ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет

имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**УТВЕРЖДАЮ**

Проректор по учебной работе

д.м.н., доц.

И. А. Соловьева \_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

**Перечень ситуационных задач к экзамену по дисциплине «Факультетская педиатрия, эндокринология» для специальности** **31.05.02 - Педиатрия**

**Задача 1.**

Мальчик 1,5 лет поступил в отделение с жалобами на припухлость и резкую болезненность при движении в области правого коленного сустава в течение 2 дней.

Ребѐнок второй в семье, старшая дочь – здорова. Дядя по линии матери страдает повышенной кровоточивостью (межмышечные гематомы, гемартрозы, кровотечения из ран). Мальчик 2 дня назад упал, после чего появилась припухлость и резкая болезненность при движении в области правого коленного сустава.

Из анамнеза жизни известно: ребѐнок от второй беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания 1 половины, вторых родов. Роды в срок, самостоятельные, масса при рождении 3250 г, длина тела - 52 см. Закричал сразу, к груди приложен в родзале, сосал активно, не срыгивал. Выписан из роддома на 5 сутки с чистой кожей, из пупочной ранки необильное кровянистое отделяемое в течение 2- недель. На грудном вскармливании до года. Прикормы введены в срок. Привит по возрасту, в местах внутримышечного введения вакцин отмечались небольшие гематомы. В 11 месяцев сел на игрушку, после чего в области ягодицы появилась обширная гематома, которую по рекомендации врача-педиатра участкового смазывали гепариновой мазью.

Объективно: мальчик возбуждѐн, негативен при осмотре, занимает вынужденное положение. Телосложение правильное, удовлетворительного питания. Рост 79 см, вес 11 кг. Кожа бледная, на нижних конечностях различной степени давности гематомы до 3 см в диаметре. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно, распределен равномерно. Правый коленный сустав увеличен в объѐме, кожа над ним блестит, горячая на ощупь, движения невозможны из-за резкой болезненности. Дыхание через нос свободное, отделяемого нет. Аускультативно пуэрильное дыхание, хрипов нет. Область сердца внешне не изменена. АД 80/50 мм рт. ст. Гемодинамика стабильная. Живот правильной конфигурации, равномерно участвует в акте дыхания. При поверхностной и глубокой пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 1 см вступает из-под края рѐберной дуги, край гладкий, эластичный. Селезѐнка не пальпируется. Стул 1 раз в сутки, оформленный, без патологических примесей. Дизурических расстройств нет. Моча – жѐлтая.

Общий анализ крови:

RBC - 4,2×1012/л, Hb - 111 г/л, Ret - 8 ‰, PLT - 300×109/л, WBC – 6,3×109/л, NEUT-30%, EO - 1%, LYM - 63%, МON - 7%, СОЭ - 8 мм/час.

Длительность кровотечения - 4 минуты.

Время свертывания: начало – 7 минут, конец – 13 минуты.

Коагулограмма: АЧТВ - 63 секунд, фибриноген – 2,4 г/л, ПТИ - 92%, протромбиновое время — 12 с, фактор Виллебранда — 90%, VIII фактор - 3%, IX фактор – 73%

**Вопросы:**

1. Определите тип кровоточивости у больного. Что характерно для данного типа кровоточивости.

2. Сформулируйте клинический диагноз

3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

4. Ваша лечебная тактика.

5. Показано ли данному пациенту профилактическое лечение? Обоснуйте свой ответ.

**Задача 2.**

Мама с ребѐнком 5 лет обратились к врачу-педиатру участковому в связи с травмой коленного сустава. Жалобы на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда.

Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них. Все вышеперечисленные травмы требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

У младшего брата 6 месяцев также отмечаются длительные носовые кровотечения.

При осмотре состояние ребѐнка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, на лбу крупные экстравазаты. Правый коленный сустав увеличен в объѐме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объѐма как следствие травмы, перенесѐнной в 4-летнем возрасте.

Общий анализ крови: гемоглобин - 100 г/л, эритроциты - 3,0×1012/л, ретикулоциты - 3%, тромбоциты - 300×109/л, лейкоциты - 8,З×109/л, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 22%, моноциты - 9%, СОЭ - 12 мм/час. Длительность кровотечения по Дьюку - 2 минуты 30 секунд. Время свертывания крови по Ли-Уайту более 15 минут.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

4. Какая терапия должна быть назначена?

5. Почему боль в суставе возникла только через 2 часа после травмы?

**Задача 3.**

Мальчик 6 месяцев поступил в детское гематологическое отделение с жалобами матери на «синяки», увеличение в объѐме правого локтевого сустава.

Анамнез жизни: ребѐнок от второй беременности, вторых родов. Вес при рождении 3800 г, рост 53 см. Вскармливание грудное, прикорм введѐн в 5 месяцев – овощное пюре. Голову держит с 1,5 месяцев. Прививки выполнены по графику.

Старший брат здоров.

Наследственность отягощена по материнской линии: у брата матери частые гемартрозы в детстве, приведшие к инвалидности.

Анамнез заболевания: мама заметила появление большого количества синяков на животе у ребѐнка после нахождения в ходунках. После проведения венепункции у мальчика появилось увеличение в объѐме правого локтевого сустава.

Общее состояние ребѐнка средней тяжести. На осмотр реагирует адекватно. Достаточного питания. Кожные покровы бледные, на животе большое количество синяков разной степени давности. Видимые слизистые чистые, розовые. Большой родничок 1×1,5 см. Лимфатические узлы не пальпируются. Правый локтевой сустав отѐчный, увеличен в объѐме, движения в суставе ограничены, над суставом обширная гематома. Остальные суставы без особенностей. Дыхание в лѐгких пуэрильное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Моча светлая, мочеиспускание свободное. Стул регулярный.

В коагулограмме: АПТВ – 86,5 секунд, протромбиновое время – 16,8 секунд, МНО – 1,17, фибриноген – 2,22 г/л, тромбиновое время – 11,5 секунд, β-фибриноген – отрицательно, этаноловый тест – отрицательно, фактор XIII – 25%, фактор VIII – 1%, фибринолитическая активность – 9 минут 30 секунд, агрегация тромбоцитов с ристоцетином 1 мг/мл – 99 % (N – 87–102 %), c АДФ 10 мкмоль/л – 74 % (N – 71–88 %).

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какая терапия показана ребѐнку? Обоснуйте свой выбор.

4. Показания к назначению профилактической терапии при данном заболевании. Схема проведения профилактической терапии.

5. Какие рекомендации по уходу и воспитанию Вы дадите родителям (опекунам) больного ребѐнка?

**Задача 4.**

Мальчик А. 8 лет поступил в отделение больницы с жалобами, со слов матери, на боли и ограничение движений в левом коленном суставе, которые появились через несколько часов после ушиба.

Из анамнеза известно, что дядя и дед ребѐнка по материнской линии страдают длительными наружными кровотечениями, имеют поражение крупных суставов.

На первом году жизни у ребѐнка появились кровоподтеки и уплотнением на теле после ушибов, однократно кровотечение при прорезывании зуба, длительное кровотечение после травмы нижней губы. В возрасте 6 лет наблюдалось кровоизлияние в правый голеностопный сустав, затем в левый локтевой. Все перечисленные кровотечения требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

При осмотре состояние ребѐнкатяжѐлое. Жалуется на боль в левом коленном суставе, движения болезненны, на ногу ступать не может. Кожа бледная, многочисленные гематомы от 1 до 4 см в диаметре разных сроков давности. Левый коленный сустав увеличен в окружности на 2 см по сравнению с правым, горячий на ощупь, болезненный при пальпации, движения в нѐм ограничены. Левый локтевой сустав в окружности увеличен на 2 см, кожная температура не изменена, движения в нѐм ограничены. Масса мышц левого плеча уменьшена на 1 см по сравнению с правым.

В общем анализе крови: Hb – 94 г/л, эритроциты – 3,7×1012/л, цветовой показатель – 0,77, ретикулоциты – 2,5%, тромбоциты – 230×109/л, лейкоциты – 9,0х109/л, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 61%, эозонофилы – 1%, лимфоциты – 27%, моноциты – 6%, СОЭ – 14 мм/час.

В общем анализе мочи: цвет соломенно-жѐлтый, относительная плотность – 1029, белок – нет, рН – 6,0, эпителий плоский – единичные клетки в поле зрения, лейкоциты – 4–5 в поле зрения, эритроциты – неизменные единичные в поле зрения, цилиндры – нет, слизь, бактерии – нет.

**Вопросы:**

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. На что следует обратить внимание при сборе анамнеза жизни?

3. Почему боль в суставе возникла только через несколько часов после ушиба?

4. Какое исследование необходимо провести для подтверждения диагноза?

5. Назначьте лечение больному.

**Задача 5.**

Больной К. 4 лет 8 месяцев осмотрен врачом-педиатром участковым по поводу гипертермии и болей в животе.

Из анамнеза известно, что мальчик заболел накануне, когда на фоне полного здоровья вдруг повысилась температура до 39,4°С. Мама отметила резкое ухудшение общего состояния ребѐнка, появление болезненного кашля с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Ребѐнок стал жаловаться на появление боли в правом боку. Ночь провел беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Утром мама вызвала неотложную помощь.

При осмотре врач обратил внимание на заторможенность мальчика, бледность кожных покровов с выраженным румянцем щѐк (особенно справа), бледность ногтевых лож, одышку в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребѐнок лежал на правом боку с согнутыми ногами. Наблюдалось отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого лѐгкого. Отмечалось укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого лѐгкого по задней поверхности. Над всей поверхностью левого лѐгкогоперкуторный звук имел коробочный оттенок. Хрипы не выслушивались. ЧДД - 42 в минуту.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 134 г/л, эритроциты - 4,8×1012/л, лейкоциты - 16,2×109/л, юные нейтрофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 64%, лимфоциты - 24%, моноциты - 2%, СОЭ - 42 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: выявляется инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого лѐгкого, повышение прозрачности лѐгочных полей слева.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. О какой этиологии заболевания следует думать в первую очередь в описанном клиническом случае?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какой препарат выбора, доза и режим антибактериальной терапии Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.

5. Определите комплекс мероприятий по неспецифической и специфической профилактике данного заболевания у детей.

**Задача 6.**

В детскую поликлинику в отделение оказания неотложной педиатрии поступил вызов: у мальчика 3,5 лет появилось затруднѐнное дыхание, сильный нарастающий кашель.

При посещении ребѐнка на дому дежурным врачом-педиатром отделения было выяснено, что данные признаки появились внезапно на фоне нормальной температуры тела с появления сухого приступообразного кашля и затем затруднения дыхания.

Из анамнеза заболевания установлено следующее: на 2 и 3 году жизни ребѐнок до 3 раз в год переносил острый обструктивный бронхит, по поводу чего лечение проводилось в стационаре. За последний год приступы удушья возникают ежемесячно, провоцируются физической нагрузкой и затем самостоятельно купируются. Связь с приѐмом аллергенных пищевых продуктов отчѐтливо не прослеживается. Данное состояние развернулось в период цветения растений.

Наследственный анамнез: у матери мальчика хроническая экзема.

Объективно: состояние тяжѐлое. Температура тела 36,6 °С. Бледность, лѐгкий цианоз носогубного треугольника. Слышны дистантные хрипы, дыхание через нос затруднено, одышка с удлинѐнным выдохом до 40 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры. Кожа бледная, слизистые чистые. Перкуторно над лѐгкими – коробочный звук. Аускультативно дыхание в лѐгких ослаблено диффузно, рассеянные сухие свистящие хрипы, преимущественно на выдохе. Тоны сердца ритмичные, средней громкости. ЧСС – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень увеличена на 1 см.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Тактика и обоснование действий врача-педиатра отделения неотложной помощи в данной клинической ситуации. Перечислите спектр и цель дополнительных методов исследования у пациента.

4. Назовите виды медикаментозной терапии купирования синдрома бронхиальной обструкции на госпитальном этапе для данного пациента и критерии эффективности терапии.

5. Через неделю ребѐнок был выписан из стационара. Какова тактика врача-педиатра участкового по дальнейшему наблюдению ребѐнка на педиатрическом участке?

**Задача 7.**

Девочка 1 года 9 месяцев поступила с жалобами на одышку, лихорадку, плохой аппетит, вялость.

Из анамнеза известно, что ребѐнок домашний, из хороших социальных условий. Больна в течение недели, начало заболевания острое, с кашля, насморка, гиперемии зева, повышения температуры до 38,5 °С. Получала дома Парацетамол, на фоне которого температура снизилась до субфебрильных цифр. Вчера состояние больной вновь ухудшилось – усилился кашель, отказалась от еды, температура поднялась до 39,4 °С, появилась одышка.

Объективно: состояние девочки тяжѐлое, отказывается от еды, пьѐт неохотно, температура тела – 39,3 °С, негативная, вялая, одышка смешанная до 60 в минут, с участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Кожные покровы розовые, руки и ноги горячие, влажные, цианоз носогубного треугольника. Крылья носа напряжены. При перкуссии в лѐгких справа ниже угла лопатки определяется укорочение перкуторного звука. Аускультативно в данной области – ослабленное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 158 в минуту. Печень выступает из-под края рѐберной дуги на 1 см.

В клиническом анализе крови:

эритроциты 4,8×1012/л, гемоглобин - 132 г/л, ретикулоциты - 10‰, тромбоциты – 48,8×109/л, лейкоциты 17,5 х 109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 9%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 21%, моноциты – 4%, СОЭ 28 мм/ч.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Назначьте стартовый антибиотик и обоснуйте свой выбор.

5. Укажите критерии неэффективности антибактериальной терапии.

**Задача 8.**

Во время профилактического осмотра ребѐнка 1 года жизни врач-педиатр участковый обратила внимание на бледность кожных покровов и слизистых оболочек. При сборе анамнеза стало известно: мать – студентка 19 лет; ребѐнок быстро утомляется, раздражителен, не активен, мама отмечает потерю аппетита. На первом году жизни питание ребѐнка однообразное: молочная манная каша дважды в день, сладкое, картофельное пюре, молоко, из мясных продуктов курица 1–2 раза в неделю. Другие продукты предпочитают ему не давать. На таком питании отмечались высокие прибавки в весе. Гуляют редко.

Анамнез жизни: ребѐнок от первой беременности, протекавшей на фоне анемии лѐгкой степени тяжести, первых физиологических родов, искусственное вскармливание с 2 месяцев – смесь «Малютка 1», с 6 месяцев – цельное коровье молоко по причине материальных затруднений в семье, злаковый прикорм начали вводить с 5 месяцев, мясные продукты и овощи получает с 8 месяцев.

В настоящее время в сутки употребляет до 600 мл молока и кефира. На первом году мальчик 6 раз болел ОРВИ.

При осмотре: состояние у мальчика удовлетворительное. Рост 78 см, масса 12 кг. Бледность кожных покровов и видимых слизистых, ушных раковин, подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно, периферические лимфатические узлы не увеличены, мышечная гипотония. Отмечается истончение и ломкость ногтей и волос, заеды в углах рта. В лѐгких дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД – 30 в минуту. Со стороны сердца: тоны приглушены, выслушивается систолический шум, границы сердца не расширены. ЧСС – 128 ударов в минуту. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из подреберья. Стул регулярный 1 раз в день, оформленный, диурез достаточный.

При проведении общего анализа крови выявлено: Er – 3,5×1012/л, гемоглобин – 89 г/л, цветовой показатель – 0,76. В мазках: Er бледной окраски, микро-анизоцитоз.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назначьте лечение и обоснуйте его.

5. Через 3 недели приѐма лекарственного препарата Er – 4,0×1012/л, Hb – 118 г/л, ретикулоциты – 3%. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**Задача 9.**

Мальчик Саша 7 лет поступил в стационар по направлению врача-педиатра участкового с жалобами на головную боль, недомогание, изменение цвета мочи.

Из анамнеза известно, что ребѐнок от 1 беременности, протекавшей без осложнений, родился в срок с массой тела - 3200 г, длиной тела – 52 см, оценкой по Апгар 8/9 баллов. На грудном вскармливании до 1 года. Из перенесенных заболеваний – редко ОРВИ, после 5-летнего возраста – трижды лакунарные ангины, у матери - хронический тонзиллит. Три недели назад перенѐс лакунарную ангину, последнюю неделю посещал школу. В течение двух последних дней появились недомогание, головная боль, однократно было носовое кровотечение, стал редко мочиться.

При осмотре: выражена бледность кожных покровов, пастозность лица, голеней. Перкуторно над лѐгкимилѐгочной звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево на 1 см, 1 тон на верхушке ослаблен, тоны сердца учащены, приглушены, усилен 2-ой тон на аорте, АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, асцита нет. Печень, селезѐнка не увеличены. За сутки выделил 240 мл мочи.

Общий анализ крови: гемоглобин – 111 г/л, эритроциты – 4,2×1012/л, средний объѐм эритроцитов – 80 fl, среднее содержание гемоглобина в эритроцитах – 29 pg, средняя концентрация гемоглобина в эритроците – 32 g/l, анизоцитоз эритроцитов – 9,5%, тромбоциты - 368×109/л, средний объѐм тромбоцитов – 8,3 fl, ширина распределения тромбоцитов по объему – 12%, тромбокрит– 0,3%, лейкоциты – 8,9×109/л, нейтрофилы – 64%, лимфоциты – 22%,эозинофилы– 4%, моноциты – 8%, СОЭ- 25 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - бурый, прозрачность - мутная, рН – 6,0, плотность -1024, белок – 1,5 г/л, билирубин - NEG, уробилиноген - NORM, глюкоза – NEG, лейкоциты – 10 в поле зрения, эритроциты – сплошь покрывают все поля зрения, эпителиальные клетки – ед. в поле зрения, цилиндры CAST гиалиновые– 5-6 в поле зрения, цилиндры CAST – эритроцитарные - 10-15 в поле зрения.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Укажите наиболее вероятные результаты, подтверждающие Ваш диагноз.

 4. Составьте план медикаментозного лечения.

5. В каком случае данному больному показано проведение биопсии почек?

**Задача 10.**

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

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

При обследовании по cito: Общий анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – 4,3×1012/л, лейкоциты – 10,3×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 24%, моноциты – 6%, СОЭ – 20 мм/час.

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

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

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какое исследование необходимо провести для уточнения этиологического фактора?

4. Укажите основные группы лекарственных препаратов для лечения данного заболевания.

5. Укажите прогноз заболевания. Как долго может сохраняться микрогематурия при этом заболевании?

**Задача 11.**

Игорь М. 5 лет (рост 100 см, вес 20 кг) обратился к врачу-педиатру участковому на третий день заболевания с жалобами на отѐки в области лица и нижних конечностей. Появлению отѐков предшествовала ОРВИ.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 36,5 °С, ЧСС – 100 ударов в минуту, АД 105/60 мм рт. ст. Кожные покровы чистые, обычной окраски, тѐплые. Выражены отѐки мягких тканей лица, туловища и нижних конечностей. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные. Миндалины не выступают из-за края нѐбных дужек, не гиперемированы. Задняя стенка глотки не гиперемирована. Носовое дыхание свободное. Отделяемого из носовых ходов нет. Кашля нет. Аускультативно дыхание в лѐгких пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Печень выступает на 2 см ниже рѐберной дуги, селезѐнка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускания 5-8 раз в сутки по 150-200 мл, свободные. Стул – оформленный, регулярный (1 раз в день).

При обследовании: Общий анализ крови: эритроциты – 4×1012/л, гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты – 8,2×109/л, эозинофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 49%, лимфоциты – 43%, моноциты – 5%, СОЭ – 38 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 40 г/л, альбумины – 20 г/л, холестерин – 9,22 ммоль/л, мочевина – 5,2 ммоль/л, креатинин– 0,6 мг/%.

Суточная протеинурия – 2,4 грамма/м2/сутки.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

 3. Укажите препарат, способ дозирования и продолжительность для стандартной терапии этого заболевания.

4. Укажите основные осложнения стандартной терапии.

 5. Назовите классификацию заболевания в зависимости от ответа на стандартную терапию заболевания.

**Задача 12.**

Мальчик Д. 4 года с мамой обратились к врачу-нефрологу поликлиники с жалобами на повышение температуры тела, недомогание, слабость, снижение аппетита, периодические боли в животе.

При анализе амбулаторной карты выявлено, что в течение года у ребѐнка отмечались подъѐмы температуры тела до фебрильных цифр без явных катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей и лор-органов. Однако расценивались указанные симптомы как проявления ОРВИ, по поводу чего получал противовирусные препараты, жаропонижающие препараты, а также неоднократно короткие курсы пероральных антибактериальных средств. УЗИ почек на первом году жизни – без патологии. Анализы мочи в течение последнего года до настоящего обращения не исследовались.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 37,3 °С, ЧСС – 110 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт. ст. Кожные покровы чистые, обычной окраски, тѐплые. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные. Миндалины не выступают из-за края нѐбных дужек, не гиперемированы. Задняя стенка глотки не гиперемирована. Носовое дыхание свободное. Отделяемого из носовых ходов нет. Кашля нет. Аускультативно дыхание в лѐгких пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный слева. Мочеиспускания 4-5 раз в сутки по 150-200 мл, свободные, периодически отмечается беспокойство при мочеиспускании. Стул – оформленный, со склонностью к запорам (1 раз в 1-3 дня).

Результаты амбулаторного обследования: Общий анализ крови: эритроциты – 3,4×1012/л, гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты – 15,2×109/л, эозинофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 30 мм/час.

Общий анализ мочи: белок – 0,3 г/л, лейкоциты – 170-180 в поле зрения, эритроциты – 3-5 в поле зрения, реакция щелочная. По данным диагностической тест-полоски – бактериурия ++.

УЗИ почек выявило уплотнение стенок ЧЛС (чашечно-лоханочной системы), пиелоэктазия слева (лоханка 9 мм на наполненный мочевой пузырь, 14 мм – после микции).

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Укажите необходимое визуализирующее исследование для уточнения диагноза и определения тактики ведения (проводимое после достижения ремиссии заболевания).

 4. Антибактериальные препараты каких групп наиболее часто используются при этом заболевании?

5. Укажите препарат нитрофуранового ряда, который наиболее часто используется для длительной антимикробной профилактики рецидивов заболевания.

**Задача 13.**

На приѐме врача-педиатра участкового мать с девочкой 1 год 4 месяца. Мама предъявляет жалобы на появление отѐков у ребѐнка на лице, конечностях, редкие мочеиспускания.

При расспросе выявлено, что 2 недели назад девочка перенесла ОРВИ.

Из анамнеза жизни: девочка от первой беременности, протекавшей с токсикозом II половины. Родилась в срок, с массой тела 3600 г. Раннее развитие без особенностей, несколько раз болела ОРВИ. У матери – хронический тонзиллит. Наследственность по патологии органов мочевой системы не отягощена.

Объективно: состояние средней тяжести, бледная, выраженные отѐки на лице, конечностях, туловище. Масса тела – 14 кг, рост – 77 см. Температура тела – 37,5 °С. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 104 удара в минуту. АД – 115/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень выступает из-под края рѐберной дуги на 3,5см. Селезѐнка не увеличена. Диурез: выпито жидкости накануне – 300 мл, выделено мочи - 150 мл. Моча пенится.

ОАК (общий анализ крови): лейкоциты - 18,6×109/л, эритроциты - 4,43×1012/л, гемоглобин - 117 г/л, тромбоциты - 220,0×109/л, эозинофилы – 5%, нейтрофилы – 74%, лимфоциты – 17%, моноциты – 4%, СОЭ – 37 мм/ч.

ОАМ (общий анализ мочи): относительная плотность мочи – 1020, белок – 16,6 г/л, эритроциты - 0-1 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые 2-3 в поле зрения.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

 3. Укажите, какие лабораторно-инструментальные исследования необходимы для подтверждения диагноза.

4. Обоснуйте необходимость госпитализации в данной ситуации.

 5. Какова тактика врача-педиатра участкового при организации специфической иммунопрофилактики у ребѐнка, перенѐсшего данное заболевание?

**Задача 14.**

На приѐме врача-педиатра участкового мать с мальчиком 6 лет. Жалоб активно не предъявляет. Ребѐнок перенес скарлатину, при контрольном исследовании мочи выявлено: белок 1 г/л, эритроциты 50-80 в поле зрения.

Из анамнеза жизни: мальчик от первой беременности, родился в срок, с массой тела 3600 г. Раннее развитие без особенностей. Перенѐс несколько раз ангину, ветряную оспу. Наследственность по заболеваниям органов мочевой системы не отягощена.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, чистые. Пастозность голеней и стоп. Температура тела – 36,8 °С. Зев умеренно гиперемирован, миндалины II степени, рыхлые, без наложений. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца ритмичные, АД - 125/70 мм рт. ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень не увеличена. Селезѐнка не увеличена. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускания безболезненные, моча жѐлтая, не пенится.

ОАК (общий анализ крови): лейкоциты - 12,5×109/л, эритроциты - 4,43×1012/л, гемоглобин - 117г/л, тромбоциты - 279,0×109/л, эозинофилы – 5%, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 24%, моноциты – 6%, СОЭ – 42 мм/час.

ОАМ (общий анализ мочи): относительная плотность – 1025, белок – 1,05 г/л, эритроциты – 60-80 в поле зрения, свежие и измененные, лейкоциты – 3-5 в поле зрения.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Укажите, есть ли необходимость госпитализации и какие лабораторно-инструментальные исследования необходимы для подтверждения диагноза.

 4. Укажите группы медикаментозных препаратов для лечения данного заболевания.

5. Какова тактика врача-педиатра участкового по дальнейшему наблюдению ребѐнка на педиатрическом участке после выписки из стационара?

**Задача 15.**

Мальчик 10 лет на приѐме у врача-педиатра участкового с жалобами на вялость, уменьшение диуреза, изменение цвета мочи. Ребѐнок от первой беременности, протекавшей с гипертензией и отѐчным синдромом в третьем триместре. Роды в срок. Масса при рождении 3000 г, длина 49 см. На естественном вскармливании до 3 месяцев. Прививки по возрасту. Из инфекций перенѐс ветряную оспу, дважды лакунарную ангину, 1-2 раза в год болеет ОРВИ. 2 недели назад перенес ангину с повышением температуры до 39 °С, лечился Амоксициллином. Настоящее заболевание началось с резкого ухудшения самочувствия, потери аппетита, слабости, повышенной утомляемости, появилась моча цвета «мясных помоев». При осмотре: кожные покровы бледные с мраморным рисунком. Пастозность век и голеней. В лѐгких хрипов нет. Тоны сердца умеренно приглушены, систолический шум на верхушке. АД - 130/95 мм рт. ст., ЧСС – 100 ударов в 1 минуту. Живот мягкий. Печень у края рѐберной дуги. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. За сутки выделил 300 мл мочи. Количество выпитой жидкости не измерялось.

Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты – 9,2×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, с – 71%, лимфоциты – 18 %, моноциты – 3 %, тромбоциты – 530,0×109/л, СОЭ – 35 мм/час.

Общий анализ мочи: белок – 0,15 г/л, эритроциты – покрывают все поля зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 1-2 в поле зрения, зернистые 4-8 в поле зрения.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

 4. Охарактеризуйте принципы диетотерапии при данном заболевании. Как рассчитать объем жидкости?

5. Назовите показания для госпитализации.

**Задача 16.**

Девочка 8 лет с жалобами на повышенную утомляемость, на постоянные боли в животе, не локализованные, не связанные с приѐмом пищи, повышение температуры до 38,9°С.

Девочка от первой беременности, протекающей с токсикозом второй половины, роды на 39-й неделе. Масса ребѐнка при рождении 3300 г, длина 51 см. Роды без стимуляции, безводный промежуток 3 часа. При рождении отмечалась асфиксия, проводились реанимационные мероприятия. Выписана на 7-е сутки. Период новорожденности без особенностей. До 1 года ничем не болела. Далее развивалась хорошо. Болела 5-6 раз в год ОРВИ. За 3 дня до обращения к врачу-педиатру участковому отмечался подъѐм температуры до 38,5°С, однократная рвота, боли в животе. Осмотрена хирургом, хирургическая патологии не обнаружена.

При осмотре: состояние тяжѐлое, высоко лихорадит, кожные покровы чистые, слизистые сухие, лихорадочный румянец. В лѐгких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, шумов нет. ЧСС – 118 уд/мин. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Печень +1 см из-под рѐберного края. Симптом поколачивания по пояснице отчѐтливо положительный справа. Мочеиспускания редкие, безболезненные.

Общий анализ крови: гемоглобин – 118 г/л, эритроциты - 5,6×1012/л, лейкоциты -18,5×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 9%, сегментоядерные нейтрофилы - 69%, лимфоциты – 20%, м - 2%, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: белок – следы, относительная плотность – 1002, эпителий почечный - 3-4 в поле зрения, лейкоциты – 38-45 в поле зрения, эритроциты – нет. Бактерии +++

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

 3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

4. Определите приоритетный выбор антимикробного препарата, пути введения, длительность курса. Обоснуйте необходимость коррекции антимикробной терапии.

5. В процессе обследования выявленпузырно-мочеточниковый рефлюкс 2 степени. Какова ваша дальнейшая лечебно-профилактическая тактика?

**Задача 17.**

Мама с девочкой 3 лет обратились в поликлинику с жалобами на боли в животе, повышение температуры до 39 °С, вялость, снижение аппетита.

Из анамнеза известно, что девочка от третьей беременности. Две предыдущие беременности закончились выкидышами на ранних сроках. Данная беременность протекала на фоне гестоза, угрозы прерывания в первом триместре беременности. Матери 29 лет, работает лаборантом в баклаборатории, страдает хроническим пиелонефритом, отец – здоров, оба родителя курят. Бабушка по линии матери оперирована по поводу нефроптоза. Девочка в возрасте 1 года 2 месяцев перенесла кишечную инфекцию (получала Амоксициллин), после чего склонна к запорам.

Анамнез заболевания: при профилактическом обследовании в возрасте 1 года по данным УЗИ отмечалось расширение чашечно-лоханочной системы обеих почек. В последующем по этому поводу не обследовалась. В течение последнего года отмечались эпизоды субфебрилитета без катаральных явлений. После охлаждения в течение 5 дней держится температура 38,5 °С-39 °С, боли в животе, недомогание, снижение аппетита.

Объективно: физическое развитие среднее, дисгармоничное за счет дефицита массы. Стигмы дисэмбриогенеза: оттопыренные и асимметричные ушные раковины, приросшая мочка уха, гипертелоризм глаз, сосков, эпикант, клинодактилия. Отѐков нет, АД – 80/40 мм рт. ст. Живот мягкий, точки проекции мочеточников болезненны. Стул 1 раз в день оформленный. Мочится 6-8 раз в сутки. Моча светло-жѐлтая, мутная.

В общем анализе крови: RBC - 4,15×1012/л, HYB - 122 г/л, WBC - 12,5×109/л, эритроциты - 2%, палочкоядерныей нейтрофилы - 14%, сегментоядерные нейтрофилы - 65%, LYM-25%, МON-4%, СОЭ -24 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - жѐлтая, прозрачность - мутная, рН– 6,0, удельный вес - 1010, белок – 0.33 г/л, лейкоциты– большое количество, эритроциты неизмененные –1-2 в поле зрения.

**Вопросы:**

1. Оцените анамнестические данные, выделите факторы риска и обоснуйте их.

2. Предположите наиболее вероятный диагноз.

3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Укажите наиболее вероятные результаты, подтверждающие Ваш диагноз.

5. Какой антибиотик Вы рекомендовали бы пациенту в качестве стартовой эмпирической терапии? Обоснуйте свой выбор. Какой результат ожидаете получить при эффективности выбранной Вами антибактериальной терапии?

**Задача 18.**

Мама с мальчиком 5 лет обратились с жалобами на уменьшение диуреза и отѐки. Из анамнеза известно, что патологии почек в семье нет, родители молодые, у матери атопическая бронхиальная астма. Ребѐнок от первой беременности, протекавшей без осложнений, родился в срок с массой тела 3200 г, длиной - 52 см, оценка по Апгар - 8/9 баллов. Вскармливание грудное до 1 года, ОРВИ болел редко. Наблюдается аллергологом по поводу поллиноза (конъюнктивит, ринит). Через 2 недели после профилактической прививки противогриппозной вакциной появились отѐки, которые в динамике стали нарастать.

Объективно: физическое развитие среднее, гармоничное, отѐк лица, конечностей, поясницы, передней брюшной стенки, асцит, отѐк мошонки, гидроторакс. АД - 108/67 мм рт. ст. Дизурических расстройств нет, суточный диурез 250 мл.

Общий анализ мочи: COLOR-светло-жѐлтый, CLA – слабо мутная, рН – 6,5, PRO – 6,6 г/л, BNL - NEG, YRO -NORM, GLU – NEG, WBC – единиц в поле зрения, RBC – 0-1 в поле зрения , ЕС – единиц в поле зрения, цилиндры CAST гиалиновые и зернистые –2-3 в поле зрения.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз и обоснуйте его.

 2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Укажите наиболее вероятные результаты, подтверждающие Ваш диагноз.

 3. Показана ли иммуносупрессивная терапия в данном случае?

 4. Назовите наиболее вероятные осложнения от иммуносупрессивной терапии. Вероятные результаты СГКТ при лечении больных с нефротическим синдромом и наиболее вероятные результаты СГКТ у Вашего больного.

5. Назовите показания и цели к проведению пункционной биопсии почек у данного ребенка.

**Задача 19.**

Мальчик Саша 7 лет поступил в отделение с жалобами на головную боль, недомогание, изменение цвета мочи.

Из анамнеза известно, что ребѐнок от первой беременности, протекавшей без осложнений, родился в срок с массой тела - 3200 г, длиной тела - 52см, оценкой по Апгар 8/9 баллов. На грудном вскармливании до 1 года. Из перенесенных заболеваний – редко ОРВИ, после 5-летнего возраста – трижды лакунарные ангины, у матери - хронический тонзиллит. Три недели назад перенес лакунарную ангину, последнюю неделю посещал школу. В течение двух последних дней появились недомогание, головная боль, однократно было носовое кровотечение, стал редко мочиться.

При осмотре: выражена бледность кожных покровов, пастозность лица, голеней. Перкуторно над лѐгкими легочной звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево на 1 см, 1 тон на верхушке ослаблен, тоны сердца учащены, приглушены, усилен 2-ой тон на аорте, АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный, асцита нет. Печень, селезѐнка не увеличены. За сутки выделил 240 мл мочи.

Общий анализ крови: HGB – 111 г/л, RBC – 4,2×1012/л, MCV – 80 fl, MCH – 29 pg, MCHC – 32 g/l, RDW – 9,5% , PLT - 368х109/л, MPV – 8,3 fl, PDW – 12%, PCT – 0,3%, WBC – 8,9×109/л, NEU– 64%, LYM – 22%, EOS – 4%, MON– 8%, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: COLOR - бурый, CLA - мутная, рН – 6,0, плотность - 1024, PRO – 1,5 г/л, BNL - NEG, YRO - NORM, GLU – NEG, WBC – 10 в поле зрения, RBC – сплошь покрывают все поля зрения, ЕС – единицы в поле зрения, цилиндры CAST гиалиновые – 5-6 в поле зрения, цилиндры CAST – эритроцитарные— 10-15 в поле зрения.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Укажите наиболее вероятные результаты, подтверждающие Ваш диагноз.

4. Составьте план медикаментозного лечения.

5. В каком случае данному больному показано проведение биопсии почек.

**Задача 20.**

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

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

Объективно: кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. Слизистая нѐбных дужек, миндалин, задней стенки глотки розовая, влажная, язык у корня обложен белым налѐтом. В лѐгких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 100 ударов в минуту. Живот мягкий, умеренно болезненный в надлобковой области. Печень, селезѐнка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Мочеиспускания частые – каждые 20-30 минут, болезненные, моча жѐлтая, мутная.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,3×1012/л, гемоглобин – 128 г/л, лейкоциты – 6,4×109/л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 47%, лимфоциты – 43%, моноциты – 6%, СОЭ – 12 мм/ час

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

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?

3. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией.

4. Составьте план лечения данного ребѐнка.

5. Определите тактику ведения детей с данной патологией.

**Задача 21**

Девочка 10 лет с матерью на приѐме у врача-педиатра участкового. Со слов матери, жалуется на боли в животе и пояснице, повышение температуры, слабость, снижение аппетита, головную боль. Больна 4 день. Заболела остро, появилось учащѐнное мочеиспускание, повышение температуры до 38,5 °С. Получала Парацетамол. Девочка от первой беременности, протекавшей на фоне повышения артериального давления, отѐков. Роды срочные, самостоятельные. Вес при рождении 3250 г, длина 52 см. Находилась на естественном вскармливании. Перенесѐнные заболевания: ОРВИ, бронхит. Аллергоанамнез без особенностей. При осмотре состояние средней тяжести. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, бледные, сухие, небольшой периорбитальный цианоз. Лимфоузлы без особенностей. Перкуторный звук над лѐгкими ясный. Дыхание проводится с обеих сторон, везикулярное, хрипов нет. Границы сердца перкуторно не расширены. Тоны ритмичные, ЧСС – 96 ударов в минуту, АД – 100/65 мм рт. ст. Живот мягкий. Печень не выступает из-под края рѐберной дуги. Селезѐнка не определяется. Почки не пальпируются. Синдром сотрясения слабоположительный с обеих сторон. Отѐков нет. Вес 29 кг, рост 138 см. Полный анализ крови: эритроциты – 4,0×1012/л, Hb – 128 г/л, лейкоциты – 11,8×109/л, базофилы – 1%, эозинофилы – 3%, палочкоядерные – 20%, сегментоядерные – 62%, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%, CОЭ – 42 мм/час. Полный анализ мочи: светло-жѐлтая, мутная, относительная плотность – 1013, белок 0,4 г/л, лейкоциты – в большом количестве, эритроциты – 3–4 в поле зрения, оксалаты (+). Общий белок – 78 г/л, белковые фракции: альбумины – 54%, глобулины α1 – 4%, α2 – 14%, β – 10,5%, γ – 17,5%. Креатинин крови – 0,068 ммоль/л, мочевина – 4,4 ммоль/л, КЭК – 110 мл/мин/1,73 м2. Калий сыворотки – 4,6 ммоль/л, натрий – 134 ммоль/л.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте сформулированный диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

4. Укажите заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз.

5. Определите тактику лечения и обоснуйте еѐ.

**Задача 22.**

Настя Е. 8 лет поступила в клинику с жалобами, со слов матери, на слабость, головные боли, отѐчность век, бурое окрашивание мочи. Из анамнеза жизни известно, что девочка от первой беременности, протекавшей с гипертензией и отѐчным синдромом в третьем триместре. Роды в срок, путѐм естественного родоразрешения. Масса при рождении – 3000 г, длина – 49 см. Вскармливание естественное до 3 месяцев. Аллергологический анамнез не отягощѐн. Психофизическое развитие соответствует возрасту. Перенесѐнные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, ангина. Профилактические прививки по календарю.

Настоящее заболевание началось после перенесѐнной ангины. Получала Флемоксин, Нурофен, но школу посещала. Через 2 недели заметили появление мочи цвета «мясных помоев», отѐчность век по утрам. Ребѐнок был госпитализирован. Анализ амбулаторной карты показал, что анализы мочи ранее проводились неоднократно, патологических изменений не было.

При поступлении в стационар на третий день от начала заболевания состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Пастозность век и голеней. Зев умеренно гиперемирован, миндалины гипертрофированы II-III степени, разрыхлены, наложений нет. Перкуторно над лѐгкими звук лѐгочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 в минуту. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 0,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 70 ударов в минуту. АД – 130/85 мм рт. ст. Живот мягкий, пальпация безболезненная во всех отделах. Печень у края рѐберной дуги. Селезѐнка не пальпируется. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Диурез 300 мл за сутки, моча цвета «мясных помоев».

 Общий анализ крови: СОЭ – 21 мм/ч, лейкоциты – 11,3×109/л, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 64%, лимфоциты – 24%, моноциты – 6%, эозинофилы – 4%, эритроциты – 4,2×1012/л, Hb – 120 г/л, тромбоциты – 325×109/л.

Общий анализ мочи: цвет – бурый, прозрачность – неполная, реакция – щелочная, удельный вес – 1009, белок – 0,8‰, лейкоциты – 1–2 в поле зрения, эритроциты – выщелоченные, покрывают всѐ поле зрения, зернистые цилиндры – 3–4 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, альбумины – 53%, альфа-1глобулины – 3%, альфа-2-глобулины – 17%, бета-глобулины – 12%, гамма-глобулины – 17%, глюкоза – 3,9 ммоль/л, билирубин общий – 18 мкмоль/л (норма – 3,4–20,7 мкмоль/л), билирубин прямой – 0,8 мкмоль/л (норма – 0,83–3,4 мкмоль/л), ALT – 23 Ед/л, AST – 28 Ед/л, мочевина – 15,2 ммоль/л (норма – 4,3–7,3 ммоль/л), креатинин – 188 мкмоль/л (норма – до 110 мкмоль/л), цистатин С – 1,7 мг/л (норма – до 1,2 мг/л), холестерин – 3 ммоль/л, СРБ – 1,4 мг/дл (норма – до 0,05 мг/дл), калий – 5,6 ммоль/л, натрий – 148 ммоль/л.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Обоснуйте назначения.

4. Какие исследования необходимо провести для уточнения функционального состояния почек? Обоснуйте ожидаемые результаты исследований.

5. Ваши рекомендации по лечению пациента.

**Задача 23.**

В детскую поликлинику поступил вызов: у ребенка 6 лет повысилась температура тела до 38,5°С и появился кашель.

При посещении ребенка на дому врачом-педиатром участковым было выяснено, что накануне ребёнок переохладился в результате длительной прогулки на улице.

Из анамнеза установлено, что ребёнок болеет ОРЗ не чаще 1-2 раз в год, своевременно прививается против гриппа, вакцинация против пневмококка (Превенар) и гемофильной палочки проводилась на первом году жизни; в течение последних лет антибактериальная терапия не применялась, болеющие дети в семье отсутствуют, хорошие жилищно-бытовые условия.

При объективном исследовании: температура 38,5°С, ребёнок вялый, подкашливает. Носовое дыхание свободное, слизистые глаз чистые, в зеве – умеренная гиперемия дужек, миндалин, задней стенки глотки, миндалины незначительно выступают из-за дужек, налётов нет, умеренная гиперемия. Шейные, подчелюстные лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы; тахипноэ – ЧД - 36 в минуту, соотношение вдох/выдох не нарушено, ритмичное, средней глубины, тип дыхания смешанный. При пальпации грудная клетка безболезненна. При перкуссии лёгких в нижних отделах правого лёгкого по задней поверхности укорочение перкуторного звука, в этой же локализации аускультативно дыхание ослаблено, хрипы не выслушиваются. По остальной поверхности лёгких дыхание жёсткое. Тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный, ЧСС – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Крайпечени пальпируется у рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Диурез адекватный, стул 1 раз в сутки, без патологических примесей.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Тактика и обоснование действий врача-педиатра участкового в данной клинической ситуации.

4. Назовите необходимость госпитализации в данной клинической ситуации. Какова тактика наблюдения за ребёнком в случае отмены госпитализации?

5. Какова тактика врача-педиатра участкового при организации специфической иммунопрофилактики у ребенка, перенесшего внебольничную пневмонию?

**Задача 24.**

Ребенок 1,5 года заболел остро, когда повысилась температура тела до 37,8°С, появилось обильное серозное отделяемое из носа. На следующий день присоединился кашель, к вечеру появилась осиплость голоса, кашель стал грубым, "лающим". Ночью состояние ребенка ухудшилось: кашель участился, голос осипший, появилось шумное дыхание. Утром обратились к врачу-педиатру участковому.

При осмотре: ребенок беспокоен, шумное дыхание с участием вспомогательной мускулатуры (раздувание крыльев носа, втяжение уступчивых мест грудной клетки на вдохе). Температура тела 37,3°С. Голос осипший. Беспокоит частый, грубый, "лающий" кашель. Кожные покровы бледные, чистые, умеренный цианоз носогубного треугольника. Слизистая нёбных дужек, задней стенки глотки гиперемирована, отёчная. Из носа обильное серозно-слизистое отделяемое. Перкуторно над лёгкими лѐгочный звук, дыхание жѐсткое, хрипов нет, ЧД – 32 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 130 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезёнка не увеличены. Стул, мочеиспускание не нарушены.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать поставленный Вами диагноз?

3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

4. Составьте план неотложной помощи на догоспитальном этапе.

5. Составьте план лечения пациента с данной патологией.

**Задача 25.**

Ребёнок 4 лет заболел 5 дней назад: отмечался подъѐм температуры тела до 37,5°С, появились слизистые выделения из носа, покашливание без выделения мокроты. Получал лечение домашними средствами. Состояние несколько улучшилось, температура снизилась, но на 5 день заболевания отмечен подъѐм температуры до 38,6°С, нарастание влажного кашля, учащение дыхания.

Ребѐнок от третьей беременности вторых родов, протекавших без особенностей. Находился на естественном вскармливании до 4 мес., прикорм с 4 мес. На первом году жизни отмечались умеренные признаки рахита. На втором году жизни перенес ветряную оспу и дважды ОРВИ.

При осмотре врачом-педиатром участковым определено состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, умеренный цианоз носогубного треугольника. Отмечается глубокий влажный кашель. Частота дыхания – 40 в минуту. Втяжение межрѐберных промежутков, напряжение крыльев носа. Перкуторно: над лѐгкимилѐгочный звук с тимпаническим оттенком. Аускультативно: в лѐгких дыхание жѐсткое, слева ниже лопатки выслушивается участок ослабленного дыхания, там же – влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца громкие, шумов нет. ЧСС – 128 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под рѐберного края, селезѐнка не пальпируется.

Развернутый анализ крови: эритроциты – 4,0×1012/л, гемоглобин – 115 г/л, лейкоциты – 13,5×109/л, палочкоядерные – 7%, сегментоядерные – 61%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 23%, моноциты – 8%, тромбоциты – 200 5×109/л, СОЭ – 20 мм/час.

Рентгенограмма грудной клетки: корни лѐгких расширены, слева неструктурны, лѐгочныйрисунок усилен. В левой нижней доле отмечена инфильтративная очаговая тень.

**Вопросы:**

1. Сформулируете клинический диагноз

2.Обоснуйте необходимость антибактериальной терапии при данном заболевании.

3. Назначьте препарат с указанием его дозы, кратности, способа введения, длительности курса.

4. Назовите, к какой группе лекарственных средств относится данный препарат. Охарактеризуете данный препарат.

5. Укажите нежелательные побочные реакции препарата.

**Задача 26.**

Мальчик 12 лет два дня назад купался с друзьями в реке, очень сильно замѐрз. На следующий день обратились к врачу-педиатру участковому с жалобами на лихорадку, головную боль, слабость, вялость, сухой болезненный кашель.При осмотре: температура тела 39,0°С. Кожные покровы влажные, бледные. Слизистые оболочки чистые. Зев гиперемирован. Частота дыхания – 28 в минуту. Грудная клетка вздута, правая половина отстаѐт в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жѐсткое, над областью притупления ослабленное, единичные влажные среднепузырчатые хрипы. Тоны сердца ритмичные, шумов нет, ЧСС – 110 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рѐберной дуги, селезѐнка не пальпируется.

От госпитализации ребенка в стационар родители отказались.

**Вопросы:**

1. Для какого заболевания характерна подобная клиническая картина? Укажите наиболее частые возбудители данного заболевания, учитывая возраст пациента.

2. Назовите план дополнительного обследования ребѐнка и ожидаемые результаты.

3. Назначьте необходимое лечение. Обоснуйте выбор антибактериального препарата в зависимости от вида возбудителя (S.pneumoniae, H.influenzae, M. pneumoniae, C. pneumoniae) и наличия аллергии на препараты пенициллинового ряда в анамнезе.

4. Перечислите основные побочные эффекты антибактериальной терапии.

5. Назовите критерии оценки эффективности антибактериальной терапии.

**Задача 27.**

Мальчик 9 лет заболел остро, повысилась температура до 40,0 °С. Накануне играл в снежки и замёрз. Общее состояние ребёнка резко ухудшилось, появился болезненный кашель с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Ребёнок стал жаловаться на боль в правом боку. Ночь провёл беспокойно, температура держалась на высоких цифрах.

Объективно: мальчик вялый, аппетит резко снижен. Лежит на правом боку с согнутыми ногами. Кожные покровы бледные с выраженным румянцем правой щеки, периоральный цианоз. Озноб. На губе – герпес. Дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого лёгкого. Отмечается укорочение перкуторного звука в проекции нижней доли правого лёгкого, там же отмечается ослабление дыхания. Хрипы не выслушиваются. ЧСС – 90 ударов в минуту, ЧД – 38 в минуту, АД – 90/40 мм рт. ст. Общий анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты– 4,9×1012/л, лейкоциты – 16,2×109/л, юные нейтрофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные нейтрофилы - 70%, лимфоциты - 14%, моноциты - 2%, СОЭ – 38 мм/час.

Рентгенограмма грудной клетки: выявляется гомогенная, высокой интенсивности инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого лёгкого, повышение прозрачности лёгочных полей слева.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Сформулируйте вашу тактику неотложной помощи по устранению гипертермии у этого больного.

5. Составьте и обоснуйте план лечения этого больного.

**Задача 28.**

Мать девочки 4 лет обратилась к врачу-педиатру участковому. Из анамнеза заболевания известно, что ребёнок заболел 2 дня назад, когда вечером поднялась температура тела до 38,9 °С, отмечалась незначительная заложенность носа. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи. Врач скорой медицинской помощи диагностировал ОРВИ, дан Нурофен, ребёнок оставлен дома с рекомендацией обратиться к врачу-педиатру участковому.

Сегодня состояние ребёнка ухудшилось, появились жалобы на снижение аппетита, слабость, головную боль, мышечные боли, сухой навязчивый кашель, повторный подъем температуры до 38,8 °С.

Из анамнеза жизни известно, что ребёнок от первой нормально протекавшей беременности. Роды срочные, физиологические, росла и развивалась соответственно возрасту. С 3,5 лет посещает детский сад, стала часто болеть ОРВИ, дважды перенесла острый простой бронхит. Последний эпизод ОРВИ два месяца назад, по поводу чего получала Флемоксинсолютаб. Вакцинация в соответствии с возрастом. Против пневмококковой инфекции не привита.

При осмотре врачом-педиатром участковым состояние ребёнка средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Зев рыхлый, чистый, нёбные миндалины гипертрофированы до II степени, налётов нет. При перкуссии справа в нижних отделах грудной клетки отмечается укорочение перкутоного звука, при аускультации-ослабленное везикулярное дыхание, крепитирующие хрипы. ЧД 28 в минуту. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, ЧСС 112 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул был вчера

оформленный. Диурез не снижен.

В клиническом анализе крови: гемоглобин 138 г/л, эритроциты 4,4 Т/л, тромбоциты 223 Г/л, лейкоциты 16,6 Г/л, палочкоядерные нейтрофилы 7%, сегментоядерные нейтрофилы 70%, лимфоциты 17%, моноциты - 6%, эозинофилы -0%, СОЭ 20 мм/ч.

Через день получены результаты дополнительного обследования: рентгенографии органов грудной клетки в прямой проекции описано наличие очагов инфильтрации справа в S6.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Показана ли ребёнку госпитализация? Составьте и обоснуйте план

дополнительного обследования пациента.

4. Назовите и обоснуйте группу препаратов, используемых для этиотропной терапии данного заболевания. Какова доза и длительность назначения данного препарата?

5. Дайте интерпретацию результатам дополнительного обследования. Поставьте окончательный диагноз. Обоснуйте необходимость повторного обследования.

**Задача 29.**

Мальчик 5 лет заболел после переохлаждения остро, отмечался подъём температуры до 39,0°С, появился сухой болезненный кашель, головная боль.

Ребёнок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении, первых преждевременных родов. В периоде новорожденности - синдром дыхательных расстройств. Находился на искусственном вскармливании с рождения. На первом году жизни трижды перенос ОРВИ. В последующие годы ребёнок часто болел ОРВИ (4-5 раз в год), перенес лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Страдает поливалентной (пищевой, лекарственной) аллергией. Привит по возрасту, реакций на прививки не было.

При осмотре на дому: состояние тяжёлое, жалобы на головную боль, сухой кашель. Кожные покровы бледные, с «мраморным» рисунком. Слизистые чистые, суховатые. Зев гиперемирован. Дыхание кряхтящее. ЧД - 32 в 1 минуту. Грудная клетка вздута, правая половина отстаёт в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жёсткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, шумов нет, ЧД - 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 115 г/л, лейкоциты – 18,6×109/л, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 57%, эозинофилы – 1%, лимфоциты - 23%, моноциты - 9%, СОЭ - 28 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: отмечается интенсивное затемнение в области VIII и IX сегментов правого лёгкого.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Какой препарат выбора, доза и длительность антибактериальной терапии Вы бы рекомендовали пациенту?

5. Какова тактика диспансерного наблюдения пациента, перенесшего это

заболевание?

**Задача 30.**

Ребёнок 9 месяцев заболел 3 дня назад: отмечался подъём температуры тела до 37,5°С, появились серозные выделения из носа. Получал противовирусные препараты, сосудосуживающие средства эндоназально. На фоне лечения состояние не улучшалось, температура в течение второго–третьего дней заболевания повысилась до 38,2–39,4°С, появился влажный кашель.

Ребёнок от третьей беременности вторых родов, протекавших без особенностей. Находился на естественном вскармливании до 4 мес., прикорм с 4 мес. До настоящего времени перенёс три раза ОРВИ.

При осмотре врачом-педиатром участковым состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, умеренный цианоз носогубного треугольника. В зеве яркая гиперемия. Отёчность нёбных миндалин. Отмечается влажный кашель, серозные выделения из носа.

Частота дыхания – 48 в минуту. Перкуторно – в нижней доле справа определяется укорочение перкуторного звука, аускультативно – в этой же области влажные хрипы.

Тоны сердца приглушены. ЧСС – 152 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный.

Печень +2,5 см из-под рёберного края, селезёнка не пальпируется.

В анализах: общий анализ крови: гемоглобин – 105 г/л, лейкоциты – 13,5×109/л, палочкоядерные – 7%, сегментоядерные – 61%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 23%, моноциты – 8%, СОЭ – 29 мм/час.

Рентгенограмма грудной клетки: корни лёгких расширены, в нижней доле справа лёгочный рисунок усилен, определяются очаговые тени.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Обоснуйте необходимость жаропонижающей терапии при данном заболевании. Укажите препараты выбора в данном случае.

3. Назовите, к какой группе лекарственных средств относится Ибупрофен. Укажите механизм его действия.

4. Назначьте конкретный жаропонижающий препарат с указанием его дозы, кратности и способа введения.

5. Укажите нежелательные побочные реакции НПВС (Ибупрофена).

**Задача 31.**

Мать с ребенком 7 лет на приёме у врача-педиатра участкового предъявляет жалобы на кашель, боли в животе у сына.

Из анамнеза известно, что заболел накануне, когда повысилась температура тела до 39,0 °С, появился болезненный кашель с небольшим количеством вязкой мокроты, сильный озноб. Ребёнок стал жаловаться на боли в правом боку. Ночь провёл беспокойно, температура держалась на высоких цифрах.

При осмотре общее состояние тяжёлое. Вялый. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника. Одышка в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребёнок лежит на правом боку с согнутыми ногами. ЧД – 40 в минуту. ЧСС – 100 ударов в минуту. Наблюдается отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Отмечается укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого лёгкого по задней поверхности. Над всей поверхностью левого лёгкого перкуторный звук с коробочным оттенком. При аускультации – в нижних отделах правого лёгкого ослабленное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Живот при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Край печени по среднеключичной линии +2 см из-под края рёберной дуги. Физиологические отправления не нарушены.

В общем анализе крови: эритроциты – 4,8×1012/л, Hb – 134 г/л, лейкоциты – 16,2×109/л, юные – 2%, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 64%, лимфоциты – 24%, моноциты – 2%, СОЭ – 22 мм/час.

В общем анализе мочи: количество – 100 мл, прозрачная, удельный вес – 1018, белок – следы, лейкоциты – 2–3 в поле зрения, эритроциты – нет.

Рентгенограмма органов грудной клетки: выявлена инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого лёгкого, увеличение прозрачности лёгочных полей слева. Рёберно-диафрагмальный синус справа затемнен.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назначьте стартовую антибактериальную терапию больному с выявленным диагнозом. Укажите сроки оценки еѐ эффективности.

5. Маршрутизация пациента и еѐ обоснование. Какие показания для госпитализации при данных заболеваниях Вы знаете?

**Задача 32.**

Мальчик 6 лет госпитализирован в стационар с жалобами матери на частый малопродуктивный кашель приступообразного характера, затруднѐнное дыхание, беспокойство.

Из анамнеза известно, что ребёнок заболел 1 неделю назад, когда отмечался подъем температуры тела до 38 °С, в последующие дни температура тела была субфебрильная (37,2–37,5°С), отмечался насморк со слизистым отделяемым, малопродуктивный кашель. С 4 дня заболевания появилось шумное дыхание, одышка, самочувствие особо не страдало. Лечился амбулаторно: Интерферон-альфа в виде капель в нос, Ксилометазолин 0,5% в нос, внутрь сироп «Проспан». Так как положительной динамики не было, ребёнок был направлен на стационарное лечение.

Наследственность по аллергопатологии не отягощена.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Самочувствие не страдает, мальчик активный, контактный. Температура – 36,7 °С. Отмечается приступообразный сухой кашель, в конце влажный, шумное дыхание на выдохе. Кожные покровы бледной окраски, умеренно влажные, эластичные, чистые, инфраорбитальный цианоз. Плечевой пояс приподнят, втяжение уступчивых мест грудной клетки, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. ЧДД – 30 в минуту. Грудная клетка вздута в переднезаднем направлении. Перкуторно – коробочный звук. Аускультативно в лёгких дыхание жёсткое, равномерно проводится по всем лёгочным полям, выдох удлинён, выслушиваются рассеянные сухие «свистящие» хрипы с обеих сторон. ЧСС – 114 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный.

В анализах: общие анализы крови, мочи – без изменений.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назначьте лечение больному. Принципы бронхолитической терапии.

5. Тактика дальнейшего наблюдения

**Задача 33.**

Больной Никита Б. 3 лет поступил в стационар с жалобами матери на повышение температуры тела до 38,5–39 °С более 3 дней, мучительный частый кашель, одышка, недомогание, ухудшение аппетита.

Из анамнеза известно, что ребёнок болен в течение недели. Наблюдался врачом-педиатром участковым с острой респираторной инфекцией. В лечении получал Парацетамол, симптоматические средства. На фоне терапии отмечена отрицательная динамика: все дни продолжал лихорадить, отказывался от еды, усилился кашель, появилась одышка. Мальчик был направлен на стационарное лечение. На фоне лечения отмечалась положительная динамика.

Однако на 3 день после нормализации температуры тела состояние резко ухудшилось: вновь стал лихорадить до 40 °С, несмотря на смену антибактериальной терапии, наросла интоксикация, отказывается от еды, усилилась одышка, дыхание стало стонущим, появились боли в правой половине грудной клетки при дыхании.

При осмотре: состояние тяжёлое, высоко лихорадит, беспокоен. Кожа бледная, умеренно влажная, чистая, цианоз носогубного треугольника, периорбитальной области. Отмечается отставание правой половины грудной клетки при дыхании. ЧДД – 58 в минуту. Перкуторно справа притупление звука вплоть до бедренной тупости, здесь же резко ослаблено дыхание, при глубоком дыхании выслушиваются немногочисленные крепитирующие хрипы. ЧСС – 134 удара в минуту. Тоны сердца ясные, тахикардия. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный.

В анализах:

– общий анализ крови первый: лейкоциты – 24×109/л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные – 24%; сегментоядерные – 57%; эозинофилы – 3%; лимфоциты – 13%; моноциты – 3%, СОЭ – 33 мм/ч, токсигенная зернистость нейтрофилов – 57%;

– общий анализ крови второй (после ухудшения): лейкоциты – 15,5×109/л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные – 27%; сегментоядерные – 50%; эозинофилы – 5%; лимфоциты – 20%; моноциты – 8%, СОЭ – 55 мм/ч, токсигенная зернистость нейтрофилов – 57%;

– общий анализ мочи: без патологии;

– рентгенография лёгких при поступлении: справа в проекции средней и нижней доли определяется обширное негомогенное затемнение, корни лёгких неструктурные;

– рентгенография лёгких при ухудшении: отмечается отрицательная динамика, сохраняется инфильтрация справа, фибриноторакс, закрывающий наружную половину лёгких имеет вертикальную границу по внутреннему краю, костно-диафрагмальный угол не дифференцируется.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назначьте необходимое лечение. Тактика антибактериальной терапии, оценка эффективности. Какую коррекцию в лечении необходимо произвести?

5. Составьте план дальнейшего наблюдения.

**Задача 34.**

Больной К. 4 года 8 месяцев осмотрен врачом-педиатром неотложной помощи по поводу гипертермии и болей в животе.

Из анамнеза известно, что мальчик заболел накануне, когда на фоне полного здоровья вдруг повысилась температура до 39,4 °С. Мама отметила резкое ухудшение общего состояния ребёнка, появление болезненного кашля с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Ребёнок стал жаловаться на появление боли в правом боку. Ночь провёл беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Утром мама вызвала неотложную помощь.

При осмотре врач-педиатр неотложной помощи обратил внимание на заторможенность мальчика, бледность кожных покровов с выраженным румянцем щёк (особенно справа), бледность ногтевых лож, одышку в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребёнок лежал на правом боку с согнутыми ногами. Наблюдалось отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого лёгкого. Отмечалось укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого лёгкого по задней поверхности, над всей поверхностью левого лёгкого перкуторный звук имел коробочный оттенок. Аускультативно: справа бронхиальное дыхание. Хрипы не выслушивались. Соотношение пульса к частоте дыхания составило 2:1.

Общий анализ крови: Нb – 134 г/л, эритроциты – 4,8×1012/л, лейкоциты –16,2×109/л, юные нейтрофилы – 2%, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 64%, лимфоциты – 24%, моноциты – 2%, СОЭ – 22 мм/час.

Рентгенограмма грудной клетки: выявляется инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого лёгкого, повышение прозрачности лёгочных полей слева.

**Вопросы:**

1. Каков наиболее вероятный диагноз у данного больного?

2. О какой этиологии заболевания следует думать в первую очередь в описанном клиническом случае?

3. В какие сроки от начала заболевания врач вправе ожидать появление характерных патологических шумов над лёгкими? О какой фазе развития болезни они свидетельствуют?

4. Назовите группы антибиотиков, которые используются в терапии данного

заболевания.

5. В каком случае мы говорим о выздоровлении от данного заболевания?

**Задача 35.**

Родители мальчика 4 лет обратились к врачу-педиатру участковому с жалобами на длительный кашель после перенесённой ОРВИ.

Мальчик от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении – 3300 г, длина – 51 см. Закричал сразу, к груди приложен на первые сутки. Выписан из роддома на 6 день. Период новорождѐнностипротекал без особенностей. С 3,5 месяцев переведён на искусственное вскармливание.

Сидит с 7 месяцев, стоит с 10 месяцев, ходит с 1 года. Профилактические прививки проводились по индивидуальному календарю щадящим методом из-за атопического дерматита. С 3,5 лет посещает детский сад. С этого же времени часто болеет ОРВИ, которые сопровождались кашлем, продолжающимся более 3 недель. Врач-отоларинголог диагностировал аденоидные вегетации II степени.

Семейный анамнез: у матери ребѐнка – пищевая и лекарственная аллергия, отец – практически здоров, много курит.

Заболевание началось с повышения температуры, головной боли, отделяемого из носа, сухого кашля, который через несколько дней стал влажным. Кашель усиливался утром. Симптоматическое лечение (микстура от кашля) облегчения не приносило. Был приглашён врач-педиатр участковый.

При осмотре состояние ребёнка средней тяжести. Выражены бледность кожных покровов, слезотечение, ринорея. Кашель влажный. Температура тела 37,2 °С. Над лѐгкими перкуторный звук лёгочный с небольшим коробочным оттенком. Аускультативно: на фоне удлинённого выдоха – рассеянные сухие, свистящие хрипы и среднепузырчатые влажные. ЧД – 28 в минуту. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под правого края рёбер.

Общий анализ крови: Нb – 120 г/л, эритроциты – 5,1×1012/л, лейкоциты – 4,9×109/л, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 48%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 38%, моноциты – 9%, СОЭ – 6 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: усиление лёгочного рисунка, особенно в области корней лёгких, за счёт сосудистого компонента и перибронхиальных изменений.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.

2. Какие наиболее частые причины приводят к данному заболеванию?

3. Назначьте лечение.

4. В каких случаях проводят диагностическую бронхоскопию?

5. Каков прогноз?

**Задача 36.**

Ребёнок 7 лет заболел остро после переохлаждения, отмечался подъем температуры до 39,0 °С, появился сухой болезненный кашель, головная боль.

Ребёнок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всём протяжении, первых преждевременных родов. В периоде новорожденности – синдром дыхательных расстройств. Находился на искусственном вскармливании с рождения. На первом году жизни трижды перенёс ОРВИ. В последующие годы ребёнок часто болел ОРВИ (4–5 раз в год), перенёс лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Страдает поливалентной (пищевой, лекарственной) аллергией. Привит по возрасту, реакций на прививки не было.

При осмотре на дому: состояние тяжёлое, жалобы на головную боль, сухой кашель. Кожные покровы бледные, с «мраморным» рисунком. Слизистые чистые, суховатые. Зев гиперемирован. Дыхание кряхтящее. ЧД – 32 в минуту. Грудная клетка вздута, правая половина отстаёт в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жёсткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, шумов нет, ЧСС – 120 ударов минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезѐнка не пальпируется.

Общий анализ крови: Нb – 115 г/л, лейкоциты – 18,6×109/л, палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 57%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 23%, моноциты – 9%, СОЭ – 28 мм/час.

Рентгенография органов грудной клетки: отмечается интенсивное затемнение в области VIII и IX сегментов правого лёгкого.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.

2. Какие изменения в биохимическом анализе крови Вы ожидаете?

3. Назовите основные звенья патогенеза заболевания, развывшегося у ребёнка.

4. Назначьте лечение.

5. Можно ли лечить ребёнка в амбулаторных условиях?

**Задача 37.**

Врачом-педиатром участковым осматривается девочка 1,5 лет. Мать жалуется на наличие у ребѐнка высыпаний на коже, умеренного кожного зуда, нарушение сна. Из беседы с матерью стало известно, что грудью ребѐнка мать кормила до 3 месяцев. При этом «для улучшения лактации» пила много чая со сгущенным молоком, мѐдом. С 3 месяцев ребѐнок переведен на искусственное вскармливание смесью «Малютка». В 4 месяца мать стала давать девочке манную кашу на коровьем молоке. Высыпания на коже впервые появились на 4 месяце жизни, связаны с погрешностью в диете (яйцо, коровье молоко, цитрусовые). Ребѐнок постоянно получает лечение. В амбулаторных условиях получал мази с глюкокортикоидами. Продолжительность ремиссий заболевания – 2–3 месяца. У матери ребѐнка имеется аллергическая реакция на цитрусовые и шоколад. Она курит с 15 лет, во время беременности продолжала курить.

Объективно: масса девочки – 12500 г, при осмотре возбуждена, осмотреть себя даѐт с трудом, не контактна. Подкожно-жировой слой развит достаточно, кожа сухая. В области лица (за исключением носогубного треугольника), шеи, наружной поверхности верхних и нижних конечностей, локтевых и подколенных ямок, ягодиц отмечаются гиперемия кожи, пятнисто-папулѐзные элементы сыпи ярко-розового цвета, шелушение. Наблюдаются множественные эрозии и корки. Лимфатические узлы увеличены до размеров «лесного ореха». Язык «географический». В лѐгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под рѐберного края. Стул полуоформленный, 2-3 раз в день.

Общий анализ крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты – 3,8×1012/л, цветной показатель – 0,98, лейкоциты – 6,3×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 23%, эозинофилы – 10%, лимфоциты – 60%, моноциты – 4%, СОЭ – 9 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-жѐлтый, удельный вес – 1014, белок – отсутствует, глюкоза – отсутствует, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0–1 в поле зрения, эритроциты – нет, слизь – немного.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту для наружной терапии в составе комбинированной терапии?

5. Возможно ли проведение вакцинации данномуребѐнку после стихания обострения?

**Задача 38.**

На приѐме мама с ребѐнком мальчиком 7 месяцев

Ребѐнок от второй беременности, вторых срочных родов. Родился с массой тела 3200, длиной 52 см. Неонатальный период без особенностей.

С 3 месяцев на искусственном вскармливании адаптированной смесью, прикормы введены по возрасту.

Из анамнеза известно: ребѐнок болен в течение одной недели. На 2 день заболевания обратились к врачу-педиатру участковому по поводу повышения температуры до 37,5°С, слизистых выделений из носа, «покашливания». Назначена противовирусная терапия На фоне лечения состояние несколько улучшилось, но с 5 дня болезни вновь повышение температуры до фебрильных цифр, усиление кашля, беспокойство, отказ от еды.

Врачом-педиатром участковым дано направление в стационар.

При поступлении: масса тела 8200 г, рост 68 см. Ребѐнок беспокойный. Температура тела 38,8 °С. Кожные покровы бледные, горячие на ощупь, с «мраморным рисунком», цианоз носогубного треугольника. Частота дыхания 48 в минуту. Отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры (втяжение межреберных промежутков). Частый малопродуктивный кашель. Перкуторно над лѐгкими звук с коробочным оттенком, слева ниже угла лопатки – притупление. Аускультативножѐсткое дыхание, слева ниже угла лопатки дыхание ослаблено, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, паренхиматозные органы не увеличены. Физиологические отправления в норме.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препарат какой группы для стартовой антибактериальной терапии Вы бы рекомендовали пациенту? В какие сроки проводится оценка эффективности стартовой антибактериальной терапии? Укажите длительность антибактериальной терапии.

5. Назовите группы препаратов, используемые для симптоматической и патогенетической терапии данной патологии.

**Задача 39.**

Мама девочки 7 месяцев обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на вздрагивания ребѐнка и повышенное потоотделение.

Анамнез: девочка от третьей беременности, протекавшей на фоне гестоза 2 половины. Первые 2 ребѐнка здоровы. Роды в срок. Масса тела 3580 г, рост - 53 см, окружность головы - 35 см, окружность груди - 33см, оценка по Апгар 8 баллов. Закричал сразу. К груди ребѐнок приложен в первые 30 минут. Сосала активно. На естественном вскармливании до 6 месяцев, затем молочная смесь. Профилактика рахита не проводилась. В 3 месяца сделана прививка АКДС и против полиомиелита, реакции на прививку не было. В 4 и 5 месяцев на профилактическийприѐм мать с ребѐнком не явилась. Прогулки у ребѐнка нерегулярные до 1-2 часов в день. Прикорм не введѐн. В течение последнего месяца мать обратила внимание, что ребѐнок стал сильно потеть, вздрагивает во сне.

Физическое развитие: рост 63 см, масса тела 7500 г, окружность головы 42 см, окружность груди 43 см.

Нервно-психическое развитие: поворачивается со спины на живот, свободно берѐт игрушку из разных положений, гулит.

Объективное обследование: обнаружено уплощение и облысение затылка, податливость костей черепа по ходу стрело- и лямбовидного швов, размягчение краѐв большого родничка. Нижняя апертура грудной клетки развернута, пальпируются рѐберные четки. Большой родничок - 3×3 см. Мышечная гипотония. Ребѐнок плохо опирается на ноги. Лѐгкие и сердце – без особенностей. Живот мягкий, распластанный. Печень на 3 см выступает из-под рѐберной дуги, селезѐнка не пальпируется.

Общий анализ крови: концентрация гемоглобина - 110 г/л, количество эритроцитов-3,9×1012/л, цветной показатель - 0,9; число лейкоцитов - 7,9×109/л, доля эозинофилов в лейкоцитарной формуле - 4%, палочкоядерных лейкоцитов - 2%, гранулоцитов - 33%, лимфоцитов - 60%, моноцитов - 4%, СОЭ - 12мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет жѐлтый, прозрачность полная удельный вес - 1016 г/л, рН-кислый, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - 0-1 в поле зрения, лейкоциты - 0-1 в поле зрения.

Концентрация кальция в плазме крови - 2,1 ммоль/л (норма-2,3-2,8ммоль/л).

Концентрация фосфатов в плазме крови - 1,3 ммоль/л (норма-1,3-1,8 ммоль/л).

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.

3. Назовите причины, которые привели к развитию выявленной патологии у ребѐнка.

4. Какой курс лечения Вы назначите? Назовите дозы лекарственного средства.

5. Назовите виды профилактики выявленной патологии.

**Задача 40.**

На приѐме повторно мама с девочкой 3недель с жалобами на жидкий стул с кислым запахом, снижение темпов прибавки массы тела.

Из анамнеза заболевания: частый водянистый стул, иногда с пеной, слизью, зеленью, наблюдается с возраста 2 недель жизни. Бактериологический посев кала - отрицательный.

При дополнительном расспросе установлено, что отец ребѐнка плохо переносит молоко.

Из анамнеза жизни: ребѐнок от второй беременности, протекавшей на фоне анемии легкой степени, угрозы прерывания, ОРВИ в 22 недели. Роды вторые, срочные. Масса при рождении 3100 г, длина 52 см оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. На грудном вскармливании. Прививки по возрасту. Аллергоанамнез не отягощѐн.

Объективно: состояние средней тяжести, масса тела 3500, длина 53 см. Эмоциональный тонус сохранен. Отѐков нет. Большой родничок 1,0×1,0 см, не напряжен. Кожа бледная, чистая, умеренной влажности. Саливация сохранена. Снижен тургор тканей, умеренная мышечная гипотония. Подкожно-жировой слой умеренно снижен на животе. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В лѐгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД 40 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 130 ударов в минуту. Живот вздут, безболезненный при пальпации. Печень +1,0 см из-под края рѐберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Мочеиспускания безболезненные, диурез сохранен. Стул от 2 до 5 раз в сутки, жидкий, водянистый, с примесью слизи и кислым запахом. Наружные половые органы сформированы по женскому типу.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Перечислите план и цель дополнительных методов исследования у пациента.

4. Какова Ваша тактика ведения пациента при сохранении грудного вскармливания? Дайте родителям подробные указания.

5. Укажите тактику вакцинопрофилактики у данного пациента с лактазной недостаточностью.

**Задача 41.**

На приѐме мама с ребѐнком 8 месяцев.Ребѐнок от шестой беременности, вторых родов. Настоящая беременность протекала на фоне угрозы прерывания второй половины и анемии, по поводу которой женщина получала Фенюльс по 1 капсуле в течение последних 1,5 месяцев, эффективность лечения не оценивалась. Роды на 38-39 неделе беременности, масса тела при рождении 3100 г, длина тела – 50 см. Ребѐнок с 3-х месяцев на искусственном вскармливании коровьим молоком, картофельное пюре с 5 месяцев, каша манная на цельном коровьем молоке с 6 месяцев, мясо не получает.

Объективно: масса тела 9 кг 300 г, рост 70 см. Аппетит снижен. Кожа бледная, сухая, видимые слизистые бледные. Сухие и ломкие волосы, ногти ломкие с койлонихиями, ангулярный стоматит. При аускультации области сердца: тоны несколько приглушены, выслушивается систолический шум, не связанный с I тоном, мягкого тембра. ЧСС - 130 в мин. Печень + 2 см, селезѐнка – у края рѐберной дуги, мягкие, эластичные. Стул ежедневно, моча жѐлтая.

Анализ периферической крови:

RBC - 3,1×1012/л, Hb - 75 г/л, MCH -21 пг, МСНС – 310 г/л, МСV—76 фл, RDW-23%, Ret -10‰, PLT - 210×109/л, СОЭ -13 мм/ч, WBC - 7,7×109/л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 31%, лимфоциты – 55%, моноциты – 8%.

**Вопросы:**

1. Оцените анамнез, выделите неблагоприятные факторы риска (причины развития данной патологии).

2. Выделите клинические синдромы. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте его.

3. Составьте план дополнительного лабораторного обследования. Укажите наиболее вероятные результаты лабораторных данных, подтверждающие Ваш диагноз.

4. Ваша лечебная тактика.

5. Укажите критерии эффективности лечения данного заболевания.

**Задача 42.**

Мальчик Р. 1 год 2 месяца поступил в больницу с жалобами матери на снижение аппетита у ребѐнка, вялость, извращение вкуса (лижет стены, ест мел).

Из анамнеза известно, что ребѐнок от первой беременности, протекавшей с анемией во второй половине (никаких противоанемических препаратов во время беременности мать не принимала). Роды срочные. Масса тела при рождении 3150 г, длина 51 см, оценка по шкале Апгар – 8/9 6аллов. На грудном вскармливании находился до 2 месяцев. Затем вскармливание смесью «Малютка-1», с 5 месяцев введѐн прикорм – манная каша, творог, с 9 месяцев – овощное пюре, с 11 месяцев – мясное пюре (ел плохо). Прививки сделаны по возрасту. Перед проведением прививок анализы крови и мочи не делали. В возрасте 1 года мальчик был отправлен в деревню, где питался, в основном, коровьим молоком, кашами, овощами и ягодами; от мясных продуктов отказывался. Там же впервые обратили внимание на извращение аппетита. По возвращении в город обратились к врачу-педиатру участковому, было проведено исследование крови, где обнаружено снижение уровня гемоглобина до 87 г/л, и ребѐнок был госпитализирован.

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

Общий анализ крови: гемоглобин – 85 г/л, эритроциты – 3,1×1012/л, цветовой показатель – 0,71, ретикулоциты – 1,9‰, лейкоциты – 7,2×109/л, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 20%, эозинофилы – 4%, лимфоциты – 64%, моноциты – 10%, СОЭ – 6 мм/час.Выраженыанизоцитоз эритроцитов, микроцитоз.

Общий анализ мочи: цвет – светло-жѐлтый, удельный вес – 1010, белок – нет, глюкоза – нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0–1 в поле зрения, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – немного.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, мочевина – 3,2 ммоль/л, билирубин общий – 16,5 мкмоль/л, железо сыворотки – 7,3 мкмоль/л (норма – 10,6–33,6), общая железосвязывающая способность сыворотки – 87,9 мкмоль/л (норма – 40,6–62,5), сывороточный ферритин – 7,3 мкг/л (норма – более 12), насыщение трансферрина железом – 15% (норма – более 17), свободный гемоглобин – не определяется (норма – нет).

Анализ кала на скрытую кровь (троекратно): отрицательно.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какое лечение необходимо назначить ребѐнку?

4. Препаратам какой группы железосодержащих лекарственных средств в настоящее время отдаѐтся предпочтение? Какой препарат и в какой фармакологической форме Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор и рассчитайте дозу препарата.

5. Через 4 месяца терапии состояние ребѐнка удовлетворительное. Все показатели клинического анализа крови и показатели биохимического анализа крови, характеризующие насыщение организма железом, пришли в норму. Назначьте план диспансерного наблюдения за данным ребѐнком. Дайте рекомендации по дальнейшей вакцинопрофилактике данномуребѐнку.

**Задача 43.**

Мать с ребенком 7 месяцев находится на приѐме у врача-педиатра участкового,. жалуется на повышенную потливость у дочери, плохой сон, вздрагивание во сне.

Из анамнеза известно, что ребѐнок от первых родов, протекавших без патологии. Матери 30 лет. Отец с семьѐй не живѐт, материальную помощь не оказывает. Девочка получала грудное молоко до 2 месяцев жизни. Затем из-за того, что мать была вынуждена выйти на работу, переведена на искусственное вскармливание: получала смесь «Нестажен» и коровье молоко. С 4 месяцев в питание введена манная каша, которую ребѐнок ест до 2–3 раз в день. С 6 месяцев мать попыталась давать овощи, но девочка ела их плохо, и поэтому мать дает их ребѐнку нерегулярно. В отсутствие матери с ребѐнком находится соседка. Массаж, гимнастику ребѐнку не проводят. Гуляет девочка не каждый день. Витамин D ребѐнку дают нерегулярно.

При осмотре: масса – 8500 г, кожа чистая, повышенной влажности. Выраженный красный дермографизм. Голова правильной формы, затылок лысый, выраженные лобные и теменные бугры. Пальпируются рѐберные «четки», борозда Гаррисона, «браслетки» в области лучезапястного сустава. Мышечный тонус снижен. Самостоятельно не сидит. Печень на 2,5 см выступает из-под рѐберной дуги. Со стороны лѐгких и сердца отклонений не выявлено.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие лабораторные методы обследования необходимо назначить ребѐнку для уточнения диагноза?

4. Назначьте и обоснуйте лечение.

5. Назначьте профилактические мероприятия.

**Задача 44.**

Девочка 8 месяцев поступила в грудное отделение с выраженными тоническими судорогами в конечностях.

Из анамнеза известно, что девочка от первой беременности. Беременность осложнилась анемией, преэклампсией. Роды в срок. Масса при рождении 3800 г, длина 53 см. С рождения на искусственном вскармливании (смесь «Малютка»). Прикорм введѐн с 4 месяцев. В виде манной каши. В настоящее время получает: каши (преимущественно манную), овощное пюре (преимущественно картофельное), коровье молоко, кефир. С 5 месяцев диагностирован рахит. Назначено лечение витамином D, но мать препарат не давала.

Объективно: девочка массой 8900 г, кожа бледная, чистая. Тургор тканей снижен. Выражены лобные и затылочные бугры; большой родничок 2×2 см, края податливы. Грудная клетка килевидной формы, нижняя апертура развѐрнута, пальпируются «четки». Напряжение икроножных мышц, стопы находятся в состоянии резкого подошвенного сгибания, симптом «руки акушера». Тоны сердца слегка приглушѐнные, ритмичные. Выслушивается короткий систолический шум. В лѐгких дыхание пуэрильное. Живот распластан. Печень на 3 см выступает из-под рѐберной дуги, селезѐнка не пальпируется. Сидит с опорой, не стоит.

Общий анализ крови: гемоглобин – 92 г/л, эритроциты – 3,3×1012/л, цветовой показатель – 0,8, ретикулоциты – 2%, лейкоциты – 7,0×109/л, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 26%, лимфоциты – 60%, моноциты – 10%, СОЭ – 10 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 50,0 мл, цвет – светло-жѐлтый, прозрачная, относительная плотность – 1012, лейкоциты – 2–3 в поле зрения, эритроциты – нет.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения или уточнения диагноза?

4. Назначьте и обоснуйте лечение.

5. Сформулируйте рекомендации матери по дальнейшему уходу за ребѐнком для профилактики рецидива заболеваний.

**Задача 45.**

Мальчик С. 12 лет пришѐл на прием к врачу-педиатру участковому с жалобами на «кислую» отрыжку, изжогу, чувство тяжести после приѐма пищи, осиплость голоса по утрам и ощущения «кома в горле». Рос и развивался в соответствии с возрастом. Привит по национальному календарю. Мама: 36 лет, хронический гастродуоденит. Отец: 38 лет, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Родители курят. Мальчик помимо школы дополнительно занимается иностранным языком, увлекается боулингом. Вредных привычек нет. 4-5 раз в неделю питается в пунктах быстрого питания. Первые симптомы: отрыжка воздухом или кислым, изжога появилась 4 месяца назад; последние 3-4 недели изжога после каждого приѐма пищи, усиливающаяся при наклонах, особенно во время игры в боулинг; утром на подушке отмечает следы мокрых пятен.

 При осмотре: кожа чистая, питание удовлетворительное. Язык обложен белым налѐтом. В лѐгких без патологии. Тоны сердца звучные, экстрасистолия. Живот доступен пальпации. Болезненность при глубокой пальпации в пилородуоденальной зоне. Симптом Мендаля отрицательный. Печень и селезѐнка не пальпируется.Толстый кишечник не спазмирован. Стул со склонностью к задержке до 36 часов. Дизурических симптомов нет.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Препараты какой группы антисекреторных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии?

5. Составьте план лечения больного.

**Задача 46.**

У Марины 11 лет жалобы на «голодные» боли в эпигастрии в течение года, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приѐмом пищи. Первое обращение к врачу-педиатру участковому неделю назад, после амбулаторной ЭФГДС повторно пришла на приѐм к врачу-педиатру участковому. У матери ребѐнка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца гастрит. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. Характер – эмоциональна.Осмотр: рост – 148 см, масса – 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: симптом Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, также болезненность в точке Де-Жардена и Мейо-Робсона. Печень не пальпируется. По другим органам без патологии.

Общий анализ крови: гемоглобин – 128 г/л, цветной показатель – 0,9, эритроциты – 4,2×1012/л; лейкоциты – 7,2×109/л; палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 36%, моноциты – 7%, СОЭ – 6 мм/час. Общий анализ мочи: цвет светло-жѐлтый, прозрачная, pH – 6,0; плотность – 1,017; белок – нет; сахар – нет; эпителиальные клетки – 1-2-3 в п/з; лейкоциты – 2-3 в п/з. Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, АлАТ – 19 Ед/л, АсАТ – 24 Ед/л, ЩФ – 138 Ед/л (норма 7-140), амилаза 100 Ед/л (норма 10-120), билирубин – 15 мкмоль/л, их них связ. – 3 мкмоль/л. Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия – смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме – на стенках – множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум – очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55×21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 22 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижена. Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++)

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. На основе каких препаратов Вы бы рекомендовали схему первой линии эрадикационной терапии?

5. Подберите необходимую диету для больного.

**Задача 47.**

Мальчик 12 лет предъявляет жалобы на боли в верхней половине живота ноющего характера, возникающие сразу после еды, особенно обильной, жирной, иногда на голодный желудок. Обычно боли проходят самостоятельно. Часто беспокоит чувство тяжести, переполнения в эпигастральной области, быстрое насыщение. Иногда бывает отрыжка воздухом, тошнота, редко рвота съеденной пищей, приносящая облегчение. Указанные признаки появились у мальчика около года назад и первоначально отмечались редко, а в течение последних 3 месяцев беспокоят постоянно и стали более выраженными. Со слов мамы, аппетит у мальчика избирательный. Несмотря на интенсивный линейный рост в течение последних 6 месяцев, вес ребѐнка не увеличился.

Из анамнеза известно, что у отца ребѐнка язвенная болезнь, у деда по линии отца рак желудка.

При клиническом обследовании состояние мальчика удовлетворительное. Активный, контактный. Астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые. Язык влажный. На спинке языка налѐт белого цвета. Рост 148 см, масса тела 35 кг. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 72 удара в минуту. Тоны сердца звучные, чистые.легких выслушивается везикулярное дыхание. Живот округлой формы, активно участвует в акте дыхания, умеренно болезненный в эпигастральной области и пилородуоденальной зоне. Печень и селезѐнка не пальпируются. Пузырные симптомы отрицательные. Мочеиспускание безболезненное. Стул со слов мальчика бывает ежедневно, оформленный, коричневой окраски. Щитовидная железа не увеличена. Половое развитие по мужскому типу, яички в мошонке.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования ребенка.

4. Сформулируйте план лечения ребенка.

5. Составьте программу противорецидивного лечения.

**Задача 48.**

Девочка 13 лет предъявляет жалобы на постоянные, тупые, ноющие боли и чувство тяжести в правом подреберье. Часто бывает отрыжка воздухом, тошнота. Периодически отмечаются боли в эпигастрии. Указанные жалобы беспокоят более 6 месяцев. Со слов мамы, девочка очень любит чипсы, бутерброды, жареное, острые приправы. Девочка ведет малоподвижный образ жизни, предпочитает чтение, занятия за компьютером, рисование.

 Из анамнеза жизни известно, что мама пациентки страдает холециститом, у бабушки по линии матери хронический панкреатит и желчнокаменная болезнь.

При клиническом обследовании состояние пациентки средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, умеренной влажности, чистые. Слизистая полости рта бледно-розовой окраски, имеется краевая иктеричность склер. Язык влажный, незначительно обложен беловато-жѐлтым налѐтом у корня. Девочка правильного телосложения, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, чистые. Живот округлой формы, участвует в акте дыхания. При пальпации живота отмечается умеренная болезненность в эпигастральной, околопупочной областях. Печень выступает из-под края рѐберной дуги на 1,5 см, край печени округлый, мягкоэластической консистенции; определяются слабо положительные симптомы Кера и Ортнера. Селезѐнка не пальпируется. Мочеиспускание безболезненное. Стул со слов девочки бывает 1 раз в 2-3 дня, крутой, иногда типа «овечьего».

 Выполнена ФЭГДС: слизистая оболочка желудка и двенадцатиперстной кишки слабо отѐчна и гиперемирована. Гистологическое исследование биоптата желудка: активность воспалительного процесса умеренная, в цитологических мазках обнаружен Нр.

**Вопросы:**

1.Предположите наиболее вероятный диагноз.

2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3.Назовите методы исследования, необходимые для верификации данной патологии, дайте их обоснование.

4. Назовите группы препаратов для лечения данной патологии.

5. Назовите факторы риска развития данной патологии у пациентки.

**Задача 49.**

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

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

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

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Укажите методы диагностики инфекции Helicobacterpylori.

4. Какова тактика врача – педиатра участкового в отношении данного пациента?

5. Назовите принципы диетотерапии данной патологии.

**Задача 50.**

Девочка 13 лет обратилась с жалобами на «голодные» боли в эпигастральной области, изжогу, отрыжку кислым, головные боли.

Из анамнеза известно, что данные симптомы появились 3 месяца назад. После приѐма пищи боли стихают.Находилась на стационарном лечении, ушла под расписку.

 По данным выписки из стационара: Биохимический анализ крови: билирубин общий – 16,5 мкмоль/л, прямой – 7,6 мкмоль/л; амилаза - 80 Ед/л (норма – до 120 Ед/л), АлАТ - 17 Ед/л, АсАТ - 21 Ед/л, ЩФ - 98 Ед/л (норма – до 140 Ед/л).

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается полностью. В просвете желудка слизь, слизистая во всех отделах отѐчная, гиперемированная. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки - отѐчная, на передней еѐ стенке язвенный дефект округлой формы с гиперемированным валиком размером 0,9х0,7 см, дно покрыто фибрином. Уреазный тест на НР-инфекцию: положительный (+++). Выполнена биопсия.

Внутрижелудочная рН-метрия: базальная гиперацидность. Имеется отягощенная наследственность по язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (у отца), у бабушки по линии матери – хронический гастрит. Объективно: рост 158,5 см, масса 46 кг, АД – 90/55, частота PS – 65-67 в минуту, кожные покровы бледные, периорбитальный цианоз; язык обложен белым налѐтом; живот при поверхностной пальпации мягкий, без мышечного напряжения, положительный симптом Менделя, при глубокой пальпации отмечается значительная болезненность в эпигастральной и пилородуоденальной зоне. По другим внутренним органам без патологии.Стул ежедневный, 1 раз в день, тѐмно-коричневый, без патологических примесей.

Общий анализ крови: гемоглобин - 108 г/л, эритроциты - 4,3×1012/л, лейкоциты - 6,9×109/л; палочкоядерные - 4%, сегментоядерные - 53%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 32%, моноциты - 8%, СОЭ - 8 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-жѐлтый, прозрачность полная; рН - 6,2; удельный вес - 1019; белок – отрицательный, сахар - отрицательный, эпителий - 2-3 в поле зрения, лейкоциты - 2-3 в поле зрения.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назовите дополнительные (косвенные) эндоскопические признаки НР-инфекции (хеликобактериоза) в клинической практике (по результатам ФГДС).

5. Сформулируйте и обоснуйте план лечения пациентки.Назовите основные направления в терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, и какие группы препаратов следует назначить в настоящее время.

**Задача 51.**

Илья К. 16 лет обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на боли в эпигастральной области, возникающие преимущественно после приѐма жирной пищи, отрыжку воздухом до 15 раз в сутки, периодически привкус горечи во рту, редко изжога (1 раз в неделю). Около 6 месяцев назад появились боли в животе и изжога. Первое время эти симптомы возникали периодически, в основном после переедания, но в последний месяц симптомы стали навязчивыми, вызывали значительный дискомфорт.Мальчик стал быстро уставать, ухудшилась успеваемость в школе.Питание с большими перерывами, злоупотребляет едой всухомятку.Курит по 1-2 сигареты в день.Алкоголь – пиво 1-2 раза в месяц.

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

Общий анализ крови: гемоглобин - 128 г/л, цветной показатель - 0,91, эритроциты - 4,2×1012/л; лейкоциты - 7,4×109/л; палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы- 53%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 36%, моноциты - 7%, СОЭ - 6 мм/час.Биохимический анализ крови: общий белок - 74 г/л, АлАТ - 17 Ед/л, АсАТ - 22 Ед/л, ЩФ - 138 Ед/л, амилаза - 100 Ед/л, тимоловая проба - 4 единиц, билирубин - 15 мкмоль/л.

ЭФГДС – слизистая пищевода в нижней трети гиперемирована, отѐчна, гиперемия по типу «языков пламени», на задней стенке эрозия до 0,3 см, кардия смыкается недостаточно, находится ниже пищеводного отверстия диафрагмы.В желудке желчь, слизистая антрального отдела гиперемирована, умеренно отечна.Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарных отделов гиперемирована. Цитологическое исследование на Нр (-)

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назовите этиопатогенетические причины и предрасполагающие факторы для возникновения данной патологии у детей старшего возраста.

4. Перечислите осложнения данной патологии у детей.

5. Перечислите принципы лечения данного ребѐнка.

**Задача 52.**

Девочка М. 16 лет пришла на приѐм к врачу-педиатру участковому с жалобами на боли в животе, чувство жжения за грудиной, отрыжку кислым, воздухом, изжогу.

Из анамнеза: ребѐнок от первой беременности, протекавшей на фоне тяжѐлой внутриутробной гипоксии плода, срочных самостоятельных родов. На 1 году жизни находился под наблюдением у невропатолога с диагнозом перинатальная энцефалопатия ишемически-гипоксического генеза.

Боли в животе беспокоят в течение 3 лет.Амбулаторно не обследовалась, лечение не получала.В течение последнего года у девочки появилась изжога, отрыжка, периодически отмечающиеся эпизоды кашля по ночам. Наследственность отягощена: у матери – хронический гастрит, у отца – эрозивный дуоденит.

 Объективно: масса 48 кг, рост 158 см. Состояние средней тяжести. Положение активное. На осмотр реагирует адекватно.Кожные покровы чистые, отмечается мраморный рисунок. Питание удовлетворительное. Тонус и сила мышц не нарушены.Скелет развит пропорционально, без деформации.Над лѐгкими перкуторно – ясный лѐгочный звук.Аускультативно – везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД- 18 в 1 минуту.Тоны сердца средней звучности, ритм правильный.Ps - 78 в 1 минуту.Язык обложен у корня неплотным налѐтом белого цвета.Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в области эпигастрия.Печень у края рѐберной дуги.Стул и диурез не нарушены.

Лабораторные данные. Общий анализ крови: эритроциты - 4,5×1012/л, гемоглобин - 124г/л, цветной показатель - 0,9, лейкоциты - 6,5×109/л; эозинофилы - 1%; палочкоядерные нейтрофилы - 3%; сегментоядерные нейтрофилы - 57%; лимфофиты - 31%; моноциты - 8%, СОЭ - 8 мм/ч. Общий анализ мочи: количество – 50,0 мл, удельный вес- 1019, прозрачность полная, сахар – нет, белок – нет, лейкоциты – 1-2-0-1 в поле зрения; эпителиальные клетки - единиц в поле зрения.

Биохимический анализ крови: билирубин общий - 14,1 мкмоль/л, прямой - 2,5 мкмоль/л, АЛТ - 48,1 нм/сл.

ФЭГДС: отмечается отѐк, сливные эрозии слизистой пищевода. Слизистая антрального отдела желудка резко гиперемирована, отечна.Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки гиперемирована.HELPIL-тест – резко положительный.

**Вопросы:**

1.Предположите наиболее вероятный диагноз.

2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3.Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие препараты следует назначить пациенту?

5.Через какой промежуток времени и какими препаратами можно повторно проводить эрадикацию Helicobacterpylori?

**Задача 53.**

На приѐме у врача-педиатра участкового мальчик 12 лет.В течение последнего года беспокоят боли в эпигастральной области, редко боли за грудиной, изжога, отрыжка, тошнота.При эзофагогастродуоденоскопии выявлен эрозивный эзофагит. Тест на антитела к Нelicobacterpylori ИФА-методом – отрицательный. Выставлен диагноз «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (рефлюкс-эзофагит II(B) степени)».

**Вопросы:**

1.Какую схему терапии Вы назначите? Обоснуйте свой выбор.

2.Из группы ингибиторов протонной помпы какой препарат менее предпочтителен? Обоснуйте.

3.Почему из прокинетиков выбран Домперидон, а не Метоклопрамид?

4.Можно ли в данной ситуации для усиления эффекта назначить Висмута трикалия дицитрат? Обоснуйте.

5.Нужна ли в данной ситуации эрадикационная терапия?

**Задача 54.**

Девочка 12 лет больна в течение года. Жалобы на «голодные» боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5–2 часа после еды, ночью; отрыжка кислым.

Из анамнеза: у матери ребѐнка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца – гастрит, у бабушки по линии матери – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Акушерский и ранний анамнез без патологии.Учится в специальной школе, занимается хореографией.

Осмотр: правильного телосложения. Кожа бледно-розовая, чистая.Живот при поверхностной и глубокой пальпации с небольшим мышечным напряжением и болезненностью в эпигастрии и пилородуоденальной области.Печень не увеличена.Стул регулярный, оформленный.По другим органам без патологии.

Общий анализ крови: Нb – 128 г/л, цветовой показатель – 0,91, эритроциты – 4,2×1012/л; лейкоциты – 7,2×109/л; палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 51%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 36%, моноциты – 7%, СОЭ – 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-жѐлтый, прозрачный; рН – 6,0; плотность – 1017; белок – нет; сахар – нет; эпителиальные клетки – 1–2–3 в поле зрения; лейкоциты – 2–3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, АлАТ – 19 Ед/л, АсАТ – 24 Ед/л, ЩФ – 138 Ед/л, амилаза – 100 Ед/л, тимоловая проба – 4 ед, билирубин – 15 мкмоль/л, из них связанный билирубин – 3 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания.Слизистая луковицы дуоденум очагово гиперемирована, отѐчная, на задней стенке язвенный дефект 0,8×0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++).

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55×21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки 1 мм.В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены.Поджелудочная железа обычных размеров и эхогенности.

Дыхательный уреазный тест: положительный.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Укажите эндоскопические признаки хеликобактериоза.

3. Перечислите основные методы диагностики HP-инфекции.

4. Оцените картину УЗИ.

5. Современные принципы лечения данного заболевания.Предложите схему лечения данному ребѐнку.

**Задача 55.**

Мальчик 13 лет обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на интенсивные ночные боли в эпигастральной области, рвоту с примесью желчи, возникающую на фоне болевого синдрома (приносит облегчение), отрыжку горьким, кислым, слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, нерегулярный стул, 1 раз в 2–3 дня.

Из анамнеза известно, что ребѐнок болен в течение пяти лет, обострение заболевания чаще весной и осенью.

Наследственный анамнез: у папы – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

При осмотре состояние средней степени тяжести.Мальчик астенического телосложения.Кожные покровы чистые. Дыхание везикулярное, ЧДД – 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту. При осмотре ротовой полости язык с гипертрофированными сосочками, обложен бело-жѐлтым налѐтом.Живот болезненный в собственной эпигастральной области и пилородуоденальной зоне.

Лабораторные и инструментальные данные: фиброгастроскопия (ФГС) (луковица 12-перстной кишки стенозирована до 0,5 см практически всю заднюю стенку занимает хроническая язва 1,5×2,5 см, из-за деформации луковица полностью не просматривается, найти выходное отверстие и провести через него аппарат не удаѐтся), обследование на HP- инфекцию: а/т к HP +.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Обоснуйте сформулированный диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Укажите заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз.

5. Определите тактику лечения и обоснуйте еѐ.

**Задача 56.**

На приѐме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком 10 лет.Со слов матери, ребенок предъявляет жалобы на болевой синдром (в собственно эпигастральной и околопупочной областях, ноющего характера, возникающие после еды), диспепсический синдром (изжога, отрыжка кислым и горьким), астеновегетативный синдром (слабость, утомляемость, головную боль).

Из анамнеза известно, что мальчик болен в течение 3 лет, не обследован. Наследственный анамнез: у отца и матери – язвенная болезнь желудка. В питании употребляет газированные напитки.Мальчик проживает в селе, помогает родителям на приусадебном хозяйстве.

При осмотре состояние средней степени тяжести.Кожные покровы физиологической окраски.Язык обложен жѐлто-зелѐным налѐтом у корня.Перкуторный звук лѐгочный, дыхание везикулярное. ЧДД – 22 в минуту. Границы сердца не расширены.Тоны сердца ритмичные.ЧСС – 84 удара в минуту, АД – 130/75 мм. рт. ст. Живот мягкий, болезненный в собственной эпигастральной области, симптом Менделя (+).Печень по краю рѐберной дуги, мягко-эластической консистенции.Селезѐнка не пальпируется.

Лабораторные и инструментальные методы исследования: ФГС (в пищеводе язвенный дефект 1,0×0,5 см, линейные эрозии, гиперемия абдоминального отдела).

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Обоснуйте сформулированный диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Укажите заболевания с которыми следует провести дифференциальный диагноз.

5. Определите тактику лечения и обоснуйте еѐ.

**Задача 57.**

Врач-педиатр участковый осматривает на первичном патронаже девочку Л. в возрасте 6 дней. Из анамнеза известно, что ребѐнок от женщины 26 лет от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре. Роды в срок, слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином. Первый период - 12 часов, второй - 25 минут, безводный промежуток - 10 часов. В родах отмечалось затрудненное выведение плечиков. Масса при рождении 4200 гр, длина 54 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. После рождения ребѐнок беспокойный, отмечается гипервозбудимость, мышечная дистония, объѐм активных движений в левой руке снижен. В роддоме проводилось лечение Сернокислой магнезией, Викасолом, на пятые сутки выписан домой.

При осмотре состояние ребѐнка средней тяжести. Кожные покровы розовые, мраморность рисунка. Пупочная ранка сухая. В лѐгких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под рѐберного края на 1,5 см, селезѐнка не пальпируется. Стул жѐлтый кашицеобразный. Окружность головы 37 см, большой родничок 2×2см. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Рефлексы новорожденных: орального автоматизма+, но ладонно-ротовой слева -, хватательный и рефлекс Моро слева резко снижены. Мышечный тонус дистоничен, в левой руке снижен, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах, движения в пальцах сохранены. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается. На опоре сидит, автоматическая походка вызывается. Рефлексы ползания +, защитный +, спинальные +.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. В консультации каких специалистов нуждается ребѐнок?

5. С какого возраста данному ребѐнку необходимо начать проведение профилактики рахита?

**Задача 58.**

На патронаже новорождѐнная девочка, возраст – 7 сутки жизни. Родилась с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов, с массой тела 3400 г, длиной 52 см. Мать ребѐнка жалоб не предъявляет.

Из анамнеза: матери ребѐнка 22 года, здорова, беременность первая, протекала на фоне анемии и преэклампсии лѐгкой степени (отѐчная форма) с 34 недель, роды срочные (39 недель), самостоятельные, без осложнений. Состояние ребѐнка с рождения удовлетворительное. К груди была приложена в родильном зале. Сосательный рефлекс был активный. На 3 сутки жизни появилась умеренно выраженная желтушность кожного покрова. На 5 сутки ребѐнок был выписан под наблюдение участкового педиатра с Ds: здоров.

При объективном исследовании: состояние удовлетворительное. При кормлении активна. Спонтанная двигательная активность достаточная. Рефлексы орального и спинального автоматизма выражены хорошо. Кожа желтушная, чистая, пупочное кольцо без воспалительных изменений. Слизистые носа, полости рта розовые, чистые. Склеры субиктеричны, коньюнктивы чистые. Физиологический мышечный гипертонус. Костно-суставная система сформирована правильно. ЧД - 48 в минуту, ЧСС - 136 в минуту. Аускультативно дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень выступает из-под края рѐберной дуги на 1 см, селезѐнка не определяется. Мочеиспускания частые, моча светлая прозрачная. Стул кашицеобразный, почти после каждого кормления, жѐлтого цвета.

По данным обследования из выписки из родильного дома:

ОАК (общий анализ крови): лейкоциты – 9,0×109/л, эритроциты – 5,0×1012/л, гемоглобин – 180 g/L, тромбоциты – 220×109/л; эозинофилы – 4%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, лимфоциты – 41%, моноциты – 5%, СОЭ – 3 мм/час.

Биохимическое исследование крови: общий белок – 54 г/л, общий билирубин – 180 ммоль/л за счѐт непрямого, непрямой билирубин – 145 ммоль/л, АЛТ – 20 ммоль/л, АСТ – 18 ммоль/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, мочевина – 4,2 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л.

Ребѐнок БЦЖ - вакцинирован, отказ от вакцинации против гепатита В со стороны матери.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Дальнейшее наблюдение данного ребѐнка на амбулаторном этапе.

4. Какие клинические симптомы будут свидетельствовать о данном заболевании необходимости дальнейшего обследования и лечения в условиях стационара?

5. Составьте план вакцинопрофилактики для данного ребѐнка на первые 3 месяца.

**Задача 59.**

У ребѐнка Е. после рождения констатировали полное отсутствие движения в левой руке, отмечена патологическая подвижность в верхней трети левой плечевой кости, в этом же месте появилась припухлость, крепитация. Ребѐнок ведет себя крайне беспокойно,особенно беспокойство усиливается во время осмотра.

Из анамнеза: мать молодая, первородящая, предлежание ягодичное, ожидался крупный плод. Роды самостоятельные, затяжные. Первый период родов 23 часа, второй период 45 минут, применено ручное акушерское пособие в родах. Оценка по шкале Апгар 5/8 баллов. Проведены реанимационные мероприятия.

Масса 3900,0 г; рост 56 см, окружность головы 36 см, окружность грудной клетки 34 см.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.

2. Назначьте обследование для подтверждения диагноза.

3. Назначьте лечение.

4. Определите исход. Наблюдение каких специалистов показано в поликлинике?

5. Укажите методы лечения болевого синдрома

**Задача 60.**

Девочка А. родилась от матери 26 лет, соматически здоровой, от 2 беременности, 2 родов. Вредные привычки отрицает. На учѐте в женской консультации состояла с 9 недель. Беременность протекала с преэклампсией. Роды в 39 недель. На момент рождения состояние ребѐнка удовлетворительное. Оценка по шкале В. Апгар на первой минуте 8 баллов, на пятой 9 баллов. Масса тела 3100 г, длина тела 51 см. Приложена к груди в родовом зале. Ребѐнок находился в палате «мать и дитя» с первых суток. На 3 сутки жизни при обходе врача-неонатолога мама обратила внимание на симметричное увеличение молочных желѐз, кожа над ними была слегка гиперемирована, наблюдались скудные выделения беловато-молочного цвета, кроме того у ребѐнка отмечался отѐк больших половых губ и обильное слизистое отделяемое серовато-белового цвета. Температура тела 36,5 °С. На осмотр реагирует адекватно, в сознании, крик громкий, эмоциональный, ребѐнок активный. Находится на грудном вскармливании, сосѐт активно, грудь захватывает хорошо, питание удерживает. У матери лактация достаточная.

Клинический анализ крови: Нb – 186 г/л, эритроциты – 5,4×1012/л, цветовой показатель – 0,99, тромбоциты – 288×109/л, лейкоциты – 9,2×109/л, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 47%, лимфоциты – 42%, моноциты – 8%, СОЭ – 7 мм/час.Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жѐлтый, реакция – кислая, удельный вес – 1003, белок отсутствует, эпителий плоский – 1–2 в поле зрения, лейкоциты – 1–2 в поле зрения, эритроциты – нет, цилиндры – нет.

**Вопросы:**

1. Опишите возникшее состояние у ребѐнка.

2. Обоснуйте транзиторное состояние.

3. Требуется ли лечение названного транзиторного состояния? Проведите

профилактику мастита у новорождѐнного.

4. Назначьте питание ребѐнку, обоснуйте свой выбор.

5. Определите прогноз данного состояния.

**Задача 61.**

Мальчик 3 дней жизни поступил в отделение патологии новорождѐнных (ОПН) из родильного отделения с диагнозом «кишечное кровотечение». Беременность у матери протекала с угрозой прерывания на сроке 32–34 недели, в связи с чем находилась на стационарном лечении. Роды на 38 неделе, масса ребѐнка при рождении – 2950 г, длина – 51 см. Оценка по шкале Апгар – 6/7 баллов. К груди приложен в первые сутки. На 3 день жизни у ребѐнка отмечалась однократная рвота «кофейной гущей» и мелена. В связи с чем ребѐнку был введѐн 1% раствор Викасола – 0,3 мл, внутрь назначена Аминокапроновая кислота. Не смотря на проводимое лечение, у ребѐнка сохранялась мелена. При осмотре состояние ребѐнка средней тяжести, кожные покровы субиктеричные, в лѐгких дыхание пуэрильное, тоны сердца ритмичные, звучные. Ребѐнок вялый, рефлексы новорождѐнного угнетены, мышечный тонус и двигательная активность снижены. Живот доступен пальпации, мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края рѐберной дуги на 1 см, селезѐнка не пальпируется, стул – мелена.

Общий анализ крови: гемоглобин – 180 г/л, эритроциты – 5,4×1012/л, цветовой показатель – 1,0, тромбоциты – 310×109 /л, лейкоциты – 5,9×109 /л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 51%, лимфоциты – 38%, моноциты – 8%, СОЭ – 2 мм/час.

Время кровотечения по Дюке – 2 минуты, время свѐртывания крови – 9 минут, АЧТВ – 90 секунд (норма 40–60 секунд), фибриноген – 2,5г/л (1,5–3 г/л), общий белок – 54 г/л, общий билирубин 196 ммоль/л, непрямой билирубин – 188 мкмоль/л, прямой билирубин – 8 мкмоль/л, мочевина – 4,2 ммоль/л, АСТ – 38 ед., АЛТ – 42 ед.

НСГ: рисунок борозд и извилин сглажен, гидрофильность тканей мозга, эхогенность подкорковых ганглиев повышена.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Укажите, с какими заболеваниями, сопровождающимися геморрагическим синдромом, следует дифференцировать данное заболевание?

3. Обозначьте план обследования.

4. Назначьте лечение данному ребѐнку.

5. Составьте план диспансерного наблюдения за ребѐнком.

**Задача 62.**

Девочка Р. 5 дней родилась от первой беременности, протекавшей с лѐгким токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении – 3100 г, длина – 51 см. Закричала сразу, к груди приложена в течение 10 минут после рождения. Состояние за время наблюдения в последующие дни оценивалось удовлетворительным. Масса тела на 4 сутки составила 2951 г. На 5 сутки жизни появилось нагрубание молочных желѐз, молочные железы увеличены с обеих сторон до 2 см, при надавливании выделяется бело-молочная жидкость.

 Состояние ребѐнка удовлетворительное, сосѐт хорошо, активна, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на крыльях носа, переносице имеются беловато-желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота – крупнопластинчатое шелушение. В лѐгких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчѐтливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края рѐберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезѐнка не пальпируется. Стул с непереваренными комочками, прожилками слизи, примесью жидкости, учащѐн до 7–8 раз.

Общий анализ крови: гемоглобин – 186 г/л, эритроциты – 5,6×1012/л, лейкоциты – 6,4×109 /л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 42%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 45%, моноциты – 7%, СОЭ – 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жѐлтый, реакция кислая, удельный вес – 1004, эпителий плоский – много, лейкоциты – 2–3 в поле зрения, эритроциты – 4–5 в поле зрения, соли – кристаллы мочевой кислоты, белок – отрицателен.

**Вопросы:**

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребѐнка?

2. С чем связана физиологическая убыль массы тела ребѐнка?

3. Оцените результаты общего анализа крови и общего анализа мочи. Необходима ли консультация врача-нефролога?

4. С чем связано изменение характера стула? Требуется ли экстренная коррекция?

5. Чем объяснить увеличение молочных желѐз? Необходима ли консультация хирурга?

**Задача 63.**

Первичный патронаж новорождѐнного.

Девочка 5 дней родилась от первой беременности, протекавшей на фоне анемии и повторной угрозы прерывания. У матери с детства аутоиммунный тиреоидит. Роды на 43 неделе гестации. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Родилась с массой тела - 4100 г, длиной – 50 см, окружность головы – 34 см, окружность груди – 33 см. С первых суток находилась в палате «Мать и дитя», вскармливание грудное в свободном режиме. Выписана домой на 4 сутки.

При осмотре врач-педиатр участковый отмечает признаки незрелости, низкий и грубый голос при плаче, увеличенный язык, иктеричность кожного покрова 1 степени, отѐчность лица и тыльных поверхностей кистей и стоп. Пупочный остаток не отпал. Рефлексы вызываются, но снижены. Мышечная гипотония. Форма головы правильная, большой родничок 3×3см, не напряжѐн. Носовое дыхание свободное. При аускультации дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД - 52 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 110 в минуту. Мама отмечает, что ребѐнок неохотно и вяло сосѐт грудь. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю рѐберной дуги. Селезѐнка не пальпируется. Половые органы сформированы правильно. Стул был дважды, не обильный, жѐлтого цвета, слизи не отмечали. Мочится редко, моча светлая, без запаха.

Из выписки из родильного дома выяснено, что неонатальный скрининг у ребѐнка не проведѐн. Рекомендовано провести в условиях амбулаторного наблюдения.

**Вопросы:**

1. Ваш предполагаемый диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Обоснуйте и составьте план обследования пациента

4. При обследовании ребѐнка уровень ТТГ составил 98,0 мЕД/л. Обоснуйте терапию конкретного ребѐнка.

5. Какова дальнейшая тактика врача-педиатра участкового?

**Задача 64.**

Юра Ф. 12 лет обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на избыточный вес, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость, частые головные боли в

затылочной области.

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

Ребенок от второй беременности, вторых родов в срок, без патологий. Масса тела при рождении 4200 г, длина 52 см.

Осмотр: рост 142 см, масса тела 92 кг, ИМТ - 46 кг/м2 , объем талии 96 см. Кожные покровы обычной окраски, в области живота, ягодиц, бедер – ярко-розовые стрии, подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением жира на животе. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС - 95 уд/минуту, частота дыхания – 19 в 1 минуту. АД - 160/80 мм рт. ст. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень выступает из-под края реберной дуги на 1см.

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – 3,9×1012/л, лейкоциты – 5,5×109 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, эозинофилы – 5%, лимфоциты 37%, моноциты – 5%, СОЭ – 4 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачная, относительная плотность 1015, реакция кислая, белок – нет, сахар – нет, ацетон не определяется.

Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, холестерин – 7,6 ммоль/л, триглицериды – 2,5 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л,

ЛПНП – 3,8 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,9 ммоль/л, глюкоза при проведении СТТГ через 2 часа 8,9 ммоль/л.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.

2. Определите и обоснуйте дополнительные инструментальные исследования.

3. В консультации каких специалистов нуждается ребѐнок?

4. Современное комплексное лечение больного включает:

5. Назовите критерии эффективности терапии ожирения у детей и подростков.

**Задача 65.**

При оформлении в дошкольное образовательное учреждение у Марины 3 лет выявлено отставание в физическом и умственном развитии. Переехала в район обслуживания детской поликлиники около месяца назад. Рост 78 см, масса тела 15,3 кг.

Мать отмечает, что девочка малоподвижна с первого года жизни, развивалась с отставанием от сверстников: сидит с 10 месяцев, ходит с 18 месяцев, начала говорить в 2 года. По предыдущему месту жительства врачи рассматривали все это как проявления рахита, от которого и лечили, но безуспешно.

Девочка говорит вяло, словарный запас ограничен, голос низкий. В контакт вступает плохо, на вопросы отвечает с трудом, память слабая, узнает только членов семьи.

Пропорции тела напоминают таковые у новорожденного. Голова относительно крупных размеров, запавшая и широкая переносица. Макроглоссия, постоянное слюнотечение. Кожа суховата, некоторая отечность без четкой локализации. Волосы тусклые, ломкие. Конечности холодные, шелушение локтей и коленей. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца чистые, приглушенные. Пульс 70 уд/минуту, удовлетворительного наполнения. АД – 75/50 мм рт. ст. Живот несколько увеличен в размерах, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул со склонностью к запорам.

Анализ крови: эритроциты – 3,2×1012/л, гемоглобин – 92 г/л, цветной показатель – 0,9, СОЭ – 12 мм/час, лейкоциты – 5,5×109 /л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 47%, лимфоциты – 42%, моноциты – 5%, холестерин крови 12 ммоль/л.

Анализ мочи: относительная плотность 1014, сахара, белка нет, эпителий плоский – 3-4 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроцитов нет.

Тиреостат: ТТГ в сыворотке крови 42 мкЕд/мл, Т4 свободный 3,1 мкЕд/мл.

**Вопросы**:

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Какие дополнительные исследования надо назначить?

3. Перечислите основные клинические признаки данного заболевания.

4. Перечислите характерные лабораторные диагностические показатели данного заболевания.

5. Определите дальнейшую тактику ведения ребенка.

**Задача 66.**

Пациентка 14 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на повышенную раздражительность, неспокойный сон, неустойчивое настроение, выраженную потливость (особенно при волнении), похудание при сохраненном аппетите, сердцебиение, периодически жидкий стул. Перечисленные симптомы появились около 3 месяцев назад, по этому поводу не обследовалась и не лечилась.

От второй нормально протекавшей беременности. Роды вторые, срочные. Вес при рождении – 3100 г, длина – 51 см. Ранний анамнез без особенностей. Мать и отец здоровы.

Состояние при осмотре средней степени тяжести, самочувствие неудовлетворительное. Рост – 157 см, вес – 40 кг. Телосложение пропорциональное. Кожные покровы повышенной влажности, физиологической окраски, чистые. Отмечается повышенный блеск глаз, умеренный экзофтальм, гиперпигментация век, дрожание век при смыкании. Зев не гиперемирован. Щитовидная железа увеличена (эффект «толстой шеи»), несколько уплотнена при пальпации, узлы не пальпируются. Обращено внимание на тремор пальцев рук. Дыхание в лѐгких везикулярное. Тоны сердца ритмичные, 140 ударов в минуту, АД – 140/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Стадия полового развития по Таннер – В4Р4. Менархе в 13 лет.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте сформулированный диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

4. Укажите заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз.

5. Определите тактику лечения и обоснуйте ее.

**Задача 67.**

Пациентка 17,5 лет госпитализирована в стационар с жалобами на избыточный вес, периодическую жажду, сухость во рту.

Ожирение диагностировано в возрасте 6 лет. Врачебные рекомендации относительно диеты и режима физических нагрузок не соблюдала, злоупотребляет мучными изделиями, физическая активность недостаточна. С 9 лет – артериальная гипертензия, назначены ингибиторы АПФ.

Наследственность отягощена по ожирению и сахарному диабету 2 типа по линии матери.

От третьей беременности, протекавшей с осложнениями: при сроке гестации 30 недель диагностирован гестационный диабет, до наступления беременности – ожирение и артериальная гипертензия. Роды вторые при сроке гестации 38 недель, вес при рождении 3800 г, длина 52 см. Находилась на искусственном вскармливании, в развитии от сверстников не отставала. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, острый тонзиллит.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Вес 105 кг, рост 169 см. Пропорционального телосложения, избыточного питания с равномерным отложением подкожно-жировой клетчатки. Стрии багрового цвета в области тазового пояса. Зев не гиперемирован. Запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. Перкуторный звук надлегкими легочный. Дыхание везикулярное. Перкуторные границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ритмичные, чистые, ЧСС – 72 удара в минуту, АД – 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Щитовидная железа не увеличена. Стадия полового развития по Таннер: В5Р5. Менструации с 12 лет, регулярные.

Гликемический профиль: 7:00 – 11,4 ммоль/л; 11:00 – 13,4 ммоль/л; 13:00 – 10,4 ммоль/л; 15:00 – 15,0 ммоль/л; 18:00 – 10,4 ммоль/л; 20:00 – 14,4 ммоль/л; 23:00 – 11,3 ммоль/л.

HbA1с – 9,3%. С-пептид – 1483 пмоль/л (N=298-2450).

Ацетон в моче – 0.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Обоснуйте сформулированный диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

4. Укажите возможные осложнения ожирения.

5. Определите тактику лечения и обоснуйте ее.

**Задача 68.**

В отделение интенсивной терапии поступил мальчик 5 лет.

Ребенок от второй беременности, протекавшей с нефропатией, вторых срочных родов, родился с массой 4000 г, ростом 52 см.

Из анамнеза известно, что ребенок часто болеет острыми респираторными заболеваниями. После перенесенного стресса в течение последних 1,5 месяцев отмечалась слабость, вялость. Ребенок похудел, начал много пить и часто мочиться. На фоне заболевания гриппом состояние ребенка резко ухудшилось, появилась тошнота, переходящая в повторную рвоту, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость.

Мальчик поступил в отделение интенсивной терапии в тяжелом состоянии, без сознания. Дыхание шумное (типа Куссмауля). Кожные и ахилловы рефлексы снижены. Кожные покровы сухие, тургор тканей и тонус глазных яблок снижен, черты лица заострены, выраженная гиперемия кожных покровов в области щек и скуловых дуг. Пульс учащен до 140 ударов в минуту, АД – 75/40 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Живот при пальпации напряжен. Мочеиспускание обильное.

Общий анализ крови: Нb – 135 г/л, эритроциты – 4,1×1012/л, лейкоциты – 8,5×109/л; нейтрофилы: палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 50%; эозинофилы – 1%, лимфоциты – 35%, моноциты – 10%, СОЭ – 10 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – желтый, прозрачность – слабо мутная; удельный вес – 1035, реакция – кислая; белок – нет, сахар – 10%, 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: рН – 7,1; рО2 – 92 мм рт. ст.; рСО2 – 33,9 мм рт. ст.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Обоснуйте необходимую терапию данному больному.

5. Нуждается ли больной в дальнейшем в гормональной терапии?

**Задача 69.**

На приѐме у врача-педиатра участкового мать с ребѐнком 2,5 лет. Мать предъявляет жалобы на быструю утомляемость сына, слабость, одышку при минимальной физической нагрузке, сердцебиение и боли в области сердца.

Мальчик от третьей беременности, протекавшей с обострением хронического пиелонефрита в 4–6 недель. Роды в 38 недель, кесарево сечение. Масса тела 3100 г, длина 50 см.

Перенесѐнные заболевания – частые ОРВИ, пневмония в 6 месяцев и 1,5 года.

С 6 месяцев появилось посинение лица, вялость, беспокойство во время кормления. Мальчик стал плохо прибавлять в весе.

В 8 месяцев впервые появился эпизод шумного глубокого дыхания, ребѐнок посинел. Далее эти приступы стали повторяться 1–2 раза в месяц.

На 2 году жизни ребѐнок во время приступов одышки и цианоза несколько раз терял сознание, развивались судороги.

Вес 12,5 кг, рост 102 см. Кожные покровы бледно-синюшные. Подкожно-жировой слой снижен. Слизистые ротовой полости бледно-цианотичные. Зубы кариозные. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногти напоминают «часовые стѐкла». ЧСС – 102 удара в минуту. Границы сердца: правая на 1 см кнаружи от правой парастернальной линии, верхняя – верхний край III ребра, левая – на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. При аускультации I тон громкий, выслушивается грубый систолический шум во II межреберье справа, проводится на спину. II тон во втором межреберье слева ослаблен. АД на руках – 90/55 мм рт. ст. АД на ногах – 100/60 мм рт. ст. При перкуссии лѐгких звук с коробочным оттенком. ЧД – 26 в минуту. Отѐков нет.

В общем анализе крови: эритроциты – 5,7×1012/л; Hb – 158 г/л; лейкоциты – 4,11×109/л; эозинофилы – 3%; палочкоядерные – 3%; сегментоядерные – 48%; моноциты – 9%; лимфоциты – 37%; СОЭ – 12 мм/ч.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента, назовите изменения, выявляемые при инструментальных методах диагностики.

4. Назовите составляющие компоненты выявленного врожденного порока сердца.

5. Определите тактику врача-педиатра участкового при купировании одышечно-цианотического приступа. Назовите препараты, введение которых противопоказано.

**Задача 70.**

Мать с ребѐнком 3 месяцев на приѐме у врача-педиатра участкового предъявляет жалобы на одышку у сына, недостаточную прибавку в весе.

Из анамнеза известно, что ребѐнок от первой беременности, в 5 недель беременности мама перенесла ОРВИ. Ребѐнок родился в срок с массой 3000 г, ростом 50 см, закричал сразу. К груди приложен в родовом зале, сосал вяло.

Вскармливание естественное. Прибавки в весе составляют по 400–500 г в месяц.

Ребѐнок перенес бронхит в 2 месяца.

Общее состояние тяжѐлое. Ребѐнок вялый, пониженного питания. Кожные покровы бледные, чистые. При плаче и кормлении отмечается цианоз носогубного треугольника. Ушные раковины аномальной формы, «готическое» нѐбо, имеются и другие стигмы дизэмбриогенеза. ЧД – 56 в минуту в покое. Перкуторный звук над лѐгкими с коробочным оттенком. Дыхание жѐсткое, выслушиваются единичные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах лѐгких. Верхушечный толчок пальпируется в 4–5 межреберье слева. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1 см кнаружи от края грудины, верхняя – второе межреберье, левая – на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. ЧСС – 152 удара в минуту в покое. Тоны сердца громкие, ритмичные, во всех точках аускультации выслушивается систолический шум, проводящийся в межлопаточное пространство. Расщепление II тона над лѐгочной артерией (ЛА). Живот мягкий, безболезненный, печень + 3,5 см. Отѐчность голеней, лодыжек. Пульсация на бедренных артериях не определяется. АД на левой руке – 150/80 мм рт. ст., на левой ноге – 50/30 мм рт. ст.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента, назовите изменения, выявляемые при инструментальных методах диагностики.

4. Назовите технику измерения и методику оценки артериального давления у ребѐнка 1 года жизни.

5. Обоснуйте ускоренный порядок направления ребѐнка на оперативное лечение.

**Задача 71.**

В стационар на обследование поступил ребѐнок 3 месяцев. Мать жалуется на периодически появляющуюся одышку у ребенка, при кормлении делает паузы, вдохи, становится беспокойным, отстаѐт в массе тела.

При осмотре выявляется бледность, мраморность кожных покровов с небольшим периферическим акроцианозом, гипергидроз кожных покровов. Обращает внимание одышка по типу тахипноэ с участием вспомогательной мускулатуры (ЧД – 54 в минуту), кашель при перемене положения ребѐнка. Верхушечный толчок смещѐн влево, вниз; сердечный толчок усилен, приподнимающийся. При пальпации улавливается систолическое дрожание в 3–4 межреберье слева. Границы сердечной тупости расширены в обе стороны, больше влево. Выслушивается грубый продолжительный систолический шум в 3–4 межреберье слева, одновременно на верхушке сердца определяется мезодиастолический шум. Усиление 2 тона на лѐгочной артерии. ЧСС – 150 ударов в минуту. В лѐгких жѐсткое дыхание, хрипов нет. Отмечается небольшое увеличение печени (+3 см из-под края рѐберной дуги), пальпируется край селезѐнки.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз, определите стадию недостаточности кровообращения.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какое неотложное состояние может возникнуть у пациента, к какому осложнению оно может привести?

5. Какая группа препаратов используется для лечения данной стадии недостаточности кровообращения путем снижения объѐма циркулирующей крови и уменьшения нагрузки на сердце, какой из препаратов этой группы чаще всего используется для неотложной терапии?

**Задача 72.**

На приѐме у врача-педиатра участкового мать с девочкой 9 лет. Со слов матери, ребенок жалуется на боли в голеностопных, коленных, тазобедренных суставах мигрирующего характера, припухлость суставов, лихорадку до фебрильных цифр. Данные жалобы беспокоят в течение четырѐх дней.

Из анамнеза заболевания известно, что три недели назад перенесла назофарингит с лихорадкой, лечение симптоматическое. В настоящий момент физическая активность на фоне заболевания несколько ограничена из-за болевого суставного синдрома, сопровождается быстрой утомляемостью, сердцебиением.

Из анамнеза жизни известно, что девочка проживает в многодетной малообеспеченной семье в частном доме. Аллергологический, наследственный анамнез не отягощѐн. Травмы накануне настоящего заболевания отрицает.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Рост 130 см, вес 21 кг. При ходьбе хромает. Кожные покровы умеренной влажности бледно-розового цвета, над правым коленным и левым голеностопным суставами кожа гиперемирована, суставы горячие на ощупь, движения в них ограничены из-за болезненности. Отмечается дефигурация правого коленного и левого голеностопного суставов. При осмотре полости рта слизистая розовая, чистая, без налѐтов. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы. В лѐгких дыхание везикулярное, проводится равномерно, хрипов нет, ЧД – 20 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные, нежный систолический шум в I и V точках аускультации с иррадиацией в подмышечную область, акцент II тона на лѐгочной артерии. ЧСС – 92 удара в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурий нет. Отѐков нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – 4,5×1012/л, лейкоциты – 12,4×109/л, палочкоядерные – 7%, сегментоядерные – 56%, лимфоциты – 27%, моноциты – 2%, эозинофилы – 8%, СОЭ – 37 мм/час, антистрептолизин-О – 450 МЕ/мл.

По ЭхоКГ отмечается краевое утолщение створок митрального клапана, признаки митральной регургитации I степени.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назначьте медикаментозное лечение Вашему пациенту. Обоснуйте свой выбор.

5. На фоне проводимой терапии клинически отмечена быстрая положительная динамика. Через 14 дней было проведено контрольное обследование, по результатам которого признаков деструктивного синовита и приобретѐнного порока сердца не выявлено, митральный клапан по данным ЭхоКГ не изменѐн. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**Задача 73.**

Мальчик К. 11 месяцев на приѐме у врача-педиатра участкового с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 7,0 кг), появление одышки и периорального цианоза при физическом или эмоциональном напряжении. Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с двухмесячного возраста, при кормлении отмечалась быстрая утомляемость вплоть до отказа от груди. Бронхитами и пневмониями не болел. При осмотре: кожные покровы с цианотичным оттенком, периферический цианоз, симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Область сердца визуально не изменена, границы относительной сердечной тупости: левая – по левой средне-ключичной линии, правая – по правой парастернальной линии, верхняя – II межреберье. Тоны сердца звучные. ЧСС – 140 ударов в минуту. Вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум жѐсткого тембра, II тон ослаблен во втором межреберье слева. В лѐгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД – 40 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края рѐберной дуги на 1,5 см, селезѐнка не пальпируется.

Дополнительные данные исследования по cito: Общий анализ крови: гематокрит – 49% (норма - 31-47%), гемоглобин – 170 г/л, эритроциты – 5,4×1012/л, цветной показатель – 0,91, лейкоциты – 6,1×109 /л, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 30%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 60%, моноциты - 6%, СОЭ – 2 мм/час.Общий анализ мочи: цвет – светло-жѐлтый, удельный вес – 1004, белок – отсутствует, глюкоза – нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – нет.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обеднение какого круга кровообращения характерно для данных пороков сердца.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента до госпитализации.

4. Какие изменения возможны на рентгенограмме?

5. Необходимо ли назначение сердечных гликозидов у данного больного до осмотра кардиолога?

**Задача 74.**

На профилактическом осмотре 6-месячный ребѐнок. У матери жалоб нет. На грудном вскармливании. Масса тела 7200 г, длина 64 см. Состояние ребѐнка удовлетворительное. Кожа физиологической окраски. Врач-педиатр участковый обратил внимание на гипотермию нижних конечностей. Катаральных проявлений нет. Дыхание пуэрильное, равномерно проводится во все отделы. ЧДД 36 в минуту. Область сердца не изменена, верхушечный толчок умеренно усилен, тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 132 в минуту. По левому краю грудины выслушан средней интенсивности пансистолический шум грубоватого тембра, который определялся и в межлопаточном пространстве. Выявлено резкое снижение пульсации бедренных артерий, отсутствие пульсации артерий тыла стопы. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень +1 см от края рѐберной дуги, селезѐнка не пальпируется. Периферических отѐков нет. Стул, со слов матери, до 4 раз за сутки, без патологических примесей. Мочится без особенностей. Из анамнеза жизни известно, что ребѐнок от четвѐртой беременности, вторых самостоятельных родов в сроке 38-39 недель. Мать на учѐте по беременности в женской консультации не состояла.

Со слов женщины, беременность протекала без особенностей. Масса ребѐнка при рождении 3020 г, длина 50 см. Апгар 6/8 баллов. Выписан из роддома на 3 сутки с диагнозом «здоров». Не привит (отказ). До 6 месяцев семья проживала в другом районе. Врача-педиатра участкового не посещали.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какое дополнительное клиническое исследование должен провести врач-педиатр участковый для уточнения диагноза?

4. Определите дальнейшую тактику врача-педиатра участкового.

5. Есть ли показания к оперативному лечению?

**Задача 75.**

Девочка Даша Н. 12 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на повышение температуры тела до 37,8ºСв вечернее время, боли в коленных и голеностопных суставах «летучего» характера, слабость и утомляемость, сердцебиение и одышку при подъѐме по лестнице на 2 этаж. Анамнез: девочка больна в течение последних трѐх дней, когда появились вышеперечисленные жалобы. Три недели назад жаловалась на боли в горле при глотании, температуру не измеряла, за медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно с применением препаратов местного действия. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Физическое развитие соответствует возрасту. Температура тела 37,7ºС. Кожа бледная. Слизистые зева и ротовой полости розовые, чистые. Периферические суставы визуально не изменены, активные и пассивные движения в них безболезненны, не ограничены. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 20 ударов в минуту. Верхушечный толчок сердца определяется в V межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая на 1,0 см вправо от правого края грудины, верхняя – III ребро, левая – на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, I тон ослаблен, дующий систолический шум на верхушке, ритм правильный, ЧСС - 84 удара в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. Печень на 1 см выступает из-под рѐберного края. Селезѐнка не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите показания к госпитализации данного пациента.

2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента в условиях соматического отделения детского стационара.

3. Уточните и обоснуйте поставленный Вами диагноз с учетом полученных данных проведенного дополнительного обследования. Общий анализ крови: эритроциты - 4,7×1012/л, гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - 12×109 /л (палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 72%, моноциты - 10%, лимфоциты - 14%), тромбоциты - 210×109 /л, СОЭ - 28 мм/час.Общий анализ мочи: реакция - кислая, удельная плотность - 1018, белок и сахар – отрицательные, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – не обнаружены. Биохимия крови: СРБ - 1,5 мг/дл (референс 0-0,5), протеинограмма: общий белок - 68 г/л, альбумины - 53%, глобулины α1 - 8%, α2 - 13%, β - 10%, γ - 16%, КФК-МВ - 28 МЕ/л (0-30), АЛТ - 21 Ед/л (0-33), АСТ - 12 Ед/л (0-32), мочевина – 5,8 ммоль/л, креатинин – 72 мкмоль/л. Титр АСЛО – 542,0 IU/ml (0-150). Высев из зева β- гемолитического стрептококка группы А>103 КОЭ/мл. Электрокардиография: электрическая ось сердца не отклонена, ритм синусовый с ЧСС - 74 в минуту, атриовентрикулярная блокада I степени (интервал PQ - 0,22 сек), усиление биоэлектрической активности миокарда левого желудочка. Эхокардиография: митральный клапан: створки утолщены с краевым фиброзом, регургитация ++; аортальный клапан: створки тонкие, регургитация 0; трикуспидальный клапан: створки тонкие, регургитация +; легочный клапан: створки тонкие, регургитация 0. Левое предсердие не расширено. Фракция выброса: 58%. Наличие перикардиального выпота: нет.

4. Определите и обоснуйте мероприятия и тактику немедикаментозного и медикаментозного лечения.

5. Определите и обоснуйте тактику вторичной профилактики ОРЛ (острая ревматическая лихорадка) у пациента после выписки из стационара.

**Задача 76.**

Мать с ребенком 1 года 2 месяцев на приѐме у врача-педиатра участкового предъявляет жалобы на снижение аппетита, рвоту, потерю массы тела, кашель, одышку у сына.

Из анамнеза известно, что до 1 года ребѐнок развивался в соответствии с возрастом, сидит с 6 месяцев, ходит самостоятельно с 10 месяцев.

В возрасте 11,5 месяцев перенѐс острое респираторное заболевание, сопровождавшееся катаральными явлениями, диспепсическими явлениями (боли в животе, жидкий стул, рвота), отмечалась субфебрильная температура.

Указанные изменения сохранялись в течение 7 дней.

Через 2–3 недели после выздоровления родители отметили, что ребѐнок стал быстро уставать, во время игр отмечалась одышка.

Состояние постепенно ухудшалось: периодически появлялись симптомы беспокойства и влажного кашля в ночные часы, рвота, ухудшился аппетит, мальчик похудел, обращало на себя внимание появление бледности кожных покровов.

Температура не повышалась.

Ребѐнок направлен на госпитализацию для обследования и лечения.

При поступлении состояние расценено как тяжѐлое, аппетит снижен, неактивен.

Вес 10 кг. Кожные покровы бледные.

Частота дыхания – 48 в минуту, в лѐгких выслушиваются единичные, влажные хрипы в нижних отделах слева по передней поверхности.

Область сердца: визуально – небольшой сердечный левосторонний горб, перкуторно границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – по передней подмышечной линии, верхняя – II межреберье.

Аускультативно: ЧСС – 146 ударов в минуту, тоны сердца приглушены, в большей степени I тон на верхушке.

На верхушке выслушивается негрубого тембра систолический шум, занимающий 1/3 систолы, связанный с I тоном.

Живот мягкий, печень +4 см из-под края рѐберной дуги, селезѐнка +1 см.

Отмечаются отѐки в области лодыжек.

Мочеиспускание свободное, безболезненное.

В общем анализе крови: эритроциты – 3,2×1012/л; гемоглобин – 109 г/л; лейкоциты – 8,4×109/л; эозинофилы – 1%; базофилы – 1%; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 27%; лимфоциты – 63%; моноциты – 6%; СОЭ – 34 мм/ч.

В биохимическом анализе крови: СРБ – 64 ЕД; КФК – 275 ЕД/л (референтные значения активности 55–200 ЕД/л); КФК-МВ – 10 мкг/л (референтные значения менее 5 мкг/л); К – 5,2 ммоль/л; Na – 140 ммоль/л.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента, назовите изменения, выявляемые при инструментальных методах диагностики.

4. Назовите основные группы препаратов для лечения данного заболевания.

5. Назовите возможные симптомы гликозидной интоксикации у данного ребѐнка со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС).

**Задача 77.**

На приѐме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком 7 лет. Со слов матери, ребенок жалуется на периодические головные боли, головокружение, слабость, утомляемость в течение последних 2 недель.

Анамнез жизни: ребѐнок от первой беременности, протекавшей на фоне токсикоза 1 половины, угрозы прерывания в 8 недель, ОРВИ (без повышения температуры) в 9 недель. Мать страдает гипертонией, хроническим пиелонефритом, во время беременности обострения процесса не было. На губах у мамы периодически герпетические высыпания. Роды в срок, вес – 2900 г, рост – 52 см. Период новорождѐнности без особенностей. Пищевой, лекарственной аллергии нет. До 4 лет – частые (7–8 раз в год) ОРВИ. Перенѐс ветряную оспу, краснуху. ЭКГ проводилось в возрасте 6 месяцев, со слов мамы, отклонений не было. Привит по возрасту.

Анамнез заболевания: впервые шум в сердце выслушан 5 месяцев назад, от предложенного обследования отказались (по семейным обстоятельствам). В последний месяц стали отмечаться головные боли, боли в сердце, слабость, утомляемость, головокружение. Осмотрен врачом-педиатром участковым, направлен на обследование.

Объективные данные: состояние средней тяжести. Бледен. Вес – 23 кг, рост – 126 см. При осмотре – диспропорциональное развитие мышечной системы – мышцы верхней половины гипертрофированы, конечности холодные на ощупь. Отѐков, пастозности нет. В лѐгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая – 2,0 см от края грудины, левая – на 0,5 см кнаружи от среднеключичной линии. ЧД – 23 в минуту, ЧСС – 100 ударов в минуту. При аускультации – тоны сердца средней громкости, ритмичны, акцент 2 тона на аорте. По левому краю грудины – грубый систолический шум, иррадиирующий в межлопаточное пространство, на сосуды шеи. АД на руках – 140/90 мм рт. ст., на ногах – 90/60 мм рт. ст. Живот обычной формы, печень – нижний край – у края рѐберной дуги. Физиологические отправления не нарушены. Пульс на бедренных артериях не определяется, на кубитальных (локтевой сгиб) – напряжѐнный.

Общий анализ крови: эритроциты – 3,8×1012/л; лейкоциты – 6,8×109/л; тромбоциты – 330×109/л, цветовой показатель – 1,0; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 52%; лимфоциты – 35%; моноциты – 8%; эозинофилы – 3%; СОЭ – 7 мм/час.

Общий анализ мочи – без патологии.

Биохимический анализ крови: общий белок – 58 г/л, глюкоза – 3,8 ммоль/л, мочевина – 4,3 ммоль/л; АлАТ – 31 ЕД/л, АсАТ – 45 ЕД/л; ДФА – 0,18 ЕД.; СРБ – отрицательный.

Рентгенография грудной клетки: очаговых и инфильтративных изменений нет; сердце несколько расширено влево; кардиоторакальный индекс (КТИ) – 0,52; узурация нижних краѐв рѐбер.

ЭКГ: ЭОС – горизонтальная, синусовый ритм с ЧСС – 90 ударов в минуту. Признаки гипертрофии левого желудочка.

ЭХОКС: коарктакция аорты в нисходящем отделе с градиентом давления 47 мм рт. ст. Умеренная гипоплазия аорты во всех отделах. Гипертрофия левого желудочка. Сократительная способность 78%. Диастолическая объѐмная перегрузка левого желудочка. Умеренно расширено левое предсердие.

Осмотр врача-окулиста: глазное дно – ангиопатия сетчатки.

Осмотр врача-стоматолога: полость рта санирована.

Врач-отоларинголог: хронический компенсированный тонзиллит, ремиссия.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назначьте недостающее обследование. Определите тактику дальнейшего ведения больного.

4. Назначьте необходимое немедикаментозное и медикаментозное лечение данному пациенту.

5. Через 2 дня получены результаты суточного мониторирования АД – в коррекции антигипертензионной терапии не нуждается. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

Утверждено на заседании кафедры детских болезней с курсом ПО,

протокол № 8 от 29 апреля 2020 г.

Заведующий кафедрой детских болезней с курсом ПО,

профессор, д.м.н. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Н.А. Ильенкова

Декан педиатрического факультета,

доцент, д.м.н. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.Ю. Галактионова