

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
БЕЛАРУСЬ**

**ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ**

*Л. И. Жукова, П.Д. Новиков*

# **СБОРНИК ЗАДАЧ ПО ПЕДИАТРИИ**

**ДЛЯ СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО  
ФАКУЛЬТЕТА**

**Витебск, 2000**

УДК 616-058.86:378 (081/082)

**Л. И. ЖУКОВА, П. Д. НОВИКОВ.** Сборник задач по педиатрии. - Витебск: ВГМУ.- 2000.- 59 с.

Сборник задач по педиатрии предназначен для студентов лечебно-профилактических и педиатрических факультетов медицинских ВУЗов, составлен в соответствии с типовой учебной программой по педиатрии студентов высших медицинских заведений, утвержденной 23 сентября 1997 года МЗ РБ. В сборнике задач представлен материал учебного плана на основе современных представлений о развитии организма ребенка, индукции и патогенезе заболеваний.

Обсуждено на заседании сотрудников кафедры педиатрии протокол №15, от 3.06.2000 года, на заседании профильного учебно-научно-методического Совета "Акушерство, гинекология и педиатрия", протокол № 6, от 10.06.2000 года.

Рецензенты: зав. кафедрой педиатрии, профессор **В. И. НОВИКОВА**,

297736

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Изучение педиатрии на лечебно-профилактическом факультете медицинского университета представляет значительные трудности, поскольку за сравнительно короткий срок студенту необходимо усвоить большой объем теоретических, клинических знаний и практических умений, а также особенности развития ребенка в различные периоды детского возраста. Самостоятельное изучение, использование метода самоконтроля поможет более глубокому и осмысленному усвоению материала, облегчит подготовку к экзаменам и обеспечит более стойкое, долгосрочное запоминание новой информации.

Сборник ситуационных задач предназначен для студентов 4, 5, 6 курсов и основная их цель - знакомство с практическими ситуациями, развитие клинического мышления, детальное усвоение теоретического материала и использование данных знаний для обоснования тактики обследования и лечения ребенка на конкретном примере.

Представлены задачи по различным разделам педиатрии: гематологии, неонатологии, эндокринологии, нефрологии, кардиологии, гастроэнтерологии, болезням обмена кальция и фосфора, клинической иммунологии.

Доцент Л. И. ЖУКОВА  
Ассистент П. Д. НОВИКОВ

*Ир. 2010*



## ГЕМАТОЛОГИЯ

### Задача №1

Девочка 2 лет обратилась к врачу с жалобами на бледность, вялость, снижение двигательной активности, плохой аппетит. Заболела 5 месяцев назад, когда стала плохо есть (ела только манную кашу и выпивала около 2 литров молока в сутки).

Девочка от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, у матери во время беременности выявлена анемия. Девочка родилась доношенной с массой тела 3300 г, длиной 51 см. На грудном вскармливании находилась три месяца, затем переведена на искусственное, преимущественно коровьим молоком. Девочке проводилась профилактика рахита витамином Д. В возрасте 1 года перенесла острое респираторное заболевание.

При осмотре состояние ребенка средней тяжести, кожа и видимые слизистые бледные. Правильного телосложения, повышенного питания, тонус мышц снижен, тургор тканей снижен. Над легкими выслушивается везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, на верхушке и в точке Боткина выслушивается систолический шум, за пределы сердца не распространяется. Перкуторно границы сердца в пределах возрастной нормы. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, пальпируется край селезенки.

В анализе крови: эритроциты  $2,8 \cdot 10^{12}/л$ , Hb - 74 г/л, цветной показатель - 0,74, лейкоциты  $7,9 \cdot 10^9/л$ , палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 36%, моноциты - 10%, лимфоциты - 46%, СОЭ - 16 мм/час. В мазке анизоцитоз, микроцитоз, пойкилоцитоз.

Ваш диагноз и его обоснование?

Наметьте план дополнительного обследования и лечения.

## **Задача №2**

Мальчик 2,5 лет поступил в клинику с жалобами на бледность, снижение аппетита, раздражительность, плохой сон, снижение двигательной активности. Родился от второй беременности, протекавшей с токсикозом и угрозой выкидыша в сроке 10 недель. Мальчик родился недоношенным с массой тела при рождении 2200 г, длиной 47 см. На грудном вскармливании находился 1,5 месяца, затем искусственное. С 5 месяцев в рационе ребенка преобладала манная каша. Овощное пюре не получал. Мальчик часто болел острыми респираторными заболеваниями, в возрасте 2 лет перенес пневмонию.

При осмотре состояние ребенка тяжелое, резкая бледность кожных покровов, кожа сухая. На слизистой ротовой полости афты. Волосы ломкие, тусклые, отмечена поперечная исчерченность ногтевых пластинок.

Над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, пульс 115 в одну минуту, систолический шум над верхушкой сердца и в точке Боткина. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка - на 1 см. Исследование периферической крови: гемоглобин - 68 г/л, эритроциты -  $2,6 \cdot 10^{12}/л$ , цветной показатель - 0,7, лейкоциты -  $8,0 \cdot 10^9/л$ , палочкоядерные - 6%, сегментоядерные - 34%, моноциты - 12%, лимфоциты - 48%, СОЭ - 20 мм/час. В мазке - анизоцитоз, микроцитоз, гипохромия.

Ваш диагноз и его обоснование? Какова этиология заболевания? Ваш план дополнительного исследования и план лечения?

## **Задача №3**

Девочка 3 лет. поступила в детскую больницу с жалобами на бледность, вялость, плохой аппетит, жидкий стул, однократно рвоту.

Ребенок от второй беременности, без патологии, срочных родов. На грудном вскармливании - 3 месяца, затем - искусственное. Девочка больна

с 3-месячного возраста, когда появился плохой аппетит и расстройство стула. В 2 года девочке был выставлен диагноз целиакия.

При осмотре общее состояние средней тяжести, правильного телосложения, пониженного питания. Выражена бледность кожи и слизистых, легкая истеричность склер. Зев чист, язык обложен белым налетом. Над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум на верхушке. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Живот мягкий, несколько вздут, умеренно болезненный, без четкой локализации боли. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул неоформленный 2-3 раза в сутки, мочеиспускание не нарушено.

Анализ крови: эритроциты  $1,7 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин 49 г/л, цветной показатель -0,85, ретикулоциты - 16%, тромбоциты -  $80 \cdot 10^9/л$ , лейкоциты  $3,2 \cdot 10^9/л$ , метамиелоциты - 2%, палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 22%, лимфоциты - 66%, моноциты - 9%, СОЭ - 15 мм/час. В мазке анизоцитоз, пойкилоцитоз, макроцитоз, мегалоцитоз, нормохромия.

Анализ крови на глюкозо-6-фосфат дегидрогеназу - без дефицита фермента. Сывороточное железо - 17,9 мкмоль/л; данные миелограммы: много мегалоцитов, значительное количество микро- и макроцитов.

Анализ мочи - вариант нормы.

Копрограмма: неоформленный, реакция на кровь отрицательная, большое количество не переваренных мышечных волокон, жир нейтральный и растительная клетчатка не переваренная немного, крахмал - в большом количестве. Яйца глистов и патогенные простейшие не найдены.

Ваш диагноз и его обоснование? Какова этиология заболевания? Наметьте план лечения.

#### **Задача №4**

Мальчик 4 месяцев поступил в детскую больницу с жалобами на бледность, вялость, плохой аппетит.

Ребенок от второй беременности, протекавшей с токсоплазмозом, на фоне острого респираторного заболевания в 32 недели. Родился в сроке 35-36 недель, масса тела при рождении 2300 г, длина 47 см. Мальчик с 1,5 месяцев на смешанном вскармливании, с 3 месяцев на искусственном вскармливании смесью "Малыш". Мать заметила у ребенка бледность с 2 месяцев.

При осмотре состояние мальчика средней тяжести, двигательная активность снижена, гипотония мышц. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно.

Над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, нежный систолический шум над верхушкой. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Селезенка не пальпируется.

Анализ периферической крови: гемоглобин 89 г/л, эритроциты  $2,5 \cdot 10^{12}/л$ , цветной показатель 0,75, палочкоядерные - 6%, эозинофилы - 3%, сегментоядерные - 31%, лимфоциты - 66%, моноциты - 4%, СОЭ - 5 мм/час, в мазке - микроцитоз, анизоцитоз, гипохромия.

Каков ваш диагноз? Укажите этиологию заболевания. Назначьте дополнительные лабораторные исследования и план лечения.

### Задача №5

Девочка 14 лет обратилась к врачу с жалобами на головные боли, головокружения, периодически обморочные состояния, слабость, снижение аппетита. Девочка росла и развивалась нормально, часто болела простудными заболеваниями. Менструальные с 12 лет, обильные, с этого же возраста и появились выше указанные жалобы.

При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы алебастровой бледности, влажные, слизистые бледно-розовые. Над легкими дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, границы в пределах возра-

тной нормы. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Клинический анализ крови: эритроциты -  $3,2 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин - 108 г/л, цветной показатель - 0,8, лейкоциты -  $4,1 \cdot 10^9/л$ , эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 55%, лимфоциты - 36%, моноциты - 5%, СОЭ - 8 мм/час, анизоцитоз, пойкилоцитоз, гипохромия.

Ваш диагноз? Наметьте план дополнительного обследования и лечения.

### **Задача №6**

Мальчик 4 месяцев поступил в детскую больницу с жалобами на желтушность, бледность, плохой аппетит, а также повышение температуры тела до  $38^{\circ}C$ , заложенность носа, кашель. Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, снижением уровня гемоглобина во второй половине беременности. На грудном вскармливании ребенок находился 3 месяца. Мать здорова, у отца периодически отмечается легкая желтушность кожи, в его анализе крови выявляется высокий ретикулоцитоз.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Выражена бледность, желтушность кожи. Ребенок беспокоен, носовое дыхание затруднено, кашляет. Зев ярко гиперемирован. Над легкими выслушивается жесткое дыхание, с обеих сторон сухие и влажные хрипы. Перкуторно легочный звук. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны сердца ритмичные, на верхушке и в V точке нерезкий систолический шум. Живот увеличен в объеме, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка на 4 см, плотная. Стул, мочеиспускание в норме, моча окрашена. Клинический анализ крови: эритроциты -  $1,87 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин - 51 г/л, цветной показатель - 0,85; ретикулоциты - 49%, тромбоциты -  $312 \cdot 10^9/л$ , СОЭ - 11 мм/час, лейкоциты  $10 \cdot 10^9/л$ , палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 26%,

лимфоциты - 62%, моноциты - 8%, эозинофилы - 1%, плазматические клетки - 2%.

Отмечается анизо- и пойкилоцитоз, полихромазия, микросфероциты в значительном количестве. Снижена осмотическая резистентность эритроцитов.

Ваш диагноз?

Наметьте план дополнительного обследования и лечения.

### Задача №7

Ребенок И., 2 месяца поступил в стационар с жалобами на желтуху. Ребенок от первой беременности и родов, с массой 3800 г, длиной 53 см. После рождения кричал сразу, к груди приложен в первые сутки, сосал активно. Находится на грудном вскармливании. Родители здоровы, оба имеют одинаковую группу крови и резус-принадлежность 0(I) Rh (-), как и у ребенка. На пятый день после родов матери назначили порошок хинина (плохо сокращалась матка), и спустя три дня у ребенка появилась желтуха.

При осмотре кожа бледная, с желтушным оттенком, склеры иктеричны, удовлетворительного питания, двигательная активность несколько снижена. При исследовании легких и сердца патологии не определяется. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание в норме, кал окрашен, моча темная.

Анализ крови: гемоглобин 68 г/л, эритроциты -  $3,1 \cdot 10^{12}/л$ , цветной показатель 0,92, СОЭ-2 мм/час, тромбоциты- $230,0 \cdot 10^9/л$ , ретикулоциты-16%. лейкоциты- $6,65 \cdot 10^9/л$ , палочкоядерные-1%, сегментоядерные-25%, лимфоциты-49%, моноциты-7%, эозинофилы-18%, умеренный пойкилоцитоз, немного микроцитов.

Кривая Прайс-Джонса - вариант нормы. Эритроциты матери и ребенка дефицитны по активности Г-6-ФД.

Биохимическое исследование: билирубин общий - 42,7 мкмоль/л, прямой - 3,4 мкмоль/л, общий белок - 53 г/л, альбумины - 69,1%, глобулины:  $\alpha_1$  - 3,6,  $\alpha_2$  - 7,3,  $\beta$  -- 9,1,  $\gamma$  - 10,9.

Диагноз? Каков генез заболевания? Тактика лечения.

### Задача №8

Мальчик 3-х лет, родом из Ирана, поступил в стационар с жалобами на слабость, бледность, желтушность кожи, снижение аппетита.

Мальчик от первой беременности, протекавшей без осложнений, масса тела при рождении 3750 г, рост 52 см. До 7 месяцев находился на грудном вскармливании. Голову стал держать с 4,5 месяцев, к году не ходил, первые зубы прорезались в 8 месяцев. Из анамнеза родителей установлено, что они оба имеют анемию, а также анемией страдает дядя отца.

При осмотре ребенок вялый, безразличный к окружающему. Выражена бледность кожи, иктеричность склер, голова имеет форму "башенного черепа", монголоидный тип лица (широкая запавающая переносица, выступающие скуловые кости), зубы редко посажены, выступают вперед. При исследовании легких патологии не выявлено, при исследовании сердца - нежный систолический шум на верхушке.

Живот увеличен в объеме, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка на 7 см.

В анализе крови: эритроциты -  $1,5 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин - 36 г/л, цветной показатель - 0,6, ретикулоциты - 16%, лейкоциты -  $10 \cdot 10^9/л$ , эозинофилы - 3%, юные - 6%, палочкоядерные - 11%, сегментоядерные - 38%, моноциты - 2%, лимфоциты - 40%, СОЭ - 40 мм/час, пойкилоцитоз +++, анизотроцитоз +++. Минимальная осмотическая стойкость - 0,56% раствор NaCl, максимальная - 0,24% раствор NaCl.

Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование? План дополнительного обследования. Лечение.

### Задача №9

Мальчик 7 месяцев, поступил в стационар с жалобами на бледность, вялость, снижение двигательной активности, плохой аппетит.

Ребенок от первой беременности с токсикозом II половины, родился недоношенным. С 1,5 месяцев находится на искусственном вскармливании. В возрасте 3 месяцев перенес острую кишечную инфекцию, с 4 месяцев - дисбактериоз.

При осмотре - кожные покровы бледные, легкая желтушность кожи и склер. На языке гиперемизированные участки воспаления, чувствительные к приему пищи. При исследовании легких и сердца патологии не выявлено. Печень, селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты  $3,1 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин - 108 г/л, цветной показатель - 0,93, лейкоциты -  $5,6 \cdot 10^9/л$ , сегментоядерные - 32%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 62%, моноциты - 3%, СОЭ - 4 мм/час, ретикулоциты - 6%. Макроцитоз +++, пойкилоцитоз +++, мегалобласты ++, тельца Жолти.

Ваш предварительный диагноз? Каков генез заболевания? Наметьте план дополнительного обследования и лечения.

### Задача №10

Девочка 3-х лет поступила в стационар с жалобами на бледность, желтушность, резкую слабость, чувство тяжести в левом подреберье.

Девочка от первой, нормально протекавшей беременности и родов, с 4 месяцев отмечена периодически возникающая желтуха различной степени выраженности не сопровождающаяся изменением цвета мочи и кала. У матери в анамнезе также отмечаются эпизоды желтухи. Ранее девочку не обследовали.

При осмотре общее состояние тяжелое. Кожные покровы интенсивно желтой окраски, склеры иктеричны. Легкие и сердце без патологии. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, край ровный, гладкий. Селе-

зенка выступает из-под реберной дуги на 7 см, плотная, болезненная при пальпации. Моча соломенно-желтого цвета. Стул оформлен, коричневого цвета.

Обращает на себя внимание гетерохромия радужек, высокой стояние десен, узкие зубные дуги.

Анализ крови: эритроциты -  $2,27 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин - 67 г/л, лейкоциты  $8,0 \cdot 10^9/л$ , эозинофилы - 1%, палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 40%, лимфоциты - 55%, моноциты - 3%, СОЭ - 30 мм/час, ретикулоциты - 21%, микросфероцитоз +++.

Каков ваш предположительный диагноз? План дополнительного обследования и лечения?

### Задача №11

Девочка 4-х лет обратилась к врачу с жалобами на боли в животе, голеностопном суставе, кровоизлияния на туловище, верхних и нижних конечностях.

Заболевание началось остро, через неделю после перенесенного ОРВИ, гнойного отита. В анамнезе раннее искусственное вскармливание, пищевая сенсibilизация. Родители здоровы.

При осмотре состояние тяжелое, температура  $38,3^{\circ}C$ , ребенок беспокоен. Кожа бледно-розовая, на туловище, конечностях, вокруг суставов, ягодицах мелкоточечная геморрагическая сыпь. В местах давления одежды геморрагии приобрели сливной характер. При физикальном обследовании легких и сердца изменений не выявлено. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены, стул, мочеиспускание в норме.

Анализ крови: эритроциты -  $3,7 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин - 112 г/л, цветной показатель - 0,9, тромбоциты -  $450 \cdot 10^9/л$ , лейкоциты -  $9,4 \cdot 10^9/л$ , эозинофилы - 5%, палочкоядерные - 6%, сегментоядерные - 56%, лимфоциты - 26%, моноциты - 7%, СОЭ - 22 мм/час.

Время свертывания по Ли-Уайту - 3 минуты 50 секунд. Анализ мочи общий и по Нечипоренко без особенностей.

Ваш диагноз? План дополнительного обследования и тактика лечения.

### **Задача №12**

Девочка 7 лет, доставлена в стационар врачом скорой помощи с жалобами на тошноту, однократную рвоту, сильные схваткообразные боли в животе, повышение температуры тела до 38,9<sup>0</sup>С.

Заболела остро, из анамнеза известно, что за 2 недели до настоящего заболевания девочка перенесла ангину, лечилась амбулаторно 3 дня, принимала бисептол. На прием меда была аллергическая реакция в виде гиперемии лица и зуда. Росла и развивалась соответственно возрасту, в прошлом были эпизоды пищевой аллергии.

Состояние тяжелое, схваткообразные боли в животе. Во время приступа болей мечется в постели, прижимает ноги к животу. После клизмы получен кашицеобразный стул без слизи, с прожилками крови. Обследована хирургом - острая хирургическая патология исключена.

При осмотре - кожа бледная, мелкоточечная сыпь вокруг локтевых, коленных суставов, на шее, в естественных складках. Сыпь имеет петехиальный характер, не исчезает при надавливании. Правый коленный сустав увеличен в объеме, движения в нем болезненны.

Анализ крови: эритроциты - 4,0  $10^{12}$ /л, гемоглобин 112 г/л, лейкоциты - 14,1  $10^9$ /л, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 68%, лимфоциты - 24%, эозинофилы - 4%, моноциты - 1%, тромбоциты- 420  $10^9$ /л, СОЭ - 28 мм/час.

Анализ мочи: белок - 0,33 г/л, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, эритроциты - 15-16 в поле зрения.

Ваш предварительный диагноз? Ваш план дополнительного обследования и лечения?

### Задача №13

Мальчик 7 лет, поступил в стационар с жалобами на слабость, носовые кровотечения, появление на теле синяков от незначительных травм.

Заболел 2 недели назад, через 10 дней после перенесенной острой респираторной инфекции.

Рос и развивался нормально, часто болел простудными заболеваниями. Родители ребенка и старший ребенок в семье здоровы.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожа бледная с множественными асимметричными разной величины, формы и давности гемorragиями на туловище и конечностях, а также на слизистой полости рта. Лимфоузлы не увеличены. Над легкими везикулярное дыхание, тоны сердца ритмичные, функциональный шум над верхушкой сердца, границы в пределах возрастной нормы. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул в норме, моча соломенно-желтого цвета.

Анализ крови: эритроциты -  $3,5 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин - 112 г/л, цветной показатель - 0,9, тромбоциты -  $22 \cdot 10^9/л$ , лейкоциты -  $11 \cdot 10^9/л$ , эозинофилы - 7%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 55%, лимфоциты - 25%, моноциты - 8%, СОЭ - 12 мм/час. Длительность кровотечения по Дьюку - 10 минут.

Ваш диагноз? План дополнительного обследования и лечения.

### Задача №14

Девочка 13 лет доставлена в стационар с маточным кровотечением, которое возникло впервые. Жалобы на слабость, головокружение. Из анамнеза известно, что последние 4 месяца у ребенка частые, обильные носовые кровотечения, синяки на теле, кровоточивость десен. Подобных заболеваний у родственников не отмечено.

Состояние тяжелое, бледная. На коже множественные асимметричные полиморфные и полихромные гемorragии. Периферические лимфоуз-

лы не увеличены. Тоны сердца слегка приглушены, функциональный систолический шум на верхушке. Пульс 103 удара в минуту, ритмичный. Над легкими без особенностей. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме.

Анализ крови: эритроциты -  $3.1 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин - 90 г/л, цветной показатель - 0,89, ретикулоциты - 30%, анизоцитоз, пойкилоцитоз, лейкоциты -  $11 \cdot 10^9/л$ , моноциты - 4%, нейтрофилы - 3%, лимфоциты - 11%, сегментоядерные - 13%, лимфоциты - 7%, моноциты - 2%, СОЭ - 12 мм/час, тромбоциты -  $18 \cdot 10^9/л$ .

Ваш диагноз? План дополнительного обследования и лечения.

### Задача 15

Мальчик 6 лет, поступил в стационар с жалобами на слабость и головокружение, которые появились после длительного кровотечения из верхней губы, травмированной 5 дней назад. К моменту поступления в стационар кровотечение еще продолжалось.

Из анамнеза известно, что мальчик родился от третьей нормально протекавшей беременности, третьих родов, с массой 3400 г. После рождения в течение трех недель кровоточила пупочная ранка. Затем кровоточивость появилась в 1,5 года в виде длительного носового кровотечения, в 3 года - кровотечение из мест инъекций при лечении пневмонии. В последние годы стали появляться кровоподтеки на коже живота и спины. Мать ребенка также страдает длительными кровотечениями, отец - здоров. Старший ребенок умер в 2 года от кровотечения не установленного генеза. Младший брат больного здоров.

При осмотре: состояние тяжелое, вял, бледен. На верхней губе ссадина со сгустком, из-под которого сочится кровь. На коже туловища единичные кровоподтеки петехиального типа разной давности. Лимфоузлы не увеличены. Скелет без деформаций. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, 115 в 1 минуту, выслушивается слабый систолический

шум на верхушке и в V точке. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Анализ крови: эритроциты -  $1,9 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин - 76 г/л, цветной показатель - 1,0, тромбоциты -  $254 \cdot 10^9/л$ , лейкоциты -  $4,2 \cdot 10^9/л$ , эозинофилы - 6%, нейтрофилы палочкоядерные - 4%, сегментоядерные - 58%, лимфоциты - 23%, моноциты - 3%, СОЭ - 15 мм/час. Анизоцитоз, пойкилоцитоз.

Длительность кровотечения по Дьюку - 15 минут. Адгезивные свойства тромбоцитов - 20% (№-45-50%). Протромбиновый индекс - 1,0; ретракция сгустка - 77% (№-60-80%).

Ваш диагноз? Лечение.

### Задача №16

Мальчик 5 лет поступил в приемное отделение с диагнозом ревматизм, выставленным участковым врачом. При поступлении ребенок предъявлял жалобы на боли, увеличение объема и ограничение движения в правом коленном суставе.

Ребенок от второй нормально протекавшей беременности, вторых родов. С раннего возраста страдает носовыми кровотечениями, после легких травм отмечались гематомы на туловище и конечностях. Родители ребенка и старшая сестра здоровы, у младшего 2-летнего брата также частые и длительные носовые кровотечения. При осмотре состояние средней тяжести. Пониженного питания, бледный. На коже левого плеча энхимоз до 6 см в диаметре. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, тоны сердца слегка приглушены, функциональный систолический шум. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены. Правый коленный сустав шаровидной формы, движения в нем ограничены и резко болезненны. При пункции правого коленного сустава получена гемолизированная кровь.

Ваш диагноз? План дополнительного обследования и лечения.

### **Задача №17**

Мальчик 12 лет, поступил в гематологическое отделение детской больницы с болями в левом коленном суставе и увеличением его объема, которые обнаружены утром после сна. Со второго года жизни мальчик страдает гематомным типом кровоточивости, кровоизлияния в основном в суставы, также отмечались межмышечные гематомы. У мальчика возникали обильные кровотечения после небольших травм из носа, слизистой десен. Ребенок от первой беременности, нормальных родов.

На первом году жизни рос и развивался нормально. На втором году стали появляться синяки. Родители мальчика здоровы, брат матери страдает длительными кровотечениями.

При осмотре состояние средней тяжести. Левый коленный сустав резко увеличен в объеме, горячий на ощупь, движения значительно ограничены. На коже голеней, бедер синяки разной давности. Зев чист. Лимфоузлы не увеличены. Легкие и сердце без патологических изменений. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1 см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Анализ крови: эритроциты -  $3,45 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин - 110 г/л, цветной показатель - 0,92, тромбоциты  $240 \cdot 10^9/л$ , лейкоциты -  $5,6 \cdot 10^9/л$ , эозинофилы - 1%, сегментоядерные - 65%, лимфоциты - 32%, моноциты - 2%, СОЭ - 10 мм/час. Время свертывания по Ли-Уайту - 30 минут.

Ваш диагноз? Лечение.

### **Задача №18**

Девочка 5 лет поступает в стационар с жалобами на снижение аппетита, повышенную утомляемость, субфебрильную температуру, синяки на теле, периодические боли в ногах. Данные жалобы появились два месяца назад и постепенно усиливались. Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсокозом I половины, родился в срок с нормальными массо-

ростовыми показателями. С 1,5 месяцев ребенок находился на искусственном вскармливании, с 3-х месяцев страдает аллергодерматозом, часто болеет острыми респираторными заболеваниями. Наследственность не отягощена, старший ребенок в семье здоров.

При осмотре состояние средней тяжести: вял, бледен, на коже нижних конечностей и туловище единичные геморрагии до 1 см различного цвета. Слизистая губ сухая, трещины в углах рта, кровоточивость десен. Подкожно-жировой слой истончен. Увеличены передне- и заднешейные, подчелюстные, подмышечные и паховые лимфоузлы от 1 до 3 см в диаметре, плотные, безболезненные, не спаянные друг с другом. Выраженные боли в длинных трубчатых костях нижних конечностей, умеренная чувствительность при пальпации ребер и позвоночника. Над легкими дыхание везикулярное. Тоны сердца несколько приглушены, 110-115 в 1 минуту, функциональный систолический шум.

Живот увеличен в объеме, пальпируется плотная с гладкой поверхностью печень, выступающая на 3 см из-под края реберной дуги, селезенка выступает на 2 см, край плотно-эластичной консистенции.

Какие основные синдромы присутствуют у больной? Ваш предположительный диагноз? Наметьте план обследования.

### **Задача №19**

Мальчик 4-х лет, поступил в стационар с жалобами на необильные геморрагические высыпания на ногах, плохой аппетит, быструю утомляемость, повышение температуры. Заболел месяц назад, когда родители заметили бледность, снижение двигательной активности. За два дня до поступления у ребенка повысилась температура до 38<sup>0</sup>С и появилась геморрагическая сыпь на ногах. Ребенок от нормально протекавшей беременности и родов, рос и развивался нормально, вскармливался искусственно. Привит по возрасту. Редко болел простудными заболеваниями. Родители здоровы.

При осмотре состояние тяжелое, вял, бледен. На коже ног и ягодиц петехиальная сыпь. Подкожно-жировой слой развит умеренно, пальпируются лимфоузлы до 1,5 см в диаметре. Со стороны легких и сердца патологических изменений не определяется. Живот несколько болезнен в области печени. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, селезенка на уровне пупка. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Анализ крови: эритроциты -  $3,03 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин - 100 г/л, цветной показатель - 0,97, ретикулоциты - 2%, тромбоциты -  $9,6 \cdot 10^9/л$ , лейкоциты -  $14,3 \cdot 10^9/л$ , бласты - 39%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 10%, лимфоциты - 34%, моноциты - 2%, плазматические клетки - 2%, СОЭ - 40 мм/час.

Ваш предположительный диагноз? Дальнейший план обследования и лечения ребенка.

#### Задача №20

Ира, 1 год 10 месяцев, поступила с жалобами на резкую бледность, плохой аппетит. Девочка от первой беременности с токсикозом первой половины. Родилась с весом 3200 г, длина 51 см, закричала сразу. У матери имела место большая кровопотеря в родах. На грудном вскармливании до 4 месяцев. Перенесла ОРЗ, острый средний отит.

При поступлении состояние ребенка тяжелое, выражены беспокойство, резкая бледность кожных покровов и слизистых. Физически развитие соответствует возрасту. Снижен мышечный тонус, лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание пуэрильное. На верхушке сердца в V точке прослушивается систолический шум. Живот мягкий. Печень + 2 см, определяется край селезенки. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Анализ крови: эр -  $1,4 \cdot 10^{12}/л$ , Нб - 46 г/л, ц. п. - 0,7 ретикулоциты - 31, тромбоциты -  $25 \cdot 10^9/л$ , лейкоциты -  $4 \cdot 10^9/л$ , п - 3%, с - 18%, л - 74%, м - 5%, СОЭ - 20 мм/час. Пойкилоцитоз. Анизоцитоз.

Выражена аципохромия эритроцитов, нормоциты. Биохимические исследования крови: сывороточное железо – 4,1 мл/л, общий белок – 63 г/л, альбумины – 65 %, глобулины –  $\alpha$  – 6 %,  $\beta$  – 10%,  $\beta_2$  – 11%,  $\gamma$  – 8%.

Диагноз? Лечение?

### Задача №21

Оля, 9 лет, поступила в больницу с жалобами на носовое кровотечение, кровавую рвоту. Ребенок болен с 4 лет. Обострения бывают до 4 – 5 раз в год.

Девочка от первой, нормально протекавшей беременности, масса тела при рождении 3100 г. С месячного возраста на искусственном вскармливании. До 1 года не болела. Физически и нервно-психически развита соответственно возрасту. После года болела частыми ОРЗ. Мать здорова. Отец страдает atopической аллергией.

При поступлении состояние средней тяжести. На коже туловища и конечностей "синяки" и отдельные мелкоточечные петехии. Незначительное носовое кровотечение. Лимфоузлы не увеличены. Со стороны легких не выявлено патологии, со стороны сердца – тоже. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул черного цвета, окраска мочи – обычная.

Анализ крови: эр – 2, 3  $10^{12}$ /л, Hb – 74 г/л, ц. п. – 1,0, ретикулоциты – 45%, тромбоциты – 4,0  $10^9$ , п – 2%, с – 56%, л – 26%, м – 7%, СОЭ – 10 мм/час. Время кровотечения по Дьюку – 12 мин. Снижена ретракция кровяного сгустка. Биохимический анализ крови и мочи: вариант нормы.

Диагноз? Лечение.

### Задача №22

Миша, 6 лет, поступил в гематологическое отделение с жалобами на необильные геморрагические высыпания на ногах, повышение температуры, плохой аппетит. Со слов родителей заболел 3 недели назад, когда стал

менее активным, побледнел. Ребенок от нормально протекавшей беременности, масса 3600 г, длина 52 см, приложен к груди через 6 часов после рождения, грудь взял, выписан домой на 5 сутки.

Развивался и рос на первом году удовлетворительно. Были редкие простудные заболевания. Родители здоровы.

При поступлении состояние ребенка тяжелое: выражена бледность, вялость, недомогание. На коже ног в области ягодиц мелкоочечная геморрагическая петехиальная сыпь. Лимфоузлы размером 1 на 1,5 см. Над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. Живот слегка вздут, болезнен при пальпации в области печени. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка на уровне пупка – плотная. Стул и мочеиспускание не нарушены. Менингеальных знаков нет.

Анализ крови общий: эр –  $3,43 \cdot 10^{12}/л$ , Нб – 110 г/л, ц. п. – 0,97, ретикулоциты – 2%, тромбоциты –  $6,8 \cdot 10^9/л$ , лейкоциты –  $11,2 \cdot 10^9/л$ , бласты – 49%, метамнелоциты – 1%, п – 4%, с – 9%, л – 34%, м – 2%. плазматич. клетки – 1%. СОЭ – 10 мм/час, выражен анизо- и пойкилоцитоз эритроцитов.

Миелограмма: бласты – 84%, нейтроф. промиелоциты – 0,5%, миелоциты – 0, плазматич. клетки – 1%, ретикулярные клетки – 3%, нормоциты базофильные – 1%, нормоциты полифроматофильные – 2%, нормоциты оксифильные – 0,5%.

Бластные клетки дают отрицательную реакцию на пероксидазу и липиды и положительную на гликоген.

Диагноз? Лечение.

### **Задача №23**

Таня К., 3 года, поступила с жалобами на боли в животе и геморрагическую сыпь на руках, ногах, туловище, ягодицах.

Заболела остро с появлением обильной пятнистой сыпи красного цвета. Видимой причины заболевания родители не отметили, известно только, что у девочки до этого был гнойный отит.

Девочка от третьей беременности, родилась с массой 3250 г, росла и развивалась нормально. Страдала экссудативным диатезом, рахитом, избыточной массой тела.

Родители здоровы. Старшие дети здоровы. Состояние тяжелое. На стопах, голенях, бедрах, плечах и предплечьях геморрагии разной степени давности. Дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, ясные, зев розовый. Есть кариозные зубы. Живот мягкий, определяется болезненность при надавливании в области пупка. Печень + 2 см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Анализ крови: эр –  $4 \cdot 10^{12}/л$ , Нб – 118 г/л, ц. п. – 1,0, тр –  $480 \cdot 10^9/л$ , л –  $9,1 \cdot 10^9/л$ , п – 6%, с – 61%, л – 26%, м – 7%, СОЭ – 5 мм/час.

Время свертывания по Ли-Уайту 3 мин. 30 сек, повышена реакция сгустка. Протромбиновый индекс – 1.2. Гематокрит – 0,35 СРП+, протеинограмма: альбумины–41%, глобулины:  $\alpha_1$  – 6,9;  $\alpha_2$  – 12,0;  $\beta$  – 13,8,  $\gamma$  – 25,8.

Анализ мочи без особенностей.

Диагноз? Лечение.

## НЕОНАТОЛОГИЯ

### Задача № 1

Ребенок И., 1 день жизни. От четвертой беременности, вторых родов. Первая беременность закончилась рождением здорового ребенка, 2 и 3 беременности – медицинские аборт. Женщина – резус-отрицательная. В 30 недель выявлен титр антител 1:4, который нарастал в дальнейшем до 1:32. Неоднократно лечилась в отделении патологии беременных сеансами гемосорбций.

Роды в сроке 37 недель, стимулированные. Оценка по шкале Апгар 7 – 8 баллов. Состояние при рождении средней тяжести: крик средней силы, умеренно снижены рефлексы, двигательная активность, мышечный тонус. Большой родничок не напряжен. Кожные покровы розовые, пуповина иктеричная.

Над легкими везикулярное дыхание. Перкуторно-легочный звук. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий. Печень + 2 см из-под края реберной дуги, селезенка +1 см. Стул – меконий. Мочился.

Обследование: ребенок резус-положительный, группа крови 0(I). Мать – 0 (I), резус-отрицательная. Билирубин пуповинной крови: общий: 48,0 мкмоль/л, прямой – 0.

Общий анализ крови: эр –  $5,6 \cdot 10^{12}/л$ , Нб – 198 г/л, л –  $12,2 \cdot 10^9/л$ , э – 2%, п – 3%, с – 52%, л – 36%, м – 7%. Билирубин крови 232 мкмоль непрямой. Прямая проба Кумпса – положительная. Начата инфузионная терапия с целью дезинтоксикации, фототерапия, назначен фенобарбитал, энтеросорбенты. Через 8 часов почасовой прирост билирубина составил 10 мкмоль/л.

Диагноз? Дальнейшая тактика лечения? Прогноз?

## Задача № 2

Костя, 1 день, родился в сроке 36 – 37 недель от первой беременности, первых родов. Родился с массой 2000 г, длина тела 45 см.

Во время беременности мать перенесла острое респираторное заболевание с субфебрильной температурой с везикулярными высыпаниями на губах и слизистых оболочках полости рта.

Состояние ребенка при рождении очень тяжелое, в асфиксии, оценка по шкале Апгар 2 – 3 балла. Выражен синдром дыхательных расстройств (по шкале Сильвермана 8 баллов). На коже и слизистых оболочках полости рта и глаз везикулярные высыпания. Выражены желтушность кожных покровов, периоральный цианоз, геморрагические высыпания на коже.

Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры и втяжением углубленных мест грудной клетки. Число дыханий 82 в минуту. Перкуторно над легкими укорочение перкуторного звука в нижних отделах с обеих сторон, при аускультации масса крепитирующих хрипов над всеми легочными полями.

Перкуторно границы сердца не изменены. При аускультации тоны приглушены, выслушивается систолический шум на верхушке и в V точке, за пределы сердца не проводится.

Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка – на 1 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул – мелена.

Предположительный диагноз? План обследования? Лечение?

### **Задача № 3**

Ребенок С., поступил в стационар в возрасте 3-х недель. Девочка от второй беременности, первых родов в сроке 32 недели. Первая беременность окончилась самопроизвольным выкидышем. Вторая беременность протекала с угрозой прерывания в сроке 10 – 12 и 20 – 22 недели.

Роды первые, преждевременные, масса тела при рождении 1500 г, длина тела 43 см, оценка по шкале Апгар 5 – 6 баллов. Состояние при рождении тяжелое. Проводились реанимационные мероприятия. В последующие дни состояние стабильное. В конце первых суток появилась желтушность кожных покровов, которая в дальнейшем усилилась. На третий день жизни состояние ухудшилось: появились тонико-клонические судороги, напряжение большого родничка, симптом "заходящего солнца". Кожные покровы желтушные, появилась петехиальная сыпь в паховых, локтевых сгибах, живот умеренно вздут. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка – на 2,5 см. Проведена спинно-мозговая пункция, ликвор ксантохромный, вытекает частыми каплями.

В общем анализе крови: эр –  $3,8 \cdot 10^{12}/л$ , Нб – 130 г/л, л –  $16,5 \cdot 10^9/л$ , тр –  $25,6 \cdot 10^9/л$ , с – 68%, л – 20%, м – 2%.

На рентгенограмме грудной клетки – сетчатая деформация легочного рисунка в области корня, явления перибронхиальной инфильтрации. В биохимическом анализе крови: билирубин общий – 256 ммоль/л, непрямой – 180 ммоль/л, прямой – 110 ммоль/л.

Спинно-мозговая жидкость: цитоз - 2000 клеток в 1 мл, лимфоцитов – 70%, белок – 0,6 г/л, сахар – 0,7 г/л.

В моче, спинно-мозговой жидкости выделены клетки с крупными ядерными включениями.

Диагноз? План обследования? Лечение?

#### Задача №4

Наташа К., 29 дней, поступила в клинику детских болезней с жалобами на повышенную температуру, плохую прибавку в весе, гнойничковую сыпь на коже. Девочка от второй беременности, масса при рождении 4200 г, закричала сразу. Последние дни беременности мать лихорадила, роды осложнились эндометритом. К груди ребенок был приложен через 2 часа, грудь взяла хорошо, пупочная ранкагноилась до 25 дня жизни. Из роддома из-за болезни матери девочка была выписана на 20 день; дома ребенок плохо брал грудь, на коже появились элементы пиодермии.

За первый месяц жизни прибавила в весе 400 г. Мать считала ребенка здоровым. 2 дня назад у девочки повысилась температура до  $37,3^{\circ}C$ . Объективно при поступлении ребенок пониженного питания, масса тела 4600 г, кожа бледная, на туловище и конечностях единичные свежие элементы пиодермии, пигментация от старых гнойничков. В области левой щеки припухлость, болезненная при пальпации, с гиперемией кожи. Число дыханий 73 в минуту, в легких перкуторно легочный звук, укороченный справа паравертебрально. Здесь же дыхание несколько ослаблено, выслушиваются мелкие влажные хрипы. Границы сердца в норме, тоны приглу-

шены, живот мягкий, безболезненный. Печень по среднечлочичной линии выступает на 3,5 см из-под края реберной дуги, селезенка на 2 см. Стул кашицеобразный, желтый; мочится нормально.

Анализ крови: эр –  $3,1 \cdot 10^{12}/л$ , Hb – 92 г/л, ц. п. – 0,9, л –  $25,6 \cdot 10^9/л$ , п – 9%, с – 66%, л – 20%, м – 5%, СОЭ – 32 мм/час.

Анализ мочи: уд. вес – 1010, белка нет, единичные клетки эпителия в поле зрения, L – 2-3 в поле зрения.

Рентгенография грудной клетки: справа в области 2 – 3 и 5 сегмента очаговое понижение пневматизации легочной ткани. По остальным легочным полям сосудистый рисунок усилен. Сердце в норме.

Консультация хирурга: в области левой щеки болезненный инфильтрат без четких границ. Вскрыт. Выделилось около 30,0 гноя.

Диагноз? Лечение? Прогноз?

### Задача №5

Катя С., 25 дней, доставлена в детскую больницу на "скорой помощи". Мать предъявляет жалобы на резкую вялость ребенка, рвоту фонтаном. Девочка от первой беременности, срочных родов в 39 недель гестации, протекавших без особенностей. Оценка состояния ребенка по шкале Апгар 8 – 9 баллов. Масса тела 2950 г, длина 48 см. К груди была приложена через 3 часа после рождения. К концу третьих суток жизни мать отметила появившуюся вялость сосания у ребенка, срыгивание. Максимальная убыль в массе отмечалась на 5 день жизни и составила 12%. Ребенок был выписан домой на 8 сутки с массой тела 2870 г.

Находилась на грудном вскармливании, но в последующие дни жизни вялость сосания, срыгивания продолжались. Мать также обратила внимание на частое обильное мочеиспускание у ребенка. В 2-х недельном возрасте девочка перенесла ОРВИ, через неделю после перенесенного заболевания, состояние ребенка резко ухудшилось: появилась адинамия, отказ от груди, рвота фонтаном.

При поступлении – состояние ребенка очень тяжелое, девочка пониженного питания (дефицит массы 18%). Кожные покровы бледные, холодные на ощупь, выражен мраморный рисунок кожных покровов, периоральный и дистальный цианоз, тургор, эластичность тканей снижена, слизистые сухие, заострившиеся черты лица. Мышечная гипотония. Одышка до 66/мин, тоны сердца приглушены, тахикардия – 166/мин. Печень +1,5 см, при осмотре половых органов отмечены гипертрофия клитора, слияние половых губ.

Диагноз? Лечение?

### **Задача № 6**

В поликлинику поступил вызов к девочке в возрасте 8 дней. Причина вызова – "фурункулы" молочных желез у ребенка. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов, без патологии. Масса тела 3600 г, длина 51 см. Закричала сразу. К груди приложена в родильном зале. Сосала активно. Лактация у матери хорошая. При осмотре активна, крик громкий, эмоциональный. Внутренние органы без патологии. На крыльях носа и на лбу беловато-желтые узелки размером 1-2 мм, возвышающиеся над уровнем кожи. Выраженное до 2 см в диаметре, увеличение грудных желез, с выделением белого содержимого, без гиперемии вокруг, гиперпигментация соска, "сопение носом". При проверке шагового рефлекса из влагалища появилось небольшое количество слизисто-водянистого отделяемого.

Ваш диагноз? Тактика ведения?

### **Задача № 7**

Девочка 26 дней доставлена отцом в детскую больницу. Госпитализирована на физиологическую койку в связи с операцией у матери (острый аппендицит). При сборе анамнеза выяснено, что роды наступили в срок, физиологические. Масса тела при рождении 3050, длина 49 см. Находится

на грудном вскармливании, часто беспокоится. Промежутки между кормлениями не более часа. При осмотре: температура тела  $36,8^{\circ}\text{C}$ , масса 3150 г, длина 51 см. Кожа с гиперемией в паховых и подмышечных складках. Подкожно-жировая клетчатка истончена: толщина складки на уровне пупка – 0,5 см, груди – 0,5 см, плеч – 1 см, бедра – 1,5 см. Внутренние органы без патологии. Стул густой кашицей 2 раза в сутки. Мочится не более 12 раз в сутки. Крик раздраженный, эмоциональный, жадно хватает соску и рожок с 5% глюкозой. Неврологический статус в пределах нормы.

Ваш диагноз? Лечение.

### Задача № 8

Осмотрен мальчик в возрасте 16 дней от "пожилой первородящей" матери, лечившейся по поводу бесплодия в течение 3 лет. Роды произошли на 35-й неделе беременности, масса тела 2120 г, длина 44 см. Крик - после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. Максимальная убыль массы тела – 8% на 3-й день жизни. Вес восстановился на 14-й день.

Во время осмотра ребенок легко охлаждается. Крик слабый, поисковый рефлекс ослаблен, сосет медленно. После кормления из рожка обильно срыгивает. Кожа лица и туловища желтушная. На спине и плечах пушковые волосы. Пупочная ранка под кровянистой корочкой, без воспалительной реакции. Пупочные сосуды не пальпируются. Внутренние органы без особенностей. Яички не опущены в мошонку. Резко положительный симптом Грефе. Мышечная гипотония. Большой родничок (2,5x3,5 см) слегка выбухает, расхождение сагиттального и венечного швов на 3 мм, малый родничок (0,5x0,5 см) - на уровне костных краев. Ушные раковины мягкие.

Ваш диагноз?

Тактика ведения?

## ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

### Задача №1

Саша К., 4 года, поступил в детскую больницу с жалобами на задержку физического и психического развития.

Ребенок от первой беременности, во время которой мать неоднократно болела острыми респираторными заболеваниями. Масса при рождении – 3,5 кг, рост – 52 см. Первый месяц жизни лечился в районной больнице по поводу затянувшейся желтухи. В дальнейшем плохо прибавлял в весе и отставал в умственном развитии. Повторно в 1, 5 года лечился в сельской участковой больнице, где ставился диагноз рахита. Лечение было безуспешным и ребенка направили в детскую областную больницу, что родители не сделали.

Масса тела при поступлении – 9,5 кг, рост – 76 см. Кожа бледная, сухая с легким шелушением, холодная на ощупь с мраморным рисунком. Волосы ломкие, сухие, усиленно выпадают, ногти ломкие, с трещинами.

Череп большой, переносица западает. Рот полуоткрыт, большой язык не умещается во рту. Множественный кариес зубов. Пропорции тела соответствуют новорожденному, выделяется большой живот. Тоны сердца глухие – брадикардия. Мальчик сидит, но самостоятельно встать не может, отстает в умственном развитии, не говорит.

Анализ крови: эр –  $2,5 \cdot 10^{12}/л$ , Нб – 84 г/л, цв. п. - 0,65, Л –  $6,5 \cdot 10^9/л$ , э – 7%, п - 3%, с- 32%, л- 54%, м- 4%, СОЭ – 4 мм/час. Анализ мочи и кала без патологии. Холестерин в сыворотке крови 15 ммоль/л. ЭКГ – синусовая брадикардия. Пульс – 72 в минуту. Атриовентрикулярная блокада I степени, снижение вольтажа зубцов Р и R во всех отведениях.  $T_3$  крови 0,3 нмоль/л (N – 1,2 – 5,8),  $T_4$  – 20 нмоль/л (N – 90 – 194). Рентгенологическое исследование: дифференцировка скелета соответствует новорожденному.

Ваш диагноз? Какие лабораторные анализы подтверждают этот диагноз? Тактика лечения?

## Задача №2

Больная К., 6 лет, госпитализирована с жалобами на утомляемость, общую слабость, потемнение кожных покровов, сниженный аппетит.

Наследственность не отягощена. Ранний анамнез без особенностей, находилась на грудном вскармливании до 10 месяцев, своевременно вводился прикорм, соки. Первые зубы прорезались в 5,5 месяцев, сидит с 7 месяцев, ходит с года. Психическое развитие соответствует возрасту. Перенесла корь, краснуху, ветряную оспу, пневмонию. С 4 лет стали темнеть кожные покровы. Три месяца назад после гриппа и кишечной инфекции появилась резкая слабость, утомляемость, стала интенсивно темнеть кожа, похудела.

При поступлении: рост – 104 см, масса тела – 18 кг, кожа от светлорусого до темно-бронзового цвета на открытых частях тела, отмечается потемнение слизистых оболочек. Пальпируются мелкие плотные шейные лимфатические узлы. Границы сердца соответствуют возрасту. Пульс – 80 в минуту, удовлетворительного наполнения. АД – 80/40 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены.

Кровь: эр –  $3,8 \cdot 10^{12}/л$ , Нб – 120 г/л, цв. п. - 0,9, Л –  $10,6 \cdot 10^9/л$ , э – 1%, п - 4%, с- 68%, л- 20%, м- 7%, СОЭ – 30 мм/час. Содержание калия в сыворотке крови - 6,12 ммоль/л, натрия - 120 ммоль/л, хлоридов – 115 ммоль/л, мочевины – 10 ммоль/л, холестерина – 6 ммоль/л. 17-ОКС в суточной моче – 0,18 ммоль/сут (N – 0,28 - 15,5 ммоль/сут). 17-КС в суточной моче – 3,25 ммоль/сут (N – 3,45 – 13,8 ммоль/сут). Сахар крови - 3,3 ммоль/л. Реакция Манту 2ТЕ отрицательная. Рентгенологически патологии со стороны легких и сердца не выявлено, костный возраст соответствует паспортному.

Ваш диагноз?

Какие изменения Вы находите в анализах? Тактика лечения.

### **Задача №3**

Саша В., 8 лет, госпитализирован в детскую больницу с жалобами родителей на ускоренное физическое развитие и преждевременное половое созревание. Ребенок от второй беременности, протекавшей нормально. Масса при рождении - 3000 г, рост – 50 см. Ранний анамнез без особенностей, но с первых дней жизни обращало внимание увеличение наружных половых органов и заметное опережение сверстников в физическом развитии. Первый ребенок в семье умер в период новорожденности со слов матери от тяжелой кишечной инфекции (рвота и жидкий стул). Родители здоровы. Физическое развитие мальчика при поступлении соответствует 13 – 14 годам, рост – 156 см, масса – 40 кг. Костный возраст соответствует 14 годам. Мальчик атлетического телосложения с грубыми чертами лица и относительно короткими конечностями. Наружные половые органы развиты почти как у половозрелого мужчины, отмечается оволосение на лобке, в подмышечных впадинах, грубый голос, отстает в психическом развитии. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

При ультразвуковом исследовании выявлена гиперплазия надпочечников. Анализы крови без патологии. Экскреция 17-КС в суточной моче – 86,5 ммоль/сут (N – 3,45 – 13,8 ммоль/сут).

Ваш диагноз? Лечение.

### **Задача №4**

Большая К., 9 лет, болеет сахарным диабетом 3 года, принимает инсулин. Последние две недели после перенесенного гриппа стала вялой, безразличной к окружающему, появилась слабость, головная боль, сонливость, усилилась жажда. Утром родители с трудом разбудили ребенка, но реакция на окружающее неадекватная, вялая, сонливая. После завтрака была рвота, потеряла сознание, доставлена в больницу.

Объективно: сознание отсутствует. Слизистые и кожа сухие. Яркий "диабетический" румянец на щеках, подбородке, лбу. Запах ацетона изо

рта, сухожильные рефлексy снижены, зрачки сужены, гипотония глазных яблок. Дыхание шумное (36 в минуту). ЧСС – 132 в минуту. АД – 79/40 мм рт. ст., тоны сердца глухие, печень на 3,5 см выступает из-под края реберной дуги по правой среднеключичной линии.

Анализ крови: эр –  $6,0 \cdot 10^{12}/л$ , Нб – 145 г/л, цв. п. - 0,9, Л –  $10,2 \cdot 10^9/л$ , э – 7%, п - 8%, с- 72%, л- 18%, м- 2%, СОЭ – 15 мм/час, глюкоза в крови - 26 ммоль/л, гематокрит - 0,52, калий сыворотки крови – 3,5 ммоль/л, натрий – 125 ммоль/л, РН – 7,2, ВЕ – (-10ммоль/л). В моче – резко положительная реакция на ацетон, следы белка, единичные эритроциты.

Ваш диагноз? Патологические изменения в анализах? Тактика лечения?

#### Задача №5

Женя, 5 лет, поступил в детскую больницу с жалобами на вялость, сухость кожных покровов, отставание в умственном и физическом развитии.

Беременность у матери протекала нормально. У больного есть брат 8 лет и две сестры 6 и 3 лет.

Мальчик родился в асфиксии. Масса тела при рождении 3050 г. С первых месяцев жизни отставал в физическом и умственном развитии, проявлялась склонность к судорогам. Масса тела при поступлении 10 кг, рост 100 см, кожа бледная, сухая, грубоватая с легким шелушением, волосы редкие, ломкие. Череп большой, переносица западает, тоны сердца глухие, брадикардия, температура тела  $36,0^0$  С. Мальчик сидит, не стоит, не говорит. Интеллект снижен. При рентгенологическом обследовании обнаружена дифференцировка скелета, свойственная новорожденному. При биохимическом исследовании сыворотки крови уровень ПТГ - следы, концентрация  $Ca^{++}$  снижена, Р - повышена.

Диагноз?

### **Задача №6**

Миша и Коля, 7 лет, близнецы, госпитализированы в детскую больницу с жалобами родителей на ускоренное физическое развитие и преждевременное половое созревание. Масса тела при рождении 2500 и 2400 г, длина – 54 и 52 см.

С рождения отмечено увеличение наружных гениталий. Мальчики росли крупными и заметно опережали своих сверстников. В 3-летнем возрасте началось оволосение лобка, увеличение наружных половых органов.

При поступлении физическое развитие соответствует 13 – 14 годам, рост 155 и 153 см. Масса тела соответственно 38 и 36,5 кг. Костный возраст соответствует 14 годам. На лице и спине множественные угри. Зубной возраст соответствует 8 – 9 годам. Постоянные зубы значительно больше молочных. Со стороны внутренних органов отклонений нет.

Значительно выражено оволосение на лобке. Половой член у обоих крупный, почти как у половозрелого мужчины. Яички 1,5 – 2 см в диаметре, эластичные. Определяются придатки яичек. При ректальном исследовании пальпируются доли предстательной железы. Отмечена задержка интеллектуального развития обоих детей. В первые дни госпитализации дети проявили агрессивность.

Содержание 17-КС в моче 28,6 и 27,9 мг/сут. Прегнандиол 5,2 и 8 мг/сут. Рентгенологическое исследование: умеренная гиперплазия надпочечников у обоих детей.

Диагноз? План обследования и лечения.

### **Задача №7**

Коля, 12 лет, поступил в детскую больницу с жалобами на жажду, повышенный аппетит, похудание.

Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Сахар крови – 16,9 ммоль/л, суточная гликозурия – 136 г, кетоновые тела в крови – 325,4 ммоль/л. Печень увеличена, болезненна при пальпации.

### Гликозурический профиль

Период сбора мочи (час)	Моча (мл)	Сахар (%)	Гликозурия (г)	Ацетон
9 – 14	920	7,0	64,4	-
14 – 19	550	5,4	29,7	-
19 – 23	215	6,0	12,9	-
23 – 6	355	4,4	15,62	Следы
6 – 9	220	6,4	14,08	-

Гликемический профиль: 9 час – 21,1 ммоль/л, 14 час – 17,8 ммоль/л, 19 час – 15,5 ммоль/л, 23 час – 16,3 ммоль/л, 6 час – 13,9 ммоль/л.

Аускультативно: тоны сердца приглушены, систолический шум в V точке, над легкими – везикулярное дыхание, запах ацетона изо рта. АД – 120/75 мм рт. ст. На ЭКГ синусовая аритмия, отклонение электрической оси вправо, частота сердечных сокращений 76 в минуту. При капилляроскопии отмечено сужение артериальных сосудов стазы, ток крови просматривается не везде. На глазном дне границы сосков зрительных нервов не четкие, острота зрения сохранена. Неврологический статус без особенностей.

Диагноз? Назначить инсулин с учетом гликемического и гликозурического профиля, диету.

## НЕФРОЛОГИЯ

### Задача №1

Таня К., 13 лет поступила в клиническую больницу с жалобами на изменения в анализах мочи.

Особенность анамнеза – частые ОРЗ, ангины. В течение 2,5 лет находится под наблюдением врача по поводу нефрита. Неделю назад перенесла ОРЗ, после чего моча приобрела цвет "мясных помоев", в связи с чем и была направлена в стационар.

При осмотре состояние у девочки удовлетворительное, активна, бледна. Подкожно-жировой слой хорошо развит, миндалины увеличены, спаяны с дужками, в лакунах чисто. АД – 105/55. Сердце – границы в пределах возрастной нормы, тоны громкие, чистые. Пульс – 60 в минуту. В легких перкуторно легочный звук, везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Синдром Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание безболезненное, нормальной частоты.

Анализ крови: эр. –  $3,6 \cdot 10^{12}/л$ , Нв – 105, шп – 0,9, л –  $8,1 \cdot 10^9/л$ , СОЭ – 30 мм/час. Мочевина – 4,2 ммоль/л, клубочковая фильтрация – 100 мл/мин.

Общий анализ мочи: белок – 0,003 г/л, эритроциты сплошь покрывают поле зрения. Единичные лейкоциты в поле зрения. Единичные гиалиновые цилиндры в поле зрения. Проба Зимницкого: выпила 1100, выделила 1000, ночной диурез – 400, дневной – 600. Минимальный удельный вес – 1007, максимальный – 1022.

УЗИ почек: оба органа обычной величины и формы, чашечно-лоханочная система не расширена. Паренхима незначительно пониженной эхогенности.

Диагноз? Лечение?

### Задача №2

Жанна Е., 7 лет, поступила в стационар с жалобами на отеки. Ранний анамнез без особенностей. Перенесла корь, скарлатину, часто болела ангинами. Две недели назад перенесла ангину, принимала антибиотики, но ходила в школу.

Состояние тяжелое. Выраженные отеки на лице, пояснице, животе, нижних конечностях. Бледна, АД – 96/50. Сердце – границы в пределах возрастной нормы, тоны громкие, чистые, пульс – 82 в минуту. В легких без особенностей. Живот увеличен в размере, брюшная стенка отечна, пе-

чень + 2 см. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание нормальное.

Общий анализ крови: эр. –  $4,0 \cdot 10^{12}/л$ , Нв – 110 г/л, цп – 0,9, л –  $9,8 \cdot 10^9/л$ , э – 2%, п – 2%, с – 55%, л – 34%, м – 7%, СОЭ – 40 мм/час. Общий белок в сыворотке крови – 50 г/л, альбуминов – 37,4%, глобулинов – 62,6%. Холестерин сыворотки крови – 8,3 ммоль/л, креатинин – 0,15 ммоль/л, мочевины 12,7 ммоль/л.

Общий анализ мочи – удельный вес – 1016, белок – 2,6 г/л, эритроциты единичные в поле зрения. Лейкоциты – единичные в поле зрения. Клубочковая фильтрация – 60 мл/мин. Проба Зимницкого – выпила 1000, выделила – 500. Дневной диурез – 150, ночной – 350. Максимальный удельный вес – 1026, минимальный – 1010.

УЗИ органов брюшной полости: печень в объеме увеличена с усиленным сосудистым рисунком. Желчный пузырь грушевидной формы стенка не изменена. Почки: оба органа увеличены в объеме, пониженной эхогенности паренхима, преобладает над чашечно-лоханочной системой. В отлогих местах брюшной полости определяется гипозоногенный слой до 10 мм. Контурируются петли кишок.

Диагноз? Лечение?

### Задача №3

Таня, 12 лет, поступила в стационар с жалобами на субфебрильную температуру, слабость, головную боль. Из анамнеза известно, что у матери хронический пиелонефрит. Девочка перенесла корь, ветряную оспу, пневмонию. До семи лет наблюдалась урологом по поводу энуреза.

При профосмотре выявлены изменения в моче (лейкоцитурия). При осмотре температура 37,4. Состояние средней тяжести, пониженного питания, синяки под глазами. Слизистые бледные. АД – 90/50. Сердце – границы в пределах возрастной нормы, тоны громкие, короткий систолический

шум на верхушке и в V точке. В легких без особенностей. Печень + 1 см (ниже края реберной дуги). Моченспускание безболезненное.

Общий анализ крови: эр. –  $3,5 \cdot 10^{12}/л$ , Нв – 95г/л, шп – 0,9, л –  $9,2 \cdot 10^9/л$ , СОЭ – 36 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1016, белок – 0,033 г/л, лейкоц. до 25 в поле зрения. Клубочковая фильтрация 120 мл в минуту. Мочевина – 4,8 ммоль/л, холестерин – 4,1 ммоль/л. Проба Нечипоренко –  $10,0 \cdot 10^6$ , эр –  $1,0 \cdot 10^5$ .

УЗИ почек: правая почка обычных размеров и формы. Чашечно-лоханочная система на расширена. Левая почка уменьшена в объеме, отсутствует четкая дифференциация между паренхимой и чашечно-лоханочной системой. На экскреторной урограмме отмечено уменьшение тени левой почки.

Диагноз? Лечение?

#### Задача №4

Тоня, 2 года, поступила в стационар с жалобами на повышение температуры. Ранний анамнез без особенностей. Известно, что в течение последней недели жалуется на боли в животе, стала вялой, не интересуется окружающим, плохо ест. Моча стала мутной.

При осмотре состояние тяжелое, температура 38,1. Бледна, в легких и сердце без особенностей. Пальпация внизу живота болезненная.

Анализ крови: эр. –  $4,3 \cdot 10^{12}/л$ , л –  $21,0 \cdot 10^9/л$ , э – 1%, п – 8%, с – 56%, л – 30%, м – 6%, СОЭ – 30 мм/час. Мочевина крови – 4,1 ммоль/л.

В моче нейтрофильные лейкоциты сплошь покрывают поле зрения, белок – 0,98%, эпителий в большом количестве. Посев мочи положительный (кишечная палочка).

УЗИ почек: Оба органа обычной величины и формы. Чашечно-лоханочная система не расширена. Стенки лоханок утолщены.

Диагноз? Лечение?

## Задача №5

Леня Н., 12 лет поступил в клиническую больницу с жалобами на отеки, головную боль, рвоту, боли в пояснице. Ранний анамнез без особенностей. Перенес корь, скарлатину, пневмонию. Часто болел ОРЗ, ангинами. Болен 1 месяц. Заболевание началось после переохлаждения. Появились отеки. Лечился в районной больнице без эффекта, состояние ухудшается. При поступлении температура 36,8. Состояние ребенка крайне тяжелое, отеки на лице, голенях, асцит. Бледен. АД 200/120. Была рвота. Менингеальных симптомов нет. Сердце расширено влево на 1,5 см от среднеключичной линии, верхняя – II ребро, правая на 1,5 см вправо от правого края грудины, тоны приглушены, систолический шум во всех точках.

Пульс – 120 ударов в минуту. Дыхание – 30 в минуту. В легких в нижних отделах сзади нечеткое укорочение легочного звука, прослушиваются влажные разнокалиберные хрипы. Живот увеличен в размере. Отечность стенки живота, поясницы. Печень + 2 см, селезенка у края реберной дуги. Мочится мало, стул оформленный.

Общий анализ крови: эр – 3,8  $10^{12}/л$ , Нб – 102 г/л, ц. п. – 0,8, л – 12,3  $10^9/л$ , э – 5%, п – 6%, с – 53%, г – 28%, м – 3%, СОЭ – 45 мм/час. Мочевина – 18 ммоль/л, холестерин – 10 ммоль/л, креатинин – 0,2.

Общий анализ мочи: уд. вес – 1012, белок – 1,32 г/г, эр. До 30 в поле зрения, единичные лейкоциты, геалиновые и зернистые цилиндры до 10 в поле зрения. Проба по Зимницкому: максимальный удельный вес – 1013, минимальный удельный вес – 1003, ночной диурез – 100, дневной – 50 мл.

При ультразвуковом обследовании органов брюшной полости определяется увеличение печени, сосудистый рисунок обогащен. Желчный пузырь грушевидной формы, стенки 2 мм. Поджелудочная железа без особенностей. Селезенка гомогенная. Почки: оба органа увеличены в объеме, определяется значительное преобладание паренхимы над чашечно-лоханочной системой. Паренхима неоднородная, экзогенность понижена.

Диагноз? Лечение.

### Задача №6

Катя, 12 лет, поступила в клиническую больницу по поводу жалоб на боли в животе, плохой аппетит, головную боль, частые беспричинные подъемы температуры.

Анамнез без особенностей. Наследственность неотягощена. В дошкольном возрасте перенесла корь, коклюш, скарлатину. Страдает энурезом с 4 лет. Патологические изменения в моче отмечаются с 5 лет (лейкоцитурия).

Девочка пониженного питания, бледная, синие круги под глазами. Зев чист. АД – 100/70. В легких без особенностей. Сердце – границы в пределах возрастной нормы, тоны громкие. короткий систолический шум на верхушке и в V точке. Живот мягкий, при пальпации б/б. Печень и селезенка не пальпируются. Мочеиспускание б/б. Синдром Пастернацкого справа положительный.

Общий анализ крови: эр –  $4,0 \cdot 10^{12}/л$ , Нб – 110 г/л, л –  $16 \cdot 10^9/л$ , СОЭ – 16 мм/час.

В моче белок – 0, 165 г/л, л до 20 – 25 в поле зрения, единичные эритроциты, клетки плоского эпителия. Проба Нечипоренко — л –  $10 \cdot 10^6$ , эритроциты –  $1,5 \cdot 10^6$ . Проба Зимницкого: максимальный удельный вес – 1028, минимальный – 1005. Ночной диурез – 400, дневной – 800. Клубочковая фильтрация 130 мл/мин. Мочевина крови – 4,5 ммоль/л.

На экскреторной урограмме виден пиелотубулярный рефлюкс справа, прерывистые контуры шеек, перегиб мочеточников вследствие гипотонии.

УЗИ почек: оба органа обычных размеров, с ровными контурами. Слева чашечно-лоханочная система не расширена. Справа отмечается расширение лоханки, утолщение ее контуров.

Диагноз? Лечение.

### Задача №7

Яша В., 13 лет, поступил в больницу в очень тяжелом состоянии. Мальчик из семьи, где у матери с 15 лет поставлен диагноз "хронический нефрит". Беременность протекала с токсикозом и выраженной нефропатией. Рос слабым ребенком, часто более острыми респираторными инфекциями. В возрасте 1 год 4 месяца выявлена гематурия. С тех пор постоянная гематурия, протеинурия. В 4 года обращено внимание на снижение слуха. С 13 лет транзиторная гипертензия стала постоянной, появились полиурия, полидипсия, анемия.

При поступлении вял, бледен, адинамичен, запахи мочи изо рта. Кожа бледная, сухая, стигмы дизэмбриогенеза. Резко снижено питание. АД – 180/100. Со стороны сердца тахикардия до 100 в минуту, акцент II тона на аорте, систолический шум во всех точках, в легких без особенностей.

Общий анализ крови: л –  $10,6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 27 мм/час. Калий сыворотки крови – 5 ммоль/л, натрий – 123 ммоль/л. Мочевина – 25 ммоль/л.

Общий анализ мочи: уд. вес – 1008, белок – 3,4 г/л, эр – 10 – 20 в поле зрения, единичные лейкоциты.

Проба Зимницкого – ночной диурез – 100, дневной – 500 мл. Максимальный удельный вес – 1007, минимальный – 1003.

Диагноз? Лечение.

## КАРДИОЛОГИЯ

### Задача №1

Больной Олег Х., 6 лет поступил в детскую больницу 18.03 с жалобами на одышку, утомляемость, головокружение, обмороки, упорные головные боли, приступы потери сознания. Ребенок родился в срок, с массой – 2300г, длина – 51 см. Отмечался цианоз с рождения, нарастающий на первом году жизни. Ребенок отставал в физическом развитии, сидеть стал с 10 месяцев, ходить в 1 год 8 мес. В дальнейшем у ребенка появилась утомляемость, одышка при ходьбе, упорные головные боли. В последнее время

появились обморочные состояния, длящиеся 1- 2 минуты. Объективно: мальчик пониженного питания, длина – 90 см. Кожа и слизистые оболочки цианотичные. Деформация пальцев рук (барабанные палочки), ногти в форме часовых стеклышек. На коже лица, пальцев рук просвечивается расширенная капиллярная сеть. Сердце: верхушечный толчок не пальпируется. Усилена эпигастральная пульсация. I тон на верхушке сердца усилен. Слева от грудины по II – III межреберье выслушивается грубый систолический шум, ослабевающий к другим точкам выслушивания. II тон на легочной артерии не выслушивается, АД – 80/40 мм рт. ст.. Рентгеноскопия грудной клетки: уменьшение кровенаполнения легких. Анализ крови: Эр. –  $6,0 \cdot 10^{12}/л$ , Нб – 200 г/л, Л -  $10,0 \cdot 10^9/л$ . Формула без особенностей. УЗИ сердца: межжелудочковая перегородка значительно утолщена, повышенной эхогенности. В верхней трети полностью не прослеживается. Задняя стенка левого желудочка не изменена. Передняя стенка правого желудочка значительно утолщена. Форма движения митрального и аортального клапанов обычная. Повышена амплитуда движения трикуспидального клапана. Отмечается неполное смыкание его створок. Правые отделы сердца значительно преобладают над левыми. Аорта смещена вправо. Ширина аорты 18 мм, ширина легочной артерии 9 мм.

Диагноз? Лечение?

## Задача №2

Больная Саша Ю., 4 года, поступила в детскую больницу с жалобами на боли в суставах, их припухлость, высокую температуру. Девочка от нормальной беременности, нормальных родов. Росла и развивалась нормально. Родители и еще один ребенок здоровы. Болела острыми респираторными заболеваниями. В последние два года у девочки на фоне острых респираторных заболеваний появились боли в суставах. Заболела две недели назад: поднялась температура до  $38 - 39^{\circ}$ , появились боли в коленных, голеностопных, локтевых, лучезапястных суставах, затем суставы

припухли. Лечилась на дому пенициллином в/м, аспирином, но эффекта не было. При поступлении: состояние тяжелое, температура -  $39,5^{\circ}$ . На коже туловища, конечностей единичные элементы папулезной сыпи. Зев: миндалины рыхлые, в лакунах гной. Отмечается припухлость коленных, голеностопных, локтевых, лучезапястных суставов, кожа над ними отечная, блестящая. В области правого лучезапястного сустава пальпируется подкожно узел размером с горошину. Суставы горячие на ощупь, при движении их определяется крепитация. Подмышечные лимфоузлы увеличены до размеров крупного боба, локтевые до размеров фасоли. Сердце – левая граница 1 см влево от средне-ключичной линии, правая – на 1 см вправо от края грудины. Тоны значительно приглушены. Нежный систолический шум на верхушке и в V точке. Тахикардия – 140 ударов в минуту. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, селезенка – на 2 см. Рентгенография коленных суставов – расширение суставной щели, умеренно выражен остеопороз костей. В крови: эр –  $3,5 \cdot 10^{12}/л$ , Нб – 100 г/л, ц. п. – 0,8, л -  $10,9 \cdot 10^9/л$ , э – 5 %, п – 4 %, с – 62%, м – 6%, л – 23%, СОЭ – 62 мм/час. Серомукоид – 0,360, СРБ – резко положительный. Общий белок – 82, альбумины – 50%, глобулины – 50%,  $\alpha_1$  – 3,5%,  $\alpha_2$  – 11%,  $\beta$  – 13%,  $\gamma$  – 22,5%, ревматоидный фактор из крови не выделен.

Диагноз? Лечение?

### Задача №3

Больная Лена Ж., 9 лет поступила в детскую больницу 5.05 с жалобами на высокую температуру, боли в суставах, полиморфная сыпь на коже, резкое похудание, профузные поты. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, нормальных родов. Росла и развивалась нормально, но на прививки, введение антибиотиков давала тяжелые аллергические реакции. Родители здоровы. В семье еще двое здоровых детей. Заболела 2 недели назад: появилась температура до 39, появилась слабость, адинамия, профузные поты, боли и припухлость коленных и голеностопных суставов.

Лечилась фуразолидоном, аспирином, но состояние не улучшилось, на второй неделе появилась папулезная сыпь на лице. Девочка резко похудела. При поступлении: температура  $39,2^{\circ}$ , пониженного питания, тургор тканей снижен. На лице сливная папулезная сыпь в форме бабочки, на туловище единичные папулезные высыпания. Припухлость и болезненность коленных и голеностопных суставов. Язвочки на слизистой оболочке щек. Лимфоузлы, подмышечные, паховые до размеров боба плотные. Волосы на голове редкие (выпадают во время болезни). Сердце - левая граница на 1 см влево от среднеключичной линии, правая 1,5 см вправо от края грудины. Тоны приглушены, ритм галопа, нежный систолический шум во всех точках. Пульс - 140 в мин. АД - 110/60 мм рт. ст. В легких укорочение перкуторного тона в задненижних отделах легких, там же ослабленное дыхание. Справа над укорочением прослушивается шум трения плевры. Дыхание - 28 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 3 см из-под края реберной дуги. Селезенка - 3 см. В крови: эр -  $2,9 \cdot 10^{12}/л$ , Нв - 80 г/л, ц. п. - 0,7, л -  $3,8 \cdot 10^9 /л$ , п - 8%, э - 1%, с - 54%, л - 21%, м - 6%, общий белок - 80 г/л, альбумины - 40%, глобулины - 60%,  $\alpha_1$  - 3,6%,  $\alpha_2$  - 10%,  $\beta$  - 14%,  $\gamma$  - 32,4%, СОЭ - 60 мм/час. Анализ мочи - белка - 0,33, L - единичные в поле зрения, эр - 3 - 4 в поле зрения. Мочевина крови - 8,2 ммоль/л, креатинин - 0,08 мкм/л, обнаружены LE - клетки.

Диагноз? Лечение?

#### **Задача №4**

Большая Наташа, 11 лет, поступила в детскую больницу 7.05 с жалобами на слабость, боли в сердце, субфебрильную температуру. Девочка от первой беременности. Родители здоровы. Росла и развивалась нормально. Болела острыми респираторными заболеваниями, ветряной оспой, скарлатиной. За 1,5 мес. до поступления в больницу перенесла грипп (эпидемия гриппа). После этого девочка отмечает повышенную утомляемость, сла-

бость, субфебрильную температуру. В последнюю неделю появились боли в сердце. Объективно при поступлении: температура – 37,3, кожа бледная, повышена потливость. При осмотре зева патологии не выявлено. Сердце: левая граница – на 1 см влево от среднеключичной линии, правая на 1,5 см влево от края грудины, верхняя граница на 3 ребре. Тоны сердца приглушены, нежный систолический шум на верхушке, V точке легочной артерии, интенсивность его уменьшается после физической нагрузки. Пульс 60 в минуту, АД – 90/50 мм рт. ст., Д – 24 в минуту. Печень – 1 см выступает из-под края реберной дуги. В крови при поступлении: эр –  $4.1 \cdot 10^{12}$ , Нб – 120 г/л, ц. п. – 0,05, л –  $10,8 \cdot 10^9$ , э – 7%, п – 6%, с – 68, СОЭ – 13 мм/час, м-З%, СРБ – слабо положительный, серомукоид – 0,200, ЭКГ – нарушение возбуждения в предсердиях. Нарушение реполяризации миокарда желудочков.

Диагноз? Лечение?

#### Задача №5

Больная Галя, 12 лет, поступила в детскую больницу 13.06 с жалобами на высокую температуру до 38, боли в коленных и голеностопных суставах. их припухлость, колющие боли в сердце, слабость, потливость.

Девочка от первой беременности, росла и развивалась нормально. С 4 лет часто (до 2 – 3 раз в год) болеет ангинами. Родители здоровы. В конце мая перенесла ангину, после этого посещала школу, но отмечалась слабость. ( июня поднялась температуру до 38, появились боли в коленных и голеностопных суставах. Суставы припухли, кожа над ними гиперемирована. Появились боли в сердце, потливость. Дома не лечилась. При поступлении температура 38,2, бледная, потливость ладоней и подошв. Припухлость коленных суставов. Кожа над ними гиперемирована. Сердце – левая граница – на 1,5 см влево от среднеключичной линии, верхняя во II межреберье, правая – на 1,5 см вправо от края грудины. Тоны глухие, систолический шум средней интенсивности на верхушке, V точке. Тахикардия – 120

в 1 минуту, АД – 90/50 мм рт. ст., ЧД – 20 в минуту. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см.

Общий анализ крови: эр –  $4,2 \cdot 10^{12}$ , Нб – 125 г/л, ц. п. – 0,9, лейкоц. –  $14,2 \cdot 10^9$ , э – 7%, п – 6%, с – 70%, лимф. – 15%, м – 2%, СОЭ – 62 мм/час, СРБ – резко положительный, серомукоид – 0,350, фибрин – 22 мг, ЭКГ – нарушение возбуждения в обоих предсердиях, нарушение реполяризации желудочков.

Диагноз? Лечение?

### Задача №6

Света К., 8 лет, поступила в детскую больницу с жалобами на появление на коже пятен в области лица, верхних и нижних конечностей, которые замечены 3 недели назад. Обращалась к дерматологу, который и направил ребенка в стационар.

Из анамнеза: девочка от второй беременности, родилась с массой 3300 г. Росла и развивалась нормально. Часто болела простудными заболеваниями. Страдала пищевой аллергией. Второй ребенок в семье здоров.

При осмотре состояние средней тяжести, температура 36,7. Зев розовый, кожа сухая. На коже области лица и конечностей округлой формы пятна четко ограниченные лилового цвета, а также участки атрофии кожи – плотные пятна цвета слоновой кости. В области лба очаговое изменение по типу "сабельного удара". Дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме.

Анализ крови: эр –  $3,9 \cdot 10^{12}$ /л, Нб – 118 г/л, ц. п. – 0,94, л –  $6,7 \cdot 10^9$ /л, э – 9%, п – 2%, с – 67%, л – 20%, м – 2%, СОЭ – 25 мм/час. Анализ мочи в норме. ЭКГ: нарушение реполяризации желудочков.

Диагноз? Лечение?

## ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

### Задача №1

Оля, 10 лет, поступила в стационар с жалобами на частую рвоту последние две недели и потерю веса.

Девочка правильного телосложения, от второй нормально протекавшей беременности, росла и развивалась удовлетворительно. Перенесла ветряную оспу, корь, дизентерию. Мать страдает язвенной болезнью желудка.

Год назад беспокоили интенсивные боли в животе, периодически рвота. Лечилась в районной больнице по поводу хронического гастрита. Спустя два месяца после выписки из больницы появились резкие боли в эпигастральной области натощак. За медицинской помощью больше не обращалась, периодически дома соблюдала диетическое питание. Две недели назад поступила в районную больницу на стационарное лечение с вышеуказанными жалобами.

Состояние ребенка тяжелое, заторможена. Резко пониженного питания. Тургор тканей значительно снижен. Трещины в углах рта, слизистые яркие, шелушение кожных покровов живота и конечностей. Тоны сердца приглушены, границы не изменены. Пульс 100 в 1 минуту. В легких жесткое дыхание, хрипы не прослушиваются. Живот втянут, при глубокой пальпации умеренная болезненность в эпигастральной области, печень + 1 см. Аппетит снижен. Рвота возобновляется после приема пищи и питья. Стула 5 дней не было. Мочится очень редко.

Анализ крови: эр –  $5,7 \cdot 10^{12}/л$ , Нб – 150 г/л, ц. п. – 1,0, л –  $13,0 \cdot 10^9/л$ , э – 2%, п – 2%, с – 65%, л – 23%, м – 8%, СОЭ – 14 мм/час. Анализ мочи, кала без отклонений от нормы, амилаза крови - 21 ммоль/л, билирубин не прямой крови 8 ммоль/л. Общий белок 72 г/л, трансамилазы ас/ал 0,36/0,20 ммоль/л, холестерин 6 ммоль/л.

Предварительный диагноз? План обследования.

## Задача №2

Анна, 11 лет, поступила в детскую больницу с жалобами на рвоту, боли в области левого подреберья, эпигастральной области. Ребенок от первой, нормально протекавшей беременности, росла и развивалась нормально. Родители здоровы. В детстве часто неустойчивый стул, но мать за медицинской помощью не обращалась, лечила сама. Часто болеет ангиной.

Ребенок болен в течение года, впервые появились неопределенные боли в области левого подреберья. Последние 5 дней самочувствие ухудшилось, снизился аппетит, появилась тошнота, усилились боли в животе.

Девочка правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы и видимые слизистые чистые. Миндалины гипертрофированы, спаяны с дужками, гнойные пробки в лакунах. Язык чистый, изменений со стороны органов дыхания и кровообращения нет. Живот мягкий, умеренная болезненность в области левого подреберья при пальпации. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Амилаза крови 128 ммоль/л, мочи – 380 ммоль/л. Фракционное дуоденальное зондирование: сфинктер Одди открылся через 1 минуту, после введения сернокислой магнезии. Дебит порции 47 мл, желчь порции "В" вытекает со скоростью 0,8 мл/мин. Во всех порциях желчь прозрачная. При микроскопии желчи 1 – 2 лейкоцита в поле зрения, слизь в небольшом количестве, цилиндрический эпителий и лямблии отсутствуют. При введении HCl и растительного жира сок поджелудочной железы мутноватый.

УЗИ органов брюшной полости: печень без видимых очаговых изменений, в объеме не увеличена. Желчный пузырь обычной величины и формы, содержимое однородное, передняя стенка – 2 мм. Поджелудочная железа увеличена в объеме, гипозоногенная с зернистостью в структуре. почки обычной величины и формы, лоханки не расширены.

Диагноз? Лечение.

### Задача №3

Больной Юра, 6 лет, поступил в детскую больницу с жалобами на боли в животе. Мальчик от третьей, нормально протекавшей беременности. Рос и развивался хорошо. Перенес пневмонию, паротит, часто болеет острыми респираторными заболеваниями. Родители здоровы.

В течение последних 6 месяцев мальчик часто жалуется на боли в животе, непродолжительные, возникающие после приема пищи. При обследовании в поликлинике в кале обнаружены яйца глистов власоглавов и аскарид. Проведена дегельминтизация, но боли продолжают.

При поступлении состояние удовлетворительное. Активен. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Язык обложен белым налетом. Изменений со стороны сердца и легких не обнаружено. Боли в животе усиливаются через 30 – 40 минут после приема пищи. При этом мальчик лежит в вынужденной позе с приведенными к животу ногами. При пальпации живот безболезненный в эпигастральной области и в области пупка. Печень и селезенка у края реберной дуги. Симптомы Ортнера, Мэрфи, Мюсси отрицательные. Стул регулярный. В анализах крови и мочи изменений нет. В кале яйца глистов власоглавов и аскарид.

При исследовании желудочного сока натощак получено 22 мл желудочного сока. Дебит час базальной секреции – 80 мг свободной соляной кислоты, последовательной секреции – 194 мг, часовое напряжение базальной секреции 0,65 мл, последовательной – 86 мл.

УЗИ брюшной полости – патологии не выявлено. ФГДС – слизистая оболочка желудка гиперемирована в антральном отделе отечна, складки утолщены, извитые, воздухом расправляются не полностью. На этом фоне четко определяются дефекты слизистой округлой формы диаметром – 0,2 – 0,4 см, дно чистое, ярко-красное. Слизистая оболочка вокруг дефектов слизистой с ободком гиперемии, резко отечна.

Диагноз? Лечение.

#### Задача №4

Больной Витя, 5 лет, поступил в детскую больницу с жалобами на боли в животе, головную боль, повышенную температуру.

Мальчик от первой беременности, протекавшей нормально. Рос и развивался хорошо. Дважды болел пневмонией, лечился в инфекционной больнице по поводу какой-то кишечной инфекции. Отец мальчика страдает панкреатитом.

В течение последнего года периодически беспокоят боли в животе, неинтенсивные. Последний месяц снизился аппетит. Имеются симптомы хронической интоксикации. Два дня назад появились резкие боли в животе, повысилась температура.

Состояние ребенка средней тяжести. Вял, держится температура до  $38^{\circ}$  С. Мальчик правильного телосложения, удовлетворительного питания, слизистая зева розовая, язык обложен белым налетом. Катаральные явления отсутствуют. Границы сердца в пределах нормы, систолический шум средней интенсивности в III межреберье слева, пульс – 120 в 1 минуту, изменения со стороны органов дыхания не обнаружено. Живот мягкий, резко болезненный в правом подреберье. Симптом Ортнера положительный. Печень +2 см. селезенка не пальпируется. Стул регулярный.

Анализ крови: эр –  $3,3 \cdot 10^{12}/л$ , Hb – 105 г/л, ц. п. – 0,95, л –  $18,0 \cdot 10^9/л$ , э – 3%, п – 1%, с – 78%, л – 10%, м – 8%, СОЭ – 32 мм/час, иммунные комплексы – 112. Изменений в анализах мочи и кала не обнаружено. Альфа-амилаза крови – 120 ед.

Получить для исследования дуоденальное и желудочное содержимое не удалось.

Билирубин крови непрямой – 11 ммоль/л, холестерин – 4,9 ммоль/л, сахар – 4,5 ммоль/л, ал/ас – 0,28/0,30 ммоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: печень без видимых очаговых изменений, увеличена в объеме, структура обычная, желчный пузырь извитой формы, в области перехода тела в шейки определяется перетяжка. Содер-

жимое неоднородное, передняя стенка экзогенная, 5 мм. Эхоконтролируемая пальпация области проекции желчного пузыря – положительная.

Диагноз? Лечение.

## БОЛЕЗНИ ОБМЕНА КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА

### Задача №1

Катя, 8 месяцев, поступила в стационар с жалобами на беспокойство, повышенную потливость. Девочка родилась недоношенной с массой тела 1700 г, длиной 43 см.

После выписки из роддома переведена на искусственное вскармливание. Овощные блюда, фруктовые соки введены в рацион ребенка после 6 месяцев. Редко бывает на воздухе. Перенесла очаговую пневмонию в 3 месяца, двухсторонний очаговый отит в 5 месяцев. Профилактику рахита не проводили.

Девочка прибавляет в весе удовлетворительно, но отстает в развитии моторики и психики. Голову держит с 4 месяцев, не сидит, не произносит слогов, гулит. Вес – 6700 г, длина – 66 см, окружность головы – 44 см, окружность груди – 43 см. Ребенок капризничает, плохо вступает в контакт, беспокойный. Кожные покровы бледные, подкожная клетчатка развита удовлетворительно. Мышечный тонус снижен. Череп неправильной формы, с выраженными лобными и теменными буграми. ВР открыт, слегка выбухает, его размер 4 на 4 см, края податливы. Зубов нет. Грудная клетка деформирована, развернута книзу. Повышена подвижность в области суставов ног. В положении сидя определяется выраженный кифоз. Изменений со стороны сердца и легких не обнаружено. Живот слегка вздут, мягкий безболезненный. Печень + 3 см, селезенка + 1 см, из-под края реберной дуги. Стул и мочеиспускание без особенностей. Анализ крови: эр –  $3,8 \cdot 10^{12}/л$ , Нб – 97 г/л, л –  $10,6 \cdot 10^9/л$ , п – 2%, с – 29%, л – 60%, м – 8%, СОЭ – 6 мм/час. Кальций крови – 1,8 мм/л, фосфор – 0,68 мм/л, щелочная фосфатаза – 165.

Рентгенография дистальных отделов предплечий: остеопороз. Метафизарные концы трубчатых костей расширены, контуры нечеткие, бокаловидные. Ядра окостенения нечеткие.

Диагноз? Лечение.

### Задача №2

Вова, 1 год 2 месяца, поступил в стационар с жалобами на появление приступа судорог с потерей сознания, повышенную температуру, кашель.

Болен 2 день, когда появилась температура, появился насморк, кашель, ребенок стал беспокойным, плохо спал. В день поступления в клинику с утра появилась одышка, затем остановка дыхания, общий цианоз, судороги мышц тела, туловища, конечностей. После глубокого вдоха, пришел в сознание; цианоз и судороги прошли через несколько минут. Машиной скорой помощи доставлен в стационар.

Ребенок от первой беременности без осложнений, первых родов в сроке 39 – 40 недель без особенностей. Закричал сразу. Приложен к груди в родзале; с 3-недельного возраста переведен на искусственное вскармливание. Кормиться в основном молоком, кашами.

Правильного телосложения повышенного питания. Кожные покровы бледные, чистые. Отстает в развитии моторики, сидеть научился в 8 месяцев. ходит с поддержкой. Первые зубы прорезались в 5,5 месяцев. Нарушен порядок их прорезывания. Ребенок хорошо понимает обращение к нему, речь, однако, не умеет произносить слова.

В момент осмотра - сознание ясное, реакция на окружающее – живая. Масса тела 12 кг, длина тела 79 см. Тургор тканей снижен. Гипотония мышц. Выступают лобные бугры, ВР 1,5 на 1,5, края утолщены: грудная клетка развернута в нижнем отделе, "четки" на ребрах. Над легкими жесткое дыхание, сухие хрипы. Перкуторно - укорочение в межлопаточной области. Изменений со стороны сердца не выявлено. Живот мягкий. безбо-

получать ежемесячную заместительную терапию нативной плазмой. На этом фоне обострения очагов хронической инфекции не отмечалось.

Какой иммунодефицит характерен для данного случая?

### Задача №2

Ребенок С., от здоровых родителей, от II беременности, протекавшей с токсокозом в I половине, вторых срочных стремительных родов. Старшая сестра пробанда умерла в возрасте 4 лет от острого лейкоза. Младшая сестра здорова.

Девочка родилась с массой тела 3600г, длиной 51 см. Находилась на естественном вскармливании до 2 месяцев, затем - на искусственном адаптированными смесями. К 1 году весила 8 кг, отставала в моторном развитии. Начала ходить с 1 г 3 мес. В 1,5 года отмечена шаткость походки. Прививалась по возрасту без осложнений. Из инфекций перенесла ветряную оспу. До 3 лет воспитывалась дома, не болела, затем - посещала детский сад, шаткая походка оставалась.

Впервые заболела в возрасте 3 лет пневмонией. После выздоровления постоянно сохранялся влажный кашель, слизистые выделения из носовых ходов. В 6 лет перенесла фурункулез волосистой части головы, в 6 лет 4 мес - острый бронхит, в 6 лет 6 мес. - пневмонию. На фоне бронхита, в возрасте 6 лет 4 мес., было замечено ухудшение походки, усиление гиперкинезов. При иммунологическом обследовании выявлено отсутствие IgA. Лечилась гамма-концентратом IgA. В 7 лет появились телеангиоэктазии.

Госпитализирована в состоянии средней тяжести, с выраженной мозжечковой атаксией и телеангиэктазами склер. Отмечалась гипоплазия миндалин, слизистые выделения из носовых ходов, ослабление дыхания в легких и единичные мелко- и средне-пузырчатые хрипы. При лабораторном исследовании повторно были выявлены отсутствие иммуноглобулина А в сыворотке, абсолютная лимфоцитопения (от 372 до 750 клеток в мм<sup>3</sup>),

лезненный, увеличен в объеме. Печень + 3 см, селезенка на + 1 см. Стул – без патологии.

Отмечается подергивание лицевой мускулатуры. Положительные симптомы Хвостека, Труссо, радиальный и ульнарный феномены. Сухожильные рефлексы умеренно повышены. Менингеальные симптомы – отрицательные.

Общий анализ крови: без особенностей. Кальций крови – 1,75 мм/л, фосфор - 1,5 мм/л, калий – 4,5 мм/л.

Диагноз? Лечение.

### Задача №3

Игорь, 3,5 месяца, поступил с жалобами на упорную рвоту, сонливость, резкое снижение аппетита, запоры.

Ребенок от первой нормально протекавшей беременности. Родился с массой тела 3000 г, рост 50 см. Роды без особенностей. Находился на искусственном вскармливании адаптированными смесями с 1 месяца. Развивался нормально. В течение 2 месяцев ребенок получал спиртовой раствор витамина Д<sub>2</sub> по 5 капель ежедневно (16000 ЕД/сутки).

В момент осмотра ребенок сонлив, бледен. Кожные покровы сухие, в области живота шелушение. Рвота 6 – 7 раз/сутки. Ребенок пониженного питания. Границы сердца несколько расширены, тоны приглушены. Пульс – 160 уд/мин. В легких перкуторно-легочный звук, аускультативно- жесткое дыхание, хрипы не прослушиваются. Живот мягкий, печень увеличена на 4 см, селезенка не увеличена. Стул 1 раз в двое суток.

Общий анализ крови без особенностей. Мочевина крови – 7 ммоль/л, кальций – 2,1 ммоль/л, фосфор – 1,96 ммоль/л, активность щелочной фосфотазы 3 ед., в моче следы белка, единичные эритроциты, лейкоциты. Рентгенологически - интенсивное отложение извести в зонах роста трубчатых костей, повышенная прозрачность диафизов. Проба мочи по Сулковичу резко положительная.

Диагноз? Лечение?

## КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ

### Задача №1

Мальчик В., 8 лет, от IV физиологической беременности II родов. Сын от первых родов страдал повторными пневмониями, менингитами, остеомиелитом и умер в возрасте 5 лет от пневмонии. Масса тела пробанда при рождении 3400г, длина 51 см. Находился на естественном вскармливании 6 месяцев. Прививался по возрасту без осложнений. На первом году жизни развивался нормально. Начал посещать детский коллектив с 1 года 3 мес., сразу заболел правосторонней пневмонией, после чего до 4-х лет воспитывался дома. Несколько раз перенес ОРВИ, без особенностей. В 3 года 8 мес. появился участок алопеции на голове диаметром 1 см, который исчез после 2-х недель местного лечения. В 4 года 5 мес. ребенок переносит левостороннюю пневмонию, которая принимает рецидивирующее течение. В этот период впервые отмечены явления артрита правого коленного сустава, а позднее - обоих коленных суставов. Во время очередной госпитализации в возрасте 6 лет была выявлена агаммаглобулинемия. Проводилась заместительная терапия иммуноглобулином, 0,5 мл на кг массы каждые 2 месяца. По поводу артрита получал неспецифическую противовоспалительную и гормональную терапию, без эффекта. После повторных гипертермических реакций на введение иммуноглобулина препарат был отменен. С этого времени постоянно сохранялись влажный кашель, припухлость, боль и ограничение движений в коленных суставах.

В возрасте 8 лет больной был повторно госпитализирован. В результате клинико-лабораторного исследования был установлен диагноз: двухсторонний хронический гипотрофический эндобронхит, хроническая пневмония в фазе ремиссии. Двухсторонний хронический гнойный гайморит. Ревматоидоподобный артрит. Задержка физического развития. При иммунологическом обследовании не определялся уровень иммуноглобулинов или только в следовой концентрации.

После выписки из стационара ребенок. в течение 1 года продолжал

положительная реакция на альфа-фетопротеин.

Какой вид ИДС у ребенка?

### Задача №3

Ребенок К., пяти лет. Девочка от II беременности, II родов без патологии. Масса тела при рождении 3700, длина 54 см. До 7 месяцев вскармливалась грудью, развивалась нормально. Привита против туберкулеза и полиомиелита. В 3 мес. появился экссудативный диатез. В последующие годы часто беспокоил зуд на фоне умеренных проявлений дерматита. Замечено, что усиление зуда предшествует обострению гнойной инфекции. В 3 года перенесла коклюш, в 4 года -скарлатину. Кроме того, из анамнеза в возрасте 3 мес., на фоне нормальной температуры, впервые появились гнойничковые высыпания на волосистой части головы и в 3 паронихия. В 4 мес. - несколько псевдофурункулов и правосторонний подмышечный гнойный лимфаденит. Несмотря на лечение антибиотиками и иммуноглобулином, псевдофурункулез принял рецидивирующее течение. Развился остеомиелит правой большеберцовой кости. Повторно получала антибиотики и плазму. В 2 года ребенок перенес пневмонию. Бронхолегочные заболевания повторялись в 3 года 9 мес (бронхит), 3года II мес (левосторонняя пневмония) , а также в 5 лет (левосторонняя пневмония). Далее продолжали повторяться эпизоды кожной гнойной инфекции. При иммунологическом обследовании выявлено снижение фагоцитарной активности, уровень IgE выше 1000 Кед/л. Клинический диагноз: атопический дерматит. Рецидивирующие гнойные инфекции кожи и подкожной клетчатки. Абсцесс наружного уха справа. Кандидозный стоматит. Корь, типичная, легкое течение.

Иммунологический диагноз?

### Задача №4

Болезная А., 10 лет. Девочка от здоровых родителей, имеет здорового

брата 15 лет. Родилась от V беременности, протекавшей с токсикозом и угрозой прерывания, преждевременных (на 37-й неделе) родов. С двух месяцев на искусственном вскармливании. Привита. Физическое и психическое развитие на 1-м году жизни - без особенностей.

С возраста 1 года, часто болеет ОРВИ. В 1 год 2 мес. и в 1 год 10 мес. появлялась распространенная сыпь на коже, которая держалась 3 недели. На 2-м году жизни также переносила бронхит (2 эпизода), афтозный стоматит, гингивит. С 3-х лет отмечено исчезновение слез при плаче, появление носовых кровотечений, склонности к экхимозам. Также появились признаки онихомикоза на ногах, а к 6 годам, были поражены ногти на руках. В последующие годы неоднократно переносила бронхиты, 1 раз - пневмонию. В 3 года 7 мес. впервые были отмечены судороги, которые многократно повторялись до 4-х лет. В 4 года выявлен гипопаратиреоз, назначены препараты кальция и витамина Д. В последующем судороги повторялись реже. С 6 лет отмечается неустойчивый периодически обесцвеченный стул, вздутие живота, вялость, слабость, потеря аппетита, похудание. В тяжелом состоянии была госпитализирована в эндокринологическое отделение, где установлен диагноз: кандидо-эндокринный синдром. В результате комплексного клинико-лабораторного обследования был установлен диагноз: аутоиммунная полиэндокринопатия: декомпенсированный гипопаратиреоз, субкомпенсированная первичная хроническая надпочечниковая недостаточность, струма II с недостаточностью функции щитовидной железы. Синдром Сьегрена: полиэкзокринная недостаточность (ксеростомия, ксерофтальмия, синдром сгущения желчи). Вторичный синдром нарушенного кишечного всасывания, дисбактериоз протейно-грибковой этиологии. Иммунологическое обследование выявило дефицит экспрессии общих и хелперной популяций Т-клеток.

Какой из ИДС можно предположить?

## ОТВЕТЫ

№ задачи	Правильный ответ
<b>Гематология</b>	
1.	Железodefицитная анемия, средней степени тяжести, алиментарного генеза. Паратрофия.
2.	Железodefицитная анемия, тяжелой степени, алиментарно-инфекционная. Афтозный стоматит.
3.	Мегалобластная (В <sub>12</sub> -дефицитная анемия), тяжелое течение. Целиакия.
4.	Анемия недоношенного, средней степени тяжести.
5.	Ювенильный хлороз.
6.	Наследственный микросфероцитоз (болезнь Минковского-Шоффара). Острое респираторное заболевание (ринофарингит, бронхит).
7.	Наследственная гемолитическая анемия, связанная с дефицитом активности Г-6-ФД эритроцитов.
8.	Большая талассемия.
9.	В <sub>12</sub> -дефицитная анемия.
10.	Гемолитическая анемия, наследственная микросфероцитарная (болезнь Минковского-Шоффара).
11.	Геморрагический васкулит, кожно-суставная форма, II степень активности, острое течение.
12.	Геморрагический васкулит, смешанная форма (кожная, суставная, абдоминальная, почечная), III степень активности, острое течение.
13.	Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура.
14.	Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Постгеморрагиче-

	ская анемия средней тяжести.
15.	Болезнь Виллебранда. Постгеморрагическая анемия, средней тяжести.
16.	Гемофилия А, обострение.
17.	Гемофилия А, обострение, гемартроз левого коленного сустава.
18.	Предположительный диагноз - острый лейкоз.
19.	Острый лейкоз, развернутая стадия.
20.	Железодефицитная анемия, тяжелая форма, смешанного генеза.
21.	Тромбоцитопеническая пурпура, хроническое рецидивирующее течение, постгеморрагическая анемия, средняя степень тяжести.
22.	Острый лимфобластный лейкоз, развернутая стадия болезни.
23.	Геморрагический васкулит. Смешанная форма. Кожно-абдоминальный синдром. Активная фаза. Тяжелое течение.
<b>Неонатология</b>	
1.	Гемолитическая болезнь новорожденного, резус-конфликт, желтушная форма.
2.	Внутриутробная герпетическая инфекция I типа.
3.	Внутриутробная цитомегаловирусная инфекция (интерстициальная пневмония, менингоэнцефалит, гепатит).
4.	Сепсис. Септикопиемия: пиодермия, абсцесс левой щеки; правосторонняя очаговая пневмония.
5.	Адрено-генитальный синдром, сольтеряющая форма. Синдром острой надпочечниковой недостаточности.
6.	Новорожденная. Здоровая. Гормональный криз.
7.	Гипотрофия I степени тяжести, постнатальная, алиментарная. Опрелость I степени.
8.	Недоношенный новорожденный. Срок гестации – 35 недель. Затяжная желтуха новорожденных. Перинатальная энцефалопатия гипоксического генеза, гипертензионно-гидроцефальный синдром.

<b>Эндокринология</b>	
1.	Врожденный гипотиреоз. В анализах крови снижено содержание $T_3$ , $T_4$ , гиперхолестеринемия, железодефицитная анемия, эозинофилия.
2.	Хроническая недостаточность надпочечников (болезнь Аддисона).
3.	Адрено-генитальный синдром, вирильная форма.
4.	Сахарный диабет, I тип, тяжелая форма, кетоацидотическая кома.
5.	Врожденный гипопаратиреоз.
6.	Адрено-генитальный синдром, вирильная форма.
7.	Адрено-генитальный синдром, сольтеряющая форма. Синдром острой надпочечниковой недостаточности.
<b>Нефрология</b>	
1.	Хронический гломерулонефрит, гематурическая форма, период обострения.
2.	Острый постстрептококковый гломерулонефрит с нефротическим синдромом. Нарушение функции почек.
3.	Гипоплазия левой почки. Вторичный хронический пиелонефрит. Период обострения. Без нарушения функции почек.
4.	Острый первичный пиелонефрит. Активная стадия. Без нарушения функции почек.
5.	Подострый злокачественный гломерулонефрит. ПН.
6.	Хронический пиелонефрит (вторичный на фоне врожденной аномалии: правосторонний рефлюкс). Период обострения.
7.	Синдром Альпорта, хроническая почечная недостаточность.
<b>Кардиология</b>	
1.	Врожденный порок сердца – тетрада Фалло.
2.	Ювенильный ревматоидный полиартрит, суставно-висцеральная форма (синдром Стилла), серонегативный, быстро прогрессирующее течение, III степени активности.
3.	Системная красная волчанка, острое течение, активная фаза (III сте-

	пень). "Бабочка", полиартрит, миокардит, двухсторонний экссудативный плеврит. Гломерулонефрит.
4.	Неревматический кардит.
5.	Ревматизм, активная фаза (III степень), первичный эндомиокардит, полиартрит. Острое течение. Но.
6.	Склеродермия, распространенная форма.
<b>Гастроэнтерология</b>	
1.	Язвенная болезнь желудка, фаза обострения, стеноз привратника
2.	Хронический панкреатит
3.	Поверхностный эрозивный гастрит в антральном отделе с повышенной секреторной функцией слизистой желудка
4.	Вторичный холецистохолангит, иммунокомплексная форма, фаза обострения. Врожденная патология желчного пузыря
<b>Болезни обмена кальция и фосфора</b>	
1.	Рахит: первичный приобретенный, гипофосфат и гипокальциемический вариант, период разгара средней тяжести. Подострое течение. Дефицитная анемия
2.	Спазмофилия, явная форма
3.	Гипервитаминоз Д
<b>Клиническая иммунология</b>	
1.	Агаммаглобулинемия
2.	Атаксия-телеангиэктазия
3.	Гипер IgE -синдром
4.	Синдром Ди Джорджи (с неполным генетическим блоком)

## СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие .....	1
Гематология.....	2
Неонатология.....	20
Эндокринология.....	27
Нефрология.....	32
Кардиология.....	38
Гастроэнтерология.....	44
Болезни обмена кальция и фосфора.....	48
Клиническая иммунология.....	51
Ответы.....	55



## **УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ**

**Л.И. Жукова, П.Д. Новиков**

**«Сборник задач по педиатрии»**

**Редактор М.А. Никольский**  
Технический редактор И.А. Борисов  
Компьютерная верстка Л.И. Жукова

Подписано в печать 21.11.2000. Формат 60x84 1/16.  
Бумага типографская №2. Компьютерный набор. Усл. печ. листов 3,48.  
Заказ №169. Тираж 150 экз.

Издательство Витебского государственного медицинского университета.  
210602, г. Витебск, пр. Фрунзе, 27. Лицензия ЛВ № 91 от 22.12.97 г.

Отпечатано на ризографе в Витебском государственном  
медицинском университете.  
210602, г. Витебск, пр. Фрунзе, 27-А. Лицензия ЛП № 326 от 05.01.99 г.