

ИТОГОВАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АТТЕСТАЦИЯ 3 ЭТАП
(СОБЕСЕДОВАНИЕ)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

РАННИЙ ВОЗРАСТ

Задача № 1

Мальчик М., 6 дней жизни. От I нормально протекающей беременности. Роды срочные. Масса тела при рождении 3200 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале APGAR 8-9 баллов. Закричал сразу, к груди приложен в родильном зале. За время наблюдения состояние оставалось стабильным. Масса тела на 4-е сутки составила 3000 г.

При осмотре на 6-й день состояние ребёнка удовлетворительное. На грудном вскармливании. Активен. Масса тела 3060 г. Рефлексы периода новорождённости вызываются. Физиологический гипертонус. Кожные покровы розовые, на крыльях носа имеются мелкие беловато-желтоватые узелки. На коже груди и живота – крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены до 2-х см, при надавливании выделяется бело-молочная жидкость. Пупочная ранка чистая. В легких дыхание ослабленное везикулярное. Тоны сердца ясные. Живот мягкий. Печень + 2 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочится адекватно. Стул жёлтый с непереваренными комочками и прожилками слизи.

Клинический анализ крови: Hb - 180 г/л, эритроц. - $5,0 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 1,10; лейкоциты $8,7 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с/я - 35%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 49%, моноциты - 9%, СОЭ - 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый; реакция – кислая; относительная плотность – 1004; белок – отсутствует; эпителий плоский – много; лейкоциты - 2-3 в п/зр.; эритроциты - 2-4 в п/зр.; цилиндры – нет; соли - кристаллы мочевой кислоты.

Биохимический анализ крови: общий белок - 52,4 г/л; билирубин общий – 54 мкмоль/л, непрямой - 51 мкмоль/л, прямой – 3 мкмоль/л; мочевины - 4,2 ммоль/л; холестерин - 3,6 ммоль/л; калий - 5,1 ммоль/л; натрий - 141 ммоль/л; кальций общий - 2,2 ммоль/л; фосфор - 1,9 ммоль/л.

Задание:

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?
2. В чем сущность метаболической адаптации новорожденного?
3. Оцените результаты лабораторных методов исследования.
4. С какими заболеваниями придется дифференцировать пограничные состояния?

5. Назовите комплекс мероприятий по уходу и режиму, необходимых при выявленных пограничных состояниях.

Диагноз: Период ранней неонатальной адаптации. Пограничные состояния: физиологическая потеря массы тела, физиологическое шелушение, милии, половой криз, транзиторный катар кишечника, мочекислый диатез.

Задача № 2

Мальчик М., 5-ти дней, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что ребенок от I беременности, протекавшей без особенностей. Роды срочные. Масса тела при рождении 3000 г, длина тела 50 см. Оценка по шкале APGAR 8/9 баллов. Закричал сразу. К груди приложен в родильном зале. На 2-е сутки появилась субиктеричность кожных покровов.

При осмотре на 4-ый день жизни состояние удовлетворительное. На грудном вскармливании. Крик громкий. Физиологические рефлексы вызываются. Мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы чистые, иктеричные до II степени. Пупочная ранка сухая. В легких дыхание ослабленное везикулярное. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень + 1,5 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Диурез адекватный. Стул желтого цвета.

Группа крови матери: A(II) Rh-положительная

Группа крови ребенка: O(I) Rh-положительная

Клинический анализ крови (4-ый день жизни): Hb - 186 г/л, эритроциты - $5,2 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 1,18, лейкоциты - $11,0 \times 10^9$ /л, п/я - 5%, с/я - 38%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 40%, моноциты - 14%, СОЭ - 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый; реакция – кислая; относительная плотность – 1006; белок – отсутствует; эпителий плоский – немного; лейкоциты - 2-3 в п/зр; эритроциты – нет; цилиндры – нет.

Биохимический анализ крови (4-ый день жизни): общий белок - 52,4 г/л; билирубин общий – 144 мкмоль/л, непрямой - 140 мкмоль/л; АЛТ – 25 Ед/л, АСТ – 18 Ед/л; мочевины - 4,2 ммоль/л; холестерин - 3,6 ммоль/л; калий - 5,1 ммоль/л; натрий - 141 ммоль/л.

Задание:

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите?
2. Расскажите об особенностях обмена билирубина у новорожденного.
3. Каков генез желтухи в данном случае и требует ли она лечения?
4. Назовите критерии физиологической желтухи.
5. Проведите дифференциальный диагноз конъюгационной и гемолитической желтухи у новорожденного.

6. Изложите ваши рекомендации по вскармливанию и дальнейшему наблюдению за ребёнком.

Диагноз: Период новорожденности. Неонатальная Физиологическая желтуха.

Задача № 3

Ребенок, 7 месяцев, доставлен бригадой скорой медицинской помощи в больницу в связи с остро развившимся приступом судорог.

Из анамнеза: ребенок родился в конце августа от II беременности, протекавшей с гестозом, 2-х срочных родов. Масса тела при рождении 3400 г, длина 51 см. Оценка по шкале APGAR 8/9 баллов. С 2-х месяцев переведен на искусственное вскармливание базовой смесью, в 4 месяца введен детский кефир. В настоящее время получает: кефир детский (200,0 мл 2-3 раза/сутки), молочную кашу (200,0 мл 2 раза/сутки), овощное пюре (200,0 г 1 раз/сутки), сухарики детские, фруктовое пюре. В настоящее время масса тела ребенка 9500 г, длина – 72 см.

В возрасте 4 месяцев (в декабре) у мальчика диагностирован рахит, получал лечение витамином D в течение 3 недель. В последнее время мать стала чаще гулять с ребенком, поскольку установилась весенняя теплая солнечная погода.

При поступлении: состояние средней тяжести, температура тела 36,8°C, насморк, редкий влажный кашель, гиперемия зева. Активно сопротивляется осмотру, кричит. Внезапно на высоте крика наступила остановка дыхания (апноэ 15 сек), потеря сознания, развился цианоз носогубного треугольника, возникли вначале тонические, затем общие клонико-тонические судороги. После купирования приступа судорог температура тела нормальная, менингеальных и очаговых симптомов нет.

У ребенка отмечается уплощение затылка, выражены лобные бугры, большой родничок 3,5×3,5 см. Выражена «гаррисонова борозда», пальпируются «реберные чётки», зубы отсутствуют. Отмечаются преходящий карпо-педальный спазм, положительный симптом Хвостека. Кожа чистая. В легких пуэрильное дыхание, ЧД 28 в 1 мин

Тоны сердца звучные, ЧСС 100 уд. в 1 мин. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Стул, со слов матери, нормальный. Ребенок мало эмоционален, самостоятельно не сидит, переворачивается редко, отмечается повышенная возбудимость.

Общий анализ крови: Нб – 110 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $10,4 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 24%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 62%, моноциты – 7%, СОЭ – 8 мм/час

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, относительная плотность – 1015, лейкоциты – 2-3 в п/зр, эритроциты – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок – 55 г/л, альбумины – 30 г/л, мочевины – 3,4 ммоль/л, натрий – 119 ммоль/л, калий – 4,5 ммоль/л, магний – 0,57 ммоль/л (N=0,65-1,05), кальций общий – 1,7 ммоль/л, кальций ионизированный – 0,75 ммоль/л, фосфор – 2,3 ммоль/л, щелочная фосфатаза 980 ЕД/л (N до 600), глюкоза – 3,5 ммоль/л.

Задание:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Выделите факторы риска развития заболевания по анамнезу.
4. Чем объясняются изменения со стороны костно-мышечной и нервной системы?
5. Укажите причину судорог. Является ли это состояние жизнеугрожающим?
6. Какие варианты заболевания Вам известны?
7. Какую неотложную помощь следует оказать ребенку на госпитальном этапе?
8. Какую терапию следует назначить после купирования приступа судорог (после определения электролитов, глюкозы)?
9. Какие показатели следует использовать в качестве контроля проводимой терапии? Необходимо ли проведение экстренного электроэнцефалографического исследования и почему?
10. Отмечается ли у ребенка избыток массы тела? Требуется ли коррекция рациона питания?
11. Дайте рекомендации по диспансерному наблюдению и лечению в амбулаторных условиях.

Диагноз: Физическое развитие выше среднего, гармоничное. Спазмофилия, приступ гипокальциемических афебрильных судорог. Рахит II степени, период разгара, подострое течение.

Задача № 4

Ребенок 3,5 мес., находится на плановом приеме в день здорового ребенка.

Из анамнеза: мальчик от II беременности, протекавшей с угрозой прерывания, роды 2-ые на 35 - 36 неделе гестации. Масса при рождении 2300 г, длина 46 см. Оценка по шкале APGAR 6/7 баллов. До 1 мес. грудное вскармливание, затем переведен на искусственное вскармливание базовой адаптированной молочной смесью. За первый месяц прибавка в массе тела составила 450 г, за второй и третий месяцы – по 1000 г. В возрасте 1 мес. был рекомендован ежедневный прием профилактической дозы витамина D, но препарат ребенку не давали. С 2-х мес. отмечались потливость, беспокойный сон, повышенная возбудимость, вздрагивания, что расценивали как резидуальные признаки перинатального поражения ЦНС. В 3 мес. перенес острую респираторную инфекцию: катаральный отит, лечился амбулаторно.

При осмотре: масса тела 5100 г, длина 56 см. Отмечается уплощение и облысение затылка, большой родничок 2,5 x 3,0 см, края мягкие, податливые. При пальпации черепа отмечается размягчение участков в области правой теменной кости. Грудная клетка податлива, отмечается расширение нижней апертуры, формируется «Гаррисонова борозда». Выражена мышечная гипотония, живот распластан, «лягушачий». Ребенок эмоционально лабилен, беспокойный, отмечается повышенная потливость. Кожа чистая. В легких дыхание проводится во все отделы, хрипов нет, ЧД-28-30 в 1 минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧС-128 уд в 1 мин. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка – на 1 см. Стул, со слов матери, со склонностью к запорам.

Клинический анализ крови: Hb – 103 г/л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л, MCV 68 fl, MCH 24 пг, MCHC 324 г/л, RDW 17%, тромбоциты 358×10^9 /л, лейкоциты – $8,2 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 28%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 60%, моноциты – 8%, СОЭ – 7 мм/час.

Общий анализ мочи: белок - нет, лейкоциты – 1 - 2 в п/зр, эритроциты – нет, соли – оксалаты в небольшом количестве.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, общий кальций – 2,5 ммоль/л, кальций ионизированный – 0,85 ммоль/л (N-1,01-1,38), фосфор – 1,4 ммоль/л, щелочная фосфатаза 1000 ЕД/л (N до 600), 25(OH)D – 16,0 нмоль/л (N-50-100), ферритин – 20 нг/мл (N-60-120), железо – 5,5 мкмоль/л (N- 7,2-17,8).

КОС крови: рН - 7,30; BE= –7 ммоль/л.

Задание:

1. Сформулируйте предположительный диагноз?
2. Определите период болезни, степень тяжести, характер течения.
3. Чем объясняются изменения со стороны костной, мышечной и нервной систем?
4. Какая рентгенологическая картина костной ткани характерна для этого периода заболевания, и в каких отделах она наиболее информативна?
5. Выделите факторы риска развития заболевания ребенка.
6. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
7. Характерны ли изменения в биохимическом анализе крови для этого заболевания? Если ДА, то какие именно?
8. Могут ли предупредить развитие заболевания профилактические мероприятия? Когда их следует начинать?
9. Какое лечение следует назначить ребенку? Какие препараты наиболее эффективны – спиртовые, масляные, водные?
10. Какой показатель следует использовать в качестве контроля проводимой терапии?

Диагноз: Рахит активный, период разгара, II степень тяжести, острое течение.

Задача № 5

Ребенок 3,5 мес., находится на диспансерном приеме.

Из анамнеза: мальчик от II беременности, протекавшей с угрозой прерывания, роды 2-ые на 35 - 36 неделе гестации. Масса при рождении 2300 г, длина 46 см. Оценка по шкале APGAR 6/7 баллов. До 1 мес. грудное вскармливание, затем переведен на искусственное вскармливание базовой адаптированной молочной смесью. За первый месяц прибавка в массе тела составила 450 г, за второй и третий месяцы – по 1000 г. В возрасте 1 мес. был рекомендован ежедневный прием профилактической дозы витамина D, но препарат ребенку не давали. С 2-х мес. отмечались потливость, беспокойный сон, повышенная возбудимость, вздрагивания, что расценивали как резидуальные признаки перинатального поражения ЦНС. В 3 мес. перенес острую респираторную инфекцию (ОРИ), катаральный отит, лечился амбулаторно.

При осмотре: масса тела 5100 г, длина 56 см. Отмечается уплощение и облысение затылка, большой родничок 2,5 x 3,0 см, края мягкие, податливые. При пальпации

череп отмечается размягчение участков в области правой теменной кости. Грудная клетка податлива, отмечается расширение нижней апертуры, формируется «Гаррисонова борозда». Выражена мышечная гипотония, живот распластан, «лягушачий». Ребенок эмоционально лабилен, беспокойный, отмечается повышенная потливость. Кожа чистая. В легких дыхание проводится во все отделы, хрипов нет, ЧД-28-30 в 1 минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧС-128 уд в 1 мин. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка – на 1 см. Стул, со слов матери, со склонностью к запорам.

Клинический анализ крови: Hb – 100 г/л, эритроциты – $3,7 \times 10^{12}/л$, MCV 68 fl, MCH 24 пг, MCHC 324 г/л, RDW 17%, тромбоциты $358 \times 10^9/л$, лейкоциты – $8,2 \times 10^9/л$, п/я – 2%, с/я – 28%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 60%, моноциты – 8%, СОЭ – 7 мм/час.

Общий анализ мочи: белок - нет, лейкоциты – 1 - 2 в п/зр, эритроциты – нет, соли – оксалаты в небольшом количестве.

Биохимический анализ крови: общий белок – 63 г/л, общий кальций – 2,5 ммоль/л, кальций иониз. – 0,85 ммоль/л (N-1,01-1,38), фосфор – 1,4 ммоль/л, щелочная фосфатаза 1000 ЕД/л (N до 600), 25(OH)D – 16,0 нмоль/л (N-50-100), ферритин – 20 нг/мл (N-60-120), железо – 5,5 мкмоль/л (N- 7,2-17,8).

КОС крови: pH - 7,30; BE= –7 ммоль/л.

Задание:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Определите период болезни, степень тяжести, характер течения.
3. Чем объясняются изменения со стороны костной, мышечной и нервной систем?
4. Какая рентгенологическая картина костной ткани характерна для этого периода заболевания, и в каких отделах она наиболее информативна?
5. Выделите факторы риска развития заболевания ребенка.
6. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
7. Характерны ли изменения в биохимическом анализе крови для этого заболевания? Если ДА, то какие именно?
8. Могут ли предупредить развитие заболевания профилактические мероприятия? Когда их следует начинать?
9. Какое лечение следует назначить ребенку? Какие препараты наиболее эффективны – спиртовые, масляные, водные?
10. Какой показатель следует использовать в качестве контроля проводимой терапии?

Диагноз: Рахит активный, период разгара, II степень тяжести, острое течение.

Задача № 6

Мальчик, 6 месяцев, на повторном приеме у педиатра с жалобами на кожные высыпания и зуд, запоры, изменения в анализах.

Анамнез жизни: ребенок от I нормально протекавшей беременности, 1 физиологических родов. Закричал сразу. Оценка по шкале APGAR – 8 баллов. Масса при рождении – 3000 г, длина – 50 см. К груди приложен на первые сутки. Грудное вскармливание – вплоть до настоящего времени. Прикорм не получает. В течение последнего месяца из-за нехватки молока, мама стала докармливать ребенка адаптированной базовой смесью. Вакцинальный календарь выполнен в соответствии с возрастом. Сведения о перенесенных заболеваниях – не болел.

Анамнез заболевания: с 3 месяца жизни при включении мамой в свой пищевой рацион кондитерских изделий (бисквитов, песочного печенья, шоколада) у ребенка ухудшился сон, на коже появились участки сухости, гиперемии. После введения смеси стали отмечать покраснения в перианальной области, связали с воздействием памперса. Применение барьерного крема с цинком без выраженного положительного эффекта. Семейный анамнез: папа ребенка, бабушка со стороны мамы страдают бронхиальной астмой, поллинозом.

При обследовании: Состояние средней тяжести за счет распространенности кожного процесса. Беспокоен при осмотре. Масса тела – 7200 г, длина – 66 см. Аппетит сохранен. Кожные покровы – физиологичной окраски, отмечаются симметричные ограниченные участки сухости, шелушения, гиперемии, инфильтрации, единичные папулы на коже лица, в области верхних и нижних конечностей. Зуд и лихенизация выражены слабо. Кожа перианальной области гиперемирована. Видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Суставы не изменены, движения в полном объеме. Носовое дыхание свободное. ЧД– 28 в 1 мин. ЧСС– 104 уд. в 1 мин. Границы легких в пределах возрастной нормы, при перкуссии – над легкими ясный, легочный звук, аускультативно – дыхание пуэрильное. Живот мягкий, безболезненный. Печень – у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочится достаточно. Стул (со слов мамы) ежедневный, до одного – трех раз в сутки, без патологических примесей.

Клинический анализ крови: Нв – 116 г/л, эритроциты – $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $8,0 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 22%, эозинофилы – 5%, лимфоциты – 64%, моноциты – 8%, СОЭ – 2 мм/час

Иммуноглобулины сыворотки крови: иммуноглобулин А 0,9 г/л, (норма- 0,45-1,35), иммуноглобулин G – 5,4 г/л (норма-5-13), иммуноглобулин М – 0,5 г/л (норма – 0,46-1,9), иммуноглобулин E – 70 МЕ (норма – 0-15 МЕ)

Уровень специфических иммуноглобулинов E – средний (Immunosap, 3,2 кЕgА/л).

Задание:

1. Сформулируйте диагноз и дайте его обоснование.
2. Наметьте план дополнительного обследования.
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

4. Назначьте лечение.
5. Перечислите общие рекомендации по применению топических ингибиторов кальциневрина.
6. Какие средства ухода за кожей используются при данном заболевании?
7. Назовите антигистаминные препараты 2 поколения для системного применения.
8. Каковы принципы диетотерапии и тактика введения прикорма при данном заболевании?

Диагноз: Атопический дерматит, младенческая форма, распространенный, легкое течение, обострение. АБКМ.

Задача № 7

Мать с мальчиком, 5-ти мес., пришла на очередной профилактический приём к педиатру для решения вопроса о проведении вакцинации.

Ребёнок от IV беременности, протекавшей на фоне гестоза в I триместре. Роды в срок, со стимуляцией. Масса тела при рождении 3600 г., длина – 53 см. Закричал сразу. Естественное вскармливание до 2-х месяцев, затем базовая адаптированная смесь. Профилактика рахита проводилась масляным раствором витамина D₂, с 2-х месяцев в течение 1,5 месяцев нерегулярно. До 3-х месяцев ребёнок вакцинирован согласно НКПП, реакции на прививки не было. В 4 месяца на приём к врачу не явились.

В течение последних 2-х месяцев мать отметила, что ребёнок стал сильно потеть, вздрагивать во сне, от «памперсов» появился резкий запах аммиака.

При осмотре масса тела 7200 г, длина – 64 см. Обращает внимание уплощение и облысение затылка, податливость костей черепа по ходу стреловидного и лямбдовидного швов, размягчение краёв большого родничка. Нижняя апертура грудной клетки развёрнута, заметна Гаррисонова борозда, в области ребер пальпируются утолщения в виде костных бугорков. Большой родничок 4x4 см. Мышечная гипотония, плохо опирается на ноги. На коже стойкий красный дермографизм. Видимые слизистые оболочки ярко-розовые, чистые. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 120 ударов в 1 минуту. Живот большой, распластаный, доступен глубокой пальпации. Печень выступает на 2,5 см. из-под края рёберной дуги, селезёнка +0,5 см. Стул кашицеобразный, 2-3 раза в день.

Задание:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Оцените физическое развитие ребёнка.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Можно ли проводить вакцинацию данному ребёнку?

5. Распишите вакцинальный анамнез. Составьте дальнейший план проведения профилактических прививок до 2-х лет у данного ребёнка согласно НКПП РФ (приказ №1122 от 06.12.2021г.).

6. Назначьте лечение.

Диагноз: Рахит II, период разгара, острое течение.

Задача № 8

Ребенок, 6 месяцев, поступил в отделение с направляющим диагнозом: атопический дерматит, период обострения.

Анамнез: ребенок от I беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 2850 г, длина 50 см. Естественное вскармливание до 2,5 месяцев. С 2,5 месяцев – смешанное вскармливание, с 3 месяцев – искусственное вскармливание (адаптированная базовая смесь). С 3 месяцев на коже щек появились единичные папулезные элементы, затем – участки гиперемии с микровезикулами, мокнутием и корками. С 3 до 6 месяцев проводилась частая смена заменителей грудного молока: адаптированные базовые смеси разных форм-производителей на основе коровьего молока и козьего молока, кисломолочные смеси), на фоне чего кожные изменения постепенно распространились на ягодички, верхние и нижние конечности, туловище; усилился зуд. Лечились самостоятельно - применение наружных средств (эмульсии на основе цинка, увлажняющие детские кремы, гель с антигистаминным эффектом) и антигистаминный препарат 1 поколения внутрь, с кратковременным эффектом. Три дня назад после введения первого прикорма (манная каша на козьем молоке) кожные проявления усилились, появились выраженный зуд и беспокойство, нарушение сна, а также учащенный разжиженный стул со слизью.

У матери ребенка – поллиноз летне-осенний, у отца – бронхиальная астма.

При поступлении: масса тела 6 кг 550 г, длина 67см.

Состояние ребенка тяжелое, беспокоен. Кожный процесс островоспалительного характера, распространенный, симметричный. Локализован на коже волосистой части головы, лица, туловища, рук и ног. Представлен участками отёчной эритемы с мокнутием, серозными корочками и шелушением. За ушами, в области шейных складок, локтевых и подколенных сгибов, промежности – участки мокнутия с мелкопластинчатым шелушением. На волосистой части головы - плотные желтоватые корочки в виде «чепчика». Волосы не поражены, ногти – с продольной исчерченностью.

Пальпируются множественные, периферические лимфатические узлы: до 0,5-0,6 см в диаметре, эластичные, безболезненные. Дыхание в легких пуэрильное. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 98 уд в 1 мин. Живот безболезненный при пальпации, слегка вздут, урчит по ходу толстой кишки. Печень + 3,0 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул (во время осмотра) разжиженный, желто-зеленого цвета, с неперевавленными комочками и слизью.

Клинический анализ крови: Нв – 110 г/л, эритроциты – $4,1 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,85, лейкоциты – $11,2 \times 10^9$ /л, п/я – 7%, с/я – 33%, лимфоциты – 41%, моноциты – 10%, эозинофилы – 9%, тромбоциты – 350×10^9 /л, СОЭ – 10 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 55,99 г/л; общий билирубин – 18,5 мкмоль/л; прямой билирубин - 6,35 мкмоль/л; глюкоза – 5,3 ммоль/л; АЛТ – 37,3 Ед/л; АСТ – 52,3 Ед/л; ЖССС - 87,9 мкмоль/л (N- 63,0-80,0).

Определение уровня специфических IgE к пищевым белкам (ImmunoCap):

Белок коровьего молока 24,5 МЕ/мл (III класс- средний высокий)

Альфа-лактальбумин - 1,83 МЕ/мл (II класс - средний)

Казеин – 0,41 МЕ/мл (I класс - низкий)

Анализ кала на кишечную группу: отрицательный.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте Ваш диагноз.
2. Перечислите основные патогенетические механизмы развития заболевания.
3. Можно ли на основании анамнеза и представленных результатов обследования подтвердить диагноз?
4. Назовите ошибки ведения пациента.
5. Назначьте лечение.
6. Наметьте план ведения ребенка на следующие 6 месяцев.

Диагноз: Атопический дерматит, диффузный, младенческая форма, период обострения. Пищевая аллергия к белку коровьего молока, IgE-опосредованная форма.

Задача № 9

На приеме у участкового педиатра мальчик 2 лет, с жалобами на повышение температуры до $37,3^{\circ}\text{C}$ и припухлости около левого уха.

Из анамнеза известно, что на первом году жизни у ребенка отмечались симптомы атопического дерматита, в связи с чем, прививался по индивидуальному графику. Полгода назад от иммунизации против кори, краснухи и эпидемического паротита мать ребёнка отказалась в письменной форме; 10 дней назад после получения добровольного информированного согласия проведена вакцинация против кори и эпидемического паротита. Вакцинацию против гепатита В, туберкулёза, пневмококковой инфекции, АКДС, полиомиелита и гемофильной инфекции ребенок переносил хорошо. За месяц до вакцинации переболел ОРВИ.

При осмотре состояние удовлетворительное. Ребенок активен. Аппетит (со слов мамы) сохранен. Кожные покровы чистые, умеренной влажности. Зев гиперемирован.

Лимфоузлы не увеличены. Отмечается припухлость и умеренная болезненность околоушной железы слева, утолщение кожной складки над ней. По внутренним органам без патологии. Менингеальные симптомы не выявлены.

Задание:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Следует ли подать экстренное извещение?
3. С какими заболеваниями следует дифференцировать выявленные изменения у ребёнка?
4. Возможная причина выявленных изменений у ребёнка?
5. Показана ли госпитализация?

Диагноз: Побочное проявление после иммунизации (несерьезное) на введённую вакцину против эпидемического паротита: увеличение околоушной железы слева.

Задача № 10

Ребенок 7,5 месяцев, от матери 35 лет. Беременность II (I беременность – дочь, 2 года, здорова), протекала физиологически, роды в срок, 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 – 100-150 г/сут, затем введена каша на цельном коровьем молоке. В анамнезе, приблизительно с 3 месяцев жизни, мать отмечает повышенную потливость, вздрагивание во сне.

Жалобы на отсутствие роста зубов, самостоятельно не сидит.

При осмотре: масса тела 9,5 кг, длина 72 см. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки розовые, в области шейных и подмышечных складок - опрелости. Отмечается облысение и уплощение затылка, выражены теменные бугры. Большой родничок 3,0 x 3,0 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, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $8,1 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 32%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 59%, моноциты – 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 – 600 Ед/л (норма до 350 Ед/л).

Проба мочи по Сулковичу: отрицательно.

Задание:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Укажите причину заболевания.
3. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
4. Нуждается ли ребенок в коррекции питания? Дайте рекомендации по питанию.
5. Какова тактика лечения этого заболевания?
6. Что будет являться критериями эффективности лечения? Перечислите клинические и лабораторные критерии.
7. С какими группами заболеваний необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Диагноз: Рахит, период разгара, II степень тяжести, подострое течение.

Задача № 11

Мальчик 5 лет, осмотрен врачом неотложной помощи по поводу гипертермии, сухого кашля и болей в правом боку.

Из анамнеза известно, что мальчик заболел остро 2 дня назад, когда на фоне полного здоровья вдруг повысилась температура до 39,4°C, появился озноб, болезненный непродуктивный кашель. Жаропонижающие снижали температуру на короткий промежуток времени до субфебрильных цифр. Ночь ребенок провел беспокойно, температура держалась на высоких цифрах, появились вышеуказанные жалобы. Утром мама вызвала врача «неотложной помощи».

При осмотре врач неотложной помощи обратил внимание на заторможенность мальчика, бледность кожных покровов с выраженным румянцем на щеках, учащенное поверхностное дыхание, одышку в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок лежал на правом боку с согнутыми ногами. Наблюдалось отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого легкого. В легких отмечалось укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого легкого по задней поверхности. Аускультативно – ослабленное дыхание над зоной притупления, хрипы не выслушивались, ЧД – 42 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, патологических шумов нет. ЧСС – 110 ударов в 1 минуту. SpO₂ = 87%. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень +1 см. Стул, мочеиспускание в норме.

Ребенок был госпитализирован.

Клинический анализ крови: Hb - 134 г/л, эритроциты - 4,8x10¹²/л, лейкоциты – 23,0x10⁹/л, п/я - 9%, с/я - 65%, лимфоциты - 24%, моноциты - 2%, СОЭ - 32 мм/час.

Рентгенограмма грудной клетки: на рентгенограммах грудной клетки в прямой и боковой проекциях отмечается тотальное инфильтративное затемнение нижней доли правого легкого. Нижний отдел главной междолевой щели втянут в сторону затемнения.

Корень правого легкого мало структурирован. Правые реберно-диафрагмальные синусы не дифференцируются.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. В какие сроки от начала заболевания врач вправе ожидать появления характерных патологических шумов над легкими? О какой фазе развития болезни они свидетельствуют?
3. Назначьте лечение.
4. Укажите сроки диспансерного наблюдения и возможные профилактические мероприятия для предупреждения данного заболевания.

Диагноз: Правосторонняя нижнедолевая (крупозная) пневмония. ДН II степени.

Задача № 12

Девочка 14 лет, жалуется на боли в животе, изжогу, слабость, быструю утомляемость.

Из анамнеза: боли беспокоят в течение последних двух лет, возникают чаще натощак или через 1,5-2 часа после еды, локализуются в верхней половине живота, исчезают после приема пищи. Ранее не обследовалась, состояние облегчалось приемом пищи, но-шпы. В течение последних 2-х недель интенсивность болей усилилась, приобрела постоянный характер.

Девочка от I физиологической беременности, срочных родов. Находилась на естественном вскармливании до 2-х месяцев. Раннее развитие по возрасту. Прививки по НКПП и дополнительно. Аллергоанамнез не отягощен.

Семейный анамнез: отягощен по заболеваниям ЖКТ: мать 40 лет - хронический гастродуоденит, отец 45 лет - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, остальные члены семьи здоровы.

При осмотре: рост 160 см, масса тела 52 кг. Состояние средней степени тяжести, самочувствие страдает за счет абдоминального болевого синдрома. Кожные покровы, слизистые оболочки физиологической окраски. В легких дыхание проводится равномерно, везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритм правильный, ЧСС 88 ударов в 1 минуту. АД 110/70 мм.рт.ст. Живот округлой формы, мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Пузырные симптомы – отр., отмечается болезненность при пальпации в точке Мейо-Робсона и зоне Шоффара, Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание (со слов девочки) без особенностей.

Анализ крови клинический: Нв – 135 г/л; эритроциты – $3,84 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты – $350,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты – $6,5 \times 10^9$ /л; п/я – 2%; с/я – 54%; эозинофилы – 1%; лимфоциты – 33%; моноциты – 10%; СОЭ – 10 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л; альбумины – 55%; глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 10%, β – 13%, γ – 16%; билирубин общ. – 9,43 мкмоль/л, тимоловая проба- 1,0 Е/л, АСТ 10,9Е/л, АЛТ 10,4 Е/л.

УЗИ органов брюшной полости: Печень выступает из-под края реберной дуги не 0,5см, размеры правой доли 128 мм, левой 65мм, эхогенность нормальная, паренхима не изменена, структура мелкозернистая. Воротная вена 9 мм.

Желчный пузырь: не сокращен, форма – перегиб функциональный, ширина 26 мм, просвет однородный.

Поджелудочная железа: размеры – голова 20 мм, тело 14 мм, область хвоста не визуализируется, стенки сосудов уплотнены, эхогенность нормальная, паренхима не уплотнена.

Селезенка: топография не изменена, размеры в пределах возрастных норм, контуры ровные, четкие, паренхима однородная, эхогенность не изменена.

Желудок и ДК – без особенностей.

Эзофагогастродуоденоскопия: гиперпластический гастродуоденит, обострение, рН-метрия – гиперацидность. Исследование биоптата на *H. Pylori* – положительный

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Укажите этиопатогенез данного заболевания.
3. Чем обусловлены описанные изменения поджелудочной железы?
4. Какие дополнительные методы исследования требуются больному?
5. Назначьте и обоснуйте диету и медикаментозную терапию.

*Диагноз: Хронический гиперпластический гастродуоденит, гиперацидный, ассоциированный с *H. pylori*, стадия обострения.*

Задача № 13

Девочка 10-ти лет обратилась к врачу с жалобами на резко учащенные (каждые 10-15 мин), болезненные мочеиспускания малыми порциями, появление капельки крови в конце мочеиспускания.

Анамнез заболевания: данные жалобы появились остро после переохлаждения, за сутки до поступления. Ранее в анамнезе указаний на дизурию и изменения в анализах мочи нет.

При осмотре: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы обычной окраски. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС – 76 в 1 мин. АД – 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации над лобком. Печень и селезенка не пальпируются. Мочеиспускания болезненны. Моча мутная, в конце мочеиспускания – капелька крови. Стул оформленный.

Общий анализ крови: Hb – 134 г/л; эр. – $4,5 \times 10^{12}$; лейкоц. – $6,5 \times 10^9$: п/я – 2%, с/я – 66%, э. – 1%, л. – 23%, м. – 8%; СОЭ – 7 мм/час

Общий анализ мочи: цвет – желтый; прозрачность – мутная; реакция – нейтральная; относительная плотность – 1022; белок – 0,033 г/л; лейкоциты – сплошь в п/зр., эритроциты – 50-60 в п/зр., слизь – много, эпителий переходный – много, бактерии – много.

УЗИ почек и мочевого пузыря: Почки расположены типично. Размеры: левая – $90 \times 36 \times 28$ мм; правая – $92 \times 35 \times 29$ мм. Слои паренхимы дифференцируются отчетливо. Чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий. Стенка мочевого пузыря утолщена до 4 мм, в просвете осадок. После микции в пузыре ~ 25 мл остаточной мочи.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какова наиболее вероятная этиология заболевания?
3. Нуждается ли больная в дополнительном обследовании?
4. Назначьте лечение.

Диагноз: Острый цистит.

Задача № 14

Мальчик, 15-ти лет, предъявляет жалобы на острые боли в животе, локализующиеся в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку и поясничную область, тошноту и многократную рвоту съеденной пищей.

Боли в животе появились через 15 минут после завтрака (бутерброд с маслом, яйцо и кофе). Аналогичный приступ наблюдался 7 месяцев назад, был менее выражен и купировался в течение 30-40 минут после приема дротаверина.

Из наследственного анамнеза известно, что мать ребенка страдает желчнокаменной болезнью (проведена холецистэктомия), у отца – хронический гастрит, у бабушки по линии матери – хронический холецистит.

При осмотре: ребенок повышенного питания, рост 170 см, вес 78 кг, кожа с легким желтушным оттенком, склеры субиктеричные. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, звучные. При пальпации живота отмечается умеренное напряжение мышц и болезненность в области правого подреберья. Печень выступает из-под края реберной дуги на 0,5 см. Край печени мягкий, умеренно болезненный. Определяются положительные симптомы Мерфи, Ортнера и Мюсси. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул (со слов) серого цвета, оформленный.

Клинический анализ крови: Hb – 130 г/л, эритроциты – $4,1 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,95, лейкоциты – 10×10^9 /л, п/я – 7%, с/я – 63%, лимфоциты – 24%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, СОЭ – 16 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, прозрачность - полная, рН – 6,5, плотность – 1025, белок - *abs*, сахар - *abs*, лейкоциты – 2-3 в п/зр, эритроциты – нет, желчные пигменты +++.

Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, альбумины - 55%, глобулины: α_1 – 3%, α_2 – 12%, β – 12%, γ – 18%, холестерин 6,9 ммоль/л АлАТ – 50 ед/л, АсАТ – 60 ед/л, ЩФ – 180 ед/л (норма до 140), амилаза – 90 ед/л (норма до 120), билирубин – 42 мкмоль/л, прямой – 30 мкмоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: печень – не увеличена, контуры ровные, паренхима однородная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, воротная вена не изменена; желчный пузырь – обычной формы, толщина стенок до 4 мм (норма – до 2 мм), в области шейки обнаружено гиперэхогенное образование размером 8x10 мм, дающее акустическую тень; поджелудочная железа – паренхима эхогеннооднородная, головка – 19 мм (N – до 18 мм), тело – 15 мм (N – до 15 мм), хвост – 20 мм (N – до 18 мм). Селезенка не увеличена, паренхима однородная.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Оцените клинический и биохимический анализы крови.
3. Прокомментируйте данные ультразвукового исследования.
4. Каковы основные принципы диетотерапии и медикаментозного лечения данного заболевания?
5. Оцените физическое развитие и посчитайте ИМТ данному ребенку.

Диагноз: Желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, обострение. Холестаз.

ИМТ 26,9 (избыточная масса тела)

Задача № 15

Участковый врач посетил на дому девочку 6-ти лет по активу, полученному от врача неотложной помощи. Ребенок жалуется на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.

Девочка от I нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3400 г, длина 52 см. С 2 месяцев находилась на искусственном вскармливании. С трех месяцев жизни отмечались проявления атопического дерматита.

Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница. Анамнез заболевания: с трехлетнего возраста в апреле - мае за городом у девочки возникали легкие приступы удушья, которые купировались самостоятельно. Приступы удушья также возникали на фоне ОРВИ. За последние полгода приступы затрудненного дыхания возникали ежемесячно 1 раз в месяц, сопровождались приступообразным кашлем. Настоящий приступ затрудненного дыхания возник в гостях при контакте с кошкой. Для купирования приступа врачом неотложной помощи был использован раствор беродуала через небулайзер, в/м преднизолон, состояние улучшилось, передан актив участковому врачу.

При осмотре: состояние средней тяжести. Навязчивый сухой кашель. Кожные покровы бледные, отмечается цианоз носогубного треугольника, сухость кожных покровов. Слизистые носовых ходов бледные, отечные. Катаральных явлений нет. Дыхание свистящее, слышное на расстоянии. Выдох удлинён. ЧД – 36 в 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно – дыхание жесткое, проводится во все отделы, выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 92 ударов в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

Клинический анализ крови: Hb - 128 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $5,8 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 48%, лимфоциты – 35%, эозинофилы – 9%, моноциты – 6%, СОЭ – 7 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность- 1018, лейкоциты- 1-2 в п/зр., эритроциты – abs, слизи – abs.

Рентгенограмма грудной клетки: отмечается вздутие легочной ткани с обеих сторон, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, обеднение на периферии. Очаговых теней нет.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз
2. Укажите звенья патогенеза обструктивного синдрома у ребенка
3. Назначьте лечение, необходимое в межприступном периоде
4. Какие дополнительные исследования, проведенные в межприступном периоде, подтвердят данную форму заболевания?
5. Какие профилактические мероприятия необходимо проводить для предупреждения обострения заболевания?

Диагноз: Бронхиальная астма, атопическая форма, средне-тяжелое персистирующее течение, период обострения. ДН II степени. Атопический дерматит, детская форма.

Задача № 16

Девочка 10-ти лет обратилась к врачу с жалобами на резко учащенные (каждые 10-15 мин), болезненные мочеиспускания малыми порциями, появление капельки крови в конце мочеиспускания.

Анамнез заболевания: данные жалобы появились остро после переохлаждения, за сутки до поступления. Ранее в анамнезе указаний на дизурию и изменения в анализах мочи нет.

При осмотре: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Температура тела $36,8^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы обычной окраски. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС – 76 в 1 мин. АД – 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации над лобком. Печень и

селезенка не пальпируются. Мочеиспускания (со слов) болезненные, моча мутная, в конце мочеиспускания – капелька крови. Стул (со слов) оформленный, регулярный.

Общий анализ крови: Hb – 134 г/л; эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$; лейкоциты – $6,5 \times 10^9$: п/я – 2%, с/я – 66%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 23%, моноциты – 8%; СОЭ – 7 мм/час

Общий анализ мочи: цвет – желтый; прозрачность – мутная; реакция – нейтральная; относительная плотность – 1022; белок – 0,033 г/л; лейкоциты – сплошь в п/зр., эритроциты – 50-60 в п/зр., слизь – много, эпителий переходный – много, бактерии – много.

УЗИ почек и мочевого пузыря: Почки расположены типично. Размеры: левая – 90×36×28 мм; правая – 92×35×29 мм. Слои паренхимы дифференцируются отчетливо. Чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий. Стенка мочевого пузыря утолщена до 4 мм, в просвете осадок. После микции в пузыре ~ 25 мл остаточной мочи.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какова наиболее вероятная этиология заболевания?
3. Нуждается ли больная в дополнительном обследовании?
4. Назначьте лечение.

Диагноз: ИМП. Острый цистит

Задача № 17

Девочка 13 лет, жалуется на боли в животе, слабость, быструю утомляемость. Боли беспокоят в течение последних трёх лет, возникают чаще натощак, иногда ночью, локализуются в верхней половине живота, исчезают после приема пищи. В течение последних 2-х недель интенсивность болей уменьшилась, однако появились головокружения, сонливость, слабость, быстрая утомляемость, эпизоды черного стула.

Девочка от I физиологической беременности, срочных родов. Находилась на естественном вскармливании до 2-х месяцев. Раннее развитие по возрасту. Привита полностью в рамках национального календаря профилактических прививок, переносимость хорошая. Аллергоанамнез не отягощен.

Семейный анамнез: мать 36 лет – хронический гастрит, отец 38 лет – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, дедушка (по линии матери) – язвенная болезнь желудка.

При осмотре: рост 153 см, масса тела 40 кг. Ребенок вялый. Кожные покровы, слизистые оболочки ротовой полости, конъюнктивы бледные. Выражена мраморность кожных покровов, ладони и стопы холодные на ощупь. В легких дыхание проводится равномерно, везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС 116 ударов в 1 минуту. АД 85/50 мм.рт.ст. Живот округлой формы, мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастрии и пилорoduodenальной области. Отмечается положительный симптом Менделя. Печень и селезенка не увеличены. Стул (со слов) черного цвета, 2 р/сут. Дизурии нет.

Анализ крови клинический: Нв – 72 г/л; эритроциты – $2,8 \times 10^{12}$ /л; ЦП – 0,77; ретикулоциты – 5%, Нt – 29 л/л; тромбоциты – $390,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты – $8,7 \times 10^9$ /л; п/я – 6%; с/я – 50%; эозинофилы – 2%; лимфоциты – 34%; моноциты – 8%; СОЭ – 12 мм/час; время кровотечения по Дюку – 60 сек.; время свертывания по Сухареву: начало – 1 мин., конец – 2 мин 30 сек.

Общий анализ мочи: количество - 90 мл, цвет – соломенно-желтый, прозрачность полная, относительная плотность – 1024, рН – 6,0, белок - abs, глюкоза – abs, эпителий плоский – един. в п/зр, лейкоциты – 2-3 в п/ зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 69 г/л; альбумины – 55%; глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 10%, β – 13%, γ – 16%; АсАТ – 34 Ед/л; АлАТ – 29 Ед/л; ЩФ – 140 Ед/л (норма 70-142); общий билирубин 16 мкмоль/л, прямой билирубин – 3 мкмоль/л, железо сывороточное – 5 мкмоль/л.

Анализ кала на скрытую кровь: реакция Грегерсона положительная (+++).

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная. Внутривенечные сосуды и протоки не расширены. Желчный пузырь округлой формы, просвет чистый, стенки 2 мм (норма до 2 мм). Поджелудочная железа: головка 28 мм (норма 22 мм), тело 14 мм (норма 14 мм), хвост 20 мм (норма до 20 мм), паренхима нормальной эхогенности, однородная. Селезенка не увеличена.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается полностью. В теле желудка слизистая оболочка гнездно гиперемирована, отечная, в антральном отделе множественные плоские выбухания. Привратник неправильной формы, зияет. Луковица 12-перстной кишки средних размеров, пустая, деформирована за счет отека слизистой оболочки и конвергенции складок, слизистая оболочка гиперемирована. На передней стенке линейный рубец звездчатой формы ярко-розового цвета, на задней стенке округлый дефект диаметром до 1,7 см, с ровными краями и глубоким дном, заполненным зеленоватым детритом. В дне язвы определяются эрозированные сосуды со сгустком крови. После удаления сгустка крови открылось кровотечение, которое было остановлено наложением клипс на сосуды.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Оцените состояние ребенка при поступлении.
3. Оцените результаты дополнительного обследования.
4. Какие дополнительные методы исследования требуются больному?
5. Назначьте и обоснуйте диету и медикаментозную терапию. Какова тактика диспансерного наблюдения?

Диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, впервые выявленная, фаза обострения (активная язва луковицы), осложненная дуоденальным кровотечением. Геморрагический шок I степени. Постгеморрагическая железодефицитная анемия II степени. Рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Хронический гастродуоденит, обострение.

Задача № 18

Мальчик, 8-ми месяцев поступил в стационар в связи с рецидивирующей лейкоцитурией.

Анамнез жизни: Ребенок от II беременности, протекавшей с угрозой прерывания в течение всей беременности, 1-ых родов на 36-ой неделе беременности. При рождении масса тела – 2400 г, длина – 46 см.

Анамнез болезни: внутриутробно (на 20 неделе гестации) при УЗИ заподозрен двусторонний гидронефроз. На 3-ем месяце жизни при УЗИ выявлена двусторонняя пиелозктазия.

В возрасте 3-х месяцев по данным УЗИ почек: правая – 58×12 мм, паренхима – 7 мм; левая – 55×20 мм, паренхима – 8 мм. Чашечно-лоханочные комплексы разбросаны, щелевидной формы, в просвете небольшое количество взвеси, стенки уплотнены. Мочевой пузырь средних размеров, стенки с неровными контурами, эхогенность их неоднородная, толщина до 5 мм, полость – эхонегативная. В предпузырном отделе определяются мочеточники, диаметр их периодически достигает 7 мм, стенки утолщены. После микции – небольшое количество остаточной мочи.

В возрасте 6-ти месяцев перенес острый пиелонефрит. Находился на стационарном лечении. Получал цефазолин в/м – 6 дней, затем цефиксим перорально – 6 дней.

При поступлении: состояние средней тяжести. Лихорадит до 38°C, бледен. Кожа чистая, отеков нет. Аускультативно в легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС – 120 в 1 мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Мочеиспускание с натуживанием. Струя вялая, прерывистая. Стул (со слов мамы) ежедневно, кашицеобразный, без примесей.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, прозрачность – неполная, относительная плотность – 1010, рН 5,0, белок – 0,01 г/л; нитриты – обнаружено, лейкоциты – до 25-30 в п/зр., слизь – 0,2, соли – не обнаружены, бактерии 3,4×10⁷

УЗИ почек: правая 67×28 мм, паренхима – 11 мм, левая 64×28 мм, паренхима 10 мм. Паренхима не дифференцирована, смазана, эхогенность повышена. Справа лоханка – 5,5 мм, верхняя группа чашечек – 2 мм. Слева лоханка – 6,5 мм, верхняя группа чашечек – 3 мм. Кровоток прослеживается до капсулы почек.

Дополнительно при обследовании:

Цистография: мочевой пузырь расположен обычно, по левому контуру выявляется дивертикулоподобное выпячивание размером 5×4 см. Контур четкий, ровный. Имеет место стеноз уретры. Задняя уретра расширена до 1,5 см. Диаметр передней уретры 3 мм.

Цистоуретроскопия: на границе верхней и средней трети мочевого пузыря на боковой стенке слева имеется широкий (диаметром 1 см) округлый вход в дивертикул пузыря (размером 5×4 см) Последний выстлан неизменной слизистой. В теле и верхушке пузыря выраженная трабекулярность стенки. Обнаружен клапан задней уретры.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Нуждается ли больной в дополнительном обследовании? Если – да, то в каком?

3. Назначьте лечение. Какое лечение, помимо фармакотерапии, необходимо больному?
4. Каков прогноз заболевания?

Диагноз: Клапан задней уретры. Дивертикул мочевого пузыря. Вторичный обструктивный пиелонефрит, активность II-III, рецидивирующее течение.

Задача № 19

Девочка, 15-ти лет, предъявляет жалобы на острые боли в животе, локализующиеся в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку и поясничную область, тошноту и многократную рвоту съеденной пищей.

Боли в животе появились через 15 минут после завтрака (бутерброд с маслом, яйцо и кофе). Аналогичный приступ наблюдался 7 месяцев назад, был менее выражен и купировался в течение 30-40 минут после приема дротаверина.

Из наследственного анамнеза известно, что мать ребенка страдает желчнокаменной болезнью (проведена холецистэктомия), у отца – хронический гастрит, у бабушки по линии матери – хронический холецистит.

При осмотре: ребенок нормального питания, рост 160 см, вес 55 кг, кожа с легким желтушным оттенком, склеры субиктеричные. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, звучные. При пальпации живота отмечается умеренное напряжение мышц и болезненность в области правого подреберья. Печень выступает из-под края реберной дуги на 0,5 см. Край печени мягкий, умеренно болезненный. Определяются положительные симптомы Мерфи, Ортнера и Мюсси. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул (со слов) серого цвета, оформленный.

Клинический анализ крови: Нв – 130 г/л, эритроциты – $4,1 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,95, лейкоциты – 10×10^9 /л, п/я – 7%, с/я – 63%, лимфоциты – 24%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, СОЭ – 16 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, прозрачность - полная, рН – 6,5, плотность – 1025, белок - *abs*, сахар - *abs*, лейкоциты – 2-3 в п/зр, эритроциты – нет, желчные пигменты +++.

Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, альбумины - 55%, глобулины: α_1 – 3%, α_2 – 12%, β – 12%, γ – 18%, холестерин 6,9 ммоль/л АЛАТ – 50 ед/л, АсАТ – 60 ед/л, ЩФ – 180 ед/л (норма до 140), амилаза – 90 ед/л (норма до 120), билирубин – 40 мкмоль/л, прямой – 28 мкмоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: печень – не увеличена, контуры ровные, паренхима однородная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, воротная вена не изменена; желчный пузырь – обычной формы, толщина стенок до 4 мм (норма – до 2 мм), в области шейки обнаружено гиперэхогенное образование размером 8x10 мм, дающее акустическую тень; поджелудочная железа – паренхима эхогеннооднородная, головка – 19 мм (N – до 18 мм), тело – 15 мм (N – до 15 мм), хвост – 20 мм (N – до 18 мм). Селезенка не увеличена, паренхима однородная.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику, укажите дифференциально-диагностические критерии?
3. Каковы современные представления об этиологии и патогенезе заболевания?
4. Назначьте терапию данному больному.
5. Перечислите возможные осложнения заболевания.

Диагноз: Желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, обострение.

Задача № 20

Мальчик 7 лет, заболел остро, когда утром после пробуждения отметили подъем температуры до 39,0°C, головную боль, сухой болезненный кашель.

Из анамнеза: накануне ребенок переохладился в ожидании транспорта на остановке.

Привит с нарушением графика, в связи с частыми респираторными инфекциями (ОРВИ – 6 раз в год и более).

При осмотре на дому: состояние тяжелое, жалобы на головную боль, сухой болезненный кашель. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа. Кожные покровы влажные, бледные, с «мраморным» рисунком. Видимые слизистые оболочки чистые, носовые ходы свободные. Задняя стенка глотки, небные дужки гиперемированы. Грудная клетка вздута, правая половина отстаёт в дыхании. ЧД – 36 в 1 минуту. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание над областью притупления ослабленное, выслушивается крепитация, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны, шумов нет, ЧСС 110 ударов в 1 минуту. SpO₂ = 88%. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание (со слов) в норме.

Клинический анализ крови: Hb - 105 г/л, эритроциты – 3,8x10¹²/л, лейкоциты – 18,6x10⁹/л, п/я – 10%, с/я – 61%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 23%, моноциты – 5%, СОЭ – 38 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность – 1024, белок – abs, эпителий – ед. плоский, лейкоциты - 1-2 в п/зр., эритроциты – abs/.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, альбумины – 58%, глобулины: α₁ – 3%, α₂ – 13%, β – 8%, γ – 18%, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 4,2 ммоль/л, СРБ – ++.

Рентгенография органов грудной клетки: на рентгенограммах грудной клетки в прямой и боковой проекциях нижней доли правого легкого, на уровне 8 и 9 сегментов, определяется инфильтративное затемнение с объемным уменьшением доли. Корни неструктурны, расширены. Синусы свободны.

Задание:

1. Поставьте диагноз и предположите возможную этиологию заболевания.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение.
4. Какие могут быть осложнения заболевания?
5. Можно ли лечить ребенка в амбулаторных условиях?
6. Как долго необходимо наблюдать ребенка в поликлинике после выздоровления?

Диагноз: Внебольничная правосторонняя полисегментарная пневмония, тяжелая. ДН II степени. Анемия легкой степени.

Задача № 21

Мальчик 5-ти лет поступил в стационар с жалобами на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.

Из анамнеза: Ребенок от I нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3250 г, длина 50 см. С 4-х месяцев на искусственном вскармливании. С 5-ти месяцев диагностирован атопический дерматит. До 2-х лет рос и развивался соответственно возрасту. После поступления в ясли стал часто болеть респираторными заболеваниями (6-8 раз в год). ОРВИ сопровождались навязчивым кашлем, умеренной одышкой, сухими и влажными хрипами в легких. При рентгенологических исследованиях диагноз пневмонии не подтверждался. В 3 года во время ОРВИ возник приступ удушья, который купировался ингаляциями беродуала. В дальнейшем приступы затрудненного дыхания повторялись каждые 1-2 месяца, были связаны либо с ОРВИ, либо с употреблением в пищу шоколада, цитрусовых, рыбы.

Настоящее заболевание началось остро, у ребенка развился приступ удушья после приема в пищу рыбы. На фоне приема антигистаминных препаратов, состояние улучшилось. Через сутки, в связи с ухудшением состояния, ребенок был госпитализирован в стационар.

Семейный анамнез: у отца и деда по отцовской линии – бронхиальная астма, остальные члены семьи практически здоровы.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие. Экспираторная одышка. Сухой навязчивый кашель. Носовое дыхание умеренно затруднено, отделяемого нет. Слизистая оболочка зева слегка гиперемирована, рыхлая, по задней стенке глотки – густая слизь. Лимфоузлы не увеличены. ЧД – 30 в 1 минуту. Грудная клетка цилиндрической формы, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Аускультативно – дыхание ослабленное везикулярное, проводится во все отделы, выдох удлиннен, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС 92 удара в 1 минуту. По остальным органам и системам – возрастная норма.

Клинический анализ крови: Hb - 120 г/л, эритроциты – $4,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $4,8 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с/я – 51%, лимфоциты – 33%, эозинофилы – 8%, моноциты – 5%, СОЭ – 5 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, прозрачность - полная, удельный вес - 1018, лейкоциты - 2-3 в п/зр, эритроциты - abs.

Рентгенограмма грудной клетки: отмечается вздутие легочной ткани с обеих сторон, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, обеднение на периферии. Очаговых теней нет.

Консультация отоларинголога: аденоиды II-III степени.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какие различия патогенеза обструктивного синдрома у детей раннего и старшего возраста.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? Какие изменения характерны при проведении спирометрии?
4. Опишите этапное лечение заболевания.
5. Какой протокол наблюдения ребенка в поликлинике?

Диагноз: Бронхиальная астма, atopическая форма, легкое персистирующее течение, период обострения. Аденоиды II-III степени.

Задача № 22

Девочка 10-ти лет, в течение года предъявляет жалобы на боли в животе, в околопупочной области и правом подреберье, через 20-30 минут после приёма обильной или жирной пищи, беспокоят тошнота, горечь во рту, изредка отмечается осветлённый стул. Жалобы появились 1 год назад после перенесённой кишечной инфекции (повышение температуры, рвота, боли в животе, жидкий стул). Ребёнок питается нерегулярно, так как имеет дополнительные учебные нагрузки (занятия в музыкальной школе и хореографической студии).

Семейный анамнез: у матери – гастрит, отец – здоров. У бабушки по материнской линии – желчнокаменная болезнь.

При осмотре: рост – 141 см, масса – 34 кг. Кожные покровы бледно-розовые, краевая субиктеричность склер. Язык влажный, обложен белым налётом. В лёгких дыхание проводится во все отделы лёгких, везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны звучные, ритмичные, ЧСС – 84 уд/мин. Живот слегка вздут, болезненный при пальпации в эпигастрии, точке проекции желчного пузыря. Пузырные симптомы (Кера, Ортнера, Мэрфи) - положительные. Отмечается болезненность при пальпации в точке Мейо-Робсона, зоне Шоффара. Печень выступает на 1см из-под края реберной дуги, край печени мягкоэластичной консистенции. Селезёнка не пальпируется. Стул (со слов) неустойчивый, 1-2 р/сут, окрашен.

Анализ крови клинический: Нв – 134 г/л, эритроциты – $4,3 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,93, лейкоциты – $13,2 \times 10^9$ /л, п/я – 7%, с/я – 65%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 23%, моноциты – 3%, СОЭ – 15 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-жёлтый, прозрачная, относительная плотность – 1016, рН – 5,5, белок - abs, сахар - abs, желчные пигменты - abs, лейкоциты – 2-3 в п/зр, эритроциты - abs, слизь – немного.

Биохимический анализ крови: общий белок – 70 г/л, альбумины – 40 %, билирубин общий – 18 мкмоль/л, связанный – 3 мкмоль/л, АлАт – 30 ед/л, АсАт – 28 ед/л, ЩФ – 720 ед/л (норма – до 600), амилаза – 170 ед/л (норма – до 120), γ ГТП – 48 ед/л (норма до 32), СРБ - положит.

УЗИ брюшной полости: печень незначительно увеличена правая доля, уплотнены внутripечёночные желчные протоки. Желчный пузырь грушевидной формы 70x45 мм, стенки утолщены до 3-4 мм, слоистые, внутренние контуры неровные, в полости густая взвесь, общий пузырный проток расширен до 5-6 мм, стенки утолщены. Поджелудочная железа: размеры – голова 20 мм, тело 14 мм, область хвоста не визуализируется, стенки сосудов уплотнены, эхогенность нормальная, паренхима не уплотнена.

Анализ кала на эластазу-1: 150 мкг/г (норма более 200 мкг/г).

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте основной и сопутствующий диагноз.
2. Оцените результаты лабораторно-инструментальных методов исследования.
3. Перечислите основные причины данного заболевания. Что является провоцирующим фактором для развития болевого абдоминального синдрома?
4. Что такое симптомы Кера, Ортнера, Мэрфи?
5. Назначьте лечение.

***Диагноз:** Хронический холецистит, хронический холангит, стадия обострения.
Хронический панкреатит, латентная форма.*
