются над кожей. Слизистая ротоглотки с краевой гиперемией, влажная, язык на всем протяжении обложен белым налетом. Ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 40 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 120 ударов в минуту. АД 70/30 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см, селезенка не пальпируется. Стула сегодня не было. Мочеиспускания безболезненные, 5-6 раз в сутки.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 110 г/л, лейкоциты – $12,4 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, п/я – 6%, с/я – 60%, лимфоциты – 25%, моноциты – 7%, СОЭ – 33 мм/ час.

Вопросы:

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

Ответы к задаче №:

1. Предварительный диагноз: Менингококковая инфекция, генерализованная форма (менингококцемия), тяжелое течение. Диагноз ставится на основании: анамнеза (предшествовал назофарингит, острое начало, выраженная интоксикация: головная боль, лихорадка), характерного кожного синдрома (геморрагическая звездчатая сыпь), тахикардия, тахипноэ, падение АД, положительные менингеальные знаки.
2. Бактериологическое исследование слизи из носоглотки (менингококк), крови на менингококк, спинно-мозговая пункция с лабораторным исследованием ликвора (вытекает под давлением, нейтрофильный цитоз, цвет желто-зеленый, повышение уровня белка), коагулограмма (возможно изменение свертывающей системы крови).
3. Данная инфекция относится к нейроинфекциям, протекающим тяжело, часто вызывающим осложнения и, возможно, при отсутствии своевременной помощи и адекватной терапии – смертельный исход. Госпитализация обязательна. Необходим постельный режим, наблюдение в условиях палаты интенсивной терапии. Антибактериальная терапия (бензилпенициллин или хлорамфеникол), детоксикационная (инфузионная) терапия солевыми и коллоидными растворами; глюкокортикостероиды, жаропонижающие.

Задача № ИБ

Девочка 2,5 лет заболела сутки назад, когда после посещения бассейна повысилась температура тела до 38,6°C, появились насморк, кашель. Применение парацетамола в сиропе дало кратковременный эффект. Температура снизилась до 38,2°C.

Из анамнеза: стала посещать бассейн месяц назад. Респираторными инфекциями болеет 2-3 раза в год. Аллергологический, наследственный анамнезы не отягощены. Привита по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Посещает группу раннего дошкольного развития 3 раза в неделю.

Объективно: состояние тяжелое, температура 39,7°C, кожные покровы бледные, конечности цианотичные, холодные на ощупь, без сыпи. Носовое дыхание умеренно затруднено, обильное серозно-слизистое отделяемое из носовых ходов. Инъекция склер, скопление слизистой слизи в углах глаз. Слизистая небных дужек, миндалин розовая, умеренная гиперемия задней стенки глотки. В легких пуэрильное дыхание, крупнопузырчатые хрипы с обеих сторон, после кашля ослабевают. ЧДД – 38 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 132 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,0 см, селезенка не пальпируется. Стул размягчен, 2 раза за день. Мочеиспускание безболезненное.

Вопросы:

1. Сформулируйте имеющийся симптомокомплекс, сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Назовите показания к симптоматической терапии. Обоснуйте назначение этого/этих препаратов. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией.

Ответы к задаче №ИБ:

1. Гипертермический синдром («бледная лихорадка») на фоне ОРИ: на фоне гипертермической температуры конечности цианотичные, холодные на ощупь. Признаки ОРИ: Носовое дыхание умеренно затруднено, обильное серозно-слизистое отделяемое из носовых ходов. Инъекция склер, скопление слизи в углах глаз. При аускультации крупнопузырчатые хрипы в легких с обеих сторон, после кашля ослабевают. Размягчение стула. Возможно, аденовирусная инфекция.

2. План обследования:

- общий анализ крови – нормальный или пониженный уровень лейкоцитов, повышение уровня лимфоцитов, нормальная или повышенная СОЭ;
- экспресс-тест на грипп А, В, РС-вирус, стрептатест – возможен отрицательный результат.
- при подтверждении вирусной инфекции – назначить противовирусные препараты.

3. Постельный режим;

- жаропонижающие (парацетамол, ибупрофен в возрастной дозировке – сироп или суппозитории) + сосудорасширяющие (наличие спазма периферических сосудов вследствие централизации кровообращения) + антигистаминные (продлонгирование действия жаропонижающих препаратов)
- санация полости носа, закапывание деконгестантов (нарушение носового дыхания);

- промывания глаз раствором фурациллина (инъекция сосудов склер, скопление слизи в углах глаз);
 - дробное частое питье (профилактика потерь жидкости с повышенным обменом веществ, частоты дыхательных движений при лихорадке, при потении при снижении температуры).
- Госпитализация: при наличии фебрильных судорог, «устойчивости» лихорадки к проводимым мероприятиям, лихорадка неясного генеза, геморрагическая сыпь, нарушение сознания, возраст до 3 лет.

Задача № ИБ

Ребенок 3,5 лет заболел сегодня утром. Родители отметили, что утром после сна ребенок вялый, горячий на ощупь, ребенок жалуется на боли в ногах. Отмечено повышение температуры тела до 39,1°C. Других изменений не выявлено. Применение парацетамола в сиропе дало кратковременный эффект. Температура снизилась до 37,9°C, однако к середине дня вновь поднялась до 39,2°C.

Из анамнеза: респираторными инфекциями болеет 2-3 раза в год. Аллергологический, наследственный анамнезы не отягощены. Привит по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Посещает ДДУ с 3 лет.

Объективно: состояние тяжелое, температура 39,7°C, кожные покровы розовые, гиперемия щек, конечности горячие на ощупь, без сыпи. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Слизистая небных дужек, миндалин, задняя стенка глотки розовые, налетов нет. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 34 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 132 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,0 см, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план экспресс-обследования. Какие результаты ожидаете получить? Назовите показания к этиотропной и симптоматической терапии. Обоснуйте назначение этого/этих препаратов.
3. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией. Назовите профилактические мероприятия для предотвращения данного заболевания.

Ответы к задаче №:

1. Гипертермическая лихорадка («розовая») на фоне ОРВИ: на фоне гипертермической температуры щеки гиперемированы, конечности горячие на ощупь, боли в ногах. Возможно, грипп.
2. План обследования:
 - экспресс-тест на грипп А, В – ожидается положительный результат, РС-вирус, стрептатест – отрицательный результат.
 - общий анализ крови – пониженный уровень лейкоцитов, повышение уровня лимфоцитов, нормальная или повышенная СОЭ;
 - при подтверждении гриппа назначить противогриппозные (осельтамивир) – прямое действие на нейраминидазу вируса гриппа.
 - жаропонижающие (парацетамол, ибупрофен в возрастной дозировке – сироп или суппозитории) + антигистаминные (продолжение действия жаропонижающих препаратов)
 - дробное частое питье (профилактика потерь жидкости с повышенным обменом веществ, частоты дыхательных движений при лихорадке, при потении при снижении температуры).

3. При наличии фебрильных судорог, «устойчивости» лихорадки к проводимым мероприятиям, геморрагическая сыпь, нарушение сознания, возраст до 3-х месяцев.
Профилактика: ежегодная вакцинация от гриппа.

Задача № ИБ

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

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

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

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

Вопросы:

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

Ответы к задаче №:

1. Инфекционный мононуклеоз

2. Обследование:

- АТ класса IgM к Ag капсида вируса Эпштейна-Барр, их avidность;
- молекулярно-генетическая ПЦР диагностика.

3. Лечение:

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

Задача № ИБ

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

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

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

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

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

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

Вопросы:

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

Ответы к задаче №:

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

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

2. Обязательная госпитализация в инфекционную больницу.

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

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

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

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

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

Местно: полоскание зева антисептиками.

3. Специфическая профилактика осуществляется вакцинацией АКДС-вакциной (АДС анатоксином) в 3, 4, 5 и 6 месяцев, R1 – в 18 месяцев, R2 – в 7 лет, R3 – в 14 лет (АДС-м).

Взрослые ревакцинируются каждые 10 лет (АДС-м) до 56-летнего возраста.

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

Подача экстренного извещения не позднее 12 часов после выявления больного.

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

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

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

Задача № ИБ

Мальчик 9 лет заболел остро, с повышения температуры тела до 38°C, появилась боль в горле при глотании.

Из анамнеза жизни известно, что мальчик привит двукратно против дифтерии АДС-М анатоксином в возрасте до 1 года. В последующем имел отвод в связи с тем, что был диагностирован эписиндром.

На 2-й день болезни состояние средней тяжести, бледный, адинамичный. Изо рта приторно-сладковатый запах. Кожные покровы чистые. На миндалинах с обеих сторон сероватые, плотные налёты в виде островков, не распространяющиеся на нёбо и заднюю стенку глотки. При попытке снять снимаются с трудом, оставляя кровоточащие поверхности. Тоны сердца приглушены. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не пальпируются.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Составьте план обследования, подтверждающий этиологию заболевания. Назначьте лечение.
3. Меры профилактики инфекции.

Ответы к задаче №:

1. Дифтерия ротоглотки, типичная, локализованная форма. Диагноз поставлен на основании данных клинического осмотра: сдвинутого голоса, наличия сероватых, плотных налётов в виде островков, не распространяющиеся на нёбо и заднюю стенку глотки, плохо снимающихся и оставляющих кровоточащую поверхность, что является типичным признаком дифтерии: фибринозная плёнка + ткань. Плотность налётов в ротоглотке обусловлена действием экзотоксина дифтерийной палочки, приведшего к выпадению нитей фибрина (фибринозный характер плёнки). Общее состояние средней тяжести, умеренная интоксикация, приторно-сладковатого запаха изо рта типичны для дифтерии ротоглотки. Анамнез подтверждает отсутствие у ребёнка вакцинальных антител, так как ребёнок не получил полной вакцинации от дифтерии: мальчик привит от дифтерии только двукратно в возрасте до 1 года: в 3 мес. - АКДС и в 4,5 мес. - АДС-М анатоксином, последующие вакцинации ребёнку не проводились из-за мед. отвода, что не позволило сформироваться достаточному иммунному ответу.

2. Бактериоскопическое (предварительное), позволяющее обнаружить Гр+ коринебактерии, расположенные под углом друг к другу с булавовидными утолщениями на концах. Ведущее значение имеет бактериологическое исследование: мазки из зева, носа на *C. diphtheriae*; ПЦР - определение ДНК возбудителя, экспресс-диагностика: латекс-агглютинация для определения дифтерийного токсина, ИФА для количественного и качественного определения антибактериальных и антитоксических иммуноглобулинов; серологическая диагностика (РН, РПГА, РНГА) методом парных сывороток с интервалом в 10-14 дней для выявления нарастания титра антител – поздняя диагностика.

Лечение в инфекционном отделении стационара. Постельный режим на 30-45 суток. Питание: пища жидкая и полужидкая с достаточным калоражем. Антитоксическая противодифтерийная сыворотка (АПДС) в дозе 60 тыс. МЕ в/м и/или в/в. Доза АПДС

зависит от формы дифтерии и определяется в соответствии с приказом МЗ РФ. Критерий эффективности – исчезновение плёнок с миндалин. Антибактериальная терапия: цефалоспорины 3 поколения курсом 7-10 дней.

Стабилизация гемодинамики и детоксикация. Инфузионная терапия в объёме, не превышающем физиологическую потребность в жидкости или 2/3 объёма (при сердечно-сосудистой недостаточности); гормоны (преднизолон, дексаметазон) в дозе от 2 до 15 мг/кг/сут (по преднизолону). Синдромальная терапия.

3. Специфическая профилактика: вакцинация от дифтерии проводится в плановом порядке АКДС вакциной согласно национальному календарю профилактических прививок начиная с 3 месячного возраста, вторая вакцинация в 4,5 месяца, третья в 6 месяцев. Ревакцинация проводится в 18 месяцев и в 6-7 лет вакциной АКДС (по медицинским показаниям АДС-анатоксином), затем в 14 лет (АДС-анатоксином) и далее каждые 10 лет. Мероприятия в очаге: изоляция больного, подача экстренного извещения немедленно по телефону и затем в течение 12 часов письменно, заключительная дезинфекция, наблюдение за контактными 7 дней и обследование контактных – посев из зева и носа на *C. diphtheriae*. Допуск переболевших в коллектив при клиническом выздоровлении и 2 отрицательных результатах бак. обследования.

Задача № ИБ

Ребенок 6 месяцев. Родился в 38-39 недель от 2 беременности. Роды самопроизвольные. Мать страдает наркоманией, во время беременности в женской консультации не наблюдалась. Масса при рождении 2800г, рост 50 см. К груди не прикладывался. Мать в роддоме отказалась от ребенка.

В массе прибывает недостаточно. Масса в 6 месяцев 6050г. В период новорожденности перенес пиодермию. До настоящего времени 2-хкратно ОРВИ, кандидоз слизистых ротоглотки, в 3 месяца - сальмонеллез. Сохраняется неустойчивый стул до настоящего времени. Имеет место субфебрилитет в течение последнего месяца. Увеличены шейные, подчелюстные, подмышечные и паховые лимфоузлы в течение 3 месяцев. При осмотре обнаружено увеличение печени и селезенки.

Вопросы:

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

Ответы к задаче №ИБ:

1. ВИЧ-инфекция (анамнез – мать из группы риска, рецидивирующие инфекции у ребенка с раннего возраста, длительный субфебрилитет, лимфаденопатия).
2. ОАК, ОАМ, ПЦР крови на РНК- ВИЧ; ИФА сыворотки крови на ВИЧ-инфекцию. При положительном результате – вирусная нагрузка, CD4-лимфоциты.
3. Наблюдение инфекционистом, назначение антиретровирусной терапии, лечение сопутствующих заболеваний. Вакцинация по индивидуальному календарю (после установления иммунологического статуса).

Задача № ИБ

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?

Ответы к задаче №:

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 № ИБ

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.

Ответы к задаче №:

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, реалдирон, роферон, интрон А и др.). Профилактика: вакцинация детям, рождённым от матерей, инфицированных HBV, иммунизация проводится по схеме 0–1–2–12 месяцев.

Задача № ИБ

Девочка 7 лет жалуется на быструю утомляемость ребенка, плохую успеваемость в школе, частые головные боли и боли в животе, иногда боли в суставах летучего характера.

Роды на 37 неделе, масса при рождении – 2910 г, рост - 49 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. В периоде новорожденности до 3 недель сохранялась желтушность кожных покровов. До 1 года грудное вскармливание. Привита согласно национальному календарю – без патологических реакций. Реакция Манту в 7 лет – папула 4 мм. В 6 лет из-за последствий автомобильной аварии находилась в отделении реанимации (получала препараты крови), наблюдалась у травматолога. С 6,5 лет у девочки отмечаются частые головные боли, повышенная утомляемость. После еды периодически отмечаются боли в животе. Последние 6 месяцев плохо переносит физическую нагрузку (быстро устает), стала периодически жаловаться на боли в коленных и голеностопных суставах.

При объективном осмотре: девочка эмоционально лабильна, пониженного питания. Кожа бледная, на бедрах и тыльной поверхности левой кисти – единичные сосудистые звездочки. Пальпируются подчелюстные и паховые лимфоузлы размером до 1 см, безболезненные. Тоны сердца звучные, ритмичные, пульс 85 ударов 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 1,5 см, край ее закруглен, болезненный. Селезенка не пальпируется. Стул преимущественно через день, оформленный. Дизурических явлений нет.

При обследовании выявлено: общий билирубин – 30 мкмоль/л (норма до 21 мкмоль/л), прямой – 7 мкмоль/л (норма до 5), АСТ – 150 ед/л (норма до 40), АЛТ – 124 ед/л (норма до 40). Серологическое обследование на вирусные гепатиты: Anti-HCV сумм +, анти-HBs, HBs Ag – отриц., IgM, IgG анти-HAV – отриц.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Обоснуйте возможные пути заражения.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Составьте план лечения данного ребенка. Профилактические мероприятия.

Ответы к задаче №:

1. Острый гепатит С, безжелтушная форма (фактор риска - переливание крови, клиническая картина – астенический синдром, артралгии, гепатомегалия; положительные серологические маркеры, цитолитический синдром), заражение вероятное при переливании крови.
2. Лабораторные исследования: ОАК (лейкопения, лимфоцитоз, тромбоцитопения, анемия, замедление СОЭ), общий анализ мочи (билирубиновый обмен), б/х расширенная (ГГТ, ЩФ, белковый обмен), коагулограмма. ПЦР РНК вируса гепатита С. УЗИ органов брюшной полости.
3. Лечение: режим, диета, дезинтоксикационная терапия, желчегонная терапия. При хронизации процесса (высокий риск): интерферон альфа, пегинтерферон, индукторы интерферона (меглюмина акридонатацетат и тилорон), рибавирин

Профилактические мероприятия: специфической профилактики нет. Неспецифическая профилактика: использование разовых инструментов и медицинских предметов, тщательная правильная стерилизация медицинских инструментов, отбор доноров; строгие показания к переливанию крови и её препаратов; индивидуальные шприцы, наблюдение и обследование лиц, получивших гемо-, плазмотрансфузии, переливание препаратов крови в течение 6 месяцев с обязательным специфическим серологическим обследованием на парентеральные гепатиты, ограничение парентеральных и инвазивных процедур.

Задача № ИБ

Девочка 2,5 лет заболела остро сутки назад, когда появилась многократная рвота, учащенный до 9 раз в сутки водянистый стул без патологических примесей на фоне фебрильной лихорадки до 38,7°C.

Из анамнеза: жалобы возникли остро с многократной рвоты (6 раз за прошедшие сутки) и фебрильной лихорадки, также отмечались жалобы на боли в горле, 3 ч спустя от появления первых симптомов присоединился учащенный до 9-10 раз в день водянистый стул без патологических примесей. Масса тела до заболевания 12 кг.

Объективно: температура тела 38,7°C. Состояние средней тяжести. Рост 91 см, масса тела 11,5 кг. Девочка активна. Эластичность кожи несколько снижена, слизистые ротовой полости суховаты, отмечается гиперемия и зернистость слизистой оболочки задней стенки глотки. Язык обложен белым налетом у корня. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 28 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 112 ударов в минуту. Живот умеренно вздут, болезненный в околопупочной области. Печень +1 см из-под края реберной дуги по правой среднеключичной линии, селезенка не пальпируется. Дизурии нет. Число мочеиспусканий – 5 раз за последние сутки, скудным объемом. Симптом поколачивания отрицательный. Стул жидкий, водянистый, без патологических примесей, до 10 р/сутки.

За пределы региона не выезжала. Девочка посещает группу короткого пребывания детского сада. В этой группе детского сада за последние 5 дней отмечается 6 сходных случаев заболевания. Привита по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 123 г/л, тромбоциты $254 \times 10^9/л$, лейкоциты – $4,6 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 35%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 57%, моноциты – 4%, СОЭ – 23 мм/ час.

Копрограмма: рН 5,2, йодофильная флора++, крахмал+, мышечные волокна ++, лейкоциты, эритроциты отсутствуют, эпителий++. Бактериологическое исследование кала – роста патогенной кишечной флоры не обнаружено.

Вопросы:

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

Ответы к задаче №:

1. Вирусный гастроэнтерит (предположительно ротавирусный), Осложнение: эксикоз-1 ст. На основании данных анамнеза (остро возникшая триада - рвота, водянистая диарея, лихорадка, сопровождающаяся быстрым развитием обезвоживания, респираторными симптомами (фарингит)), данных эпиданамнеза (вспышка в детском организованном коллективе), физикального осмотра (околопупочные боли в животе, водянистый стул, признаки эксикоза 1 ст.), данных лабораторного обследования (ОАК – умеренный лимфоцитоз, повышение СОЭ (вирусная инфекция), признаки нарушения переваривания углеводов в копрограмме, отрицательный бактериологический анализ кала). Эксикоз до 5% у детей – легкий.

2. Экспресс-тест кала на ротавирус: обнаружение АГ ротавируса в кале

(иммунохроматография)\ или ПЦР кала на ротавирус (обнаружен).

3. А. 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.

Б. Диета с ограничением пищевых волокон и молочных продуктов

Пищевые волокна ограничиваются в диете для снижения ускоренной на фоне инфекции перистальтики, переваривание молочных продуктов ограничено вследствие вторичной дисахаридазной недостаточности при повреждении энтероцитов тонкой кишки.

В. Применение сорбентов

Сорбенты (смектит) — является патогенетической и этиотропной терапией вирусных диарей.

Задача №

Мальчик 13 лет заболел остро 2 суток назад, когда после двукратной рвоты съеденной пищей, отмечался подъем температуры до 38,2°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°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°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. Периаанальная область не изменена, наружный анальный сфинктер сомкнут не полностью.

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

Копрограмма: pH 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.

Ответы к задаче :

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.

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 № ИБ

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 гиперемизированы. Левое яичко увеличено в размерах, болезненно при пальпации, кожа над ним гиперемизирована.

Вопросы:

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

Ответы к задаче :

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 № ИБ

Мальчик 8 месяцев, госпитализирован в стационар с приступообразным кашлем, сопровождающимся появлением цианоза.

Из анамнеза: заболел около недели назад, когда появился редкий сухой кашель, который в последующие дни усилился, участился и стал приступообразным, в том числе в ночное время. Приступы кашля сопровождаются покраснением, а затем посинением лица. Температура тела не повышалась. У матери ребенка отмечается сухой кашель в течение 1,5 месяцев. Наследственный анамнез не отягощен. Профилактические прививки не проводились в связи с отказом родителей.

Объективно: температура тела $36,8^{\circ}\text{C}$. Кожа бледно-розового цвета, на веках — петехии. Кашель приступообразный, после кашлевых толчков следует глубокий затрудненный вдох, ребенок краснеет, затем синееет. Некоторые приступы кашля оканчиваются рвотой со скудным слизистым отделяемым или апноэ. Приступы кашля повторяются до 18 раз в сутки. Слизистая оболочка небных дужек, задней стенки глотки слегка гиперемированы. Носовое дыхание слегка затруднено, отделяемого из носа нет. Частота дыхания 32 в мин. Отмечается вздутие грудной клетки, коробочный звук при перкуссии. В легких выслушиваются рассеянные сухие хрипы. ЧСС 130 в мин. Тоны сердца звучные. Границы сердца не изменены. Печень пальпируется на 2 см ниже реберной дуги, селезенка не пальпируется. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

Общий анализ крови: эритроциты — $4,4 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин — 129 г/л, лейкоциты — $18 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы — 1%, палочкоядерные — 2%, сегментоядерные — 15%, лимфоциты — 77%, моноциты — 6%, СОЭ — 9 мм/ час.

Общий анализ мочи: цвет — желтый, прозрачность — полная, относительная плотность — 1012 г/л, белок — не обнаружен, лейкоциты — 3-4 в поле зрения, эритроциты — отсутствуют, слизь — немного, соли, бактерии — отсутствуют.

Вопросы:

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

Ответы к задаче №ИБ:

1. Коклюш, период спазматического кашля, среднетяжелая форма.
2. Определение ДНК *Bordetella pertussis* методом ПЦР в мазке из носоглотки/ротоглотки, определение специфических антител IgM, IgG к *Bordetella pertussis* методом ИФА. Рентгенография органов грудной клетки.
3. Госпитализируют детей первых месяцев жизни, больных с тяжелым коклюшем и по социальным показаниям. Антибиотики показаны в ранние сроки — в катаральном и в начале спазматического периода (макролиды, амоксициллины, цефалоспорины). Прогулки на свежем воздухе. Профилактика — вакцинация.

Задача № ИБ

Вызов участкового врача на дом к девочке 5 лет с жалобами на приступообразный навязчивый кашель.

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

Объективно: температура тела 36,4°C. Кожа бледно-розового цвета, на веках, висках — петехии. Кашель приступообразный. Слизистая оболочка небных дужек, миндалин, задней стенки глотки слегка гиперемированы. На уздечке языка обнаружена язвочка. Носовое дыхание несколько затруднено, отделяемого из носа нет. Частота дыхания 25 в мин. В легких выслушиваются рассеянные сухие хрипы. ЧСС 102 в мин. Тоны сердца звучные. Границы сердца не изменены. Печень пальпируется на 1 см ниже реберной дуги, селезенка не пальпируется. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

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

Вопросы:

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

Ответы к задаче :

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

Задача № ИБ

Мальчик 7 лет, амбулаторный прием у педиатра. Жалобы на подъем температуры тела до 37,5°C, насморк со слизистым отделяемым, кашель.

Из анамнеза: заболел 3 дня назад, когда появился насморк, заложенность носа, слизистое отделяемое из носа, сухой кашель, лихорадка до 38 С. Принимал ибупрофен, в нос – сосудосуживающие капли. На 3 день кашель стал малопродуктивным.

Ребенок от 2 беременности, протекавшей физиологически, 2 срочных родов. Масса тела при рождении 3350 г, длина 51 см. На грудном вскармливании до 1,5 лет. Профилактические прививки в соответствии с Национальным календарем, без реакций. Перенесенные заболевания – ОРВИ 5-6 раз в год. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: состояние ближе к удовлетворительному. Отмечается малопродуктивный кашель. Кожные покровы чистые. Слизистая оболочка небных дужек, миндалин, задней стенки глотки гиперемирована, налетов на миндалинах нет. Носовое дыхание затруднено, слизистое отделяемое. Лимфоузлы не увеличены. Частота дыхания 25 в мин, ЧСС 88 в мин. Тоны сердца звучные, ритмичные. Границы сердца в пределах нормы. Перкуторно над легкими звук ясный легочный. Дыхание в легких проводится по всем полям, жесткое, выслушиваются диффузные непостоянные грубые сухие и разнокалиберные влажные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и диурез без особенностей.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 138 г/л, лейкоциты – $5 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 54%, лимфоциты – 38%, моноциты – 6%, СОЭ – 8 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования (лабораторные и/или инструментальные методы). Какие результаты ожидаете получить?
3. Составьте план лечения данного ребенка.

Ответы к задаче №:

1. Острый бронхит. ОРВИ, острый назофарингит.
2. Не требуется
3. Теплое питье в достаточном объеме (до 100 мл/кг/сут), орошение носа солевыми растворами. Антибиотики не показаны. Возможно назначение мукоактивных препаратов.

Задача № ИБ

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.

Ответы к задаче №:

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 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 абортивных 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 ИБ

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.

Ответы к задаче №:

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 абортивных 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 № ИБ

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 пузрильное, 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?

Ответы к задаче №:

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 гиперемизированном фоне, более насыщенная на боковых поверхностях туловища и внизу живота (симптом сгущения сыпи). Появилась одновременно, через несколько часов от начала заболевания

- 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)

- бледный носогубный треугольник, чистый от сыпи

3) изменения в зеве:

- яркая, четко очерченная гиперемия миндалин, нёбных дужек и язычка
- «малиновый язык» - язык с гипертрофированными, выступающими сосочками. В 1й день зоблевания 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 ложноотрицательным).

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 № ИБ

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 92/58 мм 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.

Ответы к задаче №:

1. Скарлатина в периоде реконвалесценции (средне-тяжёлое 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 тяжёлом течении - гнойная (фолликулярная, лакунарная) и некротическая. При тяжёлой 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 одновременно, в течение суток от начала заболевания, купировалась через 3 дня, не оставив пигментации

- 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).

- 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 pyogenus* (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 № ИБ

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, абдоминалий, 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.

Ответы к задаче №:

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 № ИБ

Мальчик 12 лет в течение 5 дней находился на амбулаторном лечении по поводу острого респираторного заболевания, отмечались выраженные катаральные явления, конъюнктивит. В качестве симптоматического лечения получал жаропонижающие препараты, полоскание горла, сосудосуживающие капли в нос. На 5-ый день болезни состояние ухудшилось: температура тела повысилась до 40°C, появилась сыпь за ушами и на лице, усилился кашель. На 6-ой день болезни госпитализирован в инфекционный стационар с диагнозом «Острая респираторная инфекция, тяжелое течение, токсико-аллергическая реакция на ибупрофен?».

В приемном отделении: состояние средней тяжести, лихорадка 39,5°C, на лице, туловище обильная пятнисто-папулезная, местами сливная сыпь, без зуда, фон кожи не гиперемирован. Пальпируются подчелюстные, переднешейные лимфоузлы, диаметром около 1-1,5 см, мягкие, безболезненные. Гиперемия задней стенки глотки, небных дужек, налетов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 100 в минуту. В легких выслушиваются рассеянные сухие хрипы на фоне жесткого дыхания, ЧДД 22 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, физиологические отправления не нарушены. На следующий день мальчик продолжает высоко лихорадить, сыпь распространилась на конечности, в то время как на лице и туловище приобрела бурый оттенок, на лице появилось мелкочешуйчатое шелушение. Отмечается малопродуктивный кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, ЧДД 28 в минуту, усилилась слабость. В проекции нижних отделов левого легкого сзади выслушиваются крепитирующие хрипы.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз ребенка.
2. Составьте комплекс лабораторно-инструментальных исследований для подтверждения диагноза.
3. Определите тактику ведения больного.

Ответы к задаче №:

1. Клиническая картина болезни соответствует коревой инфекции, периоду сыпи (разгара). Для кори характерна этапность течения: катаральный период протекает с симптомами интоксикации, катаральными явлениями, явлениями конъюнктивита, на 5-6 день появляется сыпь с поэтапным распространением с лица на туловище, в дальнейшем на конечности, с поэтапным же ее угасанием и шелушением. На коревую указывает и характер сыпи: пятнисто-папулезная на неизменном фоне, не зудящая. Сохранение интоксикации на фоне угасания сыпи, усиление кашля, одышки, появления крепитации в проекции нижних отделов левого легкого позволяют предположить осложнение кори в виде левосторонней нижнедолевой пневмонии.
2. Для лабораторного подтверждения диагноза следует сделать серологическое исследование на антитела к кори класса IgM методом ИФА. В общем анализе крови возможно выявление лейкоцитоза с нейтрофилезом (т.к. это корь, осложненная бактериальной пневмонией, при неосложненной характерна лейкопения с лимфоцитозом) и повышения СОЭ. Необходимо также выполнить

рентгенологическое исследование легких и посев мокроты для возможной коррекции антибактериальной терапии.

3. Госпитализация больного в данном случае обоснована из-за высокой интоксикации и наличия осложнений коревой инфекции. Показана антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия (защищенные пенициллины/цефалоспорины 3 поколения), обильное питье, отхаркивающие препараты.

Задача № ИБ

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

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

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 38,7°C. Ребенок капризен. Гиперемия задней стенки глотки, небных дужек. На слизистой щек в области верхних премоляров – единичные бледные элементы энантемы. За ушами, на лице – яркая крупнопятнистая сыпь сливного характера. Пальпируются подчелюстные, переднешейные лимфоузлы диаметром около 1,5 см, мягкоэластической консистенции, не спаянные, безболезненные. Веки отёчные, конъюнктивы гиперемированы. Обильные выделения из носа. ЧД – 20 в 1 мин. Малопродуктивный кашель. Дыхание жесткое, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. ЧСС – 104 в 1 мин. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень, селезенка не увеличены. Стул был утром, оформленный, мочится безболезненно.

Вопросы:

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

Ответы к задаче №:

1. Клиническая картина болезни соответствует коревой инфекции, которой характерна этапность течения: катаральный период протекает с симптомами интоксикации, катаральными явлениями, явлениями конъюнктивита, постепенным снижением температуры на фоне плохого самочувствия и нарастающих катаральных симптомов. В конце первого периода на слизистой оболочке полости рта можно заметить патогномоничный симптом кори – пятна Филатова-Бельского-Коплика, которые как раз угасали к моменту визита врача. В настоящий момент девочка находится во втором периоде течения заболевания – периоде высыпаний, характеризующимся повторным подъемом температуры до фебрильных цифр и появлением крупнопятнистой, иногда

сливной, сыпи вначале за ушами и на лице, в течение 3-4 дней распространяющейся на туловище и конечности.

2. В катаральном периоде коревую инфекцию дифференцируют с острой респираторной инфекцией (ОРИ) (особенно аденовирусной), однако при ОРИ самочувствие улучшается вместе со снижением лихорадки, в конце катарального периода при кори – пятна Филатова-Бельского-Коплика. В периоде сыпи – с аллергическими проявлениями (аллергодерматозы зудят, уменьшаются после приема антигистаминных), краснухой (нет этапности, минимальные катаральные явления), скарлатиной (нет этапности, сыпь мелкоточечная, тонзиллит), др. инфекциями с синдромом сыпи.

3. Невакцинированной девочке была бы показана экстренная вакцинация от кори в течение первых 72 часов с момента контакта или экстренная профилактика путем введения иммуноглобулина в течение 5 дней с момента контакта. Поскольку диагноз кори поставлен на 6 сутки заболевания, в настоящий момент младшей сестре необходимо будет соблюдать карантин с 7 по 17 день от контакта с заболевшим ребенком.

Задача № ИБ

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

Мальчика беспокоят недомогание, небольшой насморк, повышение температуры тела.

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

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

Вопросы:

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

Ответы к задаче № :

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

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

2. При неосложненной краснухе терапия симптоматическая.

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

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

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

Задача № ИБ

Мама мальчика 8 лет вызвала участкового педиатра на дом в связи с повышением температуры тела у ребенка до 37,8°C и жалобами на боли в внизу живота и правой подвздошной области, жидкий стул до 8 раз в сутки, головную боль.

Из анамнеза: Неделю назад появился разжиженный стул, с примесью слизи. Несколько раз отмечалось повышение температуры до 37,8°C. На протяжении последних 2-х дней стул до 8-ми раз в день, стали беспокоить боли в животе в гипогастрии и правой подвздошной области, тенезмы. Вчера вечером в стуле появились прожилки крови, пропитанные слизью, напоминающие по виду «малиновое желе». На фоне заболевания ребенок стал менее активен, аппетит снизился. Респираторными инфекциями болеет 3–4 раза в год. Аллергологический, наследственный анамнез не отягощены. Привита по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Посещает школу. Мальчик вернулся 2 недели назад из Армении, где все лето отдыхал у родственников. Много ел овощей, фруктов, купался в местном водоеме. Район является эндемичным по амебиазу.

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 – 20 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 86 в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот округлой формы, несколько вздут, симметричен, участвует в акте дыхания, доступен пальпации во всех отделах, отмечается болезненность в параумбиликальной и правой подвздошной областях. При пальпации определяется урчание по ходу толстой кишки. Печень +1 см от края реберной дуги, край печени плотно эластической консистенции, при пальпации болезненности нет. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Раздражения и расчесов в перианальной области нет, анус сомкнут. Стул был сегодня 2 раза по типу «малинового желе». Мочеиспускание свободное, безболезненное, цвет мочи соломенно-желтый.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
3. Составьте план лечения данного ребенка. Укажите профилактические мероприятия для контактных лиц и рекомендации по диспансерному наблюдению при данном заболевании.

Задача № ИБ

Девочка, 8 лет, обратилась к участковому врачу-педиатру с жалобами на боль в горле при глотании и повышение температура тела до 37,5° С. Диагностирован лакунарный тонзиллит, взят мазок из ротоглотки и носа на коринебактерии дифтерии, назначено лечение (полоскание горла раствором фурацилина, амоксициллин внутрь по 250 тыс. 4 раза в сутки). Наложения на миндалинах сохранялись в течение недели в виде островков, довольно легко снимались шпателем, не полностью растирались между предметными стеклами. Температура тела снизилась до нормальных цифр.

Анализ прививочного анамнеза: в 3 мес. девочка была привита АКДС – вакциной. Сразу после вакцинации отмечался пронзительный крик в течение нескольких часов. Первую ревакцинацию получила в 5 мес. АКДС-М, вторую – в 1 год 6 мес. – АДС-М анатоксином. В 7 лет ревакцинация не проводилась.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожный покров, слизистые бледно-розового цвета. Со стороны лёгких и сердца патологических изменений не выявлено. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень пальпируется на 1 см из-под края рёберной дуги, плотно-эластичная; селезёнка не пальпируется. Стул регулярный, обычного цвета, консистенции. Диурез не нарушен.

Общий анализ крови: эритроциты – $5,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 136 г/л, лейкоциты – $9,6 \times 10^{12}/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 65%, лимфоциты – 29%, моноциты – 1%, СОЭ – 16 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

В посеве слизи из ротоглотки и носа выделена токсигенная *corynebacterium diphtheriae mitis*.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте основной диагноз. Опишите как происходит развитие местных и общих симптомов.
2. Назначьте и обоснуйте план лечения, включая специфическую терапию.
3. Какие могут развиваться осложнения? От чего зависят прогноз и исходы заболевания?

Задача № ИБ

Родители с мальчиком, 11 месяцев, вызвали участкового врача-педиатра на дом в связи с жалобами на частые, до 15 раз в сутки приступы навязчивого сухого кашля, сопровождающимися изредка рвотой. Из анамнеза известно, что ребёнок в течение двух недель лечится от бронхита в условиях детской поликлиники. В начале заболевания отмечалось затруднение носового дыхания, чихание, покашливание. Кашель постепенно усилился, динамика по поводу бронхита отрицательная.

Из прививочного анамнеза известно, что была только однократная вакцинация АДС-М в 10 мес. (до этого времени был отказ от вакцинации родителями).

Объективно: ребёнок вялый, раздражительный, негативная реакция на осмотр, температура тела $36,8^{\circ}\text{C}$. Масса тела 9500 г, рост – 74 см. Большой родничок $1,0 \times 1,0$ см, не напряжён. Кожный покров бледный, одутловатость лица, припухлость век. При осмотре слизистых оболочек ротоглотки при надавливании шпателем на корень языка возник приступообразный кашель, ребёнок вытянул голову вперед, высунул язык до предела, в конце приступа отмечалась рвота. Нёбные миндалины и задняя стенка глотки умеренно гиперемированы. На уздечке языка язвочка небольших размеров. Грудная клетка цилиндрической формы. ЧДД – 37 в мин. При перкуссии над всеми лёгочными полями звук с коробочным оттенком. Дыхание жёсткое, хрипы проводного характера с обеих сторон. ЧСС – 132 в мин. Границы относительной сердечной тупости соответствуют возрасту, тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий при пальпации, безболезненный, печень пальпируется на 1,0 см ниже края реберной дуги, мягко-эластичная. Селезёнка не пальпируется. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Ранее выполнены исследования. Общий анализ крови: эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты – $18,2 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 20%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 35%, моноциты – 40%, СОЭ – 5 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, прозрачность – прозрачная, относительная плотность – 1010, pH – 6,5, белок – отрицательный, лейкоциты – 3 в поле зрения.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Оцените общие анализы крови и мочи. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Какова тактика ведения данного ребенка?

Задача № ИБ

Мальчик 11 месяцев с мамой обратились в кабинет дежурного врача в поликлинике. Со слов матери беспокоит сильный кашель, одышка, беспокойство.

Из анамнеза: болен 10 дней. Повышения температуры, со слов мамы, не отмечалось. Кашель усиливается с каждым днем, в последние 2 дня стал приступообразным, особенно в ночное время. Во время приступа лицо краснеет, затруднен вдох. После отхождения густой, вязкой мокроты приступ заканчивается. За сутки отмечается до 15 приступов кашля.

Детский сад не посещает. Ранее респираторными заболеваниями не болел. Проживает с сестрой 4 лет, в настоящее время здорова, посещает детский сад. Аллергологический, наследственный анамнез не отягощены. От всех профилактических прививок оформлен отказ законных представителей до достижения ребенком возраста 1 год.

Объективно: мальчик беспокойный, плачет. Кожные покровы бледные, чистые. Отмечается цианоз носогубного треугольника. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки розовая, влажная, язык розовый, чистый. В легких жестковатое дыхание, хрипов нет. ЧДД – 32 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 126 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Мочеиспускания в норме, моча желтая, прозрачная.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 124 г/л, лейкоциты – $26,0 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 30%, лимфоциты – 64%, моноциты – 4%, СОЭ – 10 мм/ час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, относительная плотность – 1018 г/л, белок – не обнаружен, эпителий плоский 1-2 в п/зр, лейкоциты – 2-3 в п/зр, эритроциты – нет, слизь – нет.

ИФА крови на *Bordetella pertussis* – положительно IgM

Рентгенография органов грудной клетки: усиление сосудистого рисунка, повышенная воздушность легочной ткани, очаговых и инфильтративных теней нет.

Вопросы:

4. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
5. Составьте план лечения данного ребенка.
6. Назовите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача № ИБ

Девочка 1,5 года заболела несколько дней назад, когда повысилась температура до 38,8°C, отмечались катаральные явления, конъюнктивит. Врача не вызывали, лечение симптоматическое.

Ребенок от I беременности, 1-х срочных родов. Масса тела при рождении 3500 г, длина 51 см. На грудном вскармливании до года. Нервно-психическое развитие без особенностей. Не привита (отказ родителей). На первом году перенесла эпизод ОРВИ, острый бронхит в возрасте 6 месяцев. Наследственность: мама - поллиноз, бронхиальная астма, бабушка по линии отца АГ. Аллергоанамнез: клубника - сыпь.

При осмотре состояние средней тяжести, вялая, выраженная слабость. Аппетит снижен. Кожные покровы бледно-розовые, розовая пятнисто-папулезная сыпь на лице и туловище. Слизистая оболочка дужек и мягкого неба гиперемирована, с выраженной зернистостью. Увеличены переднешейные и подчелюстные лимфатические узлы, при пальпации безболезненны. Сердечно-легочная деятельность без особенностей. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание не нарушены. Менингеальных симптомов нет.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,10 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты – $6,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 40%, эозинофилы 5%, лимфоциты – 48%, моноциты – 5%, СОЭ – 12 мм/ час.

Вопросы

1. Сформулируйте и обоснуйте Ваш диагноз.
2. Составьте план дальнейшего обследования.
3. Назначьте лечение. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача № ИБ

Девочка 5 лет, заболела остро, вечером поднялась температура до 38,9°C. Отмечалась головная боль, стала беспокойной, утром заметили сыпь.

Анамнез жизни: росла и развивалась без особенностей. Привита по возрасту. Контакт с инфекционными больными отрицают; за пределы Российской Федерации не выезжали. Наследственность и аллергоанамнез не отягощены.

Объективный статус: состояние удовлетворительное, при осмотре кожных покровов обнаружен полиморфизм сыпи – пятна, папулы, везикулы округлой формы, расположены поверхностно, на неинфильтрированном основании, окружены венчиком гиперемии, с напряжённой стенкой, прозрачным содержимым. Аналогичные высыпания наблюдаются на волосистой части головы, слизистых оболочках ротовой полости. Отмечается выраженный кожный зуд. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает на 1 см от края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание не изменены.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты – $5,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 25%, эозинофилы 3%, лимфоциты – 65%, моноциты – 5%, СОЭ – 4 мм/ час.

Вопросы

1. Сформулируйте и обоснуйте Ваш диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назовите показания для госпитализации детей с данной патологией. Назначьте план лечения. Специфическая профилактика данного заболевания.

Задача № ИБ

Девочка 3 лет заболела остро с повышения температуры тела до 37,5°-38,5° С, появления чихания, насморка, светобоязни. Со 2-го дня появился сухой, мучительный кашель. Фебрильная температура держалась 4 дня, появилось гнойное отделяемое и покраснение глаз, увеличение шейных лимфатических узлов. На пятый день болезни на одутловатом лице появилась пятнисто-папулёзная сыпь, которая на следующий день распространилась на туловище, плечи, а затем - на конечности.

Из анамнеза: раннее физическое и нервно-психическое развитие по возрасту. Респираторными инфекциями болеет до 5-6 раз в год. Аллергологический, наследственный анамнезы не отягощены. Прививки: только БЦЖ в родильном доме, от остальных прививок родители отказывались. Посещает детский сад. Эпиданамнез: неделю назад в соседней группе в саду был объявлен карантин по случаю экзантемной инфекции.

Объективно: состояние ребёнка среднетяжёлое, температура тела 38,7° С, кожные покровы горячие на ощупь. На лице и туловище буроватая сливная сыпь, на конечностях – яркая пятнисто-папулёзная, местами сливная. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки слегка гиперемирована, отечная, в области переходной складки видны белые пятна. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. ЧДД – 30 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 128 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Мочеиспускание свободное.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 126 г/л, лейкоциты – $4,3 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 37%, лимфоциты – 55%, моноциты – 5%, СОЭ – 10 мм/ час.

Рентгенография органов грудной полости: усиление легочного рисунка.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Какая этиология данного заболевания?
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 и противоэпидемических мероприятий.

Задача № ИБ

Мальчик 5 лет заболел остро с подъема температуры тела до 38,8°C и появления мелкой необильной пятнисто-папулезной сыпи, которая постепенно превращалась в везикулы с прозрачным содержимым. За несколько дней отмечались подсыпания аналогичной сыпи на теле и голове, сопровождались подъемами температуры тела до фебрильных цифр, появился зуд.

Из анамнеза: раннее физическое и нервно-психическое развитие по возрасту, вскармливался естественно до 10 месяцев. Респираторными инфекциями болеет до 3 раз в год. Аллергологический анамнез не отягощен, наследственный отягощён по аллергическим заболеваниям со стороны отца. Прививки: только БЦЖ в родильном доме, от остальных прививок родители отказывались. Посещает детский сад. Эпиданамнез: неделю назад в соседней группе в саду был объявлен карантин по случаю экзантемной инфекции.

Объективно: состояние ребёнка среднетяжёлое, температура тела 37,2°C, аппетит снижен. На коже волосистой части головы, конечностей, туловища отмечается обильная полиморфная сыпь (пятна, папулы, везикулы с прозрачным и мутным содержимым, местами корочки). Носовое дыхание свободное. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки розовая, на твердом небе отмечаются единичные везикулы с красным венчиком. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 21 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 98 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Менингеальных знаков нет. Мочеиспускание свободное. Стул оформленный, 1 раз в сутки.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 136 г/л, лейкоциты – $2,3 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 4%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 35%, лимфоциты – 59%, моноциты – 5%, СОЭ – 9 мм/ час.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Какая этиология данного заболевания? Какова продолжительность инкубационного периода данного заболевания?
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Составьте план лечения данного ребёнка и противоэпидемических мероприятий в детском учреждении. Назовите меры профилактики данного заболевания.

Задача № ИБ

Мальчик, 7 лет, утром пожаловался на боль в горле при глотании, общее недомогание, снижение аппетита. Вечером температура поднялась до 39,5*С, мама дала ибупрофен, температура снизилась до 37,6*С. На следующий день появилась сыпь на лице, туловище и конечностях и мама вызвала педиатра. Анамнез: ребенок часто болеет ангинами, в классе 3 детей не посещают школу из-за ангины. Объективно: состояние средней степени тяжести, температура 38,8*С, вялость. Головная боль и боль в горле. На коже лица яркий румянец, бледность носогубного треугольника. Кожа туловища гиперемирована, мелкоточечная сыпь по телу, особенно выражена в области естественных складок. Язык покрыт бело-желтым налетом, кончик языка – малиново-красного цвета. В ротоглотке- яркая гиперемия. Миндалины увеличены до II степени. В лакунах островки бело-желтого налета, который легко снимается шпателем. Носовое дыхание свободное. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные. Звучные. ЧСС 115 в мин. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание в норме. Педиатром взят мазок из носо-ротоглотки, направлен лаборант для взятия ОАК и ОАМ дома.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 128 г/л, лейкоциты – $13,4 \times 10^9/л$, эозинофилы – 3%, палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 65%, лимфоциты – 17%, моноциты – 5%, СОЭ – 25 мм/ час.

Общий анализ мочи: цвет – желтый, прозрачность – мутная, удельный вес – 1014, лейкоциты 1-2 в поле зрения

В посеве слизи из ротоглотки обнаружен рост бета-гемолитического стрептококка группы А.

Вопросы:

7. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
8. Назначьте лечение.
9. Перечислите экстренные мероприятия в очаге инфекции и составьте план противоэпидемических мероприятий в школе.

Задача № ИБ

Девочка 2,5 лет заболела остро с повышения температуры до 38*С, насморка и сухого кашля. На 4 день появилась пятнисто-папулезная сыпь на лице и за ушами, на 5 день сыпь распространилась на туловище, плечи, а затем уже на руки и ноги. Анамнез: ребенок не вакцинирован из-за отказа родителей. 10 дней назад ребенок с родителями был в стране, где отмечались случаи инфекции с экзантемой. Объективно: на 3 день от появления сыпи состояние ребенка среднетяжелое, температура 38,5*С. Частый, грубый кашель, отечность век. Из носа обильные выделения. На коже лица и туловища обильная пятнисто-папулезная сыпь, на ногах - сыпь яркая, сливная. На слизистой внутренней поверхности щек видны белые пятна. Над легкими дыхание жесткое, хрипы сухие, единичные. Тоны сердца ясные, звучные. Живот мягкий безболезненный. Мочеиспускание и стул в норме. Менингеальные знаки отрицательные.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 112 г/л, лейкоциты – $4,4 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 38%, лимфоциты – 52%, моноциты – 7%, СОЭ – 7 мм/ час.

Рентгенография органов грудной полости: усиление легочного рисунка

Вопросы:

10. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз. Перечислите синдромы, на основании которых поставлен диагноз.
11. Какая этиология/продолжительность инкубационного периода заболевания?
12. Назначьте исследования, необходимые для подтверждения диагноза и лечение.

Задача № ИБ

Девочка 5 лет при осмотре предъявляет жалобы на подъем температуры тела до фебрильных значений, тошноту, рвоту, боли в животе с локализацией в околопупочной области, схваткообразного характера, диарею до 10 раз в день, эпизод примеси крови в стуле, отсутствие аппетита.

Из анамнеза: жалобы появились 2 дня назад, после употребления сосисок. в дебюте – подъем температуры тела до 38,2 С, тошнота, рвота, дважды жидкий стул, была проконсультирована педиатром в частном медицинском центре с диагнозом острый гастроэнтерит, назначен энтерофурил и симптоматическая терапия. Терапия без эффекта, отмечается нарастание частоты стула, примесь крови в стуле, учащение рвоты. Перенесенные заболевания: ветряная оспа в 3 года, респираторными инфекциями, со слов родителей, болеет ежемесячно (в антибактериальной терапии не нуждается). Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственность: у мамы ЖКБ, удален желчный пузырь. Привита по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Посещает детский сад.

Объективно: Т 39,5 С. Состояние средней степени тяжести. Отмечается общая слабость. Отказывается от приема жидкости. Кожные покровы бледные, сухие, сыпи нет. Зернистость задней стенки глотки. Миндалины выступают за нёбные дужки, «рыхлые», налетов нет. Язык густо обложен белым налетом на всем протяжении. Легкая краевая субиктеричность склер. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 30 в минуту. Тоны сердца звучные, дыхательная аритмия, ЧСС – 100 ударов в минуту, мягкий систолический шум в первой точке аускультации сердца. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, в околопупочной области, по ходу толстой кишки, в точке Кера, зоне Шоффара. Печень + 0,5 см от края правой реберной дуги, поверхность печени гладкая, угол заострен, безболезненная. Пальпируется край селезенки, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул обильный, водянистый, тип 7 по Бристольской шкале, около 10 раз в сутки, примесь слизи, в стуле (однократно, в дебюте – примесь крови). Мочеиспускания безболезненные, моча темно-желтая, мутная.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 113 г/л, лейкоциты – $5,12 \times 10^9/л$, эозинофилы – 0,21%, базофилы – 0,2 %, нейтрофилы – 53,25%, лимфоциты – 32,6%, моноциты – 13,74%, СОЭ – 12 мм/ час.

Биохимические показатели крови: глюкоза – 4,4 ммоль/л, общ. билирубин– 10,4 мкмоль/л, пр. билирубин– 3,7 мкмоль/л, холестерин – 3,30ммоль/л, железо – 13,8мкмоль/л, АСТ-33 Ед/л, АЛТ-49 Ед/л, амилаза 44.4 ед/л.

Общий анализ мочи: цвет – желтый, прозрачность – мутная, относительная плотность – 1025 г/л, белок – менее 0,002 г/л, лейкоциты – 2-3 в п\зр, эритроциты – не обнаружено, слизь – не обнаружено, соли – оксалаты, небольшое количество, бактерии – не обнаружено.

Вопросы:

13. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
14. Какой метод лабораторного исследования позволяет подтвердить диагноз?
15. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией. Составьте план лечения данного ребенка.
16. Какие существуют меры профилактики данного заболевания?

Задача № ИБ

Мальчик 4 лет при осмотре предъявляет жалобы на подъем температуры тела до 39,5 С, головную боль, общую слабость, сниженный аппетит, однократно рвоту, сыпь.

Из анамнеза известно, что дня 2 назад, возвращаясь домой из садика, промочил ноги, на утро появились кашель, насморк, вечером резко поднялась температура тела до фебрильных значений, утром сегодняшнего дня мама ребенка отметила появление сыпи на ногах, утром однократно вырвало выпитой водой, общую слабость. Дома снижали температуру Ибуклином – вначале отмечали непродолжительный положительный эффект, утром – без эффекта. Перенесенные заболевания: ветряная оспа в 3 года, редкие респираторные инфекции. Аллергологический анамнез неотягощен. Наследственность: у мамы аутоиммунный тиреоидит. Сведения о прививках - отказ. Посещает ДДУ.

Объективно: Т 39,5 С. Состояние тяжелое. Вялый. От жидкости отказывается. Кожные покровы бледные, «мраморные», легкий акроцианоз дистальных отделов конечностей, гипотермия дистальных отделов конечностей. На бледном фоне кожных покровов на задней поверхности бедер и голеней, ягодиц отмечаются множественные геморрагические элементы неправильной формы, размерами от точечных до 0,3-0,5 см, элементы плотные на ощупь, часть элементов слегка возвышается над поверхностью кожи, при надавливании элементы не исчезают. Зернистость задней стенки глотки. Миндалины выступают за нёбные дужки, «рыхлые», налетов нет. Переднешейные лимфатические узлы размером 0,5-0,7 мм, плотноэластической консистенции, подвижные, не спаяны с окружающими тканями, чувствительные при пальпации, поверхность л/у гладкая. Язык густо обложен бело-желтым налетом на всем протяжении. В легких дыхание жесткое, проводится равномерно, хрипов нет. ЧДД – 35 в минуту. Sat 96 %. Тоны сердца звучные, тахикардия, ЧСС – 120 ударов в минуту, систолический шум в первой точке аускультации сердца. АД 90/50 мм рт ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, в околопупочной области. Печень + 0,5 см от края правой реберной дуги, поверхность печени гладкая, угол заострен, безболезненная. Пальпируется край селезенки, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул был вчера, оформленный, самостоятельный, без патологических примесей. Мочеиспускания безболезненные, моча темно-желтая, мутная.

Ригидность затылочных мышц.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 113 г/л, лейкоциты – $33,08 \times 10^9/л$, эозинофилы – 0,02%, базофилы – 0,86 %, нейтрофилы – 69,6%, лимфоциты – 19,6%, моноциты – 9,86%, СОЭ – 22 мм/ час.

Биохимические показатели крови: мочевины – 1,8 ммоль/л, креатинин – 89 мкмоль/л, общ. белок – 42 г/л, глюкоза – 4,4 ммоль/л, общ. билирубин – 10,4 мкмоль/л, пр. билирубин – 3,7 мкмоль/л, холестерин – 3,30 ммоль/л, железо – 7,8 мкмоль/л, АСТ-33 Ед/л, АЛТ-89 Ед/л, СРБ – 10 мг/л.

Общий анализ мочи: цвет – желтый, прозрачность – мутная, относительная плотность – 1025 г/л, белок – 0,002 г/л, лейкоциты – 2-3 в п/зр, эритроциты – 1-2 в п/зр, слизь – не обнаружено, соли – оксалаты, небольшое количество, бактерии – +.

Вопросы:

17. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
18. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты

ожидаете получить?

19. Назначьте план лечения данному ребенку.
20. Назовите профилактические мероприятия при данном заболевании.

Задача № ИБ

Мальчик 3 лет заболел около 2 недель назад. На фоне нормальной температуры и удовлетворительного состояния появился сухой, навязчивый кашель. Несмотря на проводимое лечение кашель учащался и через неделю стал приступообразным. Приступ кашля сопровождался беспокойством, покраснением лица и периодически заканчивался рвотой. Ребенок госпитализирован.

Из анамнеза: Респираторными инфекциями болеет 5–6 раз в год. Аллергологический анамнез не отягощен. В семье дедушка больного кашляет в течение трех недель. Ребенок не вакцинирован. Посещает детский сад.

Объективно: ребенок вялый, бледный, отмечается небольшая одутловатость лица, отечность век, кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза, периоральный цианоз. Слизистая ротоглотки розовая, чистая. Лимфоузлы не увеличены, в легких жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 28 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС – 100 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул, диурез в норме. В отделении отмечалось до 25 приступов кашля в сутки. Мокрота вязкая, откашливается плохо.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 142 г/л, лейкоциты – $28,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 3%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 21%, лимфоциты – 74%, моноциты – 7%, СОЭ – 3 мм/ час.

На рентгенограмме: усиление бронхо-сосудистого рисунка, повышение прозрачности легочных полей, треугольная тень в средней доле правого легкого. Проведено бактериологическое обследование слизи из носоглотки: результат отрицательный.

Вопросы:

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

Задача № ИБ

Мальчик 9 лет заболел остро с повышением температуры до 38 °С, головной болью, снижением аппетита, першением в горле. На следующий день появилась сыпь на лице, туловище, конечностях.

Из анамнеза: Респираторными инфекциями болеет 4–5 раз в год. Аллергологический и наследственный анамнез не отягощены. Ребенок учится в 3 классе. При дополнительном расспросе матери контакты с инфекционными больными не выявлены.

Объективно: при осмотре участковым врачом температура 37,7 °С, выявлено увеличение заднешейных, затылочных лимфоузлов, при пальпации отмечается незначительная их болезненность. Сыпь розовая, мелкая, папулезная на всем теле, с преимущественным расположением на разгибательных поверхностях конечностей, без склонности к слиянию на неизменном фоне кожи. При осмотре полости рта обнаружены красные пятна на нёбе. Имеется легкая гиперемия конъюнктив и редкий кашель. В легких хрипов нет, тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез в норме.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 133 г/л, лейкоциты – $5,2 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы – 5%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 30%, лимфоциты – 54%, моноциты – 2%, плазматические клетки — 8%, СОЭ – 12 мм/ час.

Вопросы:

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

Задача № ИБ

Ребенок А. 5 лет обратился на 4 сутки болезни с жалобами на фебрильную температуру, насморк, кашель, покраснение глаз и слезотечение, 1 сутки сыпи, локализованной преимущественно на лице и верхней части шеи.

Из анамнеза: около недели назад семья ребенка вернулась из командировки из Мадагаскара. Респираторными инфекциями болеет до 4 раз в год. Аллергологический, наследственный анамнез не отягощены. Привит по индивидуальному календарю в связи с регулярной сменой места жительства, догоняющая вакцинация не завершена. Посещает детский сад.

Объективно: состояние удовлетворительное. При осмотре на себя внимание обращает одутловатое лицо, утолщение век, отечность носа и губ, красные слезящиеся глаза. Носовое дыхание затруднено из-за обильного отделяемого. Кожный покров бледно-розового окраски, на лице и шее имеется пятнисто-папулезная (слегка возвышающаяся над кожей) сыпь на шее, за ушами, вдоль волосистой части головы. При фарингоскопии определяется выраженная гиперемия и инфильтрация задней стенки глотки, на слизистой оболочке внутренней поверхности щеки - мелкие белесоватые "типа мааной крупы" высыпания, не снимаются шпателем, язык у корня обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. ЧДД – 30 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 112 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, доступен поверхностной и глубокой пальпации во всех отделах. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Мочеиспускание свободное, моча светлая.

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 – 27%, лимфоциты – 57%, моноциты – 12%, СОЭ – 10 мм/ час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, прозрачность – полная, относительная плотность – 1012 г/л, белок – не обнаружен, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – 0-1 в поле зрения, слизь – скудное количество, соли – отсутствуют, бактерии – отсутствуют.

Вопросы:

27. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
28. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
29. Опишите противоэпидемические мероприятия (при необходимости в очаге) и обозначьте границы очага.
30. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией. Составьте план лечения данного ребенка.

Задача № ИБ

Мама вызвала участкового врача-педиатра на дом к мальчику 13 лет с жалобами на повышение температуры до 39⁰С, резкие боли в горле.

Анамнез заболевания: Болен второй день. Заболел остро, когда вчера после возвращения из школы ощутил озноб и недомогание, температура поднялась до 39⁰С, Возникла слабость, ухудшение самочувствия, головная боль, боль в горле при глотании.

Анамнез жизни: Ребенок от 1 физиологически протекавшей беременности. Роды I срочные, физиологичные. Масса тела при рождении 3500 г, длина 53 см. Раннее развитие без особенностей. Прививки выполнены по возрасту. Перенесенные заболевания: ветряная оспа в 3 года. На диспансерном учете у врачей-специалистов не состоит. Хронические заболевания у ребенка родители отрицают. Лекарственные препараты на постоянной основе не принимает. Аллергологический анамнез не отягощен. Семейный анамнез: у матери – хронический гастрит, отца – здоров.

Объективно: Состояние средней тяжести. Второй день – на постельном режиме. Рост 156 см, масса 48 кг. Т 39,2⁰С. Кожные покровы чистые, бледные, горячие на ощупь. Подкожно-жировой слой выражен удовлетворительно, распределен равномерно. В зеве – гипертрофия и яркая гиперемия миндалин, в лакунах – гнойное отделяемое. Пальпируются увеличенные и резко болезненные передне- и задне шейные лимфатические узлы. Периферических отеков нет. Носовое дыхание не затруднено, отделяемого из носовых ходов нет. Перкуторно над легкими ясный легочной звук. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧД 22 в мин. Границы сердечной тупости не расширены. Сердечные тоны ясные, умеренно приглушены, ритмичные. ЧСС 74 уд/мин. Артериальное давление 110/72 мм рт. ст. Язык бледно-розового цвета, влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, мягко-эластической консистенции, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

31. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
32. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
33. Составьте план лечения данного ребенка в зависимости от предполагаемых результатов обследования.
34. Изложите алгоритм лечения острых тонзиллофарингитов

Задача № ИБ

Мальчик 2-х дней жизни находится в отделении патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от I беременности, протекавшей с изменениями в анализах мочи (лейкоцитурия, умеренная протеинурия) во 2-й половине беременности. Лечение не проводилось. Роды срочные, с длительным безводным промежутком – 18 часов. Закричал после отсасывания слизи. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. Масса тела при рождении 2800 г, длина 50 см, окружность головы – 36 см, грудной клетки – 36 см. К груди не прикладывался, проводилась оксигенотерапия. С первых суток отмечалась вялость, гипотония, тремор конечностей, навязчивые движения языка, гипорефлексия, срыгивание околоплодными водами. Сосал вяло. На 2-й день жизни отмечался подъем температуры до 39,0°C. Ребенок был возбужден, отмечалось срыгивание фонтаном. В связи с ухудшением состояния ребенок переведен в инфекционный стационар. При поступлении состояние тяжелое, температура 39,0°C, крик монотонный, пронзительный; положительный симптом Лессажа. Кожные покровы с сероватым оттенком. В легких дыхание ослабленное, хрипов нет. ЧСС – 160 в 1 мин. Живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка у края реберной дуги. Стул желтого цвета, с неперевавленными комочками и прожилками слизи.

Лумбальная пункция: белок – 2,5 г/л, реакция Панди +++, цитоз - 1300 в 3 мкл: нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 30 %.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Укажите этиологию данного заболевания, время инфицирования.
2. Укажите дополнительные методы обследования.
3. Ваши предложения по антибактериальной терапии. Назовите менингеальные дозы предложенных антибиотиков.

Менингит новорожденных

Задача № ИБ

Мальчик, 8 месяцев, заболел остро, температура тела до 39,2°C. На протяжении 3 дней ежедневно лихорадил до 38,8-39°C, катаральных явлений не отмечалось, аппетит сохранен, достаточно активный после снижения температуры. Ребенок получал жаропонижающие. На третьи сутки температура 40,1°C, в связи с чем ребенок бригадой скорой медицинской помощи доставлен в больницу с направляющим диагнозом «Инфекция мочевыводящих путей (?)». В анамнезе - профилактическая вакцинация проведена в соответствии с календарем прививок. Перенесенные заболевания: ОРВИ редко. При поступлении в стационар: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, температура тела 37,6°C, кожа бледная, чистая. На 4-е сутки заболевания на спаде лихорадки появилась мелкая пятнисто-папулезная сыпь на коже лица, туловища, верхних конечностях, единичные элементы на нижних конечностях. Ребенок активный, аппетит хороший. В легких пуэрильное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

В клиническом анализе крови при поступлении: HGB – 129 г/л, RBC – $4,46 \times 10^{12}$ /л, PLT – 192×10^9 /л, WBC – $5,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 18%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 78%, моноциты – 15%, СОЭ – 12 мм/час.

Вопросы

1. Поставьте предположительный диагноз
2. Какие изменения в общем анализе крови характерны для данного заболевания?

Каким образом можно подтвердить данный диагноз?

3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Ответы

1. Внезапная экзантема (младенческая розеола)
2. Лейкопения, тромбоцитопения, лимфоцитоз, моноцитоз, СОЭ в норме. Определение ДНК ВПГ 6 типа в крови, специфические антитела к ВПГ 6 типа (IgM, IgG).
3. Бактериальная экзантема, инфекционный мононуклеоз, корь, краснуха, скарлатина, аллергическая крапивница.

Задача № ИБ

Мальчик 5 лет, заболел остро, 25 декабря, когда появилось повышение температуры до 39,3°C, вялость, озноб, боли в мышцах. На следующие сутки появился сухой кашель, лихорадка сохранялась. Направлен на госпитализацию. При поступлении состояние средней тяжести, температура 39,0°C, ребёнок вялый. Кожа чистая от сыпи, гиперемия щек. Склеры инъектированы. Слизистые ротоглотки гиперемизованы, на миндалинах налетов нет. Отмечаются не обильные слизистые выделения из носа, сухой кашель. ЧД 26 в 1 минуту. В легких единичные сухие хрипы, перкуторно - звук ясный легочный, с обеих сторон симметричен. ЧСС 120 в 1 минуту. Тоны сердца учащенные, ясные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены. Менингеальных симптомов нет.

Клинический анализ крови HGB 126 г/л, RBC $4,2 \times 10^{12}$ /л, WBC - $3,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 45%, лимфоциты - 45%, моноциты - 8%, СОЭ – 8 мм/час, PLT – 176×10^9 /л .

Вопросы

1. Укажите предполагаемый диагноз.
Укажите лабораторные исследования для уточнения этиологии заболевания.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение и укажите профилактические мероприятия

Грипп

Задача № ИБ

Девочка, 3 лет, посещает детский сад. Заболела остро, с подъема температуры тела до 37,5°C и появления на коже волосистой части головы, туловища и конечностей пятнисто-папулезной сыпи. На следующий день отдельные элементы пятнисто-папулезной сыпи сформировались в везикулы, заполненные прозрачным содержимым. В последующие 2 дня температура тела 38,0°C, сыпь на тех же участках подсыпала, подобные высыпания обнаружены и на слизистой полости рта. Мать не купала ребенка. На 6-й день болезни состояние ребенка ухудшилось, температура тела 40,0°C, вялая, отказывается от еды. На коже элементы сыпи, покрытые корочками. В области спины появилась значительная зона гиперемии кожи, инфильтрация тканей, резкая болезненность. Пульс 120 в 1 минуту, тоны сердца приглушены. Менингеальных и очаговых симптомов нет. Стул, диурез не нарушены.

Клинический анализ крови: HGB -130 г/л, RBC - $3,8 \times 10^{12}$ /л, WBC - $17,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные –23%, сегментоядерные – 60%, эозинофилы – 3%, лимфоциты - 10%, моноциты - 4%, СОЭ –35 мм/час.

Вопросы

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Назначьте лабораторное обследование. Каких специалистов пригласите для оказания помощи больному?
3. Назначьте лечение и профилактические мероприятия

Ответы

1. Ветряная оспа. Осложнение: флегмона подкожно-жировой клетчатки.
2. Биохимический анализ крови: С-реактивный белок, прокальцитонин. Мазок с рото-носоглотки на микрофлору и чувствительность, ПЦР из зева и отделяемого из раны. Пригласить на консультацию хирурга.
3. Оказание хирургической помощи (вскрытие флегмоны) с назначением антибактериальной и иммунотерапии. Профилактические мероприятия – соблюдение санитарно-гигиенических норм ухода за ребенком (ежедневное мытье ребенка, обработка элементов спиртовыми растворами).

Задача № ИБ

Мальчик 6 месяцев заболел остро: температура 38,0°C, отказ от еды, двукратная рвота, стул однократный кашицеобразный. При осмотре состояние средней тяжести, вялый, кожные покровы бледно-розовые, чистые от сыпи, слизистая оболочка дужек и мягкого неба гиперемирована, с выраженной зернистостью; на передних дужках, мягком небе - везикулезные и афтозные элементы. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области пупка. Менингеальных симптомов нет. На 3-й день болезни температура снизилась до нормальных цифр, а на теле появилась розовая пятнисто-папулезная сыпь.

Клинический анализ крови: HGB - 125 г/л, RBC - $4,0 \times 10^{12}$ /л, WBC - $6,0 \times 10^9$ /л, PLT - 157×10^9 /л, палочкоядерные – 2 %, сегментоядерные – 40 %, эозинофилы - 2 %, лимфоциты – 48 %, моноциты – 8 %, СОЭ – 12 мм/час.

Вопросы

1. Укажите предполагаемый диагноз. Назначьте лабораторные исследования для уточнения диагноза.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение.

Ответы

1. Внезапная экзантема (младенческая розеола). Определение ДНК ВПГ 6 типа в крови, специфические антитела к ВПГ 6 типа (IgM, IgG).
2. Бактериальная экзантема, инфекционный мононуклеоз, корь, краснуха, скарлатина, энтеровирусная инфекция, аллергическая крапивница.
3. Лечение не требуется.

Задача № ИБ

Девочка 4 года, заболела остро: температура тела 39,2С, головная боль, слабость, снижение аппетита, мышечные боли. На 5-й день болезни температура тела 37,3-37,7С, отмечалось увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов. В последующие дни сохранялась субфебрильная температура, снижение аппетита, слабость, головная боль, боли в животе. Была госпитализирована на 12-й день болезни с диагнозом «Лимфогранулематоз?». В доме есть котенок, с которым девочка часто играет. При поступлении состояние средней тяжести, субфебрилитет, отказ от еды, вялость, жалобы на боли в мышцах верхних и нижних конечностей. Кожные покровы бледные, тургор тканей снижен. Увеличены все группы лимфоузлов до 0,5- 1 см в диаметре, уплотненные, болезненные; шейные, до 1,5 см в диаметре, плотные. Тоны сердца средней звучности, пульс 108 в мин; в легких везикулярное дыхание. Гипертрофия небных миндалин II степени, без воспалительных явлений. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 2-3 см, селезенка – на 1 см. Стул, диурез не изменены. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики нет. Осмотр окулиста: явления хориоретинита. Температура нормализовалась на 19 день болезни, лимфаденопатия отмечалась в течение 1,5 мес.

Клинический анализ крови: HGB - 110 г/л, RBC - $3,2 \times 10^{12}$ /л, WBC - $5,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные –5%, сегментоядерные –38%, эозинофилы – 6, лимфоциты - 44%, моноциты – 7%, СОЭ –23 мм/час.

Вопросы

1. Поставьте предварительный диагноз. Назначьте дополнительные исследования для подтверждения диагноза. Предполагаемый источник инфекции.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте этиотропное лечение.

Ответы

1. Болезнь кошачьих царапин (Бартонеллез). ПЦР ДНК Бартонеллы, антитела IgM, IgG к Бартонелле, исследование образцов аспирата лимфатического узла. Источник инфекции – котенок.
2. Инфекционный мононуклеоз, лимфома, туляремия, бруцеллез, лимфогранулематоз.
3. Местно – сухое тепло, внутрь анальгетики при выраженном болевом синдроме.

Задача № ИБ

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

Врач-педиатр участковый при осмотре на 4 день болезни расценил состояние ребёнка как среднетяжёлое. Температура - 38,3°C. Веки отёчные, конъюнктивы гиперемированы. На нижнем веке справа небольшая белая плёнка, снимающаяся свободно, поверхность конъюнктивы после снятия плёнки не кровоточит. Лимфоузлы подчелюстные, передне- и заднешейные, предушные увеличены до 1-2 см, безболезненные, эластичные. Слизистая зева гиперемирована, гипертрофия лимфоидных фолликулов задней стенки глотки. Миндалины гипертрофированы, отёчные. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа.

В легких аускультативно жесткое дыхание, проводные влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 132 ударов в минуту. Печень +3,5 см, селезёнка +1,5 см из-под рёберной дуги. Стул оформленный.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 133 г/л, эритроциты - $4,3 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,9, лейкоциты - $7,9 \times 10^9$ /л; палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 38%, базофилы - 1%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 52%, моноциты - 4%, СОЭ - 4 мм/час.

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

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

На рентгенограмме органов грудной клетки - легочный рисунок усилен, легочные поля без очаговых и инфильтративных теней, корни структурны, срединная ткань без особенностей, диафрагма чёткая, синусы дифференцируются.

Вопросы

1. Поставьте клинический диагноз. Назовите предположительную этиологию данной патологии, обоснуйте.
2. Обоснуйте необходимость назначения антибактериальной терапии данному больному. Составьте план лечения.
3. Перечислите меры профилактики заболевания.

аденовир ран возр

Задача № ИБ

Ребёнок 7 месяцев болен в течение 3 дней. Температура - 38-39°C, беспокойный, аппетит снижен. Отмечается влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа. При осмотре состояние ребенка средней тяжести: температура - 38,3°C, веки отёчны, конъюнктивы гиперемированы. На нижнем веке справа белая плёнка, легко снимается и растирается, поверхность конъюнктивы после снятия плёнки не кровоточит. Лимфоузлы подчелюстные, передне- и заднешейные, предушные увеличены до 1-2 см, безболезненные, плотно-эластичные. Зев гиперемирован, гипертрофия лимфоидных фолликулов задней стенки глотки. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС - 132 удара в минуту. Печень +3,5 см от края рёберной дуги, селезенка +1,5 см от края рёберной дуги. Стул разжиженный, с неперевавленными кусочками, до 5 раз в сутки.

Вопросы

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Какие другие клинические формы встречаются при этом заболевании? Проведите дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями.
3. Составьте план лечения больного.

аденовир

Задача № ИБ

На приёме у врача-педиатра участкового мама с девочкой 6 лет, с жалобами на боль в правом ухе, гноетечение из правого уха.

Из анамнеза известно, что заболела 4 дня назад, когда после купания в реке появилась заложенность и боль в правом ухе, сегодня гноетечение из него.

При осмотре: состояние ребёнка ближе к удовлетворительному, температура тела 37,6°C. Кожа наружного слухового прохода справа гиперемирована, инфильтрирована, наружный слуховой проход справа сужен, есть гнойные выделения из правого уха, при нажатии козелка резкая болезненность. Слизистая нёбных дужек, миндалин умеренно гиперемирована. Носовое дыхание затруднено, из носа умеренное слизистое отделяемое. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Вопросы

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Перечислите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальный диагноз в данной ситуации.
3. Препараты какой группы Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте выбор.

ОРВИ и Отит

Задача № ИБ

Ребёнок 6,5 лет, заболел остро в период эпидемии гриппа с подъёма температуры тела до 39°C, озноба. Затем присоединились слабость, головная боль, боль в мышцах, чихание. Мама вызвала участкового врача-педиатра на дом.

При осмотре: Кожные покровы бледные, сухие. Слизистая ротоглотки гиперемирована, небольшая зернистость задней стенки глотки. Из носа – скудное слизистое отделяемое.

В легких: перкуторно по всем легочным полям – легочный звук, аускультативно - дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧД – 30 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 118 в минуту, АД – 90/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Диурез сохранен, мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул оформленный. Менингеальные симптомы отрицательные.

Ребёнок от гриппа не привит (со слов мамы, у него медицинский отвод от вакцинации – аллергия на белок куриного яйца).

Вопросы

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Разработайте план обследования больного.
3. Определите место лечения больного и обоснуйте Ваш выбор. Разработайте план лечения.

грипп

Задача № ИБ

Ребенок 6 сутки жизни поступил в инфекционный стационар по поводу везикулезной сыпи. Ребенок от I беременности. Роды на 38-й неделе беременности, масса тела при рождении 2850 гр., длина 49 см. Беременность протекала без осложнений. За 14 дней до рождения ребенка мать перенесла типичную форму ветряной оспы средней степени тяжести (последние элементы сыпи отмечались за 9 дней до родов). На 4 день жизни у ребенка выявлена необильная папулезно-везикулезная сыпь на голове, руках, ягодицах, животе.

При поступлении общее состояние новорожденного удовлетворительное. На коже волосистой части головы, туловища, конечностей, ягодиц необильная папулезно-везикулезная сыпь, располагающаяся на неизменном фоне кожи. Везикулы однокамерные, с серозным содержимым, окружены венчиком гиперемии. Слизистые оболочки розовые, чистые. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,0 см, селезенка не пальпируется. Новые элементы появлялись в течение 2 дней, в последующем подсыхали с образованием корочек.

Температура тела в течение всего времени оставалась нормальной. Клинических признаков поражения нервной системы не было. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии на 14-й день жизни.

Вопросы

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

Ответы

1. Неонатальная ветряная оспа. Мать перенесла ветряную оспу за 14 дней до родов. Типичная клиническая картина (укороченный инкубационный период, везикуло-пустулезная сыпь)
2. Госпитализация в стационар обязательна для новорожденных с ветряной оспой. Противовирусная терапия (Ацикловир) парентерально, 6 дней.

В данном случае противоэпидемические мероприятия не проводятся

Задача №

Ребенок 5 лет, заболел остро во второй половине дня в детском саду с повышения температуры до 37,8°C, отказался от еды, на коже выявлены элементы пятнисто-папулезной сыпи. С диагнозом: "Корь" отправлен домой. На второй день болезни участковый педиатр диагноз кори снял, т.к. на коже были выявлены элементы везикулезной сыпи, в том числе на волосистой части головы. Самочувствие больного нарушено незначительно, ребенок оставлен дома. Дома температура повышалась до 38,5°C, новые высыпания появлялись еще в течение 3 дней, обильные, были отмечены единичные элементы сыпи на слизистой полости рта.

Вопросы

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

Ответы

1. Ветряная оспа. Легкая форма. Типичная клиническая картина (температура, везикулезная сыпь на волосистой части головы, высыпания на слизистых).
2. Диагноз ставится клинически. Домашний режим (изоляция), обработка элементов спиртовым раствором, соблюдение санитарно-гигиенических норм (купание ребенка), обработка элементов на слизистой полости рта водным раствором метиленовый синий.
3. Изоляция контактных детей, карантинные мероприятия до выявления последнего больного ребенка. Всем контактным введение вакцины. Специфическая профилактика – проведение вакцинации против ветряной оспы дважды с интервалом 6-10 недель (Варилрикс, Окавакс, Варивакс).

Задача № ИБ

Мальчик, 5 лет, заболел ветряной оспой. Получал лечение амбулаторно, поскольку заболевание протекало в легкой форме. На 8-й день от начала болезни, после нормализации температуры, состояние ребенка ухудшилось: вновь повысилась температура до 38°C, была однократная рвота, стала невнятной речь, при попытках ходить - ребенок падает. Участковым врачом направлен на госпитализацию в стационар.

При осмотре: состояние тяжелое, сознание спутанное, адинамичен. На коже лица, туловища, конечностей - единичные элементы высыпаний, покрытые корочками. Катаральных явлений нет. Тоны сердца приглушены. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот доступен пальпации, мягкий. Стоит неуверенно. Речь дизартрична. Положительные пальце -носовая и коленно-пяточная пробы. Менингеальных симптомов нет.

Эпидемиологический анамнез: в детском саду - несколько случаев ветряной оспы.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 136 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $5,5 \times 10^9$ /л; п/я-2%, с/я- 25%, э-3%, л- 65%, м-5%, СОЭ- 4 мм/час.

Общий анализ мочи: - без патологии.

Спинномозговая жидкость: прозрачная, вытекает каплями, цитоз- 30/3, из них нейтрофилов 19%, лимфоцитов 81%, белок- 0,165 г/л, сахар - в норме, реакция Панди - отрицательная.

Вопросы

1. Поставьте клинический диагноз. Проведите обоснование диагноза.
2. Какие симптомы со стороны ЦНС и анализы свидетельствуют в пользу данного осложнения?
С какими заболеваниями будете проводить дифференциальный диагноз?
3. Назначьте медикаментозное лечение.

Ответы:

1. Ветряная оспа. Осложнения: вирусный менингоэнцефалит. Повторное повышение температуры тела, рвота, неврологическая симптоматика – речь дизартрична, адинамия, спутанное сознание.
2. Речь дизартрична, адинамия, спутанное сознание, пункция спинного мозга (ликвор – цитоз 30, лимфоцитарного характера, белок 0,165 г/л). Бактериальный менингит, менингококцемия, энтеровирусный менингит
3. Противовирусная терапия внутривенно (Ацикловир 400 мг х 4 раза в сутки парентерально). Симптоматическая терапия. Наблюдение врачом-неврологом.

Задача № ИБ

Ребенок 10 месяцев, болен в течение 3-х дней: вялый, капризный, аппетит снижен. Повышение температуры до 39,1°C, беспокоит влажный кашель, обильное отделяемое из носа. Осмотрен участковым врачом, направлен на госпитализацию в стационар.

При поступлении в стационар: состояние средней тяжести, температура 38,5°C, отмечается отечность век, гиперемия конъюнктив. На нижнем веке справа белая пленка, снимающаяся свободно, поверхность конъюнктивы после снятия плёнки не кровоточит. Лимфоузлы подчелюстные, передне- и заднешейные, предушные увеличены до 1-2 см, безболезненные, эластичные. В зеве разлитая гиперемия, задняя стенка глотки гиперемирована, отечна, бугристая, миндалины увеличены до I степени. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное отделяемое из носа слизисто-гнойного характера. В легких жесткое дыхание, выслушиваются проводные хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС-120 в минуту. Печень +3,0 см от края рёберной дуги, селезенка +1,5 см от края рёберной дуги. Мочится свободно, мочеиспускание безболезненное. Стул оформленный.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 133 г/л, эритроциты - $4,3 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,93, лейкоциты - $10 \times 10^9/л$; п/я-3%, с/я- 38%, б-1%, э-2%, л-51%, м-4%, СОЭ- 4 мм/час.

На рентгенограмме органов грудной клетки: легочный рисунок усилен, легочные поля без очаговых и инфильтративных теней, корни структурны, срединная тень без особенностей, диафрагма четкая, синусы дифференцируются. Реакция иммунофлюоресценции: парагрипп (-), грипп (-), РС (-), аденовирус (+)

Вопросы

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

Аденовирус

Задача № ИБ

Ребенок 1,5 лет, заболел 2 дня назад, когда появились кашель, насморк, повысилась температура тела до 37,9°C. На следующий день появилась осиплость голоса, кашель стал грубым, «лающим», мама отмечала шумное дыхание.

При осмотре врачом-педиатром состояние оценено как тяжелое за счет дыхательной недостаточности. Ребёнок беспокоен. При беспокойстве одышка с затруднением вдоха. Кашель лающий, голос осипший. Наблюдается втяжение межреберных промежутков, яремной ямки, цианоз носогубного треугольника. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичны, ЧСС - 124 в минуту. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы равномерно, ЧДД - 52 в минуту. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Стул, мочеиспускание не нарушены.

При обследовании: клинический анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты - $3,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,89, лейкоциты - $5,3 \times 10^9$ /л; п/я-1%, с/я- 31%, э-2%, л-59%, м-7%, СОЭ- 10 мм/час.

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

Рентгенография органов грудной клетки - усиление сосудистого рисунка лёгких.

Вирусологическое исследование мазка из носоглотки в реакции иммунофлюоресценции: парагрипп (+), грипп (-), рино-синцитиальный вирус (-), аденовирусы (-)

Вопросы

1. Поставьте клинический диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
2. Назначьте план лечения.
3. Назовите профилактические мероприятия при данном заболевании. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

парагрипп

Задача № ИБ

Ребенок 11 лет, возвратился из туристической поездки в Юго-Восточную Азию. Вечером повысилась температура до 37,8°C, стал жаловаться на головную боль, боль в горле. На следующий день температура 38-38,5°C, осмотрен участковым врачом.

При осмотре: ребенок вяловат, снижен аппетит, температура до 38,3°C. Кожные покровы бледные, сыпи нет. Кашля, насморка нет. По внутренним органам без патологии. St. localis: тонзиллярные лимфоузлы до 1-2 см, безболезненные, эластичные. Рот открывает свободно. Отмечается небольшая отечность слизистой ротоглотки, в зеве умеренная гиперемия, увеличение миндалин, плёнчатые налеты на обеих миндалинах, серого цвета, грубые, плотные, с трудом снимаются шпателем, не растираются, сплошь покрывают ткань миндалин. Отека подкожной жировой клетчатки шеи нет.

Из анамнеза известно, что ребенок часто болеет ОРВИ, АКДС привит однократно в 3 месяца, после чего отмечалась высокая температура и пронзительный крик. Мать отказалась от дальнейших вакцинаций. В поездке был в контакте с местным ребёнком, больным ангиной.

Вопросы

1. Поставьте клинический диагноз. Приведите обоснование диагноза.
2. Где и как необходимо лечить больного?
3. Составьте план обследования. Укажите возможный источник инфицирования.

Дифтерия

Задача № ИБ

Ребенок 7 лет. Страдает нейродермитом, частыми ОРВИ, ангинами. Заболел остро, с повышения температуры до 38,5°- 39°С, выраженной боли в горле, головной боли, рвоты, слабости. К врачу обратились на 2 день болезни.

При осмотре выявлена яркая гиперемия слизистой ротоглотки, миндалины увеличены до II степени, сплошь покрыты толстыми серыми пленками, безболезненные. Тонзиллярные лимфатические узлы до 2 см. Предложено лечение в стационаре, но родители отказались от госпитализации. На следующий день (3 день болезни) состояние ухудшилось, больной госпитализирован.

При осмотре состояние тяжелое, бледен, температура 37,2°С. Была двукратная рвота. Отмечается гиперемия слизистой ротоглотки, увеличение миндалин до III степени. Миндалины покрыты сплошными налетами серого цвета, переходящими на нёбные дужки, мягкое небо, не снимающимися шпателем. Выраженный отек слизистой ротоглотки. Тонзиллярные лимфоузлы до 4-5 см., плотные, болезненные. Отчетливо виден отек подкожной клетчатки до середины шеи справа и до ключицы - слева. Тоны сердца приглушены. По остальным органам без значимых отклонений.

Вопросы

1. Укажите, были ли изначально показания для госпитализации этого больного. Поставьте клинический диагноз. Обоснуйте диагноз.
2. Назначьте полное обследование в отделении.
3. Назначьте специфическое и этиотропное лечение этому больному.

ДИФТЕРИЯ

Задача № ИБ

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.

Задача № ИБ

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.

Менингит

Задача № ИБ

В мае, через 7 дней после укуса клеща, у ребенка 12 лет появились жалобы на повышение температуры до 38,5°C, головную боль, повторную рвоту. За медицинской помощью не обращались. На следующий день температура повысилась до 39°C, развилось психомоторное возбуждение, генерализованные судороги. Вызвана скорая помощь. Ребенок госпитализирован в инфекционный стационар.

При осмотре в приемном покое: состояние тяжелое, ребенок находится в сопоре. Выявлена ригидность затылочных мышц на 2 см, симптом Кернига под углом 160°. С обеих сторон положительные симптомы Брудзинского верхний и нижний. Снижение мышечной силы, повышение тонуса и сухожильных рефлексов в правой руке и правой ноге, положительный симптом Бабинского, непроизвольное подергивание мышц лица и шеи. Отмечается гиперемия лица, инъекция склер. Со стороны внутренних органов значимых патологических изменений не выявлено.

В анализе СМЖ: жидкость прозрачная, вытекает под давлением, цитоз - 120 клеток, из них 80% - лимфоциты, 20% - сегментоядерные нейтрофилы, белок - 425 мг/л.)

Вопросы

1. Поставьте диагноз. План обследования больного. Какие результаты ожидаете получить?
2. Составьте план лечения
3. Какие мероприятия могли предупредить такое течение болезни после укуса клеща? Специфическая профилактика клещевого энцефалита.

Клещевой энцефалит

Задача № ИБ

Ребёнок 5 лет поступил с жалобами (со слов матери) на повышение температуры, заложенность носа, боль в горле.

Анамнез: болен 2 день, наблюдаются катаральные явления (насморк, чихание, кашель) и покраснение глаз, отёчность век.

При осмотре: температура – 38,9°C. Глаза: веки с обеих сторон отёчные; конъюнктивы гиперемированы, зернистые; склеры инъектированы. В зеве разлитая гиперемия, зернистость задней стенки глотки, миндалины увеличены, налётов нет. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфоузлы в диаметре до 1,5 см, мягкоэластичные, безболезненные. В лёгких: аускультативно – жёсткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, тахикардия. Физиологические отправления в норме.

Общий анализ крови: гемоглобин – 112 г/л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,9; лейкоциты – $3,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%; сегментоядерные нейтрофилы – 38%, лимфоциты – 47%, моноциты – 13%; СОЭ – 6 мм /ч.

Общий анализ мочи: цвет – жёлтый, белок – следы, удельный вес – 1020, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения, цилиндры – 1-2 в поле зрения.

Вирусологическое исследование: в мазке из носоглотки выделен аденовирус.

Вопросы

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

Аденовирус

Задача № ИБ

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

При осмотре врачом-педиатром участковым состояние оценено как тяжёлое за счёт дыхательной недостаточности. Ребёнок беспокойный. При беспокойстве одышка с затруднением вдоха. Кашель лающий, голос осипший. Наблюдаются втяжение межрёберных промежутков, ярёмной ямки, цианоз носогубного треугольника. Масса ребёнка – 15 кг, ЧДД – 52 в минуту, ЧСС – 130 в минуту.

Мать ребёнка от госпитализации отказалась.

Общий анализ крови: гемоглобин – 122 г/л, эритроциты – $4,7 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 0,8, лейкоциты – $4,3 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 34%, лимфоциты – 57%, моноциты – 5%, СОЭ – 5 мм/ч.

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

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: усиление сосудистого рисунка лёгких.

Вирусологическое исследование: выделен вирус парагриппа типа 3 из носоглоточного смыва.

Вопросы:

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

парагрипп тяж

Задача № ИБ

Ребёнок 2 лет заболел остро, поднялась температура до 38,5°C. Стал беспокойным, появилась сыпь.

Анамнез: со слов матери, высыпания на коже у ребёнка появились одновременно с подъёмом температуры.

Объективный статус: при осмотре кожных покровов обнаружен полиморфизм сыпи – пятна, папулы, везикулы округлой формы, расположены поверхностно, на неинфильтрированном основании, окружены венчиком гиперемии, с напряжённой стенкой, прозрачным содержимым. Аналогичные высыпания наблюдаются на волосистой части головы, слизистых оболочках ротовой полости, половых органов. Отмечается кожный зуд. Со стороны внутренних органов без патологии. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

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

Ответы

1. Ветряная оспа. Среднетяжелая форма. Классическая форма. (Полиморфизм сыпи, повышение температуры тела, классические высыпания на волосистой части головы, слизистой полости рта и половых органах).
2. Обработка элементов на коже спиртовым раствором, слизистой рта и половых органов 1 % водный раствор метиленовый синий. Соблюдение санитарно-гигиенических норм (купание ребенка)
3. Всем контактным введение вакцины. Специфическая профилактика – проведение вакцинации против ветряной оспы дважды с интервалом 6-10 недель (Варилрикс, Окавакс, Варивакс).

Задача № ИБ

Мальчик 3 лет. Жалобы на повышение температуры до 38°C, беспокойство, шумное дыхание, «лающий» кашель.

Из анамнеза заболевания известно, что мальчик болен третий день. Заболевание началось с повышения температуры до 37,8°C, появился сухой кашель, который на следующий день стал грубым, лающим, с болью за грудиной, голос осип. К врачу не обращались, мать давала парацетамол, поила тёплым чаем. Состояние мальчика не улучшалось, на 3 день болезни появилось шумное дыхание. Мать вызвала скорую помощь.

Анамнез жизни: мальчик от I нормально протекавшей беременности и родов. Родился в срок с массой 3800 г, ростом 52 см. Из роддома выписан на 5 сутки. Находился на грудном вскармливании до 8 месяцев. В развитии от сверстников не отстаёт, посещает детский сад в течение 4 месяцев, за это время переболел 4 раза ОРВИ с высокой температурой и длительным насморком. В анамнезе периодически высыпания на лице и ягодичной области.

Осмотр: состояние средней степени тяжести, температура – 38°C. Мальчик вяловат. Кожные покровы бледные, чистые, цианоз носогубного треугольника. Пальпируются переднешейные и заднешейные лимфоузлы до 0,5 см, подвижные, безболезненные, мягко-эластической консистенции. В зеве отмечается лёгкая гиперемия дужек, задней стенки глотки, миндалин, налётов нет. ЧДД – 34 в минуту, инспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры (втяжение в эпигастральной области, яремной ямки, межрёберных промежутков) на высоте вдоха. В лёгких дыхание жёсткое с удлиненным вдохом, хрипов нет. Перкуторный звук ясный лёгочный. Тоны сердца ритмичные, чуть приглушены, ЧСС – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Паренхиматозные органы не увеличены. Стул и диурез в норме.

Вопросы

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями надо провести дифференциальную диагностику? Назовите дополнительные методы диагностики.
3. Каковы Ваша тактика и догоспитальная помощь. Показаны ли антибиотики данному ребёнку?

ОРВИ ларинготр.

Задача № ИБ

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

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

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

Вопросы:

35. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
36. Наметьте план дополнительного обследования и санитарных мероприятий в детском лагере.
37. Составьте план лечения данного ребенка.

Ответы к задаче :

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

Задача № ИБ

Девочка 3-х лет заболела сегодня, повысилась температура тела до 39,5°C, появились единичные геморрагические высыпания в области бедер. Девочка беспокойна, запрокидывает голову, плачет, отказывается от еды.

Из анамнеза: 4 дня назад у ребенка отмечался насморк, слизисто-гнойное отделяемое из носа. 6 месяцев назад стала посещать ДДУ. Респираторными инфекциями болеет до 6 раз в год. Аллергологический, наследственный анамнезы не отягощены. Привита по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

Объективно: состояние тяжелое, постыноивает, температура 39,7°C, кожные покровы гиперемированы, в области бедер и нижней части брюшной стенки единичные геморрагические высыпания звездчатого характера от 3 до 6 мм, при надавливании не исчезают и возвышаются над кожей. Слизистая ротоглотки с краевой гиперемией, влажная, язык на всем протяжении обложен белым налетом. Ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 40 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 120 ударов в минуту. АД 70/30 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см, селезенка не пальпируется. Стула сегодня не было. Мочеиспускания безболезненные, 5-6 раз в сутки.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 110 г/л, лейкоциты – $12,4 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, п/я – 6%, с/я – 60%, лимфоциты – 25%, моноциты – 7%, СОЭ – 33 мм/ час.

Вопросы:

4. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
5. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
6. Составьте план лечения данного ребенка. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией.

Ответы к задаче №:

4. Предварительный диагноз: Менингококковая инфекция, генерализованная форма (менингококцемия), тяжелое течение. Диагноз ставится на основании: анамнеза (предшествовал назофарингит, острое начало, выраженная интоксикация: головная боль, лихорадка), характерного кожного синдрома (геморрагическая звездчатая сыпь), тахикардия, тахипноэ, падение АД, положительные менингеальные знаки.
5. Бактериологическое исследование слизи из носоглотки (менингококк), крови на менингококк, спинно-мозговая пункция с лабораторным исследованием ликвора (вытекает под давлением, нейтрофильный цитоз, цвет желто-зеленый, повышение уровня белка), коагулограмма (возможно изменение свертывающей системы крови).
6. Данная инфекция относится к нейроинфекциям, протекающим тяжело, часто вызывающим осложнения и, возможно, при отсутствии своевременной помощи и адекватной терапии – смертельный исход. Госпитализация обязательна. Необходим постельный режим, наблюдение в условиях палаты интенсивной терапии. Антибактериальная терапия (бензилпенициллин или хлорамфеникол), детоксикационная (инфузионная) терапия солевыми и коллоидными растворами; глюкокортикостероиды, жаропонижающие.

Задача № ИБ

Девочка 2,5 лет заболела сутки назад, когда после посещения бассейна повысилась температура тела до 38,6°C, появились насморк, кашель. Применение парацетамола в сиропе дало кратковременный эффект. Температура снизилась до 38,2°C.

Из анамнеза: стала посещать бассейн месяц назад. Респираторными инфекциями болеет 2-3 раза в год. Аллергологический, наследственный анамнезы не отягощены. Привита по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Посещает группу раннего дошкольного развития 3 раза в неделю.

Объективно: состояние тяжелое, температура 39,7°C, кожные покровы бледные, конечности цианотичные, холодные на ощупь, без сыпи. Носовое дыхание умеренно затруднено, обильное серозно-слизистое отделяемое из носовых ходов. Инъекция склер, скопление слизистой слизи в углах глаз. Слизистая небных дужек, миндалин розовая, умеренная гиперемия задней стенки глотки. В легких пуэрильное дыхание, крупнопузырчатые хрипы с обеих сторон, после кашля ослабевают. ЧДД – 38 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 132 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,0 см, селезенка не пальпируется. Стул размягчен, 2 раза за день. Мочеиспускание безболезненное.

Вопросы:

4. Сформулируйте имеющийся симптомокомплекс, сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
5. Назначьте и обоснуйте план обследования. Какие результаты ожидаете получить?
6. Назовите показания к симптоматической терапии. Обоснуйте назначение этого/этих препаратов. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией.

Ответы к задаче №:

3. Гипертермический синдром («бледная лихорадка») на фоне ОРИ: на фоне гипертермической температуры конечности цианотичные, холодные на ощупь. Признаки ОРИ: Носовое дыхание умеренно затруднено, обильное серозно-слизистое отделяемое из носовых ходов. Инъекция склер, скопление слизи в углах глаз. При аускультации крупнопузырчатые хрипы в легких с обеих сторон, после кашля ослабевают. Размягчение стула. Возможно, аденовирусная инфекция.

4. План обследования:

- общий анализ крови – нормальный или пониженный уровень лейкоцитов, повышение уровня лимфоцитов, нормальная или повышенная СОЭ;
- экспресс-тест на грипп А, В, РС-вирус, стрептатест – возможен отрицательный результат.
- при подтверждении вирусной инфекции – назначить противовирусные препараты.

3. Постельный режим;

- жаропонижающие (парацетамол, ибупрофен в возрастной дозировке – сироп или суппозитории) + сосудорасширяющие (наличие спазма периферических сосудов вследствие централизации кровообращения) + антигистаминные (продлонгирование действия жаропонижающих препаратов)
- санация полости носа, закапывание деконгестантов (нарушение носового дыхания);

- промывания глаз раствором фурациллина (инъекция сосудов склер, скопление слизи в углах глаз);
 - дробное частое питье (профилактика потерь жидкости с повышенным обменом веществ, частоты дыхательных движений при лихорадке, при потении при снижении температуры).
- Госпитализация: при наличии фебрильных судорог, «устойчивости» лихорадки к проводимым мероприятиям, лихорадка неясного генеза, геморрагическая сыпь, нарушение сознания, возраст до 3 лет.

Задача № ИБ

Ребенок 3,5 лет заболел сегодня утром. Родители отметили, что утром после сна ребенок вялый, горячий на ощупь, ребенок жалуется на боли в ногах. Отмечено повышение температуры тела до 39,1°C. Других изменений не выявлено. Применение парацетамола в сиропе дало кратковременный эффект. Температура снизилась до 37,9°C, однако к середине дня вновь поднялась до 39,2°C.

Из анамнеза: респираторными инфекциями болеет 2-3 раза в год. Аллергологический, наследственный анамнезы не отягощены. Привит по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Посещает ДДУ с 3 лет.

Объективно: состояние тяжелое, температура 39,7°C, кожные покровы розовые, гиперемия щек, конечности горячие на ощупь, без сыпи. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Слизистая небных дужек, миндалин, задняя стенка глотки розовые, налетов нет. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 34 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 132 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,0 см, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

4. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
5. Назначьте и обоснуйте план экспресс-обследования. Какие результаты ожидаете получить? Назовите показания к этиотропной и симптоматической терапии. Обоснуйте назначение этого/этих препаратов.
6. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией. Назовите профилактические мероприятия для предотвращения данного заболевания.

Ответы к задаче №:

3. Гипертермическая лихорадка («розовая») на фоне ОРВИ: на фоне гипертермической температуры щеки гиперемированы, конечности горячие на ощупь, боли в ногах. Возможно, грипп.
4. План обследования:
 - экспресс-тест на грипп А, В – ожидается положительный результат, РС-вирус, стрептатест – отрицательный результат.
 - общий анализ крови – пониженный уровень лейкоцитов, повышение уровня лимфоцитов, нормальная или повышенная СОЭ;
 - при подтверждении гриппа назначить противогриппозные (осельтамивир) – прямое действие на нейраминидазу вируса гриппа.
 - жаропонижающие (парацетамол, ибупрофен в возрастной дозировке – сироп или суппозитории) + антигистаминные (продолжение действия жаропонижающих препаратов)
 - частое обильное питье (профилактика потерь жидкости с повышенным обменом веществ, частоты дыхательных движений при лихорадке, при потении при снижении температуры).
3. При наличии фебрильных судорог, «устойчивости» лихорадки к проводимым мероприятиям, геморрагическая сыпь, нарушение сознания, возраст до 3-х месяцев. Профилактика: ежегодная вакцинация от гриппа.

Задача № ИБ

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

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

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

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

Вопросы:

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

Ответы к задаче №:

1. Инфекционный мононуклеоз
2. Обследование:
 - АТ класса IgM к Ag капсида вируса Эпштейна-Барр, их авидность;
 - молекулярно-генетическая ПЦР диагностика.
3. Лечение:
 - В острой фазе заболевания необходимо соблюдение постельного режима.
 - Противовирусные средства: интерферон альфа-2b + таурин (Генферон лайт), меглюмина акридонацетат (Циклоферон), Анаферон детский, Эргоферон, симптоматическое лечение.
 - При высокой температуре тела назначают антипиретики (парацетамол, ибупрофен).
 - При бактериальных суперинфекциях необходима антибиотикотерапия.
 - При развитии обструкции дыхательных путей назначают глюкокортикоиды (преднизолон по 2 мг/кг в сутки с постепенным снижением дозы в течение 5–7 суток).

Задача № II-

На приеме у педиатра ребенок 10 месяцев с мамой. Жалобы на высыпания на коже, которые сопровождаются сильным зудом и беспокойством ребенка

Из анамнеза известно: ребенок от I беременности, протекавшей на фоне токсикоза в I половине и хламидиоза – во II половине беременности. Роды на 39 неделе – патологические (асфиксия в родах, полостные акушерские щипцы). Масса тела при рождении 2720 г, длина - 48 см. Внутриутробная гипотрофия I степени. К груди приложен на 2 сутки. На грудном вскармливании находился до 1,5 месяцев. Наследственность отягощена - у отца – атопический дерматит.

Высыпания на коже лица в виде пятнисто- папулезной сыпи впервые возникли в возрасте 1,5 месяцев после перевода на искусственное вскармливание (адаптированная молочная смесь). Использовали эмоленты с умеренным эффектом. В возрасте 8 месяцев отмечено ухудшение состояния кожных покровов: пятнисто- папулезные высыпания распространились на туловище и конечности, появились единичные микровезикулы, следы расчесов.

Проводилось лечение: эмоленты 1-2 раза в сутки, на очаги высыпаний противовоспалительные с ГКС в виде крема 1 раз в сутки, зиртек 5 капель для купирования зуда. Маме было предложено вести пищевой дневник, проанализировав который было установлено, что высыпания ассоциированы с употреблением в пищу яйца. На фоне лечения была отмечена выраженная положительная динамика. Дома много коллекторов пыли (ковровые покрытия, мягкие игрушки), кошка.

При осмотре – состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы бледно-розовые, выраженная сухость кожи. На коже лица, туловища и конечностей единичные пятнисто-папулезные высыпания, местами шелушение и расчесы, ребенок беспокоен, умеренный зуд кожи. Тоны сердца звучные, ритмичные. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы равномерно, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены со слов. Соблюдают диету с исключением яиц.

Данные лабораторных исследований:

Общий анализ крови: Hb - 120 г/л, Эр - $5,1 \times 10^{12}/л$, Лейк - $6,2 \times 10^9/л$, п/я - 2% с - 31% э - 4% лимф. - 63% мон - 3%, СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи: без особенностей.

Аллергологическое обследование (ИФА) общ. IgE-285 (норма 0-70), спец. IgE: коровье и козье молоко – 0 класс, куриное яйцо – 3 класс, шерсть кошки – 3 класс, клещ домашней пыли – 2 класс.

Вопросы к задаче:

1. Поставьте диагноз согласно принятой классификации и обоснуйте его?
2. Какова этиология и патогенез заболевания у данного больного?
3. Назначьте лечение и обоснуйте свои назначения. Назовите основные принципы терапии заболевания и профилактики его обострений. Какие критерии можно использовать в качестве маркера эффективности лечения?

Атопический дерматит

Задача №II-

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?

Эталонный 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 №П-

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.

Эталонный 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 №II-

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?

Эталонный 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 № II-

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?

Диагноз: рахит, гипотрофия

Задача № II-

Ребенок в возрасте 11 месяцев жизни поступил в отделение острых кишечных инфекций детской больницы повторно. Причиной госпитализации послужило развитие диспепсического синдрома: рвота, учащенный, обильный стул, отказ от еды, жажда.

Сходная клиническая картина послужила поводом для первой госпитализации, когда ребенку было 6 месяцев.

При первом обследовании посевы кала на патогенную флору были отрицательны. Ребенок получил регидратационную терапию, короткий курс антибиотикотерапии. По рекомендации педиатра мать после выписки из стационара воздерживалась от введения прикорма, который впервые был предложен ребенку за неделю до первой госпитализации в виде манной каши. В возрасте 9,5 мес. введение прикорма возобновили. К 10 мес. ребенок получал одно кормление в виде овощного пюре. Диспепсических явлений не было. За три дня до повторной госпитализации мать вновь предложила ребенку манную кашу.

При объективном обследовании: Ребенок беспокоен, «сучит» ножками. Мальчик пониженного питания, бледный. Определяются реберные «четки», расширенные эпифизы лучезапястных и коленных суставов, мышечная гипотония, потливость. Живот резко вздут, пальпация затруднена из-за беспокойства ребенка. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Отмечен обильный зловонный стул желтого цвета с обилием непереваренных комочков до 5-6 раз в сутки.

Вопросы к задаче:

1. Каков предположительный диагноз? Какова этиология данного заболевания?
2. План дообследования и предположительные результаты. Какие исследования используются для постановки окончательного диагноза?
3. Каков основной принцип диетотерапии при данном заболевании? Предложите план комплексного лечения ребенка.

Эталонный ответ:

1. Целиакия. Вторичный синдром мальабсорбции. Витамин D-дефицитный рахит II степени, подострое течение. Анемия? Этиология: генетически обусловленная непереносимость растительного белка глютена, который в нерасщепленном виде разрушает энтероциты, нарушая процессы энтерогенного пищеварения и всасывания.
2. Клинический анализ крови (гипохромная анемия), общий анализ мочи (без патологии, без протеинурии), биохимический анализ крови (возможно снижение следующих показателей: общий белок, альбумин, калий, натрий, кальций, фосфор, железо, повышение щелочной фосфатазы, ОЖСС), копрология (стеаторея II типа за счет жирных кислот и мыл; у части больных возможно сочетание со стеатореей I типа за счет нейтрального жира, возможно повышение количества внеклеточного крахмала, присутствие йодофильной флоры, непереваживаемой клетчатки, то есть налицо признаки дисбиоза кишки). Специфические исследования: определение титра антиглютеиновых антител, ФЭГДС с биопсией тонкого кишечника (Основными морфологическими признаками целиакии являются атрофия слизистой оболочки тонкой кишки с резким укорочением ворсинок и удлинением крипт, обильная лимфоплазматическая инфильтрация собственной пластинки и эпителия).
3. Основной принцип диетотерапии – элиминационный, т.е. исключение из питания продуктов, содержащих причинно значимый агент. В диете ребенка не должны содержаться продукты, содержащие пшеничную и ржаную муку. Из злаковых разрешается рис, хорошо переносится греча, кукуруза. При целиакии часто наблюдается пищевая аллергия (на коровье молоко, рыбу, цитрусовые, продукты, содержащие каротин), что требует рекомендации гипоаллергенной диеты. Препараты вит. D – коррекция проявлений рахита, коррекция анемии в зависимости от причины (чаще в результате поливалентного дефицита микроэлементов и витаминов) – препараты железа. В тяжелых случаях целиакии, при развитии тяжелой дистрофии и надпочечниковой недостаточности показана терапия глюкокортикостероидами.

Задача №II-

Врач осматривает на дому ребенка 1 месяца жизни по поводу диареи, недостаточной прибавки массы тела. Ребенок от 1-й беременности, протекавшей без особенностей. Роды срочные, самопроизвольные. Вес при рождении 3450 г, длина тела – 51 см. По шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен в течение 1 часа после родов. Выписан на 3 сутки. В анамнезе: с рождения стул неустойчивый. В последние 2 недели стул до 8-10 раз в сутки, обильный, водянистый, без патологических примесей с кислым запахом. В семейном анамнезе по отцовской линии наблюдается непереносимость молочных продуктов.

Объективно: Ребенок при осмотре беспокоен, крик громкий, эмоциональный. На естественном вскармливании, режим кормлений беспорядочный, сон беспокойный. Вес 3630г, рост 52см. Кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности. Видимые слизистые влажные, чистые. Подкожно-жировой слой умеренно снижен на животе, бедрах. Тургор тканей умеренно снижен. Аускультативно дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот вздут, доступен пальпации во всех отделах, отмечается урчание по ходу толстого кишечника. Дефекация сопровождается выраженным беспокойством ребенка и отхождением большого количества газов. Стул при осмотре разжиженной кашицей с неперевавленными комочками, кислым запахом.

Вопросы к задаче:

1. Какова вероятная этиология заболевания? Какие данные указывают на это?
2. План дообследования и предположительные результаты. Какие исследования используются для постановки окончательного диагноза?
3. Предложите план лечения больного

Эталонный ответ:

1. Первичная лактазная недостаточность. Генетически обусловленный дефицит лактазы. Наличие непереносимости молочных продуктов среди родственников.
2. Копрология, Анализ кала на углеводы, Анализ крови
3. План лечения:
Назначение заместительной терапии препаратом лактазы с каждым кормлением. (Препараты Лактаза Бэби по 1 капсуле с каждым кормлением, Лактаза Энзим, Лактазар - 1 капсула на 100,0мл грудного молока) Контроль эффективности – клиническое улучшение, нарастание весовой кривой.
Симптоматическое лечение: эспумизан, симетикон.
Пробиотики, не содержащие лактозу

Задача № II-

Мальчик, 1 года 4 месяцев, поступил в клинику с жалобами матери на снижение аппетита у ребенка, вялость, извращение вкуса (лизает 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: Hb – 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 (тремякратно): 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?

Эталонный 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 № II-

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. Психомоторное 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 (тремякратно): 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?

Эталонный 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 Нб 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 козьим 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 эритроцитной массы 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 № II-

Мальчик 3 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, отеки, редкое мочеиспускание. Ребенок заболел через 8 дней после перенесенной ОРВИ. Появились отеки, уменьшился диурез. Моча желтая, пенится.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, обширные отеки ног, лица, туловища, температура 37,3°C. Границы сердца расширены. ЧСС 105 уд/мин., АД 80/50 мм.рт.ст. Дыхание жесткое, влажные хрипы с обеих сторон в нижних отделах легких, ЧД – 35 в мин. Пальпаторно и перкуторно – асцит. Печень + 4см. Выделил за сутки 300 мл желтой мочи.

Общий анализ крови: гемоглобин - 160 г/л, Эр – $5,2 \times 10^{12}/л$, Тромб. $416,0 \times 10^9/л$, Лейк - $9,8 \times 10^9/л$, п/я – 3%, с – 36%, л – 54%, СОЭ – 56 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок - 40 г/л, альбумины – 40 %, холестерин – 16 ммоль/л, креатинин - 70,0 мкмоль/л, мочевины 5,9 ммоль/л.

Общий анализ мочи: моча мутная, белок – 8 г/л, лейкоциты 3-4 в п/з, эритроциты 4-5 в п/з, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в п/зр. Суточная протеинурия 5 г.

УЗИ почек: почки расположены правильно, умеренно увеличены в размерах, контуры ровные. Эхогенность коркового слоя умеренно повышена. При ЦДК обеднение кровотока в подкапсульной зоне.

Вопросы к задаче:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте план лечения.

Эталонный ответ:

1. Острый гломерулонефрит, нефротическая форма.
2. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с наследственным нефритом, гематурической формой гломерулонефрита, острым постстрептококковым гломерулонефритом.
3. Терапевтические мероприятия включают режим, диетотерапию, диуретические, глюкокортикоидные, а также антикоагулянты, по показаниям цитостатические препараты.

Режим. Постельный режим в неосложненных случаях составляет 3—7 дней. Диетотерапию назначают с ограничением жидкости, соли и белка.

Коррекция гиповолемии. Проведение инфузионной терапии 10—20% раствором альбумина 0,5—1,0 г/кг (10—15 мл/кг) массы тела внутривенно капельно с последующим струйным введением лазикса 0,5—1 мг/кг или реополиглюкином на глюкозе, 10—15 мл/кг. Из мочегонных препаратов применяют фуросемид (лазикс) 1—2 мг/кг, верошпирон 2—5 мг/кг. Глюкокортикоидная терапия при первоначальной глюкокортикоидной терапии доза преднизолона составляет 2 мг/(кг·сут) (не более 60—80 мг/сут) продолжительностью 4—6 нед, ежедневно с учетом суточного биоритма надпочечников с утра в 3—4 приема.

Антиагреганты и антикоагулянты: в начале терапии применение гепарина, затем курантил.

Задача № II-

Мальчик, 7 месяцев жизни. Родился с массой тела 3500г, в настоящее время вес 5000г. В возрасте 3-х недель выслушан систолический шум скребущего характера над всей областью сердца, с максимумом – IV-V межреберье слева.

При осмотре: ребенок пониженного питания, кожа бледная, цианоз носогубного треугольника. Грудная клетка килевидной формы. Перкуторно – границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней аксиллярной линии. Аускультативные данные над областью сердца – без динамики. Дыхание пуэрильное, влажные разнокалиберные хрипы в нижних отделах легких. Частота дыханий 60/мин. Печень выступает на 5 см из-под края реберной дуги. Селезенка +2 см. Пульс на бедренной артерии – удовлетворительных качеств.

ЭКГ: признаки перегрузки правых и левых отделов сердца, преимущественно – правого желудочка.

Вопросы к задаче:

1. Предварительный диагноз. Укажите и оцените критерии тяжести состояния с учетом особенностей гемодинамики. Назовите возможные осложнения.
2. Какие дополнительные обследования следует провести, опишите предполагаемые результаты.
3. Составьте план лечения.

Диагноз: порок сердца

Задача № II-

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: Hb – 143 г/л, Эр – $5,4 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 289×10^9 /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?

Эталонный ответ:

1. Поставьте диагноз согласно принятой классификации и обоснуйте его.
Бронхиальная астма, атопическая, персистирующая средней тяжести, обострение. Впервые установленная, поэтому медикаментозный контроль оценить не можем. Персистирующий аллергический ринит. Атопический 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 аллергоанамнез 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, PRIK-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/ДДБА- 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 № II-

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: Hb – 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?

Эталонный 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 жалобам, данных анамнеза и осмотра (в том числе изменения слизистой носоглотки, гипертрофия миндалин), наличия отягощенного 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 обострения атопического дерматита, топические назальные спреи с гкс и противовоспалительные средства для кожи, регулярное применение эмоленгов.

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 поллинозиса.

Задача № II-

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 $321 \times 10^9/л$, 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.

Эталон ответа

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 № II-

Девочка М., 12 лет, поступила в стационар с жалобами на приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой слизистой мокротой, приступы удушья с затрудненным выдохом, возникающие как в дневное, так и в ночное время, одышку при незначительной физической нагрузке.

Анамнез жизни: с возраста 2 месяцев проявления атопического дерматита, обострения которого не были связаны с конкретным триггером, с 1,5 лет клиническая ремиссия. С 5 лет возникали симптоматика ринита и конъюнктивита после контакта с кошками в гостях у друзей, однократно возникла острая крапивница, на фоне приема антигистаминных препаратов симптомы быстро регрессировали. Дома кошки нет, контакты с животными ограничили, аллергообследование не проводили. Также в течение последних 3х лет переносит в апреле ОРВИ без температуры, но с приступообразным сухим кашлем. Семейный аллергоанамнез: у матери – хроническая спонтанная крапивница.

Анамнез заболевания: в апреле текущего года на фоне ОРВИ, сопровождавшегося сухим кашлем, впервые развился приступ удушья, купированный с помощью ингаляции беродуалом через небулайзер. Подобный эпизод повторился в начале сентября. Настоящее ухудшение состояния случилось вновь после ОРВИ. Стали возникать приступы удушья в дневное время, связаны они были с физической нагрузкой, с сырой погодой и один эпизод случился в гостях у подруги, у которой дома находился кот. Участковым педиатром была рекомендована ингаляционная терапия беродуалом, в режиме по потребности, вызов «03» при отсутствии эффекта и госпитализация в профильное отделение детской больницы для обследования и подбора терапии. За неделю до плановой госпитализации появились ежедневные ночные приступы, беродуал использовали 3-4 раза в сутки.

При поступлении: состояние ближе к тяжелому, за счет дыхательной недостаточности. Лихорадки нет. ЧД 32 в мин., с участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Кожа сухая, без высыпаний. Носовое дыхание резко затруднено, отделяемого нет. При перкуссии легких определяется коробочный звук, при аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. ЧСС 98 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: гемоглобин 120 г/л; эритроц. $4,5 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,79; лейкоц. $8,0 \times 10^9/л$; с/я 63%. лимф. 21%; эоз. 13%; мон. 3%., СОЭ 10 мм/час.

Исследование ФВД: ЖЕЛ 84%; ОФВ₁ 55%; МОС₂₅ 66%; МОС₅₀ 42%; МОС₇₅ 38%. После ингаляции 400 мкг сальбутамола: ОФВ₁ 84%; МОС₂₅ 68%; МОС₅₀ 59%; МОС₇₅ 58%.

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки – очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены, определяется уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани, утолщение стенок бронхов.

Вопросы к задаче:

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

Диагноз: БА

Задача № II-

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, хроническому гастродуодениту, хроническому запору 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 диагнозом: головные боли напряжения. На 1 году рос и развивался по возрасту. В настоящее время наблюдается хирургом по поводу пупочной грыжи.

Анамнез заболевания: Боли в животе, метеоризм беспокоят с 5 лет, когда впервые пошел в детский сад, тогда же появились задержки стула, боли в животе. Боли всегда без четкой локализации, ночных болей нет, в летнее время боли не беспокоят, стул регулярный. В остальное время стул один раз в три дня, чаще тугой, по типу «овечьего», №1 по Бристольской шкале, без патологических примесей. После дефекации боли в животе купируются. Периодически получал курсы пробиотиков с временным эффектом. Поступил планово для обследования и подбора терапии.

При поступлении: Состояние ближе к удовлетворительному. Физическое развитие среднее, гармоничное. 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 по ходу толстой кишки. Стул последний раз два дня назад. Мочеиспускание не нарушено. Вес 25 кг, 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, АсАт – 19, щелочная фосфатаза – 302, амилаза общая – 56, белок – 73,2, мочевины – 3,5 (4,2- 8,3), креатинин – 69,0, холестерин – 4,51, триглицериды – 0,58, глюкоза – 4,5, билирубин общий – 17,6 (3,4-17,8), СРБ- 4 г/л

Анализ мочи общий в пределах нормы.

Latex test H.pylori отрицательный.

ЭГДС патологии нет.

УЗИ брюшной полости: без патологии.

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

Эталон

1. Синдром раздраженного кишечника. На основании анамнеза (боли без четкой локализации, ночных болей нет, на каникулах боли не беспокоят), физическое развитие по возрасту, лабораторные и инструментальные обследования в норме. Симптомы тревоги – дефицит веса, кровь и слизь в стуле, ночные боли и тенезмы, анемия, гипопропротеинемия и воспалительные изменения в анализах крови, изъязвления слизистой толстой кишки.
2. Наследственная предрасположенность, особенности вегетативной нервной системы, искусственное вскармливание.
3. Обогащение рациона негрубой клетчаткой. Осмотические слабительные, прокинетики. Магниево-минеральные воды. Режим сна и отдыха. Наблюдение психолога, невролога, гастроэнтеролога.

Задача № II-

Девочка Ю. 13 лет поступила в отделение гастроэнтерологии экстренно с жалобами на боли в правом подреберье, возникшими остро после употребления жирной пищи.

Анамнез заболевания: боли в правом подреберье периодически беспокоят девочку в течение 6 месяцев, чаще после погрешности в диете. Диету не соблюдает, питается беспорядочно. За этот период несколько раз по несколько дней не ела, чтобы похудеть. Накануне была на дне рождения, где ела много жирной пищи. Поступила экстренно в связи с усилением болевого синдрома.

Анамнез жизни: Ребенок от 2-ой беременности, протекавшей физиологично, срочных самостоятельных родов. При рождении рост 51 см, масса тела 3400 г. На искусственном вскармливании с 2-х месяцев, прикорм введен по возрасту, проявления атопического дерматита на первом году жизни. Привита по возрасту. Аллергоанамнез: крапивница на мед. Наблюдается ортопедом по поводу сколиоза грудного отдела позвоночника и плоскостопия; гастроэнтерологом по поводу дискинезии желчевыводящих путей, аллергологом наблюдалась на первом году жизни (атопический дерматит). Наследственный анамнез отягощен по артериальной гипертензии, желчнокаменной болезни по линии материи. Травмы: отрицает. Операции: аденотомия в 7 лет.

Осмотр при поступлении: Состояние средней тяжести. Физическое развитие среднее, дисгармоничное за счет избыточной массы тела. Кожные покровы, видимые слизистые чистые. Сердечно – легочная деятельность удовлетворительная. Язык обложен белым налетом, больше у корня. Живот обычной формы, доступен глубокой пальпации, болезненный в правом подреберье, положительные симптомы Кера, Мерфи. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание не нарушено. Вес: 64 кг, рост: 157 см.

Общий анализ крови: Нв – 130 г/л Эр – $4,70 \times 10^{12}/л$, Лейкоц – $12,52 \times 10^9/л$, п/я – 22%, с/я – 45%, эоз – 5%, лимф – 39%, мон – 13%, СОЭ – 12 мм/ч

Биохимический анализ крови: АлАт – 19 (до 40), АсАт – 26 (до 40), щелочная фосфатаза – 560 (до 300), амилаза общая – 74 (до 80), гаммаглутамилтрансфераза – 21 (до 30), общий белок – 70.6 (65 – 85), мочевины – 4.80 (4,2– 8,3), креатинин – 56.0 (53 - 115), холестерин – 6.2 (1.7 – 5.2), триглицериды – 1,36 (0,0 – 1,69), глюкоза – 4,63 (до 3.0 - 5,5), билирубин общий – 30 (1,3 – 20,5), прямой 15 (до 7,2), СРБ-42 (до 8,2).

Липидный профиль: дислипидемия за счет незначительного преобладания липопротеидов низкой плотности.

Анализ мочи общий без особенностей.

Диастаза мочи: 283,0 (до 380).

УЗИ брюшной полости Желчный пузырь: Форма: овальная. Полость: мелкозернистый осадок в умеренном кол-ве. Стенка до 3.5 мм (в норме 1 мм), слоистая. Конкременты: достоверно визуализируются три конкремента макс. диаметром до 6.1 мм. Внепеченочные желчные протоки не расширены. Поджелудочная железа нормальной эхогенности, не увеличена. Печень и селезенка без особенностей.

Вопросы к задаче:

1. Ваш диагноз? Обоснуйте ответ. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
2. Какова тактика ведения пациента? Составьте план лечения.
3. Тактика амбулаторного ведения?

Желчнокаменная болезнь, острый калькулезный холецистит.

Задача № II-

Девочка К. 7 лет поступила в отделение гастроэнтерологии с жалобами на боли в эпигастрии распирающего характера, тошноту, рвоту.

Анамнез заболевания: Боли в животе беспокоят ребенка в течение месяца. Боли без четкой локализации, периодически отрывка. Накануне девочка ела жирный торт. Поступила в хирургическое отделение в связи с выраженным болевым синдромом, многократной рвотой. Острая хирургическая патология исключена, переведена в отделение гастроэнтерологии.

Анамнез жизни: Развитие соответствовало возрасту. Перенесенные заболевания: инфекция мочевыводящих путей в грудном возрасте. Детские инфекции: в/оспа. Операции: аденотомия в возрасте 4 лет. Аллергоанамнез – не отягощен. Наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии, патологии ЖКТ (хронический панкреатит отца), эндокринной патологии. Прививки по возрасту, реакции Манту – гиперергическая реакция. Наблюдение специалистов: нефролог: ИМВП, кристаллурия.

Состояние при поступлении Состояние средней степени тяжести. Самочувствие страдает за счет абдоминального болевого синдрома. Умеренно повышенного питания. Физическое развитие выше среднего, гармоничное. Кожные покровы бледные, периорбитальный цианоз. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительна. Язык слегка обложен белым налетом. Живот не вздут, обычной формы, симметричен, активно участвует в акте дыхания, доступен глубокой пальпации, болезненный в панкреатодуоденальной области. Печень: у края реберной дуги, край эластичный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Пузырные симптомы отрицательны. Стул последний раз накануне, со слов ребенка жидкий, 4 раза. Симптом поколачивания отрицательный. Дизурии нет.

Общий анализ крови: Нв – 130 г/л Эр – $4,70 \times 10^{12}/л$, Лейкоц – $14,3 \times 10^9/л$, п/я – 22%, с/я – 45%, эоз – 5%, лимф – 39%, мон – 13%, СОЭ – 12 мм/ч

Биохимический анализ крови: АлАт - 19 (до 40), АсАт – 26 (до 40), амилаза общая – 320 (до 80), амилаза панкреатическая – 550 (до 80), липаза – 430 (до 80), общий белок – 66,60 (65 – 85), мочевины – 4,80 (4,2– 8,3), креатинин – 56,0 (53 - 115), холестерин – 4,72 (1,7 – 5,2), триглицериды – 1,36 (0,0 – 1,69), глюкоза – 4,63 (до 3,0 - 5,5), билирубин общий – 9,30 (1,3 – 20,5), СРБ-32 (до 8,2).

Анализ мочи общий без особенностей. Диастаза мочи: 3050.0 ед/л (до 380).

Копрология: цвет – темно-коричневый, форма – неоформленный, реакция – нейтральная, слизь – нет, клетчатка перевариваемая – много, мышечные волокна – редко, жир нейтральный – в небольшом количестве, кристаллы жирных кислот – много, крахмал внутриклеточный – в небольшом количестве, лейкоциты в п/з – редко, эпителий в п/з – редко.

ЭГДС: дуоденит, папиллит

УЗИ брюшной полости: Поджелудочная железа: обычной формы, экзогенность повышена, контуры ровные, капсула не уплотнена, увеличена в области головки, структура диффузно неоднородна за счет дополнительных высокоимпульсных эхосигналов. По остальным органам без отклонений.

Вопросы к задаче:

1. Ваш диагноз? Обоснуйте ответ. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? Какие исследования еще необходимо провести в данном случае для уточнения этиологии заболевания?
3. Составьте план лечения.

Острый панкреатит. Нельзя исключить дебют наследственного панкреатита.

Задача № II-

Мальчик К. 15 лет поступил в отделение гастроэнтерологии с жалобами на боли в эпигастрии, возникающие после приема пищи.

Анамнез заболевания: Периодические боли в эпигастрии беспокоят в течение 8 месяцев. Боли возникают на фоне нарушения режима питания, употребления жирных и острых продуктов, стресса. Периодически беспокоит кислый привкус во рту. Последние несколько дней боли стали более интенсивными. Купируются после приема антацидов. К гастроэнтерологу не обращался.

Анамнез жизни: Аллергоанамнез: крапивница на мёд. Наследственный анамнез отягощен по язвенной болезни 12-перстной кишки, хроническому гастриту, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, мочекаменной болезни.

Состояние при поступлении средней тяжести. Самочувствие ближе к удовлетворительному. Физическое развитие среднее, гармоничное. Appetit сохранен. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Язык обложен белым налетом у корня. Живот обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания, мягкий, доступен глубокой пальпации, болезненный в эпигастрии и пилородуоденальной зоне. Пузырные симптомы отрицательные. Печень у края реберной дуги, при пальпации край печени плотно-эластичной консистенции, безболезненный, селезенка не пальпируется. Стул со слов ребенка ежедневный, оформленный, без патологических примесей. Область почек не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: Нв – 139 г/л, Эр – $4,64 \times 10^{12}$ /л, ср. тромбоциты 321×10^9 /л, лейкоциты $7,3 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с/я - 40%, эозинофилы - 10%, лимфоциты - 41%, моноциты - 7%, СОЭ 8 мм/час.

Биохимический анализ крови: АлАт - 8 ед/л, АсАт – 21 ед/л, щелочная фосфатаза – 110 ед/л, амилаза – 74 ед/л, ГГТ 16 ед/л, общий белок – 78 г/л, мочевины – 5,6 ммоль/л, холестерин 4,08 ммоль/л, билирубин общий – 10,2 мкмоль/л, глюкоза – 4,87 ммоль/л.

Общий анализ мочи: в пределах нормы.

Латекс-тест на АГ H. Pylori положительный

ФЭГДС. Слизистая желудка в антральном отделе отечна, гиперемирована. Луковица 12 перстной кишки обычных размеров, пустая. Слизистые очагово гиперемированы, отечны по всем стенкам. Гистологическое исследование, результат: хронический выраженный умеренно активный гастрит, дуоденит.

Вопросы к задаче:

1. Ваш диагноз? Обоснуйте ответ.
2. Какие факторы способствуют развитию заболевания? Назовите факторы агрессии для слизистой оболочки желудка и 12 п кишки.
3. Составьте план лечения.

Эталонный ответ:

1. Хронический антральный гастрит, дуоденит, стадия обострения Нр+. Диагноз поставлен на основании жалоб, генетического анамнеза, анамнеза болезни, объективного осмотра, результатов лабораторного и инструментального обследования.
2. Факторы, способствовавшие развитию заболевания: наследственная предрасположенность, погрешности в диете, стресс, нарушение режима питания, хеликобактериоз. Факторы агрессии для слизистой оболочки: соляная кислота, пепсины, желчные кислоты.
3. Здоровый рацион, режим питания, эрадикационная терапия 14 дней (омепразол 40 мг х 2р, амоксициллин 1000 г 2р, метронидазол 500 мг х 2р). Наблюдение гастроэнтеролога.

Задача №

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 нарастали: 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.

Эталонный ответ:

1. Острая ревматическая лихорадка (1 атака): малая хорея; гуморальная активность 1 ст.; НК0. 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 № II-

Мальчик И., 12 лет, поступил в стационар для уточнения диагноза.

Из анамнеза: 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 нарастали: 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. О каком заболевании может идти речь? Перечислите основные и дополнительные диагностические признаки заболевания. Укажите признаки ревматической хореи.
2. Показания к терапии кортикостероидами.
3. Как наблюдать ребенка после выписки из стационара?

Диагноз: хорея

Задача № II-

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 отеками 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 – 122х50 мм, паренхима – 17мм. Правая почка – 125х47 мм, паренхима - 16мм. Отмечается неравномерное повышение эхогенности паренхимы. Лоханка щелевидной формы.

Вопросы к задаче:

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

Острый постстрептококковый гломерулонефрит

Задача № II-

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 отеками 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?

Острый постстрептококковый гломерулонефрит

Задача № II -

Ребенок 7 лет, поступил в больницу с жалобами на отеки, редкие мочеиспускания.

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

Анамнез заболевания: Заболел в 4-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. Последнее обострение развилось на фоне снижения дозы преднизолона до 10 мг. 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 1 см снаружи от правого края грудины, левая - на 2 см снаружи от левой среднеключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС - 128 уд/мин, АД - 100/60 мм.рт.ст. Живот увеличен в объеме, выражены симптомы асцита. Печень выступает на 3 см из-под реберной дуги. Диурез снижен.

Общий анализ крови: Hb - 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, альбумин - 17 г/л, креатинин - 48 мкмоль/л, мочевины - 6,2 ммоль/л, холестерин - 7,8 ммоль/л, калий - 4,5 ммоль/л, кальций - 1,8 ммоль/л.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, белок - 7,2 г/л, лейкоциты - 3-5 в п/з, цилиндры: гиалиновые - 5-6 в п/з, зернистые - 3-4 в п/з.

Суточная протеинурия: белок - 6,7 г/сут.

Вопросы к задаче:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Каковы возможные этиологические факторы данного заболевания?
3. Патогенез отеков при данной форме заболевания.

Эталонный ответ:

1. Хронический гломерулонефрит, стероидзависимый нефротический синдром, период обострения, 3 рецидива. 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-пенициллина 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 № II-

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 появились экхимозы различной величины и мелкоточечная геморрагическая сыпь. Участковым врачом поставлен диагноз: геморрагический васкулит. Кровотечений ранее в анамнезе не наблюдалось.

Наследственный анамнез: у отца удалена селезенка в раннем детстве, диагноз не помнит.

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. Сыпь не пальпируется, расположена ассиметрично. В носовых ходах тампоны, пропитанные кровью. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Физиологические отправления в норме.

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

Время кровотечения по Дюке 12 мин (2-5)

Время свертывания 6 мин (5-10)

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.

Миелограмма: увеличено количество мегакариоцитов, остальные показатели в пределах нормы.

Вопросы к задаче:

1. Согласны ли Вы с диагнозом участкового врача? Сформулируйте диагноз. Какие данные анамнеза, 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.

Иммунная тромбоцитопения, тяжелой степени, острое течение

Задача № II-

Мальчик П., 9 лет, поступил по направлению участкового педиатра в связи с появлением сыпи на коже, болями в животе и суставах. Жалуется на схваткообразные боли в животе, боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной геморрагической сыпи на нижних конечностях. Из анамнеза известно, что 2 недели назад у мальчика поднялась температура до 38°C, появились боли в горле. Участковый педиатр поставил диагноз ОРВИ (острый тонзиллит), назначил симптоматическое лечение. Через неделю на коже нижних конечностей появилась мелкоточечная сыпь, непостоянные боли в левом коленном суставе, боли в животе.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Вялый, лежит в вынужденной позе с поджатыми к животу коленями. На коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, пальпируемая, местами сливная 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. Живот болезненный при пальпации, печень, селезенка не пальпируются. Стул скудный, небольшими порциями, кашицеобразный, цвета "малинового желе". Мочится хорошо, моча светлая.

Общий анализ крови: Hb - 115 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,9, Тромб - 435×10^9 /л, Лейк - $10,5 \times 10^9$ /л, юные - 1%, п/я - 5%, с/я - 57%, э - 2%, л - 28%, м - 7%, СОЭ - 25 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 71 г/л (65-85), мочевины - 3,7 ммоль/л (3,2-8,2), креатинин - 47 ммоль/л (35-110), билирубин общий - 20,2 мкмоль/л (3,4-20,7), АСТ - 25 Ед (до 40), АЛТ - 20 Ед (до 40).

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, относительная плотность - 1012, белок отсутствует, эпителий - 0-1 в п/з, лейкоциты - 2-4 в п/з, эритроциты, цилиндры отсутствуют.

Вопросы к задаче:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте. Нужны ли дополнительные методы исследования для того, чтобы подтвердить диагноз?
2. Опишите кратко патогенез заболевания.
3. Составьте план лечения больного.

Диагноз: гематология

Задача №II-

Мальчик Р. 12 лет поступил в отделение с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры, боли в ногах.

Из анамнеза известно, что в течение последних 3 месяцев мальчик стал быстро уставать, снизился аппетит. 2 недели назад родители заметили, что ребенок побледнел. 10 дней назад повысилась температура до $39,3^{\circ}\text{C}$, увеличились подчелюстные лимфатические узлы. В амбулаторном анализе крови выявлен лейкоцитоз до $200 \times 10^9/\text{л}$, мальчик был госпитализирован.

Анамнез жизни без особенностей.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, на конечностях многочисленные экхимозы. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфатические узлы размерами до 1,5 см, подвижные, безболезненные; подмышечные, паховые лимфатические узлы до 1,0 см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах справа ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень + 4,0 см, селезенка + 2,0 см ниже края реберной дуги. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

Общий анализ крови: Hb - 86 г/л, Эр - $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, Тромб - единичные, Лейк - $208 \times 10^9/\text{л}$, бласты - 76%, п/я - 1%, с - 4%, л - 19%, СОЭ – 64 мм/час.

Миелограмма: костный мозг гиперплазирован, бласты - 96%, нейтрофильный росток - 3%, эритроидный росток - 1%, мегакариоциты – не найдены.

Цитохимическое исследование костного мозга: ШИК-реакция гранулярная в 95% бластов, реакция на миелопероксидазу и Судан отрицательная.

Иммунологическое исследование костного мозга: выявлены маркеры Т3.

Исследование ликвора: цитоз - 2000/3, белок - 2960 мг/л, реакция Панди - +, бласты - 100%.

Вопросы к задаче:

1. Поставьте диагноз согласно принятой классификации. Обоснуйте поставленный диагноз.
2. Что явилось решающим в постановке Вашего диагноза?
3. Назовите основные этапы лечения этого заболевания.

ЛЕЙКОЗ

Задача №II-

Девочка 13 лет, предъявляет жалобы на слабость и быструю утомляемость в течение недели; в последние 2 дня сонливость, головокружение, дважды была кратковременная потеря сознания. Всю неделю стул очень темный.

Анамнез заболевания. Считает себя больной в течение полгода. В дебюте заболевания боли в животе, локализующиеся в эпигастрии и появляющиеся утром натощак; боли купируются приемом пищи. К врачу не обращались. Из диспепсических явлений отрыжка, редко изжога. Режим дня и питания не соблюдает.

Анамнез жизни. Раннее развитие без особенностей. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственный анамнез. Мать 36 лет - здорова; отец 38 лет - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; дед (по матери) - язвенная болезнь желудка.

При осмотре: рост 151 см, масса 40 кг. Ребенок вялый, апатичный, выраженная бледность кожных покровов и слизистых. Сердце: ЧСС – 110 уд/мин, хлопающий I тон на верхушке и в V точке Боткина, проводится на сосуды шеи (шум "волчка"), АД - 85/50 мм рт.ст. Живот не увеличен, мягкий, умеренная болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии и пилоро-дуоденальной области. Печень не увеличена, симптомы желчного пузыря отрицательные, небольшая болезненность в точках Дежардена и Мейо-Робсона. Стул темного цвета, оформленный.

Общий анализ крови: Эр - $2,8 \times 10^{12}/л$; Нб - 72 г/л; Ц.п. - 0,77; ретикулоциты - 5%, анизоцитоз, пойкилоцитоз, гематокрит - 29 %; Лейк - $8,7 \times 10^9/л$; п/я - 6%, с/я - 50%, э - 2%, л - 34%, м - 8%; СОЭ - 12 мм/час; тромбоциты - $390 \times 10^9/л$.

Биохимический анализ крови: железо - 7 мкмоль/л.

Кал на скрытую кровь: положительный

Эзофагогастродуоденофиброскопия при поступлении: слизистая пищевода розовая. Кардия смыкается. В желудке слизистая пестрая с плоскими выбуханиями в теле и антральном отделе, очаговая гиперемия и отек в антруме. Луковица средних размеров, выраженный отек и гиперемия. На передней стенке линейный рубец 0,5 см. На задней стенке округлая язва 1,5х1,7 см с глубоким дном и выраженным воспалительным валом. Из дна язвы видна поступающая в просвет кишки струйка крови. Произведен местный гемостаз.

Биопсийный тест на НР: (+++).

Вопросы к задаче:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его. Какое состояние выступает на первый план в клинической картине ребенка при поступлении?
2. С какими состояниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Назначьте лечение.

ЯЗВА ЖЕЛУДКА КРОВОТОЧ

Задача №II-

Мальчик 10 лет, предъявляет жалобы на боли в околопупочной области и эпигастрии, появляющиеся через 1,5-2 часа после еды, иногда утром натощак. Отрыжка воздухом, тошнота. Ночью живот никогда не болел. Жалобы на боли в животе беспокоят в течение 2 лет, однако к врачу никогда с этими жалобами не обращались. Мальчик страдает различными фобиями, трудно сходится со сверстниками. Много времени проводит дома, за компьютером.

Из анамнеза известно, что ребенок от 1 беременности, роды срочные. Находился на естественном вскармливании до 2 месяцев. Аллергические реакции на яйца - крапивница. Режим питания не соблюдает, часто питается всухомятку, большие перерывы в еде.

Наследственный анамнез не отягощен.

Осмотр: рост 134 см, вес 31 кг. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Слизистые чистые, влажные. Сердечно-легочная система без патологии. Живот не вздут, симптом Менделя (+) в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области. Печень не увеличена, край мягко-эластичный, безболезненный. Стул регулярный 1 раз в сутки или через день, иногда типа «овечьего».

Общий анализ крови: Hb - 132 г/л; Эр - $4,4 \times 10^{12}/л$; Ц.п. - 0,9; Лейк - $7,3 \times 10^9/л$; п/я - 3%, с/я - 47%, л - 38%, э - 4%, м - 8%; СОЭ - 5 мм/час.

Биохимический анализ крови: АлАт - 8 ед/л (до 40), АсАт - 21 ед/л (до 40), щелочная фосфатаза - 110 ед/л (40-130), амилаза - 74 ед/л (до 80), ГГТ 16 ед/л (9-64), общий белок - 78 г/л (65 - 85), мочевины - 5,6 ммоль/л (1,7-8,3), холестерин 4,08 ммоль/л (1,7 - 5,2), билирубин общий - 10,2 мкмоль/л (1,3 - 20,5), глюкоза - 4,87 ммоль/л (3,00-5,55).

Общий анализ мочи: без особенностей.

Эзофагогастродуоденофиброскопия: слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается. Слизистая оболочка антрального отдела желудка розовая, блестящая, луковица двенадцатиперстной кишки и постбульбарные отделы не изменены. Взяты два фрагмента биопсии слизистой оболочки антрального отдела на НР.

Биопсийный тест на НР: отрицательный

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь - грушевидной формы, не увеличен, с перегибом в области шейки, анэхогенен.. Поджелудочная железа с ровными контурами, обычной эхогенности, не увеличена.

Вопросы к задаче:

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Показано ли было в данном случае проведение ФЭГДС? Объясните свой ответ.
3. Составьте план лечения.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ

Задача №II-

Мальчик 4-х лет поступил в отделение с жалобами на слабость, субфебрильную температуру, отсутствие аппетита, боли в животе.

Анамнез заболевания. Болен около 3 недель, лечился по поводу ОРВИ, анемии, эффекта от лечения не было, нарастала слабость появились «синяки» на теле.

Анамнез жизни. Без особенностей. Наследственный анамнез не отягощен.

При осмотре. Температура 37,5. Физическое развитие среднее, гармоничное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, кожный геморрагический синдром в виде нескольких экхимозов на руках и ногах, петехиальной сыпи на туловище. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 22 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. ЧСС 104 уд. в мин. АД 95/55 мм рт.ст. Живот увеличен, печень +3см, плотная, нижний полюс селезенки у входа в малый таз. Стул и мочеиспускание в норме.

Клинический анализ крови: Hb – 68 г/л, Эр. – $2,1 \times 10^{12}/л$, тромбоциты – $25 \times 10^9/л$, L – $280 \times 10^9/л$, миелобласты – 10%, промиелоциты – 5%, миелоциты – 5%, метамиелоциты – 4%, с/я - 28%, п/я – 12%, лимф. – 29%, мон. – 5%, СОЭ – 45 мм/час. Анизоцитоз, пойкилоцитоз +++.

Вопросы к задаче:

- 1.Какое заболевание можно заподозрить? Какой метод исследования имеет решающее значение в диагностике?
- 2.Укажите классификацию данного заболевания.
- 3.Назовите основные принципы терапии.

ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ

Задача № II -

Девочка 14 лет, направлена на обследование в консультативно-диагностический центр (КДЦ) в связи с жалобами на снижение аппетита, повышенную утомляемость, раздражительность, ломкость волос и ногтей, приступы сердцебиения, которые появились у неё примерно полгода назад.

Анамнез жизни: ребёнок из социально неблагополучной семьи, росла и развивалась соответственно возрасту. Острыми респираторными инфекциями болела часто, в течение последних 2-х лет заболеваемость участилась до 8-10 раз в год. В школе учится хорошо, однако в течение последнего года успеваемость снизилась. Мясные продукты в пищу употребляет редко. Мenses – с 12 лет, нерегулярные, обильные, продолжительностью 5-7 дней.

При осмотре: девочка пониженного питания. Кожа бледная, сухая, чистая. Волосы сухие, тонкие, ломкие. Ногти тусклые, поперечная исчерченность, слоистость. Видимые слизистые оболочки чистые, бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, мягкий систолический шум с р.maximum на верхушке, без зоны проведения. ЧСС 108 уд/мин. АД – 95/55 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Стул оформленный, ежедневно. Интеллект соответствует возрасту, в контакт вступает неохотно.

Общий анализ крови: Hb – 72 г/л, эритроц. – $2,9 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,76; тромбоц. – $355 \times 10^9/л$, ретикулоциты – 1,6%, лейкоц. – $8,4 \times 10^9/л$, п/я – 3%, с/я – 60%, лимф. – 28%, мон. – 5%, эоз. – 4%, СОЭ – 7 мм/ч.

Биохимический анализ крови: железо – 2,8 мкмоль/л, ОЖСС – 103,2 мкмоль/л, ферритин – 10,5 мкг/л (N=60-120), трансферрин – 2,9 г/л (N=2,5-2,6).

Показатели гемоанализатора: MCV – 67 фл (N=75–100), MCH – 19,7 пг (N=27–32), MCHC – 22,5 г/л (N=30–36), RDW – 16,9% (N=13,0–14,5).

Вопросы к задаче:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его. Каковы причины развития заболевания в данном случае?
2. Назначьте терапию: название и дозы препаратов. Какова продолжительность патогенетической терапии?
3. Какие клинико-лабораторные критерии можно использовать в качестве маркера эффективности лечения?

Железодефицитная анемия, среднетяжелое течение.

Задача № II-

На приеме у врача-педиатра участкового девочка 1,5 лет с мамой. Мать предъявляет жалобы на наличие у ребенка высыпаний на коже, умеренного кожного зуда, нарушение сна. Из беседы с матерью стало известно, что ребенок находился на грудном вскармливании до 3 месяцев, затем был переведен на искусственное вскармливание смесью «Nutrilon». Высыпания на коже впервые появились на 4ом месяце жизни, локализовались преимущественно на лице в области лба, щек и подбородка и на разгибательных поверхностях конечностей. В качестве терапии при обострении получает мази с топическими глюкокортикоидами, на фоне которых отмечается положительная динамика, высыпания купируются. Продолжительность ремиссий составляет 1-2 месяца в осенне-зимний период, летом обострений обычно нет. Семейный анамнез: у матери ребенка экзема рук, она курит с 15 лет.

Объективно: масса тела – 12500 г, при осмотре возбуждена, осмотреть себя дает с трудом. Подкожно-жировой слой развит достаточно, кожа сухая. В области лица (за исключением носогубного треугольника), шеи, наружной поверхности верхних и нижних конечностей отмечаются гиперемия кожи, пятнисто-папулезные элементы сыпи ярко-розового цвета, шелушение. На конечностях множественные экскориации и кочки. Лимфатические узлы шейной группы увеличены до размеров «лесного ореха». Язык «географический». В легких дыхание пуэрильное, равномерно проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Стул полуоформленный, 2-3 раз в день.

Общий анализ крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$, цветной показатель – 0,98, лейкоциты – $6,3 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 23%, эозинофилы – 10%, лимфоциты – 60%, моноциты – 4%, СОЭ – 9 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, удельный вес – 1014, белок – отсутствует, глюкоза – отсутствует, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0–1 в поле зрения, эритроциты – нет, слизь – немного.

Вопросы:

- 1.Поставьте диагноз в соответствии с общепринятой классификацией и обоснуйте его.
- 2.Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- 3.Назначьте лечение и обоснуйте свои назначения. Назовите основные принципы базовой терапии заболевания и профилактики обострений.

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ

Задача № II –

На амбулаторном приеме девочка 4-х месяцев жизни, рожденная от V беременности II срочных родов, первая беременность закончилась выкидышем, последующие беременности – мед. аборт, 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; Ра - гулит; 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.

РАХИТ

Задача № II-

Девочка 5 лет заболела 2 дня назад, когда после переохлаждения повысилась температура тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, 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 – $4,3 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 128 г/л, лейкоциты – $6,4 \times 10^9/\text{л}$, 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.

Инфекция мочевыводящих путей

Задача № II -

На профилактическом приеме врача-педиатра участкового мать с девочкой 5 месяцев. Жалоб нет. Ребенок от III беременности, протекавшей с анемией, гестозом I половины, ОРВИ в III триместре. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей (мальчик 1,5 года и девочка 4 года).

Девочка родилась в срок с массой тела 3250 г, длиной – 53 см. Период новорожденности без особенностей. На естественном вскармливании до 1 месяца, далее кормление цельным коровьим молоком. Прикорм не введен. Физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрасту, масса тела 7000 грамм. В возрасте 2,5 месяцев перенесла ОРВИ.

При осмотре: ребенок удовлетворительного питания. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, суховаты на ощупь. Слизистые бледно-розовые, чистые. В легких при сравнительной перкуссии легочный звук на симметричных участках грудной клетки. При аускультации пуэрильное дыхание, ЧД 36 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 116 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см ниже края реберной дуги, край ровный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, желтый, без патологических примесей. Мочеиспускание не нарушено.

В анализе периферической крови: Hb – 95 г/л, эритроциты – $3,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $8,5 \times 10^9$ /л; палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 32%, базофилы – 1%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 58%, моноциты – 4%, СОЭ – 6 мм/час, гипохромия++, анизоцитоз+, пойкилоцитоз+.

Содержание гемоглобина в эритроцитах – 22 пг (норма 24-30 пг).

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз? Определите группы риска.
Какие дополнительные исследования необходимо провести педиатру для уточнения диагноза? Вычислите цветовой показатель (ЦП) и оцените его значение.
2. Нуждается ли ребенок в коррекции питания? Выявите недостатки при организации вскармливания ребенка, обоснуйте назначение молочной смеси, продуктов прикорма.
3. Назначьте лечение, обоснуйте выбор препарата, проведите контроль эффективности и безопасности. Какие профилактические прививки должен иметь этот ребенок?
Диагноз: ЖДА

Задача № II -

Мать с девочкой 11 месяцев пришла на профилактический прием к врачу-педиатру участковому. Жалобы на плохой аппетит. Ребенок от III беременности, протекавшей с анемией, гестозом в первой половине беременности. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей. Девочка родилась в срок, с массой тела 3050 г, длиной – 52 см. Период новорожденности без особенностей. На грудном вскармливании до 3 месяцев, далее адаптированная молочная смесь и кефир. Прикормы начали вводить с 7 месяцев. В настоящее время получает каши, преимущественно манную, тертое яблоко, кефир, цельное молоко.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые оболочки бледные, чистые. Подкожная жировая клетчатка развита хорошо. Лимфоузлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета. Мочеиспускание не нарушено.

В анализе периферической крови: Hb – 95 г/л; эритроциты – $3,7 \times 10^{12}$ /л; цветовой показатель. – 0,85; лейкоциты – $6,5 \times 10^9$ /л; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 32%; базофилы - 1%; эозинофилы – 3%; лимфоциты – 58%; моноциты – 4%; СОЭ – 6 мм/час; гипохромия ++, анизоцитоз +, пойкилоцитоз +. Содержание гемоглобина в эритроцитах - МСН – 22 пг (норма 24-33 пг).

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Какие продукты необходимо включить в рацион ребенка?

Укажите расчет дозы и длительность курса терапии.

Диагноз: ЖДА

Задача № II-

Профилактический осмотр в детской поликлинике ребенка в 1 месяц. Мать кормит ребенка грудью, жалуется, что в последние дни ребенок стал беспокойным, часто плачет, плохо спит, во время кормления бросает сосать, кричит. Стул водянистый, с кислым запахом, пенистый. Во время кормления у ребенка урчит в животе. Ребенок не лихорадит. Контакт с инфекционными больными мать исключает.

Перинатальный анамнез: ребенок от 1 беременности на фоне токсикоза и анемии, родился недоношенным, 37 недель, роды стремительные; оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Вес при рождении 2900 г, 49 см.

При объективном обследовании вес 3600 г, кожные покровы чистые, влажные, живот вздут, при пальпации урчит, ребенок реагирует на осмотр негативно. Обращает внимание покраснение перианальной области.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какова этиология заболевания?
3. Сформулируйте рекомендации по лечению.

Диагноз: лактазная недостаточность

Задача № II -

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.

ЭНТЕРОБИОЗ

Задача № II-

На патронаже новорожденная девочка, возраст – 7 суток жизни. Родилась с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов, с массой тела 3400 г, длиной 52 см. Мать ребенка жалоб не предъявляет.

Из анамнеза: матери ребенка 22 года, здорова, беременность первая, протекала на фоне анемии и преэклампсии легкой степени (отечная форма) с 34 недель, роды срочные, самостоятельные, без осложнений. Состояние ребенка с рождения удовлетворительное. К груди была приложена в родильном зале. Сосательный рефлекс был активный. На 3 сутки жизни появилась умеренно выраженная желтушность кожного покрова. На 5 сутки ребенок был выписан под наблюдение участкового педиатра с Ds: здоров.

При объективном исследовании: состояние удовлетворительное. При кормлении активна. Спонтанная двигательная активность достаточная. Рефлексы орального и спинального автоматизма выражены хорошо. Кожа желтушная, чистая, пупочное кольцо без воспалительных изменений. Слизистые носа, полости рта розовые, чистые. Склеры субиктеричны, конъюнктивы чистые. Физиологический мышечный гипертонус. Костно-суставная система сформирована правильно. ЧДД - 48 в минуту, ЧСС - 136 в минуту. Аускультативно дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не определяется. Мочеиспускания частые, моча светлая прозрачная. Стул кашицеобразный, почти после каждого кормления, желтого цвета.

ОАК (общий анализ крови): лейкоциты – $9,0 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты – $5,0 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 180 г/л, тромбоциты – $220 \times 10^9/\text{л}$; эозинофилы – 4%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, лимфоциты – 41%, моноциты – 5%, СОЭ – 3 мм/час.

Биохимическое исследование крови: общий белок – 54 г/л, общий билирубин – 180 ммоль/л за счет непрямого, не прямой билирубин – 145 ммоль/л, АЛТ – 20 ммоль/л, АСТ – 18 ммоль/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, мочевины – 4,2 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л.

Ребенок БЦЖ - вакцинирован, отказ от вакцинации против гепатита В со стороны матери.

Вопросы:

- 1.Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 2.Какова тактика ведения данного ребенка на амбулаторном этапе. Какие клинические симптомы будут свидетельствовать необходимости дальнейшего обследования и лечения в условиях стационара?
- 3.Составьте план вакцинопрофилактики для данного ребенка на первые 3 месяца.

Диагноз: физиологическая желтуха новорожденного

Задача № II-

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 неотягощен.

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 пальпируются. 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?

Эталон ответа

1. Оsn. 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.
3. 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 № II-

У Марины 12 лет жалобы на «голодные» боли в эпигастриальной и пилорoduоденальной области в течение года, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Первое обращение к врачу-педиатру участкового неделю назад, после амбулаторной ФЭФГДС повторно пришла на прием к врачу-педиатру участкового.

У матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца хронический антральный гастрит.

Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. Характер – эмоциональна, впечатлительна.

Осмотр: рост – 152 см, масса – 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: симптом Менделя положителен, в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс, болезненность в эпигастрии и пилорoduоденальной области. Печень у реберного края, безболезненная при пальпации. По другим органам без патологии.

Общий анализ крови: гемоглобин – 128 г/л, цветной показатель – 0,9, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $7,2 \times 10^9$ /л; палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 36%, моноциты – 7%, СОЭ – 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная, pH – 6,0; плотность – 1,017; белок – нет; сахар – нет; эпителиальные клетки – 1-2-3 в п/з; лейкоциты – 2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, АлАТ – 19 Ед/л, АсАТ – 24 Ед/л, ЩФ – 138 Ед/л (норма 7-140), амилаза 100 Ед/л (норма 10-120), билирубин – 15 мкмоль/л, из них связанный – 3 мкмоль/л.

Эзофагогастрoduоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия – смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антральном отделе – на стенках – множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы – очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55×21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка 18 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 18 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста без особенностей. Биопсийный уреазный тест на НР-инфекцию: положительный (++)

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Назовите неинвазивные тесты на хеликобактер.
3. На основе каких препаратов Вы бы рекомендовали схему первой линии эрадикационной терапии? Подберите необходимую диету для больного.

Эталонный ответ:

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (активная язва луковицы), впервые выявленная. *H. pylori* (+). Хронический гастрoduоденит, обострение.

Диагноз поставлен на основании типичных жалоб: голодные, «поздние» и «ночные» боли в эпигастриальной и пилорoduоденальной области, купирующиеся приемом пищи, отягощенная наследственность по гастроэнтерологической патологии, данных объективного осмотра: положительный симптом Менделя, болезненность при пальпации эпигастриальной и пилорoduоденальной зоны, эндоскопического исследования желудка и двенадцатиперстной кишки, биопсийного уреазного теста на НР-инфекцию.

2. 13 С-уреазного дыхательного теста и выявление антигена *H. pylori* в кале.

Четырнадцатидневную тройную терапию на основе омепразола (эзомепразола) и двух антибактериальных препаратов. Препаратами первого ряда является амоксициллин и метронидазол. Исключить из рациона фаст-фуд, острые, жирные и жареные продукты (4-5 кратный прием пищи).

Задача № II-

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?

Нефритический синдром

Задача № II-

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 – 4×10^{12} /л, гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты – $8,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 49%, лимфоциты – 43%, моноциты – 5%, тромбоциты – 365×10^9 /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.

Нефротический синдром

Задача № II-

Мальчик Д. 4 года с мамой обратились к педиатру с жалобами на повышение температуры тела, недомогание, слабость, снижение аппетита, периодические боли в животе.

При анализе амбулаторной карты выявлено, что в течение года у ребенка отмечались подъемы температуры тела до фебрильных цифр без явных катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей и лор-органов. Однако расценивались указанные симптомы как проявления ОРВИ, по поводу чего получал противовирусные препараты, жаропонижающие препараты, а также неоднократно короткие курсы пероральных антибактериальных средств. УЗИ почек на первом году жизни – без патологии. Анализы мочи в течение последнего года до настоящего обращения не исследовались.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 37,3 °С, ЧСС – 110 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт. ст. Кожные покровы чистые, обычной окраски, теплые. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные. Миндалины не изменены. 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. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный слева. Мочеиспускания 4-5 раз в сутки, периодически отмечается беспокойство при мочеиспускании. Стул – оформленный, со склонностью к запорам (1 раз в 1-3 дня).

Результаты амбулаторного обследования:

Общий анализ крови: эритроциты – $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты – $15,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 30 мм/час.

Общий анализ мочи: белок – 0,3 г/л, лейкоциты – 170-180 в поле зрения, эритроциты – 3-5 в поле зрения, реакция щелочная, бактериурия ++.

УЗИ почек выявило уплотнение стенок ЧЛС (чашечно-лоханочной системы), пиелэктазию слева (лоханка 9 мм на наполненный мочевой пузырь, 14 мм – после микции).

См.с обратной стороны

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Укажите необходимое визуализирующее исследование для уточнения диагноза и определения тактики ведения (проводимое после достижения ремиссии заболевания).
3. Антибактериальные препараты каких групп наиболее часто используются при этом заболевании? Укажите препарат нитрофуранового ряда, который наиболее часто используется для длительной антимикробной профилактики рецидивов заболевания.

Пиелонефрит и пузырно-мочеточниковый рефлюкс

Задача № П-

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?

Эталонный 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 одышечно-цианотические приступы.

Задача № II-

На приеме у врача-педиатра участкового мать с ребенком 3 лет 10 месяцев.

Мать жалуется на субфебрильную температуру, плохой аппетит, сухой кашель у ребенка.

Эпидемиологический анамнез: дедушка ребенка болен фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, МБТ (+). Со слов мамы, дед проживал по другому адресу, но с ребенком общался.

Анамнез жизни: родился в срок, вес – 3100 гр. Вакцинация БЦЖ в родильном доме.

Ребенок часто болеет простудными заболеваниями, месяц назад перенес ветряную оспу.

Анамнез заболевания: заболел более месяца назад, повысилась температура до 37,8 °С, сохранялась в течение 3 дней, затем периодически повышалась в вечернее время, в этот период стали отмечать сниженный аппетит, вялость, сонливость, появился сухой коклюшеподобный кашель.

Объективный статус: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные на ощупь. Тургор тканей снижен. Поствакцинальный кожный знак от БЦЖ – рубчик 3 мм. Пальпируются периферические лимфатические узлы (затылочные, подчелюстные, шейные, надключичные, подмышечные), размером до 0,6–0,8 см, мягко-эластической консистенции, безболезненные, подвижные, не спаянные с окружающей тканью и между собой. При физикальном обследовании в легких: справа паравертебрально укорочение перкуторного звука, здесь же дыхание жесткое.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 123 г/л, лейкоциты – $7,8 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%; палочкоядерные – 1%; сегментоядерные – 32%; лимфоциты – 63%; моноциты – 4%. СОЭ – 12 мм/час.

Результаты пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л: 1 год – отрицательная; 2 года – отрицательная; 3 года – папула 10 мм.

Обзорная рентгенограмма грудной клетки: в легких очаговых и инфильтративных изменений не определяется. Правый корень расширен, границы нечеткие. Левый корень структурен. Легочный рисунок обогащен в прикорневой зоне справа.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Представьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний при этой патологии. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Укажите ошибки в наблюдении за ребенком. Дальнейшая тактика ведения больного.

Диагноз: туб инф

Задача № II-

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, Нt - 37,6, лейкоциты - $7,3 \times 10^9/л$, эозинофилы - 3%, п/я - 2%, с/я - 48%, лимфоциты - 40%, моноциты - 7%, СОЭ - 7мм/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.

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 пилородуоденальной 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 № II -

На приеме мальчик 13 лет с жалобами на повышение температуры тела, боли в животе, тошноту, однократную рвоту. Лечились самостоятельно - жаропонижающие препараты и сорбенты, без эффекта.

Из анамнеза. Ребенок от I беременности, протекавшей на фоне токсикоза в I триместре, физиологических родов. Масса при рождении 3200 г, рост 52 см. Развивался соответственно возрасту. Привит по календарю. Посещает спортивную секцию футбола. Болен 3-й день. Накануне заболевания тренировался в холодную погоду на улице.

Объективно. Состояние средней тяжести. Температура тела 38,4°C. Кожные покровы чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Зев розовый. Язык у корня обложен налетом белого цвета. Над легкими перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно - везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД - 28 в 1 минуту. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца средней звучности, ритм сохранен. ЧСС - 92 в 1 минуту. Живот умеренно вздут. Отмечается умеренно выраженная болезненность в левой подвздошной области. Печень не пальпируется. Пузырные симптомы отрицательные. Симптом поколачивания положительный слева. Стул за сутки 1 раз, оформленный. Мочеиспускание безболезненное. Очаговой неврологической симптоматики нет.

Общий анализ крови - эритроциты - $4,7 \times 10^{12}/л$, Нв - 137 г/л, лейкоциты - $15,8 \times 10^9/л$, э - 0, п/я - 13%, с/я - 66%, моноциты 6, лимфоциты - 15%, СОЭ - 27 мм/ч.

Биохимический анализ крови: об. белок - 80 г/л, билирубин общий - 18,5 мкмоль/л, прямой - 2,7 мкмоль/л, АлТ - 22 Ед/л, АсТ - 29 Ед/л, щелочная фосфатаза - 32 ед/л.

Общий анализ мочи: цвет - желтый, уд. вес. - 1,028, белок - 0,09 г/л, сахар - отр., лейкоциты - 300 в п/зр, эритроциты - 0-1 в п/зр., бактерии - много, слизь - ++.

УЗИ внутренних органов: органы брюшной полости без видимой патологии;

УЗИ почек - расположение типичное, подвижность сохранена, контуры ровные, четкие, левая 125x50 мм (норма 95x37 мм), паренхима не истончена - 20 мм, правая 98x36 мм (норма 94x38 мм), паренхима не истончена - 22 мм, эхоструктура паренхимы однородная, слева лоханка расширена. Мочеточники не визуализируются. Мочевой пузырь - симметрия сохранена, стенка не утолщена, содержимое без осадка.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз. Обоснуйте выставленный Вами диагноз
2. Составьте план дополнительного обследования больного.
3. Какое лечение необходимо назначить больному? Какова продолжительность и схема диспансерного наблюдения на участке?

Диагноз: пиелонефрит

Задача № II-

Мальчик 12 лет предъявляет жалобы на боли в верхней половине живота ноющего характера, возникающие сразу после еды, особенно обильной, жирной, иногда на голодный желудок. Обычно боли проходят самостоятельно.

Анамнез заболевания. Помимо болей в животе ребенка беспокоят чувство тяжести, переполнения в эпигастриальной области, быстрое насыщение. Иногда бывает отрыжка воздухом, тошнота. Боли возникают днем, ночных эпизодов болей не отмечает. Указанные признаки появились у мальчика около года назад и первоначально отмечались редко, а в течение последних 3 месяцев беспокоят постоянно и стали более выраженными. Со слов мамы, аппетит у мальчика избирательный. Несмотря на интенсивный линейный рост в течение последних 6 месяцев, вес ребенка не увеличился. Мальчик мало общителен, в школе подвергается буллингу. Сосредоточен на своем здоровье. Мальчик обследован амбулаторно в частной клинике. Проведены анализы крови (общий и биохимический), общий анализ мочи, ФЭГДС с биопсией из желудка. Обследования патологии не выявили, НР отрицательный

Анамнез жизни. Раннее развитие без особенностей. Узкими специалистами не наблюдается. Травм и операций не было. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственный анамнез: у отца ребенка язвенная болезнь желудка, у деда по линии отца рак желудка.

При клиническом обследовании состояние мальчика удовлетворительное. Активный, контактный. Астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые. Язык влажный. На спинке языка налет белого цвета. Рост 148 см, масса тела 35 кг. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 72 удара в минуту. Тоны сердца звучные, чистые. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Живот округлой формы, активно участвует в акте дыхания, умеренно болезненный в эпигастриальной области и пилородуоденальной зоне. Печень и селезенка не пальпируются. Пузырные симптомы отрицательные. Мочеиспускание безболезненное. Стул со слов мальчика бывает ежедневно, оформленный, коричневой окраски. Щитовидная железа не увеличена. Половое развитие по мужскому типу, яички в мошонке.

Вопросы:

- 1.Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 2.С какими заболеваниями прежде всего необходимо проводить дифференциальный диагноз? Уточните их этиологию.
- 3.Сформулируйте план лечения ребенка. Составьте программу противорецидивного лечения.

Эталон ответа

1. Функциональная диспепсия (по данным анамнеза заболевания, осмотра и результатов обследования).
2. Язвенная болезнь желудка, 12п кишки.
3. Курс антацидов, прокинетиков, при отсутствии эффекта – ИПП курсом на 1 мес. Режим питания, здоровый рацион, режим сна и отдыха. Консультация детского психолога, невролога.

Задача № II-

Девочка 13 лет предъявляет жалобы на постоянные, тупые, ноющие боли и чувство тяжести в правом подреберье. Часто бывает отрыжка воздухом, тошнота. Периодически отмечаются боли в эпигастрии. Указанные жалобы беспокоят более 6 месяцев. Со слов мамы, девочка очень любит чипсы, бутерброды, жареное, острые приправы. Девочка ведет малоподвижный образ жизни, предпочитает чтение, занятия за компьютером, рисование. Из анамнеза жизни известно, что мама пациентки страдает холециститом, у бабушки по линии матери хронический панкреатит и желчнокаменная болезнь.

При клиническом обследовании состояние пациентки ближе к удовлетворительному. Физическое развитие среднее, гармоничное. Кожные покровы обычной окраски, умеренной влажности, чистые. Слизистая полости рта бледно-розовой окраски, имеется краевая иктеричность склер. Язык влажный, незначительно обложен беловато-желтым налетом у корня. Девочка правильного телосложения, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, чистые. Живот округлой формы, участвует в акте дыхания. При пальпации живота отмечается умеренная болезненность в эпигастриальной, околопупочной областях. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, край печени округлый, мягкоэластической консистенции; определяются слабо положительные симптомы Кера и Ортнера. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание безболезненное. Стул со слов девочки бывает 1 раз в 2-3 дня, крутой, иногда типа «овечьего».

Стандартные лабораторные обследования без патологии.

Выполнена ФЭГДС: слизистая оболочка желудка и двенадцатиперстной кишки отечна и гиперемирована. Гистологическое заключение: хронический гастродуоденит умеренной активности, без атрофии. В цитологических мазках обнаружен Нр.

УЗИ органов брюшной полости без патологии.

Вопросы:

- 1.Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 2.С какими заболеваниями в данном случае необходимо проводить дифференциальный диагноз?
- 3.Назовите группы препаратов для лечения данной патологии. Назовите факторы риска развития данной патологии у пациентки.

Диагноз: гастрит хеликобактер

Задача № II-

Мальчик 6 лет госпитализирован в стационар с жалобами на частый малопродуктивный кашель приступообразного характера, затрудненное дыхание. Из анамнеза известно, что ребенок заболел неделю назад: отмечался подъем температуры тела до фебрильных цифр, далее сохранялся субфебрилитет (37,2–37,5 °C) в течение 3х дней. Кроме того, отмечалось затруднение носового дыхания со слизистым отделяемым, малопродуктивный кашель. С 4 дня заболевания появилось шумное дыхание, одышка, общее самочувствие не страдало. Лечился амбулаторно под наблюдением педиатра: туалет носа солевыми растворами, ксилометазолин 0,5% в виде капель в носовые ходы и сироп «Проспан» в возрастных дозировках. На фоне проводимой терапии положительной динамики отмечено не было, в связи с чем ребенок был направлен в стационар.

Аллергоанамнез ребенка и семейный аллергоанамнез не отягощены.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Самочувствие не страдает, мальчик активный, контактный. Температура – 36,7 °C. Отмечается приступообразный сухой кашель, в конце влажный, шумное дыхание на выдохе. Кожные покровы бледной окраски, умеренно влажные, эластичные, чистые, умеренный периорбитальный цианоз. Обращает на себя внимание участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, втяжение уступчивых мест грудной клетки. ЧДД – 30 в минуту. Грудная клетка вздута в переднезаднем направлении. При перкуссии определяется коробочный звук. Аускультативно в легких дыхание жесткое, равномерно проводится по всем легочным полям, выдох удлинён, выслушиваются рассеянные сухие «свистящие» хрипы с обеих сторон. ЧСС – 114 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный.

В анализах: общие анализы крови, мочи – без патологии.

Вопросы:

- 1.Предположите наиболее вероятный диагноз и обоснуйте его.
 - 2.Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования данного пациента.
 - 3.Назначьте лечение. Принципы бронхолитической терапии. Тактика дальнейшего амбулаторного наблюдения.
- Диагноз: обструктивный бронхит

Задача № II-

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, сначала «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, вокруг пупка и внизу живота, не связанные с приемом пищи. Ночных болей нет. Боли нередко купируются после стула. Аппетит избирательный.

Из анамнеза заболевания: запоры начались 6 месяцев 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. Наследственность отягощена: мать страдает синдромом раздраженного кишечника.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 103 см, масса 16,5 кг. Кожные покровы чистые. Язык умеренно обложен у корня белым налетом. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧДД - 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.

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. Каков прогноз заболевания.

Эталонный ответ: 168

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. Ввести в рацион клетчатку из расчета количество лет+5-10 г. Достаточный питьевой режим. Выработка поведенческих стереотипов (регулярное посещение туалета, желательно в одно и то же время, лучше через 30 минут после завтрака, когда наиболее выражен гастроколитический рефлекс, в одном и том же месте). Продуктивное пребывание в туалете, документирование дефекации - время, количество. Физическая активность, прогулки, лечебная физкультура, массаж. Слабительные средства: лактулоза или полиэтиленгликоль 4000 (Макрогол) предпочтительно на 3 мес.

3. При хорошей приверженности к лечению прогноз благоприятный

Задача № II-

На приеме мальчик 14 лет с жалобами на повышение температуры до 37,4 °С, жидкий стул с прожилками крови до 6 раз в сутки.

Из анамнеза заболевания: 3 недели назад с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр, болями в животе, жидким стулом с примесью слизи и крови до 8 раз в сутки был госпитализирован в инфекционное отделение стационара. Обследование на шигеллез, сальмонеллез, кампилобактериоз – отрицательные, простейшие и яйца глистов не обнаружены. Пальцевое ректальное исследование патологии не выявило. По данным ректороманоскопии: слизистая прямой и сигмовидной кишки гиперемирована, отечна, с множественными эрозиями, сосудистый рисунок смазан. На фоне эмпирически назначенной антибактериальной терапии отмечалось незначительное улучшение, в связи с чем ребенок был выписан домой. В общем анализе крови при выписке: RBC – $3,7 \times 10^{12}/л$, HGB – 98 г/л. Через 3 дня после выписки вновь отмечено повышение температуры тела, кашицеобразный стул с прожилками крови, что заставило обратиться к врачу.

Из анамнеза жизни: рос и развивался по возрасту. Привит по календарю, проба Манту 6 мм (4 месяца назад).

Наследственный анамнез: у деда по линии отца колоректальный рак.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Рост 154 см, масса 42 кг (за 4 месяца похудел на 5 кг). Кожные покровы чистые, бледные, влажность снижена. Язык густо обложен у корня белым налетом. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД - 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 84 в минуту. Живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка пальпируется в виде плотного, болезненного, урчащего тяжа диаметром 2,5 см. Печень – по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Стул жидкий, со слизью, с примесью алой крови.

Вопросы:

- 1.Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 2.Укажите, какие лабораторно-инструментальные исследования необходимы для подтверждения диагноза.
- 3.Какие препараты используются для патогенетической терапии данного заболевания у детей и подростков? Назовите принципы диетотерапии данного пациента.

Диагноз: НЯК

Задача № II-

На приеме врача-педиатра участкового девочка 13 лет с жалобами на поздние, голодные боли в эпигастральной 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 эпигастральной и пилородуоденальной 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.

Эталон ответа

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

Задача № II-

На приеме врача-педиатра участкового мама с мальчиком 1 года, с жалобами на отсутствие прибавки в массе тела, обильный зловонный с жирным блеском стул, увеличение размеров живота, отсутствие аппетита.

Из анамнеза заболевания: в 6 месяцев ребенок стал получать в прикорм манную кашу. С 7 месяцев перестал прибавлять в массе, стал бледным, исчез аппетит, увеличился в объеме живот.

Из анамнеза жизни: от второй беременности, первых самостоятельных срочных родов, масса при рождении 3200 г, рост 51 см. С 2 месяцев переведен на искусственное вскармливание молочными смесями.

Наследственность: у папы псориаз, у бабушки по линии матери сахарный диабет I типа.

Объективно: состояние средней тяжести. Негативен, плаксив, бледен. Самостоятельно не сидит, не стоит. Отеков нет. Рост 72 см, масса тела – 8,2 кг. Кожа сухая, бледная. Саливация снижена. Зев розовый. Зубная формула: 1/2. Снижен тургор тканей. Подкожно-жировой слой выражен недостаточно, мышечная гипотония. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧДД 32 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 130 ударов в минуту, АД – 80/50 мм рт. ст. Живот вздут, урчит по ходу восходящего и нисходящего отделов толстой кишки. Печень + 1,0 см из-под края реберной дуги, край ровный, безболезненный, эластической консистенции. Селезенка не увеличена. Дизурии нет. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке.

ОАК (общий анализ крови): WBC– $5,6 \times 10^9$ /л, RBC– $3,2 \times 10^{12}$ /л, HGB–82 г/л, HCT–32 %, MCV–69,0 мкм³, MCH – 22,0 пг, MCHC – 319,0 г/л, RDW –18,6 %, PLT – $340,0 \times 10^9$ /л, NEU-30 %, LYM- 60 %, MONO- 8 %, EOS- 2 %, СОЭ – 2 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1010, реакция - 5,5, белок – 0,01 г/л, глюкоза - отриц, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - 0 в п/з, эпителий плоский 0-1-3 в п/з.

Копрограмма: консистенция – кал жидкий, с резким запахом; жирные кислоты +++++, мыла +, перевариваемая клетчатка ++, йодофильные бактерии +++, слизь ++.

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства: без патологии.

Выраженный метеоризм.

Иммуноглобулин А к тканевой транслугтаминазе повышен в 5 раз.

Вопросы:

- 1.Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 2.Тактика врача-педиатра участкового в данной клинической ситуации.
- 3.Какова тактика врача-педиатра участкового по дальнейшему наблюдению ребенка на педиатрическом участке при подтверждении диагноза?

Диагноз: целиакия

Задача № II -

Девочка 8 лет с жалобами на повышенную утомляемость, на постоянные боли в животе, не локализованные, не связанные с приемом пищи, повышение температуры до 38,9°C.

Девочка от первой беременности, протекающей с токсикозом второй половины, роды на 39-й неделе. Масса ребенка при рождении 3300 г, длина 51 см. Роды без стимуляции, безводный промежуток 3 часа. При рождении отмечалась асфиксия, проводились реанимационные мероприятия. Выписана на 7-е сутки. Период новорожденности без особенностей. До 1 года ничем не болела. Далее развивалась хорошо. Болела 5-6 раз в год ОРВИ. За 3 дня до обращения к врачу-педиатру участкового отмечался подъем температуры до 38,5°C, однократная рвота, боли в животе. Осмотрена хирургом, хирургическая патологии не обнаружена.

При осмотре: состояние тяжелое, высоко лихорадит, кожные покровы чистые, слизистые сухие, лихорадочный румянец. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, шумов нет. ЧСС – 118 уд/мин. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Печень +1 см из-под реберного края. Симптом поколачивания по пояснице отчетливо положительный справа. Мочеиспускания редкие, безболезненные.

Общий анализ крови: гемоглобин – 118 г/л, эритроциты - $5,6 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $18,5 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 9%, сегментоядерные нейтрофилы - 69%, лимфоциты – 20%, м - 2%, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: белок – 0,2 г/л, относительная плотность – 1002, эпителий почечный - 3-4 в поле зрения, лейкоциты – 238 в поле зрения, эритроциты – нет. Бактерии +++.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Определите приоритетный выбор антимикробного препарата, пути введения, длительность курса. Обоснуйте необходимость коррекции антимикробной терапии. В процессе обследования выявлен пузырно-мочеточниковый рефлюкс 2 степени. Какова ваша дальнейшая лечебно-профилактическая тактика?

Диагноз: ПН и ПМР

Задача № II-

Девочка 15 лет поступила в гастроэнтерологическое отделение экстренно с жалобами на боли в нижнем отделе живота, в эпигастриальной области, кашицеобразный стул до 3 раз в сутки, иногда с примесью крови, похудание, слабость, боли в левом коленном суставе.

Из анамнеза заболевания: больна около 1 года, когда начали беспокоить боли в левой нижней половине живота, иногда острые боли в области пупка. В последние 2 месяца присоединились вышеперечисленные жалобы, субфебрильная температура. Ранее к врачу не обращалась.

Из анамнеза жизни. Ранний анамнез без особенностей. Редко болела. В 4 года перенесла лямблиоз.

Травмы и операции отрицает.

Аллергологический анамнез: аллергический ринит (на цветение березы).

Наследственный анамнез: мать здорова, отец с семьей не живет (сведений о заболеваниях нет), бабушка (по линии матери) – сахарный диабет 2 типа.

Объективно: состояние средней тяжести. Физическое развитие среднее, дисгармоничное за счет дефицита массы тела. Кожные покровы бледные, отеков, гиперемии нет. Температура тела – 37,5 °С. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 22 в минуту. Границы относительной тупости сердца – в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 75 ударов в минуту. АД – 125/85 мм рт. ст. Левый коленный сустав обычной формы, кожа над ним не изменена, отмечается болезненность при сгибании, легкая скованность по утрам. Живот мягкий, определяется болезненность в эпигастрии, пилородуоденальной зоне, умеренная болезненность в левой и правой подвздошной областях. Сигмовидная кишка болезненна, не спазмирована, слепая – болезненна, урчит. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Пузырные симптомы – отрицательно. Стул кашицеобразный, 3–4 раза в сутки со слизью. Мочеиспускание безболезненное.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,7 \times 10^{12}/л$; Hb – 94 г/л; лейкоциты – $16 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 51%; эозинофилы – 7%; лимфоциты – 35%; моноциты – 5%; Ht – 31%; СОЭ – 22 мм/час; тромбоциты – $650 \times 10^9/л$; общий анализ мочи без особенностей.

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л (65-85), альбумины – 45%; общий билирубин – 20 мкмоль/л (1,3-2,5), АЛТ – 38 Ед/л (до 40), АСТ – 40 Ед/л (до 40); ЩФ – 136 Ед/л (40-138); СРБ – 34 мг/мл (до 8).

Бактериологический анализ кала на кишечные инфекции - отрицательный.

Анализ кала на скрытую кровь – положительный.

Фекальный кальпротектин 700 мкг (при норме ниже 80).

ФЭГДС – пищевод проходим, слизистая бледно-розового цвета, по малой кривизне желудка, в двенадцатиперстной кишке, начальном отделе тощей кишки на фоне очаговой гиперемии, отека слизистой оболочки единичные язвы линейной формы.

Колоноскопия (проведена до селезеночного угла): на фоне слизистой в виде «булыжной мостовой» в области сигмовидной кишки и нисходящего отдела ободочной кишки определяются единичные язвы.

Биопсия: плотная воспалительная инфильтрация в строме слизистой оболочки толстой кишки с проникновением в подслизистый слой; глубокие язвы, проникающие в подслизистый и мышечный слой (желудок, двенадцатиперстная кишка, толстая кишка).

Вопросы:

- 1.Предположите наиболее вероятный диагноз. Представьте круг дифференциальной диагностики данной патологии.
- 2.Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
- 3.Представьте основы медикаментозной терапии данного заболевания. Обоснуйте свой выбор. Приведите критерии, соответствующие педиатрическому индексу активности данного заболевания.

Диагноз: болезнь Крона

Задача № II-

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, пилородуоденальной 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.

Эталон ответа

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 № II -

У девочки 9 лет жалобы на эпизодические колющие боли в правом подреберье и околопупочной области, возникающие через 30-40 минут после употребления жирной пищи, после физической нагрузки, длительностью не превышает 15 минут, проходят самостоятельно или после употребления Но-шпы. Периодически тошнота и рвота. Стул неустойчивый. Умеренно выражен астенический синдром (периодически нарушение сна, повышенная утомляемость, снижение умственной и физической работоспособности), аппетит понижен.

Жалобы отмечаются в течение 1 года. Полгода назад семья переехала жить в частный дом, имеются домашние животные (кошки, собака). Родители ребенка не обследовали, не лечили. Наследственность по патологии желудочно-кишечного тракта отягощена: мать (32 года) – хронический холецистит, у бабушки по линии матери – желчнокаменная болезнь (оперирована в возрасте 54 лет). Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые. Язык обложен белым налетом. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 78 ударов в минуту; АД - 100/65 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах. При пальпации определяется болезненность в правом подреберье и околопупочной области. Пузырные симптомы слабо положительные. Печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: гемоглобин - 128 г/л, цветовой показатель - 0,91, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты $7,2 \times 10^9$; палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, эозинофилы - 6%, лимфоциты - 36%, моноциты - 8%, СОЭ - 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачный; pH - 6,0; плотность - 1017; белок - нет; сахар - нет; эпителиальные клетки - 1-2 в поле зрения; лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: холестерин 4,4 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 390 ед/л (норма до 360 ед/л), билирубин (общий) – 20 мкмоль/л, АЛТ – 19,8 ед, АСТ – 14,6 ед. (норма до 40 ед).

Копрограмма – мышечные волокна без исчерченности (++), жирные кислоты (++), обнаружены цисты лямблий.

Соскоб на энтеробиоз – отрицательный.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
 2. Составьте план дополнительного инструментального обследования пациента для подтверждения диагноза. Какие заболевания следует включить в круг дифференциальной диагностики? -
 3. Перечислите принципы лечения данного ребенка.
- Диагноз: лямблиоз

Задача № II -

Девочка 10 лет с матерью на приеме у врача-педиатра участкового. Со слов матери, жалуется на боли в животе и пояснице, повышение температуры, слабость, снижение аппетита, головную боль. Больна 4 день. Заболела остро, появилось учащенное мочеиспускание, повышение температуры до 38,5 °С. Мама давала Парацетамол.

Девочка от первой беременности, протекавшей на фоне повышения артериального давления, отеков. Роды срочные, самостоятельные. Вес при рождении 3250 г, длина 52 см. Находилась на естественном вскармливании. Перенесенные заболевания: ОРВИ, бронхит. Аллергоанамнез без особенностей.

При осмотре состояние средней тяжести. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, бледные, сухие, небольшой периорбитальный цианоз. Лимфоузлы без особенностей. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание проводится с обеих сторон, везикулярное, хрипов нет. Границы сердца перкуторно не расширены. Тоны ритмичные, ЧСС – 96 ударов в минуту, АД – 100/65 мм рт. ст. Живот мягкий. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не определяется. Почки не пальпируются. Синдром сотрясения слабopоложительный с обеих сторон. Отеков нет. Вес 29 кг, рост 138 см.

Полный анализ крови: эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$, Hb – 128 г/л, лейкоциты – $11,8 \times 10^9/л$, базофилы – 1%, эозинофилы – 3%, палочкоядерные – 20%, сегментоядерные – 62%, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%, СОЭ – 42 мм/час.

Полный анализ мочи: светло-желтая, мутная, относительная плотность – 1013, белок 0,4 г/л, лейкоциты – 350 в п/з, эритроциты – 3–4 в поле зрения, оксалаты (+), бактерии ++.

Общий белок – 78 г/л, альбумин – 54%, Креатинин крови – 68 мкмоль/л, мочеви́на – 4,4 ммоль/л, СКФ – 110 мл/мин/1,73м². Калий сыворотки – 4,6 ммоль/л, натрий – 134 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте сформулированный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки. Укажите заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз.
3. Определите тактику лечения и обоснуйте ее.

Диагноз: пиелонефрит

Задача № II-

На приеме у врача-педиатра участкового мать с девочкой 9 лет. Со слов матери, ребенок жалуется на боли в голеностопных, коленных, тазобедренных суставах мигрирующего характера, припухлость суставов, лихорадку до фебрильных цифр. Данные жалобы беспокоят в течение четырех дней.

Из анамнеза заболевания известно, что три недели назад перенесла назофарингит с лихорадкой, лечение симптоматическое. В настоящий момент физическая активность на фоне заболевания несколько ограничена из-за болевого суставного синдрома, сопровождается быстрой утомляемостью, сердцебиением.

Из анамнеза жизни известно, что девочка проживает в многодетной малообеспеченной семье в частном доме. Аллергологический, наследственный анамнез не отягощен. Травмы накануне настоящего заболевания отрицает.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Рост 130 см, вес 21 кг. При ходьбе хромота. Отмечается деформация правого коленного и левого голеностопного суставов. Кожные покровы умеренной влажности бледно-розового цвета, над правым коленным и левым голеностопным суставами кожа умеренно гиперемирована, над суставами отмечается местная гипертермия, движения в них ограничены из-за болезненности. При осмотре полости рта слизистая розовая, чистая, без налетов. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы. В легких дыхание везикулярное, проводится равномерно, хрипов нет, ЧД – 20 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные, дующий систолический шум в I и V точках аускультации с иррадиацией в подмышечную область, связан с первым тоном, акцент II тона на легочной артерии. ЧСС – 92 удара в минуту, АД – 100/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Отеков нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $12,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 7%, сегментоядерные – 56%, лимфоциты – 27%, моноциты – 2%, эозинофилы – 8%, СОЭ – 37 мм/час, антистрептолизин-О – 450 МЕ/мл.

При ЭхоКГ исследовании отмечается краевое утолщение створок митрального клапана, признаки митральной регургитации I степени.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Назначьте медикаментозное лечение Вашему пациенту. Обоснуйте свой выбор.
3. На фоне проводимой терапии клинически отмечена быстрая положительная динамика. Через 14 дней было проведено контрольное обследование, по результатам которого признаков деструктивного синовита и приобретенного порока сердца не выявлено, митральный клапан по данным ЭхоКГ не изменен. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Эталонный ответ:

1. Острая ревматическая лихорадка: кардит (митральный вальвулит), полиартрит, активность II, СН I, ФК II.
Диагноз выставлен на основании критериев Киселя-Джонсона: наличия двух больших критериев ОРЛ (кардит: клинически приглушение тонов сердца, дующий систолический

шум в I и V точках аускультации с иррадиацией в подмышечную область, связан с первым тоном, акцент II тона на легочной артерии, выявлен при ЭхоКГ вальвулит митрального клапана, признаки митральной регургитации I степени); артрита (жалобы на боли в голеностопных, коленных, тазобедренных суставах мигрирующего характера, отечность параартикулярных тканей, деформация правого коленного и левого голеностопного суставов, местная гиперемия и гипертермия над правым коленным и левым голеностопным суставами, движения в них ограничены из-за болезненности) при наличии данных, подтверждающих перенесенную инфекцию бета-гемолитического стрептококка группы А (высокий титр антистрептолизина-О, в анамнезе указание на перенесенный 3 недели назад назофарингит с лихорадкой).

Активность II - кардит и полиартрит умеренно выражены, явления сердечной недостаточности I степени, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом; СОЭ >30 мм/ч, АСЛ-О >400 ЕД.

Стадия I недостаточности кровообращения по Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко – признаки недостаточности кровообращения по большому и малому кругу отсутствуют.

Функциональный класс II по NYHA - незначительное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, привычная физическая активность сопровождается утомляемостью, сердцебиением.

2. Этиотропная терапия – антибиотики группы пенициллинов, ввиду неспособности бета-гемолитического стрептококка к выработке бета-лактамаз. Оптимальным препаратом из группы оральных пенициллинов является Амоксициллин, который по противострептококковой активности аналогичен Феноксиметилпенициллину, но существенно превосходит его по своим фармакокинетическим характеристикам, отличаясь большей биодоступностью и меньшей степенью связывания с сывороточными белками. При непереносимости бета-лактамов антибиотиков целесообразно назначение макролидов (Азитромицин, Кларитромицин, Джозамицин), цефалоспоринов (Цефалексин, Цефазолин и др.), противострептококковая активность которых сопоставима с таковой для пенициллина. Длительность антибактериальной терапии – 10-14 дней для предупреждения антибиотикорезистентности микрофлоры. Антибактериальные препараты назначаются в обычных возрастных дозах.

Патогенетическое (противовоспалительное) лечение – назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (Диклофенак с учетом возраста больной) в средней дозе 2-3 мг/кг/сутки (25 мг в 2 приема), длительность лечения индивидуальная, определяется динамикой клинической картины.

Микроэлементы, витамины и препараты других групп – препараты калия в возрастной дозировке как средства, улучшающие метаболизм миокарда в течение 3-4 недель.

3. Необходимо проведение вторичной профилактики, направленной на предупреждение повторных атак и прогрессирования заболевания после перенесенной ОРЛ. Вторичная профилактика регулярное круглогодичное введение пенициллина пролонгированного действия (Бензатина бензилпенициллин). Препарат вводят глубоко внутримышечно в дозе 600 000 ЕД 1 раз в 3 недели (так как масса ребенка 21 кг). Длительность терапии в случае излеченного кардита без формирования порока сердца — не менее 10 лет после последней атаки или до 25-летнего возраста (по принципу «что дольше»).

Помимо этого, показана третичная профилактика – профилактика инфекционного эндокардита. Заключается в назначении АБ больным с ОРЛ при экстракции зубов, аденотомии, инвазивных манипуляциях – ФГДС, а также при ОРЗ. Назначаются антистафилококковые антибиотики до и после манипуляции (в течение 10 дней).

Задача № II-

Девочка 1,5 лет госпитализирована в отделение экстренно, с болями в животе, дефицитом веса.

Из анамнеза известно: Семейный анамнез отягощен по аутоиммунному тиреоидиту, сахарному диабету 1 типа. Ребенок от 2 беременности, протекающей с угрозой прерывания (конфликт по резус фактору, нарастание антител), роды 2 (на 37 – 38 неделе), самостоятельные, со стимуляцией (нарастание антител), вес - 2900 рост - 51 см. На грудном вскармливании до 5 месяцев, ввели прикорм с 5 месяцев (каши овсяная, манная), после чего отмечалось вздутие живота, стул стал неустойчивым (запоры чередовались с диареей). С 6 месяцев прибавки в весе замедлились. В течение последних 6 месяцев нарастает потеря массы тела, стул обильный, кашицеобразный, зловонный, плохо смывается с унитаза. Ребенок не обследован. В весе и росте прибавляла плохо, часто болеет острыми респираторными инфекциями.

При осмотре: Состояние ребенка на момент осмотра средней тяжести. Вялая, капризная, аппетит снижен. Вес: 7,0 кг (ниже 3 центиля), рост: - 72 см (ниже 3 центиля). Физическое развитие очень низкое, дисгармоничное, резко пониженного питания, тургор тканей снижен, мышечный тонус снижен. Кожные покровы бледные, мраморные, сухие, кожа собирается в складки, видимые слизистые чистые. Подкожно-жировой слой истончен, периферических отеков нет, В легких дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, тахикардия – 88 в 1 минуту, выслушивается систолический шум вдоль левого края грудины. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот увеличен в размерах, вздут, умеренно болезненный по ходу толстой кишки, печень + 2,0 – 2,5 см, селезенка не пальпируется. Стул неустойчивый: через 1 – 2 дня или кашицеобразный, желто-серого цвета, зловонный. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: Нв – 106 г/л, Эр – 3,8, Тромбоц. – 441, Лейкоц – 7,7, п/я – 1, с/я – 46, лимф – 49, мон – 4, СОЭ – 2 мм/ч

Биохимический анализ крови: АлАт - 22, АсАт – 35, щелочная фосфатаза – 450 (142-335), амилаза – 39, панкреатическая амилаза – 14 (17 – 115), общий белок – 62,8 (64 – 85), железо – 2,0 (8,0 – 27,9), трансферрин – 1,2 (1,91 – 3,15), магний – 0,81 (0,85 – 1,15), кальций йонизированный – 0,88 (1,16 – 1,32), хлориды – 113 (98 – 111)

Копрология: мышечные волокна – единичные, жирные кислоты – единичные, растительная клетчатка – умеренно, крахмал – единичный, лейкоциты 2 – 3 в п/зр.

ФЭГДС: Начиная с постлуковичного отдела и по направлению каудально отмечается выраженная поперечная исчерченность слизистой тонкой кишки. Слизистые субатрофичны, отечны. Постлуковичный отдел – складки обычного калибра, концентрично расположены.

Биопсия двенадцатиперстной кишки: 1. Дистальный отдел 12-перстной кишки. Определяется резкое укорочение и расширение ворсинок с полями полного их отсутствия, углубление крипт с умеренным повышением пролиферативной активности эпителия. Архитектоника крипт нарушена. Энтероциты полиморфные, с потерей базальной ориентации и очагами "нагромождения" ядер (псевдостратификация эпителия), Щеточная кайма уплощена, нечеткая. Количество МЭЛ повышено, имеются мелкие очаги лейкоцитарной инфильтрации. Инфильтрат собственной пластинки слизистой умеренный, представлен преимущественно плазмócитами, эозинофилами. Проксимальный отдел 12-перстной кишки. Аналогичные изменения. Атрофия слизистой оболочки 12-перстной кишки Marsh III. Заключение: Атрофия слизистой оболочки 12-перстной кишки Marsh III

Анализ крови на антитела IgA к тканевой транслугтаминазе: увеличение титра антител в 10 раз. IgA выше референсных значений в полтора раза.

Вопросы к задаче:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Каков этиопатогенез заболевания?
3. Как проводить лечение? Какие крупы разрешены в питании таким больным?

ЦЕЛИАКИЯ

Задача № II-

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».

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 состояния 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. При детальном расспросе относительно рациона ребенка было выяснено, что аппетит у мальчика избирательный (в рационе преобладают макаронные изделия, манная и рисовая каши, печенья, 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. Периаанальная 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? Какое инструментальное обследование необходимо провести?
 3. Какова тактика ведения пациента? Какие продукты должны входить в рацион больного?
- Диагноз: запор

Задача № II -

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: Hb – 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

Задача № II-

Мальчик 10 лет на приеме у участкового педиатра. Предъявляет жалобы на периодические боли в животе, чаще сразу после приема пищи, чувство переполнения в животе, горькую отрыжку, тошноту по утрам.

Анамнез заболевания. Вышеуказанные жалобы появились около года назад, когда ребенок поменял школу. Мальчик стал более замкнутым, тревожным. Во время каникул на боли в животе практически не жалуется. В учебное время боли в животе практически каждый день, ночных эпизодов болей нет.

Анамнез жизни. Рос и развивался в соответствии с возрастом, в физическом развитии не отставал. Дважды перенес острую кишечную инфекцию – возрасте 8 и 9 лет. Вакцинирован по календарю. Травм и операций не было. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственный анамнез: отец страдает синдромом раздраженного кишечника.

При осмотре: физическое развитие среднее, гармоничное, кожа бледно-розовая, чистая от сыпи, влажная язык обложен бело-желтым налетом, сердечно-легочная система без особенностей, живот умеренно болезненный у мечевидного отростка, пузырьные симптомы отрицательные, в пилородуоденальной зоне, печень и селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный.

В стандартных лабораторных обследованиях (общий анализ крови, мочи и биохимический анализ крови) без отклонений. УЗИ органов брюшной полости без патологии.

Ребенку была проведена ФЭГДС: слизистая пищевода не изменена, в антральном отделе желудка выявлена выраженная гиперемия, отмечается заброс желчи в желудок. По данным гистологического исследования: хронический гастрит, умеренной активности, без атрофии. Уреазный экспресс-тест на H.p. отрицательный.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
2. Сформулируйте рекомендации по лечению данного больного.
3. Каков прогноз заболевания?

Ответ: Хронический рефлюкс-гастрит (химический, тип C). В лечении – режим питания, режим дня и отдыха, антациды, прокинетики. Консультация невролога (психолога) с целью подключения адаптогенов (ноотропов).

Задача № II -

У девочки 3-х лет вскоре после начала ОРВИ температура повысилась до 39,0⁰С, появились боли в животе, была однократная рвота.

Ребенок вялый, аппетит снижен. Кожа бледная, «тени» под глазами, в зеве умеренная гиперемия слизистых оболочек. Тоны сердца звучные, ритмичные. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симптом поколачивания в поясничной области положительный слева.

Ан.крови: Hb - 130 г/л, эр. - $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоц. - $12,7 \times 10^9/л$, п/я - 8%, с/я - 62%, лимф. - 22%, мон. - 8%, СОЭ – 38 мм/ч. Биохимический ан.крови: общ.белок 68 г/л, СРБ 47 мг/л. Ан.мочи: следы белка, лейкоциты – 410 в п/з, эритроциты 4-5 в п/зр., соли – оксалаты (много), бактерии +++. Посев мочи: кишечная палочка – 100 000 микробных тел/мл.

Вопросы:

1. Ваш диагноз. Обоснуйте ответ.
2. План обследования ребенка.
3. Назначьте лечение.

Краткий ответ

1. Диагноз: Острый пиелонефрит, активная фаза. Диагноз основывается на наличии лихорадки, болевого синдрома, изменении лабораторных показателей.
2. Ан. мочи по Нечипоренко, проба Зимницкого, УЗИ почек, цистоскопия, цистография, консультация гинеколога.
3. Диета, с ограничением экстрактивных веществ, обильное питьё, антибактериальная терапия («защищенные» пенициллины – амоксиклав, цефалоспорины 3 поколения

Задача № II -

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 citrusовые, 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 - $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоц - $23,8 \times 10^9/л$, 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?
3. Что способствовало возникновению заболевания?
4. Что следует уточнить в дополнительном анамнезе?
5. Назначьте лечение.

Пиелонефрит, острое течение, активная стадия.

Задача № II-

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.

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 № II -

Мальчик, 6 лет, на приеме у педиатра с жалобами на приступообразный малопродуктивный кашель, громкий, лающий, одышка с затруднением вдоха. Заболел 16.11.22 утром с появлением редкого сухого кашля, к вечеру кашель усилился, приобрел приступообразный характер, мама сделала ребенку ингаляцию с лазолваном, после которой состояние ребенка ухудшилось, кашель стал лающим, появилась небольшая затрудненность вдоха. Ребенок от 1 беременности, протекавшей физиологически, срочных родов. Аллергоанамнез: на цитрусовые крапивница. Вакцинирован по календарю. Перенесенные заболевания: ОКИ в 1 год, острый обструктивный ларингит (круп) в январе 2018 года, ОРВИ до 4 раз в год. Наследственность отягощена по бронхиальной астме (папа). Общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Задняя стенка глотки и дужки гиперемированы, миндалины рыхлые, наложений нет. Пальпируются переднешейные, поднижнечелюстные лимфоузлы до 0,5 см безболезненные, эластичные. Носовое дыхание затруднено, отделяемое слизистое. ЧД 24 в мин. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Аускультативно дыхание жесткое, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧСС = 95 в мин. границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Аускультативно тоны сердца звучные, ритмичные. При пальпации живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Стул был сегодня, оформленный.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 128 г/л, лейкоциты – $4,4 \times 10^9/л$, эозинофилы – 7%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 31%, лимфоциты – 47%, моноциты – 14%, СОЭ – 12 мм/ час.

Рентгенограмма органов грудной клетки (нагрузка 0,02 мЗв): на рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции легочный рисунок симметричный. Очаговые и инфильтративные тени не выявлены. Корни частично скрыты тенью средостения. Тень средостения расположена срединно, не расширена. Контур диафрагмы ровный, четкий. Синусы свободные.

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.

Задача № II -

Мальчик, 8 лет, жалуется на метеоризм, боли в околопупочной области сразу после еды и через 20-30 минут после еды, задержка стула до 3 дней, на фоне эмоционального напряжения эпизоды головокружения, головные боли, рвота (2 раза за 3 мес). С 6 лет появились сухость и шелушение в области внутренней поверхности локтей и параорбитальной области, усиливающиеся на фоне употребления газированных напитков, фастфуда. С 8 лет наблюдается гастроэнтерологом в связи с периодическими болями в животе. Ребенок от 1 беременности (ЭКО), протекавшей с хронической гипоксией, оперативных срочных плановых родов путем кесарева сечения. На 1 году жизни наблюдался у невролога с перинатальной энцефалопатией. Наследственность: отягощена по линии матери: у матери гастродуоденит, холецистит, у бабушки рак прямой кишки, у дяди цирроз печени; Прививки по национальному календарю; Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветр.оспа, КИНЭ, COVID-19; Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, сухие, в периорбитальной области мелкопластинчатое шелушение, зуда нет. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левой подвздошной области. Стул плотный, по Бристольской шкале 6-7. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Мочеиспускание: не нарушено.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 118 г/л, лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 51%, лимфоциты – 40%, моноциты – 6%, СОЭ – 7 мм/ час.

Эзофагогастродуоденоскопия. Пищевод свободно проходим. Слизистая пищевода бледно-розовая. Кардия смыкается полностью. Складки желудка отечные, извитые, хорошо расправляются воздухом. Привратник округлой формы, смыкается полностью. Луковица 12-перстной кишки средних размеров, в полости желчь. Слизистые ярко гиперемированы, отечные, Фатеров сосок на медиальной стенке постлуковичного отдела в виде небольшого конуса. Желчь в ответ на проведение ЭГДС выделялась малыми порциями.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Какие сопутствующие заболевания можно предположить? Почему?
4. Составьте план лечения данного ребенка.

Задача № II -

Мама вызвала участкового врача-педиатра на дом к мальчику 10 лет с жалобами на боль в животе, рвоту содержимым желудка 4 раза, тошноту и слабость.

Анамнез заболевания: на протяжении 2 лет мальчика беспокоят эпизодические боли в эпигастриальной и пилородуоденальной области, возникающие через 30-40 минут после еды. Тошнота, отрыжка воздухом и изжога бывают эпизодически, чаще после погрешностей в диете. Стул со склонностью к запорам (1 раз в 3-4 дня). Накануне днем ребенок ел чипсы и картошку во фритюре, вечером и ночью мальчика беспокоили спастические боли, локализованные в эпигастрии, затем боли стали диффузно разлитые по всему животу, появилась отрыжка воздухом и кислым содержимым желудка. До прихода врача было 4 эпизода рвоты содержимым желудка: съеденная пища со слизью и примесью желчи. Повышения температуры не было. Стул был утром однократно, оформленный, плотной консистенции, без патологических примесей.

Анамнез жизни: Ребенок от 1 физиологически протекавшей беременности. Роды I срочные, физиологичные. Масса тела при рождении 3500 г, длина 53 см. Раннее развитие без особенностей. Прививки выполнены по возрасту. Перенесенные заболевания: ветряная оспа в 3 года, скарлатина в 6 лет. На диспансерном учете у врачей-специалистов не состоит. Хронические заболевания у ребенка родители отрицают. Лекарственные препараты на постоянной основе не принимает. Аллергологический анамнез не отягощен. Семейный анамнез: у матери – хронический гастрит, отца часто беспокоит изжога и отрыжка (не обследовался, самостоятельно получает симптоматическую терапию антацидными препаратами).

Объективно: Состояние средней тяжести. Положение активное. Рост 140 см, масса 35 кг. Т 36,6°C, ЧСС 78 уд/мин., ЧД 18/мин. Кожные покровы чистые, бледные, умеренной влажности и эластичности. Подкожно-жировой слой выражен достаточно, распределен равномерно. Периферических отеков нет. Носовое дыхание свободное. Перкуторно над легкими ясный легочной звук. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Границы сердечной тупости не расширены. Сердечные тоны ясные, звонкие, ритмичные. Артериальное давление 105/72 мм рт. ст. Язык бледно-розового цвета, значительно обложен белым налетом по всей поверхности, ощущается неприятный запах изо рта. Живот не увеличен в размерах, отмечается мышечное напряжение и резкая болезненность при пальпации в эпигастриальной области, в остальных отделах мягкий, безболезненный. Симптом Менделя положительный. Печень и селезенка не пальпируются. 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.

Задача № II -

На приеме у участкового врача-педиатра мальчик в возрасте 4 лет в сопровождении мамы. Жалобы на сухой кашель, одышку, учащенное дыхание, повышение температуры тела до 39,4°C, вялость, снижение аппетита, скудное слизистое отделяемое из носа.

Анамнез заболевания: около недели назад у мальчика появилось слизистое отделяемое из носа, повышение температуры до 38,5°C. В семье также болела старшая сестра. Проводилось симптоматическое лечение, температура нормализовалась, количество отделяемого из носа уменьшилось. Однако, 2 дня назад снова отмечался подъем температуры до 39,5 °C. В последние сутки появились одышка, сухой кашель, ребенок стал отказываться от еды.

Анамнез жизни: Ребенок от 2-й беременности (1-я беременность - здоровая девочка), протекавшей с умеренным токсикозом в 1 триместре, 1-х самостоятельных родов в срок. Масса тела при рождении 3250 г, рост 52 см, оценка по шкале APGAR 8/9 баллов. Наблюдается амбулаторно у педиатра и специалистов в декретированные сроки. Профилактические прививки проводились согласно Национальному календарю. Темпы психомоторного развития соответствуют возрастной норме. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа. Наследственный анамнез: у бабушки по отцовской линии бронхиальная астма. Аллергический анамнез не отягощен. Посещает детский сад.

Объективно при осмотре: общее состояние тяжелое за счет лихорадки, дыхательных нарушений. Температура 39.0°C. Вялый, капризный. Масса тела– 21 кг, рост - 117 см. Кожные покровы горячие на ощупь. Видимые слизистые зева умеренно гиперемированы, налетов на миндалинах нет. Носовое дыхание свободное. В легких выслушивается жесткое учащенное дыхание, отмечается локальное ослабление дыхания в нижних отделах справа, единичные влажные хрипы, ЧД 35/мин, SpO₂ – 92%. Органы кровообращения: тоны сердца ритмичные, учащенные, шумов нет, ЧСС - 130/мин, АД 90/60 мм рт. ст. Органы пищеварения: живот, мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень и селезенка не выступают из-под края реберной дуги. Стул оформленный, регулярный (через день, со слов мамы), дизурии нет. Нервная система: интеллект - возрастная норма, вялый, капризный, плаксивый.

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.

Задача № II-

Для ребенка в возрасте 1 года необходимо составить график вакцинации.

Из анамнеза: Хроническими заболеваниями не страдает, генеалогический и аллергический анамнезы не отягощены. Проф.вакцинация по плану. Однако 4 дня назад у ребенка появились умеренные признаки ринита, самостоятельно промывали нос солевыми растворами, в настоящее время родители отмечают улучшение, но сохраняется «посапывание» и храп во сне. Температура тела не повышалась.

Объективно: Т тела=36,5. Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые от сыпи. При осмотре ротовой полости и зева - слизистая розовая, влажная, налетов нет. Носовое дыхание несколько затруднено, отделяемого нет. Отоскопия – без признаков воспаления. При осмотре лимфатической системы – пальпируются единичные л/у до 0,7см, эластичные, безболезненные, подвижные. В легких пузырьное дыхание, отмечаются единичные проводные хрипы. ЧДД – 34 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС – 132 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Мочеиспускание достаточное, не затруднено. Физическое развитие и НПР – соответствуют возрасту.

Вопросы:

4. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
5. Можно ли продолжать вакцинацию в настоящий момент? Обоснуйте свой ответ.
6. Распишите режим наблюдения и график вакцинации данному ребенку с настоящего времени и до возраста 2х лет.

Задача № II-

Для ребенка 6 лет необходимо составить график вакцинации.

Из анамнеза: Раннее развитие по возрасту. Генеалогический анамнез не отягощен. Вакцинация проведена до 2х лет включительно в соответствии с московским календарем детских профилактических прививок. В возрасте 3х лет ребенку был установлен диагноз бронхиальная астма, наблюдался аллергологом и педиатром, лечение получал. В возрасте 4,5 лет была подтверждена ремиссия.

Объективно: Т тела=36,5. Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые от сыпи. При осмотре ротовой полости и зева - слизистая розовая, влажная, налетов нет. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Отоскопия – без признаков воспаления. При осмотре лимфатической системы – пальпируются единичные л/у до 0,5см, эластичные, безболезненные, подвижные. В легких пуэрильное дыхание, проводится равномерно по всем отделам, хрипов нет. ЧДД – 26 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС – 122 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул кашицеобразный, 1 раз в сутки. Мочеиспускание достаточное, не затруднено. Физическое развитие и НПР – соответствуют возрасту.

Вопросы:

7. Учитывая анамнез и установленный диагноз, можно ли проводить вакцинацию?

Обоснуйте свой ответ.

8. Можно ли продолжать вакцинацию в настоящий момент? Обоснуйте свой ответ.

9. Распишите план вакцинации на ближайший год с указанием названий иммунобиологических препаратов

Задача № II-

Для ребенка 6 лет необходимо составить график вакцинации.

Из анамнеза: Раннее развитие по возрасту. Хронических заболеваний нет. Генеалогический анамнез неотягощен. Аллергии нет. До 6 месяцев привит в соответствии с московским календарем детских профилактических прививок. В возрасте 12 месяцев, на фоне ОРЗ, у ребенка впервые возникли судороги. Был госпитализирован, по результатам обследования – фебрильные судороги (выписка была предоставлена). Наблюдался у невролога, который дал мед.отвод от проф.вакцинации до 6 лет. Родители хотят продолжить вакцинацию, однако напуганы заключением врача-невролога.

Объективно: Т тела=36,5. Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые от сыпи. При осмотре ротовой полости и зева - слизистая розовая, влажная, налетов нет. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Отоскопия – без признаков воспаления. При осмотре лимфатической системы – пальпируются единичные л/у до 0,5см, эластичные, безболезненные, подвижные. В легких пуэрильное дыхание, проводится равномерно по всем отделам, хрипов нет. ЧДД – 32 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС – 130 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул кашицеобразный, 1 раз в сутки. Мочеиспускание достаточное, не затруднено. Физическое развитие и НПР – соответствуют возрасту.

Вопросы:

10. Учитывая анамнез и установленный диагноз, можно ли проводить вакцинацию? Обоснуйте свой ответ.
11. Можно ли продолжать вакцинацию в настоящий момент? Обоснуйте свой ответ.
12. Если вакцинировать ребенка можно, распишите план догоняющей вакцинации на ближайшие 12 месяцев с указанием иммунобиологических препаратов

Задача № II -

Пациент 16 лет обратился к педиатру с жалобами на боли в животе, тошноту, снижение аппетита.

Анамнез заболевания: боли появились в животе 3 недели тому назад с локализацией в эпигастриальной области. Через неделю от начала жалоб появились тошнота и снижение аппетита, страх приема пищи, так как боль усиливается после еды через 40 мин – 1 час. Последние 3 дня появились ночные боли ближе к утру, прием пищи ненадолго облегчает боль. Учится в 9 классе, готовится к экзаменам, мало спит, питается нерегулярно, рацион не сбалансированный. Наследственность отягощена по патологии ЖКТ: у папы язва луковицы 12.п.к

Объективно: Кожные покровы бледноваты, чистые, нормальной влажности. Правильного телосложения, пониженного питания. ПЖК развита скудно, распределена равномерно. Вес – 52кг, рост - 172см., ИМТ - 17,6. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Кожный покров чистый, бледно-розовый, нормальной влажности. Видимые слизистые чистые, розовые. Язык обложен густо белым налетом, умеренно выраженный халитоз. Склеры чистые. Носовое дыхание свободное. В легких хрипов нет, везикулярное дыхание, проводится во все отделы. Сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС- 82, ЧД – 18 в минуту. Живот мягкий, поверхностная пальпация безболезненная. При глубокой пальпации отмечается болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной зоне. Печень и селезенка не увеличены. Пузырные симптомы отрицательные. Стул регулярный, мягкий, по Бристольской шкале 5 тип. Диурез в норме.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Назначьте план обследования и какие результаты обследования вы ожидаете получить.
3. Назначьте лечение.

Задача № II -

Мама с девочкой 5 лет обратились к участковому педиатру по поводу заложенности носа у ребенка, слизистого отделяемого из носа, чихания, зуда в носу и быстрой утомляемости.

Из анамнеза известно, что в течение 2 недель ребенка беспокоит насморк, заложенность и мучительный зуд в носу, приступы чихания, усиливающиеся на свежем воздухе. Появилось сопение и храп во сне. Ребенок стал раздражительным, быстро устает. Ребенок от 1 нормально протекавшей беременности, 1 срочных родов. На грудное вскармливание до 1 мес. Наследственный анамнез: у матери пищевая аллергия на арахис, у бабушки по материнской линии сезонный аллергический риноконъюнктивит. Привита по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Посещает детский сад.

Объективно: кожные покровы бледно-розовые, недостаточной влажности, кожа над верхней губой и у крыльев носа гиперемирована, отечна. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки розовая, влажная. Носовое дыхание затруднено, обильное прозрачное слизистое отделяемое из носовых ходов, слизистая носа отечна с цианотичным оттенком. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Общий анализ крови: Эр. – $4,3 \times 10^{12}/л$, Нб – 128 г/л, лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$, п/я – 2%, с/я – 38%, лимф. – 43%, эозинофилы – 10%, моноциты – 6%, СОЭ – 7 мм/ час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, относительная плотность – 1012 г/л, лейкоциты 0-1 в п/з, эритроциты - нет.

Цитологическое исследование смывов с верхних дыхательных путей: эозинофилы носового секрета 18% (норма до 7%)

Специфические IgE пыльца деревьев ранних 150 кЕ/л (норма - 0,01 до 0,35 кЕ/л)

Кожные пробы: береза +3, ольха +3, орешник +3, дуб +3, тополь +2

Вопросы:

13. Поставьте диагноз согласно принятой классификации.
14. Составьте план лечения
15. Какие элиминационные мероприятия можно рекомендовать? Когда рекомендуется проводить АСИТ?

Задача № II -

Мама с девочкой 15 лет обратились к участковому педиатру в связи с тошнотой у ребенка, тянущими болями в правом подреберье, с иррадиацией в правую лопатку.

Анамнез жизни: ребенок от 1 физиологически протекавшей беременности, 1 срочных родов. Росла и развивалась согласно возрасту. На грудном вскармливании до 1 года. Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственность отягощена по линии матери желчнокаменной болезнью и сахарным диабетом. Привита по возрасту.

Анамнез заболевания: боли в животе беспокоят в течение 3 лет, последний месяц чаще. Боли обычно появляются после еды, особенно после жирной или жареной пищи, нередко после еды возникает тошнота. Последние 2 недели боли возникают после физической нагрузки.

Объективно: кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые, на бедрах и боковых поверхностях туловища стрии. Слизистые полости рта чистые, влажные, миндалины не увеличены, язык у корня густо обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот округлой формы, не вздут, мягкий, умеренно болезненный при пальпации в эпигастрии и правом подреберье, симптомы Кера и Мерфи положительные, печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание без особенностей.

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.

Биохимия крови: бил.общий - 10,3 мкмоль/л; АЛТ- 30,0 Ед/л; АСТ- 19,0 Ед/л; ГГТ- 45 Ед/л (5-35); ЩФ- 550 Ед/л (60-400); о. холл.- 5,2 ммоль/л (3,08-5,18); ЛПНП – 5 ммоль/л (1,52-3,55); ЛПОНП – 0,6 ммоль/л (0,3-0,45);

Общий анализ мочи без особенностей.

Вопросы:

16. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
17. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
18. Составьте план лечения. Какова тактика дальнейшего ведения пациента?

Задача № II -

Мальчик, 8 дней. Участковый педиатр проводит первичный патронаж новорожденного. Анамнез жизни: от II беременности, протекавшей на фоне респираторной вирусной инфекции в 1-м триместре, гестоза во 2-й половине (рвота, анорексия, повышение АД до 140/90 мм рт. ст.), по поводу чего госпитализировали в стационар. Предыдущая беременность закончилась выкидышем. Роды I в срок, масса тела при рождении 3200 г, длина – 50 см. Закричал сразу, оценка по шкале Апгар – 7-8 баллов. К груди приложен на следующие сутки, сосет активно. Выписан из роддома на 6 сутки в удовлетворительном состоянии. Семейный анамнез: отец страдает мочекаменной болезнью, у сестры матери – пиелонефрит, нефроптоз, у бабушки по отцовской линии – подагра. Объективно: состояние удовлетворительное: обращают внимание стигмы дисэмбриогенеза: птоз век, гипертелоризм, деформация ушных раковин. Кожный покров и слизистые оболочки чистые. Пупочная ранка чистая, эпителизовалась. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД – 36 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 2 см от края рёберной дуги, мягко-эластичная, селезёнка не пальпируется. Стул 3 раза в день, кашицеобразный, желтый. Диурез не нарушен.

Вопросы:

1. Оцените состояние ребёнка, проведите комплексную оценку состояния здоровья на момент патронажа.
2. В какой группе здоровья будет наблюдаться данный ребёнок? Обоснуйте определение в данную группу.
3. Составьте план вакцинации ребенка на первом году жизни.

Задача № II -

Родители вызвали участкового врача-педиатра на дом к мальчику, 2 лет 2 месяцев, которого беспокоит частое дыхание, влажный кашель, снижение аппетита, слабость.

Анамнез жизни: до 1 года ребёнок развивался в соответствии с возрастом, не болел. Месяц назад перенёс респираторную инфекцию, сопровождавшуюся катаральными явлениями, болями в животе и жидким стулом, подъёмом температуры до 38,9 °С. Лечился на дому в течение недели. Через 3 недели после выздоровления родители отметили, что он стал быстро уставать при физической нагрузке во время игр, появились одышка при физической нагрузке, бледность кожи. Беспокоит влажный кашель по ночам, ухудшился аппетит. Температура не повышалась.

Объективно: состояние среднетяжёлое. Масса тела – 12 кг, рост – 78 см. Кожа, слизистые бледные, акроцианоз носогубного треугольника. ЧДД – 30 в 1 минуту, при нагрузке появляется одышка до 40 в мин. В лёгких на фоне ослабленного дыхания выслушиваются единичные влажные хрипы в нижних отделах. При пальпации области сердца верхушечный толчок разлитой, его площадь 6 см². При перкуссии границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – по передней подмышечной линии, верхняя – II межреберье. При аускультации ЧСС – 140 в мин, тоны сердца приглушены, в большей степени I тон на верхушке, там же выслушивается мягкий систолический шум, занимающий 1/3 систолы. Живот мягкий, печень +3 см от края рёберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул не нарушен.

Ранее были выполнен общий анализ крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 110 г/л, лейкоциты – $7,5 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 56%, лимфоциты – 38%, моноциты – 2%, СОЭ – 18 мм/ час.

Вопросы:

19. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
20. Какие ещё исследования необходимо провести ребёнку для подтверждения диагноза?
21. Определите тактику ведения данного ребенка.

Задача № II -

Мальчик, 11 лет, обратился в детскую поликлинику с жалобами на появление лёгкой желтухи после соревнований (занимается лёгкой атлетикой), которая наблюдается после каждого кросса. Объективно: состояние ближе к удовлетворительному. Масса тела – 36 кг, рост – 145 см. Кожный покров, слизистые бледно-розового цвета с лёгкой субиктеричностью, склеры также субиктеричны. Со стороны лёгких и сердца патологических изменений не выявлено. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень пальпируется на 1 см из-под края рёберной дуги, плотно-эластичная, слабо положительный симптом Ортнера. Селезёнка не пальпируется. Стул регулярный, обычного цвета, консистенции. Диурез не нарушен, моча обычного цвета.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 145 г/л, лейкоциты – $4,5 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 48%, лимфоциты – 39%, моноциты – 8%, СОЭ – 6 мм/ час.

Общий анализ мочи: цвет – желтый, прозрачность – мутная, относительная плотность – 1015, реакция кислая; отрицательные – белок, сахар, ацетон, билирубин; лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, АЛТ – 38 Ед/л, АСТ – 40 Ед/л, амилаза – 38 Ед/л, билирубин общий – 68 мкмоль/л, непрямой – 48 мкмоль/л, прямой – 20 мкмоль/л, ЩФ – 340 ЕД/л.

УЗИ органов брюшной полости: печень – увеличена в размерах, паренхима неоднородная, сосудистый рисунок усилен, портальная вена – диаметр не увеличен. Жёлчный пузырь обычных размеров, стенка 3 мм, содержимое неоднородное, сократительная способность снижена. Поджелудочная железа с ровными контурами, сосудистый рисунок не изменен, не увеличена.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Оцените результаты обследования. Какие порекомендуете дополнительные исследования?
3. Назначьте лечение, включая диетотерапию, а также план дальнейшего ведения данного пациента.

Задача № II -

Девочка 11 лет по СМП доставлена в приемное отделение детской многопрофильной больницы. Жалобы на выраженную слабость, вялость, снижение массы тела, жажду, полидипсию.

Из анамнеза: заболела около 2х недель назад. Отмечали жажду (связывали с жарой), снижение массы тела около месяца. В течение последних 3х дней – повышение температуры тела до 37,4, выраженная слабость, вялость. Осмотрена педиатром на дому, ИХА на covid-19 – отрицательно, выполнен экспресс анализ мочи – выявлена глюкозурия, кетонурия. Вызвана бригада СМП, оформлена госпитализация в многопрофильный стационар.

Наблюдается у офтальмолога с миопией. Наследственность не отягощена. Вакцинирована в рамках Национального календаря профилактических прививок по возрасту. Аллергоанамнез не отягощен. Травм и операций не было.

Объективно при поступлении: общее состояние средней тяжести, в сознании. Рост 130см, вес 21 кг. ИМТ 12,4кг/кв.м. Кожные покровы бледные, чистые, тургор снижен. ПЖК развита недостаточно, распределена равномерно. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки розовая, влажная, язык у корня обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 22 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 92 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. АД 100/70 мм.рт.ст. Периферических отеков, цианоза нет. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Дизурии нет, моча светло-желтая, прозрачная. Щитовидная железа расположена типично, не увеличена, подвижна при глотании, наличие узловых образований пальпаторно не определяется. Клинически – эутиреоз. Симптомов нарушения функции надпочечников не выявлено.

ЭКГ: Ритм синусовый, регулярный. Вертикальное положение ЭОС. ЭКГ-признаки перегрузки правого предсердия. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

УЗИ органов брюшной полости и почек: ЭХО-графические признаки диффузных изменений паренхимы почек.

Клинический анализ крови: лейкоциты $8,20 \cdot 10^9$ /л; гемоглобин 143,0 г/л; тромбоциты $292 \cdot 10^9$ /л; эритроциты $4,94 \cdot 10^{12}$ /л.

Клинический анализ мочи: удельный вес 1,013 г/л; pH 5,0; лейкоциты, эритроциты – отрицательно; глюкоза количественно 111,0 ммоль/л.

Гликированный гемоглобин: 12,60 % (референсные значения: 4,00-6,40)

Переведена ОРИТ в состоянии острого кетоацидоза. После купирования метаболических нарушений переведена в эндокринологическое отделение для дальнейшего лечения. По жизненным показаниям назначена инсулинотерапия аналогами инсулина Aspar + Gargin300. На фоне проведенного лечения, коррекции инсулинотерапии, состояние ребенка улучшилось, достигнута стабилизация показателей углеводного обмена. Выписана домой под наблюдение в поликлинике по м/ж.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дальнейшего наблюдения, принадлежность к группе здоровья, физкультурной группе. Какие результаты ожидаете получить?
3. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией.

Задача № II -

На приеме девочка 9 лет с мамой. Жалобы на выраженную слабость, быструю утомляемость, боли в животе ноющего или приступообразного характера, отрыжку после еды, выраженный метеоризм в течение дня, иногда отмечается учащенный кашицеобразный стул с примесью слизи.

Ребенок от второй беременности, протекавшей на фоне гестационного сахарного диабета, первых срочных самостоятельных родов. При рождении 3950 г, 56 см. Шкала Апгар 8/8. Развивалась физиологично, гармонично. Привита в соответствии с календарем профилактических прививок, без реакций. Учится в лицее, изучает иностранные языки, посещает художественную школу. У бабушки по материнской линии - гипертоническая болезнь, СРК, у дедушки по отцовской линии - хронический холецистит, у отца - псориаз. Аллергии отрицают.

Из анамнеза: около 8 месяцев назад появились эпизоды обморочного состояния, слабость, боли в животе, сниженный аппетит и снижение веса. По результатам обследований выявлено снижение железа. Амбулаторно получала лечение: курс мальтофер + фолиевая кислота, с положительным эффектом. Последний месяц боли в животе стали носить приступообразный характер, возникают 2-3 раза в день, периодически сопровождаются потемнением в глазах, приступ длится около 10 минут.

При осмотре: рост 130 см, масса 22 кг. Кожные покровы бледные, чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно, распределена равномерно. Дыхание над легкими везикулярное. Хрипов нет. ЧДД - 20 в 1 минуту. Тоны сердца средней звучности, ясные, систолический шум на верхушке. ЧСС – 65-80 в 1 минуту. АД - 100/65 мм рт. ст. Язык обложен неплотным белым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации в мезогастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Стул 1 раз в день, оформленный, мочеиспускание не изменено.

Общий анализ крови: эритроциты – $5,18 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 139 г/л, лейкоциты – $4,47 \times 10^9/л$, эозинофилы – 5%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 47%, лимфоциты – 41%, моноциты – 5%, СОЭ – 2 мм/ час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, прозрачность – полная, относительная плотность – 1020 г/л, белок – не обнаружен, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – 0-1 в поле зрения, соли – нет, слизь и бактерии – немного.

ФЭГДС: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке слизь с примесью желчи. Слизистая желудка розовая, складки обычной формы. Привратник зияет. В 12-перстной кишке и начальных отделах тощей кишки слизистая розовая, тусклая, разнонаправленно исчерченная. Рисунок ворсинок резко обеднен.

Вопросы:

22. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
23. Какие дополнительные исследования необходимо назначить.
24. Какое лечение основного заболевания необходимо назначить. Диспансерное наблюдение.

Задача № II -

Мальчик 15 лет обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами: на слабость, субфебрильную температуру, потерю массы тела, разжиженный, учащенный стул со слизью и кровью до 5-6 раз в день, боли в животе перед дефекацией. В течение 6 месяцев мальчик похудел на 12 кг, разжиженный стул сначала беспокоил до 2-3 раз в сутки. Последние 2 месяца примесь слизи и прожилок крови в стуле практически ежедневно. Ранее получал антибиотики, биопрепараты без эффекта. В последние дни состояние ухудшилось, появилась значительная слабость, кровь в стуле присутствовала ежедневно.

Из анамнеза жизни известно, что мальчик рос и развивался по возрасту. Респираторными инфекциями болеет до 1-2 раз в год, в 5 лет оперирован по поводу перелома ноги. Аллергологический анамнез не отягощен, наследственность отягощена - у бабушки по линии матери - хронический колит. Привит по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Посещает общеобразовательную школу.

Объективно: состояние ребёнка среднетяжёлое, температура тела 37,1°C, аппетит снижен. Рост – 165 см, масса – 40 кг. Кожа и слизистые бледные, на лице, спине и груди отмечаются единичные синеватые пятна до 4-5 мм. ПЖК не развита. Носовое дыхание свободное. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 88 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот вздут, болезненный при пальпации ободочной и слепой кишки, сигмы. Мочеиспускание свободное. Стул неоформленный, с примесью крови и слизи до 6 раз в сутки.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 95 г/л, лейкоциты – $13 \times 10^9/л$, эозинофилы – 4%, палочкоядерные – 6%, сегментоядерные – 58%, лимфоциты – 25%, моноциты – 7%, СОЭ – 19 мм/ час.

Колоноскопия: слизистая оболочка подвздошной кишки бледно-розовая с очагами гиперемии, отёчна, с множественными кровоизлияниями, линейными язвами до 0,5 см на стенках восходящей и поперечной кишок. Выражена контактная кровоточивость. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой кишки бледная, очагово гиперемирована, выражена контактная кровоточивость. Выполнена биопсия.

Вопросы:

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

Задача № II -

Мальчик 2 месяцев заболел остро с повышения температуры тела до 37,7° С, появления беспокойства и насморка. Со 2-го дня появился мучительный пароксизмальный кашель, затруднённое шумное дыхание.

Из анамнеза: мальчик от I нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3300 г, длина – 52 см. Закричал сразу, к груди приложен в родзале, выписана из роддома на 4 сутки. Находится на естественном вскармливании. Привит по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Аллергологический анамнез не отягощен, наследственный отягощён по аллергическим заболеваниям со стороны отца. Эпиданамнез: 3 дня назад был контакт с дошкольником, который подкашливал и чихал.

Объективно: Масса – 4100 гр, рост – 54 см. Состояние ребёнка тяжёлое, температура тела 38,0° С. Аппетит снижен. Кожные покровы горячие на ощупь, сухие, эластичность снижена. На щеках гиперемия с шелушением, цианоз носогубного треугольника. Видимые слизистые розовые, чистые. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа. ЧД – 66 в мин. Над лёгкими лёгочный звук с коробочным оттенком; аускультативно по всем полям выслушивается масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и начале выдоха. Границы сердца по возрасту. Тоны сердца несколько приглушены, ЧСС – 155 в мин., органические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, немного вздут, безболезненный. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 2 см, эластичная. Селезенка не пальпируется. Стул кашицеобразный до 2 раз в сутки, желтого цвета, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты – $10,0 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 37%, лимфоциты – 55%, моноциты – 5%, СОЭ – 12 мм/ час.

Общий анализ мочи – без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Какие возбудители чаще вызывают это заболевание у детей? С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какое неотложное состояние имеется?
3. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией. Составьте план лечения данного ребенка.

Задача № II-

Девочка 8 лет поступила в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на боль в эпигастриальной области и изжогу после приема пищи. Также периодически отмечает тошноту, отрыжку воздухом, сухой кашель. Анамнез жизни: На грудном вскармливании до 9 мес. До года беспокоили частые срыгивания. В период дошкольного возраста случались эпизоды рвоты после обильной пищи или интенсивной физической нагрузки. Наследственный анамнез: по линии мамы гастро-эзофагеально-рефлюксная болезнь, по линии папы – язвенная болезнь 12-типерстной кишки. Аллергоанамнез не отягощен. Вакцинирована по календарю. Анамнез заболевания: боль в животе беспокоят уже в течение года. Обследование и лечение не проводилось.

Объективно: кожа бледно-розовая, чистая. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки розовая. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 100 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот вздут, при пальпации болезненность в эпигастрии. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Менделя положительный в области эпигастрии. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Мочеиспускания в норме.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 131 г/л, лейкоциты – $6,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 4%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 47%, лимфоциты – 38%, моноциты – 8%, СОЭ – 5 мм/ час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтая, прозрачная, уд. вес – 1015, белок(-), сахар(-), ацетон(-), лейкоциты 1-2 в поле зрения.

ЭГДС: слизистая пищевода гиперемирована в нижней трети, выявлена линейная эрозия на 4 ч, кардия смыкается недостаточно. Слизистая желудка в антральном отделе гиперемирована.

Вопросы:

25. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
26. Назовите этиологию и патогенез заболевания. Опишите алгоритм диагностики у данного пациента
27. Назначьте лечение больному, включая диету, режим, медикаментозные препараты

Задача № II -

Мальчик 13 лет предъявляет жалобы на эпизоды рвоты и боль в животе без четкой связи с приемом пищи.

Из анамнеза жизни известно, что ребёнок от беременности, протекавшей без особенностей, от срочных родов. Вес при рождении 3300, длина 52 см. На грудном вскармливании до 1г. 6мес. Раннее психо-моторное развитие по возрасту. Перенесенные заболевания: на первом году - синдром мышечной дистонии, ОРВИ, повторные ларинготрахеиты с 2-х до 5 лет. Профилактические прививки по возрасту, без реакций. Аллергоанамнез – сыпь при употреблении витамина С. При контакте с шерстью кошки – ринит, конъюнктивит.

Из анамнеза заболевания известно, что в 4 года с жалобами на боль в животе и подозрением на острый аппендицит, бригадой СМП был госпитализирован в приёмное отделение ДГКБ, в ходе проведенного обследования установлен диагноз: Функциональное нарушение кишечника. С 9 лет ежегодно приступы болей в животе, рвоты, чаще осенью. По данным УЗИ органов брюшной полости выявлялся перегиб желчного пузыря, увеличение мезентериальных л/у.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Самочувствие не страдает. Вес 56 кг, рост 160 см. Мальчик нормостенического телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное. Зев розовый, налетов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, выслушивается систолический шум на верхушке. Язык обложен белым налетом. Живот округлой формы, вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии, в зоне Шоффара, в т.Кача. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: эритроциты – $5,16 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 139 г/л, лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$, эозинофилы – 8%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 37%, лимфоциты – 44%, моноциты – 8%, СОЭ – 12 мм/ час.

Биохимический анализ крови: АЛТ - 24 ед/л, АСТ - 24 ед/л (N 0-34), амилаза – 74,5 ед/л, белок общий – 77,5 г/л, билирубин общий – 15,6 мкмоль/л, билирубин прямой – 3,5 мкмоль/л, глюкоза – 4,8 ммоль/л, холестерин – 3,87 ммоль/л.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, прозрачность – мутная, относительная плотность – 1017 г/л, белок – не обнаружен, лейкоциты – ед. в препарате, эритроциты – не обнаружено, слизь – умеренное количество, соли – отсутствуют, бактерии – немного.

Биохимический анализ мочи: амилаза (в разовой порции мочи): 353,4 ед/л.

Эзофагогастродуоденоскопия диагностическая: Пищевод - просвет свободно проходим, в просвете небольшое количество пенистой слюны. Слизистая оболочка гиперемирована в н/3. Сосудистый рисунок смазан в н/3. Кардия смыкается полностью. Желудок – в просвете небольшое количество мутной слизи. Складки утолщены, отечны, эластичность их снижена. Слизистая оболочка с мелкоочаговой гиперемией в фундальном и антральном отделе. Привратник смыкается полностью. Луковица двенадцатиперстной кишки – средних размеров; слизистая оболочка бледно-розовая. Постбульбарные отделы – в просвете небольшое количество желтой желчи, слизистая оболочка бледно-розовая, складки эластичные, не утолщенные, БДС не визуализируется. «Сухой» экспресс-тест ХЕЛПИЛ планшет - диагностика инфекции *Helicobacter Pylori*. *H.pylori* - положительно (++)

Вопросы:

28. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
29. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
30. Показана ли ребёнку с данной патологией госпитализация? Составьте план лечения данного ребенка.

Задача № II -

Мальчик 1,5 лет поступил в стационар с жалобами на вялость, редкие мочеиспускания, отеки на лице и конечностях, снижение аппетита.

Из анамнеза: 2 недели назад перенес ОРВИ, через 2 недели состояние ухудшилось, появились вышеуказанные жалобы. Мальчик от второй беременности, протекавшей с токсикозом II половины. Родился в срок, с массой 3750 г. Раннее развитие без особенностей, несколько раз болел ОРВИ. Аллергологический анамнез не отягощен. Привит по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. У матери — хронический тонзиллит, у отца — хронический гастрит.

Объективно: состояние тяжелое, бледный, выраженные отеки на лице, конечностях, туловище, асцит. Масса 13 кг, рост 76 см. Температура тела 37,5 °С. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС — 104 уд. в 1 мин. АД — 115/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, увеличен в размерах за счет асцита. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5 см. Селезенка не увеличена.

Общий анализ крови: эритроциты — $4,43 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 117 г/л, лейкоциты — $18,6 \times 10^9/л$, эозинофилы — 5%, палочкоядерные — 6%, сегментоядерные — 68%, лимфоциты — 17%, моноциты — 4%, СОЭ — 37 мм/ час.

Диурез: выпито жидкости накануне — 300 мл, выделено мочи — 150 мл.

Общий анализ мочи: относительная плотность—1020, белок—16,6 г/л, эритроциты—0–1 в п/з, лейкоциты—1–2 в п/з, цилиндры гиалиновые—2–3 в п/з. Суточная потеря белка 6 г.

Биохимическое исследование крови: белок— 50 г/л, альбумины — 30,5%, глобулины: альфа1- — 8,0%, альфа2- — 26,5%, бета- — 25%, гамма- — 10,0%, сахар — 5 ммоль/л, холестерин — 10 ммоль/л, АСЛО — 250 ед, β-липопротеиды — 20 г/л, ДФА — 0,420 ед, СРБ — 25 мг/л (норма — до 5 мг/л), АСТ — 28 мкмоль/л, АЛТ — 39 мкмоль/л, калий — 4 ммоль/л. Клиренс эндогенного креатинина — 108 мл/мин.

Вопросы:

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

Задача № II -

На профилактический прием к участковому педиатру обратилась мама с ребенком, девочкой 2 лет. Жалобы на момент осмотра отсутствуют.

Из анамнеза: родилась в срок 38 недель, от 1-й беременности. Масса тела при рождении – 3500 г, длина – 50 см. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Вскармливание естественное до 12 мес., прикорм введен с 5 мес. В физическом и нервно-психическом развитии от сверстников до настоящего времени ребенок не отставал. ОРЗ 2-3 раза в год, детских инфекций не переносила. Аллергологический, наследственный анамнез не отягощены. Привита в родильном доме против гепатита В на первые сутки жизни, против туберкулеза (БЦЖ-М) на 4-е сутки жизни, затем отказ от вакцинации до настоящего времени, также отказ от туберкулиновых проб.

Объективно: кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки розовая, влажная, язык не обложен. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 115 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Нижний край печени на 1 см. выступает из под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Мочеиспускания не нарушены.

С матерью ребенка проведена беседа о пользе вакцинации, получено добровольное информирование согласие на проведение вакцинации.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Разработайте индивидуальный график вакцинации на ближайшие 3 месяца.

Задача № II -

На профилактический прием к участковому педиатру обратилась мама с ребенком, девочкой 2 мес. Жалобы на момент осмотра отсутствуют.

Из анамнеза: родилась в срок 38 недель, от 1-й беременности. Масса тела при рождении – 3400 г, длина – 49 см. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Вскармливание естественное до настоящего времени. В физическом и нервно-психическом развитии от сверстников до настоящего времени ребенок не отставал. Заболеваний, в том числе инфекционных не переносила. Аллергологический, наследственный анамнез неотягощены. До настоящего времени ребенок не привит по причине отказа матери.

Объективно: кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. Слизистая небных дужек, задней стенки глотки розовая, влажная, язык не обложен. В легких ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 40 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 130 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Нижний край печени на 2 см. выступает из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул 3 раза в сутки, не нарушен. Мочеиспускания не нарушены.

С матерью ребенка проведена беседа о пользе вакцинации, получено добровольное информированное согласие на проведение вакцинации.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Разработайте индивидуальный график вакцинации на ближайшие 3 месяца.

Задача № II -

На профилактический прием к участковому педиатру обратилась мама с ребенком, мальчиком 12 мес. Жалобы на момент осмотра отсутствуют.

Из анамнеза: родился в срок 38 недель, от 2-й беременности, 2-х родов. Масса тела при рождении – 3700 г, длина – 51 см. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Вскармливание естественное до 12 мес., прикорм введен с 4,5 мес. В физическом и нервно-психическом развитии от сверстников до настоящего времени ребенок не отставал. ОРЗ 2-3 раза в год, детских инфекций не переносил. Аллергологический, наследственный анамнез не отягощены. Привит в родильном доме против гепатита В на первые сутки жизни, против туберкулеза (БЦЖ-М) на 4-е сутки жизни, затем до 3-х мес. включительно вакцинация в соответствии с Национальным календарем вакцинации. После введение 1V Пентаксим, 2V Рототек у ребенка в день вакцинации повышение температуры тела до 38 гр. С., гиперемия и отечность в месте введения Пентаксима, в связи с чем мать оформила отказ от вакцинации до настоящего времени.

Объективно: кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. Слизистая небных дужек, задней стенки глотки розовая, влажная, язык не обложен. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 32 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 120 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Нижний край печени на 1,5 см. выступает из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Мочеиспускания не нарушены.

С матерью ребенка проведена беседа о пользе вакцинации, получено добровольное информированное согласие на проведение вакцинации.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Перечислите введенные вакцины в соответствии с Национальным календарем вакцинации до оформления отказа матерью.
3. Разработайте индивидуальный график вакцинации на ближайшие 3 месяца.

Задача № II -

На профилактический прием к участковому педиатру обратилась мама с ребенком, девочкой 5 лет. Жалобы на момент осмотра отсутствуют.

Из анамнеза: родилась в срок 38 недель, от 1-й беременности. Масса тела при рождении – 3500 г, длина – 50 см. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Вскармливание естественное до 12 мес., прикорм введен с 4,5 мес. В физическом и нервно-психическом развитии от сверстников до настоящего времени ребенок не отставал. ОРЗ 3-4 раза в год, из детских инфекций перенесла ветряную оспу в 4 года. Аллергологический, наследственный анамнез неотягощены. С рождения и до настоящего времени отказ от вакцинации. Реакции Манту проводились 1 раз в 6 мес., результат отрицательный по всем пробам (последняя реакция Манту проводилась 3 недели назад, результат отрицательный).

Объективно: кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки розовая, влажная, язык не обложен. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 22 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 100 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Нижний край печени не выступает из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Мочеиспускания не нарушены.

С матерью ребенка проведена беседа о пользе вакцинации, получено добровольное информированное согласие на проведение вакцинации. Участковым педиатром принято решение начать вакцинацию с БЦЖ.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Требуется ли предварительное проведение реакции Манту перед введением БЦЖ?
3. Разработайте индивидуальный график вакцинации на ближайшие 3 месяца.

Задача № II -

На профилактический прием к участковому педиатру обратился юноша 16 лет. Жалобы на момент осмотра отсутствуют.

Из анамнеза: родился в срок 38 недель, от 1-й беременности. Масса тела при рождении – 3700 г, длина – 52 см. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Вскармливание естественное до 12 мес., прикорм введен с 5 мес. В физическом и нервно-психическом развитии от сверстников до настоящего времени ребенок не отставал. ОРЗ 3-4 раза в год, из детских инфекций перенес ветряную оспу в 3 года. Аллергологический, наследственный анамнез не отягощены. С рождения и до настоящего времени законным представителем оформлен отказ от вакцинации и туберкулиновых проб.

Объективно: кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки розовая, влажная, язык не обложен. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 80 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Нижний край печени не выступает из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Мочеиспускания не нарушены.

Пациент настаивает на проведении ему вакцинации в соответствии с национальным календарем вакцинопрофилактики.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Возможно ли проведение вакцинации и туберкулиновых проб при получении добровольного информированного согласия от данного подростка несмотря на ранее оформленный отказ законным представителем ребенка?
3. Если проведение вакцинации и туберкулиновых возможно на законных основаниях, то разработайте индивидуальный график вакцинации на ближайшие 3 месяца.

Задача № II -

Ребенок С. 8 месяцев. Мать ребенка обратилась в связи с сухостью и бледностью кожи, склонность к запорам, частые простудные заболевания.

Из анамнеза: Ребенок родился недоношенным на 27 неделе гестации путем Кесарева сечения. Респираторными инфекциями на первом году жизни болел уже 4 раза. Аллергологический, наследственный анамнез не отягощены. Привит по индивидуальному календарю в связи с медицинским отводом, догоняющая вакцинация не завершена. Ребенок не организован.

Объективно: состояние удовлетворительное. Отмечается некоторая гипотония мышц. На осмотр реагирует спокойно. Носовое дыхание свободное. Кожный покров бледный окраски, чистый от сыпи. При фарингоскопии задняя стенка глотки розовая влажная, язык у корня обложен белым налетом. В легких пузырьное дыхание, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. ЧДД – 38 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, определяется систолический шум в точке Боткина-Эрба, ЧСС – 132 ударов в минуту. Живот мягкий, доступен поверхностной и глубокой пальпации во всех отделах. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул со склонностью к запорам, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, моча светлая.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 77 г/л, MCV 65, MCH 23, MCHC 270, RDW 17%, лейкоциты – $8,7 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 37%, лимфоциты – 51%, моноциты – 7%, СОЭ – 6 мм/ час.

Общий анализ мочи: цвет – соломено-желтый, прозрачность – полная, относительная плотность – 1016 г/л, белок – не обнаружен, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – 0-1 в поле зрения, слизь – скудное количество, соли – отсутствуют, бактерии – отсутствуют.

Биохимический анализ крови: Ферритин сыворотки – 21 мкг/л, сывороточное железо – 4,2, Трансферрин – 3,7, ОЖСС – 82,1

Вопросы:

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

Задача № II -

На профилактический прием к участковому педиатру обратилась мама с мальчиком 1 года. Жалобы на момент осмотра отсутствуют.

Из анамнеза: родился в срок 39 недель, от 1-й беременности. Масса тела при рождении – 3500 г, длина – 50 см. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Вскармливание естественное до 12 мес., прикорм введен с 5 мес. Развивается по возрасту. Дважды, в 6 и 9 месяцев переносил бронхиты с явлениями бронхиальной обструкции. Лечение получал в домашних условиях, использовали бронхолитические препараты через небулайзер, отхаркивающие средства. С 5 месяцев отмечали явления дерматита на щеках, ягодицах при введении желтка куриного яйца, фруктового пюре из абрикосов.

Наследственный анамнез не отягощен. Привита в родильном доме против гепатита В на первые сутки жизни, против туберкулеза (БЦЖ-М) на 4-е сутки жизни, далее прививался по графику до 6 мес. В возрасте ребенка 6 мес. мама оформила отказ от вакцинации.

Объективно: кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. Слизистая небных дужек, миндалин, задней стенки глотки розовая, влажная, язык не обложен. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 115 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Нижний край печени на 1 см. выступает из под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Мочеиспускание не нарушено.

С матерью ребенка проведена беседа о пользе вакцинации, получено добровольное информирование согласие на проведение вакцинации.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Можно ли продолжать вакцинацию в настоящий момент? Обоснуйте свой ответ
3. Разработайте индивидуальный график вакцинации до 2-х лет.

Задача № II -

Вызов участкового педиатра к мальчику 5 лет. Заболел остро, 3 дня назад, с повышения температуры до 38,5-39,5⁰С, головной боли, боли в горле, сухого кашля, умеренного слизистого отделяемого из носа. Получал жаропонижающие препараты (парацетамол).

Из анамнеза: Респираторными инфекциями болеет 4-5 раз в год. В анамнезе в возрасте 1-3 лет явления дерматита на прием в пищу красных овощей и фруктов, цитрусовых, шоколада. Вакцинирован по календарю. Посещает детский сад.

Объективно: температура 37,4⁰С, обильное слизистое отделяемое из носа, навязчивый кашель с трудноотделяемой мокротой. В зеве – умеренно выраженная разлитая гиперемия. Миндалины несколько отечны, налетов нет. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, в обоих легких выслушиваются влажные разнокалиберные хрипы. ЧД 24 в мин. ЧСС – 100 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул, диурез в норме.

Общий анализ крови: Нb 125 г/л, эритроциты 4,0 x10¹²/л, лейкоциты 8,7 10⁹/л, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 21%, лимфоциты – 74%, моноциты – 7%, СОЭ – 8 мм/ час.

На рентгенограмме: усиление бронхо-сосудистого рисунка, легочный рисунок умеренно усилен, корни легких слегка утолщены. Легочная ткань немного вздута.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Необходимо ли дополнительное обследование? В каких условиях следует проводить лечение пациента?
3. Составьте и обоснуйте план лечения данного ребенка.

Задача № II -

Вызов участкового педиатра к девочке 3,5 лет. Болеет 3 дня, когда поднялась температура до 38,5-39,5⁰С, появилось обильное слизистое отделяемое из носа, малопродуктивный частый кашель, Получала жаропонижающие препараты (парацетамол).

Из анамнеза: Респираторными инфекциями болеет до 4-5 раз в год. В анамнезе - явления дерматита на прием в пищу красных овощей и фруктов, цитрусовых, шоколада. Вакцинирована по календарю.

Объективно: температура 37,8⁰С, обильное слизистое отделяемое из носа, кашель малопродуктивный, мокроту не откашливает. Капризна, негативна. В зеве – умеренно выраженная гиперемия. Миндалины несколько отечны, налетов нет. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, в обоих легких выслушиваются влажные разнокалиберные влажные хрипы по всем легочным полям, грубые сухие хрипы, больше в базальных отделах легких, умеренное количество сухих свистящих хрипов на выдохе. ЧД 24-26 в мин. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичные, ЧСС – 112 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул, диурез в норме.

Общий анализ крови: Нб 125 г/л, эритроциты 4,0 x10¹²/л, лейкоциты 5,7 10⁹/л, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 21%, лимфоциты – 74%, моноциты – 7%, СОЭ – 8 мм/ час.

На рентгенограмме: усиление бронхо-сосудистого рисунка, легочный рисунок умеренно усилен, повышенная прозрачность легочной ткани.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. В каких условиях следует проводить лечение пациента?
3. Составьте и обоснуйте план лечения данного ребенка.

Задача № II -

На приеме у участкового педиатра мама с младенцем 2 месяцев. Жалобы на регулярные и длительные периоды младенческого плача и беспокойства, возникающие без очевидной причины в течение последних двух недель. Во время эпизодов плача ребенок поджимает ножки к животу. Подобные эпизоды возникают ежедневно, длятся от нескольких минут до двух-трех часов.

Из анамнеза: родился в срок 39 недель, от 1-й беременности. Масса тела при рождении – 3400 г, длина – 50 см. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Кормится грудью, молока у матери достаточно. Мама строгих ограничений в питании не придерживается, однако старается избегать приема аллергенных, с ее точки зрения продуктов (цитрусовые, шоколад и т.п.). Кормление грудью 6-7 раз в сутки, ночью также прикладывает к груди 2-3 раза, однако это не приводит к уменьшению приступов плача. Параметры физического развития ребенка: в 1 мес. вес 4000г, рост 53 см; в 2 мес. 4800г., рост 56 см.

Наследственный анамнез не отягощен. Привит в родильном доме против гепатита В на первые сутки жизни, против туберкулеза (БЦЖ-М) на 4-е сутки жизни, далее - по возрасту.

Объективно: кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. Слизистая ротоглотки розовая, влажная, язык не обложен. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 34 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 128 ударов в минуту, органические шумы не выслушиваются. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Нижний край печени на 2,5 см. выступает из под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул светло-желтого цвета, до 4 раз в сутки, преимущественно после кормления. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Составьте план ведения ребенка участковым педиатром.
2. Оцените физическое развитие ребенка.
3. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. Предложите и обоснуйте лечебные мероприятия
4. Можно ли продолжать вакцинацию в настоящий момент? Обоснуйте свой ответ

Задача №

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 - 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).

Эталонный 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 №

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, родовое 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.

Эталонный ответ:

1. Острый гематогенный остеомиелит новорожденного. 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. 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 №

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 культи пуповины, сочной и широкой в основании. Дома - местно пупочное кольцо оставалось широким, культя пуповины отпала на 16 сутки жизни, под ней - разрастание плотных грануляций, необильное 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

Эталонный 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 №

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. У мамы эрозия шейки матки, хронический вагинальный кандидоз с обострением в III триместре беременности. Беременность первая, протекала с ОРВИ (7 недель и 19 недель), лечилась амбулаторно симптоматическими средствами, в 34 недели - бронхит, получала антибактериальную терапию, 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 самостоятельно обрабатывала маслом Бюбхен (без эффекта).

В 1 мес. 17 дней ребенок болеет ОРВИ, получал антибактериальное лечение (суспензия аугментина), через 4 дня от начала терапии - вновь рецидив сыпи и появление выраженных белого цвета творожистых наложений в ротовой полости. Мама обрабатывала полость рта бурой в глицерине, раствором соды, 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

Эталонный ответ:

1. 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. Терапия проводимая участковым педиатром недостаточна и патогенетический не обоснована. Не надо обрабатывать маслом Бюбхен.
3. 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 №

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.

Эталонный 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.
3. Абсцесс слезного, мешка флегмона орбиты.

Задача №

Девочке 4,5 месяцев с неотягощенным биологическим анамнезом сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС + полиомиелит инактивированной вакциной+пневмококковая (конъюгированная). Предыдущие прививки АКДС + полиомиелит (в 3 месяца) перенесла хорошо.

На 2 день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнения в месте введения вакцины. Расценивая указанные симптомы как осложнение после прививки, она обвинила врача и медсестру в «непрофессионализме».

При осмотре температура тела 37,8°C. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины – инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отек мягких тканей диаметром 2 см.

Вопросы:

1. Дайте заключение по данному случаю. Тактика врача-педиатра участкового.
2. Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС.

Подлежит ли ребенок медицинскому отводу от дальнейших прививок против дифтерии, коклюша, столбняка?

3. Каковы абсолютные противопоказания для вакцинации ребенка против дифтерии, коклюша, столбняка.

Ответы

1. Поствакцинальная реакция. Разъяснить маме о нормальном течение поствакцинального периода (реакция в виде повышения температуры тела, местного инфильтрата), при выраженом беспокойстве ребенка можно рекомендовать НПВС, антигистаминные препараты.
2. Повышение температуры тела, болезненность в месте инъекции, плотный инфильтрат в месте введения. Медицинский отвод не показан.
3. Анафилактический шок, выраженная крапивница, отек Квинке, тонико-клонические судороги афебрильные, пронзительный крик на первое введение вакцины.

Девочка А. родилась от матери 26 лет, соматически здоровой, от 2 беременности, 2 родов. Вредные привычки отрицает. На учете в женской консультации состояла с 9 недель. На фоне преэклампсией в третьем триместре. Роды в 39 недель. На момент рождения состояние ребенка удовлетворительное. Оценка по шкале В. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Масса тела 3100 г, длина тела 51 см. Приложена к груди в родовом зале. Ребенок находился в палате «мать и дитя» с первых суток.

На 3 сутки жизни при обходе врача-неонатолога мама обратила внимание на симметричное увеличение молочных желез, кожа над ними слегка гиперемирована, наблюдались скудные выделения беловато-молочного цвета, кроме того у ребенка отмечался отек больших половых губ и обильное слизистое отделяемое серовато-белового цвета. Температура тела 36,5 °С. На осмотр реагирует адекватно, в сознании, крик громкий, эмоциональный, ребенок активный. Находится на грудном вскармливании, сосет активно, грудь захватывает хорошо, питание удерживает. У матери лактация достаточная.

Клинический анализ крови: Нб – 186 г/л, эритроциты – $5,4 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,99, тромбоциты – $288 \times 10^9/л$, лейкоциты – $9,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 47%, лимфоциты – 42%, моноциты – 8%, СОЭ – 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, реакция – кислая, удельный вес – 1003, белок отсутствует, эпителий плоский – 1–2 в поле зрения, лейкоциты – 1–2 в поле зрения, эритроциты – нет, цилиндры – нет.

Вопросы:

1. Опишите возникшее состояние у ребенка. Обоснуйте транзиторное состояние.
2. Требуется ли лечение названного транзиторного состояния? Проведите профилактику мастита у новорожденного. Определите прогноз данного состояния.
3. Назначьте питание ребенку, обоснуйте свой выбор.

Ответы:

1. Половой криз новорожденного. Адаптация к «лишению» гормонов фетоплацентарного комплекса и выведения материнских гормонов.
2. Не требуется. Сухое тепло, соблюдение санитарно-гигиенических норм (купание ребенка). Прогноз благоприятный.
3. Перевести на искусственное вскармливание на кратковременный период (3-4 дня) адаптированной молочной смесью.

Првичный патронаж новорожденного.

Девочка 5 дней родилась от первой беременности, протекавшей на фоне анемии и повторной угрозы прерывания. У матери аутоиммунный тиреоидит. Роды на 43 неделе гестации. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Родилась с массой тела - 4100 г, длиной – 50 см, окружность головы – 34 см, окружность груди – 33 см. С первых суток находилась в палате «Мать и дитя», вскармливание грудное в свободном режиме. Выписана домой на 4 сутки.

При осмотре врач-педиатр участковый отмечает признаки незрелости, низкий и грубый голос при плаче, увеличенный язык, иктеричность кожного покрова 1 степени, отечность лица и тыльных поверхностей кистей и стоп. Пупочный остаток не отпал. Рефлексы вызываются, но снижены. Мышечная гипотония. Форма головы правильная, большой родничок 3×3см, не напряжен. Носовое дыхание свободное. При аускультации дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД - 52 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 110 в минуту. Мама отмечает, что ребенок неохотно и вяло сосет грудь. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Половые органы сформированы правильно. Стул был дважды, не обильный, желтого цвета, слизи не отмечали. Мочится редко, моча светлая, без запаха.

Из выписки из родильного дома выяснено, что неонатальный скрининг у ребенка не проведен. Рекомендовано провести в условиях амбулаторного наблюдения.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Обоснуйте и составьте план обследования пациента
3. При обследовании ребенка уровень ТТГ составил 98,0 мЕД/л. Обоснуйте терапию конкретного ребенка. Какова дальнейшая тактика врача-педиатра участкового?

Ответы:

1. Врожденный гипотиреоз. Признаки незрелости, низкий и грубый голос при плаче, увеличенный язык, иктеричность кожного покрова 1 степени, отечность лица и тыльных поверхностей кистей и стоп. Рефлексы вызываются снижены. Мышечная гипотония.
2. Срочное проведение неонатального скрининга, ТТГ, Т3, Т4 свободные, ОАК, глюкоза натощак.
3. Назначение тиреоидных гормонов – Левотираксина не позже 1 месяца жизни. Наблюдение детского эндокринолога, каждые 3 месяца контроль анализов (ТТГ, Т3, Т4 свободные)

Девочка 5 дней родилась от первой беременности, протекавшей с легким токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении – 3100 г, длина – 51 см. Закричала сразу, к груди приложена на первые сутки. Состояние за время наблюдения в последующие дни оценивалось удовлетворительным. Масса тела на 4 сутки составила 2951 г. На 5 сутки жизни появилось нагрубание молочных желез, молочные железы увеличены с обеих сторон до 2 см, при надавливании выделяется молочно-белая жидкость.

Состояние ребенка удовлетворительное, сосет хорошо, активна, физиологические рефлексы оживлены, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на крыльях носа, переносице имеются беловато-желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота – крупнопластинчатое шелушение. 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, примесью жидкости, учащен до 7–8 раз.

Общий анализ крови: гемоглобин – 186 г/л, эритроциты – $8,4 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула: палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 42%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 45%, моноциты – 7%, СОЭ – 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, реакция кислая, удельный вес – 1004, эпителий плоский – много, лейкоциты – 2–3 в поле зрения, эритроциты – 4–5 в поле зрения, соли – кристаллы мочевой кислоты, белок – отрицателен.

Вопросы:

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка? С чем связана физиологическая убыль массы тела ребенка?
2. Оцените результаты общего анализа крови и общего анализа мочи. Необходима ли консультация врача-нефролога?
3. С чем связано изменение характера стула? Требуется ли экстренная коррекция? Чем объяснить увеличение молочных желез? Необходима ли консультация хирурга?

Ответы:

1. Милии (беловато-желтоватые мелкие узелки), крупнопластинчатое шелушение (неонатальная десквамация), мочеполовой криз (нагрубание молочных желез, выделения из молочных желез, эритроциты в моче), снижение массы тела, мочекишечный инфаркт, транзиторный катар кишечника. Снижение массы тела связано со стрессом и относительной гипоксемией в родах, новым видом питания, транзиторной гиперфункцией гипофиза, надпочечников, щитовидной и поджелудочной желез. В среднем транзиторная потеря массы тела составляет 6-8% по сравнению с массой тела при рождении. Восстановление происходит к 10-12 дню.
2. Микрогематурия (эритроциты 4-5 в поле зрения), соли – кристаллы мочевой кислоты (транзиторное состояние – мочекишечный инфаркт). В консультации врача-нефролога не нуждается.
3. Это связано с транзиторным катаром кишечника, коррекции не требуется, данное состояние купируется самостоятельно. Увеличение молочных связано с половым кризом - адаптацией к «лишению» гормонов фетоплацентарного комплекса и выведению материнских гормонов. В консультации хирурга не нуждается.

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. Проведена консультация врача-детского кардиолога, на приеме выявлено повышение АД до 145/85 мм рт. ст., рекомендовано соблюдение режима дня, снижение физической и умственной нагрузки, 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 дообследование.

Из анамнеза жизни известно, что подросток рос и развивался соответственно возрасту, привит по календарю прививок, редко болел ОРВИ. За последний год вырос на 15 см, появились перепады настроения, конфликты со сверстниками, повышенная потливость, стал уставать от школьных нагрузок. Гуляет мало, предпочитает играть в компьютерные игры, отмечает нарушение сна. 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 - 300×10^9 /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.

ЭХО-КГ – структурных изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Назначьте подростку лечение.
4. В течение двух недель после визита к врачу подросток не выполняет рекомендации по лечению. На последнем уроке в школе пожаловался на резкое ухудшение состояния: головокружение, головная боль. Мальчика отвели в медицинский кабинет, при измерении АД школьным врачом выявлено повышение до 180/96 мм рт. ст., отмечается бледность кожи, озноб, тошнота, однократно рвота съеденной пищей. Ваша тактика оказания помощи как школьного врача?

АГ

Задача №

Мальчик 16 лет после сдачи экзамена в школе пожаловался на «резкую пронзительную головную боль» в области затылка. Также появились тошнота, рвота, боли в животе. Подросток отмечает «мелькание мушек перед глазами», «звон в ушах», потливость, покраснение лица, частое обильное мочеиспускание. Сознание сохранено. Мальчик осмотрен врачом-педиатром участковым, выявлено повышение АД до 170/100 мм рт. ст. Из анамнеза известно, что накануне дома мать измеряла подростку давление, отмечались колебания цифр АД от 165/85 до 155/75 мм рт. ст. Также известно, что в течение последних нескольких месяцев подросток периодически предъявлял жалобы на головные боли, преимущественно после занятий в школе. У врача-педиатра участкового не обследовался и не наблюдался.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите основные критерии диагностики предполагаемого заболевания.
3. Назначьте дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Составьте план дальнейшего лечения. Какова врачебная тактика для купирования данного острого состояния?

АГ КРИЗ

Задача №

У девочки 3-х лет ОРВИ температура - повысилась до 39,0⁰С, появились боли в животе, была однократная рвота.

Ребенок вялый, аппетит снижен. Кожа бледная, «тени» под глазами, в зеве умеренная гиперемия слизистых оболочек. Тоны сердца звучные, ритмичные. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симптом поколачивания в поясничной области положительный слева.

Ан.крови: Hb - 130 г/л, эр. - $4,5 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,86, лейкоц. - $12,7 \times 10^9$ /л, п/я - 8%, с/я - 62%, лимф. - 22%, мон. - 8%.

Биохимический ан.крови: общ.белок 68 г/л, СРБ +++

Ан.мочи: следы белка, лейкоциты - покрывают все поле зрения, эритроциты 4-5 в п/зр., соли – оксалаты (много)

Посев мочи: кишечная палочка – 100 000 микробных тел/мл.

Вопросы:

1. Ваш диагноз. Обоснуйте ответ.
2. План обследования ребенка.
3. Назначьте лечение.

Краткий ответ

1. Диагноз: Острый пиелонефрит, активная фаза. Диагноз основывается на наличии лихорадки, болевого синдрома, изменении лабораторных показателей (лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение показателей СРБ, выраженная лейкоцитурия, микрогематурия, положительный посев мочи – кишечная палочка).
2. Контроль ОАМ, Анализ мочи по Нечипоренко, УЗИ почек, консультация гинеколога.
3. Диета, с ограничением экстрактивных веществ, обильное питьё, антибактериальная терапия («защищенные» пенициллины – Амоксиклав, Цефалоспорины 3 поколения), затем уросептики

Задача №

Доношенная девочка, от женщины 29 лет, с хроническим тонзиллитом, кариесом, от I-й беременности, протекавшей с токсикозом в 1-м триместре, водянкой в 3-м триместре беременности, роды самостоятельные, срочные, головное предлежание. Масса тела при рождении 3720 г, рост 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов.

В возрасте 3 суток жизни масса 3550. Температура тела 37,2°C. Сосет охотно, мышечный тонус и рефлексy удовлетворительные, кожа субиктеричная, отмечается шелушение, на носу и подбородке – мелкие белые папулы без гиперемии, на теле желтовато-белые папулы с гиперемией вокруг, симметричное увеличение и нагрубание молочных желез. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД-46 в 1 мин, ЧСС=134 в 1 мин. Живот мягкий, стул – желто-зеленый. Печень+1,0 см из-под правого подреберья, селезенка у края реберной дуги. Из половых путей слизисто-сукровичное отделяемое. На памперсе пятно красно-кирпичного цвета.

Клинический анализ крови: Hb-180 г/л, эр.- $5,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоц.- $11,0 \times 10^9$ /л, п/я -5%, с/я - 40%, л - 47%, э - 2%, м. - 6%, тр.- $260,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 3 мм/час.

Вопросы к задаче :

1. Сформулируйте диагноз.
2. Объясните причину появления вышеперечисленной симптоматики.
3. Необходимое лабораторно-инструментальное обследование.
4. Составьте план лечебных мероприятий.
5. Дайте рекомендации по режиму кормления на первой недели жизни.

Ответы:

1. Ранний неонатальный период. Мочекислый диатез. Физиологическое шелушение. Милии. Мочеполовой криз. Транзиторное снижение массы тела.
2. Милии и физиологическое шелушение – адаптация к более низкой температуры окружающей среды, тактильным раздражителям, микробной колонизации. Мочекислый диатез – адаптация к гемодинамике, гормональному фону, потери воды. Мочеполовой криз - увеличение молочных связано с половым кризом - адаптацией к «лишению» гормонов фетоплацентарного комплекса и выведению материнских гормонов. Снижение массы тела связано со стрессом и относительной гипоксемией в родах, новым видом питания, транзиторной гиперфункцией гипофиза, надпочечников, щитовидной и поджелудочной желез. В среднем транзиторная потеря массы тела составляет 6-8% по сравнению с массой тела при рождении. Восстановление происходит к 10-12 дню.
3. В лабораторно-инструментальных обследованиях не нуждается.
4. В лечебных мероприятиях не нуждается.
5. При нарастании симптоматики мочеполового криза временный отказ от грудного вскармливания на 4-5 дней. В остальных случаях продолжить грудное вскармливание по требованию.

При оформлении в дошкольное образовательное учреждение у девочки 3 лет выявлено отставание в физическом и умственном развитии. Переехала в район обслуживания детской поликлиники около месяца назад. Рост – 78 см, масса тела – 15,3 кг. Мать отмечает, что девочка малоподвижна с первого года жизни, развивалась с отставанием от сверстников: сидит с 10 месяцев, ходит с 18 месяцев, начала говорить в 2 года. По предыдущему месту жительства врачи рассматривали всё это как проявления рахита, от которого и лечили, но безуспешно.

Девочка говорит вяло, словарный запас ограничен, голос низкий. В контакт вступает плохо, на вопросы отвечает с трудом, память слабая, узнаёт только членов семьи. Пропорции тела напоминают таковые у новорождённого. Голова относительно крупных размеров, запавшая и широкая переносица. Макроглоссия, постоянное слюнотечение. Кожа суховата, некоторая отёчность без чёткой локализации. Волосы тусклые, ломкие. Конечности холодные, шелушение локтей и коленей. В лёгких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца чистые, приглушенные. Пульс – 70 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. АД – 75/50 мм рт.ст. Живот несколько увеличен в размерах, безболезненный при пальпации. Печень и селезёнка не пальпируются. Стул со склонностью к запорам.

Анализ крови: эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 92 г/л, цветовой показатель – 0,9, СОЭ – 12 мм/час, лейкоциты – $5,5 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 47%, лимфоциты – 42%, моноциты – 5%.

Биохимический анализ крови: Холестерин крови – 12 ммоль/л, ТТГ в сыворотке крови – 42 мкЕд/мл, Т4 свободный – 3,1 мкЕд/мл.

Анализ мочи: относительная плотность – 1014, сахара, белка нет, эпителий плоский – 3-4 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроцитов нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз. Перечислите основные клинические признаки данного заболевания.
2. Какие дополнительные исследования надо назначить?
3. Определите дальнейшую тактику ведения ребёнка.

Ответы:

1. Врождённый гипотиреоз. Задержка умственного, физического развития, физическое развитие низкое, дисгармоничное, макроглоссия, сухая отёчная кожа, артериальная гипотония, брадикардия, склонность к запорам. Гиперхолестеринемия, анемия, повышение ТТГ, Т4 свободного.
2. Консультация детского эндокринолога, невролога. УЗИ щитовидной железы, УЗИ органов брюшной полости, почек и надпочечников, ЭКГ. Контроль клинического анализа крови, биохимического анализа крови (внимание на ТТГ, Т3, Т4 – свободные, холестерин).
3. Наблюдение врачом-эндокринологом, неврологом и контроль анализов в динамике. Контроль показателей физического и психического развития ребёнка соответственно возрасту после назначения лечения.

Задача № II-

Мальчик 4 лет на приеме у педиатра. Жалобы на сухость кожи, зуд и покраснение кожи.

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

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

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

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

Вопросы:

34. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
35. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
36. Составьте план лечения данного ребенка.

1. Атопический дерматит, детская форма, ограниченный, легкое течение, период обострения

Обязательными критериями атопического дерматита, имеющимися у пациента, являются зуд кожных покровов, типичная морфология и локализация кожных высыпаний (в основном локтевые и коленные сгибы), начало заболевания в раннем возрасте, хроническое рецидивирующее течение.

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

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

2. Целью диагностики при атопическом дерматите является выявление причинно-значимых факторов в развитии болезни. Необходимо оценить:

- данные аллергологического анамнеза
- методы аллергодиагностики in vitro: определение общего IgE (повышенный уровень общего IgE является дополнительным критерием постановки диагноза), определение специфических IgE

- при необходимости в период ремиссии болезни проведение кожного тестирования и провокационных проб с аллергенами

3. Лечение данного ребенка

- Элиминационная диета с адекватной заменой исключенных пищевых продуктов
- Наружная противовоспалительная терапия с использованием топических глюкокортикоидных средств. Они обладают выраженной противовоспалительной активностью при атопическом дерматите
- Топические ингибиторы кальциневрина
- Применение увлажняющих и смягчающих кожу средств

Их применение повышает барьерную функцию кожи, снижает ее чувствительность к аллегенам, ирритантам.

Задача № II-

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

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

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

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

Вопросы:

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

Ответы к задаче №2:

1. Железодефицитная анемия. Средней степени тяжести. Снижение уровня гемоглобина, эритроцитов, эритроцитарных индексов. ЖДА самая частая у детей раннего возраста (90%). Предпосылками к развитию ЖДА у ребенка – анемия у матери, гестоз. Ребенок родился с низкой массой к сроку. А также предпочтение в меню углеводов является предпосылками к развитию ЖДА. Вероятно, имеет место ПП ЦНС.
2. Дополнительные исследования – уровень железа, ОЖСС, ферритина, трансферина в сыворотке. Вероятно, будут снижены данные показатели (кроме ОЖСС), что отражает истощение депо и транспортного пула железа. ОЖСС будет повышена.
3. Лечение – коррекция питания, достаточное употребление мяса, назначение пищеварительных ферментов – креон 10000ед x 3 раза в день с едой на 1 месяц. Препараты железа (мальтофер) 3-5 мг\кг\сутки. Определение эффекта от лечения по нарастанию уровня Нв на 10 единиц через 4 недели, появление ретикулоцитоза в общем анализе крови. После нормализации уровня Нв – лечение анемии еще 3 месяца для создания депо железа.

Задача № II-

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

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

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

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

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
 2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить? С какими заболеваниями проводят дифференциальный диагноз?
 3. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией. Составьте план лечения данного ребенка.
-
1. Иммунная тромбоцитопения. Общий анализ крови – в норме, за исключением количества тромбоцитов.
 2. Обследование предполагает проведение дифдиагноза с тромбоцитопатиями, системной красной волчанкой, острым лейкозом. Определение антител к тромбоцитам, антител к ДНК, антинуклеарного фактора. Исследование морфологии и функции тромбоцитов для исключения других заболеваний тромбоцитов. По показаниям – исследование костного мозга для исключения острого лейкоза.
 3. Показания к госпитализации – угроза кровотечения, кровотечение. Возможна «выжидательная тактика» в течение 2-3-х суток при нарастании количества тромбоцитов и отсутствии кровотечения. Если количество тромбоцитов не увеличивается – иммуноглобулины для внутривенного введения - 2-3г/кг в течение суток. При отсутствии эффекта, угрозе кровотечения, исключении острого лейкоза – преднизолон 1-2 мг/кг/сутки – коротким курсом, с последующей отменой. При отсутствии эффекта или частом рецидивировании – гормоны + цитостатики. При отсутствии эффекта – моноклональные Ат к CD20 – ритуксимаб. Спленэктомия у детей старше 5 лет – по строгим показаниям.

Задача № II-

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

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

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

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
 2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
 3. Составьте план лечения данного ребенка.
-
1. Острый лейкоз. Клинически – геморрагический синдром, синдром опухолевой интоксикации, синдром иммунодефицита – афтозный стоматит, синдром опухолевой пролиферации – увеличение лимфоузлов, печени, селезенки. Общий анализ крови – анемия, тромбоцитопения, лимфоцитарный лейкоцитоз, бласты.
 2. Обследования – исследование костного мозга, иммуногистохимическое исследование костного мозга, УЗИ, КТ – внутренних органов, люмбальная пункция - исследование ликвора. Биохимический анализ крови – для исследования функции почек, печени (мочевина, креатинин, билирубин, АСТ, АЛТ)
 3. Высокодозная химиотерапия. Заместительная терапия иммуноглобулинами для внутривенного введения. Цели терапии – индукция ремиссии, поддержание ремиссии. Пересадка костного мозга.

Задача № II-

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

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

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

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

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

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте окончательный диагноз
 2. Составьте план дополнительного обследования
 3. С чем в первую очередь необходимо дифференцировать данный диагноз?
Определите терапевтическую тактику
-
1. Бронхиальная астма, атопическая, среднетяжелое течение, не контролируемая (данные анамнеза – рецидивирующий бронхообструктивный синдром, наследственность по астме, атопический дерматит, осмотр – проявления бронх обструкции).
 2. Аллергостатус (определение общего и спец. IgE., кожные тесты), спирометрия, проба с бронхолитиком.
 3. Инородное тело в бронхах, интерстициальное заболевание легких, острый обструктивный бронхит. Назначение базисной терапии - комбинация ингаляционных глюкокортикостероидов и бета2-агонистов длительного действия

Задача № II-

На приеме у врача мальчик 8 лет. Жили в деревне, наблюдались у фельдшера.

Жалобы на кашель, на затрудненное дыхание, частый стул до 6-7 раз в сутки.

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

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

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

Копрограмма: большое количество нейтрального жира.

Вопросы:

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

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

Задача № II-

На приеме у педиатра девочка 6-ти лет.

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

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

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

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

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

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

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте окончательный диагноз.
2. С чем в первую очередь необходимо дифференцировать данный диагноз?
Острый бронхиолит, обструктивный бронхит.
3. Определите терапевтическую тактику.

Ответы к задаче №7:

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

Задача № II-

На приеме впервые мама с ребенком 6 месяцев.

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

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

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

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

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен у данного ребенка?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику данной патологии?
3. Назовите основные лечебные мероприятия у данного больного.

Ответы к задаче

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

Задача № II-

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

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

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

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

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

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

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

Вопросы:

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

1. Язвенный колит, средней тяжести, обострение.

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

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

мкг/г)).

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

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

Задача № II-

Девочка 12 лет, больна 1,5 года. Жалобы на "голодные" боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи; отрыжка кислым. Первое обращение к врачу неделю назад.

Из анамнеза: у матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца - гастрит, у бабушки по линии матери - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией.

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

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

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

Вопросы:

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

1. Диагноз и его обоснование : Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *H. pylori*, «свежая язва», размером 0,8х0,6см, впервые выявленная. Сопутствующий.: реактивный панкреатит.

Основной диагноз поставлен на основании: Типичного болевого синдрома («голодные» и через 1,5-2 часа после еды, часто ночью, купируются приемом пищи) и локализацией болевого синдрома (эпигастральная область); Выявленными изменениями по данным ЭФГДС: язвенный дефект по задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки 0,8*0,6см, округлой формы с гиперемированным валиком, с покрытым фибрином дном, а также наличие слизи, очаговой гиперемии, гиперплазии в желудке; Результаты тестов на *H. pylori*: положительный уреазный и морфологический тесты.

Сопутствующий диагноз обоснован: Клиническими проявлениями – наличие болезненности при пальпации в точке Дежардена и Мейо – Робсона; Изменениями по данным УЗИ: увеличение головки и хвоста поджелудочной железы с пониженной их эхогенностью.

2. Тесты диагностики *H. pylori* (неинвазивные и инвазивные).

Неинвазивные: Дыхательный тест - определение в выдыхаемом больным воздухе изотопов ^{14}C или ^{13}C , которые выделяются в результате расщепления в желудке больного меченной мочевины под действием уреазы бактерии *H. Pylori*. -Иммуноферментный анализ – выявление в сыворотке крови или в капиллярной крови пациентов антитела к *H. Pylori*. -

Количественный иммуноферментный анализ антигена *H. Pylori* в кале. -ПЦР определения фрагментов генома *H. Pylori* в кале - позволяет идентифицировать *H. Pylori* без выделения чистой культуры.

Инвазивные: «Золотой стандарт» - гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки желудка и определение в нем уреазной активности; -Уреазный - определение уреазной активности в биоптате слизистой оболочки желудка путем помещения его в жидкую или гелеобразную среду, содержащую субстрат, буфер и индикатор; Бактериологический - посев бактериальной культуры и определение чувствительности *H. Pylori* к антибактериальным препаратам.

3. Диета, Эрадикационная терапия: ингибиторы протонной помпы (омепразол) + антибактериальная терапия (амоксикаллин+кларитромицин) – курс 14 дней. Далее ИПП до 1 месяца. Антациды (альмагель, маалокс, фосфалюгель по требованию. Через 30-40 дней контроль эрадикационной терапии. Контрольная ЗГДС.

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

Задача № II-

Мальчик, 11 лет, поступил в стационар с жалобами на слабость, утомляемость, субфебрильную температуру.

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

При поступлении обращает на себя внимание бледность кожных покровов, одышка до 26 в минуту. При пальпации верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в IV-V межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. В области IV-V межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы сердца при перкуссии: левая – на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии, верхняя – во II межреберье, правая – по правому краю грудины. При аускультации на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с 1 тоном и занимающий 2/3 систолы; шум проводится в подмышечную область и на спину, сохраняется в положении стоя и усиливается в положении лежа на левом боку. Во II-III межреберье слева от грудины выслушивается протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. Частота сердечных сокращений 100 ударов в мин. АД 105/40 мм. рт. ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены.

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

Общий анализ мочи: удельный вес – 1015, белок – следы, лейкоциты – 2-3 в п/з, эритроциты – отсутствуют.

ЭКГ: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца влево, интервал PQ 0,16 мм, признаки перегрузки левого желудочка и левого предсердия. Признаки субэндокардиальной ишемии миокарда левого желудочка.

Вопросы:

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз
2. Какие еще обследования необходимо провести больному?
3. Составьте план лечения данного больного

1. Повторная ревматическая лихорадка, эндомиокардит, комбинированный митрально – трикуспидальный порок сердца, НК II Б (ФК III).

В анамнезе острая ревматическая лихорадка

Слабость, утомляемость, субфебрильная температура, одышка, разлитой верхушечный толчок, расширение границ сердца, дующий систолический шум, связанный с 1 тоном, протодиастолический шум во II-III межреберье слева от грудины, проводящийся вдоль левого края грудины, тахикардия до 100 в мин.

Изменения в периферической крови: лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускоренное СОЭ

На ЭКГ синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца влево, удлинение интервала PQ 0,16 мм, признаки перегрузки левого желудочка и левого предсердия. Признаки субэндокардиальной ишемии миокарда левого желудочка.

2. Дополнительный план обследования:

мазок из зева и носа на б-гемолитический стрептококк группы А

определить титры антистрептолизина-О, антигиалуронидазы, антистрептокиназы. С-реактивный белок, ревматоидный фактор

определить титры иммуноглобулинов А, М, G, ЦИК

биохимический анализ крови с определением аланинтрансферазы аспартаттрансферазы, креатинфосфокиназы

УЗИ сердца

3. План лечения:

постельный режим

этиотропная терапия: бензилпенициллин в возрастной дозировке

патогенетическая терапия: глюкокортикостероиды, нестероидные противовоспалительные препараты, мочегонные препараты, при снижении фракции выброса необходимо назначение дигоксина, ингибиторов АПФ.

Задача № II-

Девочке 7 лет, больна в течение 5 лет. Дебют заболевания – с моноартрита правого коленного сустава, после травмы. С момента начала болезни наблюдалась и лечилась (НПВП, антибактериальная терапия) по поводу реактивного артрита ревматологом в течение одного года, в дальнейшем диспансерное наблюдение не проводилось. Год назад девочка и родители обратили внимание на значительное снижение остроты зрения (вплоть до светоощущения на правый глаз). Обследована в НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, диагноз: острый увеит, осложненная зрелая катаракта правого глаза. Направлена на углубленное обследование в больницу.

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

Вопросы:

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

Задача № II-

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

Высыпания на лице впервые появились впервые в начале мая этого года, после пребывания на даче. Обратилась к педиатру по м\ж, высыпания были расценены как проявления атопического дерматита. Принимала антигистаминные препараты, место - кремы с глюкокортикоидами. Высыпания стали менее яркими, но полностью не исчезли. В июне отдыхала на черноморском побережье, где появились боли в суставах, что связывали с физической нагрузкой (активно плавала). Жаловалась, что очень устает. В июле стали отмечаться подъемы температуры до 37,5-37,8⁰С. Аппетит снижен, похудела на 3 кг.

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

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

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

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

Вопросы:

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

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

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

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

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

Лечение:

- Глюкокортикоиды - преднизолон (метилпреднизолон) в стартовой дозе 1 мг/кг массы тела в сутки в течение 4-6 недель в зависимости от динамики состояния девочки.
- Микофенолата мофетил перорально из расчета 600 мг/м^2 2 раза в сутки длительно
- По показаниям прямые антикоагулянты (нефракционированный гепарин или низкомолекулярные гепарины)
- Гидроксихлорохин из расчета 5-6- мг/кг в сутки однократно вечером
- Холекальциферол и препараты кальция

Задача № II-

На приеме у педиатра мальчик 4-х лет.

В апреле этого года у ребенка на лице появились высыпания на лице, которые сохраняются несмотря на прием антигистаминных препаратов. В течение последних 2-х месяцев жалуется на боли в ножках. Мать отмечает, что ребенок стал менее активным, на прогулках быстро устает и просится на руки, стал часто падать, с горшка встает с поддержкой.

Из анамнеза: Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственность отягощена по ИБС (у дедушки и бабушки со стороны матери). Привит по возрасту в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

Объективно: Состояние средней тяжести. Температура тела 36,9⁰С. Рост 102 см, вес 18 кг. Психо-речевое развитие по возрасту. Аппетит снижен, при глотании поперхивается. Носовое дыхание свободное, но голос «гнусавый». Кожные покровы бледные, умеренно влажные. На коже лица в параорбитальной области с распространением на кожу щек отмечаются эритематозные высыпания с лиловым оттенком. Эритематозные высыпания над локтевыми, коленными и голеностопными суставами. Неяркие эритематозные высыпания с участками атрофии кожи над пястно-фаланговыми и проксимальными межфаланговыми суставами пальцев рук. Суставы визуально не изменены, несколько ограничены движения в локтевых и коленных суставах. Мышцы плеч и бедер при пальпации болезненные. Руки вверх поднять и удерживать не может. Походка изменена, ходит «вперевалочку», не может самостоятельно встать из положения на корточках и с пола. Из положения лежа садится с помощью рук. В легких – дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД – 22 в мин. Сердце – тоны ясные, ритмичные. ЧСС – 108 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1см. Селезенка не пальпируется. Стул и диурез без особенностей.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 118 г/л, лейкоциты – $5,4 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 38%, лимфоциты – 51 %, эозинофилы – 1%, моноциты – 8%, базофилы - 1%, СОЭ – 32 мм/ час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, относительная плотность – 1018, белок – abs, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – единичные в поле зрения.

Вопросы:

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

1.Ювенильный дерматомиозит, подострое течение, параорбитальная эритема, синдром Готтрона, признак Готтрона, полимиозит с поражением преимущественно проксимальных мышц конечностей, дисфония, сухожильно-мышечные контрактуры.

Патогномоничный для ювенильного дерматомиозита признак – синдром Готтрона, характерные проявления – лиловая параорбитальная эритема, признак Готтро, полимиозит с преимущественным поражением проксимальных мышц конечностей, характеризующийся миалгиями и болезненностью мышц при пальпации, снижением мышечной силы, дисфония и дисфагия указывают на поражение мышц глотки и гортани. Инсоляция нередко является провоцирующим фактором начала заболевания.

2.Для острого периода заболевания характерно повышение «ферментов мышечного распада»: КФК, альдолазы, АСТ, АЛТ. Возможна креатинурия. О наличии активности

свидетельствует повышение СОЭ, СРБ в крови. Нередко выявляют антинуклеарные антитела. Для подтверждения первично-мышечного поражения проводят электромиографию, что невозможно у детей раннего возраста. Необходимо проведение КТ для оценки состояния легких, УЗИ сердца и органов брюшной полости.

3. Все больные нуждаются в госпитализации.

Лечение можно начать с пульс-терапии метилпреднизолоном внутривенно в дозе 10-20 мг в сутки в течение 3-х дней, далее проводят терапию ГК перорально.

Препаратом выбора для системной ГК-терапии является преднизолон перорально в максимальной стартовой суточной дозе 1-1,5 мг/кг/сутки на протяжении в среднем 8 недель с последующим медленным снижением до поддерживающей. Преднизолон сочетают с болезнь-модифицирующими противоревматическими препаратами, наиболее часто с метотрексатом (при отсутствии поражения легких) в дозе 10-15 мг/м² поверхности тела подкожно 1 раз в неделю. Лечение проводят длительно.

Задача № II-

В диагностическое отделение детской больницы поступает подросток 16 лет с жалобами на еженедельные головные боли после умственной, эмоциональной нагрузки, чаще в конце дня в течение последнего года. Последние полгода в школе в медицинском кабинете во время головных болей мальчику при измерении артериального давления (АД) выявили эпизодическое повышение до 170/90 мм рт.ст. Периодически отмечает жажду, сухость во рту.

Пациент – от 1 беременности, протекавшей со рвотой беременных, с преэклампсией, родов на 35 неделе; масса при рождении 2900 г, рост 48 см. У матери – избыточная масса тела, у бабушки сахарный диабет 2 типа, у дедушки – гипертоническая болезнь.

Объективно: самочувствие удовлетворительное, масса тела 93 кг, рост 175 см; кожа без сыпи, слизистые чистые. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 78 в 1 мин., АД при разовом измерении – 155-170/85-95 мм рт.ст., в лёгких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает на 1 см из-под рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул ежедневный.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 138 г/л, лейкоциты – $5,4 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, п/я – 2%, с/я – 58%, лимфоциты – 32%, моноциты – 6%, СОЭ – 9 мм/ час.

Общий анализ мочи: цвет – желтый, относительная плотность – 1022 г/л, белок – не обнаружен, лейкоциты – 3, эритроциты – 0-1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: холестерин – 6,3 ммоль/л (N 2,6-5,2), мочевая кислота – 393 мкмоль/л (N 120-320). Фракции холестерина, триглицериды, глюкоза – нормальный уровень. Инсулин крови ч/з 2 ч. после еды – 33,2 мкЕд/мл (N 2,1-27). Гормоны щитовидной железы, уровень ренина крови, кортизол, альдостерон в крови – в норме.

ЭКГ – синусовый ритм. ЧСС 62-77. Нормальное направление электрической оси сердца. Повышена электрическая активность миокарда левого желудочка. ЭхоКГ – размеры полостей сердца, толщина миокарда в пределах нормы, систолическая и диастолическая функции ЛЖ не нарушены, пролапс митрального клапана – 4 мм. УЗИ почек, надпочечников, щитовидной железы – структурная патология не выявлена. Допплерография висцеральных артерий патологии не выявила. Данные суточного мониторинга АД. Сформирована артериальная гипертензия. Время гипертензии в активный период составляет 64%, в ночной период – 12%. Систолическое и диастолическое АД – выше 95 процентиля, и среднее значение АД выше более, чем на 5 мм рт.ст. от нормальных значений.

Вопросы:

1. Каков должен быть следующий этап обследования пациента сразу после выявления сформированной артериальной гипертензии и определения её степени? Что входит в перечень обследования органов-мишеней при артериальной гипертензии?
 2. Сформулируйте диагноз данного пациента.
 3. Назначьте терапию, сроки контрольного обследования.
1. Исключение вторичной артериальной гипертензии, что и было проведено у данного пациента (исследование почек, эндокринных желёз, структуры висцеральных артерий).
 2. Гипертоническая болезнь 2 ст., стабильная, (т.к. время повышенного давления составляет больше 50% за сутки); метаболический синдром (дислипидемия, гиперурикемия), конституционально-экзогенное ожирение II ст., угрожаемый по сахарному диабету 2 типа.
 3. Режим – включение физической нагрузки; диета – ограничение калоража, простых углеводов, животных жиров, включение пищевых волокон, нерафинированного растительного масла. Медикаментозная терапия – пролонгированные ингибиторы АПФ, метформин. Контрольное обследование – через 3 месяца.

Задача № II-

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

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

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
 2. Определите тактику врача, учитывая, что ребёнок находится в квартире. Где должен пациент проходить обследование и лечение? Какие обследования необходимы мальчику для подтверждения диагноза?
 3. Какая терапия с большой вероятностью предотвращает осложнения заболевания? Каково возможное осложнение данной патологии?
-
1. Наиболее вероятна болезнь Кавасаки (слизисто-кожно-лимфонулярный синдром), на что указывают: фебрильная лихорадка, сочетание неспецифической кожной сыпи, «розового отёка» стоп с хейлитом, «инъекциями» склер, увеличением тонзиллярного лимфоузла при отсутствии патологии со стороны миндалин. Также необходимо исключить острую кишечную инфекцию, учитывая эпизод разжиженного стула.
 2. Требуется немедленная госпитализация в инфекционный стационар, в бокс. В план обследования включить ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови с определением, в том числе, печёночных проб, СРБ, прокальцитонина; инструментальные исследования: эхокардиография, ЭКГ, рентгенография грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости. По возможности, необходимо провести доплеровское исследование коронарных артерий сердца. После исключения кишечной инфекции – перевод в соматический стационар.
 3. Возможное осложнение заболевания - образование аневризм коронарных артерий, вероятность которых уменьшает внутривенное введение иммуноглобулина в сочетании с ацетилсалициловой кислотой в высокой дозе не позднее 10 дня болезни.

Задача № II-

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

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

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

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

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

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
 2. Укажите причины заболевания. Какие факторы способствовали его развитию?
 3. Назначьте лечение. Дайте рекомендации по питанию.
-
1. Диагноз: рахит, период разгара, II степень тяжести, подострое течение (данные анамнеза, потливость, повышенная возбудимость, мышечная гипотония, костные деформации, лабораторные данные - снижение уровня ионизированного Ca, P, повышение уровня ЩФ).
 2. Вероятный дефицит витамина Дз. Факторы, способствовавшие развитию заболевания - отсутствие специфической профилактики рахита (назначение витамина Дз, ранний перевод на искусственное вскармливание, рождение в осенний период, избыточная масса тела, высокие темпы физического развития).
 3. Немедикаментозная терапия:
 - режим дня с достаточной инсоляцией (ежедневная прогулка не менее 1 часа);
 - рациональное питание (введение в рацион творога, яичного желтка, мясных продуктов);
 - массаж, лечебная физкультураМедикаментозная терапия:
Водный или масляный раствор витамина Д (холекальциферол) 2500МЕ/сут в течение 45 дней с последующим переходом на профилактическую дозу 1000 МЕ/сут.

Задача № II-

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

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

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

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

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

Вопросы:

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

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

Задача № II-

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

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

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

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

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

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз ребенка.
 2. Назначьте план дополнительного обследования.
 3. Какая терапия показана данному ребенку?
-
1. Диагноз внутриутробной инфекции (ВУИ), локализованной формы (внутриутробная пневмония) основан на анализе анамнеза матери (отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, хроническая мочевиная инфекция, угроза прерывания на ранних сроках, обострение генитального герпеса на 29 неделе беременности). Также характерны для ВУИ мутные околоплодные воды, задержка внутриутробного развития плода (несоответствие длины весу при рождении), ухудшение состояния через несколько часов от рождения. В клинической картине характерны неврологические симптомы (в рамках перинатального поражения ЦНС, в том числе инфекционной природы), картина левосторонней пневмонии, небольшой геморрагический синдром. При обследовании – небольшое снижение тромбоцитов, анемия (характерно для детей с ВУИ), повышенный СРБ.
 2. В план обследования нужно включить серологическое исследование крови ребенка и матери на антитела к наиболее этиологически значимым для ВУИ вирусам, исследование методом ПЦР ребенка на данные вирусы. Также показана нейросонография, осмотр невролога.
 3. В комплекс лечебных мероприятий входят: респираторная поддержка (неинвазивная или ИВЛ в зависимости от состояния), коррекция метаболических нарушений, внутривенные иммуноглобулины по показаниям, антибактериальная терапия. Т.к. у ребенка наблюдался судорожный синдром, показано применение противосудорожных препаратов.

Задача № II-

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

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

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

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
 2. Назовите основные принципы терапии пациента на настоящий момент.
 3. Укажите прогноз заболевания.
-
1. Основной диагноз: Перинатальное поражение нервной системы гипоксически-ишемического генеза. Церебральная ишемия II ст. Синдром угнетения ЦНС. Синдром вегето-висцеральных нарушений. Диагноз установлен на основании отягощенных акушерско-гинекологического анамнеза матери, перинатального анамнеза, данных объективного осмотра (низкая двигательная активность, неустойчивость рефлексов, умеренный периорбитальный и периоральный цианоз, мраморность кожи, дистальный гипергидроз), данных нейросонографии: эхопризнаки гипоксически-ишемических изменений головного мозга на фоне незрелости.
 2. Объем терапии определяется индивидуально.
Общими принципами являются:
на первом этапе терапии – устранение гипоксии и ее последствий;
поддержание адекватной перфузии мозга путем профилактики системной гипо- и гипертензии, полицитемии, повышенной вязкости крови, гиперволемии;
охранительный режим (профилактика охлаждения, перегревания, инфицирования, ограничение травмирующих влияний внешней среды);
систематическая доставка к мозгу энергии в виде глюкозы;

коррекция метаболических нарушений (ацидоз, гипогликемия, гипокальциемия и т.д.);
профилактика геморрагических осложнений (введение витамина К);
противосудорожная терапия по показаниям.

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

Задача № II-

Врач-педиатр участковый пришел на патронаж к новорожденному ребенку.

Мальчик 5 дней жизни. Беременность I, протекала с гестозом в 1-й и 2-й половине (рвота, нефропатия). Ребенок от срочных самопроизвольных родов, наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка. Оценка по шкале Апгар - 5/8 баллов. Масса тела 3600 г, длина - 51 см. Желтушное окрашивание кожи появилось в начале вторых суток. Группа крови матери и ребенка 0(1), Rh+, концентрация билирубина в сыворотке крови на 2-й день жизни: непрямой - 180 мкмоль/л, прямой - 3,4 мкмоль/л. Выписан из роддома на 5 сутки уровнем билирубина 120 мкмоль/л. Неонатальный и аудиологический скрининги проведены.

При осмотре: мать жалуется на недостаток молока. Самостоятельно докармливает адаптированной молочной смесью (формула 1). Ребенок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор подбородка. Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония. Кожа лица и склеры субиктеричные. Слизистые чистые. Пупочная ранка чистая, сухая, отделяемого нет. Большой родничок 2,5х2,5 см, не выбухает. В легких ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Перкуторно - звук легочный. Тоны сердца громкие, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см, селезенка - у края реберной дуги. Стул разжиженный, 3 раза в сутки. Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.

Укажите факторы, которые повлияли на возникновение данной группы риска.

2. Дайте рекомендации маме по режиму и питанию на первый месяц жизни.

3. Составьте план наблюдения на 1 месяц жизни за ребенком на участке.

Обоснуйте календарь проведения профилактических прививок данному ребенку.

Задача № II-

Ребенок 1,5 мес, от женщины 27 лет, с отягощенным акушерско-гинекологическим (эндометрит) анамнезом, от II беременности, протекавшей с анемией (Hb - 100 г/л) во II триместре, от 2-х преждевременных (на 33 нед.) самостоятельных родов. Масса тела при рождении 1750 г, рост 41 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.

При рождении состояние было средней тяжести за счет дыхательной недостаточности. Ребенок с первого часа жизни находился на СРАР (спонтанное дыхание под положительным давлением) по поводу РДС и развившейся на его фоне пневмонии. Получал лечение: инфузионную и антибактериальную терапию. РДС купировался к 7 дню жизни, и ребенок переведен на II этап выхаживания. В возрасте 25 суток у ребенка на фоне неонатальной пневмонии, последствий перенесенной церебральной ишемии 2 (синдром угнетения, синдром вегето-висцеральных дисфункций), появилась бледность кожных покровов, выросли симптомы угнетения ЦНС, падение уровня гемоглобина до 100 г/л и эритроцитов до $3,8 \times 10^{12}/л$. По поводу этого в течение 20 дней ребенок получал курс препаратов железа из расчета 2 мг/кг и фолиевой кислоты, однако нарастания уровня гемоглобина не наблюдалось.

Клинический анализ крови (на 45 сутки жизни): Hb-70г/л, гематокрит-25%, эр- $3,19 \times 10^{12}/л$, л- $9,6 \times 10^9/л$, с/я-32%, п/я-1%, л.-55%, э.-5%, м.-7%, тр.- $260,0 \times 10^9/л$, СОЭ-5 мм/час.

Вопросы к задаче:

1. Ваш предположительный диагноз. Какова причина развития анемии в данной ситуации, почему нет эффекта от проводимой терапии?
2. Назовите дополнительные методы исследования
3. Возможные методы коррекции данного состояния?

Задача № П-

Мальчик О., 1-ого часа жизни от II беременности. Матери 28 лет. Группа крови II(Rh-). I беременность завершилась самопроизвольным выкидышем на 16 неделе. Данных о ведении и течении беременности нет. Настоящая беременность протекала с токсикозом в 1-м триместре, угрозой прерывания во 2-м триместре и ОПГ-гестозом в 3-м триместре. В женской консультации наблюдалась регулярно, проводились общепринятые обследования. Роды преждевременные на 35 неделе, самостоятельные. Первый период – 7 часов, второй – 30 минут, безводный промежуток 5 часов. Масса тела при рождении – 2690 грамм, длина – 46 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Сразу после рождения отмечалось желтушное прокрашивание кожных покровов, оболочек пуповины и околоплодных вод. При осмотре в родильном зале отмечались выраженные признаки синдрома угнетения ЦНС, гепатоспленомегалия (печень +3, селезенка +1,5).

При обследовании:

Билирубин в пуповинной крови: 92 мкмоль/л

Гемоглобин: 120 г/л.

Вопросы к задаче:

1. О каком диагнозе можно думать? Каковы причины этого заболевания? Что могло бы предотвратить развитие данного заболевания?
2. Какие методы обследования нужно провести для уточнения и дифференциальной диагностики этого состояния?
3. Составьте план лечения данного ребенка.