

## ЗАДАЧА 1

Алеша М., 5 лет. Ребенок от II беременности, протекавшей с нефропатией, 2-х срочных родов (I беременность и роды протекали физиологически, ребенок здоров). Родился с массой 4000 г, рост 52 см. Генетический. Анамнез: у бабушки по линии отца сахарный диабет тип 2.

Из анамнеза известно, что ребенок часто болеет ОРВИ. После перенесенного стресса в течение последнего месяца отмечалась слабость, вялость. Ребенок похудел, начал много пить и часто мочиться. На фоне заболевания гриппом состояние ребенка резко ухудшилось, появилась тошнота, рвота, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость. По скорой помощи был госпитализирован.

Мальчик поступил в отделение интенсивной терапии в тяжелом состоянии, без сознания. Дыхание шумное, редкое, глубокое (Куссмауля). Отмечается резкий запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Черты лица заострены, выраженная гиперемия кожных покровов в области надбровных и скуловых дуг. Тонус глазных яблок снижен. Кожные покровы сухие, их тургор и эластичность снижены. Пульс учащен до 140 ударов в 1 минуту, АД 75/40 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации напряжен. Мышечная гипотония и гипорефлексия.

**Общий анализ крови:** Hb – 135 г/л, эритроц.-  $4,1 \times 10^{12}/л$ , лейкоц.-  $8,5 \times 10^9/л$ ; п/я – 4%, с/я – 50%; э – 1%, л – 35%, м – 10%, СОЭ – 10 мм/час.

**Общий анализ мочи:** цвет желтый, прозрачность – слабо мутная; относительная плотность 1035, реакция – кислая; белок – нет, глюкоза 2%, ацетон – «+++».

**Биохимический анализ крови:** глюкоза – 28,0 ммоль/л, натрий – 132,0 ммоль/л, калий – 5,0 ммоль/л, общий белок – 70,0 г/л, холестерин – 5,0 ммоль/л.

**КОС:** pH – 7,1;  $pO_2$  - 92 мм рт. ст.;  $pCO_2$  - 33,9 мм рт. ст., BE= -15.

### ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз? Обоснуйте его.
2. Входил ли ребенок в группу риска по данному заболеванию?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Основные принципы проведения неотложной терапии. Что вы должны сделать в первую очередь?
5. Роль педиатра в ранней диагностике данной патологии?

## **ЗАДАЧА 1**

Диагноз: Гипергликемическая кетоацидотическая (диабетическая) кома.

## ЗАДАЧА 2

Света К., 1 год 8 месяцев. Девочка от II беременности, протекавшей без патологии, 2-х срочных родов. Ребенок от I беременности здоров. При рождении масса тела 3800 г, рост 52 см. У матери выявлено эутиреоидное увеличение щитовидной железы III-й ст. (по Николаеву – увеличение заметно на глаз, но не нарушает контуры шеи). Во время беременности лечение тиреоидными гормонами не получала.

В периоде новорожденности у девочки отмечалась длительная желтуха, медленная эпителизация пупочной ранки, сосала вяло.

На 1-ом году жизни отмечалась склонность к запорам, плохая прибавка массы тела, снижение двигательной активности, вялое сосание. Голову начала держать с 6-ти месяцев, сидит с 10-ти месяцев, ходит с поддержкой. На тыльной поверхности кистей и стоп локализованные отёки в виде плотно-эластичных «подушечек».

При осмотре состояние удовлетворительное. Рост 74 см, масса тела 11 кг. Телосложение непропорциональное, с относительно короткими конечностями. Широкая переносица. Кожные покровы бледные, сухие, тургор и эластичность снижены. Мышечная гипотония, двигательная активность снижена. Волосы редкие, сухие, ломкие, «тусклые». Аускультативно дыхание проводится во все отделы лёгких, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Живот увеличен в размерах («лягушачий» в положении лежа на спине), отмечается расхождение прямых мышц живота. Печень и селезёнка не увеличены.

**Клинический анализ крови:** НЬ – 91 г/л, эритроц.–  $3,8 \times 10^{12}/л$ ,

ЦП – 0,72, лейкоц.–  $9,0 \times 10^9/л$ ; п/я – 3%, с/я – 31%; э – 1%, л – 57%, м – 8%, СОЭ – 7 мм/час.

**Общий анализ мочи:** цвет соломенно-желтый, прозрачность – полная; относительная плотность 1015, реакция – кислая; белок – нет, сахар – нет, ацетон – нет.

**Биохимический анализ крови:** глюкоза – 3,8 ммоль/л, мочевины – 4,5 ммоль/л, натрий – 135,0 ммоль/л, калий – 5 ммоль/л, общий белок – 60,2 г/л, холестерин – 8,4 ммоль/л, билирубин общ. – 7,5 мкмоль/л.

### ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз? Обоснуйте его.
2. В чём ошибка педиатра при наблюдении за новорожденным, а затем и ребёнком на участке?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

4. С какими синдромами и болезнями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Основные принципы терапии?

## **ЗАДАЧА 2**

Диагноз: Врождённый гипотиреоз.



### ЗАДАЧА 3

Алеша М., 9 лет. Поступил в отделение с жалобами на задержку роста.

Из анамнеза известно, что ребенок от I беременности, протекавшей с нефропатией и анемией, 1-ых срочных родов в тазовом предлежании. Родился с массой 3150 г, длиной 50 см. Закричал сразу. Раннее развитие без особенностей. С 2,5 лет родители отметили замедление темпов роста до 3 см в год.

Объективно: рост 105 см, масса тела 16 кг. Правильного телосложения. Отмечается снижение тургора тканей, перераспределение подкожно-жировой клетчатки с избыточным отложением в области груди и живота, изменение структуры волос (сухие, тонкие).

**Клинический анализ крови:** Hb – 130 г/л, эритроц.–  $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц.–  $5,5 \times 10^9$ /л; п/я – 1%, с/я – 52%; э – 1%, л – 41%, м – 5%, СОЭ – 4 мм/час.

**Общий анализ мочи:** цвет желтый, прозрачность – полная; относительная плотность 1015, реакция – кислая; белок – нет, сахар – нет, ацетон – нет.

**Биохимический анализ крови:** глюкоза – 3,2 ммоль/л, натрий – 132,0 ммоль/л, калий – 5 ммоль/л, общий белок – 55,0 г/л, холестерин – 7,6 ммоль/л.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз, обоснуйте его.
2. Что могло послужить причиной развития данной патологии?
3. Оцените физическое развитие ребенка.
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
5. Какими препаратами будет проводиться заместительная терапия?

### ЗАДАЧА 3

Диагноз: Дефицит гормона роста, возможно сочетающийся с дефицитом ТТГ.

## ЗАДАЧА 4

Юра Ф., 11 лет. Поступил в отделение с жалобами на избыточную массу тела, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость.

Ребенок от II беременности, 2-х срочных родов, протекавших без патологии. Масса тела при рождении 4000 г, длина 52 см.

Из анамнеза известно, что родители и родная сестра мальчика полные. В семье много употребляют сладкого, жирного, выпечных изделий.

При осмотре рост 142 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы обычной окраски, подкожно-жировой слой развит избыточно, относительно равномерно. Выявляется гиперпигментация крупных складок, мест трения одежды. Тоны сердца приглушены, ЧСС - 95 ударов 1 минуту. Дыхание - 19 в 1 минуту. АД 110/70 мм рт. ст. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень +1 см.

**Общий анализ крови:** Hb – 130 г/л, эритроциты –  $3,9 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты –  $5,5 \times 10^9/л$ ; п/я – 1%, с/я – 52%; э – 5%, л – 37%, м – 5%, СОЭ – 4 мм/час.

**Общий анализ мочи:** цвет желтый, прозрачность – полная; относительная плотность 1015, реакция – кислая; белок – нет, сахар – нет, ацетон – нет.

**Биохимический анализ крови:** глюкоза – 5,5 ммоль/л, натрий – 137,0 ммоль/л, калий – 5 ммоль/л, общий белок – 65,0 г/л, холестерин – 7,6 ммоль/л.

**ЭКГ:** горизонтальное положение ЭОС, синусовый ритм.

**УЗИ желудочно-кишечного тракта:** размеры печени – увеличены; паренхима – подчеркнут рисунок внутривенечных желчных протоков; стенки желчного пузыря – утолщены, в просвете определяется жидкое содержимое.

### ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз, обоснуйте его.
2. Оцените физическое развитие и результаты проведенных исследований.
3. Какова возможная причина развития данной патологии?
4. В группу риска по какой эндокринной патологии относится этот ребёнок?
5. Назовите основные методы терапии?

### ЗАДАЧА 4

Диагноз: Конституционально-экзогенное ожирение.

## ЗАДАЧА 5

Витя Л., 10 лет. Мальчик от II, нормально протекавшей беременности, 2-ых срочных родов. Масса тела при рождении 3500 г., рост – 50,0 см.

Ходить начал с 1,5 лет, зубы с 1 года. В 7 лет пошел в школу, учится плохо.

С 9-ти лет стал заметно полнеть. С 10-ти лет полнота увеличивалась особенно интенсивно, темпы роста заметно снизились. Наблюдался по месту жительства с диагнозом «Конституционально-экзогенное ожирение». Учитывая продолжающуюся интенсивную прибавку массы тела направлен для обследования и лечения.

При осмотре: рост 130 см, масса тела 42 кг. Лицо лунообразное, гиперемированное, выражен «матронизм», стрии на животе, бедрах. Оволосение на лобке, тестикулы 2.5 см<sup>3</sup>. Перераспределение подкожно-жировой клетчатки с избыточным отложением в области груди и живота. Сердечные тоны приглушены, ЧСС 128 ударов в 1 минуту, АД 170/100 мм рт. ст. Число дыханий 44 в 1 минуту.

**Клинический анализ крови:** Hb – 86 г/л, эритроц. –  $4,35 \times 10^{12}/л$ , лейкоц. –  $10,0 \times 10^9/л$ , СОЭ – 7 мм/час.

**Биохимический анализ крови:** холестерин – 8,0 ммоль/л, глюкоза натощак – 6,8 ммоль/л.

**R-грамма кистей рук с лучезапястными суставами:** костный возраст соответствует 8-9 годам, отмечаются начальные признаки остеопороза.

### ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз, обоснуйте его.
2. Что может служить причиной развития болезни в данном случае?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. С какими формами ожирения необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Основные методы лечения.

## ЗАДАЧА 5

Диагноз: Гиперкортицизм. Болезнь Иценко-Кушинга.



## ЗАДАЧА 6

Наташа Г., 12 лет. От I беременности, срочных родов, протекавших физиологично.

Раннее развитие без особенностей. Родители здоровы, у бабушки по материнской линии узловое увеличение щитовидной железы.

После очередного обострения хронического тонзиллита состояние девочки стало постепенно ухудшаться, появились раздражительность, плаксивость, потливость, быстрая утомляемость, сердцебиения. Несмотря на повышенный аппетит, похудела на 10 кг.

При осмотре участковым педиатром выявлена тахикардия до 110 ударов в 1 минуту, систолический шум на верхушке, температура тела 37,0°C. Девочка направлена в стационар для обследования с диагнозом «Ревматическая лихорадка с вовлечением сердца».

При поступлении состояние средней тяжести. Эмоционально лабильна. Правильного телосложения, рост 164 см (91-й перцентиль), масса тела 48 кг (9-й перцентиль). Заметна повышенная потливость. Щитовидная железа при осмотре и пальпации диффузно увеличена, III-й степени (по О.В. Николаеву - увеличение заметно на глаз, но не нарушает контуры шеи). Умеренно выраженный экзофтальм; симптомы Грефе, Дальримпля и Мёбиуса положительны. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Сердечные тоны, громкие, ритмичные, систолический шум на верхушке, пульс 110 ударов в 1 минуту, АД 140/50 мм рт. ст. Тремор пальцев рук.

**Клинический анализ крови:** Hb – 120 г/л, эритроц.–  $3,9 \times 10^{12}/л$ , тромбоц.–  $140,0 \times 10^9/л$ , лейкоц.–  $5,5 \times 10^9/л$ ; п/я – 1%, с/я - 37%, э – 2%, л – 50%, м – 10%, СОЭ – 10 мм/час.

**Общий анализ мочи:** цвет желтый, прозрачность – полная; относительная плотность- 1015, реакция – кислая; белок – нет, сахар – нет, ацетон – нет.

**Биохимический анализ крови:** глюкоза – 6,2 ммоль/л, натрий – 137,0 ммоль/л, калий – 5 ммоль/л, кальций – 3 ммоль/л, общий белок – 65,0 г/л, холестерин – 2,6 ммоль/л.

### ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предварительный диагноз. Обоснуйте его.
2. Каковы причины развития данной болезни?
3. Наиболее ранние симптомы данной болезни у детей и подростков? Какие особенности её клинических проявлений у детей?

4. С какими болезнями и состояниями педиатру необходимо проводить дифференциальный диагноз при подозрении на данную патологию?
5. Основные принципы лечения данной болезни у детей и подростков?

## **ЗАДАЧА 6**

Диагноз: Болезнь Грейвса (диффузный токсический зоб).

## ЗАДАЧА 7

Миша К, 14 лет. Родителей мальчика беспокоят отсутствие признаков полового созревания и его отставание от сверстников в росте и физическом развитии.

Мальчик от I, нормально протекавшей беременности. Роды в срок, масса при рождении 3200 гр., длина 51 см. Закричал сразу. Раннее развитие без особенностей. В росте от сверстников стал отставать с 12 лет.

У мамы menses с 13 лет, от сверстниц в темпах полового созревания не отставала. Со слов папы в школьные годы, до 9-го класса, отставал от сверстников, потом быстро их догнал по физическому развитию. Рост мамы 164 см., папы - 182 см.

При осмотре жалоб нет. Правильного телосложения. Рост 143 см (3-й перцентиль, на 11-12 лет), масса тела 40 кг (75-й перцентиль, соответствует росту). Со стороны органов и систем при физикальном обследовании без патологии. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Мошонка несколько отвисшей формы, яички нормальной консистенции, объём 4 см<sup>3</sup>.

Клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови – без особенностей.

Костный возраст по рентгенограмме кистей рук соответствует 11-12 годам.

### ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз? Обоснуйте его.
2. Нужно ли провести дополнительные исследования для уточнения диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Нужна ли консультация специалиста?
5. Необходимо ли дальнейшее наблюдение такого подростка?

### ЗАДАЧА 7

Диагноз: Конституциональная задержка роста и полового созревания (семейное замедленное созревание)

## ЗАДАЧА 8

Максим К., 11 лет.

Болен сахарным диабетом тип I. Последнее время находился в состоянии оптимальной компенсации, глюкоза крови натощак 7.0 – 7.5 ммоль/л, в течение суток 7,5 – 11,0 ммоль/л.

На 2-й день от начала ОРВИ температура тела утром 38<sup>0</sup> С. Самочувствие днем оставалось плохим – отмечалась сонливость, головная боль, ухудшился аппетит. Дозы инсулина вводились прежние. От еды отказывался, после обеда у ребенка внезапно появилась дрожь конечностей, резкая потливость. Вызвали «скорую помощь».

При осмотре врача скорой помощи мальчик без сознания, бледен, резкая потливость, тризм челюстей, периодические судорожные подёргивания отдельных мышечных групп, мимической мускулатуры. Пульс ритмичный, АД – 100/70 мм рт. ст.

### ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза?
3. Причины развития данного состояния у ребенка?
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какова неотложная терапия в данном случае?

## ЗАДАЧА 8

Диагноз: Гипогликемическая кома.

## Задача 9

Ира Д., 6 лет. Девочка от I-ой беременности, протекавшей без особенностей, 1-х преждевременных родов на 37 неделе. При рождении масса 2800 г. рост 46 см.

Раннее развитие без особенностей. До 5 лет росла и развивалась нормально.

Из анамнеза известно, что с 5 лет у девочки появились периодически возникающие головные боли и головокружения, стала опережать сверстников по росту, округлились бёдра и ягодицы. В течение последних 6 месяцев отмечается увеличение грудных желез, оволосение на лобке и периодически появляющиеся кровянистые выделения из половых органов.

Осмотр: рост 130 см (на 8-9 лет), вес 28 кг (соответствует росту). Вторичные половые признаки: P<sub>2</sub>, Ах<sub>о</sub>, Ма<sub>2</sub>, Ме с 6 лет.

Костный возраст на 9-10 лет.

### ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз? Обоснуйте его
2. Какому возрасту соответствует степень полового созревания?
3. Что могло послужить причиной развития этой болезни?
4. Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Какие методы лечения данной патологии вы знаете?

### ЗАДАЧА 9

Диагноз: Истинное преждевременное половое созревание? Аденома гипофиза?

## Задача 10

Ребёнок К., 4 дня, от I-й беременности, 1-х срочных родов, протекавших без особенностей. При рождении масса тела 3000 г, рост 51 см.

При рождении было выявлено неправильное строение наружных гениталий (пенисообразный и гипертрофированный клитор, складчатые большие половые губы), гиперпигментация больших половых губ и белой линии живота.

С 3-го дня после рождения состояние ребенка ухудшилось, кожные покровы стали бледными, с сероватым оттенком, их тургор и эластичность снижены. Развились мышечная гипотония и гипорефлексия. Сосет вяло, появилась рвота фонтаном. Дыхание поверхностное, ослабленное. Тоны сердца приглушены. Полиурия. Живот при пальпации мягкий, печень +2 см. Стул жидкий, обычной окраски.

**Общий анализ крови:** НЬ – 115 г/л, Эр –  $5,0 \times 10^{12}$ /л, Лейк–  $9,5 \times 10^9$ /л; п/я – 2%, с/я – 50%; э – 2%, л – 38%, м – 8%, СОЭ-5 мм/час

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 55 г/л, холестерин – 4,7 ммоль/л, глюкоза – 2,8 ммоль/л, натрий – 125,0 ммоль/л, калий - 6,8 ммоль/л.

### ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз? Обоснуйте его
2. По какому типу наследуется данная болезнь? Какая вероятность рождения в этой семье в последующем больного ребенка?
3. Какая причина нарушения внутриутробного формирования наружных половых органов у этой девочки?
4. При каких болезнях в периоде новорожденности может отмечаться рвота “фонтаном”, жидкий стул? Проведите дифференциальный диагноз.
5. Как и какими препаратами вы будете проводить неотложную посиндромную терапию?

### ЗАДАЧА 10

Диагноз: Врожденная гиперплазия надпочечников, сольтеряющая форма.  
Острая надпочечниковая недостаточность.

## Задача 11

Олеся Н., 10 лет, проживает в Саратовской области. Ребенок от I-й беременности, протекавшей без особенностей, 1 срочных родов. Масса при рождении 3200 г, длина – 51 см.

Раннее развитие без особенностей. У мамы отмечается увеличение щитовидной железы II-III степени (по О.В. Николаеву – заметна на глаз, хорошо пальпируется). У бабушки приобретенный первичный гипотиреоз (оперирована по поводу диффузного токсического зоба), получает заместительную терапию L-тироксином. Саратовская область является эндемичной по зобу.

Во время диспансеризации врач обнаружил у девочки увеличение щитовидной железы III ст. (по О.В. Николаеву – заметна на глаз, не нарушает контуры шеи), после чего она была направлена на консультацию к эндокринологу.

При осмотре и пальпации щитовидная железа увеличена до III ст., диффузная, мягко-эластичной консистенции. Клинических признаков нарушения функции щитовидной железы не выявлено. Физическое развитие соответствует возрасту.

**Общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови – без патологии.**

### ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный диагноз? Обоснуйте его
2. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. С какими болезнями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Необходимо ли назначение каких-либо лекарственных препаратов?
5. Методы профилактики, если они необходимы.

### ЗАДАЧА 11

Диагноз: Эндемический зоб. Эутиреоидное увеличение щитовидной железы III ст.