

**Фонд оценочных средств
для подготовки к государственной итоговой аттестации
по специальности ординатуры «Педиатрия».
Ситуационные задачи**

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Задача 1.

Новорожденный, 4 дней, от второй беременности, протекавшей с токсикозом в 1-й половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричал сразу, выложен на грудь матери, к груди приложен в родовой. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. Масса, тела на 3-и сутки составила 3000 г. На 3 сутки появилось нагрубание молочных желез. При осмотре на 4-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет грудь активно, масса тела 3050 г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на крыльях носа, переносице, имеются беловато-желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота –элементы токсической эритемы, молочные железы увеличены с обеих сторон до 2 см, при надавливании выделяется бело-молочная жидкость; остаток пуповины мумифицирован. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчетливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул с неперевавленными комочками, прожилками слизи до 6 раз в сутки. Общий анализ крови на 3 сутки жизни: НЬ -176 г/л, Эр -5,6х10¹²/л, Ц. п. -0,94, Лейк -8,4х10⁹/л, п/я -5%, с -46%, э -1%, л -41%, м -7%, СОЭ -2 мм/час. Общий анализ мочи на 3 сутки жизни: цвет -соломенно-желтый, реакция -кислая, удельный вес -1004, белок отсутствует, эпителий плоский -много, лейкоциты -2-3 в п/з, эритроциты -4-5 в п/з, цилиндры -нет, соли -кристаллы мочевой кислоты. Биохимический анализ крови на 3 сутки жизни: общий белок -52,4 г/л, билирубин: непрямой -81 мкмоль/л, прямой -нет, мочевины -4,2 ммоль/л, холестерин -3,6 ммоль/л, калий -5,0 ммоль/л, натрий -140 ммоль/л, кальций -2,2ммоль/л, фосфор -1,9 ммоль/л.

Вопросы

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?

2. С какими заболеваниями следует дифференцировать пограничные состояния, в том числе с хирургической патологией? Оцените динамику массы тела. За счет чего отмечалось падение веса в первые дни жизни? Как должна вести себя весовая кривая в ближайшие дни?

3. Чем объяснить нагрубание молочных желез? Необходим ли осмотр хирурга?

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

5. Оцените результаты общего и биохимического анализов крови и анализа мочи. Какие изменения Вы выявили и чем они обусловлены?

6. Дайте рекомендации родителям по уходу за ребенком в домашних условиях?

Задача 2.

Мальчик Б, 6 месяцев, поступил в стационар, жалобы мамы на изменения на коже ребенка, зуд, беспокойство.

Анамнез жизни; ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3050 г, длина - 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложен в родильном зале, сосал удовлетворительно. На естественном вскармливании до 2,5 месяцев, затем переведен на искусственное вскармливание в связи с гипогалактией у матери. Вакцинация БЦЖ в родильном доме, других прививок не проводили.

Анамнез заболевания: после перевода на искусственное вскармливание молочными смесями, у мальчика на коже щек появились участки покраснения с элементами микровезикул, которые а дальнейшем подвергались мокнутию с образованием зудящих корочек. С 4- месячного возраста проводилась частая смена молочных смесей, на фоне чего кожные проявления заболевания усилились, вовлекая в процесс лицо, верхние и нижние конечности, туловище, область ягодиц. Применение наружных медикаментозных средств ("болтушки", кремы, мази, травяные ванны) и антигистаминных препаратов давали кратковременный эффект. Для обследования и лечения ребенок был направлен в стационар. Семейный анамнез: мать - 29 лет, страдает экземой (в настоящее время в стадии обострения); отец - 31 год, страдает поллинозом.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко беспокоен. На волосистой части головы выражены проявления себорейного шелушения в виде «чепчика». Кожные покровы практически повсеместно (за исключением спины) покрыты мокнущими эритематозными везикулами, местами покрыты корочками. За ушами, в области шейных складок, в локтевых и подколенных сгибах, на мошонке и в промежности отмечаются участки с мокнутием и крупнопластинчатым шелушением. Пальпируются периферические лимфатические узлы до 0,5 см в диаметре, безболезненные, эластической консистенции, не спаяны с окружающими тканями. Живот несколько вздут, урчание по ходу кишечника. Печень + 3,0 см из под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул разжиженный, желто-зеленого цвета, с не переваренными комочками и слизью. Моча светлая. Общемозговых, очаговых и менингеальных не выявляется.

Общий анализ крови: Нб-88 г/л. Эр - $3,0 \times 10^{12}/л$, Ц.П.-0,8, Лейк - $11,2 \times 10^9/л$, п/я - 4%, с - 33%, э - 12%, л - 41%, м - 10%, СОЭ - 12 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1010, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - много, лейкоциты - 6-8 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь - нет

Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, мочевины - 3,6 ммоль/л, билирубин общий - 16,7 мкмоль/л, калий - 4,2 ммоль/л, натрий - 139 ммоль/л, кальций ионизированный - 0,95 ммоль/л, железо сыворотки - 8,1 мкмоль/л, железо-связывающая способность сыворотки - 87,9 мкмоль/л, -830 МЕ/л (норма - до 100 МЕ/л).

Вопросы.

1. Ваш диагноз

2. Проведите обоснование диагноза.
3. Перечислите основные патогенетические механизмы развития заболевания у данного больного.
4. Особенности диетотерапии при атопическом дерматите
5. Основные принципы терапии данного заболевания. Какие проблемы могут возникать при неконтролируемом использовании наружных глюкокортикостероидных средств?
6. Показания для оказания медицинской помощи в стационарных условиях детям с атопическим дерматитом
Задача 3.
<p>Больной Р., 1 года 3 месяцев, поступил в отделение с жалобами на рвоту, боли в животе, утомляемость, значительное снижение аппетита, потерю массы тела на 2 кг в течение 2 месяцев.</p> <p>Из анамнеза известно, что мальчик от второй беременности и родов, протекавших физиологически. Развивался 10 месяцев по возрасту. Ходит с 9 мес, в весе прибавлял хорошо. Всегда был подвижен, активен. В возрасте 1 года 2 мес перенес ОРВИ (?). Заболевание сопровождалось умеренно выраженными катаральными явлениями в течение 5 дней (насморк, кашель), в это же время отмечался жидкий стул, температура - 37,2-37,5°C в течение 2 дней.</p> <p>С этого времени мальчик стал вялым, периодически отмечалась рвота, преимущественно по ночам возникали приступы беспокойства, влажного кашля. Стал устывать "ходить ножками". Значительно снизился аппетит. Обращались к врачу, состояние расценено как астенический синдром. В общем анализе крови: НЬ -100 г/л, лейкоциты - $6,4 \times 10^9$/л, п/я - 2%, с -43%, э -1%, б -1%, м - 3%, л - 40%, СОЭ - 11 мм рт.ст. С диагнозом: "Железодефицитная анемия" ребенок госпитализирован. Накануне поступления состояние мальчика резко ухудшилось: был крайне беспокоен, отмечалась повторная рвота, выявлена гепатомегалия до +7 см из-под реберной дуги.</p> <p>При поступлении состояние тяжелое. Выражены вялость, адинамия, аппетит отсутствует. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника, на голених - отеки. В легких жестковатое дыхание, в нижних отделах - влажные хрипы. ЧД -60 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней подмышечной линии. Тоны глухие, систолический шум на верхушке, ЧСС - 160 уд/мин. Печень -+7 см по правой средне-ключичной линии, селезенка+2 см. Мочится мало, стул оформлен.</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> НЬ - 100 г/л, Лейк - $6,3 \times 10^9$/л, п/я - 2%, с -48%, э - 1%, б -1%, л - 40%,</p>

м - 8%, СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес- 1015, белок, глюкоза - отсутствуют, лейкоциты -1-2 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

Вопросы

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите ребенку? Какие дополнительные вопросы вы зададите родителям для уточнения причины заболевания?

2. Какие дополнительные обследования необходимо провести? Какие показатели по данным эхокардиограммы и ЭКГ могут быть изменены?

3. Назначьте лечение данному ребенку.

4. Каков генез абдоминального синдрома у больного? Дифференциальный диагноз, в т.ч. с хирургической патологией.

5. Какие вирусы тропны к миокарду?

6. Составьте план диспансерного наблюдения. Объясните родителя о необходимости регулярного обследования и осмотра педиатра и других специалистов.

Задача 6.

Девочка 16 лет, страдает сахарным диабетом 1-го типа в течение 10 лет. Все это время получает инсулинотерапию аналогами. Больная нарушает диету, режим питания. В анамнезе: трижды кетоацидоз, частые гипогликемии. С 15-ти летнего возраста отмечает появление отеков на лице и ногах, одышку при физической нагрузке. Последние 2 года артериальное давление составляет 180/100- 190/110 мм рт ст. месяц назад появилось ощущение плавающего предмета в правом глазу, ухудшилось зрение. Участились гипогликемии, снизилась потребность в инсулине.

Вопросы

1. Сформулируйте диагноз.

2. Составьте план обследования

3. Опишите предполагаемый план лечения.
Задача 7.
У ребенка 2 лет наблюдают значительное ухудшение самочувствия, резкое снижение аппетита, появление тошноты и рвоты без видимых причин, бледность кожных покровов, возникновение и быстрое нарастание гиподинамии. При пальпации живота определяется неподвижная мелкобугристая опухоль в верхнемедиальных отделах слева, переходящая через среднюю линию живота. При УЗИ живота визуализируется объемное образование внеорганной локализации, размерами 6*8 см, тесно прилежащее к аорте. При рентгенографии черепа выявлены множественные очаги деструкции вблизи швов. Исследование мочи на катехоламины обнаруживает увеличение незрелых фракций катехоламинов.
Вопросы
1. Предположите диагноз
2. Назначьте дополнительные диагностические методы, необходимые для уточнения распространенности опухолевого процесса
3. Какие варианты лечения показаны больному после подтверждения морфологического диагноза и уточнения распространенности процесса
Задача 8.
Условие задачи
<p>Ребенок 4 месяцев. Мама предъявляет жалобы на появление сыпи на лице, ножках, беспокойство ребенка. Из анамнеза жизни известно, что мальчик родился от 1-й беременности, протекавшей на фоне анемии, обострения поллиноза, латентной ИМВП; срочных родов. Масса при рождении 3340 г. Период новорожденности протекал без особенностей. С рождения на грудном вскармливании. Привит согласно Национальному календарю, реакций на введение вакцин не отмечалась. Две недели назад мама самостоятельно ввела ребенку молочную смесь Нутрилак 1 в качестве докорма (считала, что молока недостаточно). После этого заметила появление и в дальнейшем нарастание сыпи, беспокойство, которое мама также связывала с недостатком молока и увеличивала объем молочной смеси в питании ребенка. Объективно: состояние средней степени тяжести. Мальчик беспокойный, плачет. Грудь и молочную смесь сосет активно, необильно срыгивает. Масса тела 5900 г. Кожные покровы сухие, бледно-розовые, на щеках эритема и мокнутие на щеках, эритематозно-папулезные элементы на туловище, опрелости в паховых складках. Сыпь сопровождается зудом, нарушился сон. Температура тела 36,7°C. Слизистые чистые физиологической окраски. ЧДД 36 в минуту. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧСС 122 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, не вздут, доступен пальпации. Мочится свободно, моча светлая. Стул до 6 р/сутки разжиженной желтой кашкой без патологических примесей.</p> <p>Обследован: Общий анализ крови: Эр – $4,2 \cdot 10^{12}/л$; гемоглобин- 130 г/л; цветовой показатель - 0,85; лейкоциты – $12,4 \cdot 10^9 /л$; п/я - 4%, с/я - 34%, э -7%, л - 67%, м - 8%; СОЭ 15 мм/час. Лечение не получал. Известно, что мать страдает респираторным поллинозом, у бабушки по линии отца – бронхиальная астма.</p>
Вопросы
1. Сформулируйте диагноз.

2. Составьте план обследования
3. Назначьте лечение больному
4. Дайте рекомендации по дальнейшей вакцинации
5. Предложите меры профилактики обострения заболевания
Задача 9.
<p>условие задачи</p> <p>Мальчик Е., 1 мес поступил в отделение педиатрии с жалобами на желтушное окрашивание кожных покровов, беспокойство. Из анамнеза известно, что ребенок родился от 1 беременности, протекавшей на фоне хр.пиелонефрита, анемии. ОРВИ в сроке 14-15 недель; 1-х срочных родов. Масса при рождении 3134 г., рост 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/9. Иктеричность кожи с первых суток жизни, лабораторно отмечалось повышение уровня общего билирубина до 236 мкмоль/л; получал фототерапию. На вторые сутки жизни состояние с отрицательной динамикой, повышение уровня билирубина до 410 мкмоль/л, проведена частичная ОЗПК в объеме 1 ОЦК. При уточнении анамнеза выяснено, что у бабушки ребенка по маме удалена селезенка по неизвестной причине.</p> <p>Объективно при поступлении: состояние средней степени тяжести. Двигательная активность достаточная, крик громкий. Температура тела 36,5⁰С. Ребенок находится на искусственном вскармливании, кормится смесью НАН Тройной комфорт, съедает по 110 мл каждые 3 часа, не срыгивает. Окружность головы 40 см., большой родничок 2*2 см, нормотоничен. Кожные покровы бледно- иктеричные, высыпаний нет. Видимые слизистые влажные, чистые, склеры иктеричны. Дыхание через нос свободное. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, вдоль левого края грудины выслушивается короткий систолический шум. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах. Печень + 1,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул 1 раз желтой кашкой. Мочится свободно. Масса тела 3900 г., рост 53 см.</p> <p>Обследован.</p> <p>ОАК. RBC 2.63·10¹²/л HGB 73 г/л HCT 23,1 % MCV 75 fl MCH 27,8 pg WBC 11,1·10⁹/л PLT 414·10⁹/л ретикулоцитов 4,2%, микросфероцитов 15%, смешанный анизоцитоз +, анизохромия + СОЭ 10 мм/час.</p> <p>ОАМ. Уд.вес 1005, рН 5,5 Белок – отр, Лейкоциты 1-2 в п/з, эпителий плоский 2-3 в п/з</p> <p>Биохимический анализ крови. Белок общий 57 г/л. Мочевина 1,2 ммоль/л. Креатинин 42 ммоль/л. Билирубин общий 99,9 мкмоль/л, билирубин прямой 12,6 мкмоль/л. Глюкоза 3,5 ммоль/л, Щелочная фосфатаза 286. СРБ <6. АЛТ 26 Ед/л АСТ 28 Ед/л. Железо сыв 23,1 ммоль/л. ОЖСС 25,7. Трансферрин 1,15. Ферритин 150,98 КНТ 80</p> <p>Коагулограмма. ПТИ 93,2. АПТВ 43,8. ТВ 21,5.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости. Эхо-признаки частичного тромбоза левой ветви воротной вены.</p>
Вопросы
1. Предположите наиболее вероятный диагноз

2. Назначьте дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза
3. Назовите принципы терапии ребенка и тактику его дальнейшего ведения.
4. Оцените физическое развитие и дайте рекомендации по вскармливанию
5. Проведите дифференциальный диагноз с другими формами анемии
Задача 10.
условие задачи
<p>Мальчик Ф., 13 лет находится в отделении гематологии 10 дней. Поступил с жалобами на выраженную бледность и желтушность кожи и склер, изменения в ОАК (снижение гемоглобина), быструю утомляемость, слабость, головокружение, сниженную толерантность к физической нагрузке (одышка, сердцебиение), затруднение в сосредоточении внимания, иногда сонливость.</p> <p>Из анамнеза: ребенок от 2-й беременности, протекавшей на фоне анемии, маловодия; 2-х срочных родов. Масса при рождении 3300 г., рост 52 см. Рос и развивался по возрасту. Из перенесенных заболеваний – ОРВИ, пневмония. В возрасте 3 месяцев установлен диагноз синдром WPW, пароксизмальная тахикардия. В течение последних пяти лет приступов тахикардии не зафиксировано. Генеалогический анамнез: у мамы – бронхиальная астма, у старшей сестры – аутоиммунный тиреоидит.</p> <p>Анамнез заболевания: во время отдыха в Краснодарском крае на третий день остро заболел с повышения температуры тела, недомогания. Бригадой СМП доставлен в ЦРБ г. Темрюк с жалобами на желтушность склер, бледность кожных покровов, тошноту, периодические боли в животе. В ОАК: Эр $2,0 \cdot 10^{12}/л$, НВ 57 г/л, ТР $186 \cdot 10^9/л$, Ле $5,7 \cdot 10^9/л$. Ребенку перелита эритроцитарная взвесь, начато в/в капельное введение метипреда 300 мг 2 раза в день. На пятый день авиатранспортом доставлен в КДКБ г. Перми.</p> <p>Объективно при поступлении: рост 170 см, вес 61 кг. Состояние тяжелое. Кожные покровы бледно- желтые (лимонного оттенка), чистые. Слизистая рта бледно- розовая, чистая, склеры желтые. Лимфатические узлы не пальпируются. ЧДД 26 в минуту. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧСС 142 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, на верхушке выслушивается систолический шум до 1/3 систолы без луча проведения. АД 100/60 мм рт ст. Живот мягкий безболезненный. Печень +0,5 см из-под края реберной дуги, безболезненная, селезенка не пальпируется. Стул оформленный. Моча цвета темного пива.</p> <p>Обследован.</p> <p>ОАК. Эр $1,77 \cdot 10^{12}/л$, НВ 50 г/л, ЦП 28 пг, Нт 15, Рет 7,1%, Тр $218 \cdot 10^9/л$, Ле $6,1 \cdot 10^9/л$ э- 3%, п/я – 3%, с/я- 62%, лимфоциты – 22%, моноциты – 10%, СОЭ 12 мм/час.</p> <p>Биохимический анализ крови. Общий белок 61 г/л, мочевины 6,4 ммоль/л, креатинин 91 мкмоль/л, калий 4,22 ммоль/л, натрий 138 г/л, кальций 2,3 ммоль/л, глюкоза 17,2 ммоль/л, билирубин общий 120,1 мкмоль/л, билирубин прямой 10,8 мкмоль/л, АЛТ 20 Е/л, АСТ 16 Е/л, СРП 0,6, ЛДГ 967 Е/л, ферритин 1717 нг/мл</p> <p>Группа крови O(I)Rh+C+/-cDE+/-e kk Cw выявлены аутоантитела, судить о наличии аллоантител не представляется возможным.</p> <p>Прямая проба Кумбса +++</p> <p>ОАМ. Цвет т/желт., уд.вес 1025, рН 7,5, белок – отр, глюкоза 28,9 г/л, Эр отр, Ле 0-1 в п/з,</p>

эп пл 0-1 в п/з

УЗИ органов брюшной полости: увеличение печени и селезенки

Получает лечение:

1. Эритроцитарная взвесь с удаленным лейкоцитарным слоем перелита 4-хкратно с интервалом 2 дня
2. Фолиевая кислота 2 мг 2 раза в день внутрь
3. Витамин В12 500 мкг 1 раз в неделю в/м
4. Преднизолон 30 мг 2 раза в день в/в
5. Провиджен 60 г 1 раз в день в/в капельно однократно
6. Омепразол 40 мг 1 раз в день внутрь
7. Альмагель 15 мл 2 раза в день внутрь

Вопросы

1. Поставьте диагноз

2. Проведите дифференциальную диагностику с другими видами анемии

3. Назовите основной препарат для лечения данного заболевания и объясните механизм его действия

4. Какие побочные эффекты терапии можно ожидать? Какие побочные эффекты возникли у данного больного?

5. Составьте план дальнейшего лечения

Задача 11.

Девочка, 12 лет, находилась на стационарном лечении по поводу острой ревматической лихорадки, активность III ст., первичного миокардита с преимущественным поражением миокарда, полиартрита СН II А. Выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Вопросы

1. Какой должна быть тактика участкового педиатра?

2. Составьте план диспансерного наблюдения на год

3. Какова должна быть длительность проведения бициллинопрофилактики у данного ребенка?

4. Какой препарат используется для проведения бициллинопрофилактики, в какой дозе?

Задача 12.

Мальчик, 14 лет, в течение 4 лет находился под динамическим наблюдением участкового педиатра по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Обострения заболевания на протяжении этого времени не отмечались.

Вопросы
1. Определите длительность диспансерного наблюдения.
2. В какой группе диспансерного наблюдения должен наблюдаться ребенок?
3. Составьте план диспансерного наблюдения
Задача 13
Ребенок 4-х лет, лечился в стационаре по поводу сегментарной пневмонии, осложнившейся серозно-фибринозным плевритом. Выписан домой в удовлетворительном состоянии.
Вопросы
1. Составьте план реабилитационных мероприятий.
2. Длительность наблюдения
3. Тактика по проведению профилактических прививок.
Задача 14
У ребенка 2 лет наблюдают значительное ухудшение самочувствия, резкое снижение аппетита, появление тошноты и рвоты без видимых причин, бледность кожных покровов, возникновение и быстрое нарастание гиподинамии. При пальпации живота определяется неподвижная мелкобугристая опухоль в верхнемедиальных отделах слева, переходящая через среднюю линию живота. При УЗИ живота визуализируется объемное образование внеорганической локализации, размерами 6*8 см, тесно прилежащее к аорте. При рентгенографии черепа выявлены множественные очаги деструкции вблизи швов. Исследование мочи на катехоламины обнаруживает увеличение незрелых фракций катехоламинов.
Вопросы
1. Предположите диагноз
2. Назначьте дополнительные диагностические методы, необходимые для уточнения распространенности опухолевого процесса
3. Какие варианты лечения показаны больному после подтверждения морфологического диагноза и уточнения распространенности процесса
Задача 15
Ребёнок 8 месяцев поступил в стационар с приёма в поликлинике с жалобами, со слов матери, на одышку, мучительный кашель, беспокойство. При осмотре ребёнка отмечается цианоз носогубного треугольника. Ребёнок беспокоен, плачет, бледный.
Анамнез: ребёнок болен в течение недели, стал кашлять, температура не повышалась. В последние 2 дня кашель участился, особенно в ночное время, стал приступообразным. Во время приступа лицо краснеет, затруднен вдох во время приступа кашля. Приступ заканчивается отхождением густой, вязкой мокроты. За сутки отмечается до 15 приступов кашля.
Родители ребёнка с рождения отказывались от вакцинации.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин – 126 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,9; лейкоциты – $33,0 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 28%, лимфоциты – 66%, моноциты – 2%; СОЭ – 7 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, удельный вес – 1018, белок – нет, эпителий плоский – 2-3 в поле зрения, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – нет.

Иммуноферментный анализ крови: обнаружены IgM АТ к *Bordetella pertussis*.

Рентгенография органов грудной клетки: усиление бронхо-сосудистого рисунка, повышенная воздушность лёгочной ткани, очаговых теней нет.

Вопросы

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией

2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назначьте план лечения.

4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.

5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача 16

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 ребёнка не увеличился.

Из анамнеза известно, что у отца ребёнка 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 налёт белого цвета. Рост 148 см, масса тела 35 кг. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 72 удара в минуту. Тоны

сердца звучные, чистые. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Живот округлой формы, активно участвует в акте дыхания, умеренно болезненный в эпигастральной области и пилородуоденальной зоне. Печень и селезенка не пальпируются. Пузырные симптомы отрицательные. Мочеиспускание безболезненное. Стул со слов мальчика бывает ежедневно, оформленный, коричневой окраски. Щитовидная железа не увеличена. Половое развитие по мужскому типу, яички в мошонке.

Вопросы

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Сформулируйте план лечения ребенка.
5. Составьте программу противорецидивного лечения

Задача 17.

У девочки 11 лет жалобы на «голодные» боли в эпигастрии в течение года, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приёмом пищи. Первое обращение к врачу-педиатру участковому неделю назад, после амбулаторной ЭФГДС повторно пришла на приём к врачу-педиатру участковому.

У матери ребёнка 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.

При осмотре: 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.

В анализах: Общий анализ крови: гемоглобин – 128 г/л, цветной показатель – 0,9, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $7,2 \times 10^9$ /л; палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 36%, моноциты – 7%, СОЭ – 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-жёлтый, 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 и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

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

5. Подберите необходимую диету для больного.

Задача 18.

Мальчик М, 6 лет, поступил в отделение с жалобами на малопродуктивный кашель, одышку.

Из анамнеза известно, что ребенок от 1 беременности, 1 срочных родов, протекавших на фоне раннего гестоза, хронического пиелонефрита. Масса при рождении 3650, рост 52см. Рос и развивался соответственно возрасту. Находился на грудном вскармливании до 2 мес. С возраста 3 мес. явления атопического дерматита. Ребенок из группы часто и длительно болеющих. За последний год перенес 4 эпизода острых респираторных инфекций с явлениями бронхообструктивного синдрома.

Наследственность: у мамы ребенка полиноз.

Настоящее заболевание началось 2 недели назад. После урока физкультуры возник сухой кашель, приступ одышки, купировался самостоятельно. Приступы стали повторяться ежедневно, ночью 1 раз в неделю. Явлений ОРВИ не наблюдалось.

Принимали самостоятельно сироп лазолвана, без эффекта. Направлен педиатром в отделение пульмонологии для обследования и лечения.

Объективно при поступлении: состояние ребенка средней степени тяжести, кожные покровы бледные, чистые. Дыхание через нос свободное. Видимые слизистые розовые, чистые. ЧДД 26 в мин. Над легкими перкуторно коробочный звук. В легких дыхание жесткое, выслушиваются сухие свистящие рассеянные хрипы с обеих сторон, дистантные хрипы, удлинен выдох. ЧСС 98 в мин. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Дизурических явлений нет. Стул ежедневный, оформленный.

Проведено обследование:

ОАК: эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 130 г/л, лейкоциты $11,7 \times 10^9/л$, эозинофилы 12%, палочкоядерные 1%, сегментоядерные 45%, лимфоциты 40%, моноциты 6%, СОЭ

8мм/час.

IgE общий : 321 МЕ/ мл.(норма до 52)

Спирография: ФЖЕЛ 99 % от должн., ПСВ 67% от должн., ОФВ1 68% от должн., МОС 25 -71%, МОС 50 – 62%, МОС 75 – 54%.. Проба с бронхолитиком - положительная (прирост ОФВ1 на 18%) . Проба с физической нагрузкой положительная(снижение ОФВ1 на 16%).

Потовая проба от 27.11.15г.: С1- 14мэкв/л, (норма до 40 мэкв/л) натрий ммоль/л (норма до 40 ммоль/л)

Рентгенография органов грудной клетки.: Убедительных данных за инфильтративно-очаговые тени не выявлено. Корни расширены, бесструктурные. Вздутие легочной ткани, усиление легочного рисунка Тень сердца не увеличена. Контур диафрагмы четкие ровные с обеих сторон. Синусы свободные. Органы средостенья не смещены.

Вопросы

1. Сформулируйте диагноз.

2. Какие данные анамнеза позволили вам заподозрить данный диагноз?

3. Опишите этапы аллергического воспаления при данном заболевании

4. Определите ступень базисной терапии для данного ребенка, перечислите принципы базисной терапии

5. Какого характера изменения функции внешнего дыхания у данного ребенка?

Задача 19.

В отделение поступила девочка в возрасте

3 мес. При поступлении мама отмечала **жалобы** на малые прибавки массы, затруднение носового дыхания, периодически «жирный» стул, постоянный влажный кашель.

Анамнез: Девочка от I беременности, протекавшей физиологично. Роды срочные. Масса тела при рождении 3050г., длина 51 см. По шкале Апгар 9/9 баллов. В родильном доме была взята кровь для скрининга на наследственные заболевания.

- Иммунореактивный трипсиноген на 5 день жизни 156 нг/мл (норма до 65нг/мл), ретест на 21 день жизни – 204 нг/мл 9 (норма до 40 нг/мл).

- Потовый тест на аппарате «Нанодакт» - 127 ммоль/л (норма менее 50 ммоль/л), при повторном проведении потового теста – 115 ммоль/л.

При осмотре: Состояние по заболеванию средней тяжести. Кожные покровы бледные. Носовое дыхание затруднено. Пониженного питания. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. Частота дыханий 54 в минуту, выдох удлинен.. В легких дыхание жесткое, в базальных отделах с обеих сторон рассеянные влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. SaO2 93%. ЧСС 130 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул 6-7 раз в день, неустойчивый, с жирным блеском. Мочеиспускания безболезненные.

Физическое развитие: Рост 57 см, масса 4 кг.

Проведено обследование:

Общий анализ крови: Эритроциты $-5,04 \times 10^{12}$, Нб-115г/л, лейкоциты $-14,4 \times 10^9$, эозинофилы -1%, палочкоядерные нейтрофилы -10%, сегментоядерные нейтрофилы – 44%, лимфоциты – 38%, моноциты -6%. СОЭ – 23 мм в час.

Общий анализ мочи: прозрачная, цвет - соломенно-желтый, удельный вес 1015, белок – отрицательный, сахар – отрицательный, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – отсутствуют.

Копрограмма: стул кашицеобразный, желтый, нейтральный жир +++++, крахмал +, детрит++.

Панкреатическая эластаза кала– 43,2 мкг/г/кала (норма более 200 мкг/г/кала).

Посев мокроты: высева S.aureus 10^5 .

Рентгенография органов грудной клетки: На рентгенограмме органов грудной полости в прямой и правой боковой проекции легкие расправлены, легочное поле сниженной пневматизации в медиально-нижней зоне справа. Корни расширены, неструктурные. Выраженное усиление легочного рисунка по всем отделам легких. Тень сердца не увеличена, правый контур нечеткий. Контуров четкие ровные с обеих сторон. Синусы свободны. Органы средостения не смещены.

УЗИ органов брюшной полости: Усилен сосудистый рисунок и сегментарное строение печени. Размеры печени и желчного пузыря в пределах возрастной нормы. Желчный пузырь каплевидной формы. В просвете желчного пузыря осадок в небольшом количестве. Размеры поджелудочной железы в пределах возрастной нормы. Структура ее с множественным гиперэхогенными включениями. Размеры селезенки в пределах возрастной нормы. Структура ее не изменена.

Вопросы

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назначьте базисную терапию для этого ребенка

5. Дальнейшее наблюдение и рекомендации.