

Клинические задачи

CASE REPORT

Clinical tasks

Рубрику ведет доктор медицинских наук, профессор И.Н. Холодова, кафедра педиатрии им. Г.Н. Сперанского ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России

Задача 1

Ребенок Г., первых суток жизни, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что матери 28 лет, у нее I группа крови, резус-отрицательный. Первая беременность была 2 года назад, закончилась медицинским абортom при сроке 9 нед, осложнений не было; 2-я беременность – 1,5 года назад, выкидыш на сроке 11 нед. Настоящая беременность – 3-я, протекала в I, II триместрах физиологично, в III триместре периодически отмечались подъемы артериального давления до 150/90 мм рт. ст., изолированные умеренные отеки на голенях нижних конечностей. В женской консультации наблюдалась нерегулярно. Роды срочные, самостоятельные: 1-й период – 12 ч, 2-й – 30 мин, безводный промежуток – 3 ч. Масса тела ребенка при рождении – 3250 г, длина тела – 52 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Сразу при рождении было отмечено желтушное прокрашивание кожных покровов, обочечек пуповины и околоплодных вод, выявлено увеличение размеров печени до +3 см и селезенки до +1,5 см. По другим органам и системам без особенностей. Меконий отошел в родзале. Билирубин пуповинной крови составил 80 мкмоль/л; Hb периферической крови, определенный по cito, 127 г/л.

Вопросы

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Оцените результаты исследований, проведенных новорожденному.
3. Какие дополнительные методы обследования надо провести?
4. Назначьте и обоснуйте лечение.
5. Как должен вскармливаться этот ребенок?
6. Какие ранние и поздние осложнения могут возникнуть при данном заболевании?

Задача 2

Мальчик, 3 года, получил травму правой ноги. Доставлен в травмопункт. Травмотолог после рентгена правой конечности определил перелом лодыжки правой ноги. Был наложен гипс, и ребенок отпущен домой. На следующий день у ребенка – температура 39°C, болезненность в области перелома, пальцы ноги и стопа отекают. На лице, туловище и конечностях мелкоточечная, розового цвета, сыпь с преимущественной локализацией на лице, шее и верхней части груди. Язык – малиновый, «сосочковый». Зев гиперемирован. Пальпируются увеличенные до 1 см в диаметре подчелюстные лимфоузлы. Дыхание везикулярное. Частота дыхательных движений – 24 в минуту. Сердечная деятельность удовлетворительная. Пульс –

до 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул, диурез в норме. Очаговых и менингеальных симптомов нет. В общем анализе крови: Hb – 127 г/л, эритроциты – $3,4 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $12,0 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты – 27%, моноциты – 3%, скорость оседания эритроцитов – 18 мм/ч.

Вопросы

1. Поставьте клинический диагноз.
2. На основании каких симптомов поставлен диагноз?
3. Характеристика возбудителя.
4. Какие лабораторные исследования подтвердят диагноз?
5. Назначьте лечение.
6. Противоэпидемические мероприятия по основному заболеванию.
7. Диспансерное наблюдение.

Задача 3

Мальчик 12 лет, болен около 1 года. Жалобы: на схваткообразные боли в животе различной локализации в любое время суток, часто после еды, уменьшаются после акта дефекации; снижение аппетита, похудел за последний год на 7 кг. Стул – учащенный, до 5 раз в сутки, кашицеобразный с примесью слизи и небольшого количества гноя. В течение последнего месяца беспокоит трещина в области ануса, которая не рубцуется на фоне местного лечения.

Наследственность: родители ребенка здоровы. У дедушки по линии отца – колит.

При осмотре: рост – 142 см, масса – 32 кг, бледность кожных покровов, подкожно-жировой слой уменьшен, распределен равномерно. Сердечные тоны ясные, звучные. Частота сердечных сокращений – 90 уд/мин. Живот вздут, болезненный по ходу ободочной кишки, петли которой спазмированы. Выраженная болезненность в правой подвздошной области. При осмотре ануса – трещина с подрытыми краями. Печень не увеличена, край круглый, безболезненный. Селезенка не пальпируется.

Анализ крови клинический: Hb – 102 г/л, эритроциты – $3,3 \times 10^{12}/л$, тромбоциты – $310 \times 10^9/л$, лейкоциты – $14 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, эозинофилы – 4%, лимфоциты – 17%, моноциты – 3%, скорость оседания эритроцитов – 28 мм/ч.

Общий анализ мочи: без патологии. Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, альбумины – 50%, глобулины: α_1 – 3%, α_2 – 9%, β – 11%, γ – 27%, билирубин общий – 17 мкмоль/л, аланинаминотрансфераза – 32 ед/л, аспаратаминотрансфераза – 34 ед/л, щелочная фосфата-

за – 470 ед/л (норма – до 600 ед/л), амилаза – 98 ед/л (норма – до 120 ед/л), С-реактивный белок++.

Копрограмма: цвет – темно-коричневый, неоформленный, рН 7,0, мышечные волокна – немного, крахмал – немного, лейкоциты – 25–30 в поле зрения, эритроциты – 6–8 в поле зрения, реакция Грегерсона слабopоложительная.

Колоноскопия: осмотрена ободочная и 40 см подвздошной кишки. Слизистая оболочка последней – бледно-розовая, в терминальных отделах с выраженной гиперплазией лимфатических фолликулов в виде «булыжной мостовой». Баугиниевая заслонка зияет, слепая кишка обычной формы, слизистая оболочка розовая. Ободочная кишка представлена мозаичным чередованием неизменной слизистой оболочки с участками отечной гиперемизированной слизистой, отмечаются глубокие щелевидные язвы, продольные. Взята лестничная биопсия.

Гистологическое обследование фрагментов слизистой оболочки толстой кишки: трансмуральное поражение кишечной стенки, глубокий фиброз, инфильтрация макрофагами, лимфоцитами, нейтрофилами, клетки Пирогова–Лангерганса.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Рассчитайте индекс массы тела, о чем он свидетельствует?
4. По какой шкале оценивается активность данного заболевания?
5. Какие базисные препараты используются в лечении?
6. Каковы осложнения, характерные для данной патологии?

Задача 4

Мальчик 16 лет, от 1-й беременности, протекавшей физиологично, срочных родов. Масса тела при рождении – 3100 г, длина – 51 см. Закричал сразу. Период новорожденности протекал без особенностей. На первом году рос и развивался нормально, привит по возрасту. Болел острыми респираторными вирусными инфекциями 2 раза. Аллергический анамнез не отягощен. С 3 лет посещал детский сад. Стал часто болеть острой респираторной инфекцией. В возрасте 3,5 лет после перенесенной острой респираторной инфекции в моче были выявлены эритроциты (покрывали все поле зрения), следовая протеинурия. С диагнозом «острый гломерулонефрит» был госпитализирован в стационар по месту жительства, где получал лечение без достаточного эффекта (отмечалась периодическая гематурия). В возрасте 4,5 лет – макрогематурия, стойкая протеинурия до 1,5 г/сут, снижение слуха на высоких частотах, отставание в физическом развитии.

Из анамнеза известно, что у бабушки со стороны матери в течение всей жизни отмечается периодическая гематурия (до 40–60 эритроцитов в поле зрения); родной брат матери умер в возрасте 27 лет от хронической почечной недостаточности.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Масса тела – 41 кг, рост – 155 см. Кожные покровы чистые, бледные; видимые слизистые бледно-розовые. Подкожно-жировой слой выражен слабо, распределен равномерно. Отеков, пастозности нет. Отмечаются стигмы дизэм-

бриогенеза. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, громкие. Частота сердечных сокращений – 94 уд/мин. Артериальное давление – 100/60. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Клинический анализ крови: Hb – 102 г/л, эритроциты – $3,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6,5 \times 10^9$ /л, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 24%, моноциты – 5%, скорость оседания эритроцитов – 8 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – розовый, прозрачность – неполная, реакция – щелочная, относительная плотность – 1012, белок – 1,0 г/л, эритроциты покрывают все поле зрения, лейкоциты – 2–3 в поле зрения, цилиндры – 3–5 в поле зрения (эритроцитарные).

Проба по Зимницкому: колебания относительной плотности от 1,004 до 1,014; дневной диурез – 370 мл, ночной диурез – 620 мл.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, холестерин – 4,3 ммоль/л, мочевины – 10,2 ммоль/л, креатинин – 135 мкмоль/л (норма – 25–90 мкмоль), калий – 4,1 ммоль/л, натрий – 132 ммоль/л, глюкоза – 4,4 ммоль/л.

Клиренс по эндогенному креатинину: 67 мл/мин.

Экскреторная урография: патологии не выявлено.

Аудиометрия: выявлено снижение слуха на высоких и низких частотах.

Консультация окулиста: катаракта 1-й степени, миопия.

Вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие стигмы дисэмбриогенеза вы знаете?
3. Назначьте дополнительное обследование.
4. Как наследуется данное заболевание, какой имеется наследственный дефект?
5. Причина анемии у данного больного?
6. Показано ли применение глюкокортикоидов?
7. Каков прогноз заболевания?

Задача 5

Мальчик 2,5 лет. Направлен в стационар с диагнозом: двусторонняя пневмония? Предъявляются жалобы на подъем температуры до 37,4°C, постоянный влажный кашель с отхождением слизисто-гноной мокроты, затрудненное носовое дыхание.

Ребенок от 1-й беременности, протекавшей физиологично, 1-х срочных родов. Масса тела при рождении – 3250 г, длина – 52 см. На естественном вскармливании до 10 мес. Прикорм вводился по возрасту. Всегда отмечалась плохая прибавка массы тела, в росте отставал. Масса в 1 год – 8,8 кг, рост – 64 см, в 2 года – 9,7 кг, рост – 66 см.

С рождения частые острые респираторные инфекции с бронхитами. В возрасте 7 мес впервые диагностирована пневмония. В дальнейшем отмечались частые бронхиты, повторные пневмонии в возрасте 1,6 и 2,1 года. На первом году жизни дважды перенес отит.

При поступлении состояние средней тяжести, масса тела 10,2 кг, рост 70 см. Ребенок вялый, капризный. Температура тела повышена до 38,4°C. Кожные покровы бледные, цианоз периорбитальный и носогубного треугольника, акроцианоз. Частота дыхания – 40 в минуту. В легких с двух сторон выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца: правая – по правой среднеключичной линии, левая – по левому краю гру-

дины. Тоны сердца ритмичные, выслушиваются справа, акцент II тона над легочной артерией. Частота сердечных сокращений – 126 уд/мин. Печень +2 см из-под края левой реберной дуги. Селезенка не увеличена. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез – без патологии.

Общий анализ крови: Нb – 112 г/л, эритроциты – $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $14,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 12%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, лимфоциты – 27%, эозинофилы – 3%, моноциты – 6%, тромбоциты – $280,0 \times 10^9$ /л, скорость оседания эритроцитов – 21 мм/ч.

Общий анализ мочи: количество – 80 мл, относительная плотность – 1016, лейкоциты – 1–2 в поле зрения, эритроциты не обнаружены, слизь, бактерии – в умеренном количестве.

Рентгенограмма легких: отмечаются немногочисленные очаговоподобные тени, которые чередуются с усилением

и деформацией сосудисто-интерстициального рисунка. Корни легких малоструктурны. Тень сердца смещена вправо. Куполы диафрагмы ровные. Синусы свободны.

Бронхоскопия: двусторонний диффузный гнойный эндобронхит.

Бронхография: двусторонняя деформация бронхов, цилиндрические бронхоэктазы 6, 8, 9 слева, 10 справа.

Вопросы

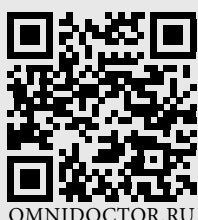
1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите 3 отличительных признака этого заболевания.
3. Какой тип наследования?
4. Оцените физическое развитие ребенка.
5. Каковы принципы лечения заболевания?
6. У каких специалистов должен наблюдаться ребенок?
7. Каков прогноз данного заболевания?



OMNIDOCTOR.RU

Уважаемые читатели! Правильные ответы на задачи будут опубликованы в журнале «Педиатрия. Consilium Medicum», №1, 2022 г.

Ответы на задачи, опубликованные в №3, 2021



OMNIDOCTOR.RU

Задача 1

- 1) г
- 2) в
- 3) г
- 4) а, в, д

Задача 2

- 1) а, в
- 2) а
- 3) а
- 4) а

Задача 3

- 1) б
- 2) б
- 3) б
- 4) а

Задача 4

- 1) а, б, в, г
- 2) а, б, в
- 3) в

Задача 5

- 1) в
- 2) в
- 3) а
- 4) а, б, в