

ПРАКТИКУМ ПО ПЕДИАТРИИ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

В двух частях

ЧАСТЬ II

**Под редакцией
Д.Ю. Овсянникова**

**Москва
Российский университет дружбы народов
2015**

УДК 616-053.2(075.8)
ББК 57.3я73
П69

Утверждено
РИС Ученого совета
Российского университета
дружбы народов

Р е ц е н з е н т ы :

заслуженный врач РФ, заведующая кафедрой детских болезней
лечебного факультета I Московского государственного
медицинского университета им. И.М. Сеченова
доктор медицинских наук, профессор *Н.А. Генне*,
заведующая кафедрой инфекционных болезней у детей
педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова
доктор медицинских наук, профессор *О.В. Шамиева*

А в т о р с к и й к о л л е к т и в :

О.В. Алексеева, В.А. Артамонова, Т.В. Брилькова, О.В. Быстрова, Ш.А. Гитинов,
Т.Ю. Илларионова, М.Г. Кантемирова, О.А. Коровина, И.В. Кршенинская,
Т.И. Назарова, Д.Ю. Овсянников, Н.И. Петрук, Л.В. Пушко, М. Халед

П69 Практикум по педиатрии : учебное пособие : в 2 ч. — Москва :
РУДН, 2014 — 2015.
ISBN 978-5-209-05568-6
Ч. II / О. В. Алексеева, В. А. Артамонова, Т. В. Брилькова [и др.] ;
под ред. Д. Ю. Овсянникова. — 2015. — 276 с.
ISBN 978-5-209-06253-0

Практикум по педиатрии содержит 167 клинических ситуационных задач по инфекционным и соматическим заболеваниям детей, краткое описание программы по педиатрии, список рекомендуемых обязательных и дополнительных источников информации к освоению курса и отдельных модулей программы. В задачах приведены краткие выписки из историй болезней реальных пациентов с такими инфекционными заболеваниями, встречающимися в педиатрической практике, как острые респираторные инфекции, экзантемные, кишечные, герпесвирусные, энтеровирусные, микоплазменная и хламидийная инфекции, коклюш, ВИЧ-инфекция, менингиты, дифтерия, паротитная инфекция, туберкулез. Также представлены задачи, включающие хронические соматические заболевания (ревматические, аллергические, гематологические, эндокринные, пульмонологические), заболевания кожи и ряд неотложных состояний у детей. После выписки из истории болезни приводятся вопросы, в конце каждого раздела — диагнозы пациентов. Метод конкретных ситуаций (case-study) относится к неигровым имитационным методам интерактивного обучения и позволяет применять теоретические знания к решению практических задач, обучает принятию правильного решения в определенной ситуации. Задачи предназначены для разбора на аудиторных практических занятиях, самостоятельной работы, а также итогового контроля знаний.

Пособие предназначено для студентов медицинских, лечебных, педиатрических факультетов, ординаторов, аспирантов, врачей-педиатров.

Подготовлено на кафедре педиатрии медицинского факультета РУДН.

УДК 616-053.2(075.8)
ББК 57.3я73

ISBN 978-5-209-06253-0 (ч. II)
ISBN 978-5-209-05568-6

© Коллектив авторов;
отв. ред. Д.Ю. Овсянников, 2015
© Российский университет дружбы народов,
Издательство, 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений.....	6
1. Острые респираторные вирусные инфекции (грипп, парагрипп, аденовирусная инфекция, респираторно-синцитиальная вирусная инфекция). Острый средний отит. Фебрильные судороги. Нейротоксикоз. Острый бронхиолит. Острый обструктивный бронхит. (Криеминская И.В., Овсянников Д.Ю.).....	8
2. Ребенок со стридором. Острый стенозирующий ларинготрахеит (вирусный круп). Эпиглоттит. Бактериальный трахеит. Дифтерийный круп. Аспирация инородного тела. Заглоточный абсцесс. Врожденный стридор. Спазмофилия. Аллергический отек гортани. Синдром обструктивного апноэ сна. Термический ожог дыхательных путей. (Назарова Т.И., Овсянников Д.Ю.).....	24
3. Ребенок с экзантемой. Корь. Краснуха. Парвовирусная инфекция. Лайм-боррелиоз. Многорморфная экссудативная эритема. Болезнь Кавасаки. Острая крапивница. Атопический дерматит. Чесотка. Пеленочный дерматит. Себорейный дерматит. (Пушко Л.В., Коровина О.А., Овсянников Д.Ю.).....	40
4. Ребенок с хроническим кашлем. Коклюш. Респираторный микоплазмоз. Респираторный хламидофилез. Туберкулез легких. Хронические заболевания легких (бронхоэктатическая болезнь и локальный пневмосклероз, облитерирующий бронхиолит). Наследственные болезни с поражением легких (муковисцидоз, первичная цилиарная дискинезия, агаммаглобулинемия Брутона). Инородное тело бронхов. Аспирационный бронхит. Психогенный кашель. (Пушко Л.В., Гитинов Ш.А., Овсянников Д.Ю.).....	60

5. Ребенок с судорогами. Менингеальный синдром. Бактериальные и вирусные менингиты. Менингококковая инфекция. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. Инфекционно-токсический шок. Синдром острой надпочечниковой недостаточности. Нейротоксикоз. Туберкулезный менингит. Синдром Рея. Столбняк. Малярийная кома. (Петрук Н.И., Овсянников Д.Ю.).....	81
6. Ребенок с диареей. Гастроэнтеритический синдром. Синдром дистального колита. Острые кишечные инфекции бактериальной этиологии (сальмонеллезы, эшерихиозы, шигиллезы, кишечный иерсиниоз, холера). Ротавирусная инфекция. Токсикоз с эксикозом. Гемолитико-уремический синдром. Лямблиоз. Диарея путешественников. (Петрук Н.И., Кршеминская И.В., Овсянников Д.Ю.).....	101
7. ВИЧ-инфекция. (Петрук Н.И.).....	121
8. Дифтерия. Паротитная инфекция. (Алексеева О.В.).....	141
9. Герпесвирусные инфекции. Герпетическая инфекция. Герпетическая экзема Капоши. Ветряная оспа и опоясывающий лишай. Синдром инфекционного мононуклеоза. Эпштейна–Барр вирусная инфекция. Цитомегаловирусная инфекция. Болезни, обусловленные вирусами герпеса человека 6 и 7 типов. Внезапная экзантема. (Брилькова Т.В., Илларионова Т.Ю., Овсянников Д.Ю.).....	159
10. Энтеровирусные инфекции (Коксаки, ЕСНО, полиомиелит). Периферические (вялые) параличи. Синдром Гийена-Барре. Ботулизм. (Петрук Н.И., Быстрова О.В., Алексеева О.В., Овсянников Д.Ю.).....	176
11. Стрептококковые инфекции (ангина, скарлатина, некротический фасциит). Псевдотуберкулез. Синдром Маршалла. (Алексеева О.В., Овсянников Д.Ю.).....	193

12. Диффузные болезни соединительной ткани (системная красная волчанка, ювенильная системная склеродермия, ювенильный дерматомиозит). Системные васкулиты (неспецифический аортоартериит, узелковый полиартериит, синдром Кавасаки). (Артамонова В.А., Кантемирова М.Г., Овсянников Д.Ю.)	206
13. Ребенок с геморрагическим синдромом. Геморрагические заболевания (гемофилия, болезнь Виллебранда, иммунная тромбоцитопения). Острый лимфобластный лейкоз. Системная красная волчанка. Менингококкемия. Синдром жестокого обращения с ребенком. Геморрагический васкулит. Лихорадка денге. (Кантемирова М.Г., Алексеева О.В.)	219
14. Сахарный диабет. Неотложные состояния при сахарном диабете. Синдром Мориака. (Коровина О.А., Халед М.)	235
15. Эндокринные заболевания. Врожденный гипотиреоз. Болезнь Грейвса (диффузный токсический зоб). Синдром Ди Джорджи. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Синдром Иценко–Кушинга. Ожирение. Гипопитуитаризм. (Назарова Т.И., Овсянников Д.Ю.)	245
Описание и программа курса «Педиатрия»	260

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	—	артериальное давление
АДС-М	—	адсорбированный дифтерийно-столбнячный М (анатоксин)
АКДС	—	адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная (вакцина)
АлАТ	—	аланинаминотрансфераза
АсАТ	—	аспартатаминотрансфераза
БЦЖ	—	бацилла Кальметта–Герена (BCG) (вакцина)
ВИЧ	—	вирус иммунодефицита человека
в/м	—	внутримышечно
ВПГ	—	вирус простого герпеса
ВЭБ	—	вирус Эпштейна–Барр
ДНК	—	дезоксирибонуклеиновая кислота
ИВЛ	—	искусственная вентиляция легких
ИМТ	—	индекс массы тела
ИФА	—	иммуноферментный анализ
КФК	—	креатинфосфокиназа
ЛДГ	—	лактатдегидрогеназа
МБТ	—	микобактерия туберкулеза
ОРВИ	—	острая респираторная инфекция
МКБ	—	международная классификация болезней
ОРЗ	—	острое респираторное заболевание
ПЦР	—	полимеразная цепная реакция
п/зр	—	поле зрения
п/я	—	палочкоядерные (нейтрофилы)
РА	—	реакция агглютинации
РНК	—	рибонуклеиновая кислота
РПГА	—	реакция пассивной гемагглютинации

РСК	–	реакция связывания комплемента
СОЭ	–	скорость оседания эритроцитов
СПИД	–	синдром приобретенного иммунодефицита
СТГ	–	соматотропный гормон
с/я	–	сегментоядерные (нейтрофилы)
T₃	–	трийодтиронин
T₄	–	тироксин
ТТГ	–	тиреотропный гормон
УВЧ	–	ультравысокая частота
УЗИ	–	ультразвуковое исследование
ЦМВ	–	цитомегаловирус
ЧД	–	частота дыхания
ЧСС	–	частота сердечных сокращений
ЭКГ	–	электрокардиография
Эхо-КГ	–	эхокардиография
BE	–	избыток оснований, сдвиг буферных оснований
CD	–	кластер дифференцировки
CDC	–	центр по контролю заболеваний США
Hb	–	гемоглобин
HBs	–	поверхностный антиген вируса гепатита В
Ht	–	гематокрит
Ig	–	иммуноглобулин
MCV	–	средний объем эритроцитов
pH	–	водородный показатель (концентрация ионов водорода)
SaO₂	–	сатурация артериальной крови (насыщение гемоглобина кислородом в артериальной крови)

**1. ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ
(ГРИПП, ПАРАГРИПП, АДЕНОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ,
РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНАЯ ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ).
ОСТРЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ. ФЕВРИЛЬНЫЕ СУДОРОГИ.
НЕЙРОТОКСИКОЗ. ОСТРЫЙ БРОНХИОЛИТ.
ОСТРЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ**

Задача 1

У мальчика 6 лет заболевание началось остро с повышения температуры до 39,8 °С, головной боли; стал вялым, капризным, снизился аппетит. На второй день присоединился сухой болезненный кашель, сопровождающийся болями за грудиной. К началу третьих суток заболевания появилось слизистое отделяемое из носа.

При осмотре педиатра: температура тела 38,5 °С, ребенок вялый, раздражительный. Сосуды склер инъецированы. Гиперемия щек. Носовое дыхание затруднено, умеренное слизистое отделяемое. Гиперемия зева умеренная с цианотичным оттенком, зернистость задней стенки глотки. Лимфатические узлы шеи не увеличены, безболезненны при пальпации. Сердечные тоны звучные, ритмичные. ЧСС – 118 в минуту. В легких – дыхание жесткое, проводные хрипы. ЧД – 28–30 в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не пальпируются. Мочеиспускание свободное. Менингеальных симптомов нет.

В детском саду объявлен карантин по гриппу в связи с превышением эпидемического порога.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз, предположив этиологию. На основании каких клинических данных был поставлен диагноз?
2. Какое обследование можно провести для подтверждения диагноза? Предположите результаты.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Назначьте лечение.
5. Какие методы специфической профилактики данной инфекции вам известны?

Задача 2

Мальчик, 5 лет, поступил в педиатрический стационар с направляющим диагнозом «правосторонняя внебольничная пневмония». Заболел накануне вечером – отмечался подъем температуры тела до 39,5 °С, беспокоил сухой кашель, жаловался на боли в коленных суставах и головную боль. Был госпитализирован.

При осмотре в отделении: состояние средней тяжести. Температура тела 38,6 °С. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Зев умеренно гиперемирован. Дыхание жесткое. При перкуссии – звук легочный с коробочным оттенком; в нижних отделах правого легкого в паравертебральной области – притупление перкуторного звука, там же при аускультации ослабление дыхания. ЧД – 36 в минуту. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 106 в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Стул в норме. Диурез адекватный.

Общий анализ крови: Нв – 116 г/л; эритроциты – $4,0 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 234×10^9 ; лейкоциты – $3,5 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 1%, с/я – 22%, лимфоциты – 67%, моноциты – 10%; тромбоциты – 210×10^9 /л; СОЭ – 10 мм/ч.

Рентгенограмма органов грудной клетки: определяется негетомогенное затемнение в проекции 4-го и 5-го сегментов правого легкого. Легочный рисунок обогащен, умеренно деформирован справа. Корень правого легкого не структурен, расширен. Срединная тень сердца не смещена. Синусы свободны. В динамике (через 3 дня) – очаговые и инфильтративные изменения не определяются, усиление сосудистого рисунка в проекции 4-го и 5-го сегментов правого легкого.

Экспресс-тест на грипп А (иммунохроматографический) – положительный.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Каков инкубационный период заболевания?
3. Проведите дифференциальный диагноз. Чем объясняются изменения в легких?
4. Назначьте лечение.
5. Какие специфические осложнения данного инфекционного заболевания вы знаете? Как их развитие связано с патогенезом?
6. Укажите особенности течения заболевания у новорожденных детей и детей грудного возраста.

Задача 3

Девочка 4 месяцев. Ребенок от II беременности, протекавшей без осложнений. Роды в срок, из роддома выписана на 4-е сутки. На грудном вскармливании, прикорм получает по возрасту. Болеет в течение 2-х дней. Жалобы на появление обильного водянистого отделяемого из носа, снижение аппетита, беспокойство, нарушение сна. Дома болен старший брат школьного возраста (насморк, сухой кашель).

При осмотре: температура тела 37,3 °С, беспокойна, на осмотр реагирует негативно. Лицо слегка пастозно. Сосуды конъюнктивы инъецированы. Носовое дыхание затруднено, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носовых ходов. Задняя стенка глотки гиперемирована. Лимфатические узлы не увеличены. Подкашливает. В легких – дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Одышка при беспокойстве, ЧД – 40 в минуту. Сердечные тоны громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускание, стул в норме.

Общий анализ крови: Нв – 113 г/л; эритроциты – $4,21 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты – 189×10^9 ; лейкоциты – $9,43 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 2%, с/я – 27%, лимфоциты – 68%, моноциты – 3%; тромбоциты – 240×10^9 /л; СОЭ – 9 мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие возрастные анатомо-физиологические особенности органов дыхания predispose к данному течению заболевания?
3. Оцените результат общего анализа крови.
4. Предположите наиболее вероятную этиологию заболевания.
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
6. Назначьте лечение.
7. Оцените прогноз данного заболевания.

Задача 4

Мальчик в возрасте 1 года 3 месяцев осмотрен участковым педиатром на 4-й день болезни.

Из анамнеза известно, что заболевание началось остро с появления насморка, снизился аппетит, температура тела повысилась до 38,9 °С. На третий день болезни мать отметила появление гиперемии век, скудного слизистого отделяемого из левого глаза, на 4-й день – появление отделяемого из правого глаза.

При осмотре: температура тела 38,2 °С, беспокойный. Кожные покровы бледные, гиперемия щек. Носовое дыхание резко затруднено, отделяемое обильное, серозное. Зев умеренно гиперемирован, гиперплазия фолликулов задней стенки глотки. Веки отечные, гиперемированы, гиперемия конъюнктивы, серозное отделяемое с двух сторон. Пальпируются увеличенные подчелюстные лимфатические узлы. В легких дыхание пуэрильное, проводится равномерно, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные ЧСС – 130 в минуту, ЧД – 36 в минуту. Печень +1,5–2,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
2. Предположите наиболее вероятную этиологию заболевания. Дайте эпидемиологическую характеристику заболевания.
3. Какие клинические формы заболевания вам известны?
4. Назовите возможные методы диагностики данного заболевания.
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Назначьте лечение.

Задача 5

Мальчик, 1 год 8 месяцев, заболел остро после контакта с больным ОРЗ, конъюнктивитом отцом. Температура тела повысилась до 38,2 °С, отмечалась повторная рвота. Жалобы на боли в околопупочной области. Мама вызвала «скорую помощь».

При осмотре: состояние средней тяжести, вялый, снижен аппетит. Носовое дыхание затруднено, отделяемое обильное, слизисто-гнойное. Задняя стенка глотки отечна, гиперемирована, гиперплазия фолликулов. Сухой кашель. В легких – дыхание пузырьное, хрипов нет. ЧД – 32 в минуту. Сердечные тоны звучные, ритмичные. ЧСС – 124 в минуту. При пальпации живота – умеренная болезненность в правой подвздошной и околопупочной областях. Симптом Щеткина–Блюмберга слабо положительный. Печень + 2 см из-под края реберной дуги, селезенка +1 см из-под края реберной дуги. Стул 3–4 раза в сутки. Мочеиспускание свободное.

Общий анализ крови: Hb – 118 г/л; эритроциты – $4,1 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты 216×10^9 ; лейкоциты – $7,9 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 2%, с/я – 32%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 62%, моноциты – 3%; тромбоциты – 250×10^9 /л; СОЭ – 8 мм/ч.

УЗИ органов брюшной полости: поджелудочная железа: головка 9 мм, тело 7 мм, хвост 12 мм. Эхогенность несколько повышена, эхоструктура умеренно неоднородна.

Желчный пузырь не увеличен, стенка тонкая, просвет чист.

Печень обычных размеров. Эхогенность несколько повышена. Эхоструктура мелкозернистая. Сосудистый рисунок умеренно усилен.

Множественные увеличенные мезентериальные лимфатические узлы.

Вопросы:

1. Предположите диагноз.
2. Составьте план обследования и лечения.

3. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать данное заболевание?
5. Какой патогенез имеет болевой абдоминальный синдром?
6. Назначьте лечение.

Задача 6

Мальчик, 2 года 3 месяца, заболел остро. Заболевание началось с подъема температуры тела до 37,5 °С, ребенок стал раздражительным, снизился аппетит. В этот же день мама отметила появление заложенности носа, умеренного слизистого отделяемого из носовых ходов. Появился грубый сухой кашель.

При осмотре педиатра: состояние удовлетворительное. Температура тела 37,6 °С. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, умеренно влажные. В ротоглотке – слабая гиперемия небных дужек и задней стенки глотки. Задняя стенка глотки зернистая. Голос осиплый, на высоких нотах звонкий. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание через нос незначительно затруднено. Кашель грубый, «лающий». В легких – дыхание жесткое, проводится равномерно, проводные хрипы. ЧД – 30 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС – 115 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул оформленный. Мочеиспускание свободное.

Вопросы:

1. Предположите клинический диагноз и наиболее вероятную этиологию болезни.
2. Назовите и охарактеризуйте основные фазы патогенеза ОРВИ.

3. С помощью каких методов обследования можно уточнить этиологию заболевания?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Назначьте лечение.

Задача 7

Мальчик 7 месяцев. Жалобы на беспокойство ребенка, периодически пронзительно вскрикивает. Во время кормления быстро устает, сделав 3–4 сосательных движения, запрокидывает голову и начинает плакать. Отмечалась повторная рвота, дважды разжиженный стул.

При осмотре: температура тела 37,8 °С. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Носовое дыхание затруднено, слизистое отделяемое. Зев умеренно гиперемирован. Пальпируются передние шейные лимфатические узлы до 0,7 см в диаметре, не спаяны с окружающими тканями, безболезненные. При надавливании на козллок слева – резкое беспокойство ребенка. В легких – дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД – 36 в минуту. Сердечные тоны звучные, ЧСС – 130 в минуту. Живот мягкий, не вздут. Печень на 1,0 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное. Стул разжиженный.

Вопросы:

1. Предположите диагноз, обоснуйте.
2. С какими этиологическими агентами и предрасполагающими факторами связано развитие заболевания?
3. Какие дополнительные обследования следует провести для уточнения диагноза? Что вы ожидаете обнаружить?
4. Назначьте лечение.
5. Нуждается ли ребенок в назначении антибактериальных препаратов и почему? Если да, то каких? Обоснуйте.

Задача 8

К участковому педиатру обратились мать с 4-летним мальчиком. Болен второй день. Заболевание началось с повышения температуры тела до 37,4 °С, появились обильные выделения из носа, боли в горле, ухудшился аппетит. На следующий день температура тела – 38,6 °С, продуктивный кашель.

При осмотре: фебрильная лихорадка, беспокойный, кожные покровы бледно-розовые, чистые. Носовое дыхание затруднено, обильное серозное отделяемое. Выраженная гиперемия конъюнктив. Гиперемия передних дужек и небных миндалин; беловатые, легко снимающиеся налеты на миндалинах; задняя стенка глотки зернистая. Пальпируются увеличенные переднешейные и подчелюстные лимфатические узлы до 1 см. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧД – 25 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 128 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края реберной дуги, селезенка +0,5 см из-под края реберной дуги. Стул в норме. Моча светлая.

Общий анализ крови: Hb – 123 г/л; эритроциты – $4,4 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты 240×10^9 ; лейкоциты – $6,9 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 2%, с/я – 42%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 52%, моноциты – 3%; тромбоциты – 240×10^9 /л; СОЭ – 7 мм/ч.

Вопросы:

1. Предположите диагноз, обоснуйте.
2. Какова вероятная этиология заболевания?
3. В проведении каких дополнительных методов обследования нуждается ребенок?
4. Проведите дифференциальный диагноз. Каковы особенности течения данного заболевания?
5. Назначьте лечение.
6. Какие осложнения возможны?

Задача 9

Девочка, 10 месяцев, заболела накануне днем, когда температура тела повысилась до 38,7 °С, появились явления ринита, гиперемия глотки и конъюнктив. Родители дали ребенку парацетамол, температура понизилась до нормальных цифр. Однако к ночи температура вновь повысилась до 39,4 °С, повторный прием парацетамола без эффекта. Родители вызвали скорую помощь. Во время транспортировки ребенка в стационар впервые в жизни внезапно развился приступ генерализованных симметричных тонико-клонических судорог в конечностях с потерей сознания, который продолжался около 3 мин.

При осмотре врачом приемного отделения: в сознании, заторможена, кожные покровы бледные, с мраморным рисунком. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 158 в минуту. В легких дыхание пуэрильное, проводится равномерно, хрипы не выслушиваются, ЧД – 64 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, при пальпации. Печень +2 см, селезенка не пальпируется. Диурез адекватный. Менингеальных знаков нет.

Из анамнеза известно, что до этого ничем не болела. Перинатальный анамнез также не отягощен.

Общий анализ крови: Нb – 110 г/л; эритроциты – $4,1 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты 216×10^9 /л; лейкоциты – $8,9 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 2%, с/я – 32%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 62%, моноциты – 3%; тромбоциты – 310×10^9 /л; СОЭ – 9 мм/ч.

Биохимический анализ крови: уровень глюкозы, кальция – нормальные.

Вопросы:

1. Предположите диагноз, обоснуйте.
2. Что вам известно об эпидемиологии, этиологии, вариантах заболевания?

3. Каков алгоритм неотложных мероприятий?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Нуждается ли ребенок в дополнительном обследовании. Если да, то в каком?
6. Каков прогноз заболевания?
7. Дайте рекомендации по ведению ребенка после выписки.

Задача 10

Девочка, 2 лет, заболела остро, температура тела повысилась до 38,8 °С, появилось затруднение носового дыхания. На фоне приема нурофена температура оставалась повышенной, и через 3,5 часа достигла 39,7 °С. Известно, что гриппом болен ее отец. Внезапно развился приступ генерализованных судорог, который продолжался 3 мин. Родители вызвали «скорую помощь», по дороге в больницу приступ судорог повторился.

При осмотре в приемном отделении – сознание угнетено до сопора, вялая, мышечный гипертонус. Симптом Кернига положительный. Кожные покровы бледные с мраморным рисунком, единичные петехии на лице. Кисти и стопы холодные на ощупь. Носовое дыхание затруднено. В легких дыхание жесткое, проводится равномерно, хрипов нет. ЧД – 62 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ЧСС – 172 в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Диурез снижен.

Общий анализ крови: Hb – 118 г/л; эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты – 310×10^9 ; лейкоциты – $6,1 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 7%, с/я – 49%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 39%, моноциты – 4%; тромбоциты – 310×10^9 /л; СОЭ – 6 мм/ч.

Люмбальная пункция – ликвор вытекал под давлением, частыми каплями, прозрачный.

Анализ ликвора: цитоз 1 клетка/мм³, лимфоцитарный.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз, обоснуйте. Выделите основные синдромы.
2. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка? Охарактеризуйте патогенетические фазы и предрасполагающие возрастные анатомо-физиологические факторы развития данного заболевания.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
4. Предположите этиологию заболевания.
5. В каком дополнительном обследовании нуждается ребенок?
6. Составьте план неотложных мероприятий.

Задача 11

Мальчик в возрасте 2,5 мес. госпитализирован в связи с течением ОРВИ. Известно, что мальчик от женщины с отягощенным гинекологическим (сальпингоофорит, эрозия шейки матки), соматическим (гастрит, язвенная болезнь 12-перстной кишки) анамнезом; от III беременности (I – медицинский аборт, II – срочные роды), протекавшей с токсикозом, угрозой прерывания во втором триместре, с ОРВИ в первом триместре (получала симптоматическую терапию). От II преждевременных самостоятельных родов на 32-й нед., масса тела при рождении – 1600 г, длина – 38 см, оценка по шкале Апгар – 6/7 баллов. Состояние при рождении тяжелое из-за дыхательной недостаточности, синдрома угнетения. С рождения в течение 5 сут находился на ИВЛ. В возрасте 28 сут от

кислорода был независим. Выписан домой в 1,5 мес. в удовлетворительном состоянии с весом 2030 г. Заболел за один день до поступления, отмечались ухудшение аппетита, появление одышки сухого кашля.

При поступлении состояние тяжелое. Температура тела – 37,5 °С. Кожные покровы бледные с «мраморным» рисунком, периоральный цианоз. Носовое дыхание затруднено, слизистое отделяемое. Частый малопродуктивный кашель. Втяжение межреберных промежутков при дыхании, ЧД – до 76 в минуту. В легких перкуторно коробочный звук. Аускультативно в легких: жесткое дыхание, выдох удлинён, проводится равномерно, с обеих сторон выслушиваются сухие и влажные мелкопузырчатые хрипы. Сердечные тоны умеренно приглушены, ритмичные. ЧСС – 150 в минуту. Живот мягкий, печень +4,5 см из-под края реберной дуги. Мочится по уретральному катетеру.

На рентгенограмме органов грудной клетки – вздутие легочной ткани, очагово-инфильтративные изменения не определяются, сегментарный ателектаз в проекции верхней доли правого легкого, легочный рисунок не усилен, тень сердца не расширена.

Экспресс-тест на респираторно-синтициальный вирус (мазок из носоглотки, ПЦР) – положительный.

Общий анализ крови: Hb – 141 г/л; эритроциты – $5,13 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $11,6 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 2%, с/я – 35%, лимфоциты – 51%, моноциты – 12%; тромбоциты – 210×10^9 /л; СОЭ – 2 мм/ч.

Пульсоксиметрия: SaO₂ – 87%.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз. Оцените тяжесть заболевания.
2. Какие факторы риска тяжелого течения данной инфекции вам известны?

3. Какие признаки дыхательной недостаточности выявляются у ребенка? Какое обследование определяет степень тяжести дыхательной недостаточности?
4. Оцените результат общего анализа крови.
5. Нуждается ли ребенок в назначении кислородотерапии и почему?
6. Какая терапия может быть назначена ребенку? Какие средства имеют доказанную эффективность при данном заболевании?
7. Как проводится профилактика данной инфекции у детей групп риска тяжелого течения?

Задача 12

Девочка, 10 мес., доставлена в педиатрическое отделение на 1-й день заболевания с жалобами на сухой навязчивый кашель, подъем температуры до 37,4 °С. Заболела после контакта с больным ОРВИ старшим братом 5 лет. Проводилась ингаляция беродуала, без выраженного эффекта. Семейный и личный аллергоанамнез не отягощен.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кашель, частый, малопродуктивный. Кожные покровы бледноватые, чистые. Носовое дыхание умеренно затруднено, отделяемое скудное. Зев неярко гиперемирован, чистый. Перкуторный звук с коробочным оттенком. При аускультации легких – дыхание жесткое, сухие свистящие хрипы по всем легочным полям, больше на выдохе, единичные мелкопузырчатые хрипы. При дыхании отмечается втяжение межреберных промежутков. ЧД – 40 в минуту. Сердечные тоны громкие, ритмичные. ЧСС – до 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

Общий анализ крови: Нв – 133 г/л; эритроциты – $4,4 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты – 238×10^9 /л; лейкоциты – $6,6 \times 10^9$ /л,

нейтрофилы п/я – 6%, с/я – 37%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 44%, моноциты – 10%; тромбоциты – $250 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ – 9 мм/ч.

Рентгенограмма органов грудной клетки: очаговые и инфильтративные тени в легких не определяются. Легочные поля повышенной прозрачности. Сосудистый рисунок усилен с обеих сторон. Синусы дифференцируются. Тень сердца не расширена.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Каков патогенез данного заболевания?
3. Какие предрасполагающие факторы данного заболевания вы знаете?
4. Оцените результат общего анализа крови.
5. Охарактеризуйте рентгенограмму органов грудной клетки.
6. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику. Нуждается ли ребенок в дополнительном обследовании? Если да, то в каком?
7. Назначьте лечение.

Диагностические ключи

Задача 1. Грипп, трахеит.

Задача 2. Грипп, сегментарный отек 4-го и 5-го сегментов правого легкого.

Задача 3. ОРВИ, ринофарингит.

Задача 4. Аденовирусная инфекция, конъюнктивит.

Задача 5. Аденовирусная инфекция, мезаденит.

Задача 6. Парагрипп, ларингит.

Задача 7. ОРЗ, острый средний отит.

Задача 8. Аденовирусная инфекция, тонзиллофарингит, конъюнктивит.

Задача 9. Фебрильные судороги.

Задача 10. Грипп. Нейротоксикоз: отек-набухание головного мозга, судорожный синдром, «бледная» лихорадка, нейрорегенная тахикардия.

Задача 11. Острый бронхиолит респираторно-синцитиальной вирусной этиологии. Дыхательная недостаточность II степени. Сегментарный ателектаз верхней доли правого легкого. Недоношенность 32 недели. Низкая масса тела при рождении.

Задача 12. Острый обструктивный бронхит.

**2. РЕБЕНОК СО СТРИДОРОМ.
ОСТРЫЙ СТЕНОЗИРУЮЩИЙ ЛАРИНГОТРАХЕИТ
(ВИРУСНЫЙ КРУП). ЭПИГЛОТТИТ. БАКТЕРИАЛЬНЫЙ
ТРАХЕИТ. ДИФТЕРИЙНЫЙ КРУП. АСПИРАЦИЯ
ИНОРОДНОГО ТЕЛА. ЗАГЛОТОЧНЫЙ АБСЦЕСС.
ВРОЖДЕННЫЙ СТРИДОР. СПАЗМОФИЛИЯ.
АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ОТЕК ГОРТАНИ.
СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА.
ТЕРМИЧЕСКИЙ ОЖОГ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ**

Задача 1

У мальчика двух лет после длительной прогулки в прохладную погоду вечером поднялась температура до 37,7 °С, снизился аппетит. Ребенок стал вялым, капризным, появились обильное выделяемое из носа, осиплость голоса, грубый, «лающий» кашель. Ночью состояние ухудшилось: температура тела выросла до 38,5 °С, при беспокойстве кратковременные приступы инспираторной одышки с втяжением яремной ямки, ЧД – 40 в минуту. Над легкими ясный легочный звук, жесткое дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 110 в минуту. Атопический анамнез без особенностей.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз. Оцените тяжесть заболевания.
2. Назовите основные симптомы, позволившие установить данный диагноз.

3. Какой этиологический фактор наиболее часто вызывает данное заболевание?
4. Какие лабораторные исследования необходимы?
5. Каковы неотложные терапевтические мероприятия?

Задача 2

У девочки трех лет после контакта с больным ОРВИ через сутки повысилась температура тела до 37,5 °С, появилась вялость, снизился аппетит, появились слизисто-серозные выделения из носовых ходов, затрудненное носовое дыхание, кашель.

При осмотре участковым педиатром: состояние расценено как среднетяжелое, самочувствие нарушено, выявлена гиперемия небных дужек, отечность, зернистость и гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки. Была назначена симптоматическая терапия. Однако на 2-е сутки заболевания состояние ухудшилось, температура тела повысилась до 39 °С, появилось шумное дыхание.

При повторном осмотре: инспираторная одышка с втяжением яремной ямки, межреберных промежутков, выраженная осиплость голоса, раздувание крыльев носа, напряжение шейных мышц, кашель грубый, «лающий». Кожные покровы бледно-розовые, влажные, периоральный цианоз, ЧД – 60 в минуту. В легких дыхание жесткое, проводные и единичные сухие хрипы. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 140 в минуту.

Вопросы:

1. Какой диагноз вы поставите? Обоснуйте.
2. Какие возбудители вызывают данное заболевание?

3. Какие симптомы указывают на степень тяжести болезни?
4. Какие патогенетические механизмы лежат в основе болезни?
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Назначьте лечение данному ребенку.

Задача 3

В приемное отделение больницы доставлен мальчик трех лет с выраженной инспираторной одышкой с затрудненным вдохом, хриплым дыханием, слышным на расстоянии.

Из анамнеза известно, что на протяжении четырех дней у ребенка отмечались умеренное повышение температуры тела до 37,5 °С, снижение аппетита, серозные выделения из носа.

При осмотре состояние расценено как тяжелое. Температура тела 39 °С. Ребенок возбужден, беспокоен, испуган. Кожные покровы бледные, покрыты липким холодным потом, выражен цианоз носогубного треугольника, губ, языка, ногтевых фаланг. Голос осиплый; надключичные и подключичные ямки, область эпигастрия, межреберные промежутки с резким втяжением в состоянии покоя. Слизистая оболочка зева, задняя стенка глотки гиперемированы, отечны, из носа обильное серозно-слизистое отделяемое, незначительно увеличены паратонзиллярные лимфатические узлы. В легких жесткое дыхание, ослаблено, проводные хрипы. ЧД – 48 в минуту. Тоны сердца глухие, пульс – 140 в минуту, слабого наполнения, отмечается выпадение пульсовой волны на вдохе. АД – 75/45 мм/рт ст.

Общий анализ крови: Нв – 143 г/л; эритроциты – $5,41 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты – 338×10^9 /л; лейкоциты – $6,6 \times 10^9$ /л, п/я – 6%, с/я – 37%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 44%, моноциты – 10%; СОЭ – 9 мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Установите тяжесть заболевания. Какие симптомы указывают на данную степень тяжести?
3. Какой инфекционный агент наиболее часто вызывает данное заболевание?
4. Объясните механизмы, лежащие в основе патологии.
5. Какие экстренные анализы необходимы? Какие изменения вы ожидаете обнаружить?
6. Какие изменения можно выявить при рентгенографии?
7. Какова тактика оказания медицинской помощи?

Задача 4

Мальчик 7 лет. Заболел остро, повысилась температура тела до 40 °С, появились боль в горле, отказ от еды, инспираторная одышка, дисфония. Затруднено и болезненно глотание не только пищи, но и слюны, в связи с чем отмечается слюнотечение.

При осмотре: состояние тяжелое за счет выраженной интоксикации, самочувствие нарушено, речь затруднена, сознание спутано. Кожные покровы бледные, периоральный цианоз. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, не спаяны, кожа над ними не изменена. Голос приглушен, кашля, насморка нет. Занимает вынужденную позу – сидит прямо, с открытым ртом, подавшись вперед и вытянув подбородок. Отмечается выраженная инспираторная одышка, втяжение яремной, надключичных ямок. В легких дыхание ослаблено, хрипы не выслушиваются. ЧД – 60 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 110 в минуту. Менингеальные симптомы отрицательные.

На рентгенограмме шеи в боковой проекции: отек надгортанника и зоны вокруг него, надгортанник напоминает вид

большого пальца сбоку (положительный симптом «большого пальца»).

Вопросы:

1. Укажите вероятный диагноз. Обоснуйте.
2. Какие обследования еще можно провести ребенку? Какие изменения вы ожидаете обнаружить?
3. Какова вероятная этиология заболевания? Как она зависит от проводимой вакцинопрофилактики?
4. Объясните патогенез заболевания.
5. Каковы неотложные мероприятия?
6. Нуждается ли ребенок в антибактериальной терапии? Если да, обоснуйте выбор антибиотика.

Задача 5

В приемное отделение самотеком поступил мальчик 5 лет. Со слов матери, болен в течение 4 дней. Заболевание началось с подъема температуры тела до 38 °С, насморка, вялости, сухого, грубого, болезненного кашля. На 4-е сутки нарасла интоксикация, ребенок отказывается от еды, температура тела – 39,2 °С, кашель малопродуктивный, болезненный, скудная мокрота серо-желтой окраски. Ингаляции с будесонидом через небулайзер не эффективны.

При осмотре: состояние тяжелое за счет интоксикации, ребенок лежит. Выражена бледность, одышка с затрудненным вдохом, втяжение межреберных промежутков, осиплости голоса нет, но дыхание шумное. Носовое дыхание затруднено, серозно-гнойное отделяемое. В легких перкуторно коробочный оттенок звука, аускультативно – жесткое дыхание, хрипы проводного характера. ЧД – 36 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 128 в минуту.

Общий анализ крови: Нв – 106 г/л; эритроциты – $3,7 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $19,7 \times 10^9$ /л, п/я – 16%, с/я – 65%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 14%, моноциты – 2%; СОЭ – 37 мм/ч.

Рентгенограмма грудной клетки: в легких очаговых и инфильтративных теней не выявлено, тень сердца не расширена, определяется симптом «волосатой» трахеи.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз на основании жалоб, данных анамнеза заболевания, объективного и лабораторно-инструментального исследования.
2. Назовите наиболее частых возбудителей, вызывающих заболевание.
3. Охарактеризуйте понятие «стридорозное дыхание». В чем его отличие от стерторозного дыхания?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Какова терапевтическая тактика?

Задача 6

Мальчик четырех лет поступил в стационар на 3-й день болезни. Заболел остро: повысилась температура тела до $37,3^{\circ}\text{C}$, сухой кашель. На вторые сутки – температура тела – $37,8^{\circ}\text{C}$, появилась осиплость голоса. Мать давала ребенку микстуру от кашля, жаропонижающие препараты. На 3-й день болезни кашель и голос стали беззвучными, присоединилась инспираторная одышка. Доставлен в стационар врачом неотложной помощи.

Анамнез жизни: рос и развивался согласно возрасту, в связи с проявлениями пищевой аллергии мать отказывалась от вакцинации, сделана только вакцина БЦЖ в роддоме.

При осмотре: состояние расценено как тяжелое, беспокоен, мечется, ловит воздух ртом, голос глухой, кашель беззвучный, повышена потливость. При осмотре зева миндалины гиперемированы, налеты сероватого цвета, снимающиеся с трудом; после снятия налетов поверхность миндалин кровоточит. Дыхание шумное, цианоз носогубного треугольника, вдох затруднен и удлинен, отмечается втяжение яремной ямки, эпигастрия, межреберных промежутков при вдохе, ЧД – 40 в минуту. Тоны сердца приглушены, пульс парадоксальный, ЧСС – 136 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 1,0 см ниже края реберной дуги, селезенка – у края реберной дуги. Мочеиспускание до 5 раз в сутки.

Диагностическая ларингоскопия: на голосовых складках и в подсвязочном пространстве обнаружены пленки серовато-белого цвета.

Вопросы:

1. Какой диагноз у мальчика?
2. На основании каких данных вы поставили диагноз?
3. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Нуждается ли ребенок в специфической терапии? Какой вид терапии называется специфическим, какова методика проведения данной терапии? Если нуждается, то в какой дозе?
5. Какие осложнения возможны при данном заболевании?

Задача 7

У девочки 4 лет во время обеда на фоне полного здоровья появился сухой, навязчивый кашель, позывы на рвоту и впервые в жизни одышка, в связи с чем была вызвана бригада «скорой помощи». Меню включало арахис.

При осмотре: состояние ребенка средней тяжести, в сознании, беспокойна, вдох резко затруднен. Кожные покровы бледно-розовые, периоральный цианоз, слизистые оболочки чистые, розовые. Над легкими перкуторный звук не изменен. Дыхание поверхностное, равномерно проводится с обеих сторон, ослаблено. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 100 в минуту, АД – 95/55 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги.

Внезапно во время осмотра состояние девочки резко ухудшилось, вдох стал прерывистым, судорожным, быстро нарастает цианоз. При осмотре ротоглотки инородного тела не видно.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какими симптомами подтверждается диагноз?
3. Оцените тип острой дыхательной недостаточности в данном случае.
4. Какие неотложные мероприятия показаны? Как они проводятся?
5. Как они различаются в зависимости от возраста ребенка?
6. На основании чего можно сделать выбор между экстренной эндотрахеальной интубацией и трахеостомией при наступлении полной асфиксии у пациента?
7. Где расположена крикотиреоидная связка и каково ее значение?

Задача 8

Мальчик трех лет осмотрен в приемном отделении больницы, куда был доставлен с диагнозом «дифтерия ротоглот-

ки?». Согласно анамнезу болезни, ребенок болен в течение 3 дней, заболевание протекало с насморком, подъем температуры тела до 37,7 °С. С 3-го дня болезни подъем температуры тела до 39 °С, появились затруднение глотания, инспираторная одышка.

При осмотре: состояние тяжелое, выраженная интоксикация, лежит на боку с откинутой назад головой, подвижность шеи ограничена, выражена инспираторная одышка, ЧД до 50 в минуту, дыхание затруднено, голос гнусавый, изо рта вытекает слюна. Отмечается выбухание задней стенки глотки по средней линии. Кожные покровы бледные, периоральный цианоз. Пальпируются увеличенные до 1,5–2 см подчелюстные и заднешейные лимфоузлы, болезненные при пальпации. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ЧСС – 148 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется до 1,0 см ниже края реберной дуги, селезенка у края реберной дуги. Мочеиспускание и стул в норме.

На рентгенограмме шеи в боковой проекции: увеличение объема превертебральных тканей в верхней части шеи.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного ребенка?
2. Какие возрастные анатомо-физиологические предрасполагающие факторы развития данного заболевания?
3. Какие инфекционные агенты наиболее часто вызывают данное заболевание?
4. Какие диагностические исследования еще могут быть проведены? Какие результаты вы ожидаете получить?
5. Какие осложнения заболевания вам известны?
6. Какой план лечения?

Задача 9

Родители мальчика 6 мес. обратились в поликлинику в связи с жалобами на шумное дыхание, отмечающееся с рождения при отсутствии катаральных изменений в носоглотке и зеве. Дыхательные шумы усиливались в положении на спине, во сне, при плаче, а в положении на животе уменьшались.

Из анамнеза жизни известно, что мальчик от II беременности (I беременность – выкидыш на сроке 6 нед.), протекавшей на фоне гестоза, ОРВИ на сроке 8 нед., роды 1-е срочные. Масса тела – 3650 г, длина – 51 см. Прививки по возрасту, реакций не было. Неделю назад перенес ОРЗ, сопровождавшееся усилением шумного дыхания, инспираторной одышкой при нагрузке во время болезни.

При осмотре: состояние ребенка удовлетворительное, температура тела – 36,6 °С, видимые слизистые оболочки чистые, розовые. Дыхание стридорозное. Одышки нет. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, ногти розовые. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Перкуторный звук коробочный, ЧД – 30 в минуту. Тоны сердца умеренно громкие, ритмичные, ЧСС – 124 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется до 1,5 см от края реберной дуги, селезенка – у края реберной дуги. Мочеиспускание и стул в норме.

Вопросы:

1. Предположите диагноз, обоснуйте.
2. Как можно объяснить происхождение шума при дыхании у данного пациента? Назовите наиболее частую причину.
3. Укажите возможные диагностические тесты.
4. Какие рекомендации вы дадите по лечению и каков прогноз данного заболевания?

Задача 10

В марте в приемное отделение доставлена девочка 8 мес., в связи с внезапным развитием охриплости и остановки дыхания во время дневной прогулки.

Анамнез жизни: беременность I, протекала с гестозом, роды самостоятельные, на 37-й неделе, на фоне слабости родовой деятельности. Масса тела – 2900, длина – 52 см. На естественном вскармливании первые 2 нед., далее искусственное. Фруктовые пюре ввели с 5 мес., соки с 5,5 мес., первый прикорм введен с 6 мес. – в виде гречневой каши. В настоящее время введено овощное пюре, начато введение мяса. С 7 мес. получает творог до 25 г ежедневно. Масса – 8200 г. Витамин D введен с 4 мес. (с октября) в дозе 500 МЕ/сут. Около 3 нед. назад перенесла ОРВИ.

При осмотре: состояние средней тяжести, самочувствие несколько нарушено. Вяловата, периодически возникает осиплость голоса, стридорозное дыхание. Температура тела – 36,7 °С, слизистые оболочки розовые, чистые. Во рту два нижних резца. Кожные покровы бледно-розовые, периоральный цианоз. Подкожно-жировой слой в области живота до 3,0 см, в области плеча – 2,5 см, в области бедра – 4,0 см. Голова округлой формы, размеры большого родничка 1,0х1,0 см, не напряжен, не выбухает. Грудная клетка с реберными «четками», гаррисоновой бороздой. Умеренно выражена мышечная гипотония. При беспокойстве нарастает стридор, периоральный цианоз, вздутие в области уступчивых мест грудной клетки. В легких аускультативно дыхание жесткое, несколько удлинен вдох, хрипов нет, ЧД – 34 в минуту. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 98 в минуту. Живот несколько распластан, мягкий. Печень пальпируется до 1,5 см, селезенка – пальпируется край. Менингеальные симптомы отрицательные. Положительные симптомы Труссо и Хвостека.

Биохимический анализ крови: кальций общий – 1,85 ммоль/л (норма 2,10–2,60 ммоль/л), кальций ионизированный –

0,75 ммоль/л (норма 1,0–1,25 ммоль/л), фосфор – 1,4 ммоль/л (норма 1,0–2,0 ммоль/л), щелочная фосфатаза – 650 Ед/л (норма до 140 Ед/л).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие сведения анамнеза, выявленные симптомы и результаты проведенного обследования подтверждают диагноз?
3. Объясните патогенез заболевания.
4. Какая неотложная помощь показана?
5. Укажите меры профилактики и лечения.

Задача 11

Девочка 9 лет.

Анамнез жизни: с 3 мес. жизни на коже отмечались аллергические высыпания, в складках – мокнутие, зуд; срыгивания, неустойчивый стул. Диагностирован атопический дерматит, пищевая аллергия. На прием антибиотиков из группы полусинтетических пенициллинов была крапивница. У матери – лекарственная аллергия на антибиотики, шерсть животных. У бабушки по материнской линии – аллергический ринит.

Страдает пищевой аллергией на рыбу. Была приглашена в гости, где готовили уху. Через 5 мин после входа в квартиру появились риноконъюнктивит, уртикарные высыпания на лице, зуд в ротовой полости, осиплость голоса, кашель, затрудненное шумное дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Была вызвана «скорая помощь».

При осмотре врачом «скорой помощи»: состояние тяжелое, стридорозное дыхание, инспираторная одышка, осиплость голоса, температура тела 36,5 °С. Слизистая оболочка зева отечная, рыхлая. На коже распространенные уртикарные элементы, периоральный цианоз. В легких дыхание жестковатое,

проводные и сухие свистящие хрипы, перкуторный звук коробочный, ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 100 в минуту. АД – 80/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется край печени у реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Что послужило основанием для постановки диагноза?
3. Какие механизмы лежат в основе заболевания?
4. Назначьте неотложную терапию.
5. Составьте план обследования.

Задача 12

Мальчик 6 лет поступил в отделение с жалобами на продолжительные и частые задержки дыхания во сне, дневную сонливость для обследования.

Анамнез жизни: ребенок от I физиологически протекавшей беременности, 1-х самостоятельных родов на 42-й неделе гестации. Масса тела при рождении 2950 г, длина – 50 см. Закричал сразу, громко. На 4-й день жизни вакцинирован БЦЖ. С рождения на смешанном вскармливании. Прививки проведены в срок, реакций не было; реакция Манту отрицательная.

С трех лет диагностирована гипертрофия аденоидов III степени. Была проведена повторная (дважды) операция по удалению аденоидов, однако после операции вновь отмечена гипертрофия аденоидов II степени. В течение нескольких месяцев отмечались постоянное затруднение носового дыхания, длительные (до 50 секунд), частые остановки дыхания во сне.

При осмотре: состояние расценено как среднетяжелое. Масса тела – 43,6 кг, рост – 127 см. ЧД – 22 в минуту, ЧСС –

89 ударов в минуту, АД – 90/65 мм рт. ст. Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые, умеренно влажные и эластичные. Слизистая оболочка полости рта розовая, не отечная; в области глотки – гиперемия, утолщение краев передних дужек, миндалины увеличены до III степени. Подкожно-жировая клетчатка выражена избыточно. Носовое дыхание затруднено, слизистая оболочка полости носа розовая, не отечная, отделяемого из носовых ходов нет. Крылья носа в акте дыхания не участвуют. Периферические лимфатические узлы до 1,5 см подчелюстные, 0,7–1,0 см – заднешейные, эластичной консистенции. В легких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются; перкуторный звук легочный. Тоны сердца умеренно громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Мочеиспускание регулярное. Стул оформлен.

Ребенку была выполнена *ночная полисомнография (в течение всего периода сна)*: выявлено резкое нарушение структуры сна за счет увеличения длительности поверхностных стадий фазы медленного сна, практически полного отсутствия глубоких стадий медленного сна на фоне выраженной редукции фазы быстрого сна. Эффективность сна была снижена до 86% вследствие высокой частоты эпизодов апноэ/гипопноэ. Значительные нарушения дыхания в течение всего периода ночного сна регистрировались в любом положении тела. За время ночного сна всего зарегистрировано 964 эпизода апноэ/гипопноэ обструктивного характера общей длительностью до 234 мин. Индекс апноэ/гипопноэ – 117 в час, средняя продолжительность эпизода апноэ/гипопноэ – 14,6 с, максимальная – 52,2 с. Минимальное значение уровня SaO_2 – 34%, средний уровень SaO_2 – 79% за весь период ночного сна (норма – выше 92%). Средняя ЧСС ночью была повышена до 107 в минуту.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз на основании жалоб при поступлении, объективного осмотра и результатов проведенного обследования.
2. Определите индекс массы тела.
3. Какие факторы риска заболевания известны? Какие из них присутствуют у ребенка?
4. Какой основной диагностический метод был использован? Какие показатели регистрируются при его проведении? Что подтверждает диагноз?
5. Какие осложнения заболевания вам известны?
6. Какие способы лечения болезни существуют?
7. В каком лечении нуждается ребенок?

Задача 13

Врачом бригады «скорой помощи» осмотрен мальчик 6 лет, вынесенный спасателем из горящей квартиры. Состояние оценено как тяжелое, ребенок без сознания. Оценка по шкале комы Глазго – 8 баллов. Эритема и отечность кожных покровов. Поверхностные ожоги кожи лица, обгоревшие брови и ресницы. Имеется спазм жевательной мускулатуры. Одышка смешанного характера, при преобладании затруднения вдоха выявляется ослабление дыхательных шумов над легкими, над легочными полями выслушиваются сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 140 ударов в минуту, АД – 80/40 мм рт. ст. Живот мягкий. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Вопросы:

1. Какой диагноз у ребенка?
2. Чем определяется тяжесть состояния пациента?

3. Опишите патогенез. Какова реакция организма ребенка на ингаляцию горячего воздуха и продуктов горения?
4. Какая неотложная помощь требуется ребенку?

Диагностические ключи

Задача 1. ОРВИ, острый стенозирующий ларинготрахеит I степени.

Задача 2. ОРВИ, острый стенозирующий ларинготрахеит II степени.

Задача 3. ОРВИ, острый стенозирующий ларинготрахеит III степени.

Задача 4. Эпиглоттит.

Задача 5. ОРЗ, бактериальный трахеит.

Задача 6. Дифтерия ротоглотки, гортани, дифтерийный круп II стадии.

Задача 7. Аспирация инородного тела.

Задача 8. Заглоточный абсцесс.

Задача 9. Врожденный стридор.

Задача 10. Спазмофилия, ларингоспазм гипокальциемического генеза. Рахит II степени, подострое течение, период разгара.

Задача 11. Анафилаксия, тяжелая: аллергический отек гортани, острая крапивница, анафилактический шок. Пищевая и лекарственная аллергия.

Задача 12. Синдром обструктивного апноэ сна, тяжелая форма. Гипертрофия небных миндалин III степени. Экзогенно-конституциональное ожирение III степени.

Задача 13. Термический ожог верхних дыхательных путей и бронхов. Ожог кожи лица. Ингаляционное повреждение дымом. Отравление СО.

**3. РЕБЕНОК С ЭКЗАНТЕМОЙ.
КОРЬ. КРАСНУХА. ПАРВОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ.
ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗ. МНОГОМОРФНАЯ
ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА. БОЛЕЗНЬ КАВАСАКИ.
ОСТРАЯ КРАПИВНИЦА. АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ.
ЧЕСОТКА. ПЕЛЕНОЧНЫЙ ДЕРМАТИТ.
СЕБОРЕЙНЫЙ ДЕРМАТИТ**

Задача 1

Девочка четырех лет поступила в стационар 20 декабря с жалобами на слабость, повышение температуры, кашель, насморк.

Заболела 18 декабря: температура тела 37,6 °С, появились кашель и насморк. Участковый педиатр диагностировал ОРВИ и назначил симптоматическую терапию, теплое питье. На следующий день общее состояние ухудшилось, температура – 38,3 °С, кашель и насморк усилились, появились головная боль и боль в горле, в связи с чем ребенок был госпитализирован.

Анамнез жизни: раннее развитие в соответствии с возрастом. С 6 мес. у девочки атопический дерматит, в связи с чем не прививалась. ОРЗ болеет 3 раза в год. Посещает детский сад.

Осмотр при поступлении: температура тела 38,5 °С, ребенок вял, бледен; выражены насморк, сухой кашель, светобоязнь, гиперемия конъюнктив, инъекция сосудов склер. Кожа бледная, чистая. Яркая гиперемия дужек, задней стенки глотки, миндалин, слизистых оболочек щек. На переходной складке у коренных зубов имеются очень мелкие беловатые

высыпания, несколько возвышающиеся над поверхностью. На мягком небе – розовато-красные мелкие пятна. Пальпируются шейные лимфатические узлы, мелкие, безболезненные. В легких дыхание жесткое, хрипов нет, ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца звучные, ЧСС – 110 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги. Стул нормальный.

Вопросы:

1. Какой диагноз следует предположить в данном случае? Назовите диагностические критерии заболевания, имеющиеся у больной.
2. Какие симптомы следует ожидать в последующие дни болезни, чтобы убедиться в правильности постановки диагноза?
3. Какие дополнительные сведения анамнеза необходимы для подтверждения диагноза?
4. Какой инкубационный период заболевания?
5. В какое отделение необходимо госпитализировать девочку? Можно ли изолировать больную в соматическом отделении?
6. Что необходимо предпринять в группе детского сада, который посещает девочка, с целью профилактики распространения заболевания?

Задача 2

Ребенок двух лет, заболел остро. Внезапно повысилась температура тела до 38,5 °С, появились кашель, насморк, конъюнктивит. Ребенок стал капризным, плохо спал, отмечалось снижение аппетита. Через некоторое время появилась светобоязнь. Участковый врач расценил все симптомы как проявление ОРВИ и назначил симптоматическую терапию.

На 3-й день от начала заболевания, температура тела вновь повысилась до 39,4 °С, состояние ухудшилось, на лице появилась ярко-розовая пятнисто-папулезная сыпь, которая в течение двух дней распространилась на туловище и конечности. Температура тела оставалась высокой. Ребенок был вялым, сонливым. Ночью состояние ребенка резко ухудшилось; появились приступы удушья, грубый, «лающий» кашель, отказывается от еды, повторная рвота. Ребенок был доставлен в стационар.

При осмотре: состояние тяжелое, затруднение носового дыхания, гиперемия конъюнктив, на коже крупно-пятнистая сыпь. Грубый, «лающий» кашель, осиплость голоса. Дыхание шумное, даже в покое отмечается инспираторная одышка, в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура, периоральный цианоз. В легких дыхание жесткое, выслушиваются проводные хрипы. ЧД – 44 в минуту. Перкуторный звук не изменен. Тоны сердца громкие, ритм правильный. ЧСС – 112 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень не пальпируется, стул оформленный.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, укажите период, форму и тяжесть заболевания. Обоснуйте.
2. Что вам известно о возбудителе и патогенезе заболевания?
3. Как подтвердить диагноз?
4. Какая наиболее вероятная причина нарушения дыхания?
5. Составьте план лечения.
6. Существует ли специфическая профилактика данного заболевания? Если да, то с помощью каких препаратов и в каком возрасте она проводится?
7. Какова продолжительность заразного периода?

Задача 3

Ребенок трех лет болеет корью. Отмечалась лихорадка с подъемом температуры тела до 38,8 °С, повторная рвота, сыпь – пятнисто-папулезная, яркая, обильная со склонностью к слиянию. Высыпания начались на лице, затем, в течение 3 сут, сыпь последовательно распространилась на туловище и конечности. За ребенком ухаживает бабушка. В связи с выраженной светобоязнью у больного она завесила от света все окна. Элементы сыпи стали пигментироваться, уменьшились насморк и светобоязнь, нормализовалась температура тела, однако на 9-й день болезни отмечен повторный подъем температуры.

При осмотре на 9-й день болезни ребенок капризен, отказывается от еды и питья, от приема лекарств, на губах кровоточащие трещины, корочки, слюнотечение. Температура тела 38,7 °С, одышка смешанного характера с втяжением межреберий, ЧД – 48 в минуту, появился сильный влажный кашель.

Вопросы:

1. Какие осложнения кори вам известны?
2. Какие осложнения кори можно заподозрить у данного больного?
3. В каком обследовании нуждается ребенок? Что вы ожидаете выявить?
4. Какие дефекты ухода могли способствовать развитию осложнений?
5. Каковы патогенетические механизмы развития осложнений?
6. На основании каких признаков подразделяется болезнь по тяжести? Оцените тяжесть заболевания у пациента.
7. Какое лечение следует назначить?

Задача 4

Девочка пяти лет.

Анамнез жизни: страдает выраженной пищевой аллергией. Диетические ограничения соблюдались плохо, так как ребенок посещает детский сад. Не привита.

Две недели назад в детском саду заболел ребенок (диагноз «аллергическая реакция»).

Сегодня в группе детского сада одновременно у троих детей была обнаружена сыпь, в том числе и у данной больной. Накануне девочка была капризной, жаловалась на головную боль. Температура тела была 37,2 °С, отмечалась заложенность носа. Днем присоединились жалобы на болезненность в области затылка, где были обнаружены увеличенные до 1 см затылочные лимфатические узлы, слегка болезненные, подвижные при пальпации. Затем появилась мелкопятнистая розовая сыпь на лице, верхней части туловища, которая в течение нескольких часов распространилась по всему телу.

При осмотре: состояние средней тяжести. На кожных покровах по всей поверхности тела розовая мелкопятнистая сыпь без тенденции к слиянию. На мягком небе петехиальные высыпания, умеренная гиперемия зева. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД – 30 в минуту. Тоны сердца чистые, громкие. ЧСС – 110 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Что вам известно об этиологии и патогенезе заболевания?
3. Каков инкубационный период заболевания?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Назначьте лечение.

6. Какие могут возникнуть осложнения данного заболевания?

7. Какие противоэпидемические мероприятия в детском саду необходимо провести?

8. Проводится ли вакцинация против данного заболевания? Если да, то какой вакциной, в каком возрасте и с какой целью?

Задача 5

У ребенка пяти лет после прогулки появились мелкие красные пятна на щеках с тенденцией к слиянию, образуя эритему щек; щеки выглядели как «нашлепанные», кожа вокруг рта оставалась бледной. На следующий день появились жалобы на головную боль, миалгии. Температура тела повысилась до 38 °С, появились катаральные явления со стороны носа и зева, на туловище и конечностях, преимущественно на разгибательных поверхностях – эритематозная сыпь. Зуд кожи умеренно выражен. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД – 26 в минуту. Тоны сердца громкие, ритм правильный, ЧСС – 110 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Спустя 2 дня сыпь на лице и туловище исчезла, а на конечностях начала бледнеть, приобретая сетчатый, «кружевной» вид.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз? Обоснуйте.
2. Что вам известно об этиологическом агенте и патогенезе заболевания?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие лабораторные методы помогут подтвердить диагноз?

5. Какое лечение показано?
6. Какие возможны осложнения?
7. Проводится ли специфическая профилактика данного заболевания?

Задача 6

Темнокожий мальчик трех лет. В течение последних трех дней у ребенка отмечались сонливость, слабость, боли в ногах. Сегодня повысилась температура до 38 °С, появились головная боль, боли в животе, зуд подошв.

При осмотре: состояние ребенка тяжелое, в сознании. Мальчик пониженного питания, вялый. Определяется «башенный» череп. Кожные покровы темные. Отмечается выраженная бледность слизистых оболочек, умеренная желтушность склер. Зев гиперемирован, разрыхлен. Дыхание через нос затруднено, обильное слизистое отделяемое из носа. Пальпируются единичные безболезненные передние и задние шейные, паховые лимфатические узлы размером 0,5–0,7 см в диаметре. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум. ЧСС – 120 в минуту. Одышка, ЧД – 40 в минуту. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот доступен пальпации, определяется болезненность в области пупка. Печень +3 см, край умеренно плотный. Селезенка +1,5 см. Стул и диурез в норме.

Общий анализ крови: Hb – 65 г/л; эритроциты – $2,4 \times 10^{12}$ /л, MCV – 84 фл (норма – 80–94 фл), определяются деформированные S-образной формы эритроциты; тромбоциты – 220×10^9 ; лейкоциты – $8,5 \times 10^9$ /л; ретикулоциты – 1%.

При серологическом исследовании в крови определяют IgM-антитела к парвовирусу B19.

Вопросы:

1. Какое инфекционное заболевание имеет место у ребенка? Обоснуйте.
2. Каким гематологическим заболеванием страдает ребенок?
3. Какой механизм лежит в основе резкого ухудшения состояния? О каком варианте криза гематологического заболевания можно думать?
4. Какие еще варианты кризов бывают при данном заболевании? Что лежит в их основе?
5. Назначьте лечение.

Задача 7

Мальчик 8 лет в июле находился на даче, где часто гулял в лесу. В течение последней недели жаловался на утомляемость и выраженную слабость. Три дня назад на разгибательной поверхности правой голени обнаружили участок покраснения кожи 3х3 см, постепенно участок покраснения расширялся во все стороны. Сегодня зарегистрировано повышение температуры тела до 38,5 °С, озноб, головная боль.

При осмотре: кожные покровы со следами загара, на правой голени – высыпания в виде эритемы овальной формы до 5 см в диаметре, с зудом и жжением. Края интенсивно красные и слегка приподнятые над поверхностью кожи в виде кольца, с просветлением в центре. Ротоглотка умеренно гиперемирована. Пальпируются шейные, подмышечные и паховые лимфатические узлы; безболезненные. Тоны сердца громкие, ритм правильный, ЧСС – 100 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, несколько болезненный при пальпации, печень +1 см из-под края реберной дуги.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте. О какой форме и о какой стадии болезни можно думать? Какова продолжительность данной стадии болезни?
2. Чем характеризуются другие стадии заболевания (продолжительность, клинические проявления)?
3. Назначьте обследование для уточнения диагноза.
4. Что вам известно об этиологии, эпидемиологии, патогенезе и профилактике заболевания?
5. Проводится ли специфическая профилактика?
6. Назначьте лечение.
7. Каков прогноз заболевания? Какие осложнения заболевания вам известны?

Задача 8

Мальчик 6 лет, заболел 17 октября. Жалобы на слабость, недомогание, боли в мелких суставах кистей и стоп, сыпь на тыльной поверхности кистей и стоп.

При осмотре (21 октября): состояние ребенка средней тяжести. Температура тела 37,6 °С, аппетит снижен. Кожные покровы бледно-розовые, на разгибательных поверхностях кистей, предплечий, стоп, голеней, бедер эритематозно-папулезные элементы сыпи с синюшными краями размером от 2 мм до 2 см. Сыпь имеет тенденцию к слиянию, образуя скопления в виде гирлянд и колец. Различимы три зоны сыпи: бурый центр окружен розовой отечной зоной, а она – красным кольцом. На слизистой оболочке полости рта эрозии, трещины и корочки на губах, пятнистая энантема на слизистой оболочке полости рта. Пальпируются шейные лимфатические узлы до 0,5 см, безболезненные. Дыхание через нос несколько затруднено. Отмечается стойкая болезненность между пальцами кистей и стоп. Крупные суставы не изменены, безболезненны. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны серд-

ца ясные, ритмичные. Язык обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный.

При серологическом исследовании в крови определяют IgM-антитела к вирусу простого герпеса.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Какова этиология заболевания?
3. Какие еще этиологические факторы заболевания вам известны?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Назначьте лечение.

Задача 9

Ребенок четырех лет, заболел остро. В течение шести дней лихорадка до 39 °С, слабость, раздражительность, головная боль, артралгии, двусторонний катаральный конъюнктивит. Непереносимость физической нагрузки. Появилась полиморфная сыпь в виде мелких пятен красного цвета, волдырей, папул. Элементы сыпи располагаются на коже туловища в паховой области и на проксимальных отделах рук и ног. Спустя три дня появилось болезненное уплотнение и покраснение кожи подошв и ладоней.

При осмотре: сухость, покраснение слизистой оболочки полости рта, кровоточащие трещины на губах, «малиновый» язык. Температура тела 38,5 °С. Пальпируется увеличенный до 1,5 см переднешейный лимфатический узел справа, умеренно болезненный. Мелкие суставы кистей и стоп, голеностопные суставы отечны и болезненны. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД – 30 в мин. Тоны сердца умеренно приглушены, аритмия, ЧСС – 130 в мин. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1 см. Живот мяг-

кий, безболезненный, печень +1 см. Физиологические отправления в норме.

Общий анализ крови: Hb – 106 г/л; эритроциты – $3,7 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $19,7 \times 10^9$ /л, п/я – 16%, с/я – 65%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 14%, моноциты – 2%, тромбоциты – 620×10^9 /л; СОЭ – 47 мм/ч.

Биохимический анализ крови: повышен уровень IgM и IgG, серомукоида, АлАТ, АсАТ.

Общий анализ мочи: умеренная протеинурия, лейкоциты до 15–20 в п/зр., бактерии – нет.

ЭКГ: подъем сегмента ST на 1 мм в V₅, V₆, ST-депрессия в V₂. Уплощенный изоэлектрический зубец Т в aVF, V₄₋₆, I, II.

ЭХО-КГ: расширение левой коронарной артерии, умеренная дилатация левого желудочка, фракция выброса левого желудочка – 58% (норма – выше 60%).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Какие диагностические критерии данного заболевания вам известны? Какие из них имеются у пациента?
3. Ваша интерпретация результатов лабораторно-инструментального исследования.
4. Каковы вероятные причины заболевания?
5. Какие стадии заболевания вам известны?
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Назначьте лечение
8. Каков прогноз у данного пациента?

Задача 10

Ребенок 6 лет, находясь в стационаре, получает антибактериальную терапию амоксиклавом по поводу пневмонии

в течение пяти дней. В настоящее время состояние удовлетворительное, температура тела нормализовалась, хрипов в легких, одышки нет. Сегодня появилась яркая уртикарная, местами сливная сыпь по всему телу, с крупными элементами с бледным центром, сыпь сопровождается зудом кожи. Воспалительных явлений в глотке нет. Лимфатические узлы без особенностей. Пять дней назад из палаты был изолирован больной краснухой.

Вопросы:

1. Какой инкубационный период при краснухе?
2. Есть ли основания для диагноза краснухи?
3. Поставьте диагноз.
4. Какие варианты заболевания вам известны?
5. Как следует изменить лечение? Какие препараты следует назначить?
6. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Задача 11

Ребенок в возрасте двух дней, находится в отделении патологии новорожденных.

Анамнез жизни: ребенок от II беременности, протекавшей с угрозой выкидыша в первом триместре, на 24-й неделе беременности у старшего ребенка в семье экзантемная инфекция (инфекционная эритема). Регулярного наблюдения и дальнейшего обследования в женской консультации не было. Ребенок родился на 36-й неделе путем кесарева сечения, с массой 2900 г, ростом 44 см. Оценка по шкале Апгар – 4/6 баллов. Обращала на себя внимание отечность плаценты.

При осмотре: состояние тяжелое. Вялый, рефлексы новорожденных слабо выражены, мышечная гипотония, кожные

покровы бледные, генерализованный отек кожи, цианоз носогубного треугольника. ЧСС – 160 в минуту, ЧД – 60 в минуту. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум. Дыхание ослабленное, одышка смешанного характера. Живот при пальпации безболезненный, печень и селезенка пальпации труднодоступны из-за выраженного асцита. Стул – меконий, задержка мочеиспускания.

В общем анализе крови: Нб – 110 г/л; эритроциты – 3×10^{12} /л.

ЭХО-КТ: выпот в перикардальном пространстве.

УЗИ органов брюшной полости: увеличена правая доля печени, асцит.

Рентгенограмма органов грудной клетки: обнаруживается двусторонний плевральный выпот.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования помогут подтвердить диагноз?
3. Каков путь передачи инфекции?
4. Объясните патогенез заболевания.
5. Назначьте лечение.
6. Какие ошибки были допущены в ведении беременности?
7. Какие методы лечения плода возможны при данном заболевании?

Задача 12

На приеме у педиатра девочка 1,5 мес.

Анамнез жизни: ребенок от I беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина – 52 см. Оценка по шкале Апгар – 8/8 баллов. К груди приложена сразу, сосала удовле-

творительно. На естественном вскармливании до настоящего времени. Физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Наследственность по аллергическим заболеваниям неотягощена.

Анамнез заболевания: на 2-й неделе жизни на коже волосистой части головы и в меньшей степени в области лба, в заушных складках появились скопления жирных, сальных чешуек. Позже в складках кожи туловища и конечностей появилась эритематозная сыпь с фестончатыми краями, также покрытая желтоватыми чешуйками, затем данные высыпания появились в паховой области. Зуд отсутствовал. В отсутствие лечения сыпь приобрела генерализованный характер.

При осмотре: состояние ребенка средней тяжести, ребенок беспокоен. На волосистой части головы выражены проявления шелушения в виде «чепчика». В паховой, подмышечной, ягодичной областях отмечается эритематозная сыпь с чешуйками, несколько возвышающаяся над кожей. Пальпируются периферические лимфатические узлы до 0,5 см в диаметре, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Дыхание пузрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС – 114 в минуту. Живот несколько вздут, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень +2,0 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Hb – 112 г/л, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л, цв. показатель – 0,9, лейкоциты – 12×10^9 /л, п/я – 7%, с/я – 23%, эозинофилы – 8%, лимфоциты – 52%, моноциты – 10%, СОЭ – 12 мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Что является этиологическим фактором заболевания?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Оцените прогноз.
5. Назначьте лечение.

Задача 13

У ребенка двух месяцев в области промежности, ягодиц, бедер при осмотре обнаружена ограниченная эритематозная сыпь.

Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, срочных родов. Масса тела при рождении – 3000 г, длина – 51 см. Оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. К груди приложен сразу, сосал удовлетворительно. На естественном вскармливании до настоящего времени. Физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Наследственность по аллергическим заболеваниям неотягощена. При беседе с матерью выяснено, что ребенку не обеспечивался достаточный гигиенический уход, он длительно находился в мокром подгузнике.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте.
2. Перечислите провоцирующие факторы, объясните механизм развития заболевания.
3. Какие рекомендации следует дать матери?
4. Какие наружные средства могут быть рекомендованы в данном случае?

Задача 14

На приеме у педиатра мальчик 13 лет, который месяц назад вернулся из туристического похода, с жалобами на кожный зуд, преимущественно в ночное время. Во время похода ночевал в палатке со своим другом, страдавшим, со слов пациента, «кожным зудом на нервной почве». Несколько раз пользовался его спортивным костюмом. Через 2 нед. после возвращения домой больного начал беспокоить зуд, а затем

появились высыпания в области кистей и на животе, а через 2 нед. аналогичные симптомы появились у брата.

При осмотре: на боковых поверхностях живота, внутренней поверхности бедер, в межпальцевых складках множественные расчесы, кровяные корочки. Высыпания расположены линейно, парного характера. Беспокоит выраженный кожный зуд.

Вопросы:

1. Можно ли клинически поставить диагноз?
2. На основании каких признаков устанавливается диагноз?
3. Что вам известно об этиологии и эпидемиологии заболевания?
4. Как подтвердить диагноз?
5. Назначьте лечение.
6. Определите комплекс санитарно-противоэпидемических мероприятий.

Задача 15

Девочка, 5 мес., поступила в стационар с направляющим диагнозом: детская экзема.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3000 г, длина – 51 см. Оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. К груди приложена сразу, сосала удовлетворительно. На естественном вскармливании до 2,5 мес., затем переведена на искусственное вскармливание в связи с гипогалактией у матери.

Анамнез заболевания: после перевода на искусственное вскармливание (смесь «Нутрилон 1») у ребенка на коже щек появились участки покраснения с элементами микровезикул, которые в дальнейшем подвергались мокнутию с образова-

ем зудящих корочек. В 3 мес. на волосистой части головы отмечались диффузные серовато-желтые чешуйки. С 4-месячного возраста была частая смена молочных смесей («Фрисолак», «Нутрилак Соя», «Нутрилон ГА», «НАН кисломолочный»), на фоне чего кожные проявления усиливались, распространяясь на лицо, верхние и нижние конечности, туловище. В дальнейшем в процесс вовлекалась кожа разгибательных поверхностей рук и ног, область ягодиц. Применение наружных медикаментозных средств (гормональные кремы, мази; травяные ванны) и антигистаминных препаратов (фенистил, зиртек) давали кратковременный эффект. В 5 мес. введен прикорм – овсяная каша на коровьем молоке, после чего отмечалось выраженное беспокойство, появился разжиженный стул со слизью, непереваarenными комочками. Ребенок беспокоен, выражен кожный зуд. Для обследования и лечения ребенок был направлен в стационар.

Семейный анамнез отягощен: мать страдает атопическим дерматитом; отец – поллинозом, аллергическим ринитом.

При поступлении состояние девочки тяжелое. Резко беспокойна. Кожные покровы практически повсеместно (за исключением спины) эритематозны, мокнутие, покрыты везикулами, местами корочки. За ушами, в области шейных складок, в локтевых и подколенных сгибах отмечаются участки с мокнутием, на разгибательных поверхностях голеней и предплечья шелушение и папулы. Пальпируются периферические лимфатические узлы до 0,5 см в диаметре, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС – 114 в минуту. Живот несколько вздут, безболезненный при пальпации, урчание по ходу кишечника. Печень +3,0 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул разжиженный, желто-зеленого цвета, с непереваarenными комочками и слизью.

Общий анализ крови: Hb – 112 г/л, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л, цв. показатель – 0,9, лейкоциты – 12×10^9 /л, п/я – 7%, с/я –

23%, эозинофилы – 8%, лимфоциты – 52%, моноциты – 10%, СОЭ – 12 мм/ч.

Титр антител IgE к казеину коровьего молока – 4+ (методом ИФА).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, назовите критерии постановки диагноза.
2. Как связано развитие заболевания с анатомо-физиологическими особенностями детского организма?
3. Перечислите факторы риска, способствующие реализации заболевания у больного.
4. Какие сопутствующие заболевания можно заподозрить у пациента?
5. Назовите пищевые продукты, этиологически значимые у детей 1-го года жизни при пищевой аллергии.
6. Какие ошибки были совершены при вскармливании ребенка (выбор смесей, введение продуктов прикорма)?
7. Назначьте местное лечение.

Задача 16

В отделение поступил мальчик 15 лет с жалобами на момент осмотра на высыпания в области локтевых и подколенных сгибов, покраснение, отек и зуд в области высыпаний.

Из анамнеза известно, что ребенку в возрасте двух лет был поставлен диагноз: атопический дерматит. С 7 лет заболевание характеризовалось сыпью в области локтевых сгибов, которая появлялась в зимнее время и сопровождалась покраснением, зудом. Больной связывает появление сыпи в зимнее время с повышением потливости в области локтевых сгибов

вследствие ношения шерстяной одежды. Как правило, симптомы заболевания исчезают в весенне-летний период, особенно после солнечной инсоляции пораженных участков. Рос и развивался соответственно возрасту, материально-бытовые условия удовлетворительные, болел редко. Наследственность по аллергии отягощена – у отца и деда атопический дерматит.

При осмотре: состояние средней тяжести, сознание ясное, положение активное. Телосложение правильное, нормостенической конституции. Кожные покровы обычной окраски, сухие. В области локтевых и подколенных сгибов лихенификация, эскориации, по периферии выражена гиперемия и пигментация. На груди, животе, спине, боковых участках туловища эритематозные пятна до 1 см в диаметре. Подкожный жировой слой развит удовлетворительно. Слизистые оболочки ротовой полости розовые чистые, язык обложен сероватым налетом. Зев не гиперемирован. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 75 в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Перечислите диагностические критерии заболевания. Какие из них присутствуют у пациента?
3. Перечислите бытовые триггерные факторы при данном заболевании.
4. Что такое шкала SCORAD? Как рассчитывается индекс SCORAD, с какой целью?
5. Назначьте обследование. Какие изменения вы ожидаете выявить?
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Назначьте лечение.

Диагностические ключи

Задача 1. Корь, катаральный период.

Задача 2. Корь типичная, период высыпаний, тяжелая, осложнение – круп (острый стенозирующий ларинготрахеит), стеноз гортани II степени.

Задача 3. Корь, типичная, период пигментации, тяжелая, поздние осложнения – стоматит, пневмония.

Задача 4. Краснуха.

Задача 5. Парвовирусная инфекция, инфекционная эритема.

Задача 6. Парвовирусная инфекция, инфекционная эритема. Серповидно-клеточная анемия. Апластический криз.

Задача 7. Лайм-боррелиоз, ранняя стадия, хроническая мигрирующая эритема.

Задача 8. Многоморфная экссудативная эритема, вызванная вирусом простого герпеса.

Задача 9. Болезнь Kawasaki.

Задача 10. Острая крапивница.

Задача 11. Внутриутробная парвовирусная В19 инфекция, водянка плода.

Задача 12. Себорейный дерматит.

Задача 13. Пеленочный дерматит.

Задача 14. Чесотка.

Задача 15. Атопический дерматит, младенческий, острая стадия, экссудативная форма, тяжелое течение, диффузный, преимущественно с пищевой сенсibilизацией.

Задача 16. Атопический дерматит, подростковый, хроническая стадия, эритематозно-сквамозная форма с лихенизацией, среднетяжелое течение, ограниченный.

**4. РЕБЕНОК С ХРОНИЧЕСКИМ КАШЛЕМ.
КОКЛЮШ. РЕСПИРАТОРНЫЙ МИКОПЛАЗМОЗ.
РЕСПИРАТОРНЫЙ ХЛАМИДОФИЛЕЗ. ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ.
ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ
(БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И ЛОКАЛЬНЫЙ
ПНЕВМОСКЛЕРОЗ, ОБЛИТЕРИРУЮЩИЙ БРОНХИОЛИТ).
НАСЛЕДСТВЕННЫЕ БОЛЕЗНИ С ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ
(МУКОВИСЦИДОЗ, ПЕРВИЧНАЯ ЦИЛИАРНАЯ ДИСКИНЕЗИЯ,
АГАММАГЛОБУЛИНЕМИЯ БРУТОНА).
ИНОРОДНОЕ ТЕЛО БРОНХОВ. АСПИРАЦИОННЫЙ БРОНХИТ.
ПСИХОГЕННЫЙ КАШЕЛЬ**

Задача 1

Девочка 7 мес. поступила в клинику с приступами кашля, сопровождающимися появлением цианоза.

Заболевание началось с кашля, усилившегося в последующие дни и ставшего приступообразным. Температура тела не повышалась. Через 5 дней возник сильный приступ кашля, во время которого лицо девочки сначала покраснело, затем посинело, в связи с чем по «скорой помощи» ребенок был доставлен в стационар с подозрением на пневмонию.

При осмотре: температура тела 36,6 °С, ребенок бледен, пониженного питания. Лицо одутловато, на веках и висках – петехии. Тургор тканей снижен. Большой родничок размером 3х2 см, края податливы, отмечается облысение затылка, краниотабес, «четки» на ребрах. Кашель приступообразный. Приступ начинается несколькими кашлевыми толчками, следующими друг за другом, затем наблюдается глубокий затрудненный вдох, ребенок краснеет, затем синееет. Кашель со-

провождается слезотечением, некоторые приступы кашля заканчиваются рвотой со слизистым отделяемым или апноэ. После приступа ребенок вялый, вскоре засыпает. Приступы кашля повторяются за сутки до 20 раз. Отмечается вздутие грудной клетки, коробочный звук при перкуссии. В легких рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца звучные. Границы сердца не изменены. Печень пальпируется на 3 см ниже реберной дуги, селезенка – на 1,5 см. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

Вопросы:

1. Какие патологические симптомы относятся к острому заболеванию?
2. О каком остром заболевании можно думать? Обоснуйте.
3. Что вам известно об этиологии, патогенезе, эпидемиологии заболевания?
4. Все ли патологические признаки могут быть объяснены только острым заболеванием ребенка? Если нет, то о каком сопутствующем заболевании следует думать?
5. Сформулируйте и обоснуйте окончательный диагноз у ребенка.
6. Какие дополнительные исследования необходимо провести и какие результаты вы ожидаете получить?
7. Назначьте лечение.
8. Проводится ли специфическая профилактика данного заболевания? Если да, то какими препаратами и в каком возрасте?

Задача 2

Девочка двух месяцев. Родилась в срок. На грудном вскармливании. Нервно-психическое и физическое развитие соответствует возрасту. Известно, что у ребенка появился су-

хой кашель, который в последующие дни усиливался. У старшего брата в течение последнего месяца также отмечался кашель. Через неделю ребенок госпитализирован с диагнозом «ОРВИ, пневмония?».

При осмотре: состояние средней тяжести. Бледная. Кашель приступообразный, сопровождается цианозом лица, иногда рвотой, отхождением густой вязкой мокроты. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Сердечные тоны громкие. Был диагностирован бронхит, проводилась антибактериальная терапия амоксициллином в течение 5 дней.

Несмотря на проводимую терапию, в конце второй недели заболевания состояние девочки ухудшилось. Приступообразный кашель усилился, отмечается до 40 приступов кашля в сутки, со рвотой. Периодически у ребенка отмечалось апноэ, во время которого ребенок синел, дважды отмечались судороги. Лицо девочки одутловатое, цианоз носогубного треугольника сохраняется постоянно.

Общий анализ крови: Hb – 128 г/л; эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л, цв. показатель – 0,87; лейкоциты – $18,2 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с/я – 19%, лимфоциты – 61%, моноциты – 10%; СОЭ – 8 мм/ч.

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля повышенной пневматизации, очаговых теней нет.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз. Перечислите типичные симптомы и результаты проведенных обследований, на основании которых был поставлен диагноз.
2. Оцените тяжесть заболевания.
3. Предположите источник заболевания.
4. Как подтвердить диагноз?
5. Каков патогенез развития кашля при данном заболевании? С чем связана неврологическая симптоматика?
6. В каком отделении должна лечиться больная?

7. Перечислите особенности данного заболевания у детей раннего возраста.

8. Назначьте лечение. С чем связана неэффективность терапии амоксициллином?

Задача 3

Мальчик 7 лет, был госпитализирован в связи с подозрением на пневмонию. Из анамнеза известно, что до настоящего заболевания рос и развивался нормально. Два месяца назад пошел в школу. Через три недели после начала посещения школы перенес впервые в жизни ложный круп, осложнившийся обструктивным бронхитом в легкой форме без повышения температуры, лечился эуфиллином, получал отхаркивающие средства. С этого времени сохраняется навязчивый коклюшеподобный сухой непродуктивный кашель. За три дня до госпитализации кашель резко усилился, появилась одышка при физической нагрузке.

При поступлении – состояние средней тяжести. Температура тела в норме. Кожные покровы бледные, единичные эритематозные элементы с просветлением в центре на туловище. Гиперемия, фолликулы задней стенки глотки. ЧД в покое 25 в минуту. Над легкими перкуторно звук коробочный, притупление в нижних отделах обоих легких, аускультативно – рассеянные сухие свистящие, единичные влажные мелкопузырчатые хрипы при глубоком дыхании, асимметричные участки локального ослабления дыхания в нижних отделах легких с двух сторон.

Общий анализ крови: Hb – 104 г/л; эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $10,1 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 25%, лимфоциты – 65%, моноциты – 8%; СОЭ – 27 мм/ч.

Биохимический анализ крови: С-реактивный белок – 2 мг/л.

Рентгенография грудной клетки: грудная клетка вздута; легочный сосудистый рисунок усилен, сгущен, деформи-

рован в нижних отделах, отмечаются диффузные интерстициальные изменения в виде перибронхиальной инфильтрации; корни расширены, мало структурны.

При проведении *иммуноферментного анализа* крови были обнаружены IgM-антитела к *Mycoplasma pneumoniae* в диагностическом титре (1/3200).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Укажите этиологию заболевания, эпидемиологические факторы пневмонии данной этиологии.
3. Какие виды воспалительной инфильтрации при пневмонии вы знаете? Какая инфильтрация определяется у данного пациента?
4. Назовите особенности течения пневмонии данной этиологии.
5. Охарактеризуйте общий анализ крови.
6. Какие антибиотики действуют на возбудителя заболевания? Какие антибиотики можно назначить данному пациенту? С чем связаны возрастные ограничения?
7. Какова должна быть продолжительность лечения?

Задача 4

Ребенок 7 лет. Посещает школу с сентября этого года. 2,5 мес. назад перенес респираторное заболевание с конъюнктивитом. Раннее развитие без особенностей. Вакцинация проводилась в соответствии с прививочным календарем. ОРЗ болеет 3–4 раза в год. Перенесенные заболевания: до года – атопический дерматит, ветряная оспа в возрасте 4 лет.

В течение последних двух месяцев жалуется на сухой кашель, который затем приобрел приступообразный характер, без реприз.

При осмотре: температура тела 36,6 °С, общее состояние страдает незначительно. Сон и аппетит сохранены. Шейная лимфаденопатия. Перкуторно над легкими легочный звук, аускультативно – дыхание жесткое, выслушиваются непостоянные рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: Hb – 124 г/л; эритроциты – $4,6 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $9,1 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 25%, лимфоциты – 53%, эозинофилы – 10%, моноциты – 10%; СОЭ – 17 мм/ч.

Рентгенография органов грудной клетки: очаговых и инфильтративных теней нет, усиление сосудистого рисунка с обеих сторон.

ИФА крови: обнаружены специфические IgM-антитела *Chlamydomphila pneumoniae* в диагностическом титре (1/920).

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Что вам известно об этиологии и патогенезе заболевания?
4. Какие еще заболевания вызывают хламидии?
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Назначьте лечение
7. Существует ли специфическая профилактика заболевания?

Задача 5

Девочка 9 лет. Родители обратилась к врачу по поводу частых повторных респираторных заболеваний, постоянного кашля с отделением мокроты. В пять лет перенесла левостороннюю сегментарную пневмонию, лечилась амбулаторно кур-

сом амоксиклава в течение пяти дней. На протяжении последних двух лет у девочки отмечается влажный кашель с мокротой гнойного характера, преимущественно по утрам. При осмотрах участковый врач почти постоянно выслушивал в нижних отделах левого легкого сухие и мелкопузырчатые влажные хрипы на фоне нормальной температуры тела.

При осмотре: кашель продуктивный, со слизисто-гнойной мокротой. Физическое развитие сниженное. Отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания, асимметрия лопаток. Левая половина грудной клетки несколько меньше правой. Укорочение перкуторного звука слева под лопаткой. При аускультации множество сухих хрипов по задней поверхности грудной клетки. Дыхание слева в нижних отделах ослабленное, там же выслушиваются мелко- и среднепузырчатые влажные хрипы, ЧД – 20 в минуту. Граница относительной тупости сердца смещена влево.

Рентгенограмма органов грудной клетки: выявлено смещение тени сердца влево, за тенью сердца – плотная треугольная тень с четкой наружной границей. Легочный рисунок слева обеднен.

Компьютерная томограмма органов грудной клетки: в проекции базальных сегментов нижней доли левого легкого определяются признаки пневмосклероза, утолщение стенок бронхов, деформация и расширение бронхов (бронхоэктазы).

Бронхоскопия: гнойный бронхит нижней доли левого легкого.

При посеве мокроты – бескапсульная гемофильная палочка.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. На основании каких клинико-anamnestических и инструментальных данных поставлен диагноз?
3. Что явилось причиной развития данного заболевания?

4. Каков механизм развития морфологических изменений в легких?
5. Какие причины образования бронхоэктазов в детском возрасте вам известны? Проведите дифференциальный диагноз.
6. В каком дополнительном обследовании нуждается ребенок?
7. Назначьте лечение. Показано ли хирургическое лечение?
8. Какие показания для хирургического лечения вы знаете?
9. Каков прогноз?

Задача 6

Ребенок 2,5 лет. Два месяца назад перенес рентгенологически подтвержденную правостороннюю сегментарную пневмонию с локализацией в 8-м сегменте. Курс антибактериальной терапии (5 дней) был преждевременно прекращен в связи с развившейся аллергической реакцией (острая крапивница). От дальнейшего лечения родители отказались.

Спустя 2,5 месяца мать обратилась к педиатру с жалобами на наличие у ребенка сохраняющегося влажного кашля, снижение аппетита, одышку при нагрузке, потливость, субфебрилитет (температура тела 37,5 °С). При углубленном сборе анамнеза мать вспомнила, что 5 месяцев назад мальчик ел арбуз, когда внезапно появился приступообразный кашель с цианозом лица.

При осмотре: кожа бледная, умеренный цианоз носогубного треугольника, ЧД – 30 в минуту. Перкуторно – корочечный звук над всей поверхностью легких, справа в нижних отделах укорочение, там же выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы на фоне ослабленного дыхания. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС – 120 в минуту. Границы сердца при перкуссии в пределах возрастной нормы.

Рентгенограмма органов грудной клетки: в проекции 8-го сегмента участок затемнения слабой интенсивности, сег-

мент уменьшен в объеме, прилегающие отделы легких эмфизематозно вздуты.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования показаны данному больному?
3. На основании какого критерия диагностируют хронический кашель?
4. Проведите дифференциальный диагноз хронического кашля.
5. Назначьте лечение.
6. Какие могут быть осложнения при данном заболевании?
7. Оцените прогноз.

Задача 7

Мальчик 2,5 мес., от I беременности, протекавшей с гестозом в I триместре, артериальной гипертензией у матери, низким предлежанием плаценты, роды оперативные на 38-й нед. в связи с нарастанием брадикардии плода. Оценка по шкале Апгар – 3/5 баллов, была диагностирована гипоксически-ишемическая энцефалопатия II стадии. В возрасте 3 нед. жизни был госпитализирован в связи с правосторонней верхнедолевой пневмонией.

Ребенок находится на искусственном вскармливании, сосет вяло, часто обильно срыгивает (до 7–10 раз в сутки). Во время кормления периодически возникает кашель, два раза наблюдались приступы апноэ. Самочувствие ребенка страдает мало, однако в весе прибавляет плохо (1000 г за 2,5 месяца), сохраняется дисфагия, мышечная дистония.

При осмотре: температура тела 36,6 °С, дыхание стридорозное, небольшое вздутие грудной клетки, умеренная экс-

пираторная одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки, ЧД – 42 в минуту. Перкуторно – звук с коробочным оттенком, на фоне жесткого дыхания выслушивается множество сухих, мелкопузырчатых влажных хрипов над всей поверхностью грудной клетки. Хрипы непостоянные. Со стороны других органов – без патологии.

Рентгенограмма органов грудной клетки: повышенная прозрачность легочной ткани, диффузное усиление и деформация бронхососудистого рисунка, более выраженные в верхних долях.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования показаны? Что вы ожидаете выявить?
3. Каковы причина и механизм поражения нижних дыхательных путей?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Назначьте лечение.
6. В каком случае может быть показано хирургическое лечение?

Задача 8

Мальчик поступил в отделение в возрасте 1 года 1 месяца с направляющим диагнозом «острый обструктивный бронхит, дыхательная недостаточность II степени»

В возрасте одного месяца перенес ОРЗ, в возрасте 8 мес. – корь, осложнившуюся ранней коревой пневмонией, по поводу чего получал лечение в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии, находился на ИВЛ в течение 14 ч. После выписки у ребенка периодически отмечались одышка,

дистанционные хрипы, субфебрильная температура тела. В возрасте 11 мес. повторно госпитализирован с диагнозом «правосторонняя полисегментарная пневмония, затяжное течение». Несмотря на проведенное в стационаре лечение, у ребенка сохранялись одышка при физической нагрузке, редкий малопродуктивный кашель, субфебрилитет.

При осмотре состояние средней тяжести, за счет симптомов бронхиальной обструкции. Выявлен цианоз носогубного треугольника, дистанционные хрипы, дыхание с втяжением межреберных промежутков, умеренная одышка экспираторного типа, ЧД – 48–50 в минуту. Аускультативно дыхание жесткое, сухие и влажные мелкопузырчатые хрипы с двух сторон, больше справа.

Общий анализ крови: Hb – 125 г/л; Ht – 37,8%; эритроциты – $4,33 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты – 450×10^9 ; лейкоциты – $11,7 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 24%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 65%, моноциты – 7%; СОЭ – 20 мм/ч.

Пульсоксиметрия: SaO₂ – 91%.

Рентгенограмма органов грудной клетки: очагово-инфильтративных изменений нет, легочные поля эмфизематозно вздуты, легочный рисунок обеднен в периферических отделах, больше справа.

Компьютерная томограмма органов грудной клетки: пневматизация легочной ткани повышена, негомогенна, перфузия мозаична, негомогенна; выявляются расширенные, заполненные воздухом, с утолщенной стенкой центрилобулярно расположенные бронхиолы; местами просвет мелких дыхательных путей сужен, а их стенка утолщена.

Трахеобронхоскопия: данных за инородное тело и врожденный порок развития бронхов нет, выявлен катаральный эндобронхит.

Диаскин-тест и проба Манту – отрицательные.

Антитела к ВИЧ в крови – не обнаружены.

Потовая проба – отрицательная.
Иммунный статус – норма.
Аллергостатус (специфические IgE): сенсibilизации не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте.
2. Какие критерии заболевания вам известны?
3. Какова причина заболевания у данного ребенка?
4. Какие еще этиологические факторы заболевания вы знаете?
5. Объясните патогенез заболевания. Какие морфологические изменения лежат в основе болезни?
6. Какие дополнительные исследования показаны?
7. Каков прогноз заболевания?
8. Назначьте лечение.

Задача 9

Девочка трех лет.

Анамнез: родилась от II беременности (первый ребенок умер от пневмонии в грудном возрасте). В 4 мес. перенесла пневмонию, затем пневмонии повторялись ежегодно, протекали тяжело; проводилась антибактериальная терапия полусинтетическими пенициллинами, цефалоспоридами 3-го поколения, макролидами. В период между пневмониями сохранялся влажный кашель, сопровождавшийся выделением вязкой мокроты. Периодически кашель носил приступообразный характер. Также отмечается обильный, разжиженный маслянистый стул, каловые массы смываются с трудом. Аппетит снижен.

При осмотре: масса тела – 9 кг, рост – 80 см. Отмечается одышка, усиливающаяся при физической нагрузке. ЧД – 28 в минуту. Фаланги пальцев в виде «барабанных палочек», ногти – в виде «часовых стекол». В легких определяется «мозаичность» перкуторного звука – чередование кробоного перкуторного звука с зонами притупления. Дыхание жесткое, над всей поверхностью легких выслушиваются сухие, влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца громкие, ритм правильный, шумов нет. Живот вздут, умеренно болезненный при пальпации, печень выступает из-под реберной дуги на 3 см; селезенка не пальпируется. Стул кашецеобразный, обильный, зловонный, жирный на вид, трудно смывается. Диурез в норме.

Общий анализ крови: Hb – 108 г/л; лейкоциты – 12×10^9 /л, п/я – 8%, с/я – 50%, лимфоциты – 32%, моноциты – 10%, СОЭ – 35 мм/ч.

Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, легочный бронхососудистый рисунок деформирован; в периферических отделах обеднен.

Бронхоскопия: обнаружен диффузный катарально-гнойный эндобронхит, обильная вязкая, слизистая мокрота.

Потовая проба (на аппарате Nanodact): содержание натрия 85 ммоль/л.

Анализ кала: большое количество нейтрального жира.

Посев мокроты: рост *Pseudomonas aureginosa*.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте. Результаты какого обследования подтверждают диагноз?

2. Оцените полученные результаты других обследований. Какое значение имеет обнаружение в мокроте *Pseudomonas aureginosa*?

3. Проводится ли в России неонатальный скрининг на данное заболевание? Если да, то какой тест проводится?

4. Охарактеризуйте этиологию и патогенез заболевания.
5. Какое осложнение данного заболевания развивается у пациентов в жарком климате? Охарактеризуйте данное осложнение (патогенез, клиническую картину, диагностику, неотложную помощь).
6. Перечислите принципы терапии.
7. Каков прогноз заболевания в настоящее время?

Задача 10

Девочка поступила в отделение пульмонологии в возрасте 1,5 лет.

Анамнез жизни: родилась от III беременности, наступившей после экстракорпорального оплодотворения, протекавшей с гестозом в I половине, угрозой прерывания в течение всей беременности, артериальной гипертензией. Роды срочные, оперативные. Масса при рождении – 4050 г, длина 53 см, закричала после отсасывания слизи. В роддоме был диагностирован респираторный дистресс-синдром, выписана на 10-й день.

После выписки ребенок продолжал болеть: отмечались периодические подъемы температуры тела до 38 °С, постоянный влажный кашель, ринит, влажные хрипы в легких. На первом году жизни девочка пять раз переболела бронхитом, дважды госпитализировалась, в возрасте 10 мес. перенесла гнойный средний отит.

При поступлении: состояние тяжелое. Отмечается бледность кожных покровов, периоральный цианоз, одышка при физической нагрузке, ЧД – 40 в минуту, влажный продуктивный кашель, затрудненное носовое дыхание, слизисто-гнойное отделяемое из носа. В легких на фоне ослабленного дыхания выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы с обеих сторон. Верхушечный толчок пальпируется в 4-м межреберье справа. Печень пальпируется слева, на 2 см ниже реберной дуги.

Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля повышенной воздушности, очаговых инфильтративных теней нет, легочный рисунок обогащен, определяется обратное расположение сердца (справа) и печени (слева).

Эхо-КГ: признаки декстрокардии – левосформированное праворасположенное сердце с зеркальной инверсией камер, признаков септальных и клапанных пороков не выявлено, размеры полостей сердца – норма.

УЗИ внутренних органов: обнаружено зеркальное расположение печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки.

Риноскопия: картина хронического ринита.

Бронхоскопия: слизисто-гнойный эндобронхит.

Световая микроскопия биоптата слизистой оболочки носа: отсутствие движения ресничек.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте, оценив клинико-anamnestические данные и результаты проведенных обследований.
2. Охарактеризуйте этиологию и патогенез заболевания.
3. Чем характеризуется поражение легких при данном заболевании?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Назначьте лечение. Какие антибактериальные препараты не показаны?
6. Целесообразно ли хирургическое лечение?

Задача 11

Мальчик трех лет.

Анамнез жизни: от I, физиологически протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении – 3300 г, длина – 51 см. Вакциной БЦЖ в роддоме не вакцинирован.

Находился на грудном вскармливании до 10 мес. Рос и развивался соответственно возрасту, не болел.

В мае у отца ребенка выявлен активный туберкулез легких, МБТ (+), остальные родственники здоровы. Химио-профилактическое лечение ребенка не проводилось.

Анамнез заболевания: два месяца назад у мальчика появился кашель на фоне нормальной температуры тела, в анализе крови обнаружено ускоренное СОЭ. Был поставлен диагноз «острый бронхит» и проведено лечение ампициллином.

На контрольной рентгенограмме органов грудной клетки выявлены изменения, в связи с чем ребенок был проконсультирован фтизиатром; реакция Манту – прирост 6 мм, по сравнению с пробой, выполненной год назад; госпитализирован в специализированный стационар.

При поступлении: состояние средней тяжести. Температура тела 36,7 °С. Масса тела – 12,5 кг, рост – 80 см. Выражены симптомы интоксикации. Пальпируются множественные увеличенные шейные, подмышечные, паховые и надключичные лимфатические узлы плотной консистенции. ЧД – 32 в минуту, отмечается одышка с втяжением грудной клетки в области мечевидного отростка. При перкуссии – по задней поверхности грудной клетки в паравертебральных областях укорочение перкуторного звука. В легких выслушивается жесткое дыхание. ЧСС – 110 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка – на 0,5 см, безболезненные. Со стороны других органов без видимой патологии.

Общий анализ крови: Hb – 118 г/л; эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л, цв. показатель – 0,9; лейкоциты – $10,4 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 72%, лимфоциты – 25%, моноциты – 2%; СОЭ – 31 мм/ч.

Диаскин-тест: положительный.

Рентгенограмма органов грудной клетки: справа в проекции средней доли определяется неомогенное затемнение

треугольной формы, с четким верхним контуром, средней интенсивности, тень средостения расширена влево за счет поражения всех групп лимфатических узлов.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз. На основании каких признаков можно заподозрить заболевание?
2. Оцените данные анализа крови, туберкулинодиагностики и рентгенограммы органов грудной клетки.
3. Объясните основные патогенетические звенья в развитии болезни.
4. Выделите факторы, способствующие развитию заболевания.
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
6. Какие возможны варианты исхода бронхолегочного процесса?
7. Назначьте лечение.
8. Какие мероприятия необходимо проводить после выписки ребенка из стационара?

Задача 12

В апреле на приеме у аллерголога мальчик 7 лет. Мать встревожена тем, что у ребенка длительно, на протяжении 8 мес., наблюдается приступообразный, сухой кашель с металлическим оттенком. Кашель возникает без видимой причины, чаще днем, отсутствует во время сна. Дебютировал кашель в сентябре прошлого года, когда ребенок пошел в школу. До этого в детский сад не ходил. В классе была психотравмирующая ситуация.

Анамнез жизни: ребенок от I беременности, протекавшей с гестозом II половины, роды физиологические, в срок. Раннее развитие без особенностей. Вакцинация проводилась в соответствии с прививочным календарем. Мать отмечает эмоциональную лабильность ребенка, сложности взаимоотношений со сверстниками. Перенесенные заболевания: ОРЗ – 2–3 раза в год, ветряная оспа в 5 лет. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кашель носит подчеркнуто демонстративный характер, мальчик сильно закашлялся при входе в кабинет. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритм правильный.

Проба с физической нагрузкой (10 приседаний): во время проведения пробы ребенок пожаловался на нехватку воздуха, начал часто дышать, появился непродуктивный навязчивый кашель. Врач предложила мальчику задержать дыхание, высунуть язык и затем дышать ртом. Состояние улучшилось, кашель прекратился.

Исследование функции внешнего дыхания: без патологии, проба с бронхолитиком (вентолином) – отрицательная.

Аллергостатус (специфические IgE): сенсibilизация не выявлена.

Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля прозрачные, инфильтративных теней нет, средостение, диафрагма не изменены.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте. На основании каких характеристик кашля и результатов обследований можно поставить диагноз?

2. С чем связан дебют заболевания?
3. Каков механизм возникновения кашля?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Консультация каких специалистов показана?
6. Назначьте лечение.

Задача 13

Мальчик 1,5 лет находится на стационарном лечении по поводу повторной пневмонии.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился доношенным от нормальной беременности. Масса тела при рождении 3100 г. В возрасте 3 мес. у ребенка развился отит, в 5 и 11 мес. дважды находился на стационарном лечении, где получал антибиотикотерапию по поводу развившейся пневмонии, вызванной *Haemophilus influenzae*. Между эпизодами пневмонии сохранялся кашель. При обследовании в возрасте 18 мес. было выявлено значительное отставание в росте и весе. Кожные покровы бледные. Была проведена полная плановая вакцинация: в возрасте 3,5 и 7 мес. ребенок был иммунизирован противостолбнячным и противодифтерийным анатоксинами, привит против коклюша и полиомиелита с использованием соответствующих вакцин; в возрасте 15 мес. привит против кори, эпидемического паротита и краснухи.

Во время пребывания ребенка в стационаре по поводу вновь развившейся пневмонии было проведено исследование *иммунного статуса*:

Содержание иммуноглобулинов в сыворотке крови:
IgG – 0,17 г/л, (норма 5,5–10,0 г/л), IgM – 0,07 г/л (норма 0,4–1,8 г/л), IgA – отсутствует (норма 0,3–0,8 г/л).

Антиген-специфические антитела класса IgG к столбнячному, дифтерийному анатоксинам, вирусу кори, вирусу полиомиелита, вирусу краснухи не выявлены. Изогемагглюти-

нины IgM (группа крови А (II), резус-положительная) отсутствуют.

Популяционный состав лимфоцитов в периферической крови: общее количество лимфоцитов – $3,5 \times 10^9/\text{л}$ (норма $2,5\text{--}5,0 \times 10^9/\text{л}$), содержание Т-лимфоцитов (CD3+) – $3,2 \times 10^9/\text{л}$ (норма $1,5\text{--}3,0 \times 10^9/\text{л}$), содержание В-лимфоцитов (CD19+) – менее $0,1 \times 10^9/\text{л}$ (норма $0,3\text{--}1,0 \times 10^9/\text{л}$).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Что вам известно об этиологии и патогенезе заболевания?
3. Чем характеризуется поражение органов дыхания при данном заболевании?
4. Какие органы еще поражаются? Охарактеризуйте.
5. Составьте план дополнительного обследования. Что вы ожидаете выявить?
6. Какие результаты обследования подтверждают диагноз?
7. Проведите дифференциальный диагноз.
8. Назначьте лечение.

Диагностические ключи

Задача 1. Коклюш, период спазматического кашля, среднетяжелая форма.

Задача 2. Коклюш, период спазматического кашля, тяжелая форма.

Задача 3. Респираторный микоплазмоз, внебольничная двусторонняя интерстициальная пневмония.

Задача 4. Респираторный хламидофилез.

Задача 5. Бронхоэктатическая болезнь. Постпневмонический ограниченный пневмосклероз нижней доли левого легкого.

Задача 6. Пневмосклероз 8-го сегмента правого легкого после аспирации инородного тела.

Задача 7. Аспирационный бронхит. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

Задача 8. Посткоровой облитерирующий бронхиолит, хроническая дыхательная недостаточность I степени.

Задача 9. Муковисцидоз, смешанная форма, тяжелое течение.

Задача 10. Первичная цилиарная дискинезия, синдром Зиверта-Картагенера.

Задача 11. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов справа, инфильтративная форма, ателектаз средней доли правого легкого.

Задача 12. Психогенный кашель.

Задача 13. Агаммаглобулинемия Брутона.

**5. РЕБЕНОК С СУДОРОГАМИ.
МЕНИНГЕАЛЬНЫЙ СИНДРОМ. БАКТЕРИАЛЬНЫЕ
И ВИРУСНЫЕ МЕНИНГИТЫ. МЕНИНГОКОККОВАЯ
ИНФЕКЦИЯ. СИНДРОМ ДИССЕМИНИРОВАННОГО
ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ.
ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИЙ ШОК.
СИНДРОМ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ. НЕЙРОТОКСИКОЗ.
ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ МЕНИНГИТ. СИНДРОМ РЕЯ.
СТОЛБНЯК. МАЛЯРИЙНАЯ КОМА**

Задача 1

У 4-месячного мальчика в течение трех дней заложенность носа, редкий кашель. Лечили симптоматически. На третьи сутки состояние резко ухудшилось, температура тела повысилась до 38,6 °С, часто и пронзительно кричит, повторная рвота. Доставлен в больницу.

При осмотре: состояние ребенка тяжелое, вялый, адинамичный. Лежит на спине с поджатыми к животу ногами, при попытке разогнуть ноги кричит. Беспокойство и крик усиливаются при световом, тактильном и звуковом раздражении. Кожные покровы бледные, горячие на ощупь, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, положительный симптом «белого пятна». Отмечается тремор рук, подбородка, выбухание и пульсация большого родничка. Пульс 140 в минуту, ЧД – 64 в минуту, одышка. Живот мягкий, не напряжен, при попытке пальпации – ребенок кричит. Стул был жидкий, с белыми комочками, зеленью. Мочится. Менингеальные симптомы положительные.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от I беременности, протекавшей с гестозом во II и III триместре, анемией, II срочных родов, оценка по шкале Апгар – 6/8 баллов. На грудном вскармливании до 2 мес., затем искусственное. В возрасте 3 мес. после вакцинации АКДС – фебрильные судороги.

Эпидемиологический анамнез: у мамы в течение недели болит горло, заложен нос.

Люмбальная пункция: жидкость вытекала частыми каплями, мутная, белого цвета.

Анализ ликвора: цитоз – 1820 клеток/мм^3 , нейтрофилы – 90%, лимфоциты – 10%, белок – 1,8 г/л.

Микроскопия ликвора: грамотрицательные кокки, расположенные парами в виде кофейных зерен вне- и внутриклеточно.

Общий анализ крови: Hb – 106 г/л; эритроциты – $3,7 \times 10^{12}/\text{л}$; лейкоциты – $19,7 \times 10^9/\text{л}$, п/я – 16%, с/я – 65%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 14%, моноциты – 2%; СОЭ – 37 мм/ч.

Вопросы:

1. Опишите методику проверки менингеальных симптомов у ребенка 4 мес.
2. Какие необходимо провести дополнительные исследования ребенку?
3. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
4. Что вам известно об этиологии и патогенезе заболевания?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
6. Какова тактика лечения? Назовите препараты, применяемые при данном заболевании, укажите их дозы.
7. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести?

Задача 2

Девочка двух лет, заболела остро. Поднялась температура тела до 38 °С, отмечался насморк. Участковым врачом поставлен диагноз «ОРВИ». Через неделю состояние резко ухудшилось: температура утром повысилась до 39 °С, девочка стала плаксивой, не могла наступить на левую ножку. Днем у ребенка появилась рвота, однократные тонико-клонические судороги.

При осмотре врачом «скорой помощи» обращает внимание вынужденное положение ребенка на боку с запрокинутой головой, с согнутыми в коленях и поджатыми к животу ногами. Температура тела 39,8 °С. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, акроцианоз, на туловище, ягодицах и конечностях геморрагическая сыпь – плотная, не исчезающая при надавливании, неправильной формы, элементы сыпи от 2 до 5 мм. Левый коленный сустав припухлый, болезненный при пальпации, движениях. Определяется ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига, Брудзинского. Ребенок сонлив. В легких жесткое дыхание, ЧД – 40 в минуту. Тоны сердца глухие, ЧСС – 148 в минуту, АД – 50/20 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, мягкий, печень +1 см ниже края реберной дуги. Не мочится.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какая помощь на догоспитальном этапе должна быть оказана ребенку?
3. В какое отделение следует госпитализировать ребенка?
4. Опишите патогенез заболевания.
5. Какие исследования следует провести ребенку в первую очередь? Опишите методику.

6. Какой(ие) биологический(ие) материал(ы) необходимо послать на бактериологическое исследование? Как часто и в какие сроки оно должно проводиться?

7. Какова должна быть тактика лечения этого ребенка в стационаре?

8. Какие исходы заболевания возможны при описанной клинической картине?

Задача 3

Мальчик двух лет поступил в инфекционную больницу в тяжелом состоянии с жалобами на повышение температуры тела до 39,5 °С, сильную головную боль, рвоту, судороги. Ребенок лечился дома по поводу правостороннего острого среднего отита, получал местное лечение, температура была нормальной. На четвертые сутки от начала заболевания зарегистрирована фебрильная лихорадка, был назначен ко-тримоксазол, температура снижалась плохо. Сегодня утром отмечались рвота, судороги. Госпитализирован по «скорой помощи».

Анамнез жизни: от II беременности, 2 срочных родов. Рос и развивался нормально. После года часто болеет респираторными заболеваниями, до 6 раз за второй год жизни; рецидивирующие отиты. Неоднократно лечился антибиотиками.

При осмотре: состояние ребенка тяжелое, стонет, на вопросы не отвечает, гримаса боли на лице, светобоязнь, гиперракузия. Лежит на боку, отвернувшись к стене, с запрокинутой головой и поджатыми к животу ногами. Кожные покровы бледные в верхней части туловища, гиперемия нижней части туловища, гипергидроз кожи головы, кистей и стоп. Носовое дыхание затруднено. Слизистые оболочки рта розовые, чистые. Зев гиперемирован, по задней стенке глотки слизистогнойное отделяемое. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 36 в мин. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 146 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. При пальпа-

ции живота – положительный средний симптом Брудзинского. Отмечается «досковидная» ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига, Амосса, нижний симптом Брудзинского. Также выявляются очаговые симптомы: сглаженность носогубной складки справа, перекос рта, открытая глазная щель справа.

Люмбальная пункция: ликвор вытекал под повышенным давлением, мутный, желто-зеленого цвета.

При исследовании ликвора: цитоз $500 \times 10^6/\text{л}$, нейтрофилы – 95%. Белок – 1,2 г/л. Реакция Панди +++++.

При микроскопии мазка – большое количество бактерий в поле зрения – грамположительные диплококки в форме пламени свечи, расположенные вне- и внутриклеточно.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какие предрасполагающие факторы развития заболевания вам известны?
3. В чем особенности патогенеза и течения заболевания данной этиологии?
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести? Какие результаты вы ожидаете получить?
5. Какова тактика лечения больного?
6. Каков прогноз?
7. Назовите меры профилактики данной инфекции.

Задача 4

Мальчик 13 лет доставлен в детскую инфекционную больницу из летнего оздоровительного лагеря с жалобами на повышение температуры тела, появление сыпи, головную боль в лобно-височной области, многократную рвоту. Заболел ост-

ро: утром не смогли разбудить, днем повысилась температура до 39 °С.

При осмотре: состояние тяжелое, вялый, сонливый, адинамичный, температура тела 38,5 °С, в сознании. Лежит на боку, отвернувшись к стене, голова запрокинута назад, ноги поджаты к животу. Кожные покровы бледно-розовые, сухие, с элементами мелкопятнистой сыпи на животе, конечностях. Румянец на лице, носогубный треугольник бледен, отмечается перикорнеальная инъекция сосудов склер, губы ярко-красные. Слизистые оболочки рта розовые, язык обложен белым налетом, зев умеренно гиперемирован, на дужках и задней стенке глотки мелкие везикулы. Пальпируются переднешейные, подчелюстные, подмышечные и паховые лимфоузлы до 0,5 см, эластичные, подвижные, безболезненные. Носовое дыхание затруднено. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 98 в минуту, ЧД – 22 в минуту. Мочеиспускание не изменено. Стула не было. Определяются менингеальные симптомы. Очаговой мозговой симптоматики не выявлено.

Проведена люмбальная пункция: ликвор вытекал под давлением, прозрачный, бесцветный.

Анализ ликвора: цитоз – 64×10^6 /л, полинуклеаров – 37%, мононуклеаров – 62%, макрофагов – 1%, белок – 0,3 г/л.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Опишите методику оценки менингеальных симптомов.
3. Какова наиболее вероятная этиология заболевания?
4. Какие дополнительные исследования следует провести этому ребенку для постановки окончательного диагноза?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
6. Какова тактика лечения?

Задача 5

В отделение патологии новорожденных поступила девочка 11 дней с жалобами на повышение температуры тела до 38,5 °С, отказ от еды, срыгивания, рвоту, приступ судорог. Заболела остро в возрасте 10 дней, когда стала отказываться от еды, появились срыгивания, рвота, температура тела повысилась до фебрильных цифр (38,5 °С), на фоне повышения температуры отмечались судорожные подергивания рук и ног.

Анамнез жизни: ребенок от женщины 22 лет с врожденным пороком сердца (стеноз легочной артерии). Беременность I, протекавшая на фоне гестоза во 2 триместре, ОРВИ на сроке 20 и 36 нед. Роды самостоятельные, на 40-й нед., в головном предлежании, 3-кратное обвитие пуповиной. Вес при рождении – 3450 г, рост – 53 см. Оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов. К груди приложена в 1-е сутки. Из роддома выписана на 3-и сутки жизни. Контакт с инфекционными больными не было.

При поступлении: состояние тяжелое, обусловлено общемозговой симптоматикой (гиперестезия, срыгивания, синдром угнетения), инфекционным токсикозом. Менингеальные симптомы положительные (ригидность затылочных мышц, симптом «подвешивания»). Большой родничок 1,5х1,5 см, выбухает. Сходящееся косоглазие, оживлены сухожильные рефлексы с патологическими реакциями. Кожные покровы бледные, с мраморным рисунком, акроцианоз. Слизистые оболочки полости рта гиперемированы, белые налеты, островками. Носовое дыхание затруднено. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Аускультативно дыхание проводится равномерно, пуэрильное, хрипов нет. ЧД – 48 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 160 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2,0 см. Селезенка у края реберной дуги. Стул кашицеобразный, желто-зеленого цвета. Диурез адекватный, моча светло-желтого цвета.

Общий анализ крови: Hb – 199 г/л; эритроциты – $5,8 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $12,8 \times 10^9$ /л, миелоциты – 3%, п/я – 5%, с/я – 63%, лимфоциты – 24%, моноциты – 4%; СОЭ – 13 мм/ч.

Люмбальная пункция: ликвор вытекал под повышенным давлением, мутный.

Анализ ликвора: цитоз – клетки (нейтрофилы) в большом количестве, трудно подсчитать, белок – 2,67 г/л.

Посев ликвора – *Staphylococcus aureus*.

Нейросонография: структуры головного мозга сформированы и располагаются симметрично, утолщение борозд и сглаженность извилин. Расширены боковые желудочки, эпендима утолщена, фрагментирована, в просвете дисперсная взвесь, сосудистые сплетения с неровным контуром.

Окулист: глазное дно бледно-розовое, границы четкие, артерии сужены, вены расширены. Сетчатка без патологии.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
3. Какие методы исследования еще необходимо провести? Какие изменения вы ожидаете обнаружить?
4. Какое лечение необходимо назначить?
5. Что будет свидетельствовать об эффективности терапии?
6. В какие сроки проводится контрольная люмбальная пункция?

Задача 6

В неонатальное отделение детской больницы поступил ребенок в возрасте 5 дней жизни с жалобами матери на беспокойство, отказ от еды, крик.

При осмотре: состояние ребенка расценено как средней тяжести, температура тела 37,8 °С, кожные покровы бледно-розовые, чистые, пупочная ранка гиперемирована, отечна, с гнойным отделяемым. Носовое дыхание не затруднено. В легких дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД – 44 в минуту. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС – 160 в минуту. Живот вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Ребенку поставлен диагноз «гнойный омфалит, кишечные колики», назначено антибактериальное лечение и местная обработка пупочной ранки.

Из анамнеза известно, что ребенок от I беременности, протекавшей физиологически, срочных родов. Роды стремительные, домашние, роды принимал отец ребенка, он же обрабатывал пуповину. Проживают в сельской местности.

На 7-е сут жизни состояние ребенка резко ухудшилось – нарушилось глотание, стал более беспокойным, кричит, температура тела 35,7 °С, отмечается тремор нижней губы, подбородка, языка, сардоническая улыбка, ригидность затылочных мышц, гипертонус мышц спины, конечностей, руки согнуты в локтях и прижаты к туловищу, кисти сжаты в кулачки, ноги согнуты и перекрещены. Дыхание поверхностное, с периодами апноэ. Пульс слабый, частый. Ребенок переведен в отделение реанимации.

Общий анализ крови: Hb – 159 г/л; эритроциты – $4,8 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $12,8 \times 10^9$ /л, с/я – 53%, лимфоциты – 44%, моноциты – 3%; СОЭ – 3 мм/ч.

Люмбальная пункция: ликвор вытекал под повышенным давлением, прозрачный.

Анализ ликвора: цитоз – 3 клетки/мм³, лимфоциты.

Вопросы:

1. С чем может быть связано ухудшение состояния ребенка?
2. Поставьте диагноз и обоснуйте его.

3. Что вам известно об этиологии, эпидемиологии и патогенезе заболевания?
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать данное заболевание?
5. Какое лечение необходимо назначить ребенку?
6. Оцените прогноз.
7. Какие меры профилактики данного заболевания существуют?

Задача 7

Мальчик четырех лет, заболел остро 20 марта: повысилась температура до 38 °С, появились насморк, головная боль. Получал жаропонижающие препараты, в том числе аспирин в течение 5 дней по 0,5 г 2 раза в сутки. 27 марта отмечалась многократная рвота не связанная с приемом пищи, слабость, головокружение, отказывался от еды и питья, в контакт вступал плохо, не хотел разговаривать. 28 марта состояние резко ухудшилось, появилась вялость, адинамия. Мальчик доставлен в отделение реанимации и интенсивной терапии с диагнозом «острый энцефалит?».

При осмотре: состояние ребенка тяжелое, сознание угнетено, сопор. Кожные покровы бледные, чистые. Слизистые оболочки розовые. Менингеальных и очаговых симптомов нет. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 86 в минуту, АД – 90/60 мм рт. ст. Дыхание поверхностное, ЧД – 46 в минуту. В легких дыхание проводится во все отделы, жесткое, хрипов нет. Живот мягкий, болезненный в правой половине, печень +3 см, плотная, селезенка не увеличена. Стул и диурез не нарушены. Через несколько часов после поступления в отделение реанимации и интенсивной терапии отмечено дальнейшее угнетение соз-

нения до комы. Оценка по шкале комы Глазго – 5 баллов. Переведен на ИВЛ.

Общий анализ крови: Hb – 102 г/л; эритроциты – $3,4 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $3,5 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 14%, с/я – 64%, лимфоциты – 19%, моноциты – 3%; СОЭ – 8 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 56 г/л, АлАТ – 620 ЕД/л, АСТ – 780 ЕД/л, билирубин общий – 12,2 мкмоль/л, аммиак – 98 мкмоль/л, глюкоза – 1,2 ммоль/л.

Нормы биохимического анализа крови: общий белок – 51–73 г/л; АлАТ – до 40 ЕД/л, АсАТ – до 40 ЕД/л, билирубин общий – 3,4–24 мкмоль/л, аммиак – 21–50 мкмоль/л, глюкоза – 3,6–6,1 ммоль/л.

Анализ ликвора: цитоз – 5 клеток/мм³, лимфоцитарный, белок – 0,09 г/л, глюкоза – 5,4 ммоль/л, хлориды – 120 ммоль/л.

Методом ИФА при исследовании парных сывороток: нарастание титров антител к вирусу гриппа А в 4 раза.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Оцените результаты обследований.
3. С чем связано ухудшение состояния больного?
4. Что вам известно об этиологии и патогенезе данного заболевания?
5. Какие дополнительные обследования показаны ребенку? Какие изменения вы ожидаете выявить?
6. Какова тактика лечения?
7. Каков прогноз?

Задача 8

В инфекционно-боксированное отделение поступила девочка 1 года 8 мес., с жалобами на повышение температуры

тела до 38,5 °С, сухой кашель, насморк. Больна 2-е сутки. Девочка госпитализирована по «скорой помощи» из дома.

При осмотре: состояние ребенка тяжелое, беспокойна, возбуждена, крик монотонный, гиперестезия кожных покровов. Кожные покровы гиперемированы, горячие на ощупь, кисти и стопы холодные с цианотичным оттенком, цианоз носогубного треугольника. Температура тела – 39,8 °С. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 140 в минуту. Дыхание в легких жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧД – 40 в минуту. Слизистые оболочки рта розовые, зев слегка гиперемирован с инъецированными сосудами на дужках и задней стенке глотки. Прием ибупрофена эффекта не дал.

Через 10 мин после поступления у ребенка появились клонико-тонические судороги с потерей сознания. Введен реланиум 0,5% 1 мл, приступ судорог купирован. Однако ребенок адинамичен, сохраняется фебрильная лихорадка, на осмотр реагирует отдергиванием конечностей, глаза не открывает. Тонус мышц повышен. Отмечается ригидность мышц затылка, положительный симптом Кернига. Кожные покровы бледные, мраморные, акроцианоз. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 240 в минуту. АД – 80/60 мм рт. ст. Ребенок переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Общий анализ крови: Hb – 100 г/л; эритроциты – $3,5 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $3,2 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 4%, с/я – 16%, лимфоциты – 75%, моноциты – 5%; СОЭ – 2 мм/ч.

Проведена люмбальная пункция: ликвор вытекал под давлением, частыми каплями, прозрачный.

Анализ цереброспинальной жидкости: лимфоцитарный цитоз 5 клеток/мм^3 , белок – 0,1 г/л, глюкоза в норме.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз, обоснуйте. Выделите основные синдромы.

2. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка? Охарактеризуйте патогенетические фазы и предрасполагающие возрастные анатомо-физиологические факторы развития данного заболевания.
3. Оцените результаты проведенных обследований.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
5. Предположите этиологию заболевания.
6. В каком дополнительном обследовании нуждается ребенок?
7. Составьте план неотложных мероприятий.

Задача 9

Девочка 2 лет поступила в реанимационное отделение в 14 часов. При поступлении состояние крайне тяжелое, кома, оценка по шкале комы Глазго – 3 балла, реакция зрачков на свет снижена, гипорефлексия, гипотония. Тотальный цианоз кожных покровов, гипостазы на нижней части тела, среди которых определяются локальные геморрагии. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС – 200 в минуту. В легких дыхание проводится во все отделы, хрипов нет, ЧД – 60 в минуту. АД – 50/20 мм рт. ст. Ребенок переведен на ИВЛ.

Из анамнеза известно, что девочка заболела остро накануне вечером: появились вялость, бледность, температура тела повысилась до 39,9 °С, сохранялась повышенной до утра, плохо снижалась жаропонижающими препаратами, появилась повторная рвота, выросла заторможенность. Днем появилась геморрагическая сыпь, которая быстро стала распространяться по всему телу. «Скорой помощью» доставлена в отделение реанимации.

Общий анализ крови: Нв – 100 г/л; эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $3,3 \times 10^9$ /л, миелоциты – 2%, метамиелоциты – 3%, нейтрофилы п/я – 25%, с/я – 28%, лим-

фоциты – 35%, моноциты – 7%; тромбоциты – $60 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ – 2 мм/ч.

Коагулограмма: протромбиновое время – 22 с (норма 13–16 с); фибриноген – 0,5 г/л (норма 2,5–4 г/л); продукты деградации фибрина – уровень значительно повышен.

В динамике: состояние ребенка ухудшалось – АД не определялось, нарастал геморрагический синдром, не было реакции на проводимую антибактериальную, дезинтоксикационную, гормональную, инотропную терапию. Через 4 ч констатирована смерть.

Патоморфологическое исследование: тотальные кровоизлияния в оба надпочечника; очаги кровоизлияний в тимусе, корковом слое почек, на основании лобных и височных долей головного мозга. При макроскопическом исследовании мозга на его поверхности прослеживаются скопления зеленоватых гнойных масс. Борозды сглажены, извилины утолщены, на миндалинах мозжечка отчетливо выражены странгуляционные борозды. Гистологически в мягких мозговых оболочках выявлена нейтрофильная инфильтрация, особенно в височных областях, в сочетании с тромбозом сосудов. Сосуды вещества мозга расширены, стаз эритроцитов, эндотелий набухший, периваскулярный и перицеллюлярный отек, в нервных клетках признаки дистрофических изменений.

Микробиологическое исследование: в сыворотке крови при жизни, в цереброспинальной жидкости и сыворотке крови после смерти обнаружен антиген *Haemophilus influenzae*.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Какие осложнения развились у ребенка?
3. Оцените результаты проведенных обследований при жизни ребенка (общего анализа крови и коагулограммы). О чем они свидетельствуют?
4. С чем связано сверхострое течение заболевания?

5. Сопоставьте данные клинико-лабораторного и патолого-анатомического обследования.
6. Что явилось причиной смерти ребенка?
7. Как проводится профилактика данной инфекции?

Задача 10

Девочка 6 мес., поступила в инфекционно-боксированное отделение с жалобами на кашель, многократную рвоту, судороги. Родители ребенка жители Таджикистана, временно проживают в Москве.

Из анамнеза известно, что ребенок от III беременности, 3-х преждевременных родов. Со слов мамы, беременность протекала нормально, на учете в женской консультации не состояла. Роды на 34-й неделе гестации, масса при рождении – 1600 г, длина – 47 см, выписана на 10-е сутки. На грудном вскармливании до 1,5 мес. В 3,5 мес. перенесла обструктивный бронхит, лечилась в стационаре. В 5,5 мес. у ребенка появилась «кривошея», начался сильный кашель, лечились дома народными средствами; на фоне кашля появилась многократная рвота, сегодня появились судороги. Госпитализирована по «скорой помощи».

Эпидемиологический анамнез отягощен: не вакцинирована, имела контакт с длительно кашляющими взрослыми.

При осмотре: состояние ребенка тяжелое, вялая, на осмотр реагирует слабо, сонлива. Лежит на спине, руки поджаты к груди, ноги выпрямлены, голова повернута влево. Сходящееся косоглазие. Птоз справа, опущен правый угол рта. Крик монотонный. Менингеальные симптомы положительные. Кожа бледная, чистая, влажная, цианоз носогубного треугольника. При тактильном и звуковом раздражении беспокойна. Подкожно-жировой слой: на животе – 0,5 см, на плече – 1 см,

на бедре – 1,5 см. Тургор тканей снижен. Пальпируются переднешейные, заднешейные, подчелюстные, затылочные, подмышечные, паховые, надключичные лимфоузлы плотно-эластической консистенции, размерами от 0,6 до 1,0 см, подвижные, не спаяны с кожей и друг с другом. Большой родничок 2х2 см, пульсирует, края плотные. Одышка с участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. ЧД – 60 в минуту, ЧСС – 160 в минуту. В легких дыхание жесткое, ослабленное справа в верхних отделах, сухие рассеянные хрипы. Перкуторно – притупление перкуторного звука справа в верхних отделах. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Живот вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 6 см, селезенка – на 2 см. Мочится достаточно. Брюшные рефлексы отсутствуют. Кожные рефлексы вызываются.

Общий анализ крови: Нб – 90 г/л; эритроциты – $3,0 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $18,3 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 4%, с/я – 66%, лимфоциты – 25%, моноциты – 5%; тромбоциты – 460×10^9 /л; СОЭ – 22 мм/ч.

Проведена люмбальная пункция: ликвор вытекал под давлением, частыми каплями. Цереброспинальная жидкость прозрачная, слегка ксантохромная.

Анализ цереброспинальной жидкости: цитоз – 846 клеток/мм³, нейтрофилы – 40%, лимфоциты – 56%, моноциты – 4%, белок – 1,95 г/л (норма – 0,15–0,33 г/л), сахар – 0,32 ммоль/л (норма – 22–29 ммоль/л), реакция Панди ++.

При рентгено-томографическом исследовании в легких на фоне вздутия с обеих сторон определяются мелкие очаговые тени и усиленный мелкосетчатый рисунок. В верхней доле правого легкого определяется инфильтративно-ателектатическая тень бронхолегочного поражения. Все группы внутригрудных лимфатических узлов увеличены в размерах. Тень

средостения несколько смещена влево. Синусы свободны. Диафрагма уплощена, четкая.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Что вам известно об этиологии и патогенезе заболевания?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести ребенку?
4. В консультациях каких специалистов нуждается ребенок?
5. Ваши рекомендации по лечению данного больного.
6. Каков прогноз?

Задача 11

В детское отделение инфекционной больницы поступила девочка 3 лет с жалобами на повышение температуры тела до 39 °С в течение двух дней, отсутствие эффекта от жаропонижающих средств, головную боль, рвоту, беспокойство, вялость, отказ от еды, жидкий стул.

Эпидемиологический анамнез: известно, что 2 нед. назад вернулась из Гвинеи.

При осмотре состояние ребенка тяжелое, высокая лихорадка (температура 39,5 °С). Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, мраморность, руки и ноги холодные. Слизистые оболочки рта розовые, чистые. Зев рыхлый, не гиперемирован. В легких дыхание жестковатое, учащено, ЧД – 48 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 160 в минуту. Живот увеличен в объеме, болезнен при пальпации в правом и левом подреберье, печень + 2 см из-

под края реберной дуги, селезенка +1 см, плотновата. Менингеальных симптомов нет.

После приема жаропонижающих препаратов температура тела снизилась до 38,5 °С, однако снова поднялась через час до 40 °С. На фоне повышения температуры отмечался приступ клонико-тонических судорог.

Несмотря на назначенное лечение (антибактериальные, противосудорожные, жаропонижающие, гормональные препараты), у девочки сохранялась высокая лихорадка, на фоне жаропонижающих температура снижалась до субфебрильных цифр, приступы судорог повторялись. Печень увеличилась до 4 см из-под края реберной дуги, селезенка до 5 см.

На 4-е сутки от начала лихорадки девочка внезапно стала заторможенной, на осмотр не реагирует, открывает глаза в ответ на боль, зрачки расширены, двигательная активность проявляется в виде отдергивания конечности на инъекции, плачет в ответ на боль, рефлекторная активность угнетена, мышечный тонус резко снижен, ригидность затылочных мышц. Симптомы Кернига, Брудзинского сомнительные.

Общий анализ крови: Hb – 74 г/л; эритроциты – $2,5 \times 10^{12}$ /л; ретикулоциты – 12%; лейкоциты – 25×10^9 /л, п/я – 12%, с/я – 68%, лимфоциты – 15%, моноциты – 5%; СОЭ – 46 мм/ч.

При исследовании тонких мазков крови – выявлен *Plasmodium falciparum*.

Люмбальная пункция: ликвор вытекал под давлением, частыми каплями, прозрачный.

Анализ ликвора: цитоз – 10 клеток/мм³, лимфоциты, белок – 0,16 г/л.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Укажите тяжесть заболевания. Обоснуйте.

2. Оцените степень нарушения сознания у ребенка по шкале комы Глазго.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. О каком осложнении можно думать? Перечислите критерии диагностики данного состояния.
5. Составьте план лечения больной. Какая терапия должна быть назначена максимально быстро?
6. Оцените прогноз.
7. Какие меры можно было бы предпринять, чтобы предотвратить заражение?

Диагностические ключи

Задача 1. Менингококковая инфекция: менингит, назофарингит.

Задача 2. Менингококковая инфекция: менингококкемия, менингит, артрит левого коленного сустава. Осложнения: инфекционно-токсический шок III стадии, острая надпочечниковая недостаточность.

Задача 3. Пневмококковая инфекция: острый гнойный менингоэнцефалит, правосторонний острый гнойный средний отит.

Задача 4. Энтеровирусная инфекция: серозный менингит, герпангина, экзантема.

Задача 5. Гнойный менингит стафилококковой этиологии. Вентрикулит. Кандидоз слизистой оболочки ротовой полости.

Задача 6. Столбняк. Гнойный омфалит.

Задача 7. Грипп А. Осложнение: синдром Рея.

Задача 8. ОРВИ. Нейротоксикоз: отек-набухание головного мозга, судорожный синдром, «бледная» лихорадка, нейрогенная тахикардия.

Задача 9. Генерализованная гемофильная инфекция: сепсис, менингит. Осложнения: инфекционно-токсический шок III

стадии, ДВС-синдром, фаза гипокоагуляции, острая надпочечниковая недостаточность (синдром Уотерхауса–Фридериксена), отек головного мозга.

Задача 10. Диссеминированный (милиарный) туберкулез. Туберкулезный менингоэнцефалит. Двусторонний туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, инфильтративная форма, осложненный бронхолегочным поражением верхней доли правого легкого.

Задача 11. Тропическая малярия, тяжелая. Малярийная кома (оценка по шкале комы Глазго – 9 баллов).

**6. РЕБЕНОК С ДИАРЕЕЙ.
ГАСТРОЭНТЕРИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.
СИНДРОМ ДИСТАЛЬНОГО КОЛИТА.
ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ
ЭТИОЛОГИИ (САЛЬМОНЕЛЛЕЗЫ, ЭШЕРИХИОЗЫ,
ШИГИЛЛЕЗЫ, КИШЕЧНЫЙ ИЕРСИНИОЗ, ХОЛЕРА).
РОТАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ. ТОКСИКОЗ С ЭКСИКОЗОМ.
ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ. ЛЯМБЛИОЗ.
ДИАРЕЯ ПУТЕШЕСТВЕННИКОВ**

Задача 1

Мальчик 2 лет 6 мес. госпитализирован в инфекционный стационар.

Из анамнеза известно, что родился в срок от молодых здоровых родителей с массой тела 3600 г, на грудном вскармливании находился до 9 мес. В возрасте 2 лет 5 мес. масса тела 14 кг.

Ребенок с родителями приехал с летнего отдыха, домой возвращались на поезде. В поезде ел творог, купленный накануне на рынке. Мальчик заболел остро в поезде: поднялась температура тела, появились рвота, которая была трижды, обильный водянистый стул до 4 раз в сутки, зеленого цвета с примесью слизи, пенистый, зловонный. На 3-й день состояние ухудшилось, отказывается от еды, пьет неохотно, стул участился до 10 раз в сутки, обильный, зеленый, появились прожилки крови. Доставлен в стационар.

При поступлении: вялый, адинамичный, температура 38,3 °С, рвота однократная, стул 10 раз, обильный темно-зеленого цвета, отдельные порции с кровью, зловонный. От-

казывается от еды и питья. Кожа бледная, суховата, синева под глазами, периоральный цианоз, акроцианоз, холодные кисти и стопы, тургор тканей снижен. Язык густо обложен белым налетом, суховат. В легких хрипов нет, дыхание пуэрильное. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 148 в минуту. Живот умеренно вздут, при пальпации болезненный, урчит во всех отделах. Слепая кишка уплотнена, чувствительна при пальпации, сигмовидная кишка слегка спазмирована. Раздражение кожи вокруг ануса и на ягодицах. Печень пальпируется на 3 см ниже реберного края, селезенка – на 2 см ниже края реберной дуги. Мочеиспускание редкое. Масса тела ребенка – 12,8 кг.

Общий анализ крови: Hb – 120 г/л; эритроциты – $3,5 \times 10^{12}$ /л; Ht – 0,45; лейкоциты – $17,3 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 9%, с/я – 52%, лимфоциты – 30%, моноциты – 9%; тромбоциты – 440×10^9 /л; СОЭ – 26 мм/ч.

Копрограмма: большое количество неизмененных мышечных волокон, жирные кислоты, крахмал (внеклеточный), эритроциты – 15 в п/зр, лейкоциты – 32 в п/зр.

Биохимический анализ крови: калий – 3,4 ммоль/л (норма – 3,5–5,5 ммоль/л), натрий – 130 ммоль/л (норма – 132–156 ммоль/л).

Кисотно-основное состояние: pH – 7,32; BE: –10.

Реакция латекс-агглютинации в копрофильtrate с ротавирусным диагностикумом – отрицательная, с антигеном *Salmonella enterica* группы B – положительная.

Вопросы:

1. Определите топику поражения желудочно-кишечного тракта. Какие клинические признаки ее характеризуют?
2. Поставьте клинический диагноз больному. Обоснуйте.
3. Оцените тяжесть состояния больного. Какие синдромы определяют тяжесть заболевания?
4. Какой патогенетический вариант диареи развивается при данном заболевании? Охарактеризуйте.

5. Определите возможный источник инфицирования. Каков наиболее вероятный путь передачи инфекции?

6. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному для уточнения диагноза и проводимой терапии? В каком биологическом материале можно обнаружить возбудителя инфекции?

7. Назначьте лечение с учетом этиологии, тяжести заболевания и вида токсикоза. Рассчитайте объем жидкости для проведения регидратации.

8. Нуждается ли ребенок в инфузионной терапии? Если да, то в каком объеме, какими растворами и с какой скоростью необходимо ее проводить. Есть ли необходимость коррекции электролитов?

9. Определите критерии выписки из стационара данного больного.

Задача 2

Новорожденная девочка 22 дней доставлена в стационар «скорой помощью».

Из анамнеза: больна 2-й день, заболевание началось с подъема температуры тела до 38 °С, срыгиваний, однократной рвоты, разжиженного стула 2 раза. На 2-й день стала вялой, отказывалась от еды, срыгивания участились, 3 раза отмечалась рвота желчью, стул 6 раз, жидкий желто-зеленого цвета, со слизью, беспокойна, крик монотонный, развился приступ клонико-тонических судорог.

Девочка от II беременности, 2-х срочных родов. Оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов. Вес при рождении – 3300 г, рост – 52 см. Выписана на 3-и сутки, вес при выписке – 3220 г. Находится на искусственном вскармливании.

Эпидемиологический анамнез: 5 дней назад у матери ребенка отмечались тошнота и 2 раза рвота, у старшего ребенка

8 лет 10 дней назад были рвота, разжиженный стул, боли в животе, получал энтерофурил.

При поступлении: вес ребенка 3300 г, температура тела 38,5 °С, состояние очень тяжелое, вялая, стонет. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, мраморные, суховатые, чистые, акроцианоз, холодные стопы и кисти. Слизистые оболочки бледно-розовые, сухие, язык обложен желто-белым налетом. Голову запрокидывает, родничок не выбухает, напряжен, пульсирует. Положительные менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц, симптом «подвешивания» (Лессажа). В легких дыхание ослаблено, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧД – 50 в минуту. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 170 в минуту, систолический шум. АД – 60/40 мм рт. ст. Живот вздут, на животе видна венозная сеть, мягкий, болезненный, урчит при пальпации, печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, селезенка – на 3 см. Пупочная ранка эпителизирована, пупочные сосуды не пальпируются. Стул зеленый, со слизью и прожилками крови. Мочеиспускание редкое.

Общий анализ крови: Нв – 140 г/л; эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л; Нт – 0,5; лейкоциты – 29×10^9 /л, нейтрофилы п/я – 15%, с/я – 68%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 12%, моноциты – 4%; тромбоциты – 560×10^9 /л; СОЭ – 36 мм/ч.

Коагулограмма: время свертывания крови по Ли-Уайту – 3 мин (норма – 5–10 мин).

Люмбальная пункция: жидкость вытекала частыми каплями, под давлением, мутная.

Анализ цереброспинальной жидкости: цитоз – 1850 клеток/мм³, белок – 2,3 г/л, нейтрофилы – 85%, лимфоциты – 13%, макрофаги – 2%.

Экспресс-тест коаггутинации – в крови и ликворе обнаружен антиген *Salmonella enterica tiphimurium*.

Прокальцитонин – 10 нг/мл.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. В какое отделение следует госпитализировать больную?
3. Дайте микробиологическую характеристику возбудителя (таксономическое положение, антигенное строение, факторы патогенности, устойчивость во внешней среде).
4. Каков механизм передачи инфекции в данном случае?
5. Какие формы заболевания у матери ребенка и старшего брата?
6. Какие дополнительные обследования необходимо провести для постановки окончательного диагноза?
7. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести?
8. Назначьте лечение.
9. Оцените прогноз.

Задача 3

Девочка 1 год 5 мес., заболела остро с подъема температуры тела до 40 °С, рвоты. На второй день появился жидкий стул до 8 раз в сутки, с примесью слизи и прожилок крови, дважды рвота, температура держалась на уровне 38,5–39 °С. Получала смекту, бифиформ, регидрон, фуразолидон, питье. На третьи сутки состояние ребенка не улучшалось, сохранялась фебрильная лихорадка, появились боли в животе, с позывами на дефекацию, при дефекации и при натуживании резко беспокойна, плачет, стул скудный зеленый со слизью и кровью. Госпитализирована в боксированное отделение инфекционной больницы.

Из анамнеза известно, что девочка родилась от I, нормально протекавшей беременности, срочных родов, масса тела при рождении – 3450 г, длина – 51 см. На грудном вскармливании до 7,5 мес. В течение первого года 2 раза перенесла ОРЗ. Вес в возрасте года – 10,5 кг.

Эпидемиологический анамнез: имела контакт с сестрой, посещающей школу, у которой неделю назад отмечались рвота и жидкий стул, купировавшиеся в течение 3 дней. Анализ кала на кишечную группу в работе.

При осмотре: вес ребенка – 9900 г, состояние тяжелое, температура тела – 38,6 °С, вялая, сонливая, плаксивая, отказывается от еды и питья, отмечаются позывы на рвоту. Кожные покровы бледно-розовые, сухие, чистые, слизистая оболочка рта чистая, суховата. Язык обложен белым налетом. Зев розовый. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. ЧД – 30 в минуту. Сердечные тоны громкие, ритмичные, ЧСС – 130 в минуту. Живот болезненный при поверхностной пальпации во всех отделах с усилением болей и активной мышечной защитой в левых отделах по ходу толстой кишки, сигмовидная кишка уплотнена, спазмирована, резко болезненна. Печень +2,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул при поступлении слизистый с зеленью и примесью крови. Анус податлив. Мочеиспускание свободное.

Общий анализ крови: Hb – 136 г/л; эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л; Ht – 0,4; лейкоциты – $10,6 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 18%, с/я – 54%, лимфоциты – 20%, моноциты – 8%; тромбоциты – 360×10^9 /л; СОЭ – 22 мм/ч.

Копрограмма: эритроциты – 50 в п/зр, лейкоциты – 50 в п/зр.

Полимеразная цепная реакция – в кале выявлен антиген *Shigella dysenteriae*.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его. Выделите основные синдромы.
2. Какой патогенетический тип диареи лежит в основе данного заболевания? Охарактеризуйте.
3. Каким путем произошло заражение?

4. Оцените результаты лабораторного обследования?
С чем могут быть связаны изменения в анализах?
5. Какие особенности заболевания у детей 1-го года жизни вы знаете?
6. Какие возможны осложнения данного заболевания?
7. Назначьте лечение.
8. Есть ли необходимость в инфузионной терапии? Если да, то в каком объеме и какими растворами ее надо проводить?

Задача 4

Девочка 9 мес., поступила в стационар на 2-й день болезни с направляющим диагнозом «кишечная инфекция». Заболевание началось с повышения температуры тела до 37,3 °С, рвоты 3 раза за сутки, вздутия и болей в животе; через 6 ч появился обильный, жидкий, водянистый стул до 6 раз в сутки с белыми комочками, снизился аппетит. Получала смекту, регидрон, бифидумбактерин, эспумизан. На 2-й день болезни – подъем температуры до 37,6 °С, девочка стала вялой, отказывалась от еды, рвота 6 раз в день, стул участился до 18 раз в сутки.

Анамнез жизни: родилась от II беременности, 2-х родов с массой 3250 г, длиной 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей, до 3 мес. находилась на грудном вскармливании, прикорм введен вовремя, в настоящее время получает смесь «Энфамил», кефир, творог, мясное пюре, овощное пюре, яичный желток, каши. Перенесла ОРВИ 2 раза, привита по возрасту. В 6 мес. вес ребенка был 8000 г.

При поступлении состояние ребенка тяжелое, вялая, адинамичная, заторможенная, от питья отказывается, температура тела 37,6 °С. Вес 8050 г. Кожные покровы бледные, сухие, с мраморным рисунком, горячие на ощупь, гиперемия щек, периоральный цианоз. Кожная складка расправляется очень

медленно (4 с). Тургор тканей резко снижен. Большой родничок сглажен, глазные яблоки запавшие. Слизистая оболочка рта, губ сухая, язык обложен белым налетом, шпатель прилипает к языку. В легких при аускультации – дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД – 54 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ЧСС – 148 в минуту. Живот вздут, печень +2,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул обильный, водянистый, бледно-желтого цвета с небольшой примесью комочков мутной слизи. Анус сомкнут. Не мочилась в течение последних 6 ч.

Общий анализ крови: Hb – 136 г/л; эритроциты – $4,8 \times 10^{12}$ /л; Ht – 0,56; лейкоциты – $12,6 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 13%, с/я – 42%, лимфоциты – 36%, моноциты – 7%, эозинофилы – 2%; тромбоциты – 360×10^9 /л; СОЭ – 12 мм/ч.

Биохимический анализ крови: калий – 5,7 ммоль/л (норма – 3,5–5,5 ммоль/л), натрий – 157 ммоль/л (норма – 132–156 ммоль/л).

Кислотно-основное состояние: pH – 7,31; BE: –12.

Реакция латекс-агглютинации с ротавирусным антигеном – отрицательная.

Бактериологическое исследование кала: выделена E. coli, при серотипировании идентифицированная как O119.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его. Укажите топик поражения желудочно-кишечного тракта.
2. Оцените результаты лабораторных исследований.
3. С чем связана тяжесть состояния ребенка? Укажите степень и тип дегидратации.
4. Охарактеризуйте этиологию и патогенез заболевания. Какие еще патогенетические группы заболеваний, вызываемых данным возбудителем, вам известны?
5. Назначьте лечение. Обоснуйте метод, проведите расчет, составьте программу регидратационной терапии.

6. С какими заболеваниями, в первую очередь, необходимо проводить дифференциальный диагноз в осенне-зимний период?

7. Назовите основные методы профилактики.

Задача 5

У девочки трех лет заболевание началось с учащения стула до 6–7 раз, температура тела не повышалась. Участковый врач поставил диагноз «дисбактериоз кишечника» и назначил бифидумбактерин. На 3-й день болезни повысилась температура тела до 37,8 °С, появились рвота, боли в животе, стул оставался жидким, водянистым до 3–4 раз в сутки, но в последних порциях появилась примесь крови, ребенок был госпитализирован в кишечное отделение с направляющим диагнозом «сальмонеллез».

При поступлении состояние ребенка тяжелое, частота стула – 15 раз в сутки, в испражнениях большое количество крови и слизи, схваткообразные боли в животе. Однократно отмечались судороги. Ребенок вялый, отказывается от еды, выраженная бледность кожных покровов с некоторой иктеричностью, тоны сердца приглушены, ЧСС – 150 в минуту. АД – 80/20 мм рт. ст., не мочилась 9 ч.

Общий анализ крови: Нб – 80 г/л; эритроциты – $2,5 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты – 15%; Нт – 0,5; лейкоциты – $22,6 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 8%, с/я – 56%, лимфоциты – 26%, моноциты – 8%, эозинофилы – 2%; тромбоциты – 100×10^9 /л; СОЭ – 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: моча темная, прозрачность неполная, цвет – темно-коричневый, относительная плотность – 1008, белок – 0,66‰, эритроциты – до 100 в п/зр, лейкоциты – 5–7 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 50 г/л, альбумин – 35 г/л; калий – 5,7 ммоль/л (норма – 3,5–5,5 ммоль/л);

натрий – 130 ммоль/л (норма – 132–156 ммоль/л); мочевины – 38 ммоль/л (норма – до 8,3 ммоль/л); креатинин – 269 мкмоль/л (норма – до 106 мкмоль/л); билирубин – 100 мкмоль/л (норма – до 20,5 мкмоль/л); неконъюгированный – 95 мкмоль/л (норма – до 17,1 мкмоль/л).

УЗИ почек: почки расположены правильно, увеличены в размерах, отмечается отечность паренхимы, чашечно-лоханочная система не изменена.

Бактериологическое исследование кала: выделена *E. coli*, при серотипировании идентифицированная как O157:H7.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его. Укажите топику поражения желудочно-кишечного тракта.
2. Оцените результаты лабораторного обследования.
3. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка? Какое осложнение можно выявить у ребенка?
4. Охарактеризуйте патогенез данного осложнения. Какие еще его этиологические факторы вам известны?
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
6. Какова должна быть терапевтическая тактика?
7. Оцените прогноз заболевания.

Задача 6

Мальчик 8 лет, летом отдыхал с родителями в Индии, в районе, эндемичном по холере. Через 2 дня после возвращения отмечался подъем температуры до 37,6 °С, резкая слабость, частый, жидкий, водянистый, обильный стул, вначале коричневого цвета без примесей, затем стул участился до 18 раз в день, стал мутно-белым. Дефекация безболезненная. Госпитализирован в тяжелом состоянии, жалобы на сла-

бость, вялость, головокружение, выраженную жажду, повторный стул, повторную рвоту.

Из анамнеза жизни: рос и развивался нормально, вакцинирован по возрасту, вес ребенка до заболевания 27 кг.

При осмотре масса тела 24,5 кг, температура тела 36,9 °С, адинамичен, черты лица заострены, глаза запавшие, периорбитальный цианоз. Кожные покровы бледные, с мраморным рисунком, на животе собирается в складку, которая расправляется очень медленно (4 с). Акроцианоз, кисти и стопы холодные на ощупь. Губы в трещинах, слизистые оболочки сухие, язык обложен густым налетом, сухой, шпатель прилипает к языку. В легких – дыхание жесткое, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены. ЧСС до 130 в минуту. АД – 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, урчит при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Стул жидкий, обильный, мутно-белый с плавающими хлопьями, напоминает по внешнему виду рисовый отвар. Диурез резко снижен. Менингеальных знаков нет.

Общий анализ крови: Hb – 150 г/л; эритроциты – $5,0 \times 10^{12}$ /л; Ht – 0,55; лейкоциты – $5,6 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 4%, с/я – 60%, лимфоциты – 26%, моноциты – 8%, эозинофилы – 2%; СОЭ – 5 мм/ч.

Биохимический анализ крови: калий – 2,7 ммоль/л (норма – 3,5–5,5 ммоль/л), натрий – 125 ммоль/л (норма – 132–156 ммоль/л).

Кислотно-основное состояние: pH – 7,24; BE: –12.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Оцените степень тяжести и вид обезвоживания с учетом имеющихся клинических и лабораторных данных.
3. Какие лабораторные исследования необходимо провести дополнительно для подтверждения диагноза?

4. Объясните патогенез развития диарейного синдрома при данном заболевании.
5. Назначьте лечение. Проведите расчет жидкости для регидратационной терапии. Есть ли показания для проведения инфузионной терапии у данного больного?
6. Что может произойти при неверной врачебной тактике?
7. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести?
8. Что вам известно о профилактике данного заболевания?

Задача 7

Мальчик 8 лет, семь дней назад вернулся из деревни, где проводил весенние каникулы, там ел салат из капусты, хранившейся в подвале.

Заболел остро, отмечалась лихорадка до 38,5 °С ремиттирующего характера в течение 6 дней, снижение аппетита, слабость, катаральные явления (насморк, боль в горле). С первого дня болезни беспокоили сильные боли в правой подвздошной области и в области пупка, повторная рвота, стул до 4–5 раз в сутки кашицеобразный с примесью зелени и слизи.

Врач «скорой помощи» обнаружил симптомы раздражения брюшины и госпитализировал ребенка в хирургическое отделение с подозрением на аппендицит, где диагноз данного заболевания был снят и мальчик был переведен в боксированное отделение с диагнозом «кишечная инфекция, ОРВИ».

В последующие дни сохранялась фебрильная температура тела, стул участился до 9–10 раз, разжиженного характера, со слизью и зеленью. Появились легкая иктеричность склер и кожи, темная моча, увеличение печени и селезенки. Возникло подозрение на вирусный гепатит.

Общий анализ крови: Нв – 133 г/л; эритроциты – $4,0 \times 10^{12}$ /л; Нт – 0,45; лейкоциты – $14,6 \times 10^9$ /л, нейтрофилы

п/я – 10%, с/я – 45%, лимфоциты – 30%, моноциты – 15%;
СОЭ – 25 мм/ч.

Биохимический анализ крови: билирубин общий – 36 мкмоль/л, конъюгированный – 26 мкмоль/л, АлАТ – 64 Ед/л, АсАТ – 46 Ед/л.

Маркеры вирусных гепатитов А, В, С, D, Е – не обнаружены.

Копрограмма: большое количество неизмененных мышечных волокон, жирные кислоты, крахмал (внеклеточный), эритроциты – 5 в п/зр, лейкоциты – 45 в п/зр.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза? Каков диагностический титр специфических антител в серологических реакциях при данном заболевании?
3. Что вам известно о предполагаемом возбудителе и патогенезе данного заболевания?
4. Каковы эпидемические особенности заболевания у ребенка (механизм передачи и источник заражения)?
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
6. Какие клинические формы данной инфекции вам известны?
7. Назначьте лечение. Какие антибактериальные препараты эффективны?

Задача 8

Девочка 8 мес., больна 2-й день.

Накануне вечером, 15 февраля, температура тела повысилась до 37,9 °С, отмечалась многократная рвота, сначала

съеденной пищей, затем водянистая, с примесью слизи в виде плавающих хлопьев. На фоне лечения парацетамолом температура тела нормализовалась, однако к утру отмечался повторный ее подъем до 38,2 °С, появился жидкий стул. Родители вызвали «скорую помощь».

Эпидемиологический анамнез: дома болен старший брат трех лет, который посещает детский сад, где 5 дней назад заболели 3 ребенка со схожими симптомами.

При поступлении в стационар масса тела 8200 г (до заболевания имела массу тела 8800 г). Состояние средней тяжести, в сознании, беспокойна, на осмотр реагирует негативно. Аппетит снижен. Пьет жадно. Кожа чистая, сухая, тургор тканей снижен. Язык обложен, суховат. Зев слегка разрыхлен. Дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД – 36 в минуту. Тоны сердца звучные, ЧСС – 130 в минуту. Пульс удовлетворительного наполнения, ритм правильный. Живот вздут, урчит при пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень +2,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Анус сомкнут. Стул жидкий, обильный, водянистый, желтовато-зеленого цвета, пенистый, с кислым запахом.

Реакция латекс-агглютинации с ротавирусным антигеном – положительная.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз с указанием тяжести заболевания и степени обезвоживания (экзикоза).
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести? Какие результаты вы ожидаете получить?
3. Охарактеризуйте этиологию, патогенез и эпидемиологию данной инфекции.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Назовите особенности диеты при данном заболевании.

6. Назначьте лечение. Обоснуйте и рассчитайте регидратационную терапию.

7. Укажите возможные способы профилактики данного заболевания.

Задача 9

Родители девочки четырех лет, посещающей детский сад, обратились к педиатру в связи с появлением у ребенка болей в животе, тошноты, общего недомогания, разжиженного стула. Родители обеспокоены раздражительностью ребенка, снижением аппетита, изменением характера стула, а также сохраняющейся в течение 3 мес. температурой 37,1–37,2 °С.

При осмотре состояние ребенка удовлетворительное, активна. Кожные покровы бледно-розовые, сухие, фолликулярные папулы на разгибательных поверхностях рук и ног. Язык обложен белым налетом. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны звучные, ритмичные. ЧСС – 108 в минуту. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, умеренно болезненный в эпигастральной и правой подреберной области. Симптом Кера положительный. Урчание по ходу кишечника. Печень +1,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Диурез в норме. Стул жидкий, 4–5 раз в сутки с умеренным количеством слизи, частичками непереваренной пищи.

Общий анализ крови: Hb – 118 г/л; эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $10,2 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 2%, с/я – 40%, лимфоциты – 42%, моноциты – 7%, эозинофилы – 9%; СОЭ – 22 мм/ч.

Биохимический анализ крови: билирубин общий – 8 мкмоль/л, АЛАТ – 45 Ед/л, АсАТ – 58 Ед/л, щелочная фосфатаза – 567 Ед/л.

При микроскопии кала обнаружены цисты лямблий.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Что вам известно об этиологии и эпидемиологии данного заболевания?
3. Каков патогенез данного заболевания?
4. Что является критерием хронической диареи? Проведите дифференциальный диагноз.
5. В каком дополнительном обследовании нуждается ребенок? Какие изменения вы ожидаете выявить?
6. Какое лечение показано?
7. Какие методы профилактики данного заболевания вы знаете?

Задача 10

Ребенок, 2-х лет 6 мес., заболел остро вечером. Заболевание началось с повышения температуры тела до 39 °С, однократной рвоты, отказа от еды. На 2-й день появился частый водянистый стул без примесей, вздутие живота, боли вокруг пупка.

При осмотре активный, беспокойный, температура тела 37,6 °С. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, обычной влажности. Слизистые оболочки рта и зева розовые, слегка суховаты. Рвота больше не повторялась, пьет охотно. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, урчит по ходу кишечника, печень и селезенка не увеличены. Стул жидкий желто-коричневый, пенистый, без примесей.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Укажите топику поражения желудочно-кишечного тракта.

3. Оцените тяжесть состояния ребенка.
4. Какие лабораторные исследования можно провести для постановки окончательного диагноза?
5. Какое исследование и каким образом позволяет определить патогенетический тип диареи?
6. Назначьте лечение. Нуждается ли ребенок в проведении инфузионной терапии?
7. Есть ли необходимость в госпитализации ребенка?
8. Каков прогноз?

Задача 11

Мальчик двух лет, находится на отдыхе в Турции вместе с родителями.

Днем у ребенка снизился аппетит. Ночью был стул 1 раз жидкий, без примесей. Стал беспокойным, капризным, жаловался на боли в животе. Стул был еще 3 раза, водянистый, поднялась температура тела до 37,6 °С.

При осмотре врачом активен. Температура тела 37,8 °С. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, суховаты, тургор тканей удовлетворительный, кожная складка расправляется обычно. Слизистые оболочки рта и зева розовые, чистые, язык сухой, обложен белым налетом. В легких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 120 в минуту. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный вокруг пупка, урчание по ходу кишечника. Стул жидкий, водянистый, однородный, без примесей, зловонный. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и дайте его обоснование. Укажите топик поражения желудочно-кишечного тракта.

2. Что вам известно о критериях диагностики и эпидемиологии заболевания?
3. Оцените тяжесть заболевания.
4. Какова возможная причина заболевания? Укажите вероятные этиологические факторы.
5. Назначьте лечение.
6. Какие меры профилактики данного заболевания вы знаете?

Задача 12

Ребенок 4 мес., перенес ротавирусную инфекцию. После выписки из больницы у ребенка сохранялся неустойчивый стул. Участковый врач назначал пробиотики, смекту, однако у ребенка продолжается разжиженный стул после каждого приема пищи. Ребенок стал очень беспокойный: кричит, краснеет, поджимает ножки к животу, особенно при кормлении и после него.

Из анамнеза известно, что ребенок от II беременности, 2-х родов, протекавших физиологически, родился в срок с массой тела 3600 г, длиной 52 см. Находится на грудном вскармливании, прикорм не получает. Прибавка веса за 3 месяца 2000 г, за последний месяц в весе не прибавил.

При осмотре: состояние ребенка удовлетворительное. Активный. Кожные покровы розовые, чистые, обычной влажности. Слизистые оболочки рта розовые, чистые. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД – 38 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 134 в минуту. Живот вздут, напряжен, при пальпации урчание по ходу кишечника. Стул при осмотре жидкий, пенистый, обильный, с кислым запахом. Мочится достаточно.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Как вам представляется патогенез заболевания и механизм развития основных симптомов?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Предложите ваши рекомендации по питанию ребенка и матери.
6. Назначьте лечение.
7. Какие должны быть рекомендации в периоде реконвалесценции после острой кишечной инфекции?

Диагностические ключи

Задача 1. Сальмонеллез, без высева, гастроэнтероколит, среднетяжелая форма, токсикоз с эксикозом средней степени тяжести, изотоническая дегидратация.

Задача 2. Сальмонеллез, септическая форма, гнойный менингит. Осложнения: инфекционно-токсический шок I стадии, ДВС-синдром, фаза гиперкоагуляции.

Задача 3. Дизентерия (шигеллез), тяжелая форма, токсикоз с эксикозом средней степени тяжести.

Задача 4. Энтеропатогенный эшерихиоз O119, гастроэнтерит, тяжелая форма. Токсикоз с эксикозом тяжелой степени, гипертоническая (вододефицитная) дегидратация.

Задача 5. Энтерогеморрагический эшерихиоз O157:H7, гастроэнтероит, тяжелая форма. Осложнение: гемолитико-уремический синдром.

Задача 6. Холера, тяжелая форма. Токсикоз с эксикозом тяжелой степени, изотоническая дегидратация.

Задача 7. Кишечный иерсиниоз, энтероколит, гепатит, среднетяжелая форма.

Задача 8. Ротавирусная инфекция, гастроэнтерит, среднетяжелая форма. Токсикоз с эксикозом средней степени тяжести.

Задача 9. Лямблиоз.

Задача 10. Кишечная инфекция неуточненной этиологии, гастроэнтерит, легкая форма (без обезвоживания).

Задача 11. Диарея путешественников, энтерит, легкая форма.

Задача 12. Реконвалесцент ротавирусной инфекции. Вторичная лактазная недостаточность.

7. ВИЧ-инфекция

Задача 1

В приемное отделение детской инфекционной больницы поступила девочка 4 мес. с жалобами на навязчивый кашель, учащение дыхания, повышение температуры тела до 39 °С.

Из анамнеза известно, что ребенок от ВИЧ-инфицированной женщины, I беременности, протекавшей с гестозом в 3-м триместре, 1-х родов на 37-й нед. Родилась с весом 2400 г, длиной 45 см. ИФА, проведенный в роддоме у ребенка, показал наличие антител к ВИЧ. Проведена профилактика азитимидином в течение 6 нед. Затем мама с ребенком уехала в деревню и к врачам не обращалась.

При осмотре: состояние ребенка тяжелое, лихорадка до 38,5 °С, отмечается выраженная одышка смешанного характера с втяжением яремной ямки, межреберий, мечевидного отростка, ЧД – 80 в минуту, пенистое отделяемое изо рта. Кашель сухой, частый. Вес 4300 г, рост 55 см. Кожные покровы бледные, с мраморным рисунком, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. Слизистые оболочки полости рта розовые, язык обложен белым налетом. Зев рыхлый, гиперемирован. В легких дыхание ослабленное, выслушиваются крепитирующие хрипы с обеих сторон. Перкуторно над легкими легочный звук с коробочным оттенком. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС – 160 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 3 см из-под края реберной дуги. Менингеальных и очаговых симптомов нет. Мочится регулярно. Стула не было.

Пульсоксиметрия: SaO₂ – 85%.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Обоснуйте его.
2. С чем может быть связано возникновение данного заболевания у ребенка с перинатальным контактом по ВИЧ?
3. Какие обследования необходимо провести ребенку? Какие изменения вы ожидаете обнаружить?
4. В каком лечении нуждается ребенок?
5. Как проводится профилактика данного заболевания?

Задача 2

В стационар госпитализирован подросток 16 лет с высокой лихорадкой (40 °С), с выраженной смешанной одышкой с участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, непродуктивным кашлем. Кожные покровы бледные, на локтевых сгибах множественные следы от инъекций, постинъекционные экхимозы. Пальпируются множественные лимфатические узлы шейной области, подмышечные, паховые, размерами от 1,0 до 2,0 см, безболезненные, подвижные, не спаянные, плотноэластической консистенции. Слизистые оболочки рта и зева бледно-розовые, чистые. Зев слабо гиперемирован. В легких дыхание ослаблено, выслушиваются разнокалиберные влажные и крепитирующие хрипы с двух сторон, преимущественно в нижних отделах легких. ЧД – 60 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, тахикардия, ЧСС – до 110 в минуту. Живот мягкий, доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка не пальпируется. Менингеальных и очаговых симптомов нет.

Общий анализ крови: Нб – 96 г/л; эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – 17×10^9 /л, нейтрофилы п/я – 5%, с/я – 78%, эозинофилы – 7%, лимфоциты – 8%, моноциты – 2%; СОЭ – 36 мм/ч.

Рентгенограмма органов грудной клетки: повышение прозрачности легочных полей, сетчатое усиление легочного рисунка, множественные очаговые тени по типу «снежной бури», увеличение внутригрудных лимфоузлов.

Микроскопия мокроты: выявлены пневмоцисты.

Серологическое исследование (ИФА): обнаружены антитела против ВИЧ в титре 1/2000.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Что вам известно об этиологии и патогенезе пневмонии данной этиологии?
3. Какие методы диагностики следует использовать для подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции у пациента?
4. Какое лечение показано?
5. Перечислите возможные пути инфицирования ВИЧ в подростковом возрасте? Какой путь наиболее вероятен у данного пациента?
6. Какие методы профилактики ВИЧ-инфекции вам известны?

Задача 3

Ребенок 8 лет жалуется на постоянную слабость, недомогание, мучительный кашель со скудной мокротой.

Из анамнеза известно, что ребенок состоит на учете в центре по профилактике и борьбе со СПИДом. С 3 лет периодически беспокоит кашель, утомляемость, одышка, которые проходили самостоятельно или после ингаляций с пульмикортом. Резкое ухудшение состояния возникло неделю назад с появления лихорадки, кашля, учащения дыхания.

При осмотре: состояние тяжелое, выраженная одышка смешанного характера с преимущественным экспираторным

компонентом, сухой навязчивый кашель, температура тела 36 °С. Кожные покровы бледные, выражен периоральный цианоз, акроцианоз. Отмечаются изменения пальцев по типу «барабанных палочек», ногтевых фаланг по типу «часовых стекол». Слизистые оболочки рта и зева розовые, чистые. Пальпируются множественные лимфоузлы: шейные, подчелюстные, затылочные, подмышечные, паховые от 1 до 2 см в диаметре, плотноэластичные, подвижные, безболезненные, не спаянные с кожей и друг с другом. Перед мочками ушей пальпируются образования тестоватой консистенции, безболезненные, размерами до 2х2,5 см, кожа над ними не изменена. В легких дыхание ослаблено, выдох удлиннен, сухие хрипы с обеих сторон, ЧД – 48 в минуту. Перкуторно над легкими коробочный звук. Тоны сердца приглушены, учащены, ЧСС – 140 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень +3 см из-под края реберной дуги, селезенка +2 см. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Пульсоксиметрия: SaO₂ – 85%.

Общий анализ крови: Hb – 90 г/л; эритроциты – $3,3 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $17,6 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 5%, с/я – 35%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 53%, моноциты – 5%; СОЭ – 10 мм/ч.

Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, легочный рисунок усилен, деформирован, сетчатый, в базальных отделах легких неоднородная альвеолярная инфильтрация. Тень сердца нечеткая. Двусторонняя гиперплазия внутригрудных лимфоузлов.

Вопросы:

1. Какие должны быть ваши неотложные действия?
2. Поставьте предварительный диагноз. Обоснуйте его.
3. О каком заболевании легких можно думать? Каковы этиология и патоморфология заболевания?

4. Какие дополнительные обследования следует назначить ребенку? Что вы ожидаете обнаружить?
5. Назначьте лечение.

Задача 4

Ребенок 10 лет, поступил в детское инфекционное отделение с жалобами на малопродуктивный кашель, одышку.

Анамнез заболевания: заболел 2 недели назад, когда появился кашель, повышение температуры тела, лечился амоксициклавом 7 дней, азитромицином 5 дней, отхаркивающими. За последние сутки состояние ухудшилось, усилилась одышка, усилился кашель.

Анамнез жизни: родился от I нормально протекавшей беременности, 1-х срочных родов с массой тела 3400 г. Раннее развитие без особенностей. В 3 года 6 месяцев попал в автомобильную аварию, долго находился на лечении в стационаре, неоднократно проводились гемотрансфузии. В возрасте 4 лет лечился в стационаре с диагнозом «инфекционный мононуклеоз». После выписки сохранялись увеличение лимфоузлов, печени и селезенки. Часто болеет респираторными заболеваниями. С 5 лет периодически на губе появляются герпетические высыпания. В течение последнего года ребенок стал раздражительный, агрессивный, снизились память, успеваемость в школе.

При осмотре: состояние ребенка тяжелое, температура тела 39,2 °С, выражена смешанная одышка, ЧД до 40 в минуту. Пониженного питания, масса тела – 22 кг. Кожные покровы бледные, акроцианоз, периоральный цианоз, на верхней губе элементы везикулезной сыпи, трещины в углах рта, покрытые белым налетом. На спине и животе 3 послеоперационных рубца. Пальпируются увеличенные шейные, подчелюстные, подмышечные и паховые лимфоузлы размерами до

1,5–2 см в диаметре, множественные, плотноэластической консистенции, подвижные, безболезненные. Слизистые оболочки рта розовые, на языке, щеках наложения белого цвета, легко снимаемые шпателем. Носовое дыхание умеренно затруднено, отделяемого нет. В легких дыхание жесткое, выслушиваются единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 120 в минуту. Перкуторно границы сердца расширены влево. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 4 см ниже края реберной дуги, безболезненна, селезенка + 2 см. Стул и диурез – без особенностей. В области уретры белое отделяемое, гиперемия крайней плоти. Неврологический статус: в сознании, на вопросы отвечает правильно, но с задержкой. Менингеальных и очаговых симптомов нет.

Общий анализ крови: Нб – 78 г/л; эритроциты – $2,8 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 80×10^9 /л; лейкоциты – $3,2 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 3%, с/я – 17%, эозинофилы – 15%, лимфоциты – 55%, моноциты – 10%; СОЭ – 45 мм/ч.

Рентгенограмма органов грудной клетки: снижение прозрачности легочной ткани, двусторонние очаги с нечеткими контурами, «воздушная» бронхограмма, справа утолщена полоска междолевой плевры. Тень сердца расширена. Кардиоторакальный индекс – 0,65 (норма – менее 0,5).

ЭКГ: выраженные диффузные изменения в миокарде желудочков.

ЭХО-КГ: снижение фракции выброса левого желудочка до 50% (в норме – более 60%), выпот в перикардальном пространстве.

Посевы из зева, уретры, кала, мокроты: рост *Candida albicans*.

Серологическое исследование (ИФА): обнаружены антитела против ВИЧ в титре 1/1000; антитела против ВПГ I, II типов IgM 1/1600, IgG 1/3200.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз с указанием стадии заболевания, обоснуйте.
2. Какие СПИД-ассоциированные инфекции и осложнения ВИЧ-инфекции можно диагностировать у ребенка?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести? Какие изменения вы ожидаете выявить?
4. С чем связано появление клиники инфекционного мононуклеоза в 4 года у ребенка?
5. Назначьте лечение.

Задача 5

В инфекционную больницу поступила ВИЧ-инфицированная девочка 3 лет с жалобами на общую слабость, потерю аппетита, значительное снижение массы тела, повышение температуры выше 38,5 °С в течение двух недель, диарею в течение 1,5 мес., одышку, сухой приступообразный кашель.

При осмотре: состояние тяжелое, адинамичная, вялая. Вес – 9 кг. Кожные покровы бледные, мраморный рисунок, акроцианоз, синева под глазами и вокруг рта. Подкожно-жировая клетчатка истончена: на животе – 0,5 см, на бедре – 1 см, на плече – 0,5 см. Пальпируются увеличенные до 2 см переднешейные, подчелюстные лимфоузлы, подмышечные и паховые лимфоузлы до 1,5 см, мягкоэластичные, подвижные, безболезненные. Слизистые оболочки рта бледно-розовые, чистые. Зев гиперемирован. Выражена смешанная одышка с втяжением межреберных промежутков, яремной ямки. ЧД – 56–60 в минуту. В легких дыхание жесткое, ослабленное с обеих сторон в нижних отделах, там же выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 120 в минуту. Живот вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5 см. Стул разжиженный.

Общий анализ крови: Нб – 90 г/л; эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 110×10^9 /л; лейкоциты – $3,3 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 2%, с/я – 48%, лимфоциты – 35%, моноциты – 15%; СОЭ – 26 мм/ч.

Иммунный статус: уровень CD4⁺-лимфоцитов – 90 клеток/мкл (12%).

ПЦР: уровень «вирусной нагрузки» – более 1 000 000 копий РНК ВИЧ/мл.

Рентгенограмма органов грудной клетки: двусторонние мелкоочаговые и инфильтративные тени, более выраженные в прикорневых отделах, на фоне усиления легочного сосудистого рисунка.

Методом ПЦР в промывных водах бронхов, крови, мочи, слюне: обнаружен ЦМВ.

Погрешностей в приеме антиретровирусных препаратов нет.

Вопросы:

1. Что послужило причиной ухудшения состояния ребенка?
2. Поставьте диагноз.
3. Оцените результаты дополнительного обследования.
4. Какие возможные схемы лечения данного ребенка?
5. Оцените прогноз заболевания.

Задача 6

Ребенок 10 лет, ВИЧ-инфицирован, наблюдается в центре по профилактике и борьбе со СПИДом. Со слов родителей, в последнее время сильно похудел, практически постоянно предъявляет жалобы на головные боли, повышенную утомляемость. В течение 1,5 мес. жидкий стул, непереваренный, 2–3 раза в день. Нарушения режима питания не было.

При осмотре: состояние ребенка тяжелое. Вялый, апатичный, на вопросы отвечает с задержкой. Вес – 22 кг. Рост – 127 см. Кожные покровы бледные, на коже туловища, руках и ногах множественные пустулезные элементы под корочкой, губы сухие, трещины в углах рта. Подкожно-жировой слой истончен, ребра контурируются. Отмечается увеличение подчелюстных, переднешейных, подмышечных, паховых лимфоузлов до 1,5 см, плотноэластичные, безболезненные, подвижные. Слизистые оболочки рта розовые, язык обложен белым налетом. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧД – 20 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС – 86 в минуту. Живот вздут, при пальпации болезненный по ходу кишечника, мягкий.

Вопросы:

1. Оцените физическое развитие. С чем может быть связано его нарушение?
2. Какие проявления ВИЧ-инфекции вы отмечаете у ребенка?
3. Какую стадию ВИЧ-инфекции можно диагностировать?
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
5. Какую терапию следует назначить ребенку?
6. Оцените прогноз.

Задача 7

В роддом поступила женщина в 1-м периоде родов на сроке 38 нед. без медицинских документов. С ее слов, I беременность, протекала нормально, на учете в женской консультации не состояла. Взяты анализы крови на ВИЧ, гепатиты В,

С, сифилис, токсоплазму, краснуху, цитомегаловирус, ВПГ I, II типов. Экспресс-тест на ВИЧ – положительный.

Родился мальчик, весом 2800 г, длиной 48 см. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов. Имеются признаки морфофункциональной незрелости. В родильном зале после пересечения и обработки пуповины ребенка насухо вытерли хирургическими салфетками.

Вопросы:

1. Какие мероприятия необходимо провести ребенку в родильном зале? В чем основной принцип проведения этих мероприятий?
2. Каковы ваши рекомендации в отношении кормления этого ребенка?
3. Какой диагноз следует поставить этому ребенку в соответствии с МКБ X пересмотра?
4. Нуждается ли этот ребенок в лечении? Если да, то в каком? Укажите дозы препаратов и длительность терапии.
5. Составьте план лабораторного обследования ребенка в периоде новорожденности.
6. Какой метод исследования наиболее целесообразен для раннего выявления ВИЧ-инфекции у ребенка?

Задача 8

Ребенок 2 мес. выписан из инфекционной больницы, где находился с диагнозом «R75 (лабораторное обнаружение ВИЧ, неокончательный тест на ВИЧ). Перинатальное токсико-гипоксическое поражение ЦНС, синдром угнетения. Недоношенность 36 нед., морфофункциональная незрелость. Задержка внутриутробного развития плода II степени».

Из анамнеза известно, что ребенок от I беременности, протекавшей неблагоприятно: мать – наркоманка, употребля-

ла героин на протяжении всей беременности, на учете в женской консультации не состояла. Роды преждевременные на 36-й нед., во время родов с помощью экспресс-теста выявили ВИЧ-инфекцию. Ребенок родился с массой тела 2200 г длиной 43 см, закричал после отсасывания слизи, оценка по шкале Апгар – 5/6 баллов.

С первых часов жизни начато лечение зидовудином (ретровир). Ребенок получил полный курс зидовудина в инфекционной больнице. Не вакцинирован. Мальчик выписан для дальнейшего наблюдения на участок. Бабушка оформила опеку над внуком.

Вопросы:

1. Какими специалистами и где должен наблюдаться этот ребенок после выписки из стационара?
2. Какие и в каком возрасте лабораторные исследования должны проводиться этому ребенку?
3. Должна ли ребенку проводиться профилактика пневмоцистной пневмонии?
4. Проводится ли такому ребенку профилактическая вакцинация? Если да, то в какие сроки и какими вакцинами?
5. В каком возрасте ребенок снимается с диспансерного учета по R75? Назовите критерии для снятия с учета.

Задача 9

Мальчик 10 лет, ВИЧ-инфицирован, наблюдается в центре по профилактике и борьбе со СПИДом, госпитализирован в детское отделение инфекционной больницы с жалобами на слабость, утомляемость, потливость по ночам, снижение аппетита, веса, диарею, постоянный кашель с мокротой, повышение температуры до 38,5 °С. Болен в течение 3 нед. Полу-

чал антибактериальное и симптоматическое лечение без эффекта.

При осмотре: состояние тяжелое. Вялый, адинамичный, пониженного питания, масса тела – 22 кг. Кожные покровы бледно-серые, периоральный, периорбитальный цианоз. Увеличены шейные, подмышечные и надключичные лимфоузлы (от 1 до 2 см), плотноэластичные, подвижные, не спаянные, безболезненные. ЧД – 40 в минуту. Втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании. Перкуторно над левым легким притупление, над правым коробочный звук. При аускультации слева – бронхиальное дыхание, справа – жесткое дыхание. Сердечные тоны ритмичные, приглушены, ЧСС – 88 в минуту. Живот вздут, мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, селезенка – на 5 см. Очаговых и менингеальных симптомов нет. Стул разжижен, с примесями слизи, непереваренный. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: Hb – 105 г/л; эритроциты – $3,4 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты 180×10^9 /л; лейкоциты – $12,3 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 2%, с/я – 71%, лимфоциты – 25%, моноциты – 2%; СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1021, реакция – щелочная, глюкоза и белок – не обнаружены, лейкоциты – 0–1 в п/зр.

Рентгенограмма органов грудной клетки: субтотальное затемнение левого легкого, расширение срединной тени за счет увеличения всех групп лимфоузлов (слева) и бронхопульмональных лимфоузлов (справа), контур срединной тени нечеткий.

УЗИ плевральных полостей: в левой плевральной полости большое количество жидкости.

Реакция Манту – папула 5 мм.

ПЦР: уровень «вирусной нагрузки» – более 1 000 000 копий РНК ВИЧ/мл.

Иммунный статус: CD3+-лимфоциты – 1800 клеток/мкл, CD4+-лимфоциты – 400 клеток/мкл, CD8+-лимфоциты – 800 клеток/мкл, иммунорегуляторный индекс (CD4+/ CD8+) 0,5.

Вопросы:

1. Оцените результаты лабораторных и инструментальных исследований.
2. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
3. Какую СПИД-ассоциированную инфекцию можно диагностировать у ребенка?
4. Каковы особенности течения данной инфекции у ВИЧ-инфицированных детей?
5. У каких специалистов должен консультироваться ребенок?
6. Какие дополнительные обследования следует назначить ребенку?
7. Составьте программу лечения больного.

Задача 10

Мальчик 8 мес. поступил в грудное отделение с жалобами на кашель, одышку, гнойничковую сыпь на коже, беспокойство, отказ от еды, жидкий стул, гноетечение из обеих ушей.

Из анамнеза известно, что ребенок заболел 2 нед. назад, когда появилась гнойничковая сыпь, через неделю присоединились кашель, одышка, жидкий стул. Ребенок родился от матери-наркоманки. На учете в женской консультации по поводу беременности мать не состояла. Во время беременности – гестоз, угроза прерывания. Роды в срок в домашних условиях. Масса тела при рождении – 2100 г. На грудном вскармливании до настоящего времени. Ребенок плохо прибавлял в ве-

се, отставал в психомоторном развитии, три раза перенес острые респираторные инфекции.

При осмотре: состояние ребенка тяжелое, температура тела 38,6 °С. Масса тела – 5300 г. Кожа бледная, с землистым оттенком, периоральный цианоз. На лице, животе, в паховой области – элементы пустулезной сыпи, корочки. Большой родничок – 2,5х2,5 см, не выбухает, швы открыты. При надавливании на козелок – резкая болезненность, проявляющаяся беспокойством, плачем ребенка. Во время кормления быстро устает, сделав 3–4 сосательных движения, запрокидывает голову и начинает плакать. Затылочные, подчелюстные, шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы увеличены до 0,5–1 см, множественные, плотные, безболезненные, не спаяны между собой и с кожей, подвижные. На языке и слизистой оболочке щек – наложения белого цвета, которые легко снимаются шпателем. Одышка смешанного характера с участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, ЧД – 48 в минуту. В легких – жесткое дыхание, мелкопузырчатые хрипы справа. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 142 в минуту, границы сердца расширены влево. Живот мягкий, болезненный, урчит при пальпации. На передней брюшной стенке – расширенная венозная сеть. Край печени пальпируется на 4 см ниже реберной дуги, край селезенки на 2,5 см. Стул жидкий с зеленью и слизью. Диурез без особенностей. Неврологический статус: голову удерживает с трудом, не сидит. Сухожильные рефлексы повышены. D=S. Менингеальные симптомы отрицательные.

Общий анализ крови: Hb – 88 г/л; эритроциты – $2,5 \times 10^{12}$ /л, цв. показатель – 0,85; лейкоциты – $13,2 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 12%, с/я – 64%, лимфоциты – 20%, моноциты – 4%; СОЭ – 43 мм/ч.

Рентгенограмма органов грудной клетки: справа в нижних отделах инфильтративные очаговые изменения. Сосуди-

стый рисунок усилен, деформирован. Тень сердца не смещена. Кардиоторакальный индекс – 0,6.

ЭКГ: выраженные диффузные изменения в миокарде желудочков.

ЭХО-КГ: выпот в перикардальном пространстве.

Бактериологическое исследование крови, кала, гнойного отделяемого из пустул, ушей: рост *Staphylococcus aureus*.

Прокальцитонин: 10 нг/мл (норма – 0,5 нг/мл).

Серологическое обследование: ИФА – выявлены антитела к ВИЧ в титре 1/1000; иммуноблоттинг – выявлены антитела к gp160, gp120, gp41, p68, p52, p34, p25, p18 ВИЧ.

ПЦР: в крови обнаружена провирусная ДНК ВИЧ.

Иммунный статус: CD3+-лимфоциты – 38% (норма – 58–67%), CD4+-лимфоциты – 8% (норма – 38–51%), CD8+-лимфоциты – 40% (норма – 18–25%), CD4+/CD8+ – 0,2 (норма – 1,5–2,9), IgA – 2,9 г/л (норма – 0,14–0,5 г/л), IgM – 3 г/л (норма – 0,59–0,85), IgG – 20 г/л (норма – 4,56–8,7).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Дайте интерпретацию результатам дополнительного обследования.
3. Оцените иммунограмму. Какой показатель свидетельствует о степени иммунодефицита?
4. Какие осложнения ВИЧ-инфекции можно диагностировать у ребенка?
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
6. В каком лечении нуждается ребенок?
7. Укажите, какие противоэпидемические мероприятия следует провести при выявлении больного с ВИЧ-инфекцией.

Задача 11

Мальчик 1 года 7 мес., родился доношенным, от III физиологически протекавшей беременности, масса тела при рождении – 3250 г, длина – 50 см. Закричал сразу, на грудном вскармливании до 3 мес. Первые 4 мес. развивался удовлетворительно. В 4 мес. перенес ОРВИ, пневмонию, лечился в стационаре, получал массивную парентеральную терапию, однократно проводилось переливание плазмы. В последующие 6 мес. перенес повторно ОРВИ, осложнившуюся пневмонией, кишечную инфекцию, парапроктит. С 10-месячного возраста упорная диарея с прогрессирующей потерей массы тела.

При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 39 °С. Вес – 7 кг, рост – 72 см, окружность головы – 42 см, окружность груди – 43 см. Кожа сухая, дряблая, подкожно-жировой слой почти полностью отсутствует, увеличены шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы до 2 см, мягкоэластической консистенции, безболезненны. Кашель с отхождением гнойной мокроты, в легких мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца отчетливые. Живот вздут. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, селезенка – 3,5 см. Ребенок голову держит, переворачивается, сидит с поддержкой, не ползает, не стоит, не ходит, не говорит.

Общий анализ крови: Нb – 90 г/л; эритроциты – $2,8 \times 10^{12}$ /л, цв. показатель – 0,78; лейкоциты – $6,7 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 10%, с/я – 40%, лимфоциты – 45%, моноциты – 5%; СОЭ – 3 мм/ч.

Серологическое обследование (методом ИФА): выявлены антитела к ВИЧ в титре 1/1000.

Вопросы:

1. Оцените физическое и нервно-психическое развитие ребенка. С чем можно связать данное состояние развития?

2. Оцените результаты лабораторных исследований.
3. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
4. Какие осложнения ВИЧ-инфекции можно диагностировать у ребенка?
5. Составьте план обследования. Какие изменения вы ожидаете выявить?
6. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
7. Назначьте лечение.

Задача 12

Ребенок 3,5 лет, родился от ВИЧ-инфицированной женщины, наблюдается в центре по профилактике и борьбе со СПИДом, поступил в отделение с жалобами на слабость, утомляемость, повышенное потоотделение, рвоту при кормлении, одышку.

Из анамнеза известно, что в возрасте 18 мес. тесты на ВИЧ положительные (обнаружены антитела и РНК ВИЧ), перенес инфекционный мононуклеоз, пневмоцистную пневмонию, получает антиретровирусную терапию. В 2,5 года на ЭХО-КГ впервые обнаружены изменения в левом желудочке – утолщение стенки, снижение сократимости, фракции выброса до 56%.

При осмотре: состояние тяжелое, вялый, адинамичный, одышка смешанная с втяжением яремной ямки, межреберий. Выраженное отставание в физическом развитии, масса тела – 8 кг. На осмотр не реагирует, на вопросы не отвечает, интереса к игрушкам не проявляет. Отмечается набухание яремных вен, отеки на ногах. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. Пальпируются увеличенные до 1,5 см лимфоузлы шейной, подмышечной и паховой области, безболезненные, подвижные, не спаянные. Слизистые оболочки бледно-розовые с цианотичным оттенком. На язы-

ке и слизистой оболочке щек белые творожистые наложения, легко снимаемые шпателем. В легких дыхание жесткое, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон, в нижних отделах легких, ЧД – 56 в минуту. Границы сердца расширены, верхушечный толчок разлитой, пальпируется в V межреберье на 3 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 130 в минуту. Живот увеличен в объеме, мягкий, безболезненный, пастозна передняя брюшная стенка, печень +4 см из-под края реберной дуги, селезенка + 2 см из-под края реберной дуги. Менингеальных и очаговых симптомов нет. Стула не было. Мочится.

ЭКГ: ритм синусовый, отклонение электрической оси сердца влево, высокий вольтаж зубца R в отведениях III, aVL, aVF, V₄, V₅, V₆, депрессия сегмента ST, отрицательные зубцы T в отведениях V₄, V₅, V₆.

ЭХО-КГ: выраженная дилатация левого желудочка и левого предсердия, фракция выброса левого желудочка – 25%, недостаточность митрального клапана.

Рентгенограмма органов грудной клетки: усиление и деформация сосудистого рисунка, расширение корней, снижение пневматизации в нижних отделах обоих легких. Тень сердца расширена, больше влево. Кардиоторакальный индекс – 0,75. Признаки венозного застоя.

Вопросы:

1. Оцените степень недостаточности кровообращения.
2. Какова причина поражения сердца?
3. Какие осложнения ВИЧ-инфекции можно диагностировать у ребенка?
4. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
5. Составьте план обследования.
6. Какое лечение следует назначить ребенку?

Диагностические ключи

Задача 1. Врожденная ВИЧ-инфекция. Пневмоцистная пневмония. Дыхательная недостаточность II степени. Кандидоз слизистой оболочки полости рта.

Задача 2. ВИЧ-инфекция. Пневмоцистная пневмония. Персистирующая генерализованная лимфаденопатия.

Задача 3. ВИЧ-инфекция, 3-я стадия (по ВОЗ). Лимфоидная интерстициальная пневмония. Дыхательная недостаточность II степени. Двусторонний паротит. Персистирующая генерализованная лимфаденопатия.

Задача 4. ВИЧ-инфекция, 4-я стадия (по ВОЗ). Диссеминированный кандидоз с поражением легких (кандидозная пневмония), желудочно-кишечного тракта, мочевыводящей системы. Герпетическая инфекция. Кардиомиопатия. Энцефалопатия. Ангулярный хейлит. Цитопения (анемия, тромбоцитопения, нейтропения).

Задача 5. ВИЧ-инфекция, 4-я стадия (по ВОЗ). Тяжелый иммунодефицит (по CDC). Цитомегаловирусная инфекция, цитомегаловирусная пневмония. Персистирующая генерализованная лимфаденопатия. ВИЧ-кахексия.

Задача 6. ВИЧ-инфекция, 4-я стадия (по ВОЗ). ВИЧ-кахексия. Энцефалопатия. Пиодермия. Персистирующая генерализованная лимфаденопатия. Ангулярный хейлит.

Задача 7. Внутриутробная инфекция, перинатальный контакт по ВИЧ, лабораторное обнаружение ВИЧ (неокончательный тест на ВИЧ) (код по МКБ X пересмотра: R75). Задержка внутриутробного развития плода I степени.

Задача 8. Перинатальный контакт по ВИЧ, лабораторное обнаружение ВИЧ (неокончательный тест на ВИЧ).

Задача 9. ВИЧ-инфекция, 4-я стадия (по ВОЗ). Умеренный иммунодефицит (по CDC). Двусторонний туберкулез внутригрудных лимфоузлов (слева – всех групп, справа – бронхопульмональных), осложненный бронхолегочным поражением слева с развитием экссудативного плеврита слева. ВИЧ-

кахексия. Персистирующая генерализованная лимфаденопатия. Анемия.

Задача 10. ВИЧ-инфекция, 4-я стадия (по ВОЗ). Тяжелый иммунодефицит (по CDC). Стафилококковый сепсис, септикопиемия (правосторонняя пневмония, двусторонний гнойный отит, стафилодермия, энтероколит). Энцефалопатия. Кардиомиопатия. Кандидозный стоматит. ВИЧ-кахексия. Персистирующая генерализованная лимфаденопатия.

Задача 11. ВИЧ-инфекция, 4-я стадия (по ВОЗ). ВИЧ-кахексия. Энцефалопатия. Пневмония. Персистирующая генерализованная лимфаденопатия. Анемия.

Задача 12. ВИЧ-инфекция, 4-я стадия (по ВОЗ). Дилатационная кардиомиопатия. Недостаточность кровообращения IIБ – III степени. ВИЧ-кахексия. Энцефалопатия. Персистирующая генерализованная лимфаденопатия. Кандидоз слизистой оболочки ротовой полости.

8. ДИФТЕРИЯ. ПАРОТИТНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Задача 1

У девочки 7 лет поднялась температура тела до 37,6 °С, появились слабость, неприятные ощущения в горле при глотании, наложения на миндалинах в виде беловатых островков. Наложения легко снимались шпателем, однако через несколько часов появились вновь. Вызванный в тот же день врач поставил диагноз «лакунарная ангина», назначил полоскание раствором фурацилина, амоксициллин, посев с миндалин и из носа (забор материала был проведен на следующий день).

Анамнез: раннее развитие девочки – без особенностей, наследственность неотягощена. Перенесла ветряную оспу в 5 лет, ОРВИ за последний год – два раза. Привита по возрасту.

При осмотре через день: общее состояние не страдает, температура тела 36,8 °С. Наложения на миндалинах стали более плотными, беловато-серого цвета с четко очерченными краями, возвышающимися над слизистой оболочкой, при попытке снять их шпателем на поверхности появляется геморрагическое отделяемое («кровавая роса»), наложения полностью не растирались между предметными стеклами. Обе миндалины отечные, слизистая оболочка не гиперемирована. Подчелюстные лимфоузлы не увеличены, безболезненны при пальпации; подкожная клетчатка в области их расположения не изменена. Со стороны сердца, легких, печени, селезенки изменений не выявлено. Родители отказались от госпитализации, поскольку, по их мнению, температура снизилась, и ребенок чувствует себя хорошо.

В посеве из зева выявлен рост *Corynebacterium diphtheriae*.

Общий анализ крови: Нb – 137 г/л; эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $9,6 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с/я – 66%, лимфоциты – 25%, моноциты – 6%; СОЭ – 17 мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз согласно классификации.
2. Достаточно ли данных для лабораторного подтверждения диагноза?
3. Охарактеризуйте возбудителя заболевания и восприимчивость детей к нему.
4. Проведите дифференциальный диагноз заболевания по симптомокомплексу «тонзиллофарингит с налетами».
5. Требуется ли госпитализация ребенка?
6. Назначьте лечение.
7. Будет ли эффективным специфическое лечение в данном случае?
8. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в школе, которую посещает девочка?

Задача 2

Девочка трех лет, поступила в клинику на 3-й день болезни.

Анамнез: наследственность не отягощена, родилась доношенной, болела редко. Не привита в связи с отказом родителей, так как сразу после вакцинации АКДС в возрасте 3 мес. отмечался пронзительный крик ребенка в течение нескольких часов.

Заболела остро, заболевание сопровождалось подъемом температуры тела до $38,8^{\circ}\text{C}$, получала рокситромицин, жаропонижающие препараты, однако фебрильная лихорадка сохранялась и ребенок был госпитализирован.

При осмотре состояние средней тяжести, температура – $38,5^{\circ}\text{C}$. Девочка бледная, с лихорадочным румянцем на ще-

ках. ЧСС – 96 в минуту, АД – 90/60 мм рт. ст. Жалуется на боль в горле при глотании, отмечается сладковато-приторный запах изо рта. При осмотре зева обе миндалины отечны, с пленчатыми налетами белесовато-серого цвета. Слева налеты расположены на дужке, язычке и задней стенке глотки. При попытке снять налеты шпателем поверхность начинает кровоточить. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, умеренно болезненны при пальпации, отека подкожной клетчатки в месте их расположения нет. В течение ночи отмечено нарастание налетов, их уплотнение, увеличение размеров тонзиллярных лимфатических узлов до 1,5х2,0 см.

Общий анализ крови: Hb – 120 г/л; эритроциты – $3,5 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – 12×10^9 /л, п/я – 9%, с/я – 61%, лимфоциты – 36%, моноциты – 4%; СОЭ – 15 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, белок – 0,35‰, лейкоциты – 2–3 в п/зр, эритроциты – 2 в п/зр, глюкозы нет.

Посев из ротоглотки: рост токсигенной *Corynebacterium diphtheriae mitis*.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Опишите патогенез заболевания.
3. Какой тип воспаления в области входных ворот инфекции наблюдается в данном случае? Какое клиническое значение имеет тип воспаления при данном заболевании?
4. Возможен ли у данной больной переход заболевания в более тяжелые формы? Если да, то появление, каких клинических симптомов будет свидетельствовать об этом?
5. Назначьте лечение.
6. Как оценить эффективность проведенного лечения?

Задача 3

Мальчик 8 лет, заболел остро, когда повысилась температура тела до 39,5 °С, появились боли в горле при глотании, озноб, однократная рвота, умеренная болезненность в области подчелюстных лимфоузлов. На второй день болезни были обнаружены островчатые налеты на миндалинах. К вечеру того же дня состояние ребенка резко ухудшилось – стал вялым, отказался от еды, мама отметила появление припухлости на шее. Температура не поднималась выше 38,0 °С. Ребенок был госпитализирован врачом «скорой помощи».

Анамнез: родители отказались от прививок в связи с атопическим дерматитом у мальчика.

При поступлении: состояние расценено как тяжелое, в ротоглотке слева видна отечная, увеличенная до III степени миндалина, ее верхняя часть переходит без четкой границы в отек, затрагивающий мягкое небо, язычок. Миндалина покрыта плотным сплошным налетом грязно-серого цвета. Правая миндалина отечна, с островками налета. Также выявляется гиперемия слизистой оболочки с цианотичным оттенком, увеличение тонзиллярных лимфатических узлов, больше слева, лимфатические узлы данной группы желеобразной консистенции, умеренно болезненны при пальпации. Слева над увеличенными лимфатическими узлами плотный отек подкожной клетчатки, распространяющийся до середины шеи. Ретромандибулярная ямка свободна от отека. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Размеры сердца в норме, тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, ЧСС – 100 в минуту. АД – 100/65 мм рт. ст. Диурез снижен.

Общий анализ крови: Hb – 130 г/л; эритроциты – $4,3 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – 11×10^9 /л, нейтрофилы п/я – 16%, с/я – 64%, лимфоциты – 19%, моноциты – 1%; СОЭ – 9 мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Как вы представляете патогенез развития отека подкожной клетчатки в области шеи?
3. Составьте план обследования ребенка.
4. При каких заболеваниях может наблюдаться отек в области шеи? Проведите дифференциальный диагноз.
5. Назначьте лечение.
6. Какова должна быть тактика специфической терапии заболевания в случае возникновения аллергической реакции на введение препарата?

Задача 4

Девочка 4 мес., поступила в клинику на 2-й день болезни с диагнозом «ОРВИ, инфекционный мононуклеоз?». Заболела остро, отмечалась лихорадка до 38,5 °С, получала жаропонижающие препараты, начата антибактериальная терапия. Поскольку температура держалась на высоких цифрах, ребенок был госпитализирован.

Анамнез: прививки получила только в роддоме, после этого не вакцинирована.

При поступлении: состояние средней тяжести, на щеках румянец. Заднешейные лимфатические узлы множественные, диаметром до 0,5 см. Определяется увеличение размеров подчелюстных лимфоузлов до 1,5х1,5 см и появление над ними пастозности клетчатки. На миндалинах, слизистой оболочке рядом с ними налеты бело-серого цвета.

Лабораторно был подтвержден диагноз «дифтерия». Специфическая сывороточная терапия начата спустя 8 ч после поступления в стационар. Через два дня нормализовалась температура, появился аппетит, улучшилось самочувствие ребенка.

На 7-й день от начала заболевания состояние девочки вновь ухудшилось, появились вялость, одышка при неболь-

шой физической нагрузке, ЧСС – до 144 в минуту, левая граница сердца перкуторно определяется на 4 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, аускультативно – глухость тонов сердца, появились экстрасистолы. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД – 36 в минуту. Отеков нет. Отечность слизистой оболочки ротоглотки, пастозность подкожной клетчатки над регионарными лимфатическими узлами не определяется, зев полностью очистился от налетов.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз заболевания в соответствии с классификацией и обоснуйте его.
2. В чем вероятная причина ухудшения состояния девочки?
3. Какие исследования требуется провести? Какие результаты подтвердят ваш диагноз?
4. Объясните механизм повреждения сердца при дифтерии. Какие патоморфологические изменения наблюдаются в сердце?
5. Проведите дифференциальный диагноз исходя картины поражения сердца у ребенка.
6. Появление каких симптомов может свидетельствовать о неблагоприятном прогнозе?
7. Назначьте необходимое лечение.

Задача 5

У мальчика 7 лет, с субфебрильной температурой тела, жалобами на боль в горле при глотании на второй день болезни выросли симптомы интоксикации, появились выраженная слабость, поднялась температура тела до 39 °С. Получал симптоматическую и антибактериальную терапию. На следующий день стал заметен отек шеи, дыхание стало затруднен-

ным, однократно была рвота. На 5-й день болезни в связи с развитием дыхательной недостаточности был экстренно госпитализирован.

Анамнез жизни: на первом году наблюдался у невропатолога в связи с последствиями родовой травмы. С трех лет частые ОРВИ, привит неполностью.

При поступлении: состояние тяжелое. Расширенные зрачки, гиперемия щек, гипергидроз, конечности холодные. Сознание сомнолентное. Температура тела – 38,0 °С, выраженные симптомы интоксикации, отек шеи, распространяющийся ниже ключиц (на 2 см), плотный, умеренно болезненный при пальпации. Кожа над отеком не изменена. При осмотре зева обращает на себя внимание налет на миндалинах, небе, задней стенке глотки, сладковато-приторный запах изо рта. Миндалины увеличены до III степени, отек язычка, задней стенки глотки и прилежащих к небу тканей. При риноскопии были обнаружены налеты в передних отделах носовых ходов. Отмечается лабильность пульса, ЧСС – до 140 в минуту, колебания АД от 80/50 до 130/70 мм рт. ст., на верхушке сердца систолический шум. ЧД – 42 в минуту. Диурез снижен.

В динамике состояние прогрессивно ухудшалось, перкуторно отмечено расширение границ сердца, усилился систолический шум, тоны стали более глухими. Голос ребенка гнусавый, появилось поперхивание при глотании. Осмотр зева выявил провисание небной занавески с обеих сторон, больше слева. Рефлексы со стороны мягкого неба не вызываются. Позже присоединились косоглазие и птоз.

Общий анализ крови: Hb – 146 г/л; эритроциты – $4,8 \times 10^{12}$ /л, цв. показатель – 0,92; лейкоциты – $17,9 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 3%, с/я – 74%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 14%, моноциты – 6%, СОЭ – 39 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1017, белок – 1,2‰, лейкоциты 6–10 в п/з, эритроциты 2–4 в п/зр, цилиндры гиалиновые 1–3 в п/зр, зернистые 4–5 в п/зр, глюкозы, кетоновых тел нет.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Оцените результаты лабораторных исследований.
3. Какие осложнения заболевания наблюдаются у ребенка?
4. Каковы патогенез развития и патоморфологическая картина данных осложнений?
5. В какие сроки могут развиваться осложнения?
6. В каком обследовании нуждается ребенок? Какие изменения вы ожидаете выявить?
7. Назначьте лечение.
8. Каков прогноз?

Задача 6

Мальчик, 6 лет, поступил в стационар на 3-й день болезни. Заболел остро – повысилась температура тела до 38,0 °С, появилось сукровичное отделяемое из правой ноздри, беспокоил сухой кашель. На второй день температура 38,8 °С, дыхание через нос затруднено, сукровичное отделяемое. Кашель усилился, присоединилась осиплость голоса. Сильные приступы кашля появлялись в ночное время, днем сохранялась осиплость голоса и небольшое покашливание. К вечеру кашель и голос стали почти не слышны, присоединилась инспираторная одышка, ночью ребенок стал беспокойным, одышка нарастает. Температура снизилась до 37,5 °С. Доставлен в стационар врачом «скорой помощи».

Анамнез жизни: рос и развивался по возрасту. Часто болеет ОРВИ. В два года перенес острый стенозирующий ларинготрахеит (вирусный круп) II степени. Родители отказывались от плановых прививок, мотивируя свой отказ наличием пищевой аллергии у ребенка. Сделаны БЦЖ в роддоме, АКДС один раз в возрасте 4 мес.

При поступлении: состояние тяжелое, беспокойство нарастает, мечется в кровати, кашель беззвучный, появились

афония голоса, дыхание шумное, цианоз носогубного треугольника, губ, кончиков пальцев, вдох затруднен и удлинен, отмечается втяжение яремной ямки, надключичных пространств, эпигастрия, межреберных промежутков при вдохе, ЧД – 42 в минуту. Тоны сердца приглушены, выпадение пульсовой волны на вдохе, ЧСС – 136 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется до 1 см ниже края реберной дуги, селезенка у края реберной дуги.

Риноскопия: односторонний передний ринит, экскориации и небольшая плотная пленка справа.

Диагностическая ларингоскопия: на голосовых складках и в подсвязочном пространстве обнаружены плотные пленки серовато-белого цвета.

Вопросы:

1. Какое состояние развивается у ребенка в настоящий момент?
2. Какие лечебные мероприятия показаны незамедлительно?
3. Какой ведущий синдром в клинической картине заболевания? Проведите по нему дифференциальный диагноз.
4. Поставьте и обоснуйте диагноз.
5. Как подтвердить диагноз?
6. Составьте план обследования. Какие результаты наиболее вероятны?
7. Назначьте лечение.
8. Какое развитие заболевания возможно при отсутствии специфической терапии?

Задача 7

Ребенок 10 мес. стал беспокойным, отказывается от еды. Два дня назад отмечен субфебрилитет, затем температура нор-

мализовалась. Началось и постепенно стало нарастать затруднение носового дыхания («сопение»), появились сукровичные выделения из носа, преимущественно справа. На коже от правой ноздри до верхней губы видны трещины и эксфолиации по ходу стекания секрета.

При проведении риноскопии выявлена клиника переднего ринита с набуханием и гиперемией слизистой оболочки носа. Справа на носовых раковинах и носовой перегородке были обнаружены пленчатые налеты, взят посев.

Посев из носа: рост токсигенной *Corynebacterium diphtheriae*.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Возможно ли развитие специфических осложнений заболевания у ребенка?
4. Нуждается ли ребенок в проведении специфической терапии?
5. Перечислите особенности заболевания у детей раннего и грудного возраста.
6. Представляет ли ребенок эпидемиологическую опасность?

Задача 8

Врачом осмотрен ребенок в возрасте 14 дней из лагеря вынужденных переселенцев в Индии. Ребенок от 5-й беременности, родился в срок, вес при рождении – 2100 г, рост – 49 см. Закричал сразу. Четыре дня назад ребенок стал вялым.

Эпидемиологический анамнез: в лагере имеются случаи дизентерии, дифтерии, туберкулеза.

При осмотре кожные покровы смуглые, опрелости в складках. Иктеричность склер. Пупочная ранка еще не зажила. В области пупочного кольца появились кровоточащие корочки с небольшой отечностью окружающей ткани. Местное лечение (примочки из отваров трав, обладающих антисептическим действием) не имело эффекта. Температура тела 37,5 °С. Обращает на себя внимание гипотрофия ребенка, слабость безусловных рефлексов. Менингеальных знаков нет. Сосет неохотно. Изменений в зеве нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 140 в минуту. ЧД – 40 в минуту, хрипов в легких нет. Стул желтый, кашицеобразный.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
 2. Как подтвердить диагноз?
 3. Проведите дифференциальный диагноз.
 4. Что вам известно об эпидемиологии и особенностях заболевания в странах с жарким климатом?
 5. Назначьте лечение.
 6. Проводится ли вакцинация против данной инфекции?
- Если да, то какими препаратами и в каком возрасте?

Задача 9

У мальчика 4,5 лет при плановом обследовании в посеве из носоглотки, наряду с нормальной микрофлорой (*S. viridans*, *S. epidermidis*, *S. aureus*), дали рост токсигенные *Corinebacterium diphtheriae*, серовар *gravis*.

Из анамнеза известно, что ребенок привит по графику, сроки после последнего введения АДС-М-анатоксина составили 2,3 года, контакт по дифтерии не установлен. Наблюдается у ЛОР-врача по поводу гипертрофии аденоидов II степени, повторных отитов, хронического тонзиллита (за послед-

ний год было 3 обострения). Рекомендации выполнялись неаккуратно. На момент поступления жалобы со стороны ЛОР-органов отсутствуют.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела 36,6 °С, при осмотре ротоглотки – миндалины II степени, рыхлые, налетов нет. Гиперемия и отечность в области миндалин и дужек отсутствуют.

Серологическое обследование: высокий уровень специфических дифтерийных антитоксических (РПГА, титр выше 1/1500) и антибактериальных антител (РА, титр выше 1/150).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие из проведенных исследований подтверждают диагноз?
3. Охарактеризуйте особенности иммунитета при дифтерии.
4. Какова наиболее вероятная причина развития такого инфекционного процесса?
5. Представляет ли ребенок эпидемиологическую опасность?
6. В каком лечении нуждается ребенок?
7. Как подтвердить санацию? Возможно ли ее самопроизвольное наступление? Если да, то в какие сроки?

Задача 10

У мальчика 14 лет повысилась температура до 38,5 °С, появилась припухлость в области околоушной железы справа, сухость во рту, боли при жевании, из-за чего он отказался принимать пищу. Жаловался также на боль в животе в области эпигастрия. Через двое суток на фоне сохранения лихорадки (38,9 °С) появилась припухлость и болезненность в области

левой околоушной железы. Температура тела нормализовалась. К врачу не обращались, лечили ребенка домашними средствами (тепловыми компрессами).

На 5-й день болезни отмечен повторный подъем температуры тела до 38,5 °С, мальчик стал жаловаться на боли в правом яичке и паховой области, усиливающиеся при ходьбе и мочеиспускании. Госпитализирован.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела – 38,8 °С. Обе околоушные слюнные железы увеличены, кожа над ними напряжена. При пальпации железы тестоватой консистенции, без четких границ; выявляется умеренная болезненность при надавливании на козелок, сосцевидный отросток, область ретромандибулярной ямки. При осмотре ротовой полости выявлена отечность и гиперемия вокруг выводного протока левой околоушной слюнной железы. По внутренним органам – без особенностей. Правое яичко увеличено в размере в два раза по сравнению с левым, плотное, болезненное при пальпации, кожа над ним гиперемирована.

Общий анализ крови: Hb – 140 г/л; эритроциты – $4,3 \times 10^{12}$ /л, цв. показатель – 0,95; лейкоциты – $8,2 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 3%, с/я – 63%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 21%, моноциты – 10%; СОЭ – 8 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1020, белок отсутствует, лейкоциты 2–3 в п/зр, эритроциты 1 в п/зр, глюкозы, кетоновых тел нет.

УЗИ мошонки: правое яичко отечно, увеличено в размерах.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз. Обоснуйте.
2. Что вам известно об этиологии, эпидемиологии и патогенезе заболевания?
3. Какова продолжительность инкубационного периода?

4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз поражения яичка у ребенка?
5. Назначьте лечение.
6. Какой режим и как долго должен соблюдать больной?
7. Каковы возможные исходы данного заболевания?
8. Как проводится профилактика заболевания?

Задача 11

Девочка 5 лет госпитализирована в боксированное отделение с подозрением на кишечную инфекцию. Жалобы на головную боль, сонливость, повторную рвоту, подъем температуры тела до 39 °С.

При расспросе выяснилось, что ребенок болен уже 6-й день, начало болезни было острым – температура тела поднялась до 38 °С, возникли жалобы на боль при жевании, отказывалась от пищи, слева появилась припухлость в околоушной области, которая увеличивалась в размере в течение трех дней. Затем, на фоне нового подъема температуры тела до 39,5 °С, появилась припухлость и болезненность в околоушной области справа. К пятому дню болезни самочувствие значительно улучшилось, припухлости с обеих сторон уменьшились в размере, стали менее болезненными, температура тела начала снижаться.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 38 °С. Кожа чистая. Слизистые оболочки ротовой полости розовые, суховаты, положительный симптом Мурсона. Слизистая оболочка зева бледно-розовая, наложений на миндалины нет. Остается небольшая припухлость на шее с обеих сторон ниже ушных раковин, ретромандибулярные ямки сглажены, при пальпации околоушных слюнных желез их консистенция тестоватая, безболезненны. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 106 в минуту. Кашля нет, носовое дыхание не затруднено. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Язык влажный,

умеренно обложен. Живот мягкий при пальпации, умеренная болезненность в эпигастральной области. Печень +1 см ниже реберного края, селезенка не увеличена. Стула не было два дня. Положительные симптомы Кернига, Брудзинского, небольшая ригидность затылочных мышц. Очаговой неврологической симптоматики нет.

Общий анализ крови: Hb – 120 г/л; эритроциты – $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6,2 \times 10^9$ /л, нейтрофилы с/я – 56%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 31%, моноциты – 10%; СОЭ – 15 мм/ч.

Люмбальная пункция: ликвор прозрачный, вытекает частыми каплями.

Анализ цереброспинальной жидкости: цитоз – 650 клеток/мм³, лимфоцитов – 96%, нейтрофилов – 4%, белок – 0,165 г/л, сахар – нет.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Какие методы обследования необходимы для подтверждения этиологии заболевания?
3. Возможно ли при данном заболевании вовлечение в патологический процесс других органов или систем у ребенка? Если да, то какие симптомы могут появиться?
4. Назначьте лечение.
5. Перечислите противоэпидемические мероприятия в детском саду, который посещает ребенок.

Задача 12

У ребенка 4 лет появилась припухлость и болезненность в области расположения околоушных слюнных желез, больше слева, рот открывает с трудом. Беспокоит слабость, лихорадка до 38,5 °С. Известно, что подобные эпизоды в те-

чение последних двух лет наблюдались до пяти раз. Обследовался и лечился амбулаторно.

Анамнез жизни: ребенок от III беременности, протекавшей с угрозой прерывания в I и II половине беременности, родился на сроке 35–36 нед., с массой тела 1900 г. После рождения находился в отделении патологии новорожденных в связи с пневмонией. Часто болеет ОРВИ, перенес 3 ангины, периодически появляется длительный субфебрилитет. Наблюдается окулистом по поводу сходящегося косоглазия, амблиопии справа.

При осмотре: состояние мальчика средней тяжести, температура тела 39,5 °С. Отставание в росте, задержка психомоторного и речевого развития. Кожные покровы бледные, на щеках румянец. Носовое дыхание не затруднено. Обращает на себя внимание болезненность при попытке открыть рот, невозможность принимать пищу, жевать. Отмечаются образования в области околоушных слюнных желез, окраска кожи не изменена, пальпация болезненна. Лимфатические узлы подчелюстные и шейной группы размером до 0,5–1 см в диаметре, плотноэластической консистенции, безболезненные. Слизистая полости рта чистая, розовая, небные миндалины гипертрофированы, без гиперемии и наложений, устья протоков околоушных слюнных желез зияют, гиперемированы, отделяемое мутное. Над легкими перкуторно легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 24 в минуту. Тоны ясные, ритмичные, ЧСС – 108 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень пальпируется на 4 см ниже реберного края, селезенка – у ребра.

Общий анализ крови: Hb – 109 г/л; эритроциты – $3,6 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты – 250×10^9 ; лейкоциты – 14×10^9 /л, нейтрофилы п/я – 15%, с/я – 28%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 48%, моноциты – 8%; СОЭ – 32 мм/ч.

Биохимический анализ крови: АлАТ – 14 Ед/л (норма – до 40 Ед/л), АсАТ – 24 Ед/л (норма – до 40 Ед/л), ЛДГ – 380 Ед/л

(норма – до 400 Ед/л), билирубин – 6,3 мкмоль/л (норма – до 3,4–4,7 мкмоль/л), непрямого билирубина – 5,2 мкмоль/л.

ПЦР: антиген вируса эпидемического паротита из слюны не выделен.

Тесты на ВИЧ, HBs-антиген отрицательные

Посев из протоков околоушных слюнных желез: выделен *S. aureus*.

Титр антистафилолизина (реакция нейтрализации): нарастания титра нет.

УЗИ слюнных желез: околоушные слюнные железы увеличены, эхогенность обеих снижена (в большей степени слева), контуры левой размытые, нечеткие. В правой выявлены признаки фиброза, в левой – отек и расширение протоков.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Предположите этиологию заболевания. Как ее подтвердить?
3. Можно ли считать обнаруженный *S. aureus* этиологическим фактором заболевания, развившегося у ребенка?
4. Проведите дифференциальный диагноз поражения околоушных желез у ребенка с инфекционными и соматическими заболеваниями.
5. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?

Диагностические ключи

Задача 1. Дифтерия ротоглотки, локализованная, островчатая форма.

Задача 2. Дифтерия ротоглотки. Распространенная форма.

Задача 3. Дифтерия ротоглотки, токсическая форма I степени.

Задача 4. Дифтерия ротоглотки, субтоксическая форма. Осложнение: миокардит, недостаточность кровообращения IIА степени.

Задача 5. Дифтерия носа и ротоглотки (токсическая форма III степени). Осложнения: токсический нефроз, миокардит, полинейропатия языкоглоточного и блуждающего нервов (ранние параличи).

Задача 6. Дифтерия носа и гортани (локализованная форма), стеноглоточная стадия.

Задача 7. Дифтерия носа, локализованная форма.

Задача 8. Первичная нетоксическая изолированная дифтерия кожи (омфалит).

Задача 9. Носительство токсигенных штаммов *Corynebacterium diphtheriae*.

Задача 10. Паротитная инфекция, двусторонний паротит, правосторонний орхит.

Задача 11. Паротитная инфекция, левосторонний паротит, серозный менингит.

Задача 12. Хронический двусторонний паренхиматозный паротит, возможно, цитомегаловирусной этиологии, стадия обострения. Задержка моторного и речевого развития. Сходящееся косоглазие, амблиопия. Носительство *S. aureus*.

9. ГЕРПЕСВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ.
ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ.
ГЕРПЕТИФОРМНАЯ ЭКЗЕМА КАПОШИ.
ВЕТРЯНАЯ ОСПА И ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ.
СИНДРОМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА.
ЭПШТЕЙНА–БАРР ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ.
ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ.
БОЛЕЗНИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ВИРУСАМИ ГЕРПЕСА
ЧЕЛОВЕКА 6 И 7 ТИПОВ. ВНЕЗАПНАЯ ЭКЗАНТЕМА

Задача 1

В приемный покой стационара доставлен мальчик двух с половиной лет, болен в течение 2 дней. Заболел остро после контакта с тетей с симптомами *herpes labialis*, с повышения температуры тела до 37,8 °С, появлением насморка, кашля. Родители проводили самостоятельно симптоматическую терапию.

Сегодня состояние резко ухудшилось, температура тела 38,0 °С. Вялый, отказывается от еды, была однократная рвота. Кожные покровы чистые, сухие, конъюнктивы гиперемированы. Слизистая оболочка полости рта ярко гиперемирована, отечна. На слизистой оболочке щек, десен, языка, твердом и мягком небе множественные участки сгруппированных афт, пузырьковые элементы диаметром 2–4 мм. Губы яркие, сухие, потрескавшиеся. Пальпируются подчелюстные лимфатические узлы размером 1,5х1,5 см, болезненны. Над легкими жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Печень выступает на 1 см из-под реберной дуги,

селезенка не пальпируется. Менингеальные симптомы отрицательны. Диурез снижен.

Общий анализ крови: Hb – 120 г/л; эритроциты – $3,1 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $4,5 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 3%, с/я – 52%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 37%, моноциты – 6%; СОЭ – 15 мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Укажите таксономию и охарактеризуйте вероятного возбудителя. Какова степень устойчивости данного вируса во внешней среде?
3. Объясните, с чем связаны рецидивы заболеваний, вызываемых данным возбудителем. Где сохраняется вирус в межрецидивный период?
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какие органы, кроме кожи и слизистых оболочек, могут поражаться при данном инфекционном заболевании? Охарактеризуйте.
6. Тактика лечения.

Задача 2

Девочка, 9 мес., с 2 мес. страдает атопическим дерматитом. В течение последней недели отмечается обострение кожного процесса в виде мокнутия, сильного зуда и расчесов, особенно на лице. Проводилась местная терапия, назначались антигистаминные препараты, состояние несколько улучшилось. На второй день от начала данного обострения повысилась температура тела до 39 °С, нарушился сон, снизился аппетит,

усилился зуд и беспокойство ребенка. Появились единичные необильные везикулярные высыпания на лице, на руках. Участковый врач расценил состояние как средней степени тяжести. В течение 3 дней сохранялась лихорадка до 39 °С. Госпитализирована.

При поступлении: состояние тяжелое. На лице в области щек, лба – толстые кровянистые корки, с кровоточащими трещинами, по периферии корок единичные везикулы. Пальпируются подчелюстные лимфатические узлы до 1 см, болезненны. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 150 в минуту. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Менингеальные симптомы отрицательные. Печень на 4 см выступает из-под реберного края, селезенка у реберной дуги. Стул нормальный, мочится свободно.

У мамы на верхней губе корочка размером 1 см.

Общий анализ крови: Hb – 118 г/л; эритроциты – $3,0 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – 12×10^9 /л, п/я – 15%, с/я – 54%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 20%, моноциты – 8%; СОЭ – 43 мм/ч.

Серологическое исследование (ИФА): антитела к ЦМВ IgG – 1/200; IgM – не обнаружены; к ВПГ I типа – IgM – 1/400; IgG – не обнаружены.

Вопросы:

1. Оцените клинико-анамнестические и лабораторные данные.
2. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
3. Что является предрасполагающим фактором для развития заболевания?
4. Кто является вероятным источником инфекции?
5. Составьте план лечения.
6. Каков прогноз заболевания?

Задача 3

У девочки 5 лет, которая посещает детский сад, на второй день плохого самочувствия (вялость, слабость, снижение аппетита) и повышения температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$ на коже лица, туловища, конечностей появились мелкие розовые пятнышки. В течение нескольких часов они превратились в везикулы с прозрачным содержимым, некоторые из них имели втяжение в центре.

Эпидемиологический анамнез: две недели назад контакт с ребенком, который имел подобную сыпь.

При осмотре на второй день болезни самочувствие не страдает. Кожные покровы обычной окраски. На коже спины, груди, живота и волосистой части головы необильные везикулезные элементы диаметром 2–4 мм с прозрачным содержимым, кроме того, имеются единичные папулезные элементы, единичные корочки. Слизистые оболочки розовые, чистые. В легких дыхание пузырьное, хрипов нет, ЧД – 25 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС – 90 в минуту. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,0 см, селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание без особенностей.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Укажите таксономическое положение возбудителя (семейство, подсемейство, род), дайте его характеристику.
3. Опишите патогенез и патоморфологию данного заболевания.
4. Перечислите возможные осложнения.
5. Какое вы назначите лечение? Какие жаропонижающие препараты не рекомендуются при данном заболевании и почему?
6. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в детском саду?

7. Проводится ли вакцинация против данной инфекции?
Если да, то какой вакциной и в каком возрасте?

Задача 4

Мальчик, 13 лет, получает лечение по поводу острого лимфобластного лейкоза; болен остро, 4-е сутки.

Жалобы: головная боль, повышение температуры тела до 39,4 °С, сыпь на правой стороне туловища, зуд, болезненность.

Из анамнеза известно, что данное острое заболевание началось с повышения температуры тела до 38,5 °С, появились боли в мышцах, суставах, головная боль, зуд кожи, жжение и боли по ходу межреберных нервов справа. Впоследствии появились пятна розового цвета, на которых спустя сутки образовались группы пузырьков. Перенесенные заболевания: ОРЗ 3–4 раза в год, 2 года назад – ветряная оспа.

При осмотре кожные покровы обычной окраски, на правой половине туловища (по ходу межреберных нервов) множественные рядом расположенные везикулы, заполненные прозрачным содержимым. Отмечается увеличение регионарных (подключичных, подмышечных, торакальных) лимфатических узлов справа. Слизистая оболочка рта чистая, розовая. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 60 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез не нарушены.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие лабораторные исследования позволят подтвердить диагноз?

3. Укажите связь между данным заболеванием и ветряной оспой (возбудитель, возраст, причина возникновения заболевания).

4. Какие пациенты относятся к группе риска?

5. Какие тяжелые формы заболевания вам известны?

6. Принципы лечения заболевания.

Задача 5

Девочка 14 лет, поступила в стационар с жалобами на повышение температуры тела до 38 °С, вялость, шаткую походку, размашистый почерк, не может удержать предметы в руках.

Заболела неделю назад, когда появилась вялость, слабость, снижение аппетита. Через 2 дня на волосистой части головы, туловища и конечностей одновременно появилась сыпь в виде пятен, а затем и пузырьков, которые через два дня стали подсыхать. Общее состояние и самочувствие при этом было не нарушено. Новые элементы сыпи в виде везикул появлялись в течение 2-х дней, на слизистых оболочках высыпаний не наблюдалось. На 5-й день болезни вновь отмечалось повышение температуры тела, также предъявляла жалобы на ухудшение самочувствия. Была госпитализирована в стационар.

При осмотре сознание не нарушено. Речь замедленная, на ногах стоит с поддержкой. Идет неуверенно, широко расставляя ноги, при этом ее «бросает» из стороны в сторону. Пальценосовую и коленно-пяточную пробу выполнить не может. В позе Ромберга пошатывание. Кожные покровы обычной окраски, единичные корочки. Пальпируются шейные, подмышечные и паховые лимфатические узлы, не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 90 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Менингеальные знаки сомнительные.

Общий анализ крови: Hb – 136 г/л; эритроциты – $4,0 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $5,5 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 2%, с/я – 25%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 65%, моноциты – 5%; СОЭ – 7 мм/ч.

Лумбальная пункция: спинномозговая жидкость прозрачная, вытекает каплями.

Анализ цереброспинальной жидкости: цитоз – 130 клеток/мм³, нейтрофилов – 2%, лимфоцитов – 98%, белок – 0,135 г/л, глюкоза – 3,18 ммоль/л (норма – 2,0–4,18 ммоль/л), реакция Панди слабо положительная (+).

Вопросы:

1. Оцените клинико-anamnestические данные и результаты лабораторных исследований.
2. О поражении какого отдела головного мозга свидетельствуют результаты неврологического статуса?
3. Поставьте диагноз, обоснуйте.
4. Какое дополнительное обследование может быть проведено?
5. Проведите дифференциальную диагностику основного заболевания.
6. Составьте план лечения.
7. Оцените прогноз.

Задача 6

В стационар поступил 6-летний мальчик с жалобами на повышение температуры тела до 38,6 °С в течение 4 дней, затруднение носового дыхания, слабость, боль при глотании.

Анамнез жизни: от I, нормально протекавшей беременности, роды в срок, вес при рождении – 3300 г, длина – 53 см.

На грудном вскармливании до 1 года. Рос и развивался соответственно возрасту. Посещает детский сад с трех лет. Профилактические прививки по возрасту. Перенесенные заболевания – ОРЗ 5–6 раз в год.

При осмотре состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, бледные, периорбитальный цианоз. Зев гиперемирован, миндалины рыхлые, увеличены, отечные, налет сероватого цвета, рыхлый, снимается легко, слизистая оболочка после снятия налета не кровоточит. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. Затрудненное носовое дыхание, отделяемого из носа нет. Пальпируются лимфатические узлы – затылочные до 0,5 см, заушные до 0,5 см, переднешейные до 2 см, заднешейные множественные до 1 см, эластичные, безболезненные. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД – 30 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, селезенка – на 2 см. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул и диурез в норме. Менингеальные симптомы отрицательные.

Общий анализ крови: Hb – 138 г/л; эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $12,5 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 13%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 49%, атипичные мононуклеары – 20%, моноциты – 15%; СОЭ – 20 мм/ч.

Мазок на коринебактерии дифтерии: роста не выявлено.

Биохимический анализ крови: АлАТ – 165 Ед/л (норма до 40 Ед/л), АсАТ – 216 Ед/л (норма до 40 Ед/л).

Серологическое исследование (ИФА): антитела к ВЭБ – выявлены IgM-антитела к капсидному антигену (VCA) и IgG-антитела к раннему антигену (EA), IgG-антитела к ядерному антигену (EBNA) не обнаружены; антитела к ЦМВ IgG-, IgM-антитела – не обнаружены.

УЗИ органов брюшной полости: гепатоспленомегалия, УЗИ-признаки диффузных изменений печени и селезенки.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его на основании клинико-анамнестических и лабораторно-инструментальных данных.
2. Дайте характеристику возбудителя.
3. Что вам известно об эпидемиологии данной инфекции?
4. Опишите патогенез заболевания.
5. С какими заболеваниями требуется проводить дифференциальную диагностику?
6. Какие специфические осложнения инфекции вам известны?
7. Составьте план лечения.

Задача 7

Мальчик 2 лет. Заболел остро, в течение 4-х дней отмечалось повышение температуры тела до 39 °С, беспокойство, нарушение сна, снижение аппетита, увеличение заушных и шейных лимфатических узлов до 0,5–1,0 см, подкашливание, дважды отмечался разжиженный стул.

Участковый педиатр, осмотрев ребенка, поставил диагноз «ОРЗ» и в связи с фебрильной лихорадкой продолжительностью более 3 дней назначил азитромицин. На 2-й день приема препарата (на 5-й день болезни) отмечалось внезапное снижение температуры и появление сыпи по телу, в связи с чем мама повторно обратилась к врачу.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Ребенок раздражен. Аппетит снижен. Зев несколько гиперемирован, на слизистой оболочке неба папулезная энантема. На туловище и разгибательных поверхностях конечностей бледно-розовая пятнистая сыпь, зуда нет. Пальпируются заушные и шейные лимфатические узлы, до 0,5–1,0 см. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД – 20 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 110 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см ниже края реберной дуги, селезен-

ка не пальпируется. Стул 2 раза кашицеобразный. Диурез достаточный.

Вопросы:

1. Как вы думаете, связана ли сыпь с приемом антибиотика?
2. Ваш предполагаемый диагноз. Обоснуйте.
3. Какие возбудители вызывают данное заболевание? Какой из них – наиболее часто?
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какие осложнения данного заболевания вам известны?
6. В каком лечении нуждается ребенок?
7. Проводится ли вакцинация против данной инфекции? Если да, то какой вакциной и в каком возрасте?

Задача 8

Девочка, 13 лет, предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 38,4 °С, беспокойный сон, затрудненное дыхание. При осмотре участковым педиатром на 5-й день болезни выявлена гепатоспленомегалия, направлена в стационар.

При осмотре: состояние средней тяжести. Аппетит снижен. Температура тела 38,1 °С. Кожные покровы бледные. Лицо одутловато, пастозно. Шейные лимфатические узлы увеличены, до 1–2 см. Отмечается болезненность в околоушной области. Зев гиперемирован, миндалины увеличены, на миндалинах наложения серо-белого цвета в виде полосок. Носовое дыхание затрудненно, выделений из носа нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – до 20 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 80 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 2 см ниже края реберной дуги, селезенка + 1 см. Стул и диурез в норме.

Анамнез: болеет ОРВИ 2 раза в год, за 1,5 месяца до заболевания лечилась в стационаре по поводу травмы, проводились гемотрансфузии.

Общий анализ крови: Hb – 120 г/л; эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $10,0 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 3%, с/я – 40%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 45%, моноциты – 5%; атипичные мононуклеары – 5%, СОЭ – 15 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 66 г/л (норма – 65–82 г/л), АлАТ – 80 Ед/л (норма до 40 Ед/л), АсАТ – 67 Ед/л (норма до 40 Ед/л), тимоловая проба – 8,2 Ед (норма – 0–5 Ед); билирубин общий – 16 (норма 8,5–20 мкмоль/л), свободный билирубин – 9 мкмоль/л (норма – 3,4–4,7 мкмоль/л).

Серологическое исследование (ИФА): антитела к ВЭБ – IgM-антитела к капсидному антигену (VCA) и IgG-антитела к раннему антигену (EA) не обнаружены; выявлены IgG-антитела к ядерному антигену (EBNA); антитела к ЦМВ – IgG-антитела не обнаружены, IgM-антитела – выявлены.

УЗИ органов брюшной полости: гепатоспленомегалия, структура печени однородна.

Вопросы:

1. Оцените результаты обследования.
2. Ваш предполагаемый диагноз. Обоснуйте.
3. Назовите предполагаемый источник инфекции и путь инфицирования.
4. Дайте характеристику возбудителю.
5. Как вы представляете патогенез и патоморфологию заболевания?
6. Назначьте лечение.
7. Как проводится профилактика данной инфекции?

Задача 9

Девочка 7 лет. Больна в течение недели. Отмечались заложенность носа, повышение температуры тела до 38 °С, появились боли при глотании, были выявлены налеты на миндалины. Участковым педиатром был поставлен диагноз «лакунарная ангина». Назначен аугментин (сироп) в дозе 300 мг 3 раза в день. Эффекта не отмечалось, однако появилась мелкоточечная сыпь по телу. В связи с сохраняющейся лихорадкой, припухлостью на шее с обеих сторон была госпитализирована с диагнозом «ангина, дифтерия ротоглотки (?), аллергическая реакция на аугментин».

При осмотре в стационаре: температура тела 39 °С, лицо одутловато, носовое дыхание затруднено, отделяемого из носа нет. Мелкоточечная сыпь по всему телу, зуд нет. В области шеи с обеих сторон, больше слева, визуально определяется увеличение заднешейных и переднешейных лимфатических узлов, при пальпации размеры лимфоузлов до 1,5х2 см с незначительной отечностью вокруг. Зев гиперемирован, на миндалинах беловато-желтые налеты. Язык густо обложен белым налетом. В легких дыхание жесткое, хрипов нет, ЧД – 25 в минуту, одышка. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 100 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3 см, селезенка +2 см ниже края реберной дуги. Стул и диурез не нарушены.

Общий анализ крови: Нв – 130 г/л; эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л, цв. показатель – 0,89; лейкоциты – $14,0 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 8%, с/я – 13%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 40%, атипичные мононуклеары – 25%; моноциты – 13%; СОЭ – 25 мм/ч.

Биохимический анализ крови: АлАТ – 127 Ед/л (норма до 40 Ед/л), АсАТ – 146 Ед/л (норма до 40 Ед/л), тимоловая проба 7,1 Ед (норма – 0–5 Ед), билирубин общий – 17 (норма: 8,5–20 мкмоль/л), свободный билирубин – 8 мкмоль/л (норма: 3,4–4,7 мкмоль/л).

*Мазок на коринебактерии дифтерии: не обнаружено.
Экспресс-тест на стрептококк: отрицательный.*

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его. Оцените тяжесть состояния больной.
2. Чем можно объяснить появление сыпи после приема антибиотика? Можно ли расценивать данную сыпь как аллергическую?
3. Можно ли пациентке в последующем применять антибиотики данной группы?
4. Оцените лабораторные данные.
5. Проведите дифференциальную диагностику.
6. Какие дополнительные обследования вы назначите?
7. Составьте план лечения.
8. Какие рекомендации и на какой срок следует дать больной при выписке из стационара?

Задача 10

Недоношенная девочка 3 сут. жизни, от женщины 24 лет, от I беременности, протекавшей с ОРЗ на сроке 12–13 нед., многоводием. На сроке беременности 24 нед. мать была обследована: IgM к ЦМВ положительные; IgG к ЦМВ – положительные, низкоavidные. Роды самопроизвольные, на сроке 35 нед. Масса тела при рождении – 2030 г, рост – 43 см. Оценка по шкале Апгар – 5/6 баллов. Отмечается угнетение безусловно-рефлекторной деятельности, мышечная гипотония. В первые сутки жизни эпизод судорог клонического характера. Кожа желтушная, множественные петехии на туловище и конечностях. Дыхание проводится во все отделы, ЧД – 46 в минуту, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 140 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень + 4 см,

селезенка +1,5 см ниже края реберной дуги. Стул светло-зеленый, кашицеобразный. Мочится достаточно, моча насыщенного цвета.

Общий анализ крови: Hb – 130 г/л; эритроциты – $4,1 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – 20×10^9 /л, п/я – 5%, с/я – 17%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 66%, моноциты – 9%, тромбоциты – 70×10^9 /л; СОЭ – 4 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 52 г/л; альбумины – 25 г/л; гамма-глутамилтрансфераза – 1200 Ед/л, АлАТ – 150 Ед/л, АсАТ – 110 Ед/л; щелочная фосфатаза – 1770 Ед/л, общий билирубин – 250 мкмоль/л, прямой билирубин – 85 мкмоль/л; глюкоза – 4,1 ммоль/л; мочевины – 4,0 ммоль/л; креатинин – 70 ммоль/л; калий – 5,0 ммоль/л; натрий – 137 ммоль/л; кальций ионизированный – 1,01 ммоль/л; натрий – 1,2 ммоль/л. *Нормы биохимического анализа крови:* общий белок – 49–69 г/л; альбумины – 34–44 г/л; гамма-глутамилтрансфераза до 250 Ед/л; АлАТ до 40 Ед/л; АсАТ до 40 Ед/л; щелочная фосфатаза до 150 Ед/л; общий билирубин – 26–205 мкмоль/л, прямой билирубин – 4,3–12,8 мкмоль/л; глюкоза – 1,7–4,7 ммоль/л; мочевины – 2,5–4,5 ммоль/л; креатинин – 35–110 ммоль/л; калий – 4,5–6,5 ммоль/л; натрий – 5–155 ммоль/л; кальций ионизированный – 93–1,17 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Назовите путь передачи вируса от матери к ребенку в данном случае.
3. Какие исходы возможны при внутриутробном заражении плода данным вирусом?
4. Назовите основные симптомы врожденной инфекции, вызываемой данным возбудителем? Какие последствия она имеет?

5. Как проводится дифференциальный диагноз внутриутробной инфекции?
6. Какие обследования необходимо провести?
7. Какое диагностическое значение имеет определение IgM, IgG, авидности антител?
8. Назначьте лечение.

Задача 11

Ребенок 10 дней находится в отделении патологии новорожденных. Ребенок от матери 22 лет с отягощенным гинекологическим анамнезом (эрозия шейки матки, обострение генитального герпеса перед родами). Роды 1-е, своевременные, в головном предлежании. Околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. Масса тела при рождении – 2900 г, длина тела – 49 см, окружность головы – 35 см, окружность груди – 32 см. В первые дни жизни наблюдался крупноразмахистый тремор рук, расхождение сагиттального шва на 0,2 см, размеры большого родничка 3х3 см, малого – 0,5х0,5 см. К концу второго дня жизни появилась иктеричность кожных покровов с тенденцией к нарастанию.

На 9-й день жизни на туловище появились три единичных везикулярных элемента с прозрачным содержимым. Состояние ребенка стало прогрессивно ухудшаться до тяжелого, появилась гиперестезия, раздраженный крик, повторные клонико-тонические судороги; однократно отмечался подъем температуры тела до 39,2 °С.

Общий анализ крови: Hb – 165 г/л; эритроциты – $4,6 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты – 110×10^9 /л; лейкоциты – 10×10^9 /л, п/я – 4%, с/я – 17%, лимфоциты – 64%, моноциты – 15%; СОЭ – 2 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л; калий – 5,1 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; билирубин общий – 340 мкмоль/л, непрямой билирубин – 310 мкмоль/л.
Нормы биохимического анализа крови: общий белок – 49–69 г/л; общий билирубин до 21 мкмоль/л, непрямой билирубин до 19 мкмоль/л; калий – 4,5–6,5 ммоль/л; натрий – 5–155 ммоль/л.
Анализ цереброспинальной жидкости: жидкость мутная; белок – 2,1 г/л, цитоз – 450 в мкл; нейтрофилы – 35%, лимфоциты – 55%, моноциты – 10%; глюкоза – 86% от концентрации в плазме.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз. Обоснуйте. О какой форме заболевания можно думать?
2. Какие обследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Как осуществляется контроль эффективности лечения?
6. Возможно ли было профилактировать заболевание новорожденного?

Диагностические ключи

Задача 1. Острый герпетический гингивостоматит.

Задача 2. Герпетическая инфекция. Герпетиформная экзема Капоши.

Задача 3. Ветряная оспа.

Задача 4. Опоясывающий лишай.

Задача 5. Ветряная оспа. Осложнение: энцефалит, церебеллит.

Задача 6. Эпштейна–Барр вирусный инфекционный мононуклеоз.

Задача 7. Внезапная экзантема.

Задача 8. Цитомегаловирусный инфекционный мононуклеоз.

Задача 9. Инфекционный мононуклеоз, тяжелая форма.

Задача 10. Врожденная цитомегаловирусная инфекция. Судорожный синдром, гепатит.

Задача 11. Врожденная герпетическая инфекция, поражение кожи, герпетический энцефалит.

**10. ЭНТЕРОВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ
(КОКСАКИ, ЕСНО, ПОЛИОМИЕЛИТ).
ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ (ВЯЛЫЕ) ПАРАЛИЧИ.
СИНДРОМ ГИЙЕНА–БАРРЕ. БОТУЛИЗМ**

Задача 1

Мальчик 9 лет, заболел остро, повысилась температура тела до 39,5 °С, появились боли в мышцах грудной клетки, верхней половины живота. Боли возникали и прекращались внезапно, продолжались несколько минут, были мучительными. Во время приступов кожные покровы бледнели, дыхание учащалось до 38 в минуту, становилось затрудненным. Глубокий вдох, кашель, чихание, движения сопровождались усилением боли.

При осмотре вне болевого приступа жалоб не предъявляет, сознание ясное. Кожные покровы чистые. При осмотре зева определяется гиперемия, зернистость задней стенки глотки. Пальпируются шейные и подмышечные лимфатические узлы до 1–1,5 см, безболезненные. При аускультации легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца чистые, ритмичные, ЧСС – 98 в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Дизурических расстройств нет. Стул оформлен, один раз в сутки. Менингеальные симптомы отрицательные.

На четвертый день болезни, на фоне снижения температуры и ослабления болевого синдрома, появилась пятнисто-папулезная сыпь на теле.

Общий анализ крови: Нв – 122 г/л; эритроциты – $4,3 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – 12×10^9 /л, п/я – 5%, с/я – 36%, лимфоциты – 53%, моноциты – 6%; СОЭ – 14 мм/ч.

Рентгенограмма органов грудной клетки: патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Поражения каких органов и систем можно выявить у ребенка?
2. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
3. Что лежит в основе болевого синдрома?
4. Какие дополнительные методы исследования могут подтвердить диагноз?
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Назначьте лечение.

Задача 2

Девочка 11 мес., госпитализирована в инфекционно-боксовое отделение, в связи с жалобами на повышение температуры тела до 38,5 °С, беспокойство, отказ от еды и питья, везикулярные высыпания на коже.

Из анамнеза известно, что девочка от нормально протекавших беременности и родов, развитие по возрасту. Заболела накануне с повышения температуры, к вечеру появились высыпания на коже. Участковый врач диагностировал ветряную оспу, по его назначению девочке дали парацетамол в качестве жаропонижающего средства.

Эпидемиологический анамнез: 6 дней назад девочка имела контакт с ребенком 2 лет, у которого были аналогичные высыпания.

При осмотре состояние средней тяжести, беспокойна, фебрильная лихорадка. Кожные покровы розовые, на тыльной стороне межпальцевых промежутков, на ладонях и подошвах элементы пятнисто-папулезной и везикулярной сыпи, единичные элементы в паховых областях. Слизистые оболочки ро-

товой полости розовые, везикулярные высыпания на мягком и твердом небе, языке. Зев умеренно гиперемирован. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД – 40 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 130 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стула не было. Мочится.

Вопросы:

1. Правильный ли диагноз поставил участковый врач? Если вы не согласны с данным диагнозом, то укажите почему?
2. Каков ваш диагноз?
3. Какие этиологические агенты вызывают данное заболевание?
4. Какое обследование можно провести для подтверждения диагноза?
5. Какие осложнения возможны?
6. Назначьте лечение.
7. Как проводится профилактика данного заболевания?

Задача 3

Мальчик четырех лет заболел на 5-й день после появления в детском саду острых лихорадочных заболеваний. Заболел остро, с подъема температуры тела до 37,6 °С, потери аппетита, вялости.

При осмотре обращали на себя внимание гиперемия и зернистость слизистой оболочки мягкого неба, дужек, язычка и задней стенки глотки, инъекция склер.

На 4-й день болезни состояние улучшилось, температура снизилась до нормальных значений, на коже лица, шеи и туловища появилась обильная мелкая розовая пятнисто-папулезная сыпь, которая угасла через двое суток.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз с указанием клинической формы болезни.
2. Какие данные эпидемиологического анамнеза и клинические симптомы позволили поставить данный диагноз?
3. Какие исследования можно провести для подтверждения диагноза?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Назначьте лечение.
6. Какие профилактические и противоэпидемические мероприятия следует провести?

Задача 4

Ребенок 5 мес. поступил в инфекционное отделение стационара с диагнозом «кишечная инфекция, ОРВИ».

Из анамнеза известно, что мальчик находится на искусственном вскармливании. Заболевание началось остро – отмечались подъем температуры тела до 38,8 °С, двукратная рвота и частый (6 раз) водянистый стул. Масса тела до заболевания – 7200 г.

При поступлении температура 38,5 °С, масса тела – 6700 г, вялый, адинамичный. Кожные покровы бледные, сухие, с мраморным рисунком, гиперемия щек, периоральный цианоз. Тургор тканей снижен. Большой родничок сглажен, глазные яблоки запавшие, склерит. Слизистая оболочка рта, губ сухая. Катаральные явления выражены умеренно, зернистость задней стенки глотки. В легких пуэрильное дыхание, проводится во все отделы, ЧД – 48 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ЧСС – 140 в минуту, расширение границ относительной сердечной тупости. Печень пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги. Стул жидкий, обильный, с примесью зе-

лени и стекловидной слизи. Рвота до 4 раз в сутки. Диурез снижен.

Общий анализ крови: Hb – 136 г/л; эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л; Ht – 0,45; лейкоциты – $10,6 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 18%, с/я – 54%, лимфоциты – 20%, моноциты – 8%; тромбоциты – 360×10^9 /л; СОЭ – 22 мм/ч.

Биохимический анализ крови: калий – 3,4 ммоль/л (норма – 3,5–5,5 ммоль/л), натрий – 130 ммоль/л (норма – 132–156 ммоль/л).

ПЦР: в фекалиях и носоглоточных смывах идентифицирован вирус Коксаки A₂₁.

Серологическое исследование: при исследовании сыворотки крови в РСК отмечено нарастание титра антител к вирусу Коксаки A₂₁ в 8 раз; РПГА с дизентерийным и сальмонеллезным диагностикумами – отрицательная.

Бактериологическое исследование кала – отрицательное.

Копрограмма: эритроциты – нет, лейкоциты – 2–3 в п/зр.

Вопросы:

1. Оцените степень дегидратации.
2. Оцените результаты проведенных исследований.
3. На основании клинико-лабораторных данных поставьте диагноз с указанием формы болезни, тяжести и типа обезвоживания.
4. Что вам известно об этиологии и эпидемиологии данной инфекции?
5. О каком патогенетическом варианте диареи можно думать в данном случае и почему?
6. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
7. Назначьте лечение с учетом тяжести заболевания и вида токсикоза. Рассчитайте объем жидкости для проведения регидратации.

8. Нуждается ли ребенок в инфузионной терапии? Если да, то в каком объеме?

Задача 5

Мальчик 10 лет, доставлен в стационар с диагнозом «грипп, тяжелая форма».

Анамнез: заболел накануне ночью, когда повысилась температура тела до 40,2 °С, трижды была рвота, появилась сильная головная боль. Жаропонижающая терапия эффекта не оказала.

Эпидемиологический анамнез: в школе, в которую ходит мальчик, в течение последней недели заболело несколько детей, у всех высокая температура тела.

При осмотре: состояние тяжелое, повторилась рвота, температура 38,5 °С. Гиперемия щек, зев умеренно гиперемирован, на правой миндалине и в области передних дужек расположены по 2–3 пузырька диаметром до 2 мм с узким ободком гиперемии, безболезненные. На миндалинах наложений нет. Шейные лимфоузлы увеличены до 1,5 см в подчелюстной группе, безболезненны при пальпации, подвижные. Редкий кашель, першение в горле, дыхание через нос затруднено, отделяемого нет. Тоны сердца громкие, ритмичные, границы сердца не расширены, ЧСС – 90 в минуту. Печень и селезенка не увеличены. Живот мягкий, безболезненный, стул был один раз, разжиженный. Выражена ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте план обследования больного. Какие диагностические мероприятия являются неотложными?

4. Что позволит подтвердить диагноз и этиологию заболевания?
5. Охарактеризуйте эпидемиологию заболевания.
6. Назначьте лечение.

Задача 6

Ребенок 9 мес. поступил в клинику нейроинфекций на 3-й день болезни с диагнозом «ОРЗ. Менингококковая инфекция, менингококкемия, менингит?». Заболел остро – поднялась температура тела до 37,8 °С, отмечались ринит, кашель, рвота, повышенная потливость, однократные судороги, мышечные подергивания, кашицеобразный стул. На следующий день температура нормализовалась, сохранялся беспокойный сон. На 3-й день болезни температура тела повысилась до 38 °С, ребенок стал вял, плаксив, отказывался от еды, к вечеру на ногах и животе появилась петехиальная сыпь.

Анамнез: ребенок от I беременности, протекавшей с угрозой прерывания на 24-й нед. Роды в срок с длительным безводным промежутком, тугим обвитием пуповины вокруг шеи. Оценка по шкале Апгар – 6/8 баллов. Вес при рождении – 3450 г, длина – 52 см. За 2 нед. до начала заболевания был иммунизирован оральной полиомиелитной вакциной.

При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 37,6 °С, выражены симптомы интоксикации, катаральные явления. Сознание ясное. Раздражителен. Вынужденное положение в постели, не переворачивается, не сидит, отказывается двигать ногами. На ногах, предплечьях, внизу живота петехиальная сыпь. Миндалины рыхлые, гипертрофированы. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания, ЧД – 36 в минуту. Нарушений дыхания нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС – 126 в минуту. Живот мягкий, слегка болезненный при пальпации в подвздошных областях. Печень + 2 см из-под

края реберной дуги. Стул кашицеобразный, мочится нормально.

Неврологический статус: горизонтальный нистагм в обе стороны, бульбарных нарушений нет. Мышечная сила в руках удовлетворительная, активные движения в ногах отсутствуют. Выраженная мышечная гипотония ног, рефлексy не вызываются. Опору на ноги не дает. Нижний вялый парапарез. Выражен менингорадикалярный синдром. Болезненность нервных стволов при пальпации. Положительные симптомы Кернига, Ласега.

Общий анализ крови: Hb – 126 г/л; эритроциты – $4,4 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $6,6 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 3%, с/я – 14%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 75%, моноциты – 4%; СОЭ – 22 мм/ч.

Анализ спинномозговой жидкости: белок – 0,33 г/л, плеоцитоз – 108 клеток/мм³ (нейтрофилы – 50, лимфоциты – 54, микрофаги – 4 клетки).

Вирусологическое исследование: из фекалий методом изоляции при помощи культуры тканей выделен полиовирус 1 серотипа.

Электрoмиография: выявлены признаки переднерогового поражения поясничного утолщения, D>S.

Вопросы:

1. Правомочен ли диагноз «менингококковая инфекция»? Если не правомочен, то укажите, почему?

2. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией и обоснуйте его с учетом клинико-анамнестических и лабораторных данных.

3. Что вам известно о патогенезе и патоморфологии заболевания?

4. Какие клинические симптомы, характерные для паралитического периода заболевания, имели место у больного?

5. С какими заболеваниями проводят дифференциальный диагноз?
6. В каком дополнительном обследовании нуждается ребенок?
7. Назначьте лечение.
8. Оцените отдаленный прогноз. Какие изменения со стороны мышц ног могут развиваться у больного?

Задача 7

Мальчик трех мес., госпитализирован в стационар 10 мая с жалобами на отсутствие опоры на левую ножку.

Анамнез заболевания. Заболел три недели назад, 19 апреля, когда повысилась температура до 39 °С, появилось недомогание. Диагностирована «ОРВИ», назначено симптоматическое лечение. Лихорадка сохранялась в период с 19 по 21 апреля. 22 апреля мальчик перестал опираться на левую ножку. 23 апреля осмотрен хирургом-ортопедом, поставлен диагноз «врожденная косолапость», было назначено бинтование левого голеностопного сустава. Повторно осмотрен хирургом 9 мая. Ребенок по-прежнему не опирался на ножку, появилась выраженная атрофия мышц бедра и голени. Направлен в стационар.

Анамнез жизни. Ребенок от II беременности, молодых здоровых родителей. Роды 2-е срочные, без осложнений. Родился с весом 3200 г, закричал сразу, выписан из роддома на 5-е сутки. Голову держит с 2-х мес. Находился на искусственном вскармливании. Привит БЦЖ, вакциной против гепатита В в роддоме. За 2 нед. до начала заболевания имел контакт дома со старшим двухлетним братом, привитым живой полиомиелитной вакциной.

При осмотре температура тела 36,4 °С, состояние средней тяжести, самочувствие не страдает. Катаральных симпто-

мов нет. Кожа чистая, розовая. Зев спокоен. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 114 в минуту. Дыхание в легких пузрильное, ЧД – 20 в минуту. Живот мягкий.

При неврологическом обследовании выявлено: левая стопа провисает, при попытке опоры – варусная установка стопы, рекурвация в левом коленном суставе. Гипотония мышц левой голени и бедра, атрофия мышц бедра и голени, сухожильные рефлексы слева (коленный и ахиллов) отсутствуют. Расстройств чувствительности нет, болевого синдрома нет. Со стороны черепно-мозговых нервов патологии не выявлено, менингеальные симптомы отрицательные.

При вирусологическом исследовании выделен вакцино-родственный штамм вируса полиомиелита 3 типа.

Серологическое исследование (РСК): 4-кратное нарастание типоспецифических антител к данному вирусу.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Укажите период заболевания.
2. С чем связано развитие заболевания?
3. Назовите критерии постановки данного диагноза.
4. Кто относится к группе риска развития данного заболевания?
5. Какие дополнительные методы обследования необходимы больному? Какие результаты вы ожидаете получить?
6. Составьте план лечения.
7. Какой отдаленный прогноз?
8. Охарактеризуйте препараты для вакцинопрофилактики данного заболевания, их особенности, сроки вакцинации.
9. Имеет ли преимущества убитая вакцина против полиомиелита над живой?
10. В консультации какого еще специалиста, кроме хирурга, по вашему мнению, нуждался ребенок в начале заболевания?

Задача 8

Родители непривитого мальчика 3 лет обратились к участковому педиатру по поводу повышения температуры тела до 38,7 °С, катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей. Был поставлен диагноз «ОРВИ», лечились амбулаторно. В состоянии ребенка отмечалась положительная динамика, температура тела нормализовалась, катаральные явления прошли.

На 4-й день у ребенка утром, после пробуждения появилась асимметрия лица, опустился угол рта, левое веко полностью не закрывалось. Левая щека кажется припухлой. Мальчик был госпитализирован.

При осмотре состояние средней тяжести. В зеве – умеренная гиперемия, слизистые оболочки чистые, протоки слюнных желез не изменены. Зубы молочные, не повреждены. Кожные покровы чистые. Выражена асимметрия лица – справа сглажена носогубная складка, угол рта опущен, перетягивается в левую сторону во время разговора и плача, правая глазная щель шире левой, слезотечения нет. Пальпация не выявила уплотнения и болезненности, в том числе у козелка, сосцевидного отростка и нижнего угла челюсти. Тригеминальные точки также безболезненны. Чувствительность сохранена, одинакова с обеих сторон, вкус сохранен. Язык по средней линии. Со стороны внутренних органов патологических изменений нет. Менингеальных знаков нет.

Серологическое исследование (РСК): при исследовании парных сывороток выявлено нарастание титра антител к I серотипу полиовируса в 4 раза.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией с учетом имеющихся клинических проявлений и результатов лабораторного обследования.

2. Что вам известно об этиологии и эпидемиологии заболевания?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Какие атипичные формы данного заболевания вам известны?
5. Ваши лечебные мероприятия.
6. Каков прогноз?

Задача 9

Ребенок четырех лет, заболел остро, с повышения температуры тела до 38,4 °С, жаловался на боли в ногах. Однократно был разжиженный стул. За медицинской помощью не обращались, лечились самостоятельно, симптоматически. Через два дня состояние ухудшилось, температура тела повысилась до 39 °С, появилась выраженная головная боль, два раза была рвота, на высоте температуры – судороги. Госпитализирован.

Эпидемиологический анамнез: 2 нед. назад ребенок вернулся из Пакистана.

При осмотре: состояние тяжелое, сопор, фебрильная температура тела. Кожные покровы бледные, чистые. Из носа слизистое отделяемое, при осмотре ротоглотки – зернистость задней стенки глотки и яркая гиперемия дужек, миндалин. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД – 36 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 120 в минуту. Живот мягкий, урчит по ходу кишечника. Положительные менингеальные знаки (ригидность затылочной мускулатуры, Амосса, Кернига и Брудзинского)

Общий анализ крови: Нб – 115 г/л; эритроциты – $3,3 \times 10^{12}$ /л, цв. показатель – 0,9; лейкоциты – $5,3 \times 10^9$ /л, п/я – 8%, с/я – 36%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 50%, моноциты – 3%; СОЭ – 10 мм/ч.

Лумбальная пункция: спинномозговая жидкость прозрачная, вытекает каплями.

Анализ спинномозговой жидкости: цитоз – 270 клеток/мм³, из них нейтрофилов – 44%, лимфоцитов – 56%, белок – 0,165 г/л, сахар – в норме, реакция Панди – слабо положительная (+).

ПЦР: в спинномозговой жидкости идентифицирован вирус полиомиелита.

Генетическое исследование вируса: выделенный вирус идентифицирован как дикий вариант.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз. О какой форме заболевания можно думать?
2. Перечислите симптомы заболевания, на основании которых поставлен диагноз.
3. Оцените данные лабораторных исследований.
4. Какие лабораторные исследования позволили уточнить этиологию заболевания?
5. Какое значение имеют данные эпидемиологического анамнеза?
6. Назначьте лечение.
7. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести?

Задача 10

У девочки 13 лет, через 2 нед. после перенесенного острого гастроэнтерита, внезапно появились ноющие боли по задней поверхности шеи, ощущение онемения, парестезии в кончиках пальцев рук, спустя несколько дней – онемение и слабость в ногах. Температура тела не повышалась. В течение последующих дней состояние прогрессивно ухудшалось, присоединилась слабость в руках, в конце второй недели бо-

лезни возникло нарушение глотания. Госпитализирована в отделение ренимации.

Анамнез жизни: родилась на 37-й нед. гестации, на первом году перенесла остеомиелит бедренной кости. Часто болеет ОРВИ. Последний год соблюдала диету с целью похудения (преимущественно овощи, фрукты; исключение мучных продуктов). Гастроэнтерит развился после того, как съела купленную на рынке индейку, которую приготовила сама. Привита полностью.

При поступлении: состояние пациентки тяжелое, сознание ясное, повышенная потливость, нарушение мочеиспускания. Температура тела 36,6 °С; ЧСС – 120 в минуту; АД – 135/85 мм рт. ст.

В неврологическом статусе были выявлены выраженная гиперсаливация, лагофтальм (невозможность полностью опустить веко) с обеих сторон, двусторонний парез лицевого нерва, отсутствие надбровных и корнеальных рефлексов с двух сторон, дисфония, дизартрия, отсутствие глоточных и небных рефлексов. Кисти проксимальных и дистальных отделов ног с явлениями дистрофии, выявляется мышечная гипотония, снижение мышечной силы в проксимальных отделах рук и ног, дистальных отделах рук; ног – вплоть до плегии. Сухожильные рефлексy с рук отсутствуют.

Выявлены нерезкие расстройства поверхностной чувствительности в виде гиперестезии по полиневритическому типу в руках до уровня нижней трети предплечий, в ногах до средней трети голеней, а также снижение вибрационной и мышечно-суставной чувствительности в пальцах стоп.

В течение последующих суток неврологическая симптоматика нарастала, появились дыхательные расстройства, больная была интубирована и переведена на ИВЛ.

Общий анализ крови: Hb – 143 г/л; эритроциты – $4,85 \times 10^{12}$ /л, цв. показатель – 0,9; лейкоциты – $8,5 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 64%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 24%, моноциты – 5%; СОЭ – 3 мм/ч.

Люмбальная пункция: ликвор бесцветный, прозрачный, давление не повышено.

Анализ цереброспинальной жидкости: белок – 0,73 г/л (норма – 0,15–0,33 г/л), увеличение фракции альбумина; цитоз – 5 клеток/мм³ (моноциты – 4, нейтрофилы – 1), реакция Панди ++ (белково-клеточная диссоциация).

При электрофизиологическом исследовании выявляются замедление проведения по двигательным и в меньшей степени по сенсорным волокнам.

Серологическое исследование (ИФА): выявлено нарастание антител к *Campylobacter jejuni* в 4 раза в парных сыворотках, взятых с интервалом через 10 дней.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Что вам известно об этиологии, патогенезе и диагностических критериях заболевания?
3. Что послужило причиной развития заболевания у больной?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Какие еще причины острого вялого паралича вам известны?
6. Принципы лечения.
7. Каков прогноз заболевания?

Задача 11

Госпитализирован 3-месячный мальчик в связи с появлением необычной вялости, отказа от еды, слабостью, запором. Мать обратила внимание на исчезновение мимики у ребенка.

При осмотре обращает на себя внимание сонный вид ребенка – птоз, мышечная гипотония. Рефлексы угнетены –

снижены сосательный, глотательный, рвотный, сухожильные рефлексы. Плач ребенка слабый. АД – 60/30 мм рт. ст.

Из анамнеза известно, что ребенок от I, физиологически протекавшей беременности, молодых здоровых родителей. Находится на искусственном вскармливании. Две недели назад мама, вопреки совету бабушки ребенка, давала мальчику мед. Неделю назад у ребенка появились запоры (стула не было 3 дня).

Общий анализ крови: Hb – 113 г/л; эритроциты – $2,85 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $7,5 \times 10^9$ /л, нейтрофилы с/я – 26%, эозинофилы – 5%, лимфоциты – 64%, моноциты – 5%; СОЭ – 3 мм/ч.

При исследовании кала методом ИФА выделен ботулинический токсин.

Электромиограмма: большое количество укороченных, низкой амплитуды моторных потенциалов.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какие еще формы заболевания в зависимости от условий и источника инфицирования вам известны?
3. Охарактеризуйте этиологию и патогенез заболевания. В чем состоит особенность патогенеза у детей первого года жизни?
4. Что послужило причиной развития заболевания у младенца и какой симптом был первым?
5. Какие осложнения заболевания вам известны?
6. Назначьте лечение.
7. Какие антибиотики не рекомендуется использовать при данном заболевании?
8. Как проводится профилактика заболевания? Опишите противоэпидемические мероприятия.

Диагностические ключи

Задача 1. Энтеровирусная инфекция: эпидемическая миалгия, герпангина, экзантема.

Задача 2. Энтеровирусная инфекция: вирусная пузырчатка полости рта и конечностей (болезнь «губ – кистей – стоп»).

Задача 3. Энтеровирусная инфекция: экзантема, герпангина.

Задача 4. Энтеровирусная инфекция (Коксаки A₂₁): гастроэнтерит, токсикоз с эксикозом средней степени тяжести, изотоническая дегидратация.

Задача 5. Энтеровирусная инфекция: серозный менингит, герпангина.

Задача 6. Паралитический полиомиелит (вероятно, вакциноассоциированный), спинальная форма, паралитический период, нижний вялый парапарез.

Задача 7. Вакциноассоциированный полиомиелит, спинальная форма, паралич мышц левой голени и бедра средней тяжести, восстановительный период.

Задача 8. Паралитический полиомиелит, понтинная форма, средней тяжести.

Задача 9. Полиомиелит, менингеальная форма, тяжелое течение.

Задача 10. Синдром Гийена–Барре: острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия.

Задача 11. Младенческий ботулизм.

**11. СТРЕПТОКОККОВЫЕ ИНФЕКЦИИ
(АНГИНА, СКАРЛАТИНА, НЕКРОТИЧЕСКИЙ ФАСЦИИТ).
ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗ. СИНДРОМ МАРШАЛЛА**

Задача 1

Мальчик, 12 лет, заболел после сильного переохлаждения во время длительного пребывания на улице. Появились озноб, слабость, головная боль, умеренная боль в горле, ломота. Температура тела повысилась до 38,7 °С. На следующий день боль в горле усилилась и к исходу дня стала значительной.

При осмотре жалобы на выраженную слабость, головную боль, сильную боль в горле при глотании, запах изо рта, отсутствие аппетита, беспокойный сон. Кашля, насморка нет. Температура тела 38,8 °С. Кожные покровы чистые, щеки покрыты ярким румянцем. Слизистая оболочка язычка, небных дужек и миндалин ярко-красного цвета. Миндалины на 0,5 см выступают из-за передних небных дужек, в расширенных лакунах беловатое скопление густого гноя. Тонзиллярные лимфатические узлы размером около 2 см, плотные на ощупь, резко болезненные. ЧСС – 90 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца громкие, ясные. Другие органы – без существенных изменений.

Экспресс-тест на стрептококк группы А (стрептатест) – положительный.

Вопросы:

1. Проведите оценку клинических симптомов у больного с помощью шкалы МакАйзека.

2. Согласуется ли полученная вами оценка с результатами экспресс-диагностики?
3. Поставьте и обоснуйте диагноз.
4. Что вам известно об этиологии и эпидемиологии данной инфекции?
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Какие возможны осложнения?
7. В какие сроки возможно появление осложнений? Как их исключить?
8. Назначьте лечение. Как долго должна проводиться терапия и почему?

Задача 2

Девочка 6 лет, заболела остро с повышения температуры тела до 38,5 °С, отмечалась рвота, жалобы на боль в горле, затрудняющую глотание. Через несколько часов лицо покраснело, появилась сыпь на коже.

Эпидемиологический анамнез: посещает детский сад, пять дней назад была на городском празднике.

При осмотре состояние средней тяжести, температура тела – 38,5 °С, жалуется на головную боль и боль в горле. На щеках яркий румянец, на фоне которого выделяется бледный носогубный треугольник. Кожа сухая, гиперемизована, на боковых поверхностях туловища, на конечностях, преимущественно на сгибаемых поверхностях, обильная мелкоточечная сыпь, сгущается в складках. Дыхание через нос свободное, кашля нет. При осмотре зева – яркая с четкой границей гиперемии миндалин, язычка, дужек; налетов на миндалинах нет. Язык обложен густым серо-желтым налетом. Пальпируются увеличенные до 1,5 см тонзиллярные лимфоузлы, умеренно болезненные. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет; тоны сердца звучные, ритмичные, тахикардия, ЧСС до 140 в мину-

ту. Живот безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены, стул оформлен. Менингеальных знаков нет.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какой механизм возникновения сыпи при данном заболевании?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение. Как долго должна проводиться терапия и почему?
5. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести дома и в детском саду? Когда ребенок может быть допущен в детский коллектив?
6. Проводится ли вакцинопрофилактика данного заболевания?

Задача 3

Ребенок 5 лет, поступил в стационар на 3-й день болезни. Заболевание началось с повышения температуры тела до 39,8 °С, повторной рвоты, сыпи. Ночью бредил. Вторым ребенком в семье перенес стрептококковую ангину.

При поступлении: состояние тяжелое, температура тела 39,5 °С, щеки яркие, носогубный треугольник белый, на коже обильная яркая мелкоточечная сыпь на гиперемизованном фоне, с концентрацией в локтевых и паховых сгибах, внизу живота, на внутренней поверхности бедер. Кожа сухая, дермографизм белый, держится 5 с. В кожных складках имеются петехиальные элементы. Миндалины и язычок яркие, отечные, в лакунах гной. На языке беловатый налет, края и кончик языка чистые, гипертрофированные ярко-красные сосочки. Тонзиллярные лимфатические узлы болезненны, несколько увеличе-

ны. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет; тоны сердца звучные, ритмичные, тахикардия, ЧСС до 150 в минуту. Живот безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены, стул оформлен. Менингеальных знаков нет.

Была назначена терапия, температура тела нормализовалась, ребенок готовился к выписке. Однако на 10-й день от начала болезни у ребенка были выявлены следующие изменения: брадикардия (ЧСС – 75 в минуту), при перкуссии – левая граница сердца на 3 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, приглушение тонов сердца, нежный систолический шум на верхушке. Сыпи нет, крупнопластинчатое шелушение кожи на кистях. Дермографизм красный, стойкий.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какое лечение могло быть назначено ребенку?
3. Какие три компонента (линии) патогенеза заболевания (по А.А. Колтыпину) вы знаете?
4. Как расценить изменения со стороны сердечно-сосудистой системы?
5. Какие патогенетические механизмы лежат в основе поражения сердца?
6. В каком дополнительном обследовании нуждается ребенок? Какие результаты можно получить?
7. Какой прогноз в отношении поражения сердца у ребенка?

Задача 4

У мальчика четырех лет повысилась температура тела до 38 °С, появилась мелкоточечная сыпь, ангина. Получал антигистаминные препараты. На третий день болезни сыпь исчезла, зев побледнел. Родители решили, что ребенок выздо-

ровел и прекратили лечение. Через 20 дней – вновь подъем температуры до 38° С, головная боль, бледность, слабость; появилась моча розового цвета, что послужило поводом для госпитализации.

При осмотре состояние тяжелое. Мальчик вялый, лицо бледное, одутловатое, небольшие отеки век. Голени, стопы пастозны. Наблюдается крупнопластинчатое обильное шелушение пальцев рук и ног, красный дермографизм. Кожа сухая, чистая. Зев слегка гиперемирован. В легких хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, отмечается акцент II тона на легочной артерии. Левая граница сердца расположена на 2,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС – 110 в минуту. АД – 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, печень на 2 см выступает из-под реберного края, селезенка не пальпируется. Стул нормальный. Диурез снижен.

Общий анализ крови: Hb – 110 г/л; эритроциты – $3,5 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $11,0 \times 10^9$ /л, п/я 8 –%, с/я – 61%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 20%, моноциты – 3%; СОЭ – 35 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1020, белок – 0,5‰, лейкоциты 3–5 в п/зр, эритроциты 25–30 в п/зр, цилиндры гиалиновые 3–8 в п/зр.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Объясните патогенез заболевания.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести в условиях стационара? Что вы ожидаете обнаружить?
4. Появление каких состояний может угрожать жизни ребенка в настоящий момент?
5. Назначьте лечение.
6. Каков прогноз заболевания?
7. Можно ли было предупредить заболевание? Если да, то каким образом?

Задача 5

Девочка 7 лет, поступила в инфекционную больницу на 3-й день болезни в крайне тяжелом состоянии, в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Эпидемиологический анамнез: за 3 дня до заболевания общалась с ребенком, у которого были симптомы лакунарной ангины.

Из анамнеза заболевания известно, что заболела остро – повысилась температура тела до 38 °С, на коже лица, рук, ног, туловища появилась мелкоточечная сыпь на гиперемизованном фоне, которая не затрагивала носогубный треугольник, была диагностирована скарлатина. На следующий день сыпь стала ярче, присоединились интенсивные боли в горле, несколько раз была рвота желудочным содержимым, температура тела поднялась до 39 °С.

При поступлении температура тела 40 °С, рвота «кофейной гущей». Больная вялая, заторможена, но в сознании, менингеальные знаки отрицательные. Язык обложен белым налетом. На коже туловища и конечностей обильная, преимущественно милиарная сыпь, а также элементы геморрагических петехиальных высыпаний, главным образом на сгибательных поверхностях рук, кровоточивость из мест инъекций, акроцианоз. Отеки голеней. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС – 136 в минуту, пульс слабого наполнения и напряжения, АД – 75/35 мм рт. ст. Одышка смешанного характера, ЧД – 36 в минуту, в легких при аускультации ослабление дыхания, непостоянная крепитация. Снижение диуреза.

Общий анализ крови: Нб – 88 г/л; эритроциты – $3,5 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – 24×10^9 /л, метамиелоциты – 4%, п/я – 8%, с/я – 61%, лимфоциты – 20%, моноциты – 7%; тромбоциты – 40×10^9 /л; СОЭ – 35 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 51 г/л (норма 65–82 г/л), АлАТ – 120 Ед/л (норма – до 40 Ед), АсАТ – 160 Ед/л (норма – до 40 Ед), мочевины – 16 ммоль/л (норма – до 7 ммоль/л),

креатинин – 380 мкмоль/л (возрастная норма – до 100 мкмоль/л),
общий билирубин – 43 мкмоль/л (норма – 21 мкмоль/л),
С-реактивный белок – 25 мг/л.

Титр антистрептолизина-О – 1:800 (норма – до 1:250).

Прокальцитонин – 33,4 нг/мл (норма 0,5 нг/мл).

Пульсоксиметрия: SaO_2 – 85%.

УЗИ: почки увеличены в размерах, пиелозктазия с обеих сторон, утолщение и отечность паренхимы. Выявлена свободная жидкость в плевральной и брюшной полостях.

Рентгенограмма органов грудной полости: двустороннее затемнение легочных полей, в левой плевральной полости выпот.

Посев крови выявил рост *Streptococcus pyogenes*.

Вопросы:

1. Проанализируйте данные дополнительного обследования.
2. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка в настоящий момент?
3. Верно ли предположение, что у ребенка имеет место скарлатина? Обоснуйте.
4. Сформулируйте развернутый диагноз с учетом критериев.
5. Дополните план обследования.
6. Какие инфекционные заболевания могут иметь схожую клиническую картину? В чем их отличие от заболевания, развившегося у ребенка?
7. Составьте план лечения.

Задача 6

У ранее здоровой девочки 6 лет с неотягощенным семейным анамнезом поднялась температура тела до 39,5 °С,

появилась везикулярная сыпь по всему телу. Была диагностирована ветряная оспа. В качестве жаропонижающего средства использовался ибупрофен.

Состояние ухудшалось, температура приняла гектический характер. На 5-й день от начала болезни появилась отечность и резкая боль в левой паховой области, кожа над местом поражения не была изменена. Позже появилась гиперемия, болевые ощущения нарастали. Через сутки ребенок стал вялым, температура до 40 °С, эритема быстро, в течение 2 ч, увеличилась, область поражения стала резко болезненной. Девочка была экстренно госпитализирована.

При осмотре: состояние тяжелое, резко беспокойна, плачет, жалуется на боль в паховой области. Температура тела – 36,8 °С. Кожные покровы с полиморфной сыпью – везикулярные элементы в стадии обратного развития с эксфолиациями, в левой паховой области участок эритемы, приобретающий синюшный оттенок с крепитацией мягких тканей при пальпации как в области эритемы, так и за ее пределами. Обращает на себя внимание несоответствие интенсивности болевого синдрома другим клиническим проявлениям.

Вопросы:

1. О каком осложнении ветряной оспы можно думать? Обоснуйте.
2. Какова возможная причина развития данного осложнения?
3. Как вы представляете патогенез заболевания?
4. Консультация какого специалиста необходима незамедлительно?
5. Составьте план обследования. Какие результаты вы ожидаете получить?
6. Как подтвердить диагноз?
7. Неотложная терапия.

Задача 7

В марте была госпитализирована девочка 3 лет. Заболела остро с повышения температуры до 39 °С, озноба. Ночью жаловалась на боли в животе, ножках, головную боль. Аппетит резко снижен. Пьет плохо. На 2-й день от начала заболевания сохранялась повышенная температура тела до 38,5–39,0 °С, плохо снижалась на фоне жаропонижающих препаратов, нарастали явления интоксикации и эксикоза, от питья отказывалась. Дважды была рвота.

Эпидемический анамнез: проживает в сельской местности, девочку кормили салатом из капусты, хранившейся в погребе.

При осмотре: состояние средней тяжести. Вялая, плаксивая. Лицо гиперемировано, одутловатое, с эритематозной сыпью на щеках, область носогубного треугольника чистая от сыпи, бледная. На коже туловища, рук и ног появились мелкоточечные высыпания с преимущественной локализацией в области шеи, боковых поверхностей туловища, паховой области, интенсивная пятнисто-папулезная сыпь вокруг суставов, расположена симметрично. Наибольшая концентрация мелкоточечной сыпи наблюдается на дистальных отделах рук и ног, создавая картину «перчаток» и «носков». Ладони и стопы нерезко гиперемированы. Выражен белый дермаграфизм. Конъюнктивы гиперемированы. Носовое дыхание затруднено. Зев гиперемирован, миндалины гиперемированы, без наложений. Язык густо обложен белым налетом. Увеличены и умеренно болезненны подчелюстные лимфатические узлы. Дыхание пурильное, хрипов не выслушивается, ЧД – 32 в минуту. Сердце – границы не изменены, тоны громкие, шумы не выслушиваются, ЧСС – 120 в минуту. При пальпации живот вздут, болезненен, определяется урчание в правой повздошной области. Печень на 4 см выступает из-под края реберной дуги, болезненна при пальпации. Дважды был стул светлого цвета,

разжиженный, калового характера, без патологических примесей.

Общий анализ крови: Hb – 110 г/л; эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты – 250×10^9 ; лейкоциты – $18,6 \times 10^9$ /л, п/я – 10%, с/я – 68%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 15%, моноциты – 6%; СОЭ – 35 мм/ч.

Вопросы:

1. Поражение каких органов и систем имеет место у ребенка?
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Какие данные эпиданамнеза позволяют заподозрить данное заболевание?
4. Составьте план обследования.
5. Какие лабораторные исследования подтвердят ваше предположение?
6. Что вам известно об этиологии, эпидемиологии и патогенезе данной инфекции?
7. Проведите дифференциальный диагноз.
8. Назначьте лечение.
9. Какие меры профилактики данного заболевания вам известны?

Задача 8

В стационар поступил мальчик 2,5 лет с жалобами на частые рецидивирующие заболевания, протекающие с лихорадкой, ангиной, шейной лимфаденопатией, афтозным стоматитом.

Первый эпизод фебрильной лихорадки с тонзиллитом и явлениями афтозного стоматита отмечался в 1,5 года, когда

ребенок был впервые госпитализирован в инфекционную больницу, где получал антибиотикотерапию, местное лечение стоматита. Отчетливого эффекта от лечения антибиотиками не отмечалось. Лихорадка прошла на 6-й день лечения.

В дальнейшем в течение 11 мес. у ребенка наблюдалось еще 6 эпизодов фебрильной лихорадки с повышением температуры тела до 40,0 °С и тонзиллитом, с достаточно четкими интервалами (4–8 нед.), так что мама могла «предсказывать» сроки начала новой болезни. Продолжительность лихорадки составляла от 3 до 6 дней. Температура тела повышалась внезапно и также внезапно прекращалась, при этом катаральных явлений, кашля не было, а самочувствие не страдало. Вне эпизодов лихорадки также чувствует себя хорошо, физическое, нервно-психическое развитие не страдает. Мочевая инфекция была исключена. Дважды заболевания сопровождалась пятнисто-папулезной сыпью. Неоднократно находился на стационарном лечении, поступая с жалобами на повышение температуры тела до 40 °С, увеличение лимфатических узлов, боль в горле. Выписывался с разнообразными диагнозами: «лакунарная ангина», «фолликулярная ангина», «афтозный стоматит», «обострение хронического тонзиллита». Заболевание рассценивалось как бактериальная инфекция, повторно назначалась антибактериальная терапия, что, однако, не сопровождалось положительной динамикой. Известно, что во время последней госпитализации был введен дексаметазон, полностью купировавший приступ лихорадки в течение первых 12 ч.

За прошедшие госпитализации обследован:

Общий анализ крови: лейкоциты – $10,2\text{--}27,6 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы п/я – 1–24%, с/я – 15–45%, СОЭ 11–26 мм/ч.

Серологические исследования на токсоплазмоз, тифопаратифозную группу, ВИЧ, боррелиоз, малярию, гепатит В, иерсиниоз, листериоз, герпесвирусные инфекции – отрицательные.

Посевы крови, мочи – отрицательные.

Рентгенограмма органов грудной клетки – без патологии.

Биохимический анализ крови: АлАТ – 22 Ед/л (норма – до 40 Ед/л), АсАТ – 22 Ед/л (норма – до 40 Ед/л), С-реактивный белок – 8–12 мг/л (норма – до 10 мг/л).

Антинуклеарный фактор, ревматоидный фактор – не обнаружены.

Иммуноглобулины сыворотки классов М, G, А, D – соответствуют возрастным нормативам.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
 2. Какие критерии заболевания вам известны?
 3. К какой группе заболеваний относится данный синдром?
- Какие еще заболевания из данной группы вам известны?
4. Что лежит в основе патогенеза данного заболевания?
 5. Проведите дифференциальный диагноз.
 6. Принципы терапии.
 7. Какой прогноз?

Диагностические ключи

Задача 1. Стрептококковая лакунарная ангина.

Задача 2. Скарлатина.

Задача 3. Скарлатина, скарлатинозное сердце.

Задача 4. Реконвалесцент скарлатины. Осложнение: острый постстрептококковый гломерулонефрит, острый нефритический синдром.

Задача 5. Скарлатина. Осложнение: стрептококковый токсический шок (выделение при посеве S. pyogenes, полиорганная недостаточность).

Задача 6. Ветряная оспа. Осложнение: некротический фасциит (инвазивная стрептококковая инфекция).

Задача 7. Иерсиниозная инфекция: псевдотуберкулез (экзантема, гастроэнтероколит, гепатит).

Задача 8. Синдром Маршалла (синдром периодической лихорадки с афтозным стоматитом, фарингитом и лимфаденитом – Periodic Fever with Aphthous stomatitis, Pharyngitis and Adenitis, PFAPA-syndrome).

**12. ДИФФУЗНЫЕ БОЛЕЗНИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
(СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА,
ЮВЕНИЛЬНАЯ СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ,
ЮВЕНИЛЬНЫЙ ДЕРМАТОМИОЗИТ).
СИСТЕМНЫЕ ВАСКУЛИТЫ
(НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ АОРТОАРТЕРИИТ,
УЗЕЛКОВЫЙ ПОЛИАРТЕРИИТ, СИНДРОМ КАВАСАКИ)**

Задача 1

На поликлиническом приеме к врачу-хирургу обратилась девочка 14 лет. Известно, что в течение последних 2 мес. у девочки отмечаются недомогание, головные боли, несколько раз повышалась температура тела до фебрильных значений без видимой причины. Около месяца назад во время прыжка на уроке физкультуры упала, последнее время жалуется на боль в коленном суставе. При осмотре больной объективные изменения коленного сустава не определялись. Врач расценил патологию как результат травмы и назначил физиотерапевтическое лечение. Через 3 сеанса УВЧ-терапии состояние больной ухудшилось – появились эритематозные высыпания на щеках, болезненность и припухлость межфаланговых суставов кистей, повысилась температура тела до 38,2 °С. Девочка была госпитализирована.

При поступлении состояние средней тяжести. Отмечается бледность, сухость кожи, на лице в области щек и переносицы эритема ярко розового цвета, явления капиллярита на ладонях. На слизистой оболочке полости рта единичная афта. Отечность и болезненность межфаланговых и лучезапястных суставов. Выражено распространенное увеличение лимфати-

ческих узлов всех групп. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 104 в минуту. Печень выступает из-под реберного края на 3 см.

Общий анализ крови: Hb – 85 г/л; эритроциты – $3,1 \times 10^{12}$ /л; ретикулоциты – 10%; тромбоциты – 96×10^9 ; лейкоциты – $3,8 \times 10^9$ /л, п/я – 10%, с/я – 58%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 25%, моноциты – 6%; СОЭ – 65 мм/ч.

Общий анализ мочи: определялся белок 0,66‰ при нормальном мочевом осадке.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Перечислите диагностические критерии заболевания.
3. Что вам известно о предрасполагающих факторах развития заболевания?
4. Отражает ли состояние, возникшее у девочки на фоне лечения, индивидуальную реакцию на физиотерапевтическое воздействие или это естественное развитие заболевания, ошибочно диагностированного ранее как посттравматический процесс? Обоснуйте. Какие сведения необходимо уточнить у родителей для выяснения возможных причинно-следственных механизмов?
5. Как вы представляете патогенез заболевания?
6. Какие результаты дополнительных лабораторных исследований следует использовать для подтверждения предположительного диагноза?
7. Каковы будут ваши рекомендации по лечебной тактике?

Задача 2

В нефрологическое отделение поступила девочка 13 лет с направляющим диагнозом «острый гломерулонефрит». За-

болела 2 нед. назад, когда появилось недомогание, слабость, однократно был подъем температуры до 38,0 °С. Накануне госпитализации появились отеки на лице, снизился диурез, моча была цвета «мясных помоев».

При поступлении кожа бледная, сухая. На слизистой оболочке полости рта проявления афтозного гингивостоматита. Веки отечные. Полилимфаденопатия. Тоны сердца ритмичные, пульс – 94 в минуту. Живот мягкий безболезненный, печень +2 см ниже края реберной дуги. Диурез снижен.

Общий анализ крови: Hb – 105 г/л; эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л; ретикулоциты – 10%; тромбоциты – 140×10^9 ; лейкоциты – $4,9 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с/я – 58%, эозинофилы – 5%, лимфоциты – 27%, моноциты – 8%; СОЭ – 45 мм/ч.

Общий анализ мочи: белок – 0,33‰, лейкоциты – 3–5 в п/зр, эритроциты – 40–45 в п/зр.

Был назначен постельный режим, ограничение жидкости, диета, пенициллин в/м, гепарин. На 3-й день лечения состояние девочки ухудшилось. Отмечен подъем температуры до 39 °С, на коже появилась яркая пятнисто-папулезная сыпь, на лице симметричные эритематозные высыпания в форме «бабочки». Стали беспокоить кашель, затруднение дыхания. При аускультации в легких ослабленное дыхание, ЧД – 80 в минуту, одышка; перкуторные границы сердца расширены влево, систолический шум на верхушке, тахикардия, ЧСС – 90 в минуту. АД – 140/85 мм рт. ст.

При повторном обследовании:

Общий анализ крови: Hb – 80 г/л; эритроциты – $2,8 \times 10^{12}$ /л; ретикулоциты – 12%; тромбоциты – 95×10^9 ; лейкоциты – $3,5 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 63%, эозинофилы – 6%, лимфоциты – 32%, моноциты – 7%; СОЭ – 65 мм/ч.

Общий анализ мочи: лейкоциты – 20 в п/зр, эритроциты 40–50 в п/зр, цилиндрурия.

Суточная моча: белок – 1,2 г/сут.

Вопросы:

1. Ваш диагноз, обоснуйте его на основании диагностических критериев заболевания.
2. Каковы патогенез и патоморфология поражения почек при данном заболевании?
3. Составьте план обследования.
4. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
5. Назначьте лечение.
6. Каков прогноз?

Задача 3

В терапевтическое отделение больницы поступила девушка пятнадцати с половиной лет с жалобами на слабость, похудание, ограничение подвижности суставов, повышение температуры тела.

Из анамнеза известно, что начиная с 11-летнего возраста у девочки, часто болеющей ангинами и ОРВИ, периодически отмечалось «побеление» и похолодание в пальцах рук. Заболевание трактовалось как болезнь Рейно, однако, несмотря на соответствующую терапию, состояние ухудшалось. С 15 лет, после установления менструального цикла, стала худеть, периодически отмечался субфебрилитет, появилась слабость в проксимальных группах мышц, тугоподвижность в суставах. Жалуется на изжогу, периодически – дисфагия.

При осмотре состояние больной тяжелое, кахексия. Отмечается снижение эластичности и повышенная плотность кожи, собрать ее в складку невозможно, кожа сухая, блестит. Определяются очаги атрофии и гиперпигментации кожи рук, ног, лица, туловища. Вокруг рта радиальные складки, из-за которых его трудно закрыть, амимия. При исследовании суставов – тугоподвижность, истончение пальцев рук; сгибательная контрактура правого коленного сустава. Одышка смешанного ха-

рактера, ЧД – 20 в минуту, при аускультации дыхание жесткое. При перкуссии сердца – расширение границ относительной сердечной тупости в обе стороны, при аускультации – глухость тонов сердца, систолический шум на верхушке, ЧСС – 100 в минуту. АД – 140/100 мм рт. ст. Живот мягкий, печень пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги. Умеренная гепатомегалия.

Общий анализ крови: Hb – 110 г/л; эритроциты – $2,8 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты – 195×10^9 ; лейкоциты – $6,5 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 63%, эозинофилы – 6%, лимфоциты – 32%, моноциты – 7%; СОЭ – 22 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1010, белок – 0,099%, лейкоциты 3–5 в п/зр, эритроциты – 1–2 в п/зр.

ЭКГ: укорочение атриовентрикулярной проводимости, признаки ишемии миокарда.

Компьютерная томография органов грудной клетки: междольковые и внутридольковые сетчато-узелковые затемнения в интерстиции, в основном в базальных и субплевральных отделах легких.

Рентгенограмма пищевода с барием: дилатация пищевода.

В крови выявлены специфические аутоантитела к ядерной топоизомеразе анти-Scl-70.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии заболевания. Какие из них имеются у больной?
3. Что вам известно о патогенезе и патоморфологии заболевания?
4. Какие три стадии поражения кожи прослеживаются у больной?
5. Охарактеризуйте поражения внутренних органов при данном заболевании.

6. В каком дополнительном обследовании нуждается пациентка?

7. Какое лечение необходимо назначить?

Задача 4

В отделение реанимации клинической детской больницы поступила больная 8 лет с острой дыхательной недостаточностью.

В выписке из стационара по месту жительства, где больная находилась до этого в течение недели (первая госпитализация), указано, что девочка с трех лет часто болела ангинами. Два месяца назад, после пребывания на юге, появились боли в суставах, мышцах, субфебрилитет, отечная эритема на верхних веках, эритема на разгибательной поверхности локтевого и коленного суставов, а также мышечная слабость, которая в течение месяца привела больную к полной обездвиженности. При первой госпитализации, помимо кожно-мышечной патологии, при обследовании были обнаружены кардиомегалия, тахикардия, гепатомегалия, при лабораторном обследовании ускорение СОЭ в общем анализе крови, повышение уровней АлАт, АсАТ, ЛДГ, КФК в биохимическом анализе крови. Несмотря на назначенную терапию, состояние девочки ухудшалось, появилось затруднение глотания и нарушение дыхания. За час до перевода в отделение реанимации отмечалась остановка дыхания.

При осмотре в отделении реанимации обращали на себя внимание снижение массы тела, выраженная мышечная слабость (не могла поднять голову от подушки, сесть, встать), периорбитальный отек и гиперемия, эритема над разгибательными поверхностями суставов пальцев, мраморность кожи в области плеч, лица, плотность и болезненность проксимальных групп мышц, гнусавость, поперхивание, вытекание жидкости через нос во время еды. Экскурсия легких резко сни-

жена. Дыхание восстановилось через 1 мин после отсасывания слизи и реанимационных мероприятий.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии заболевания.
3. Какие причины могли спровоцировать начало заболевания?
4. Почему у больной наступило нарушение дыхания?
5. Объясните механизм развития основных симптомов.
6. Каким должно быть лечение больной?

Задача 5

Девочка 13 лет, обратилась к врачу с жалобами на слабость, субфебрильную температуру с периодическими фебрильными подъемами в течение 2,5 мес. Последние 3 нед. беспокоят боли в мышцах, головные боли, ухудшение зрения. При отсутствии катаральных явлений, выявленных очагов инфекции, в течение 2 мес. сохраняется ускорение СОЭ до 45–58 мм/ч (анализ сдавали повторно).

При осмотре кожные покровы бледно-розовые, на голенях два гиперемизированных инфильтративных слегка болезненных элемента 1,5х1,0 см и 2,0х2,5 см. АД на правой руке – 150/90 мм рт.ст, на левой руке – 110/70 мм рт. ст., пульс на левой лучевой артерии значительно ослаблен, определяется с трудом. Над сонными артериями, больше слева, выслушивается грубый сосудистый шум. Одышки нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы, тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 94 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, на 2 см выше пупка по ходу брюшной части аорты выслушивается систолический сосудистый шум.

Общий анализ крови: Hb – 114 г/л; эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $10,2 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с/я – 72%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 15%, моноциты – 5%; СОЭ – 56 мм/ч.

Биохимический анализ крови: повышен уровень С-реактивного белка до 12 мг/л, диспротеинемия за счет повышения α_2 - и γ -фракций глобулинов.

Общий анализ мочи: лейкоциты – 1–3 в п/зр, эритроциты – 8–12 в п/зр.

Суточный анализ мочи: белок – 0,234 г/л.

Бактериурия: отрицательный результат.

ЭХО-КГ: морфометрические показатели сердца в норме, клапаны интактны, данных за порок сердца нет.

Вопросы:

1. Чем может быть обусловлена длительная лихорадка у девочки?
2. Какие симптомы могут указывать на течение системного васкулита?
3. Какой из системных васкулитов можно диагностировать?
4. Какие диагностические критерии заболевания присутствуют у девочки?
5. На что указывает сосудистый шум, выслушивающийся на 2 см выше пупка?
6. Обоснуйте локализацию сосудистых поражений у ребенка.
7. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
8. Какие изменения сосудов при УЗИ-доплерографии характерны для данного заболевания?
9. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией. Укажите фазу болезни и локализацию поражения.
10. Какое лечение следует назначить ребенку?

Задача 6

Мальчик двух с половиной лет, заболел 2 нед. назад, когда появилась фебрильная лихорадка, значительно ухудшилось самочувствие, жаловался на боли в ручках и ножках, перестал вставать. При прикосновении к нему ребенок плакал. Ночью не спал, болевой синдром значительно усиливался.

При поступлении: состояние тяжелое, страдальческое выражение лица, все время плачет, негативен при осмотре и прикосновении к рукам и ногам, не сидит, не стоит. При осмотре кожа бледная, яркое древовидное ливедо в области ягодиц, на стопах, кистях; по ходу сосудов на предплечьях пальпируются болезненные узелки, кожа дистальных фаланг пальцев холодная на ощупь, отечная, цианотичная. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Сердце – тоны громкие, ритмичные, тахикардия, ЧСС – 140 в минуту, отчетливые шумы не выслушиваются. АД – 125/90 мм рт. ст. Печень +3 см ниже края реберной дуги, пальпируется край селезенки.

Общий анализ крови: Hb – 124 г/л; тромбоциты – 500×10^9 ; лейкоциты – 28×10^9 /л, нейтрофилы – 75%, лимфоциты – 20%, моноциты – 5%, СОЭ – 54 мм/ч.

Биохимический анализ крови: повышен уровень С-реактивного белка до 15 мг/л.

Общий анализ мочи: микропротеинурия.

Вопросы:

1. Какое заболевание следует исключить с учетом тяжелого состояния ребенка, клинической картины, фебрильной лихорадки, высокого нейтрофильного лейкоцитоза и повышения СОЭ?
2. Какие обследования необходимо провести?
3. Какое заболевание наиболее вероятно?
4. Что лежит в основе патогенеза заболевания?

5. Какой клинический синдром, наиболее характерный для ювенильной формы данного заболевания, выражен у ребенка? Как он проявляется?

6. Перечислите все клинические синдромы, характерные для этого заболевания, и его диагностические критерии.

7. Какое лечение следует назначить незамедлительно?

Задача 7

Девочка 8 лет, поступила в отделение на обследование по поводу артериальной гипертензии. Жалуется на головные боли, мышечную слабость, боли в конечностях. За последние 3 мес. отмечались повторные подъемы температуры тела без катаральных явлений, похудела на 7 кг.

При осмотре кожные покровы бледные, неярко выраженное сетчатое ливедо, умеренные отеки в области кистей и стоп. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 20 в минуту. Сердце – тоны ритмичные, громкие, умеренная тахикардия, ЧСС – 92 в минуту, шумы не выслушиваются. АД – 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: Hb – 114 г/л; тромбоциты – 450×10^9 ; лейкоциты – 18×10^9 /л, нейтрофилы – 78%, лимфоциты – 20%, моноциты – 2%, СОЭ – 52 мм/ч.

Биохимический анализ крови: повышен С-реактивный белок до 15 мг/л.

Прокальцитонин тест: отрицательный.

Посев крови: кровь стерильна.

Общий анализ мочи: лейкоциты – 2–3 в п/зр, эритроциты – 10–15 в п/зр, цилиндры (эпителиальные, эритроцитарные, воскообразные) – 3–8 в п/зр.

Суточный анализ мочи: белок – 0,128 г/л.

УЗИ с доплерографией почечных сосудов: обеднение почечного кровотока с двух сторон.

Вопросы:

1. Какова причина артериальной гипертензии?
2. Какие кожные изменения указывают на поражение сосудов?
3. Какие клинические данные позволяют заподозрить течение системного васкулита?
4. Какой системный васкулит наиболее вероятен?
5. Как можно подтвердить диагноз в соответствии с диагностическими критериями?
6. С какой инфекцией наиболее часто ассоциируется данная форма заболевания?
7. Какое лечение необходимо данному пациенту?
8. Каков прогноз?

Задача 8

Мальчик 11 мес. с неотягощенным анамнезом жизни, дважды перенес ОРВИ (в 9 мес. и за 2 нед. до настоящего заболевания).

Заболел остро с подъема температуры до 39–40 °С, кашля.

С 5-го дня присоединился негнойный конъюнктивит, склерит.

С 7-го дня появилась пятнисто-папулезная сыпь с тенденцией к слиянию, располагавшаяся на туловище, конечностях, особенно обильная вокруг суставов. Лихорадка сохранялась, состояние было тяжелое, отказывался от еды, капризничал.

На 10-е сутки появился шейный лимфаденит, преимущественно слева, увеличение лимфоузлов, главным образом одного заднешейного – до 1,5 см; также обратили на себя внимание плотный отек кистей и стоп, яркие гиперемированные потрескавшиеся губы.

На 12-й день было обнаружено крупнопластинчатое шелушение на пальцах рук.

Получал амоксиклав, с 5-го дня – цефотаксим, с 7-го дня был присоединен рокситромицин, однако антибактериальная терапия оказалась неэффективной, сохранялась лихорадка.

В общем анализе крови: тромбоциты – $620 \times 10^9/\text{л}$; нейтрофильный лейкоцитоз – $17\text{--}24 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ – 45 мм/ч.

В общем анализе мочи: лейкоцитурия до 15–20 в п/зр.

Бактериурия: отрицательная.

Госпитализирован на 16-й день от начала заболевания. В связи с приглушенностью сердечных тонов и выслушанным систолическим шумом была выполнена ЭХО-КГ: умеренное увеличение конечного диастолического размера левого желудочка, регургитация на митральном клапане 2+, сепарация листков перикарда (4 мм), уплотнение стенок коронарных сосудов.

Серологические исследования на инфекции: отрицательные.

Вопросы:

1. Какое заболевание может быть диагностировано у ребенка? Сформулируйте диагноз, указав период заболевания и характер поражения сердца.
2. Перечислите критерии этого заболевания с выделением тех, которые присутствуют у пациента.
3. Какие лабораторные данные подтверждают ваш диагноз?
4. Какое лечение следует назначить незамедлительно?
5. Какое изменение со стороны сердечно-сосудистой системы является наиболее серьезным и патогномичным для данного заболевания?
6. Каков прогноз заболевания у данного ребенка?

7. Какие изменения коронарных сосудов можно ожидать в динамике?

8. Какое лечение следует продолжать в амбулаторных условиях?

Диагностические ключи

Задача 1. Системная красная волчанка.

Задача 2. Системная красная волчанка.

Задача 3. Ювенильная системная склеродермия.

Задача 4. Ювенильный дерматомиозит.

Задача 5. Неспецифический аортоартериит (болезнь Такацусу), V (смешанный) тип (поражение восходящего отдела, дуги аорты и ее ветвей, почечных артерий), острая фаза.

Задача 6. Ювенильный вариант узелкового полиартериита (ювенильный полиартериит).

Задача 7. Узелковый полиартериит, классический вариант.

Задача 8. Синдром (болезнь) Кавасаки (слизисто-кожный лимфонодулярный синдром), острый лихорадочный период. Миоперикардит с недостаточностью митрального клапана, коронарит.

**13. РЕБЕНОК С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.
ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
(ГЕМОФИЛИЯ, БОЛЕЗНЬ Виллебранда,
ИММУННАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ).
ОСТРЫЙ ЛИМФОБЛАСТНЫЙ ЛЕЙКОЗ.
СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА. МЕНИНГОКОККЕМИЯ.
СИНДРОМ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С РЕБЕНКОМ.
ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ. ЛИХОРАДКА ДЕНГЕ**

Задача 1

Новорожденный мальчик, выписан из роддома на 9-е сутки.

Анамнез. Маме 21 год – здорова, папе 26 лет – здоров. Семейный анамнез полностью не известен. Из роддома был выписан позже обычного в связи с кефалогематомой, появившейся сразу после рождения и нараставшей в течение 2 сут. после рождения. Пуповина отпала на 9-е сутки, к концу которых появилось необильное геморрагическое отделяемое из пупочной ранки, не прекращающееся до настоящего времени, в связи с чем госпитализирован. В роддоме не привит.

При осмотре в возрасте 11 дней вес 3000 г (вес при рождении 3100 г), на грудном вскармливании, сосет активно, необильные, но частые срыгивания, периодически тремор подбородка, спонтанный рефлекс Моро. ЧСС – 132 в минуту, ЧД – 36 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные. Дыхание в легких пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Печень + 1,5 см ниже края реберной дуги, пальпируется край селезенки.

Общий анализ крови: Hb – 124 г/л; эритроциты – $3,4 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты – 300×10^9 /л; лейкоциты – $10,0 \times 10^9$ /л,

нейтрофилы п/я – 40%, лимфоциты – 51%, моноциты – 9%;
СОЭ – 9 мм/ч.

Коагулограмма: время кровотечения – 2,2 мин (норма до 4 мин), протромбиновое время – 9,8 с (норма – 9,2–12,2 с), активированное частичное тромбопластиновое время – 76 с (норма – 28–34 с), фибриноген – 2,2 г/л (норма – 1,25–3 г/л).
Уровень и степень активности фактора Виллебранда в норме.

Вопросы:

1. Какие проявления геморрагического синдрома имеют место у ребенка?
2. Каковы могут быть причины кефалогематомы?
3. На что указывает появление отсроченного кровотечения из пупочной ранки?
4. Имеются ли показания к проведению нейросонографии у данного пациента?
5. Оцените показатели свертывающей системы крови у ребенка.
6. Предположите диагноз.
7. Какие исследования могут подтвердить ваше предположение?
8. В чем причина заболевания?
9. Какое лечение следует назначить?
10. Каков прогноз заболевания у данного ребенка?

Задача 2

В травматологическое отделение детской больницы из школы без сопровождения доставлен мальчик 7 лет с жалобами на боли в левом коленном суставе.

Из анамнеза известно, что мальчик упал на перемене, появилась быстро нарастающая сильная боль в левом колен-

ном суставе. В 6 лет при выпадении молочных зубов отмечались длительные кровотечения из лунок зубов.

При осмотре удерживает левую ногу двумя руками в согнутом в колене положении, сустав значительно увеличен в объеме, движения в нем резко ограничены (болевая контрактура). Кожные покровы чистые, лимфоузлы не увеличены, температура тела 36,6 °С, отмечается умеренная тахикардия, ЧСС – 110 в минуту, тоны сердца громкие, ритмичные. Одышки нет. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Hb – 95 г/л; эритроциты – $4,0 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты – 260×10^9 /л; лейкоциты – $8,3 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 55%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 36%, моноциты – 6%; СОЭ – 12 мм/ч.

Коагулограмма: время кровотечения – 2 мин 30 с (норма – до 4 мин), протромбиновое время – 11,2 с (норма – 9,2–12,2 с), активированное частичное тромбопластиновое время – 72 с (норма – 29–34 с).

Вопросы:

1. Какова причина болевого синдрома у ребенка?
2. Какие проявления геморрагического синдрома прослеживаются у ребенка в анамнезе и какие имеют место в настоящее время? К какому типу кровоточивости они относятся?
3. Что могло явиться предшествующим причинным фактором развития геморрагических проявлений как в настоящее время, так и в анамнезе?
4. Какое заболевание можно заподозрить у ребенка?
5. Какие данные анамнеза следует уточнить?
6. Какие дополнительные обследования следует назначить?
7. Какое лечение следует проводить незамедлительно в травматологическом отделении?

8. Какое лечение является необходимым и патогенетически обоснованным в специализированном отделении? Укажите основные принципы лечения.

9. Какие осложнения терапии заболевания вы знаете?

Задача 3

Мама девочки 8 лет обратилась к врачу в связи с повторными обильными носовыми кровотечениями, а также частым появлением у ребенка экхимозов на конечностях по неизвестным причинам. Данные жалобы наблюдаются в течение последних 2–3 лет. Накануне после удаления зуба у ребенка вновь возникло длительное кровотечение.

Семейный анамнез: мама девочка страдает обильными меноррагиями, легко возникают экхимозы. Среди родственников по мужской линии геморрагических проявлений нет.

При осмотре ребенка выявлено умеренное количество экхимозов разной давности на коже рук, ног (больше), туловище. Кожа бледно-розовая. Лимфатические узлы не увеличены. Сердечные тоны громкие, ритмичные, ЧСС – 84 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 18 в минуту. Печень +0,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул, диурез не нарушены.

Общий анализ крови: Hb – 110 г/л; эритроциты – $4,0 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты – 170×10^9 /л; лейкоциты – $6,5 \times 10^9$ /л, нейтрофилы – 66%, лимфоциты – 24%, эозинофилы – 1%, моноциты – 9%; СОЭ – 8 мм/ч.

Коагулограмма: активированное частичное тромбопластиновое время – 34 с (норма – 29–34 с), протромбиновое время – 10,1 с (норма – 9,2–12,2 с), фибриноген – 2,8 г/л (норма – 2–4 г/л), время кровотечения – 5 мин 10 с (норма – до 4 мин). Концентрация антигена фактора Виллебранда: отсутствует.

Вопросы:

1. Какие проявления геморрагического синдрома имеют место у девочки?
2. Что в семейном анамнезе может указывать на наследственное геморрагическое заболевание и позволяет предположить его характер?
3. Оцените проведенные лабораторные исследования.
4. Какое заболевание может быть заподозрено? Обоснуйте.
5. Какие формы данного геморрагического заболевания вам известны? Какая форма является наиболее частой?
6. Какое лечение следует назначить ребенку после уточнения диагноза?
7. Какие еще методы терапии данного заболевания вам известны?

Задача 4

Мальчик 2 лет, поступил в отделение с жалобами на появление геморрагических элементов на коже конечностей, туловище.

Из анамнеза известно, что 14 дней назад перенес ОРВИ, за 3 нед. до этого была проведена вакцинация (корь, краснуха, паротит).

При осмотре: температура тела нормальная, катаральных явлений нет. На коже, наряду с подкожными кровоизлияниями разной величины (экхимозами), имеются мелкоочечные петехии; одновременно обнаруживаются на коже геморрагии разной окраски – от красновато-синеватых до зеленых и желтых; геморрагические элементы несимметричны. Единичные геморрагические элементы на лице. Новые элементы появляются чаще утром, не связаны с травмами. Лим-

фатические узлы не увеличены. Печень пальпируется на 2 см ниже реберной дуги, селезенка – у края реберной дуги.

Общий анализ крови: Hb – 122 г/л; эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты – единичные в препарате; лейкоциты – $7,4 \times 10^9$ /л, нейтрофилы – 46%, лимфоциты – 38%, моноциты – 14%; СОЭ – 9 мм/ч.

Общий анализ мочи: без патологии.

В сыворотке крови и на поверхности тромбоцитов выявлены антитромбоцитарные антитела.

Вопросы:

1. Опишите геморрагический синдром и его особенности у данного пациента.
2. Какое заболевание можно заподозрить с учетом клинико-anamnestических данных и данных лабораторных исследований?
3. С чем может быть связано развитие заболевания?
4. Какие формы заболевания в зависимости от механизмов развития, клинических проявлений и продолжительности вам известны? Какая форма заболевания имеет место у ребенка?
5. Проведите дифференциальный диагноз. С каким заболеванием, прежде всего, необходимо проводить дифференциальный диагноз в данном случае с учетом возраста пациента?
6. В каком дополнительном обследовании нуждается ребенок?
7. Какое лечение следует назначить незамедлительно?
8. Какие современные методы лечения данного заболевания вы знаете?
9. Каков прогноз данной формы заболевания?

Задача 5

Девочка 13 лет доставлена в стационар по «скорой помощи» с жалобами на обильные и длительные месячные, принявшие характер маточного кровотечения. Месячные с 11 лет, продолжаются обычно по 3–4 дня, необильные. За последние 6–8 мес. постепенно стали появляться экхимозы разной величины и формы, без предшествующей травмы. Беспокоят частые, обильные носовые кровотечения.

Семейный анамнез: не отягощен, повышенной кровоточивости у ближайших родственников нет.

При осмотре: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, множественные асимметричные экхимозы разных размеров и степени давности (от фиолетовых до желтых). Геморрагические элементы на слизистой оболочке полости рта. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких хрипов нет. Тоны сердца громкие, ЧСС – 104 в минуту, АД – 90/60 мм рт. ст. Печень пальпируется у края реберной дуги, селезенка – на 1 см ниже края реберной дуги.

Общий анализ крови: Hb – 89 г/л; эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты 13%; тромбоциты – 15×10^9 /л; лейкоциты – 9×10^9 /л, п/я – 7%, с/я – 62%, эозинофилы – 4%, лимфоциты – 20%, моноциты – 7%; СОЭ – 11 мм/ч.

Время кровотечения – 11 мин (норма – до 4 мин).

Вопросы:

1. Дайте характеристику геморрагического синдрома.
2. Оцените общий анализ крови.
3. Какой диагноз наиболее вероятен? Обоснуйте диагноз.
4. Как вы представляете патогенез заболевания?
5. Какие заболевания прежде всего следует исключить?
6. Какие дополнительные исследования следует провести?

7. Назначьте терапию.
8. Какие новые направления в терапии данного заболевания вы знаете?

Задача 6

Мальчик 5 лет, поступил в отделение с жалобами на сильные боли в локтевых суставах, голеностопных суставах, фебрильную лихорадку.

Из анамнеза известно, что эти жалобы появились неделю назад, тогда же мама впервые заметила множественные синяки на коже ног, туловища, впервые возникло носовое кровотечение, необильное, быстро остановилось. За месяц до этого стал менее активен, бледный, стал уставать во время занятий в спортивной секции, отказывался ходить в бассейн.

При осмотре кожные покровы бледные, на конечностях, туловище геморрагические элементы: петехии, экхимозы разной степени давности, необильные. Капризен, вялый, мышечная слабость, температура тела – 37,9 °С; пальпируются шейные, затылочные, подчелюстные подмышечные, локтевые, паховые лимфоузлы размером до 1х1,5 см, безболезненные, подвижные. В легких хрипов нет. Отмечается тахикардия, ЧСС – 112 в минуту, тоны сердца приглушены, мягкий систолический шум на верхушке. Печень +4 см, селезенка +2 см ниже края реберной дуги. Локтевые, голеностопные суставы внешне не изменены, кожная температура не изменена, при пальпации болезненные, при пассивных движениях выражен болевой синдром.

Общий анализ крови: Hb – 80 г/л; эритроциты – $2,1 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты – 28×10^9 /л; лейкоциты – 25×10^9 /л, п/я – 18%, с/я – 7%, лимфоциты – 65%, моноциты – 10%, бласты; СОЭ – 70 мм/ч.

Вопросы:

1. Опишите геморрагический синдром у ребенка.
2. Какие еще клинические синдромы выражены у ребенка? Дайте их клиническую характеристику.
3. Оцените показатели общего анализа крови.
4. Какое заболевание наиболее вероятно у ребенка?
5. Какое обследование и лечение следует провести незамедлительно?
6. Чем обусловлена тромбоцитопения при данном заболевании?

Задача 7

Девочка 13 лет, поступила в отделение с жалобами на боли в суставах, фебрильную температуру, кожную сыпь. Изменения на коже возникли впервые месяц назад в сентябре. Летом два месяца провела на море, много загорала, купалась, самочувствие оставалось хорошим.

При осмотре: на коже лица в скуловой области, переносице легкая гиперемия, папулезные элементы. В области естественных складок кожи – петехиальная сыпь, вокруг локтевых, коленных, голеностопных суставов экссудативно-геморрагические элементы. Небольшая деформация, болезненность при движении в лучезапястных, голеностопных суставах, мелких суставах кистей. Умеренная полилимфаденопатия. Печень на 1 см ниже края реберной дуги, пальпируется край селезенки.

Общий анализ крови: Hb – 106 г/л; эритроциты – $3,1 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты – 75×10^9 /л; лейкоциты – $4,1 \times 10^9$ /л, п/я – 10%, с/я – 35%, эозинофилы – 3%, базофилы – 2%, лимфоциты – 40%, моноциты – 10%; СОЭ – 55 мм/ч.

Общий анализ мочи: лейкоциты – 1–2 в п/зр, эритроциты 15–20 в п/зр.

Суточный анализ мочи: белок – 0,123 г/л.

Вопросы:

1. Опишите геморрагический синдром у ребенка.
2. Какие клинические синдромы, кроме геморрагического, выражены у девочки?
3. Дайте клиническую характеристику каждого синдрома.
4. Оцените анализы крови и мочи у девочки.
5. Какое заболевание наиболее вероятно?
6. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
7. В чем причина тромбоцитопении у девочки?

Задача 8

Мальчик 11 месяцев, поступил в отделение в очень тяжелом состоянии с температурой 39,4 °С; повторной рвотой, однократными клонико-тоническими судорогами.

Анамнез жизни без особенностей. Заболел остро за день до госпитализации – внезапный подъем температуры, отказ от еды, возбуждение, беспокойство, периодически пронзительный крик.

При осмотре на коже лица, туловища, конечностях (больше на ногах и ягодицах) геморрагическая сыпь, ее элементы разных размеров – от петехий до крупных экхимозов неправильной «звездчатой» формы. Некоторые элементы с некрозом в центре. Отмечается также дефигурация за счет экссудативных изменений в локтевых, лучезапястных суставах, болезненность при движении в них, кожная гиперестезия. В момент поступления возбуждение сменилось выраженной вялостью, кожа мраморная, акроцианоз, АД – 70/35 мм рт. ст., ЧСС – 140, тоны глухие. Менингеальные симптомы не определяются, отмечается выбухание большого родничка, мышечная гипотония. Печень, селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: Hb – 108 г/л; эритроциты – $3,6 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты – 80×10^9 /л; лейкоциты – 25×10^9 /л,

нейтрофилы п/я – 20%, с/я – 50% , лимфоциты – 20%, моноциты – 10%; СОЭ – 45 мм/ч.

Коагулограмма: снижение уровня фибриногена в сыворотке крови до 0,8 г/л, удлинение протромбинового времени до 20 с и активированного частичного тромбопластинового времени до 44 с (норма – 29–34 с), повышение уровня продуктов деградации фибрина.

Вопросы:

1. Опишите геморрагический синдром у ребенка.
2. Какие синдромы, кроме геморрагического, присутствуют у ребенка?
3. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка?
4. Оцените общий анализ крови.
5. Оцените данные коагулограммы.
6. Какой диагноз наиболее вероятен? Укажите осложнения заболевания.
7. Какое лечение следует назначить незамедлительно?

Задача 9

В приемное отделение обратилась мама с ребенком двух лет в связи с травмой правой руки, возникло подозрение на перелом костей предплечья. Мама не может объяснить механизм полученной травмы, но предполагает, что ребенок упал с дивана. Со слов мамы, ребенок гиперактивен, непоседлив, часто падает и получает травмы.

При осмотре ребенок мало контактен, испуган, не говорит. Положение правой ручки вынужденное. Обращает внимание наличие множественных крупных экхимозов разной степени давности, некоторые из них «фигурной» формы, в области спины, живота, бедер, ягодиц. На шее – петехиаль-

ные элементы. Печень, селезенка не увеличены. По другим органам – без особенностей.

При осмотре глазного дна: кровоизлияние в сетчатку.

Рентгенограмма костей правой руки: эпифизарно-метафизарный перелом лучевой кости.

Общий анализ крови, мочи, коагулограмма – без патологических изменений.

Вопросы:

1. Опишите геморрагический синдром у ребенка.
2. Оцените особенности локализации геморрагических элементов на коже.
3. О чем может свидетельствовать кровоизлияние в сетчатку?
4. Каков может быть механизм эпифизарно-метафизарного перелома лучевой кости?
5. Какой диагноз наиболее вероятен? В чем причины геморрагического синдрома?
6. Что следует предпринять?

Задача 10

Девочка 6 лет, поступила в отделение с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, возникшие ночью, жидкий стул, подъем температуры тела до 37,5 °С.

Из анамнеза известно, что 10 дней назад перенесла ОРВИ.

При осмотре состояние средней тяжести, негативна, беспокоят боли в животе. Кожные покровы бледно-розовые, на ногах, в основном разгибательной поверхности, вокруг голеностопных и коленных суставов обильные симметричные экссудативно-геморрагические красно-багровой окраски элементы, разных размеров от 1–2 мм до 3–4 мм, отдельные

элементы с признаками некроза. Отечность тыльной поверхности стоп с небольшим цианотичным оттенком. В легких хрипы не выслушиваются, тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 90 в минуту. Живот мягкий, болезненный при пальпации по ходу кишечника, в области пупка. Печень пальпируется у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Осмотрена в приемном отделении хирургом: данных за острую хирургическую патологию нет.

Общий анализ крови: Hb – 110 г/л; тромбоциты – 400×10^9 /л; лейкоциты – 14×10^9 /л, нейтрофилы п/я – 5%, с/я – 67%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 18%, моноциты – 7%; СОЭ – 35 мм/ч.

Общий анализ мочи: лейкоциты – 2–4 в п/зр, эритроциты – 25–30 в п/зр.

Суточный анализ мочи: белок – 0,126 г/л.

Биохимический анализ крови: общий белок – 50 г/л (норма – 40–60 г/л), альбумины – 49% (норма – 40–60%), глобулины: α_1 – 6% (норма – 2–5%), α_2 – 14% (норма – 7–13%), γ – 24% (норма: 12–22%). С-реактивный белок – 0,05 г/л (норма – до 0,003 г/л).

Коагулограмма: время кровотечения – 30 с, активированное частичное тромбопластиновое время – 24 с (норма – 29–34 с), протромбиновое время – 9,2 с (норма – 9,2–12,2 с), фибриноген – 5,2 г/л (норма – 2–4 г/л), снижена концентрация антитромбина-III, повышена активность фактора Виллебранда.

Вопросы:

1. Опишите геморрагический синдром у ребенка. К какому типу кровоточивости он относится?
2. Какие еще клинические синдромы присутствуют в клинической картине заболевания у ребенка, кроме геморрагического?
3. Дайте оценку лабораторных исследований.

4. Какой диагноз наиболее вероятен? Обоснуйте диагноз на основании имеющихся у больной диагностических критериев заболевания, сформулируйте его в соответствии с классификацией.

5. Как вам представляется патогенез и патоморфология заболевания?

6. Что явилось вероятным триггером развития заболевания? Какие уточнения в анамнезе следует сделать?

7. Какое лечение следует назначить ребенку?

Задача 11

Мальчик 12 лет, жалуется на сильную головную боль, боль в глазных яблоках, боли во всем теле, особенно в коленных суставах. Также беспокоят тошнота, боль в животе, преимущественно справа. Получал жаропонижающие средства (без эффекта).

Болен 5-й день. Заболевание началось остро, с кратковременного покраснения лица. Все дни держалась повышенная температура тела до 39–39,5 °С, отмечалась тошнота, повторная рвота. На третий день болезни появилась сыпь.

Эпидемиологический анамнез: десять дней назад вернулся после отдыха в Таиланде.

При осмотре: лицо отечно, склеры инъецированы. Зев чистый. Язык обложен белым налетом. На груди, спине, животе, разгибательной поверхности ног, кистей рук зудящая мелкоточечная, местами – пятнисто-папулезная сыпь, на конечностях – единичные петехии. Лимфатические узлы шейные, подмышечные, паховые увеличены, болезненны. Тоны сердца отчетливые, ЧСС – 100 в минуту. В легких везикулярное дыхание. Живот болезненный при пальпации в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, умеренно болезненна, селезенка не увеличена. Цвет кала не изменен. Несмотря на обильное питье, диурез не увеличен.

Общий анализ крови: Нб – 110 г/л; тромбоциты – 90×10^9 /л; лейкоциты – $3,8 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 2%, с/я – 30%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 58%, моноциты – 7%; СОЭ – 35 мм/ч.

Общий анализ мочи: белок – 0,066–0,132‰, эритроциты – 8–10 в п/зр, единичные гиалиновые и зернистые цилиндры.

Коагулограмма: протромбиновое время – 15,2 с (норма – 9,2–12,2 с).

Биохимический анализ крови: альбумин – 25 г/л (норма – 38–54 г/л), АлАТ – 306 Ед/л (норма до 40 Ед/л), АсАТ – 124 Ед/л (норма до 40 Ед/л).

Обследование на инфекции: малярия, брюшной тиф, гепатиты А и В были исключены.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
2. Каковы этиология, патогенез, эпидемиология данного заболевания?
3. Какими дополнительными лабораторными исследованиями можно подтвердить диагноз?
4. С какими инфекционными и соматическими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?
5. Развитие каких опасных для жизни состояний возможно у ребенка?
6. Принципы лечения и профилактики заболевания.

Диагностические ключи

Задача 1. Гемофилия.

Задача 2. Гемофилия.

Задача 3. Болезнь Виллебранда.

Задача 4. Иммунная тромбоцитопения, впервые выявленная, гетероиммунная, «сухая» форма (кожный геморрагический синдром).

Задача 5. Иммунная тромбоцитопения (болезнь Верльгофа), хроническая.

Задача 6. Острый лимфобластный лейкоз.

Задача 7. Системная красная волчанка.

Задача 8. Менингококковая инфекция: менингококкемия, менингит (?). Осложнения: инфекционно-токсический шок II стадии, ДВС-синдром, фаза гипокоагуляции.

Задача 9. Синдром жестокого обращения с ребенком.

Задача 10. Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейна–Геноха), смешанная форма с поражением почек (кожный, суставной, абдоминальный, почечный синдромы), вторичный гломерулонефрит.

Задача 11. Лихорадка денге.

**14. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ.
НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.
СИНДРОМ МОРИАКА**

Задача 1

Мальчик 6 лет, болен около 3–4 нед. Родители обратили внимание на жажду, частые обильные мочеиспускания, отмечался энурез. Несмотря на хороший аппетит, ребенок похудел на 3 кг.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от I физиологически протекавшей беременности, срочных родов. Перенесенные заболевания: острые респираторные инфекции 1–2 раза в год, краснуха в 5 лет. Семейный анамнез: у бабушки по линии матери сахарный диабет 2-го типа.

При поступлении состояние средней тяжести, сознание ясное. Отмечается сухость кожи, снижение тургора тканей. Одышки нет, ЧД – 23 в минуту, в легких дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС – 94 в минуту, АД – 95/55 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает на 1,5 см из-под края реберной дуги. Явления баланита. Рефлексы физиологические.

Глюкоза крови при поступлении – 15 ммоль/л.

Анализ мочи: глюкоза – 3%, ацетон – отрицательный.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией. Обоснуйте фазу болезни.
2. Перечислите патогенетические стадии развития заболевания.

3. Какие симптомы позволили заподозрить данное заболевание?
4. Какова причина гепатомегалии у пациента?
5. Каковы критерии лабораторной диагностики заболевания?
6. Назовите принципы лечения данного заболевания.
7. Каковы принципы диетотерапии при данном заболевании? Что входит в понятие «хлебная единица»?

Задача 2

Мальчик 8 лет, от 4-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания, гестозом. Роды на 38-й нед. путем кесарева сечения. При рождении масса 3600 г, длина – 50 см. Перенесенные заболевания: ОРВИ 2–3 раза в год, ветряная оспа в 4 года, ангины в 6 и 7 лет. Наследственность отягощена: сахарный диабет 2-го типа у бабушки по линии матери.

Два месяца назад родители заметили появление жажды, частое мочеиспускание, затем – похудание в сочетании с повышенным аппетитом, слабость. Постепенно состояние ухудшилось. За 2 дня до госпитализации появились боли в животе, отмечалась рвота 2 раза.

При поступлении состояние средней тяжести, сознание ясное, запах ацетона изо рта. Кожа сухая, тургор тканей снижен, румянец на щеках. Дыхание ритмичное, ровное, одышки нет. Аускультативно в легких дыхание везикулярное. Тоны сердца громкие, ритмичные, короткий систолический шум в V точке, ЧСС – 96 в минуту. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 95/60 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, болезненный в эпигастральной области. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Стула не было вчера и сегодня. Половые органы – явления баланита. Рефлексы физиологические. Масса тела – 23 кг, рост – 128 см.

Глюкоза крови при поступлении – 19 ммоль/л.
Анализ мочи: глюкоза в моче – 4%, ацетон положительный (+++).
Кисотно-основное состояние: pH – 7,31; BE: –8,5 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Какие симптомы позволили заподозрить данное заболевание? Обоснуйте фазу болезни.
3. Как вы представляете патогенез развития основных клинических симптомов заболевания?
4. Каковы критерии лабораторной диагностики этого заболевания?
5. Продолжите обследование ребенка.
6. Назначьте лечение.
7. Оцените физическое развитие.

Задача 3

Девочка, 6 лет, от II беременности, протекавшей с гестозом, 2-х срочных родов, масса при рождении 4100 г, длина – 52 см.

Из анамнеза известно, что ребенок часто болеет острыми респираторными заболеваниями. В течение последних 1,5 мес. отмечались жажда, частые мочеиспускания, слабость, вялость, девочка похудела. На фоне острого респираторного заболевания состояние ребенка резко ухудшилось, появились тошнота, повторная рвота, боли в животе, запах прелых фруктов изо рта, сонливость. Девочка госпитализирована в отделение реанимации и интенсивной терапии.

При поступлении: состояние очень тяжелое, сознание soporозное. Дыхание шумное, глубокое, типа Кулсмауля. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Кожные и сухожильные

рефлексы снижены, мышечная гипотония. Кожа сухая, тургор тканей резко снижен, черты лица заострены, на щеках и скуловых дугах – румянец, тонус глазных яблок снижен. Пульс слабого наполнения и напряжения, тоны сердца приглушены, ЧСС – 140 в минуту. АД – 75/40 мм рт. ст. Язык сухой, обложен коричневатым налетом. Живот при пальпации напряжен. Печень выступает на 5 см из-под края реберной дуги. Мочеиспускание обильное.

Общий анализ крови: Hb – 145 г/л; эритроциты – $5,2 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $13,8 \times 10^9$ /л, п/я – 8%, с/я – 62%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 22%, моноциты – 7%; СОЭ – 15 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность – слабо мутная, относительная плотность – 1035, реакция – кислая, белок – отсутствует, сахар – 10%, ацетон – резко положительный (++++).

Биохимический анализ крови: глюкоза – 27 ммоль/л, натрий – 132 ммоль/л (норма – 125–143 ммоль/л, калий – 4,1 ммоль/л (норма – 3,5–5,5 ммоль/л), общий белок – 70 г/л (норма – 65–82 г/л).

Кисотно-основное состояние: pH – 7,1; BE: –24 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Оцените результаты лабораторных исследований.
3. Опишите патогенез развития данного состояния.
4. Какие другие неотложные состояния при данном заболевании вы знаете?
5. Какое обследование необходимо провести дополнительно?
6. Какие лечебные мероприятия требуются пациенту?
7. Какие осложнения могут развиваться в процессе лечения данного состояния?

Задача 4

Мальчик 7 лет, госпитализирован сегодня в хирургический стационар с направляющим диагнозом: «острый живот». Два дня назад появились боли в животе, тошнота, рвота. При осмотре врач «скорой помощи» обнаружил напряжение мышц живота, положительный симптом Щеткина–Блюмберга. В приемном отделении хирургического стационара по совокупности клинико-анамнестических данных и результатов лабораторного обследования был поставлен диагноз «сахарный диабет, впервые выявленный, диабетический кетоацидоз I степени». Было решено начать неотложную терапию с последующим переводом в специализированную клинику. Проводилась инфузионная терапия физиологическим раствором NaCl, инсулинотерапия. В состоянии ребенка и лабораторных показателях отмечена положительная динамика, глюкоза крови в течение 3 ч снижалась на 3, 5, 9 ммоль/л каждый час. На фоне снижения сахара крови состояние мальчика ухудшилось, стал беспокоен, появилась головная боль, головокружение, тошнота, рвота, нарушение зрения, напряжение глазных яблок, ЧСС – 60 в минуту, АД – 125/80 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Какое осложнение на фоне лечения диабетического кетоацидоза развилось у ребенка?
2. Опишите патогенез развития данного состояния.
3. Какие мероприятия необходимо провести?
4. Какие растворы для инфузионной терапии необходимо применять при лечении диабетического кетоацидоза и кетоацидотической комы?
5. Какие препараты инсулина, в каких дозах применяются при лечении диабетического кетоацидоза и кетоацидотической комы?

Задача 5

Мальчик 9 лет, болен сахарным диабетом 1-го типа четыре года. Течение заболевания лабильное, диету соблюдает нерегулярно, систематический контроль уровня сахара в крови отсутствует. Несколько раз был госпитализирован в связи с развитием кетоацидоза.

Накануне вечером был возбужден, сахар крови не контролировали. После инъекции инсулина частично отказался от ужина. Ночью проснулся с чувством страха, беспокойства; мама заметила тремор рук, повышенную потливость.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Обоснуйте.
2. Как подтвердить диагноз? Какие результаты обследования вы ожидаете получить?
3. Какие меры необходимо срочно предпринять?
4. Что может произойти, если не оказать ребенку неотложную помощь?
5. Назовите основные причины и механизмы развития данного состояния.

Задача 6

Девочка 13,5 лет, доставлена в стационар в связи с внезапным ухудшением состояния, потерей сознания, судорогами.

Анамнез жизни: ребенок от I беременности, протекавшей физиологически, срочных родов. Масса тела при рождении 3300 г, длина – 51 см. Перенесенные заболевания: ОРВИ 2–4 раза в год, ветряная оспа в 5 лет, краснуха в 10 лет. Прививки по возрасту. С 7 лет – избыточная прибавка веса.

Анамнез заболевания: больна сахарным диабетом 1-го типа с 10 лет, диагноз был поставлен во время госпитализа-

ции в состоянии диабетической кетоацидотической комы. Получает инсулинотерапию по базис-болюсной схеме. В связи с избыточным весом начала заниматься фитнесом (сегодня днем было первое занятие). Вечером девочка получила обычную дозу инсулина, частично отказалась от ужина. Мать обнаружила ребенка ночью без сознания с судорогами.

При поступлении состояние ребенка тяжелое, без сознания, тризм челюстей, клонико-тонические судороги. Кожа бледная, холодный пот. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 88 ударов в минуту. АД – 115/65 мм рт. ст. Температура тела 36,1 °С.

Глюкоза крови: 1,9 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Назовите причину развития данного состояния.
3. Опишите начальные клинические проявления, предшествующие потере сознания.
4. Опишите патогенез развития данного состояния.
5. Проведите дифференциальный диагноз с диабетической кетоацидотической комой.
6. Назначьте лечение.
7. Продолжите обследование.

Задача 7

Девочка 1 года 8 мес., была госпитализирована в центральную районную больницу 7 дней назад с диагнозом «ОРВИ, кишечная инфекция». Состояние ребенка в стационаре ухудшалось: отмечалась фебрильная лихорадка, слабость, многократная рвота. Девочка часто жадно пила, обильно мочилась, стул 1–2 раза в день, скудный с зеленью. Отмечались клонико-тонические судороги. Несмотря на проводимую инфузи-

онную терапию (глюкозо-солевые, коллоидные растворы), нарастали явления эксикоза. Определен сахар крови натощак – 53,4 ммоль/л; ребенок срочно переведен в областную больницу.

При поступлении в отделение реанимации состояние очень тяжелое, оценка по шкале комы Глазго – 9 баллов, выраженный эксикоз. Кожа и слизистые оболочки сухие, язык обложен белым налетом. Зев гиперемирован. В легких дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца умеренно приглушены, ЧСС – 160 в минуту. Живот вздут, умеренно болезнен, урчит при пальпации. Сомнительная ригидность затылочных мышц.

Глюкоза крови (трехкратно): 67,4 – 68,6 – 70,2 ммоль/л.

Общий анализ мочи: белок – 0,7 г/л, лейкоциты – 10–15 в п/зр, эритроциты – 4–6 в п/зр, единичные зернистые цилиндры, реакция на ацетон в моче – сомнительная.

Биохимический анализ крови: натрий – 175 ммоль/л (норма – 125–143 ммоль/л), мочевины – 14,5 ммоль/л (норма – до 7,0 ммоль/л), осмолярность плазмы – 500 мосмоль/л (норма: 280–300 мосмоль/л).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. О каком варианте неотложного состояния при данном заболевании можно думать?
3. Что явилось причиной развития данного неотложного состояния?
4. Опишите патогенетические и клинические особенности этого варианта неотложного состояния.
5. Какие варианты комы могут развиваться при данном заболевании?
6. Назовите особенности терапии.

Задача 8

Мальчик 9 лет, поступил в детское эндокринологическое отделение с жалобами на жажду, частое мочеиспускание, повышенный аппетит, периодические боли в животе, задержку роста.

Из анамнеза известно, что ребенок от 2-й беременности, протекавшей с гестозом, мама перенесла ОРЗ в 1-м и 2-м триместре. Роды 2-е, срочные. Вес при рождении 3200 г, длина – 51 см. Перенесенные заболевания: ОРВИ 2–4 раза в год. В семейном анамнезе отягощена наследственность: у бабушки по линии отца сахарный диабет 2-го типа. Мать страдает хроническим алкоголизмом.

Болен сахарным диабетом с 1 года 8 мес.; заболевание манифестировало с кетоацидотической комы.

Родители часто нарушали режим инсулинотерапии, ребенок не соблюдал диету, нерегулярно наблюдался эндокринологом. Периодически отмечались гипогликемические состояния, положительные реакции на ацетон в моче. Последнее 2 года появилось увеличение живота, печени, отстает в росте.

При поступлении: масса тела – 22 кг, рост – 122 см. Состояние средней тяжести, сознание ясное, кожа сухая, округлое лицо с отложением жира на щеках, большой живот, липомы на плечах, животе. В легких дыхание везикулярное, ЧД – 20 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 88 в минуту. АД – 105/65 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, печень плотная, выступает из-под края реберной дуги по срединно-ключичной линии на 6 см, по средней линии занимает верхнюю половину расстояния от пупка до мечевидного отростка. Селезенка не пальпируется. Половые органы сформированы правильно, явления баланита.

Глюкоза крови при поступлении: 16 ммоль/л.

Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л (норма 65–82 г/л), холестерин – 8,5 ммоль/л (норма – 3,1–5,9 ммоль/л).

Гликированный гемоглобин HbA_{1c} : 15% (норма – 4–6%).

Анализ мочи: ацетон ++, глюкоза +.

Вопросы:

1. Оцените физическое развитие.
2. О каком осложнении сахарного диабета можно думать?
3. Как вы понимаете патогенез данного осложнения?
4. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
5. Какое обследование необходимо дополнительно провести?
6. О чем свидетельствует показатель HbA_{1c} ?
7. Назначьте лечение.

Диагностические ключи

Задача 1. Сахарный диабет, 1-й тип, впервые выявленный, фаза декомпенсации без кетоза. Баланит.

Задача 2. Сахарный диабет, 1-й тип, впервые выявленный, фаза декомпенсации с кетозом. Баланит.

Задача 3. Сахарный диабет, 1-й тип, впервые выявленный, диабетический кетоацидоз II степени.

Задача 4. Отек мозга.

Задача 5. Сахарный диабет, 1-й тип, стаж – 5 лет, гипогликемическое состояние.

Задача 6. Сахарный диабет, 1-й тип, стаж – 3 года, гипогликемическая кома.

Задача 7. Сахарный диабет, 1-й тип, впервые выявленный, гипергликемический гиперосмолярный некетотический синдром.

Задача 8. Сахарный диабет, 1-й тип, стаж – 2 года, фаза декомпенсации с кетозом. Синдром Мориака. Липомы на плечах, животе. Баланит.

15. ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ.

**БОЛЕЗНЬ ГРЕЙВСА (ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ).
СИНДРОМ ДИ ДЖОРДЖИ. ВРОЖДЕННАЯ ДИСФУНКЦИЯ
КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ. СИНДРОМ ИЦЕНКО–КУШИНГА.
ОЖИРЕНИЕ. ГИПОПИТУИТАРИЗМ**

Задача 1

В стационар госпитализирована девочка в возрасте 1 года 6 мес. для обследования в связи с задержкой нервно-психического развития и недостаточной прибавкой в весе.

Анамнез: от II беременности, 2-х родов на сроке 43 нед. При рождении масса тела – 4300 г, длина – 54 см. Сосала вяло. Из роддома выписана на 12-е сутки. В периоде новорожденности отмечались медленная эпителизация пупочной ранки – до 3-х нед., затяжная желтуха – до 1 мес. В течение первого года жизни обращали внимание вялое сосание, грубый голос, запоры, плохая прибавка в массе тела, много спала. Заметно отставала в развитии: голову держит с 6 мес., сидит с 10 мес., не интересовалась игрушками, первые резцы прорезались в 1 год.

При поступлении: состояние средней тяжести. Вес – 9800 г. Длина тела – 69 см. Вялая, двигательная активность снижена. Не ходит. Телосложение диспропорциональное: короткие конечности, относительно длинное туловище, кисти широкие. Кожные покровы бледные, сухие, холодные на ощупь, тургор мягких тканей снижен, отечна, мышечная гипотония, пупочная грыжа. Волосы редкие, сухие, ногти ломкие, с тре-

щинами. Рот приоткрыт, высывается большой язык. Большой родничок открыт, 0,5х0,5 см. На волосистой части головы множественные корки гнейса. В легких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧД – 26 в минуту. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, ЧСС – 98 в минуту. Живот увеличен в размерах, “лягушачий”, отмечается мышечный дизостоз по белой линии. Печень пальпируется до 2,5 см, селезенка – до 1,0 см ниже реберной дуги. Мочеиспускание регулярное. Стул склонен к запорам.

Общий анализ крови: Нb – 91 г/л; эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $9,0 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с/я – 31%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 57%, моноциты – 8%; СОЭ – 7 мм/ч.

Биохимический анализ крови: холестерин – 8,4 ммоль/л (норма – 3,1–5,9 ммоль/л).

Рентгенограмма кистей: «костный возраст» соответствует 3–4 мес.

Вопросы:

1. Оцените физическое развитие.
2. Ваш предположительный диагноз? Обоснуйте.
3. Какие симптомы заболевания выявлялись у ребенка в неонатальном периоде?
4. Как вы представляете патогенез заболевания?
5. Оцените результаты проведенных лабораторных исследований и рентгенографии.
6. Составьте план обследования. Как подтвердить диагноз?
7. Какие еще изменения вы ожидаете обнаружить при лабораторно-инструментальном обследовании?
8. Какая терапия показана и как оценивается ее адекватность?

9. Проводится ли неонатальный скрининг данного заболевания? Если да, то на какой день и какой показатель оценивается?

10. Каков прогноз?

Задача 2

В клинику доставлена девочка 12 лет. За 3 нед. до поступления в клинику мать отметила нарастающее похудание на фоне повышенного аппетита, раздражительность, нарушение сна, ощущение жара, деформацию шеи в центральной зоне. Девочка жалуется на чувство «песка в глазах» и слезотечение. Снизилась успеваемость в школе.

Объективно: состояние тяжелое, самочувствие нарушено. Масса тела – 35 кг, рост – 150 см. Девочка эмоционально лабильна, раздражительна, отмечается тремор век, языка и пальцев вытянутых рук, пигментация век, пульсация сосудов шеи, гипергидроз кожных покровов, мраморность дистальных отделов конечностей. Кожа горячая на ощупь. Обращает на себя внимание экзофтальм, при взгляде вверх – диплопия, нарушена конвергенция глазных яблок. В центральной области шеи визуально и пальпаторно отмечается увеличение обеих долей щитовидной железы, которая на ощупь эластична, безболезненна, деформирует шею. В легких перкуторный звук не изменен, аускультативно везикулярное дыхание, ЧД – 24 в минуту, одышка. Тоны сердца громкие, систолический шум в V точке, ЧСС – 120 в минуту, АД – 135/35 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, край печени у реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание частое. Стул до 3 раз, разжижен.

УЗИ щитовидной железы: объем щитовидной железы – 18 см³ (норма – 11,7 см³); снижение ее эхогенности за счет мелких округлых образований.

Исследование крови на гормоны: ТТГ – 0,05 мкЕД/л (норма – 0,3 – 6 мкЕД/л), свободный Т₄ – 250 нмоль/л (норма – 70–120 нмоль/л), Т₃ – 5 нмоль/л (норма – 1,1–1,4 нмоль/л).

Вопросы:

1. Какой диагноз вы поставите? Обоснуйте.
2. Как вы представляете патогенез заболевания? Объясните механизм развития основных симптомов.
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Охарактеризуйте состояние сердечно-сосудистой системы. Какие изменения можно обнаружить на ЭКГ?
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Какие методы лечения заболевания вам известны? Какое лечение показано больной?
7. Как проводится оценка эффективности лечения?

Задача 3

Девочка в возрасте 3 нед. регоспитализирована по поводу подъема температуры тела до 37,7 °С с развитием кратковременных судорожных подергиваний конечностей, катаральными изменениями в зеве, затруднением носового дыхания.

Из анамнеза известно, что девочка от I беременности, протекавшей с гестозом второй половины, угрозой выкидыша на 5-й и 15-й неделях. Мать страдает хроническим алкоголизмом. Роды в срок, масса – 2900 г, длина – 48 см. Оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. Сосала вяло, срыгивала, спустя сутки появилось нарастание тонического напряжения мышц, тремор конечностей. При проведении нейросонографии патологии не выявлено. Спустя двое суток вновь усилилась возбудимость, появились клонико-тонические судороги. Прове-

денная люмбальная пункция воспалительных изменений или маркеров кровоизлияния не выявила. Судороги повторялись неоднократно, в процессе обследования было обнаружено снижение уровня кальция: общего – до 1,8 ммоль/л, ионизированного – до 0,8 ммоль/л, проводилась заместительная терапия. В возрасте 2 нед. девочка была выписана с нормальной температурой тела, нормальным уровнем кальция, по настоянию мамы.

При поступлении: состояние тяжелое в связи с повторными тонико-клоническими судорогами, без потери сознания. Ребенок правильного телосложения. Масса тела – 3000 г. Голова долихоцефалической формы, диморфизм лица: нависающий лоб, гипертелоризм, скошенные вниз глазные щели, готическое небо, короткий носогубный желобок, неполное расщепление мягкого неба, низко посаженные ушные раковины и вырезки на ушных раковинах. Кожные покровы бледные, диффузная мраморность. Носовое дыхание затруднено, слизистое отделяемое. Голос гнусавый. Слизистая оболочка зева умеренно гиперемирована, язык обложен белым налетом. При пальпации – систолическое дрожание в III–IV межреберье слева. Перкуторные границы сердца: левая – передняя подмышечная линия, правая – правая парастернальная линия, верхняя – II ребро. Тоны сердца громкие, выслушивается грубый систолический шум вдоль левого края грудины, *rustum maximum* в III–IV межреберье слева, ЧСС – 140 в минуту. В легких мелкопузырчатые влажные хрипы с обеих сторон, ЧД – 60 в минуту, при беспокойстве возникает одышка. Живот умеренно вздут, доступен пальпации во всех отделах. Печень +4,0 см ниже края реберной дуги, селезенка +1,5 см. Мочеиспускание регулярное. Стул до 2–3 раз, кашицеобразный желто-коричневый, без патологических примесей.

Биохимический анализ крови: кальций общий – 1,7 ммоль/л (норма – 2,1–2,6 ммоль/л), ионизированный – 0,6 ммоль/л (норма – 1,0–1,25 ммоль/л), фосфор – 2,6 ммоль/л (норма – 1,0–2,0 ммоль/л).

УЗИ вилочковой железы: вилочковая железа не визуализируется.

Генетическое исследование методом флюоресцентной гибридизации *in situ*: выявлена делеция сегмента хромосомы 22q11.2.

Вопросы:

1. С чем связаны судороги?
2. Поражения каких органов и систем имеют место у ребенка? Как данные поражения связаны между собой?
3. Поставьте диагноз. Обоснуйте.
4. Охарактеризуйте поражение сердца. Как подтвердить кардиологический диагноз?
5. Какие отклонения при исследовании иммунного статуса можно выявить?
6. Какую терапию следует назначить?

Задача 4

Из роддома в клинику переведена девочка 7 дней в связи с нарушением строения наружных половых органов для обследования и лечения.

Анамнез: от I, физиологически протекавшей беременности, срочных нормальных родов. Масса тела – 3600 г, длина – 52 см, закричала сразу, оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов.

При осмотре девочка правильного телосложения, конечности в состоянии флексии. Голова округлой формы, шея короткая. Открыт большой родничок, 1,5х1,5 см, малый родничок 0,5х0,5 см. Рефлексы периода новорожденности вызываются. Видимые слизистые оболочки розовые. Кожные покровы розовые, несколько суховаты, с отрубевидным шелушением. В легких дыхание проводится равномерно, несколько ослаблено, ЧД – 36 в минуту. Тоны сердца ритмичные,

ЧСС – 140 в минуту, умеренно громкие. Живот мягкий, безболезненный. Пупочная ранка сухая. Печень пальпируется на 1,5 см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Большие половые губы напоминают мошонку, клитор гипертрофирован.

Вопросы:

1. О каком заболевании и какой его клинической форме можно думать?
2. Перечислите патогномичные клинические симптомы.
3. Какие еще клинические формы заболевания выделяют?
4. Объясните патогенез данного заболевания.
5. Проводится ли неонатальный скрининг на данное заболевание? Если да, то в каком возрасте и какой показатель оценивается?
6. Предложите план обследования для уточнения диагноза.
7. Назначьте терапию.

Задача 5

Ребенок в возрасте 7 дней был переведен из роддома в детскую больницу, отделение реанимации и интенсивной терапии в связи с резким ухудшением состояния, отказом от еды, рвотой, диареей.

Анамнез: от I, физиологически протекавшей беременности, срочных родов. Родился с массой 3000 г, длиной 51 см, оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. Приложен к груди через 4 ч, сосал вяло. Ухудшение состояния отмечено с 5-го дня жизни, когда появилась бледность кожи с нарастанием сероватого оттенка, снижение тонуса мышц, тургора тканей, рефлексов периода новорожденности. Сосание вялое, появилась рвота «фонтаном».

При поступлении состояние тяжелое, вял, рефлексы периода новорожденности ослаблены, быстро угасают, диффузная мышечная гипотония, снижение тургора тканей. Кожные покровы бледно-серого цвета, сухие, рвота «фонтаном» 2 раза. Дыхание поверхностное, ЧД – 64 в минуту, ослабленное. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 164 в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень пальпируется до 2 см ниже края реберной дуги, селезенка не увеличена. Мочеиспускание до 6 раз в сутки, стул жидкий, обычной окраски. Гиперпигментация вдоль белой линии живота и наружных гениталий. Пенисообразный и гипертрофированный клитор, складчатые большие половые губы.

Общий анализ крови: Hb – 125 г/л; эритроциты – $5,0 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $9,5 \times 10^9$ /л, нейтрофилы п/я – 2%, с/я – 50%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 38%, моноциты – 8%; СОЭ – 8 мм/ч.

Биохимический анализ крови: натрий 130 ммоль/л (норма – 135–155 ммоль/л), калий – 6,0 ммоль/л (норма – 3,7–5,9 ммоль/л).

Уровень 17-гидроксипрогестерона (по данным 1-го этапа неонатального скрининга) – 98 нмоль/л (норма – менее 30 нмоль/л).

Кариотип: 46 XX.

Вопросы:

1. Определите пол ребенка.
2. Ваш диагноз. Обоснуйте.
3. С чем связано ухудшение состояния ребенка на 5-е сутки жизни?
4. Какие механизмы лежат в основе данного заболевания?
5. Какой вариант заболевания можно предположить и какие патогномичные симптомы указывают на него?
6. При каких еще заболеваниях у новорожденных может отмечаться рвота «фонтаном»? Проведите дифференциальный диагноз.

7. Какая неотложная терапия должна быть назначена?
8. Мониторинг каких показателей должен проводиться во время проводимой терапии?

Задача 6

В клинику направлен мальчик 6 лет с жалобами на головную боль, «мелькание мушек» в глазах, боли в животе, сопровождающиеся жидким стулом до 2–3 раз, которые появились в последние 3 мес. Отдает предпочтение пище с соевым вкусом. От I, физиологически протекавшей беременности, самостоятельных родов в срок. Масса тела – 3350 г, рост – 50 см. Оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов. На искусственном вскармливании с рождения. Раннее развитие без особенностей. С 5 лет отмечается отсутствие прибавки в росте, нарастание размеров пениса и мошонки.

При осмотре мальчик плотного телосложения, рост – 98 см, расширенный плечевой пояс, хорошо развитая мышечная система. Тембр голоса низковат. Кожные покровы бледные, умеренная мраморность в дистальных отделах. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, тахикардия, ЧСС – до 130 в минуту. АД – 130/85 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненность и умеренно выражена перистальтика кишечника. Печень +1,5 см ниже края реберной дуги, селезенка у края реберной дуги. Отмечается легкий запах пота. Редкие волосы в подмышечных областях и на лобке. Умеренное увеличение пениса и мошонки, яички обычных размеров. Мочеиспускание регулярное. Стул в норме.

Определение костного возраста (рентгенграмма костей): тенденция к закрытию эпифизов, костный возраст соответствует 12 годам.

Исследование крови на кариотип и определение полового хроматина: 46XY.

Генетическое исследование: выявлена мутация гена 11 β -гидроксилазы CYP11B1 (локус 8q21).

Вопросы:

1. Оцените половое развитие.
2. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
3. Какие механизмы патогенеза лежат в основе заболевания?
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести? Какие результаты вы ожидаете получить?
5. Какие электролитные нарушения характеризуют данное заболевание?
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. В назначении какой терапии нуждается ребенок?
8. Какие осложнения заболевания возможны?

Задача 7

В отделение поступил мальчик 10 лет по поводу ювенильного идиопатического артрита. Известно, что в течение 2,5 лет получает противовоспалительную гормональную терапию, при этом суставной синдром значительно уменьшился; от введения антицитокиновых препаратов мать отказалась. В последние 2 года отмечена задержка и остановка в росте. Предъявляет жалобы на головную боль давящего характера, снижение зрения, появление «мушек» перед глазами, болезненность в ногах при ходьбе, слабость.

При осмотре: состояние расценено как среднетяжелое, самочувствие нарушено, масса – 65 кг, рост – 120 см, значительное неравномерное увеличение подкожно-жирового слоя на лице («лунообразное» лицо, «матронизация»), шее (над VII шейным позвонком), груди, животе, бедрах. При этом конечности выглядят худыми. В указанных местах скопления

жира – истончение кожи, синюшно-багровые полосы растяжения (стрии). Голос с низким тембром. Кожа лица с багровым оттенком, двойной подбородок. Редкое оволосение в подмышечной и в лобковой областях. В легких дыхание везикулярное, ЧД – 24 в минуту, одышка. Тоны сердца приглушены, склонность к брадиаритмии, ЧСС – 76 в минуту, АД – 140/90 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах, доступен пальпации. Печень до 1 см пальпируется из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание регулярное. Стул со склонностью к запору.

Рентгенограмма трубчатых костей конечностей: явления остеопороза в эпифизарных зонах.

Вопросы:

1. Оцените физическое развитие. Какой диагноз у ребенка?
2. Как связано заболевание с проводимой терапией у ребенка? Какие ее осложнения вам известны?
3. Охарактеризуйте патогномоничные симптомы.
4. Объясните механизмы формирования симптомов заболевания.
5. Какие лабораторные и инструментальные исследования показаны?
6. Назначьте план лечения.

Задача 8

Мальчик 11 лет поступил в клинику с жалобами на избыточный вес, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость.

Из анамнеза известно, что мальчик от II беременности, 2-х срочных родов. Оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов, масса при рождении – 4300 г, длина – 52 см. С 3 мес. на искусственном вскармливании неадаптированными молочными

смесями, первый прикорм введен в 3 мес. – каши. Вес в год – 15 кг. Мальчик и члены семьи предпочитают сладкое, жирное, выпечку. Родители и старшая сестра с избыточным весом, эндокринологом не наблюдаются. Страдает гиподинамией.

Состояние при осмотре среднетяжелое, самочувствие нарушено. Рост – 142 см, масса – 60 кг. Правильного телосложения, избыточно развит подкожно-жировой слой с преимущественным отложением на груди и животе. В легких дыхание везикулярное, ЧД – 20 в минуту. Тоны сердца несколько приглушены, ЧСС – 94 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье. Печень пальпируется до 1 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание регулярное. Стул со склонностью к запору.

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

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

Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,2 ммоль/л, холестерин – 7,6 ммоль/л (норма – 3,1–5,9 ммоль/л), триглицериды – 2,1 ммоль/л (норма – до 1,7 ммоль/л), липопротеины высокой плотности – 0,7 ммоль/л (норма – выше 0,9 ммоль/л), липопротеины низкой плотности – 3,1 ммоль/л (норма – выше 3,0 ммоль/л).

УЗИ органов брюшной полости: размеры печени – увеличены, паренхима – подчеркнут рисунок внутripеченочных желчных протоков; стенки желчного пузыря – утолщены, в просвете определяется жидкое содержимое.

Вопросы:

1. Оцените физическое развитие, рассчитайте индекс массы тела.
2. Оцените результаты обследования.
3. Поставьте диагноз мальчику согласно классификации.
4. Как масса тела при рождении и особенности питания и физического развития на 1-м году жизни могут быть связаны у данного пациента с имеющимся в настоящее время заболеванием?
5. Какие осложнения заболевания вам известны?
6. Какие дополнительные исследования необходимо провести с диагностической целью? Что вы ожидаете выявить?
7. Проведите дифференциальный диагноз.
8. Какие основные принципы терапии и диспансерного наблюдения пациентов с данным заболеванием вам известны?

Задача 9

Мальчик 9 лет, поступил в отделение с жалобами на задержку роста.

От I беременности, протекавшей с анемией и нефропатией, 1-х срочных родов в тазовом предлежании с массой 3150 г, длиной 50 см. С двух с половиной лет после перенесенного менингоэнцефалита родители отметили замедление темпов роста до 3,0 см в год. Рост родителей и родственников первой степени родства не нарушен.

Объективно: рост – 105 см, вес – 16 кг. Тургор тканей и подкожно-жировой слой снижены, избыточность отложения подкожно-жировой клетчатки в области груди и живота. Кожные покровы сухие бледно-сероватой окраски, волосы и ногти тонкие, сухие и ломкие, форма их изменена. В легких дыхание везикулярное, ЧД – 22 в минуту. Тоны сердца ритмичные, умеренно приглушены, ЧСС – 92 в минуту. Живот несколько увеличен в размерах, мягкий. Печень у края ребер-

ной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание регулярное. Стул с тенденцией к запору.

Пробы на стимуляцию СТГ: концентрация СТГ после стимуляции клофелином (первая проба) – 1,2 нг/мл; концентрация СТГ после стимуляции с инсулином (вторая проба) – 1,2 нг/мл (норма – более 10 нг/мл).

Вопросы:

1. Оцените физическое развитие.
2. Прокомментируйте результаты приведенного обследования.
3. Поставьте и обоснуйте диагноз.
4. Какие причины развития заболевания вам известны?
5. Что явилось причиной задержки роста у ребенка?
6. Объясните механизмы развития заболевания.
7. С какими заболеваниями проводят дифференциальный диагноз?
8. Какие дополнительные исследования следует назначить?
9. Какая терапия показана ребенку?

Диагностические ключи

Задача 1. Врожденный гипотиреоз, первичная форма.

Задача 2. Болезнь Грейвса (диффузный токсический зоб).

Задача 3. Синдром Ди Джорджи (синдром делеции 22q11.2, SATCH22-синдром – С – cardiac, А – anomalous, Т – thymus, С – cleft, Н – hypocalcemia): врожденный порок сердца (дефект межжелудочковой перегородки) с развитием недостаточности кровообращения II А степени (С), аномалии строения лица (А), аплазия тимуса (Т), аномалия неба (С), гипокальциемия вследствие гипопаратиреоза, аплазии паращитовидных желез (Н).

Задача 4. Врожденная дисфункция коры надпочечников, дефицит 21-гидроксилазы, простая вирильная форма.

Задача 5. Врожденная дисфункция коры надпочечников, дефицит 21-гидроксилазы, сольтеряющая форма, адреналовый криз (острая надпочечниковая недостаточность) у девочки.

Задача 6. Врожденная дисфункция коры надпочечников, дефицит 11 β -гидроксилазы, гипертоническая форма. Преждевременное половое развитие (ложное, изосексуальное).

Задача 7. Экзогенный гиперкортицизм. Медикаментозный синдром Иценко-Кушинга. Ожирение. Задержка роста. Миопатия. Артериальная гипертензия. Остеопороз. Ювенильный идиопатический артрит, ремиссия.

Задача 8. Ожирение конституционально-экзогенное III степени (индекс массы тела – 31, SDS ИМТ – более 3,0). Дислипидемия. Дисфункция билиарного тракта (дискинезия желчевыводящих путей) по гипотоническому типу.

Задача 9. Приобретенный гипопитуитаризм (соматотропная недостаточность).

ОПИСАНИЕ И ПРОГРАММА КУРСА «ПЕДИАТРИЯ»

1. Описание курса

Цель курса: получение профессиональных знаний по основам педиатрии и освоение базовых профессиональных навыков.

Для реализации данной цели в процессе изучения дисциплины решаются следующие **задачи:**

1) научить студента работать с обязательными и дополнительными источниками информации по педиатрии, умению анализировать и применять на практике полученные знания для постановки диагноза и определения тактики лечения;

2) ознакомить с современными представлениями об этиологии, патогенезе, эпидемиологии, клинической и лабораторно-инструментальной диагностике, диагностических критериях, терапии и профилактике заболеваний у детей;

3) выработать у студента практические навыки по обследованию больных, проведению дифференциального диагноза, формулировке предварительного диагноза, диагностической и терапевтической программы, интерпретации дополнительных методов обследования.

Инновационность курса:

1. Использование последних научных достижений в области педиатрии.

2. Включение подходов к диагностике и терапии заболеваний у детей, основанных на принципах доказательной медицины.

3. Реализация принципов интегрированного ведения болезней детского возраста ВОЗ.

4. Интерактивная форма обучения – клинические ситуационные задачи, основанные на историях болезней конкретных пациентов (case-метод).

Структура курса:

Аудиторная работа – 126 часов.

Темы лекций – 30 часов:

1. Рациональная антибиотикотерапия.
2. Вакцинопрофилактика.
3. Дифференциальная диагностика инфекционных экзантем.
4. Хронические заболевания легких.
5. ВИЧ-инфекция.
6. Тропические трансмиссивные заболевания.
7. Диффузные болезни соединительной ткани.
8. Системные васкулиты.
9. Геморрагические заболевания.
10. Онкогематологические заболевания.

Темы занятий – 96 часов:

1. Острые респираторные вирусные инфекции (грипп, парагрипп, аденовирусная инфекция, респираторно-синцитиальная вирусная инфекция). Острый средний отит. Фебрильные судороги. Нейротоксикоз. Острый бронхиолит и острый обструктивный бронхит (модули 2.1, 9.1, 9.2).

2. Ребенок со стридором. Острый стенозирующий ларинготрахеит (вирусный круп). Эпиглоттит. Бактериальный трахеит. Дифтерийный круп. Аспирация инородного тела. Заглоточный абсцесс. Врожденный стридор. Спазмофилия. Аллергический отек гортани. Синдром обструктивного апноэ сна. Термический ожог дыхательных путей (модуль 2.3).

3. Ребенок с экзантемой. Корь. Краснуха. Парвовирусная инфекция. Лайм-боррелиоз. Многоморфная экссудативная эритема. Болезнь Кавасаки (модули 9.3, 4.8).

4. Ребенок с хроническим кашлем. Коклюш. Респираторный микоплазмоз. Респираторный хламидофилез. Туберкулез легких. Хронические заболевания легких (бронхоэктатическая болезнь и локальный пневмосклероз, облитерирую-

щий бронхиолит). Наследственные болезни с поражением легких (муковисцидоз, первичная цилиарная дискинезия, агаммаглобулинемия Брутона). Инородное тело бронхов. Аспирационный бронхит. Психогенный кашель (модули 9.5–9.7, 2.4–2.6).

5. Ребенок с судорогами. Менингеальный синдром. Бактериальные и вирусные менингиты. Менингококковая инфекция. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. Инфекционно-токсический шок. Синдром острой надпочечниковой недостаточности. Нейротоксикоз. Туберкулезный менингит. Синдром Рея. Столбняк. Малярийная кома (модули 9.2, 9.7–9.16).

6. Ребенок с диареей. Гастроэнтеритический синдром. Синдром дистального колита. Острые кишечные инфекции бактериальной этиологии (сальмонеллез, эшерихиозы, шигиллез, кишечный иерсиниоз, холера). Ротавирусная инфекция. Токсикоз с эксикозом. Гемолитико-уремический синдром. Лямблиоз. Диарея путешественников (модули 9.17–9.22).

7. ВИЧ-инфекция (модуль 9.23).

8. Дифтерия. Паротитная инфекция (модули 9.24–9.25).

9. Герпесвирусные инфекции. Герпетическая инфекция. Герпетиформная экзема Капоши. Ветряная оспа и опоясывающий лишай. Синдром инфекционного мононуклеоза. Эпштейн–Барр вирусная инфекция. Цитомегаловирусная инфекция. Болезни, обусловленные вирусами герпеса человека 6 и 7 типов. Внезапная экзантема (модули 9.26–9.27).

10. Энтеровирусные инфекции (Коксаки, ЕСНО, полиомиелит). Периферические (вялые) параличи. Синдром Гийена–Барре. Ботулизм (модули 9.18, 9.28).

11. Стрептококковые инфекции (ангина, скарлатина, некротический фасциит). Псевдотуберкулез. Дифференциальная диагностика ангин. Синдром Маршалла (модули 9.29, 9.30).

12. Диффузные болезни соединительной ткани (системная красная волчанка, ювенильная системная склеродермия, ювенильный дерматомиозит). Системные васкулиты (неспе-

цифический аортоартериит, узелковый полиартериит, синдром Кавасаки) (модули 4.7–4.8).

13. Ребенок с геморрагическим синдромом. Геморрагические заболевания (гемофилия, болезнь Виллебранда, иммунная тромбоцитопения). Острый лимфобластный лейкоз. Системная красная волчанка. Менингококкемия. Синдром жестокого обращения с ребенком. Геморрагический васкулит. Лихорадка денге (модули 4.7, 4.8, 8.1, 8.2, 9.4, 9.10).

14. Сахарный диабет. Неотложные состояния при сахарном диабете. Синдром Мориака (модуль 7.1).

15. Эндокринные заболевания. Врожденный гипотиреоз. Болезнь Грейвса (диффузный токсический зоб). Синдром Ди Джорджи. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Синдром Иценко-Кушинга. Ожирение. Гипопитуитаризм (модули 7.2–7.6).

Внеаудиторная работа – 42 часа:

1. Самостоятельная подготовка к семинарским занятиям, изучение основных и дополнительных источников информации.

2. Написание учебной истории болезни (курсовая работа).

3. Подготовка доклада и презентации по избранной теме.

4. Подготовка доклада и презентации к клиническому разбору больного.

Описание системы контроля знаний.

Контроль знаний осуществляется с помощью балльно-рейтинговой системы. ***Оцениваются:***

1) посещение лекций (1 лекция – 0,5 балла);

2) посещение занятий и работа на занятии (решение ситуационных задач, опрос, участие в клинических разборах больных – 2 балла за 1 занятие);

3) написание учебной истории болезни (максимальная оценка – 20 баллов);

4) контрольные тесты по инфекционным и по соматическим заболеваниям (максимальная оценка за каждый тест – 20 и 10 баллов соответственно);

5) экзамен по практическим навыкам у постели больного (максимально 10 баллов)

6) подготовка доклада и презентаций по избранной теме и/или клиническому разбору больного (максимальная оценка – по 5 баллов).

Сведения об авторах курса:

Алексеева Ольга Владимировна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии РУДН.

Артамонова Валерия Анатольевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии РУДН.

Брилькова Татьяна Владимировна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии РУДН.

Быстрова Ольга Витальевна – ассистент кафедры педиатрии РУДН.

Гитинов Шамиль Абдулвахидович – аспирант кафедры педиатрии РУДН.

Илларионова Татьяна Юрьевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры педиатрии РУДН.

Кантемирова Марина Григорьевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии РУДН.

Коровина Ольга Александровна – ассистент кафедры педиатрии РУДН.

Кришминская Ирина Владимировна – ассистент кафедры педиатрии РУДН.

Назарова Татьяна Ивановна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии РУДН.

Овсянников Дмитрий Юрьевич – доктор медицинских наук, зав. кафедрой педиатрии РУДН.

Петрук Наталия Ивановна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии РУДН.

Пушко Любовь Витальевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии РУДН.

Халед Мустафа – ассистент кафедры педиатрии РУДН.

2. Программа курса

Модульная структура дисциплины.

Содержание обучения

*(продолжение, начало – см.:
Практикум по педиатрии, часть I)*

Модуль 2. Пульмонология. Заболевания органов дыхания у детей

2.3. Дифференциальная диагностика обструктивных заболеваний верхних дыхательных путей. Острый стенозирующий ларинготрахеит (вирусный круп). Эпиглоттит. Бактериальный трахеит. Дифтерийный круп. Аспирация инородного тела. Заглочный абсцесс. Врожденный стридор. Спазмофилия. Аллергический отек гортани. Синдром обструктивного апноэ сна. Термический ожог дыхательных путей. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Терапия. Прогноз.

2.4. Хронические заболевания легких у детей (бронхоэктатическая болезнь и локальный пневмосклероз, облитерирующий бронхиолит). Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика. Диагностические критерии. Терапия. Прогноз.

2.5. Наследственные болезни с поражением легких (муковисцидоз, первичная цилиарная дискинезия, агаммаглобулинемия Брутона). Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика. Диагностические критерии. Терапия. Прогноз.

2.6. Дифференциальная диагностика хронического кашля. Критерии и этиология хронического кашля у детей. Инородное тело бронхов. Аспирационный бронхит. Психогенный кашель.

Модуль 4. Кардиоревматология. Заболевания сердечно-сосудистой системы и суставов у детей.

4.7. Диффузные болезни соединительной ткани (системная красная волчанка, неонатальная волчанка, ювенильная сис-

темная склеродермия, ювенильный дерматомиозит). Этиология. Классификация. Патогенез. Клиническая картина. Диагностические критерии. Терапия. Прогноз.

4.8. Системные васкулиты (неспецифический аortoартериит, узелковый полиартериит, синдром Кавасаки, геморрагический васкулит). Этиология. Классификация. Патогенез. Клиническая картина. Диагностические критерии. Терапия. Прогноз.

Модуль 7. Эндокринология. Заболевания эндокринной системы у детей.

7.1. Сахарный диабет. Неотложные состояния при сахарном диабете. Осложнения. Этиология. Классификация. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия. Неотложная терапия. Профилактика. Прогноз.

7.2. Заболевания щитовидной железы. Гипотиреоз. Врожденный гипотиреоз. Гипертиреоз. Болезнь Грейвса (диффузный токсический зоб). Этиология. Классификация. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия. Профилактика. Прогноз.

7.3. Заболевания паращитовидных желез. Гипопаратиреоз. Синдром Ди Джорджи. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Терапия. Прогноз.

7.4. Заболевания надпочечников. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Этиология. Классификация. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия. Прогноз.

7.5. Ожирение у детей. Этиология. Классификация. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия. Профилактика. Прогноз.

7.6. Заболевания гипофиза. Гипопитуитаризм. Соматотропная недостаточность. Этиология. Классификация. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия.

Модуль 8. Гематология. Заболевания системы крови у детей.

8.1. Геморрагические заболевания. Гемофилия. Иммунная тромбоцитопения (идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура). Тромбоцитопатии. Болезнь Виллебранда. Этиология. Классификация. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия. Прогноз.

8.2. Онкогематологические заболевания. Лейкозы. Лимфомы. Лимфома Беркитта. Лимфогранулематоз. Этиология. Классификация. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия. Прогноз.

Модуль 9. Детские инфекционные болезни.

9.1. Острые респираторные вирусные инфекции (грипп, парагрипп, РСВ-, аденовирусная и другие инфекции). Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Клиническая картина в зависимости от этиологии и уровня поражения респираторного тракта. Острый средний отит. Фебрильные судороги. Диагностика. Терапия. Прогноз. Профилактика.

9.2. Нейротоксикоз. Этиология. Предрасполагающие факторы. Патогенез. Основные синдромы (судорожный синдром, отек-набухание головного мозга, гипертермический синдром, гипервентиляционный синдром, синдром нейрогенной тахикардии). Диагностика. Терапия.

9.3. Вирусные экзантемы: корь, краснуха, парвовирусная инфекция. Этиология. Классификация. Патогенез. Эпидемиология. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия. Профилактика. Прогноз.

9.4. Геморрагические лихорадки. Этиология. Классификация. Патогенез. Эпидемиология. Клиническая картина. Осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия. Профилактика. Прогноз.

9.5. Коклюш. Этиология. Классификация. Патогенез. Эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика и дифферен-

циальная диагностика. Диагностика. Осложнения. Терапия. Профилактика. Прогноз.

9.6. *Респираторный микоплазмоз и хламидофилез.* Этиология. Классификация. Патогенез. Эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Диагностика. Терапия.

9.7. *Туберкулез.* Этиология. Классификация. Патогенез. Эпидемиология. Клиническая картина. Особенности в детском возрасте. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия. Профилактика. Прогноз.

9.8. *Менингеальный синдром.* Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия.

9.9. *Бактериальные менингиты.* Этиология. Классификация. Патогенез. Эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия. Профилактика. Прогноз.

9.10. *Менингококковая инфекция.* Этиология. Классификация. Патогенез. Эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия. Профилактика. Прогноз.

9.11. *Инфекционно-токсический шок.* Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия.

9.12. *Синдром острой надпочечниковой недостаточности.* Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия.

9.13. *ДВС-синдром при детских инфекциях.* Этиология. Классификация. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия. Профилактика. Прогноз.

9.14. *Синдром Рея.* Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия. Профилактика. Прогноз.

9.15. *Столбняк*. Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия. Профилактика. Прогноз.

9.16. *Малярия*. Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия. Профилактика. Прогноз.

9.17. *Гастроэнтеритический синдром*. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия.

9.18. *Синдром дистального колита*. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия.

9.19. *Острые кишечные инфекции бактериальной этиологии (сальмонеллезы, эшерихиозы, шигиллезы, кишечный иерсиниоз, холера, ботулизм)*. Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия. Профилактика. Прогноз.

9.20. *Ротавирусная инфекция*. Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия. Профилактика. Прогноз.

9.21. *Токсикоз с эксикозом*. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия.

9.22. *Гемолитико-уремический синдром*. Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия.

9.23. *ВИЧ-инфекция*. Этиология. Классификация. Патогенез. Эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия. Профилактика. Прогноз.

9.24. *Дифтерия*. Этиология. Классификация. Патогенез. Эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия. Профилактика. Прогноз.

9.25. *Паротитная инфекция*. Этиология. Классификация. Патогенез. Эпидемиология. Клиническая картина. Диагности-

ка и дифференциальная диагностика. Терапия. Профилактика. Прогноз.

9.26. *Синдром инфекционного мононуклеоза*. Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия.

9.27. *Герпесвирусные инфекции*. Герпетическая инфекция. Герпетическая экзема Капоши. Ветряная оспа и опоясывающий лишай. Эпштейна–Барр вирусная инфекция. Цитомегаловирусная инфекция. Болезни, обусловленные вирусами герпеса человека 6, 7 и 8 типов. Внезапная экзантема. Этиология. Классификация. Патогенез. Эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия. Профилактика. Прогноз.

9.28. *Энтеровирусные инфекции (Коксаки, ЕСНО, полиомиелит)*. Этиология. Классификация. Патогенез. Эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия. Профилактика. Прогноз.

9.29. *Стрептококковые инфекции*. Этиология. Классификация. Патогенез. Эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия. Профилактика. Прогноз.

9.30. *Иерсиниозная инфекция (кишечный иерсиниоз, псевдотуберкулез)*. Этиология. Классификация. Патогенез. Эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Терапия. Профилактика. Прогноз.

Обязательная литература

1. Тюрин Н.А., Кузьменко Л.Г. Детские болезни. – М.: РУДН, 2004. – Ч. I. – 610 с.; Ч. II. – 502 с.
2. Кузьменко Л.Г., Овсянников Д.Ю., Киселева Н.М. Детские инфекционные болезни. – М.: Академия, 2009. – 528 с.
3. Детские болезни / под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 1008 с.

4. Педиатрия / под ред. Н.П. Шабалова. – СПб.: СпецЛит, 2010. – 953 с.: ил.
5. *Овсянников Д.Ю.* Бронхолегочная дисплазия: учебно-методическое пособие. – М.: РУДН, 2009. – 54 с.
6. *Петрук Н.И.* Обструктивные заболевания бронхов в раннем детском возрасте (Вопросы диагностики, дифференциальной диагностики, лечения): учебно-методическое пособие. – М.: РУДН, 2007. – 24 с.
7. Оказание стационарной помощи детям: руководство по ведению наиболее распространенных заболеваний у детей. – М.: ВОЗ, 2013. – 452 с.
8. *Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонова Л.А.* Детские болезни. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Т. 1. – 768 с., Т. 2. – 788 с.
9. *Кузьменко Л.Г., Овсянников Д.Ю.* Туберкулез у детей и подростков: учебное пособие. – М.: РУДН, 2013. – 158 с.
10. *Кузьменко Л.Г.* Тропические трансмиссивные болезни: учебное пособие. – М.: РУДН, 2011. – 120 с.

Дополнительная литература

Ко всему курсу:

1. *Шабалов Н.П.* Неонатология. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – Т. 1. – 607 с.; Т. 2. – 600 с.
2. Неонатология: национальное руководство. Краткое издание / под ред. академика РАМН Н.Н. Володина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 896 с.
3. *Берман Р.Э., Клизман Р.М., Дженсон Х.Б.* Педиатрия по Нэльсону. 17-е изд. / пер. с англ. под ред. академика РАМН, проф. А.А. Баранова. – М.: Рид Элсивер, 2009. – Т. 2. – 992 с.; Т. 3. – 1184 с.; Т. 4. – 1112 с.
4. Педиатрия: национальное руководство. Краткое издание / под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 928 с.

5. Лиссойер Т., Клэйден Г. Детские болезни. – М.: ООО Рид Элсивер, 2010. – 592 с.
6. Шабалов Н.П. Детские болезни. – СПб.: Питер, 2010. – Т. 1. – 982 с.; Т. 2. – 968 с.
7. Детские болезни / под ред. Р.Р. Кильдияровой. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2015. – 832 с.
8. Селбст С.М., Кронэн К. Секреты неотложной педиатрии. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 480 с.
9. Лихорадочные синдромы у детей. Рекомендации по профилактике и лечению / под ред. А.А. Баранова, В.К. Таточенко, М.Д. Бакрадзе. – М.: Союз педиатров России, 2011. – 228 с.
10. Лихорадка у детей / под ред. А. Самба Эль-Радхи, Дж. Кэролла, Н. Клейна. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2013. – 400 с.

К отдельным разделам курса:

Модуль 2. Пульмонология. Заболевания органов дыхания у детей.

1. Клинические рекомендации по диагностике и лечению острых респираторных заболеваний (ОРЗ); лечению пневмонии у детей: клинические рекомендации: методологическое письмо / под ред. А.А. Баранова; сайт Министерства здравоохранения РФ. Опубликовано 22 января 2014. – URL: <http://www.rosminzdrav.ru/documents>.
2. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей. – М.: ПедиатрЪ, 2012. – 480 с.
3. Хронические заболевания легких у детей / под ред. Н.Н. Розиновой, Ю.Л. Мизерницкого. – М.: Практика, 2011. – 224 с.
4. Розина Н.Н., Мизерницкий Ю.Л. Орфанные заболевания легких у детей. – М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2015. – 240 с.

Модуль 4. Кардиоревматология. Заболевания сердечно-сосудистой системы и суставов у детей.

1. Клинические рекомендации по детской кардиологии и ревматологии / под ред. М.А. Школьниковой, Е.И. Алексеевой. – М.: М-арт, 2011. – 503 с.

2. Руководство по детской ревматологии / под ред. Н.А. Геппе, Н.С. Подчерняевой, Г.А. Лыскиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 470 с.

3. Кардиология детского возраста / под ред. А.Д. Царегородцева, Ю.М. Белозерова, Л.В. Брегель. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 784 с.

4. Ревматические заболевания / под ред. Дж. Х. Клиппела, Дж. Х. Стоуна, Л. Дж. Кроффорд, П. Х. Уайт. – Т. 3: Заболевания мягких тканей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 336 с.

Модуль 7. Эндокринология. Заболевания эндокринной системы у детей.

1. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями / под ред. И.И. Дедова, В.А. Петерковой. – М.: Практика, 2014. – 442 с.

2. Дедов И.И., Петеркова В.А. Руководство по детской эндокринологии. – М.: Универсум паблишинг, 2006. – 600 с.

3. Дедов И.И., Кураева Т.Л., Петеркова В.А. Сахарный диабет у детей и подростков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 354 с.

Модуль 8. Гематология. Заболевания системы крови у детей.

1. Клинические рекомендации. Детская гематология / под ред. А.Г. Румянцева, А.А. Масчана, Е.В. Жуковской. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 544 с.

2. Лейкозы у детей / под ред. Г.Л. Менткевича, С.А. Майковой. – М.: Практическая медицина, 2009. – 384 с.

Модуль 9. Детские инфекционные болезни.

1. Исаков В.А., Архипова Е.И., Исаков Д.В. Герпесвирусные инфекции человека. – СПб.: Спецлит, 2006. – 303 с.

2. Эмонд Р., Роуланд Х., Уэлсби Ф. Инфекционные болезни: Цветной атлас. – М.: Wosby-Wolfe-Практика (совместное издание), 1998. – 439 с.

3. Инфекционные болезни у детей / под ред. Д. Марри. – М.: Практика, 2006. – 928 с.
4. Атлас детских инфекционных заболеваний / под ред. К. Дж. Бэйкер. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 496 с.
5. *Хёгер П.Г.* Детская дерматология. Дифференциальная диагностика и лечение у детей и подростков. – М.: Изд. Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013. – 648 с.

Журналы

1. Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского.
URL: www.pediatrjournal.ru
2. Вопросы современной педиатрии.
URL: www.spr-journal.ru
3. Неонатология: новости, мнения, обучение.
URL: www.neonatology.pro

Сайты

1. Сайт Союза педиатров России. – URL: www.pediatr-russia.ru/news/recomend.
2. Сайт Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины. – URL: www.gaspm.ru
3. Сайт Межрегионального общественного объединения «Ассоциация неонатологов». – URL: www.neonatology.pro
4. Сайт для врачей и родителей, чьи дети родились недоношенными. – URL: www.babyfirst.com
5. Сайт Российского респираторного общества. – URL: www.pulmonology.ru
6. Информационно-образовательный портал для врачей. – URL: www.univadis.ru
7. Сайт Ассоциации детских кардиологов России. – URL: www.cardio-rus.ru

Учебное издание

**Ольга Владимировна Алексеева
Валерия Анатольевна Артамонова
Татьяна Владимировна Брилькова
Ольга Витальевна Быстрова
Шамиль Абдулвахидович Гитинов
Татьяна Юрьевна Илларионова
Марина Григорьевна Кантемирова
Ольга Александровна Коровина
Ирина Владимировна Кршеминская
Татьяна Ивановна Назарова
Дмитрий Юрьевич Овсянников
Наталия Ивановна Петрук
Любовь Витальевна Пушко
Мустафа Халед**

ПРАКТИКУМ ПО ПЕДИАТРИИ

В двух частях

ЧАСТЬ II

Под редакцией Д.Ю. Овсянникова

Тематический план изданий
учебной и научной литературы 2014 г., № 26

Редактор *И.Л. Панкратова*
Технический редактор *Н.А. Ясько*
Компьютерная верстка *Ю.А. Заикина*
Дизайн обложки *М.В. Рогова*

Подписано в печать 10.12.15 г. Формат 60×84/16. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 17,25. Тираж 500 экз. Заказ 650

Российский университет дружбы народов
115419, ГСП-1, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 3

Типография РУДН
115419, ГСП-1, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 3, тел. +7 (495) 952-04-41