

ЗАДАЧА 1

Мать с мальчиком Георгием Ф., 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 смесь «Агуша-1». Профилактика рахита проводилась масляным раствором витамина Д₂, с 2-х месяцев в течение 1,5 месяцев нерегулярно. В 3 месяца сделана первая вакцинация АКДС + ОПВ, 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, пальпируются рёберные «чётки». 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. Перечислите факторы, которые могли привести к данному состоянию.
3. Оцените физическое развитие ребёнка.
4. Что такое гиперплазия остеоидной ткани? В каком возрасте данный синдром является ведущим в клинике?
5. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
6. Укажите возрастные сроки клинической манифестации почечного тубулярного ацидоза.
7. Можно ли проводить вакцинацию данному ребёнку?
8. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 1

Диагноз: Рахит II, острое течение.

ЗАДАЧА 2

Девочка З., 1 год, поступила в клинику по направлению участкового педиатра.

Анамнез: девочка от I нормально протекавшей беременности, срочных родов. При рождении масса тела 3300 г, длина 51 см. С 2-недельного возраста переведена на искусственное вскармливание частично-адаптированной смесью. С 4 до 11 месяцев девочка находилась у бабушки в деревне, где вскармливалась кашами на козьем молоке, собственными овощами, ягодами и соками, мясо не ела («отказывалась», со слов бабушки). В деревне врачами не наблюдалась, профилактические прививки не проводились. В последнее время стала вялой и капризной, снизился аппетит, периодически ела землю. Бабушка вызвала мать, которая увезла ребенка в Москву для обследования. При обследовании было обнаружено снижение уровня Hb (72 г/л) и цветового показателя (0,68). Мать госпитализировала ребенка только через 2 недели после рекомендации педиатра.

При поступлении: состояние девочки тяжелое, вялая, раздражительная. Обращает на себя внимание выраженная бледность кожи и видимых слизистых. В углах рта «заеды». Склеры светлые. Периферические лимфатические узлы до 0,4 см в диаметре, безболезненные. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, на верхушке сердца выслушивается систолический шум мягкого тембра. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2,0 см ниже реберного края. Селезенка у края подреберья. Моча и стул обычной окраски. Психомоторное развитие соответствует возрасту 9 - 10 мес.

Клинический анализ крови: Hb – 55 г/л, эр. – $3,35 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,54; Ht 20,5% (возрастная норма 33-39), MCV 61,2 фл (возрастная норма 72-84), MCH 16,4 пг (возрастная норма 23-31), MCHC 268 г/л (возрастная норма 300-360), RDW 21% (норма 12-15), ретикулоциты – 1,1%, лейкоц. – $7,2 \times 10^9/л$, п/я – 2%, с/я – 20%, л. – 66%, э. – 4%, м. – 8%, СОЭ – 25 мм/час. Выражены анизо-, пойкило-, микроцитоз эритроцитов.

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, билирубин общий – 12,5 мкмоль/л, прямой билирубин – 2,5 мкмоль/л, ферритин – 4,7 мкг/л (N=60-200), сывороточное железо – 3,1 мкмоль/л (N=10,4-21,5), ОЖСС – 103,9 мкмоль/л (N=40-70), свободный Hb – нет (N – нет).

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1,010, белок – нет, эпителий плоский – немного, лейкоц. – 0–1 в п/зр., эр – нет, слизь – немного.

Анализ кала на скрытую кровь: отр. (тремякратно).

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Необходимо ли дополнительное обследование для уточнения диагноза?
3. Какие биохимические показатели являются верификационными критериями данного заболевания?
4. Перечислите причины, которые способствовали развитию заболевания у данного ребенка.
5. Какие органы и ткани наиболее чувствительны к гипоксии?
6. Каковы механизмы развития систолического шума?
7. С чем связана задержка психомоторного развития ребенка?
8. Назначьте лечение.
9. Нуждается ли данный ребенок в переливании крови или ее компонентов?
10. Назовите лекарственные средства, которые наиболее предпочтительны в данной клинической ситуации, и путь их введения.
11. В течение какого времени проводится диспансерное наблюдение за детьми с данным заболеванием?

ЗАДАЧА 2

Диагноз: Железодефицитная анемия III степени тяжести.

ЗАДАЧА 3

Оля И., 1 года 4 месяцев, поступила в клинику с жалобами матери на снижение аппетита у ребенка, вялость, извращение вкуса (лизет стены, ест мел).

Анамнез: ребенок от I беременности, протекавшей с анемией в III триместре (лечение не проводилось). Роды срочные. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. Грудное вскармливание до 3,5 месяцев, затем искусственное частично-адаптированной смесью. Прикорм: с 5 месяцев – каши на коровьем молоке и творог, с 9 месяцев – овощное пюре, с 11 месяцев – мясное пюре (ела плохо). В возрасте 1 года девочку отправили за город, где она получала каши на коровьем молоке, творог, фрукты, овощи, от мяса отказывалась. За 3 месяца пребывания в деревне дважды перенесла ОРВИ. После возвращения в Москву в анализе крови выявлено снижение уровня Hb (81 г/л), ускорение СОЭ (15 мм/час).

При поступлении: состояние средней тяжести, капризная, кожа и видимые слизистые бледные, чистые. Волосы тусклые, ломкие. Периферические лимфатические узлы до 0,5 см в диаметре, безболезненные. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, на верхушке выслушивается короткий систолический шум. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2,5 см из-под реберного края. Селезенка у реберного края. Моча и стул обычной окраски. Говорит отдельные слова.

Общий анализ крови: Hb – 81 г/л, эр. – $5,18 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,47; Ht 27,7% (возрастная норма 33-39), MCV 53,5 фл (возрастная норма 72-84), MCH 15,4 пг (возрастная норма 23-31), MCHC 289 г/л (возрастная норма 300-360), RDW 22,2% (норма 12-15), ретикулоциты – 1,9%, лейкоц. – $7,2 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 22%, л. – 64%, э. – 4%, м. – 8%, СОЭ – 15 мм/час. Анизо-, микроцитоз эритроцитов.

Биохимический анализ крови: белок – 68 г/л, билирубин общий – 18,2 мкмоль/л, ферритин – 7,5 мкг/л (N - 60–200), железо – 5,3 мкмоль/л (N - 10,4–21,5), общая железосвязывающая способность – 98,9 мкмоль/л (N - 40-70), свободный Hb – нет (N – нет).

Общий анализ мочи: отн. пл. – 1,012, белок – нет, эпителий плоский – немного, лейкоц. – 0–1 в п/зр, эр. – нет, цилиндры – нет, слизь – немного.

Анализ кала на скрытую кровь: отр. (троекратно).

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Необходимо ли дополнительное обследование для уточнения диагноза?
3. Какие биохимические показатели являются верификационными критериями данного заболевания?
4. Какие причины способствовали развитию заболевания у данного ребенка?
5. Какие органы и ткани наиболее чувствительны к гипоксии?
6. Каковы механизмы развития систолического шума?
7. Назначьте лечение.
8. Назовите лекарственные средства, которые наиболее предпочтительны в данной клинической ситуации, и путь их введения.
9. Какова продолжительность терапии основного заболевания?
10. В течение какого времени проводится диспансерное наблюдение за детьми с данным заболеванием?

ЗАДАЧА 3

Диагноз: Железодефицитная анемия II степени.

ЗАДАЧА 4

Девочка 5-ти месяцев, от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. Роды и период новорожденности без особенностей. С 1,5 мес. на искусственном вскармливании. У матери - пищевая и лекарственная аллергия. В 3 месяца перенесла ОРИ, получала симптоматическое лечение.

Настоящее заболевание началось остро с подъёма температуры до фебрильных цифр, появился непродуктивный кашель, одышка с затруднённым свистящим дыханием.

При осмотре состояние тяжелое. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа. Температура тела 38,6°C. Кожные покровы бледные, периоральный цианоз. Дыхание через нос умеренно затруднено, скудное слизистое отделяемое из носовых ходов. Задняя стенка глотки, дужки миндалин гиперемированы. Пальпируются подчелюстные и паховые лимфоузлы обычной консистенции и размеров. ЧД 60 в 1 мин. Sat O₂ 90%. Над легкими: перкуторно – звук легочный с коробочным оттенком; аускультативно - дыхание проводится во все отделы, жесткое, большое количество крепитирующих хрипов над всей поверхностью легких. Границы сердца: в пределах возрастной нормы. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС 140 уд. в 1 мин. Живот доступен глубокой пальпации. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. Стул 2 раза, кашицеобразный, желтый, без патологических примесей.

Клинический анализ крови: Hb - 121 г/л, эритроциты – 4,3 x10¹²/л, лейкоциты – 6,2x 10⁹/л, п/я -1%, с/я – 28%, э.– 1%, м.- 6%, л. – 64%, СОЭ – 15 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: отмечается повышенная прозрачность легочных полей, особенно на периферии, низкое стояние диафрагмы.

ЗАДАНИЕ:

1. Обоснуйте предварительный диагноз
2. Какова этиология заболевания?
3. Проведите дифференциальный диагноз
4. Каковы принципы лечения?
5. Целесообразно ли назначение глюкокортикоидов при данном заболевании?
6. Можно ли лечить ребенка на дому?

ЗАДАЧА 4

Диагноз: Острый бронхолит, ДН II степени.

ЗАДАЧА 5

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, 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 – 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. Оцените данные лабораторных методов обследования.
5. Оцените массо-ростовые показатели при рождении и на момент осмотра.
6. Нуждается ли ребенок в коррекции питания? Дайте рекомендации по питанию.

7. Какова тактика лечения этого заболевания?
8. Что будет являться критериями эффективности лечения?
Перечислите клинические и лабораторные критерии.
9. Что такое проба мочи по Сулковичу и для чего она проводится?
10. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?
11. С какими группами заболеваний необходимо проводить дифференциальный диагноз?

ЗАДАЧА 5

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

ЗАДАЧА 6

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 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 – 105 г/л, эр – $3,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоц – $8,2 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 28%, э. – 2%, л. – 60%, м. – 8%, СОЭ – 7 мм/час.

Общий анализ мочи: белок - нет, лейкоц – 1 - 2 в п/зр, эр – 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?

ЗАДАЧА 6

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

Сопутствующий: Анемия железодефицитная, легкой степени тяжести.

ЗАДАЧА 7

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 кисломолочной смесью (Агуша-1), 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 32 в 1 мин

. Тоны сердца звучные, ЧСС 140 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, Эр – $4,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $10,4 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 24%, э. – 3%, л. – 62%, м. – 7%, СОЭ – 8 мм/час

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

ЗАДАЧА 7

Диагноз: Спазмофилия, приступ гипокальциемических афебрильных судорог. Рахит II степени, период разгара, подострое течение. Острая респираторная инфекция (?). Паратрофия 2 степени (долженствующая масса = 8300 г, долженствующий рост = 69 см).

ЗАДАЧА 8

Мальчик, 6 месяцев, госпитализирован в отделение аллергологии-иммунологии детской городской клинической больницы с жалобами при поступлении на кожные высыпания и зуд, запоры.

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. 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) состояние ребенка ухудшилось: стал раздражительным, капризным, ухудшился сон, на коже появились участки сухости, гиперемии. Генеалогический анамнез: папа и мама ребенка, бабушка со стороны мамы страдают бронхиальной астмой, поллинозом.

Цель настоящей госпитализации: обследование и лечение ребенка.

При обследовании: Состояние средней тяжести. Беспокоен при осмотре. Масса тела – 7200 г, длина – 68 см. Appetit сохранен. Кожные покровы – бледно-розовые, отмечаются симметричные ограниченные участки сухости, шелушения, гиперемии, инфильтрации, единичные папулы на коже лица, в области верхних и нижних конечностей. Зуд и лихенизация выражены слабо. Видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Периферические лимфатические узлы единичные, безболезненные, подвижные. Суставы не изменены, движения в полном объеме. Носовое дыхание свободное. ЧД– 30 в 1 мин. ЧСС– 122 уд. в 1 мин. Границы легких в пределах возрастной нормы, при перкуссии – над легкими ясный, легочный звук, аускультативно – дыхание пуэрильное. Слизистые полости рта чистые, язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень – у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочится достаточно. Стул ежедневный, до одного – трех раз в сутки, без патологических примесей.

Клинический анализ крови: Hb – 116 г/л, эр. – $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $8,0 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 22%, э. – 5%, л. – 64%, м. – 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 Е – 70 МЕ (норма – 0-15 МЕ)

Уровень специфических иммуноглобулинов E – средний (Immuposar, 3,2 кЕgA/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?

ЗАДАЧА 8

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

ЗАДАЧА 9

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 (смесь «НАН 1»). 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 искусственных смесей («Фрисолак 1», «Нутрилон 1», «Нутрилак 1», «НАН ГА 1» и др.), на фоне чего кожные изменения постепенно распространились на ягодицы, верхние и нижние конечности, туловище; усилился зуд. Применение наружных средств («болтушки» на основе цинка, крем F99, крем «Фенистил») и препарата Диметинден (Dimetindene) внутрь давало кратковременный эффект. 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.

Мать ребенка страдает нейродермитом, у отца – бронхиальная астма.

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

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 – 114 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 разжиженный, желто-зеленого цвета, с неперевааренными комочками и слизью.

Клинический анализ крови: Hb – 101 г/л, эр. – $4,0 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,75, лейкоц. – $11,2 \times 10^9$ /л, п/я – 7%, с/я – 33%, э. – 9%, л. – 41%, м. – 10%, СОЭ – 12 мм/час.

Биохимический анализ крови:

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)

Белок куриного яйца - 0,45 МЕ/мл (I класс - низкий)

Анализ кала на кишечную группу: отрицательный.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте Ваш диагноз.
2. Обоснуйте диагноз
3. Перечислите основные патогенетические механизмы развития заболевания.
4. Можно ли на основании анамнеза и представленных результатов обследования подтвердить диагноз?
5. Если это необходимо, наметьте план дальнейшего обследования.
6. Какие инструментальные и лабораторные методы обследования могут применяться и с какой целью?
7. Назовите ошибки ведения пациента.
8. Назначьте лечение.
9. Наметьте план ведения ребенка на следующие 6 месяцев.

ЗАДАЧА 9

Диагноз: Атопический дерматит, диффузный, младенческая форма, период обострения. Пищевая аллергия к белку коровьего молока, IgE-опосредованная форма. Сопутствующий: Железодефицитная анемия I степени тяжести.