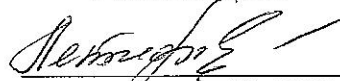


**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

УТВЕРЖДАЮ



Руководитель ООП ВО  
по программе ординатуры  
31.08.19 Педиатрия  
д.м.н., профессор Летифов Г.М

 2023 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ  
ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
- ПРОГРАММЕ ОРДИНАТУРЫ**

Специальность: 31.08.19 Педиатрия  
Квалификация выпускника: врач- педиатр  
Форма обучения: очная  
Курс: 2  
Семестр: 4

**Ростов-на-Дону  
2023**

Рабочая программа ГИА по специальности 31.08.19 «Педиатрия» рассмотрена на межкафедральном заседании кафедр педиатрии и неонатологии, детских болезней № 1, детских болезней № 2, детских болезней № 3, преемственности детских болезней, поликлинической и неотложной педиатрии, детских инфекционных болезней.

Протокол № 3 от 27 марта 2023 г.

Председатель заседания  Летифов Г.М

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ, ОСВОИВШИХ ПРОГРАММУ ОРДИНАТУРЫ**

3.1. **Область профессиональной деятельности** выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высоко квалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

3.2. **Объектами профессиональной деятельности** выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- ✓ физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки);
- ✓ родители (законные представители) пациентов (далее - родители (законные представители));
- ✓ население;
- ✓ совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья.

3.3. **Виды профессиональной деятельности**, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:

- ✓ профилактическая;
- ✓ диагностическая;
- ✓ лечебная;
- ✓ реабилитационная;
- ✓ психолого-педагогическая;
- ✓ организационно-управленческая.
- ✓

3.4 Выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:

### **профилактическая деятельность:**

- ✓ предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- ✓ проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- ✓ проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков, характеризующих состояние их здоровья;

### **диагностическая деятельность:**

- ✓ диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
- ✓ диагностика неотложных состояний;
- ✓ диагностика беременности;

- ✓ проведение медицинской экспертизы;

**лечебная деятельность:**

- ✓ оказание специализированной медицинской помощи;
- ✓ участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- ✓ оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

**реабилитационная деятельность:**

- ✓ проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;
- ✓ психолого-педагогическая деятельность;
- ✓ формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

**организационно-управленческая деятельность:**

- ✓ применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- ✓ организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;
- ✓ организация проведения медицинской экспертизы;
- ✓ организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
- ✓ ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;
- ✓ создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
- ✓ соблюдение основных требований информационной безопасности.

## **ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

**Универсальными компетенциями (далее – УК):**

- ✓ Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте (УК-1)
- ✓ Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им (УК-2)
- ✓ Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению (УК-3)
- ✓ Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности (УК-4)
- ✓ Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории (УК-5).

**Общепрофессиональными компетенциями (далее – ОПК):**

- ✓ Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной (ОПК-1)

- ✓ Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико- статистических показателей деятельности и соблюдать правила информационной безопасности (ОПК-2)
- ✓ Способен осуществлять педагогическую деятельность (ОПК-3)
- ✓ Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов (ОПК-4)
- ✓ Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность (ОПК-5)
- ✓ Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов (ОПК-6)
- ✓ Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу (ОПК-7)
- ✓ Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения (ОПК-8)
- ✓ Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала (ОПК-9)
- ✓ Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (ОПК-10)

#### **Профессиональными компетенциями** (далее – ПК):

- ✓ Способен применять клинические рекомендации, стандарты, клинические протоколы в диагностике и лечении соматических заболеваний у детей и подростков в амбулаторных и стационарных условиях (ПК-1).

### **ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**Цель:** установление уровня профессиональной подготовки выпускников требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.19 «Педиатрия».

**Задачи:** Проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

### **ПРОЦЕДУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

1. Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.19 «Педиатрия» осуществляется посредством проведения государственного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача- педиатра в соответствии с содержанием основной образовательной программы и требованиями ФГОС ВО.

Государственные аттестационные испытания ординаторов по специальности 31.08.19 «Педиатрия» проходят в форме государственного экзамена (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования).

2. Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры 31.08.19 «Педиатрия».

3. Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.19 «Педиатрия».

4. Обучающимся, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также обучающимся, освоившим часть программы ординатуры и (или) отчисленным из университета, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, самостоятельной установленному университетом.

### **ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из устного собеседования по дисциплинам (модулям) образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

В случаях, предусмотренных нормативными и распорядительными актами, государственный экзамен может проводиться письменно (в том числе с применением дистанционного формата<sup>1</sup>).

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.19 «Педиатрия» путём оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности, и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач соответствующих квалификации.

Основой для проведения государственного экзамена являются экзаменационные билеты, включающие в себя два задания.

Одно задание состоит из вопроса, выявляющие теоретическую подготовку выпускника и ситуационные задачи, выявляющей практическую подготовку выпускника по одной и той же теме дисциплины (модулям) образовательной программы.

Пример задания к государственному экзамену, выявляющих теоретическую подготовку выпускника, с указанием проверяемых компетенций:

Номер	Формулировка содержания	Компетенции,
-------	-------------------------	--------------

<sup>1</sup> Дистанционный формат – процесс проведения государственных аттестационных испытаний, организуемый с помощью дистанционных технологий и электронных средств передачи информации, реализуемый через электронные системы (Zoom, Skype, MS Teams, вебинар, другое).

задания	задания	освоение которых проверяется вопросом
1	Сбалансированность питания по основным пищевым ингредиентам и энергетической ценности.	УК-1, ПК -1,
	<p><b>Задача</b>  Ребенку 5 мес. Находится на естественном вскармливании. Ежедневно получает грудное молоко 4 раза, овощное пюре 1 раз, фруктовые соки, фруктовое пюре промышленного выпуска, 50г творога «Агуша». При осмотре — активный, физическое и психомоторное развитие по возрасту, кожа чистая, по органам без патологии, стул 2-3 раза в день.</p> <p><b>Задание.</b>  1. Оцените вскармливание ребенка, дайте рекомендации</p>	УК-1, ПК-1

### ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

1. Особенности вскармливания ребенка первого года жизни с функциональными расстройствами органов пищеварения.
2. Синдром дыхательных расстройств, причины возникновения.
3. Нефротический синдром у детей, патогенетические механизмы, клиника, лечение.
4. Острая сосудистая недостаточность: обморок, коллапс, шок
5. Физиологическая роль витамина Д. Лечебные и профилактические дозы витамина Д.
6. Острые бронхиты и бронхиолиты (особенности клинического течения, диагностика, лечение).
7. Общие симптомы врожденных пороков сердца. Факторы диагностического внимания.
8. Хронические воспалительные заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Причины развития, клиника, диагностика, лечение.
9. Железодефицитная анемия: причины, клиника, диагностика. Критерии диагностики латентного дефицита железа.
10. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
11. Вскармливание детей первого года жизни. Преимущества грудного вскармливания. Показания для назначения искусственных смесей.
12. Клиника манифестного сахарного диабета, диагностика, принципы лечения.
13. Патофизиология и клиника тетрады Фалло.
14. Российский календарь профилактических прививок у детей до года. Перспективы иммунизации. Поствакцинальные осложнения.
15. Основные виды острой сосудистой недостаточности, клинические проявления.
16. Дифференциальная диагностика мочевого синдрома (пиелонефрит, гломерулонефрит).
17. Характеристика шкалы Апгар и ее оценка.
18. Функциональные расстройства билиарного тракта: клиника, диагностика, терапия дисфункции сфинктера Одди.

19. Острый обструктивный (стенозирующий) ларинготрахеит: этиология, клиника, диагностика, лечение.
20. Определение инфекционно-токсического шока. Степени шока.
21. Пароксизмальное течение синдрома вегетативной дистонии: симпато-адреналовой и вагоинсулярный кризы. Клинические проявления. Неотложная помощь.
22. Внебольничные пневмонии. Этиология, клиника, основные принципы лечения.
23. Часто болеющие дети: характеристика, факторы риска частых ОРВИ.
24. Клиническая характеристика и лечение геморрагического васкулита.
25. Критерии диагностики пневмонии у детей.
26. Функциональные расстройства желчного пузыря. Клиника, диагностика. Принципы терапии различных форм дисфункций желчного пузыря.
27. Классификация пневмоний у детей. Критерии диагностики.
28. Абактериальный интерстициальный нефрит, основные клинико-лабораторные проявления, лечения.
29. Гломерулонефрит, клиника нефритического синдрома, принципы лечения.
30. Воспалительные заболевания кишечника: клинические проявления, диагностика, тактика лечения.
31. Сроки введения прикорма с учетом Национальной программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни.
32. Сахарный диабет, этиопатогенез, клинические проявления, диагностика.
33. Основные линии нервно-психического развития детей первых трех лет жизни.
34. Острый пиелонефрит, клиника, диагностика, принципы комплексного лечения.
35. Характеристика групп здоровья.
36. Желчнокаменная болезнь у детей. Классификация. Клиника. Диагностика. Показания к консервативной терапии желчнокаменной болезни.
37. Понятие «школьная зрелость». Критерии школьной зрелости.
38. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Причины развития. Классификация. Клинические проявления.
39. Комплексная оценка состояния здоровья ребенка. Характеристика групп здоровья.
40. Клиническая картина ювенильного ревматоидного артрита, варианты течения, осложнения, диагностические критерии, принципы лечения.
41. Системная красная волчанка. Клиника, диагностика, принципы лечения.
42. Респираторно-синцитиальная вирусная инфекция: группы риска, клиника, особенности течения у детей.
43. Особенности вскармливания ребенка первого года жизни при пищевой аллергии (аллергии к белкам коровьего молока). Вопросы профилактики и лечения.
44. Открытый аортальный порок. Клиника, осложнения, лечение.
45. Коклюш. Клиническая картина, лечение.
46. Спонтанный пневмоторакс: клиника, диагностика, лечение.
47. Бронхообструктивный синдром: дифференциальная диагностика, выбор терапии.
48. Хронический гастродуоденит. Клиника, диагностика. Принципы эрадикационной терапии при *Helicobacter pylori*-ассоциированном гастрите.
49. Клиника острого обструктивного бронхита и бронхиолита. Дифференциальная диагностика.
50. Основные клинические формы нейрогенной дисфункции мочевого пузыря, методы лечения.
51. Отравление наркотическими веществами (клиника, лечение).



52. Этиологическая структура инфекций мочевой системы у детей, стартовая антибактериальная терапия.
53. Нервно-артритический диатез. Принципы терапии ацетонемической рвоты.
54. Перечислить наиболее часто встречающиеся формы гемолитических анемий у новорожденных детей.
55. Пароксизмальная тахикардия. Критерии диагностики, неотложная помощь.
56. Клинические проявления мальабсорбции. Патогенетические механизмы целиакии, влияние средовых (пусковых) факторов в развитии заболевания.
57. Врожденный гипотиреоз. Клиника, диагностика, лечение.
58. Микросфероцитарная анемия. Клиника, диагностика, лечение.
59. Характеристика лечебных смесей, используемых при пищевой аллергии (аллергии к белкам коровьего молока) у детей первого года жизни.
60. Классификация врожденных пороков сердца.

## **ПЕРЕЧЕНЬ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА**

### **Задача 1.**

У вас на приеме ребенок в возрасте 2 мес. Девочка родилась доношенной, от физиологически протекавшей беременности, естественных родов. Масса тела при рождении – 3000 г, длина – 50 см. С рождения находится на искусственном вскармливании, получает смесь Нутрилон 1. Маму беспокоят срыгивания у ребенка после приема смеси (до 4-5 раз в сутки) небольшими порциями и склонность к запорам (стул через день), кал без патологических примесей, наличие младенческих колик. На момент осмотра масса тела девочки 4400 г, длина тела – 57 см. Психомоторное развитие соответствует возрасту. Наследственный анамнез по аллергическим заболеваниям не отягощен.

### **Задание**

1. Оцените физическое развитие ребенка
2. Предположительный диагноз
3. Рекомендации по вскармливанию

### **Задача 2.**

Ребёнок (девочка) в возрасте 3-х часов. Общее состояние средней тяжести. Признаков пренатальной патологии нет. Телосложение правильное. Крик средней силы. Поза полупфлексии. Мышечный тонус умеренно снижен. Врожденные рефлексы вызываются. Кожные покровы и язык цианотичны при дыхании комнатным воздухом. Умеренная общая пастозность подкожной клетчатки. На губах пенистые выделения. ЧД - 86 в 1 мин. Грудная клетка вздута, отмечается втяжение межреберий во время вдоха. Перкуторно – ясный легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно - дыхание ослабленное везикулярное, выслушиваются в небольшом количестве влажные средне-пузырчатые хрипы. Тоны сердца громкие, ЧСС - 146 в 1 мин. Живот мягкий, печень + 2 см, селезёнка не пальпируется. Стула не было.

Анамнез: Мать 28 лет, страдает нарушением жирового обмена 2 степени. Беременность вторая протекала без патологии, роды вторые в сроке 38-39 недель путем плановой операции кесарева сечения (рубец на матке). Масса тела при рождении 2800 г, длина 48 см. Оценка по шкале Апгар 4-5 баллов.

### **Задание.**

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования могут быть решающими в постановке правильного диагноза?
3. Тактика лечебных мероприятий.

### **Задача 3.**

Мальчик К., 13 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, однократную рвоту, отек лица, туловища, конечностей, увеличенный живот, уменьшение количества выделяемой мочи. За 2 недели до заболевания перенес ангину.

Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, анасарка, асцит. Левая граница сердца расширена на 1 см, тоны сердца громкие, АД – 115/75 мм рт. ст. Пульс 120 в мин., удовлетворительного наполнения.

Общ. анализ крови: эр. –  $2.3 \cdot 10^{12}/л$ , Нв – 102 г/л, ЦП – 0.78, лейкоц. –  $12.4 \cdot 10^9/л$ , эоз. – 1%, п/я – 9%, с/я – 68%, лимф. – 18%, мон. – 4%, СОЭ – 52 мм/час.

Общ. анализ мочи: белок – 16 г/л. лейкоц. 8 – 10 в п. зр., эр. 3 – 4 в п. зр., выщелоченные; цилиндры гиалиновые, восковидные – 2-3 в п зр. Диурез 400 мл.

Биохимия крови: общ. белок – 64 г/л, ост. азот – 4.5 ммоль/л, мочевины 7.0. ммоль/л.

### **Задание.**

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза, и какие результаты Вы ожидаете получить?
3. Ваша терапевтическая тактика

### **Задача 4.**

Девочка 5 лет, доставлена в приемное отделение с диагнозом сердечнососудистая недостаточность. Заболела внезапно. После укуса пчелы в кисть правой руки появилось резкое беспокойство, озноб, отек правой руки, головная боль, боли в животе. Затем девочка стала очень вялой.

Состояние крайне тяжелое, сознание затемнено, взгляд устремлен вдаль, болевая чувствительность снижена, кожа бледная, влажная, холодная на ощупь, акроцианоз. Кисть правой руки горячая, отечная, гиперемирована, в месте укуса красный волдырь с «язычками», более бледными в центре.

Дыхание поверхностное, прерывистое - 46 в мин., в легких дыхание везикулярное. Пульс слабого наполнения 160 в мин., тоны сердца глухие, АД 70/40 мм рт.ст., живот вздут.

### **Задание.**

1. Диагноз и его обоснование.
2. Где будет оказываться помощь?
3. Лечение.

### **Задача 5.**

У мальчика 5 мес. в последний месяц снизился аппетит, он потерял в массе 1200,0 г, стал беспокойным, постоянно ощущает жажду, обильно мочится, периодически отмечается

рвота. Из анамнеза установлено, что ребенок до 2-х мес. находился на естественном вскармливании. Ничем не болел. Из-за вторичной гипогалактии у матери был переведен на смешанное вскармливание с использованием адаптированных смесей. В 4 мес. у ребенка диагностирован рахит II ст. Мать самостоятельно увеличила дневную дозу спиртового раствора витамина D<sub>2</sub> до 25 капель в день (100000 МЕ). На фоне лечения исчезло облысение затылка, уменьшился в размерах большой родничок. Появились ранее указанные жалобы. Объективно: кожа сероватого цвета, подкожно-жировой слой на животе и туловище истончен, тоны сердца приглушены. В общем анализе крови – анемия и увеличение СОЭ. Проба Сулковича +++, Са в крови 3,1 ммоль/л, Р крови – 0,7 ммоль/л. В анализе мочи – белок 0,99%.

**Задание.**

1. Поставьте диагноз с учетом известной классификации.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Назначьте ребенку диету и лечение.

**Задача 6.**

Коля В., 3 мес., заболел остро, когда повысилась температура до 37,8°, появился сухой кашель, насморк. Участковым педиатром поставлен диагноз «ОРВИ», назначены виферон, эреспал, парацетамол. Через 2 дня состояние ухудшилось, кашель усилился и приобрел спастический характер, температура повысилась до 39,2°, появилась одышка. Ребенок направлен в стационар. При поступлении общее состояние тяжелое, вялый, адинамичный. Одышка экспираторного характера с участием вспомогательной мускулатуры, свистящие дистанционные хрипы на выдохе. ЧД – 70 в 1 минуту, грудная клетка вздута, цианоз носогубного треугольника. Перкуторно – коробочный звук, аускультативно – на фоне жесткого дыхания с обеих сторон обилие влажных мелкопузырчатых хрипов и единичные рассеянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 148 в 1 минуту. Со стороны других органов без особенностей.

**Задание.**

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Неотложные мероприятия. Тактика лечения.
3. Какие дополнительные исследования необходимо назначить?

**Задача 7.**

Мальчик И., 12 лет, поступил в детское отделение с жалобами на головную боль, беспокоящую в течение 2 лет. Последние полгода головная боль усилилась, появились боли в области сердца, одышка, быстрая утомляемость при ходьбе, стали зябнуть ноги. Дважды кратковременно наблюдалось носовое кровотечение.

Объективно: мальчик среднего роста, удовлетворительного питания. Хорошо развит плечевой пояс, широкая грудная клетка, узкий таз. Усилена пульсация сонных артерий. Границы сердца: верхняя – 3 ребро, правая – по краю грудины, левая – на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, акцент II тона на аорте, вдоль левого края грудины выслушивается грубый систолический шум, который проводится в межлопаточное пространство слева на уровне 2 и 3 грудных позвонков. Пульс на лучевых артериях напряжен, 90 уд. в 1 минуту. АД 160/100 мм рт.ст.

### **Задание.**

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Какие необходимы дополнительные исследования и ожидаемые результаты?
3. Лечебная тактика и диспансеризация.

### **Задача 8.**

Мальчик 13 лет жалуется на приступы кашля в ночное время, периодически появляющуюся горечь во рту (после еды, физической нагрузки, глубоких наклонах туловища). Болеет в течение 3-х лет. При обследовании (эзофагогастродуоденоскопия) выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, катаральное воспаление слизистой пищевода с множественными поверхностными эрозиями; катаральное воспаление слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. В просвете желудка и пристеночно определяется желчь.

### **Задание.**

1. Какой диагноз следует поставить?
2. Следует ли обследовать больного на *Helicobacter pylori*?
3. Какие необходимо дать рекомендации больному (режим питания, сна, физической нагрузки)?
4. Какие препараты следует назначить больному?

### **Задача 9.**

Боря Е., 15 лет, обратился в поликлинику с жалобами на длительные приступообразные боли в животе в течение последних 3-х месяцев с длительностью до 1-2 часов, обычно на голодный желудок, частые ночные боли, уменьшающиеся после приема пищи. Из семейного анамнеза выяснено, что у деда по материнской линии язвенная болезнь желудка, у матери эрозивный гастрит. Объективно: самочувствие удовлетворительное. Подкожно-жировой слой истончен. Лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание не нарушено. Пальпация, перкуссия, аускультация изменений со стороны органов дыхания не выявили. Область сердца не изменена и границы не расширены. Тоны приглушены, ритмичные. А/Д 110/60 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и в области пупка. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены. Общие анализы мочи и крови без патологии. Отклонений в белковом спектре крови, уровне липидов и сахара крови нет. Рентгенологическое исследование желудка с сульфатом бария симптом "ниши" в антральном отделе желудка.

### **Задание.**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза.
3. Составьте план обследования и лечения в стационаре.

### **Задача 10.**

Ребенок М., 7 мес. Мать обратилась в поликлинику с жалобами на плохой аппетит, бледность кожных покровов, вялость.

Ребенок от второй беременности, родился с массой 3400 гр. У матери во время беременности отмечалась анемия. До настоящего времени ребенок находился на грудном вскармливании, в весе прибавлял хорошо. Прикорм не вводился, нерегулярно получал соки, овощное пюре.

При осмотре состояние средней тяжести, отмечается вялость, бледность кожных покровов и слизистых. Тоны сердца громкие, нежный систолический шум на верхушке. В легких дыхание везикулярное. Печень пальпируется на 2 см. ниже реберной дуги, селезенка не пальпируется.

В общем анализе крови: гемоглобин 90 г/л, эритроциты  $3,0 \times 10^{12}/л$ , цв. п. 0,8, Рет. – 8%, лейкоциты –  $8,0 \times 10^9/л$ , палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 27%, эозинофилы – 3%, моноциты – 6%, лимфоциты - 60%, тромбоциты –  $220 \times 10^9/л$  СОЭ – 4 мм/час.

МСН – 24пг (норма 27-31 пг)

МСНС – 29 г/л (норма 32-36 г/л)

МСV – 68 фл (норма 80-100 фл)

RDW – 16% (норма 14,5%)

Биохимический анализ крови: белок 76,5 г/л, общий билирубин 8 мкмоль/л, сывороточное железо – 10 мкмоль/л (норма 13-30 мкмоль/л), ОЖСС – 70 мкмоль/л (норма 40-63 мкмоль/л), сывороточный ферритин 25 пг (норма не ниже 30 пг).

#### **Задание.**

1. Ваш диагноз.
2. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
3. Назначьте медикаментозную терапию и диетологическую коррекцию.

#### **Задача 11**

На прием к участковому педиатру пришла мать с 7-мес. ребенком с жалобами на беспокойное поведение ребенка, плохой сон, зудящие, мокнущие элементы сыпи на щеках, кистях, запястьях, нижних конечностях, волосистой части головы.

Из анамнеза выяснено, что ребенок родился от 1 неблагоприятно протекавшей беременности и родов (анте- и интранатальная гипоксия плода) массой тела 3200 г, длиной 51 см.

Мать во время беременности и кормления ребенка грудью питалась односторонне, употребляя в большом количестве цитрусовые, шоколад, яйца, рыбу. С 5-мес. возраста ребенок на искусственном вскармливании, получает коровье молоко, молочные каши (манную, овсяную).

Мать ребенка страдает поллинозом.

Первые проявления заболевания возникли у ребенка после перевода его на искусственное вскармливание.

*Объективно во время осмотра* отмечаются эритематозные мокнущие пятна на щеках, периоральной области, веках, в области лба, разгибательных поверхностей конечностей, ушных раковинах, волосистой части головы. В местах мокнутия выделяется серозный экссудат в виде «капель росы».

Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

#### **Задание.**

1. Ваш диагноз.
2. Какие анамнестические сведения помогают в постановке диагноза?

3. Какие специалисты должны проконсультировать ребенка для уточнения диагноза?
4. Ваши рекомендации по поводу диеты.

### **Задача 12.**

Девочка 12 лет доставлена в соматическое детское отделение с жалобами на боли в животе, вялость, сонливость, отказ от еды.

*Данные анамнеза:* родилась массой 4500, длиной тела 53 см; роста полным ребенком, болела редко. За последние 2-3 месяца заметно похудела, хотя аппетит был повышен. Отмечались жажда и обильное мочеиспускание. Неделю назад перенесла ОРВИ: отмечалась температура до 37,8°, кашель, насморк. С этого времени снизился аппетит, нарастала слабость, появилась сонливость, беспокоит жажда.

*При объективном обследовании:* общее состояние тяжелое, девочка адинамичная, вялая, сознание затемнено, на вопросы отвечает с трудом. Кожные покровы бледные, сухие. Дыхание шумное, глубокое, 20 в мин., изо рта запах ацетона. В легких при перкуссии легочный звук, при аускультации сухие рассеянные хрипы с двух сторон. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны приглушены, на верхушке и 5-й точке систолический шум. Пульс 130 в мин. слабого наполнения, АД 90/50 мм рт.ст. Слизистая рта яркая, сухая, язык обложен белым налетом, суховат. Зев бледный. Живот слегка вздут, при пальпации безболезненный. Печень пальпируется на 2 см, селезенка не пальпируется. Стул задержан в течение 2 суток. Мочеиспускание обильное. Менингеальных симптомов нет. сухожильные и кожные рефлексы вызываются. Зрачки сужены, реакция на свет вялая.

*Дополнительные исследования.* Анализ крови: Нв – 140 г/л, Эр. –  $4,5 \cdot 10^{12}/л$ , Лейк. –  $12,8 \cdot 10^9/л$ , Э – 0, П – 7, С – 70, Л – 20, М – 3, СОЭ – 15 мм/час, гематокрит – 40%, сахар крови – 28 ммоль/л, мочевины – 9,0 ммоль/л.

Анализ мочи: уд.вес – 1030, белок – 1,65%, сахар – 5%, ацетон +++++, цилиндры гиалиновые 3-5х.

### **Задание.**

1. Ваш диагноз.
2. Какие заболевания необходимо иметь в виду при проведении дифференциальной диагностики?
3. Ваша тактика.
4. Назначьте соответствующее лечение.

### **Задача 13.**

Девочка Н., 6 мес., поступила в детское отделение в тяжелом состоянии. Беспокойна, стонет, временами кричит. Дыхание-учащено. Кожные покровы цианотичны. Родилась массой 3100 г от 3-й нормально протекавшей беременности у матери 37 лет, отцу 41 год. На 2-м мес жизни у ребенка во время крика стала появляться синюшность лица, чуть позже появилась одышка при кормлении, усиливалась синюшность. Две недели назад ночью у ребенка внезапно участилось дыхание, отмечались резкое беспокойство, посинение лица. Через 5-6 мин девочка стала успокаиваться; уснула. Нынешнее ухудшение наступило остро час тому назад.

Объективно: масса 5400 г., голову удерживает плохо, подкожно-жировой слой истончен на животе. Над легкими перкуторно звук с коробочным оттенком, аускультативно - дыхание пуэрильное. ЧД - 70 в I мин. Левая граница относительной сердечной тупости на 3 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. На верхушке усиление I тона,

ослабление II тона - на легочной артерии. Во 2-3 межреберьях слева от грудины - грубый систолический шум, ЧСС - 160 уд. в 1 мин. В конце осмотра ребенок потерял сознание.

**Задание.**

1. Ваш предварительный диагноз и его обоснование?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные исследования Вам необходимы для уточнения диагноза и какие результаты исследований Вы ожидаете получить?

#### **Задача 14.**

Ребенку 5 лет. Заболел остро. Появилась вялость, температура 39,0<sup>0</sup>С, однократно рвота. На миндалинах - пленчатый налет серого цвета больше с одной стороны, при снятии - слизистая кровоточит. Отек подкожной клетчатки до второй шейной складки.

**Задание.**

1. Ваш диагноз и мероприятия.

#### **Задача 15.**

Девочка Д., 1 года, находится на лечении по поводу ОРВИ, обструктивного бронхита.

В 22.00 срочно вызван дежурный врач в связи с резким ухудшением общего состояния, появлением беспокойства, кашля с пенистой розовой мокротой.

Состояние тяжелое. Кожа бледная, холодная, акроцианоз. Пульс ритмичный слабого наполнения 160 в мин. Тоны сердца приглушены, АД 90/50 мм рт. ст. Дыхание клочущее 60 в 1 мин., над легкими масса мелко- и среднепузырчатых хрипов. Живот вздут.

**Задание.**

1. Ваш диагноз.
2. Ваши лечебные мероприятия.

#### **Задача 16.**

Мальчик К., 10 лет, жалуется на слабую струю мочи, натуживание при мочеиспускании, отсутствие облегчения после мочеиспускания. Больной нередко выдавливает мочу путем надавливания на низ живота. Со слов матери, у ребенка на 1-м году жизни часто отмечалось беспокойство перед мочеиспусканием, периодически приходилось сажать ребенка в теплую воду, после чего он мочился. Месяц назад отмечалась моча с кровью, часто мутная, с хлопьями и неприятным запахом. Мальчик родился от II родов, III беременности, протекавшей с гестозом во 2-й пол. До 3-х лет часто болел ОРЗ. Периодически в анализах мочи - изменения в виде лейкоцитурии, эритроцитурии.

Объективно: мальчик отстает в физическом развитии. Массо-ростовые показатели соответствуют восьмилетнему возрасту. Обращает на себя внимание сухость и серый колорит кожи. Слизистые чистые. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. Перкуторно - левая граница расширена на 1.5 см от середино-ключичной линии. Пульс 80 в мин, АД - 130/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 1 см, безболезненная. С-м Пастернацкого "-" с обеих сторон. Пальпируется выступающее из-за лона дно мочевого пузыря. Оценены параметры спонтанного мочеиспускания и проведена микционная уретроцистография: эффективная емкость мочевого пузыря 550 мл, длительность тока мочи 100 сек, средн.

скорость тока мочи – 5 мл/сек. После самостоятельного мочеиспускания при катетеризации выведено 300 мл мутной с хлопьями мочи. При наполнении мочевого пузыря до 600 мл – позыв отсутствует. Мальчик жалуется на появление боли внизу живота. На цистографии после наполнения мочевого пузыря башенной формы с множественными псевдодивертикулами и расширенной шейкой, отмечаются пассивные ПМЛР до ЧЛС с деформацией чашечек и гидронефрозом. При микции задний отдел уретры и шейка мочевого пузыря резко расширены. Ниже участка расширения тонкое и прерывистое контрастирование уретры. Отмечается усиление рефлюксов.

**Задание.**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы, ожидаемые результаты?
3. Лечебная тактика?

**Задача 17**

Ребёнку 3 недели. Родился в срок с массой 3200,0 г, длиной 50 см, закричал сразу. К груди приложен через 12 часов, сосал активно, в массе прибавил 500,0 г. 2 дня назад появилась рвота «фонтаном», накануне стал срыгивать почти после каждого кормления. 2-й день отмечается задержка стула. Аппетит сохранен.

**Задание.**

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать?
3. Какие необходимо провести дополнительные исследования?
4. Врачебная тактика.

**Задача 18.**

Мальчик 12 лет, предъявляет жалобы на острую боль в животе, локализирующуюся в правом подреберье и иррадиирующую в правую лопатку и поясничную область, тошноту и многократную рвоту съеденной пищей. Боль в животе появилась через 15 минут после завтрака, состоящего из бутерброда с маслом, яйца, кофе. Подобный приступ наблюдался 7 месяцев назад. Стул периодически обесцвечен.

Ребенок от 1 беременности, срочных родов; масса при рождении 3500 г, длина 55 см. Естественное вскармливание до 9 месяцев. Мать страдает желчнокаменной болезнью (проведена холецистэктомия); отец - хронический гастродуоденит; у бабушки (по матери) - калькулезный холецистит.

Осмотр: ребенок повышенного питания. Кожа слегка желтушного оттенка, склеры субиктеричны. Органы дыхания и сердечно-сосудистой системы без патологии. При поверхностной пальпации живота отмечается ригидность мышц правой половины живота, болезненность. Перкуторно: край печени +1,5 см из-под края реберной дуги. Пузырные симптомы: Мерфи (+), Ортнера (+), Френикус (+).

*Дополнительные данные исследования.*

*Общий анализ крови:* НЬ - 130 г/л, Эр -  $4 \times 10^{12}$ /л; Ц.п. - 0,95, Лейкоциты -  $10 \times 10^9$ /л; п/я - 7%, с/я - 66%, э - 2%, л - 20%, м - 5%, СОЭ - 20 мм/час.

*Общий анализ мочи:* цвет светло-желтый, прозрачность полная; рН - 6,5; плотность - 1025; белок - нет; сахар - нет; Л - 2-3 в п/з, Эр - нет; желчные пигменты - (+++).

*Биохимический анализ крови:* общий белок - 75 г/л, альбумины - 55%, глобулины: а, - 3%, а<sub>2</sub> - 12%, β- 12%, γ - 18%; АлАТ - 50 Ед/л, АсАТ - 60 Ед/л, щелочная фосфатаза - 160 Ед/л



(норма 70-140), амилаза - 80 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 5 ед, билирубин - 32 мкмоль/л, из них связ. - 12 мкмоль/л.

**УЗИ органов брюшной полости:** печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь - стенки до 6 мм (норма 2), в области шейки определяется гиперэхогенное образование размерами до 10-12 мм, дающее акустическую тень. Поджелудочная железа - гетерогенная эхогенность; головка - 19 мм (норма 18), тело - 15 мм (норма 15), хвост - 20 мм (норма 18), гиперэхогенные включения.

**Задание.**

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Прокомментируйте общий анализ крови, помогает ли он в постановке диагноза?
4. Прокомментируйте биохимический анализ крови.
5. Какова информативность УЗИ в постановке диагноза?
6. Нуждается ли ребенок в дополнительных методах исследования и каких?
7. Принципы медикаментозного лечения данного заболевания.

**Задача 19.**

Света П., 10 лет, жалуется на повышение температуры до 38,4°- 39,0°, чиханье, першение в горле, водянистые выделения из носа в течение 2-х дней, снижение аппетита. Пьет охотно.

При осмотре кожные покровы бледно-розовые, чистые. Пальпируются множественные подчелюстные и шейные лимфоузлы до 0,4-0,7 см. Зев гиперемирован. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧД 24 в 1 мин. Тоны сердца громкие, нежные систолический шум на верхушке. Пульс – 110 уд./мин., Носовое дыхание несколько затруднено. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и диурез в норме.

**Задание.**

1. Сформулируйте диагноз.
2. План лечения.

**Задача 20.**

Ребенок 3 лет, заболел остро, в ночь с 20.01 на 21.01, когда повысилась температура до 38,6°С, появился кашель, рвота, ухудшилось общее состояние. Утром в 11.00 21.01 ребенок осмотрен участковым педиатром, диагностирована острая респираторно-вирусная инфекция, назначено лечение: (свечи виферон, зиртек, нурофен, лазолван) противовирусные препараты, антигистаминные, жаропонижающие. Во второй половине дня сохранялась высокая температура, вялость, адинамия; в 13 часов мать заметила элементы сыпи на нижних конечностях. Сыпь очень быстро распространилась на кожу туловища, конечностей, и в 13.00 родители вызвали бригаду «СП». При осмотре врачом «СП» выявлено: общее состояние очень тяжелое, сознание сохранено, но ребенок заторможен, температура 36,8°С. Кожа бледная, акроцианоз, сыпь геморрагическая, крупная, полиморфная, с некрозом в центре, в слизистой оболочке глаз – единичные геморрагические элементы. Зрачки умеренно расширены. Выражена тахикардия (до 140-150 в мин.), тоны сердца приглушены. Одышка. АД 60/40 мм. рт. ст. Живот мягкий. Последнее мочеиспускание в 10 час. Менингеальные симптомы отрицательные.

**Задание.**

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.

### **Задача 21.**

У ребенка 14 лет после ссоры с отцом резко ухудшилось состояние: стал жаловаться на сильные головные боли, сердцебиение, сухость во рту, озноб, чувство тревоги. При осмотре педиатром на дому: кожные покровы бледные, сухие, дермографизм розовый нестойкий, лицо испуганное. Дыхание 30 в минуту, свободное. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, при аускультации - везикулярное дыхание. Границы сердца: левая - на 0,5 см кнутри от левой сосковой линии, верхняя - по верхнему краю третьего ребра, правая - по правой, стеральной линии. Тоны сердца громкие, чистые, отмечается тахикардия 128 в минуту, пульс удовлетворительного наполнения. Артериальное давление: систолическое - 170, диастолические - 75 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на уровне реберного края. Зев бледный, чистый.

### **Задание.**

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Терапевтическая тактика

### **Задача 22.**

Коля В., 3 мес., заболел остро, когда повысилась температура до 37,8°, появился сухой кашель, насморк. Участковым педиатром поставлен диагноз «ОРВИ», назначены виферон, эреспал, парацетамол. Через 2 дня состояние ухудшилось, кашель усилился и приобрел спастический характер, температура повысилась до 39,2°, появилась одышка. Ребенок направлен в стационар. При поступлении общее состояние тяжелое, вялый, адинамичный. Одышка экспираторного характера с участием вспомогательной мускулатуры, свистящие дистанционные хрипы на выдохе. ЧД – 70 в 1 минуту, грудная клетка вздута, цианоз носогубного треугольника. Перкуторно – коробочный звук, аускультативно – на фоне жесткого дыхания с обеих сторон обилие влажных мелкопузырчатых хрипов и единичные рассеянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 148 в 1 минуту. Со стороны других органов без особенностей.

### **Задание.**

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Неотложные мероприятия. Тактика лечения.
3. Какие дополнительные исследования необходимо назначить?

### **Задача 23.**

У ребенка 6 лет, посещающего детский сад, болеющего ОРВИ до 8-10 раз в год, в течение 3-х недель отмечается частый сухой навязчивый кашель без температуры, не зависящий от времени суток. При осмотре мальчик активный, кожные покровы чистые, бледно-розовые. Пальпируются подчелюстные, шейные, затылочные лимфоузлы плотноватой консистенции, безболезненные, до 0,7-1,0 см в диаметре. В легких перкуторно ясный легочный звук, дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца несколько приглушены, систолический шум на верхушке и в V точке. Слизистая полости рта розовая, чистая. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает на 1,5 см из-под края реберной дуги, край эластичной консистенции.

Селезенка не пальпируется. Стул и диурез в норме. В общем анализе крови лейкоцитов  $8,6 \times 10^9$ , эоз. – 2%, пал. - 4%, сегм. -30%, лимф. - 58%, мон.- 6%, СОЭ -7 мм/час.

**Задание.**

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. План обследования.

**Задача 24.**

Девочка 3., 12 лет, поступила в приемное отделение больницы с жалобами на носовое кровотечение, синяки на коже. Из анамнеза известно, что у ребенка с 3 лет отмечаются нечастые непродолжительные носовые кровотечения, купирующиеся самостоятельно, после годовалого возраста на коже часто появляются кровоподтеки, неадекватные перенесенной травме. Родители ребенка считают себя здоровыми. У отца в детстве были носовые кровотечения, но обследование не проводилось.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Кожа и слизистые оболочки умеренно бледные, отмечаются многочисленные экхимозы различной давности и величины (от 0,5 до 2-3 см) на туловище и конечностях, в местах давления одеждой небольшое количество петехий. Периферические лимфатические узлы: подчелюстные, подмышечные, паховые размером до 1,0см, подвижные, безболезненные, единичные. Слизистая оболочка полости рта блестящая, чистая, миндалины не увеличены. Печень и селезенка не пальпируются. Мочеиспускание и дефекация не нарушены.

Общий анализ крови: гемоглобин-92 г/л, эритроциты- $3,4 \times 10^{12}$ /л, цв.п.-0,8, ретикулоциты-15%, тромбоциты- $380,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты- $8,3 \times 10^9$ /л, палочкоядерные-2%, сегментоядерные-65%, эозинофилы-1%, лимфоциты-27%, моноциты-5%, СОЭ-12 мм/час. Время кровотечения по Дьюку: 6 мин (норма 3 мин.) Время свертывания по Сухареву: начало 2 мин, конец 4 мин, по Ли-Уайту (венозная кровь)-6 мин (норма 5-7 мин). Агрегация тромбоцитов под влиянием АДФ, коллагена-ослаблена. Ретракция кровяного сгустка: через 1 час-0. через 3 часа-10% (норма 48-64%) Консультация ЛОР-врача-варикоэкта вен носовой перегородки нет.

**Задание.**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Подтвердите его имеющимися клиническими и лабораторными данными.
3. Консультация какого специалиста необходима
4. Назовите препараты для лечения этого заболевания.

**Задача 25.**

Лена В., 15 лет, поступила в клинику с жалобами на сухой, навязчивый кашель, повышение температуры до  $38,4^{\circ}$ - $39,0^{\circ}$ , заложенность носа. Заболела 7 дней тому назад, когда повысилась температура до  $38,9^{\circ}$ , появился сухой навязчивый кашель, першение в горле, насморк, умеренная головная боль. Проводилось лечение: флемоксин солютаб, синекод, бромгексин, парацетамол, в течение последних 3-х дней цефазолин парентерально. Однако эффекта от проводимой терапии не отмечалось (стойко сохранялись фебрильная температура и упорный, навязчивый, непродуктивный кашель), в связи с чем девочка направлена на стационарное лечение. При поступлении состояние средней тяжести. Т- $38,5^{\circ}$ . Активная, охотно вступает в контакт. Кожные покровы бледно-розовые, шейные лимфоузлы множественные мелкие плотные. Перкуторно над легкими

определяется ясный легочный звук. Аускультативно – с обеих сторон ниже угла лопатки выслушиваются влажные мелкопузырчатые и единичные сухие хрипы. ЧД – 22 в 1 минуту. Тоны сердца несколько приглушены, на верхушке и в V точке выслушивается нежный систолический шум. ЧСС – 92 в 1 минуту. Общий анализ крови: Эр.- $4,3 \times 10^{12}/л$ , Нв – 140 г/л, Лейк.- $6,0 \times 10^9/л$ , Э.-2, П.-5, С.-72, Л.-14, М.-7, СОЭ-28 мм/час. На рентгенограмме легких справа в проекции S<sub>8</sub>-S<sub>9</sub>, слева - в проекции S<sub>9</sub> очаговая инфильтрация легочной ткани средней интенсивности, неоднородного характера. Тени корней тяжистые.

#### **Задание.**

1. Ваш диагноз.
2. План обследования.
3. Тактика лечения.

#### **Задача 26**

Девочка 12 лет, предъявляет жалобы на боли в животе тупые, ноющего характера, возникающие через 30-45 минут после приема пищи, а также слабость, быструю утомляемость, частые головные боли. Впервые вышеперечисленные жалобы появились 6 месяцев назад, однако обследование и лечение не проводилось. Ребенок от 1 нормально протекавшей беременности, срочных родов. С 10 лет находится на диспансерном учете у невролога по поводу синдрома вегетативной дистонии. Мать - 40 лет, страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Отец - 42 года, страдает хронический гастродуоденит.

Осмотр: рост 137 см, масса 31 кг. Кожные покровы бледные, умеренной влажности. Живот не увеличен. При поверхностной и глубокой пальпации в правом подреберье отмечается напряжение мышц и болезненность, а также болезненность в эпигастрии. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, край печени мягкий, эластичный, безболезненный. Симптом Ортнера - Грекова (+). Со стороны легких и сердца без патологии. Стул регулярный, оформленный, иногда осветленный.

#### Дополнительные данные исследования

*Общий анализ крови:* Нв - 130 г/л, Ц.п. - 0,93, Эр -  $4,6 \times 10^{12}/л$ ; Лейк -  $7,0 \times 10^9/л$ ; п/я - 2%, с/я - 66%, э - 2%, л - 25%, м - 5%, СОЭ - 7 мм/час.

*Общий анализ мочи:* цвет светло-желтый, прозрачная; рН - 5,7; плотность - 1020; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - небольшое количество, Л - 1-2 в п/з, Эр - 0-1 в п/з; слизь - немного, солей нет, бактерий нет.

*Биохимический анализ крови:* общий белок - 79 г/л, Ал АТ - 30 Ед/л, АсАТ - 40 Ед/л, щелочная фосфатаза - 150 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 78 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 17 мкмоль/л, из них связанный - 3 мкмоль/л.

*Копрограмма:* цвет - коричневый, оформленный, рН - 7,3; мышечные волокна - в небольшом количестве; крахмал внутриклеточный - немного; йодофильная флора - незначительное количество; растительная клетчатка - умеренное количество; слизь - немного, лейкоциты - 1-2 в п/з. *Диастаза мочи:* 32 ед.

*УЗИ органов брюшной полости:* печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь 85x37 мм (норма 75x30), стенки не утолщены. Холедох до 3,5 мм (норма 4), стенки не утолщены. После желчегонного завтрака - желчный пузырь сократился на 10%.

#### **Задание.**

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд.
3. Назначьте дополнительные методы исследования.
4. Назначьте лечение данному ребенку.

### Задача 27.

Наташа К., 15 лет, поступила в клинику с жалобами на повышение температуры до 39°-39,5°, влажный кашель, боли в нижних отделах по задне-боковой поверхности грудной клетки справа, слабость, вялость, головную боль, отсутствие аппетита. Заболевание началось 4 дня назад остро после переохлаждения с повышения температуры до 39,5°, озноба, сухого кашля. На 2-3 день болезни кашель усилился, стал влажным, болезненным, появились боли в грудной клетке в нижних отделах справа при глубоком дыхании и кашле. Получала вильпрофен и симптоматическую терапию, однако улучшения не отмечалось, и девочка направлена в стационар с диагнозом «ОРВИ, пневмония?». При поступлении состояние тяжелое, температура 39,2°, вялая, адинамичная, отказывается от еды. Пьет хорошо. Кожные покровы чистые, бледные, на верхней губе герпетические высыпания. Грудная клетка цилиндрической формы, правая половина несколько отстаёт в акте. В покое отмечается одышка смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. ЧД – 42 в 1 минуту. Перкуторно над легкими справа по задней поверхности ниже угла лопатки и в аксиллярной области (по средне-аксиллярной линии, начиная с 6 ребра, по задней аксиллярной линии – с 7 ребра) определяется укорочение перкуторного звука, дыхание здесь же бронхиальное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. ЧСС – 96 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и диурез в норме. Менингеальные симптомы отрицательные.

Анализ периферической крови: Эр. -  $4,3 \cdot 10^{12}/л$ , Нв – 138 г/л, Лейк. –  $12,4 \cdot 10^9/л$ , Э. – 1, Пал. – 12, С. – 68, Л. – 15, М. – 4, СОЭ – 40 мм/час.

На обзорной рентгенограмме грудной клетки справа в проекции базальных сегментов легких нижней доли (S8-S9) определяется инфильтрация легочной ткани, внизу сливающаяся с правым куполом диафрагмы, медиально – с правым корнем. Тень последнего расширена, структура смазана. Латеральный плевральный синус не дифференцируется. На остальном протяжении легких несколько усилен сосудистый рисунок, слева без патологии. Органы средостения не смещены.

### Задание.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какова Ваша тактика ведения больного?

### Задача 28

Девочка 12 лет, предъявляет жалобы на боли в животе тупые, ноющего характера, возникающие через 30-45 минут после приема пищи, а также слабость, быструю утомляемость, частые головные боли. Впервые вышеперечисленные жалобы появились 6 месяцев назад, однако обследование и лечение не проводилось. Ребенок от 1 нормально протекавшей беременности, срочных родов. С 10 лет находится на диспансерном учете у невролога по поводу синдрома вегетативной дистонии. Мать - 40 лет, страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Отец - 42 года, страдает хронический гастродуоденит. Осмотр: рост 137 см, масса 31 кг. Кожные покровы бледные, умеренной влажности. Живот не увеличен. При поверхностной и глубокой пальпации в правом

подреберье отмечается напряжение мышц и болезненность, а также болезненность в эпигастрии. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, край печени мягкий, эластичный, безболезненный. Симптом Ортнера - Грекова (+). Со стороны легких и сердца без патологии. Стул регулярный, оформленный, иногда осветленный.

#### Дополнительные данные исследования

*Общий анализ крови:* НЬ - 130 г/л, Ц.п. - 0,93, Эр -  $4,6 \times 10^{12}/л$ ; Лейк -  $7,0 \times 10^9/л$ ; п/я - 2%, с/я - 66%, э - 2%, л - 25%, м - 5%, СОЭ - 7 мм/час.

*Общий анализ мочи:* цвет светло-желтый, прозрачная; рН - 5,7; плотность - 1020; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - небольшое количество, Л - 1-2 в п/з, Эр - 0-1 в п/з; слизь - немного, солей нет, бактерий нет.

*Биохимический анализ крови:* общий белок - 79 г/л, Ал АТ - 30 Ед/л, АсАТ - 40 Ед/л, щелочная фосфатаза - 150 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 78 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 17 мкмоль/л, из них связанный - 3 мкмоль/л.

*Копрограмма:* цвет - коричневый, оформленный, рН - 7,3; мышечные волокна - в небольшом количестве; крахмал внутриклеточный - немного; йодофильная флора - незначительное количество; растительная клетчатка - умеренное количество; слизь - немного, лейкоциты - 1-2 в п/з. *Диастаза мочи:* 32 ед.

*УЗИ органов брюшной полости:* печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, порталная вена не изменена. Желчный пузырь 85x37 мм (норма 75x30), стенки не утолщены. Холедох до 3,5 мм (норма 4), стенки не утолщены. После желчегонного завтрака - желчный пузырь сократился на 10%.

#### **Задание.**

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд.
3. Назначьте дополнительные методы исследования.
4. Назначьте лечение данному ребенку.

#### **Задача 29.**

Мальчик 14 лет поступил с жалобами на резкую слабость, умеренный отек лица, головную боль.

Из анамнеза установлено, что болеет второй день. Указанные жалобы появились внезапно через 2 недели после перенесенной ангины. Одновременно резко уменьшилось количество мочи, которая имела вид «мясных помоев».

Объективно: состояние средней тяжести, правильного телосложения и среднего физического развития. Кожные покровы бледные, отек лица, голеней. Органы дыхания и ССС – без особенностей. Дыхание 18 в мин., пульс ритмичный, 68 уд. в мин., АД -140/110 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный, печень не пальпируется. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Наружные половые органы по мужскому типу, без патологических изменений.

#### *Данные лабораторных исследований:*

Общ. анализ крови: эр. –  $3,1 \cdot 10^{12}/л$ , Нв– 110 г/л, лейкоц. –  $10,6 \cdot 10^9/л$ , эоз. – 0%, п/я – 5%, с/я – 67%, лимф. – 22%, мон.– 6%, СОЭ – 18 мм/час.

Содержание в сыворотке крови: холестерина – 4,7 мкмоль/л, общего белка - 72 г/л. Протеинограмма: альбумины - 52%, глобулины - 10%, - 10%, - 12%, - 16%. Клиренс по креатинину- 100 мл/мин. Остат. азот - 5,6 мкмоль/л, мочевины - 7,2 мкмоль/л.

Суточное количество мочи 300 мл. Моча красно-бурого цвета, мутная. Отн. плотность –

1028. Р-ция резко кислая. Белок - 1,0 г/л, л. - 4-6 в п. зр., эр. - на все п. зр., большей частью измененные. Цилиндры гиалиновые - 1-2 в п. зр., эритроцитарные - до 5-6 в п. зр.

#### **Задание.**

1. Ваш диагноз и его обоснование?
2. Ваша терапевтическая тактика?
3. Сроки и тактика диспансерного наблюдения?

#### **Задача 30.**

В течение 6 месяцев у мальчика 2 лет – разжиженный учащенный до 5-6 раз в день стул со слизью. В последние 2 месяца в кале появились прожилки крови, редко сгустки крови; в течение последних 3 недель примесь крови в кале стала постоянной. Беспокоят боли в животе, часто перед дефекацией, снижение аппетита, похудание, субфебрильная температура. Амбулаторное лечение проводилось курсами антибиотиков, бактериофагом и пробиотиками без стойкого эффекта.

Анамнез. Ребенок родился доношенным, на естественном вскармливании до 2,5 месяцев. С 5 месяцев – атопический дерматит; аллергия на белок коровьего молока, морковь, цитрусовые. Мать 27 лет, здорова. Отец 32 года, здоров. Бабушка по материнской линии страдает хроническим колитом, лактазной недостаточностью.

Осмотр: длина тела 85 см, масса 11,5 кг. Бледность кожных покровов и слизистых оболочек, на коже лица и голеней участки гиперемии, расчесов, корочек. Сердце - ЧСС 136 ударов в минуту, тоны громкие, мягкий систолический шум в V т. Боткина, не связанный с тоном, экстракардиально не проводится. Живот вздут, болезненный при пальпации ободочной кишки; петли сигмовидной и слепой кишки спазмированы. Печень +0,5 см из-под края реберной дуги, эластичная, безболезненная; симптомы Мерфи, Кера отрицательные.

#### **Дополнительные данные исследования:**

*Общий анализ крови:* НЬ - 96 г/л; Ц.п. - 0,8; Эр -  $3,7 \times 10^{12}/л$ ; ретикулоциты - 18%. Лейкоциты -  $12,0 \times 10^9/л$ ; п/я - 7%, с/я - 43%, э - 5%; л - 36%, м - 9%, СОЭ - 18 мм/час; тромбоциты -  $330 \times 10^9/л$ .

*Общий анализ мочи:* цвет - светло-желтый, прозрачная; рН - 5,5; плотность - 1018; белок - нет, сахар - нет; Л - 2-3 в п/з, Эр - нет.

*Биохимический анализ крови:* общий белок - 68 г/л, альбумины - 53%, глобулины:  $\alpha_1$  - 6%,  $\alpha_2$  - 14%,  $\beta$  - 13%,  $\gamma$  - 14%, АЛАТ - 20 Ед/л, АсАТ - 36 Ед/л, ЩФ - 162 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 45 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед, общий билирубин - 13 мкмоль/л, из них связ. — 5 мкмоль/л, железо — 7 мкмоль/л, ОЖСС — 79 мкмоль/л (норма 36—72), СРБ (++).

*Копрограмма:* кал полужидкой консистенции, коричневого цвета с красными вкраплениями, мышечные волокна непереваренные в умеренном количестве, нейтральный жир — нет, жирные кислоты — немного, крахмал внеклеточный - довольно много. Резко положительная реакция Грегерсона. Л - 12-15-30 в п/з, Эр - 30-40-50 в п/з, слизь - много.

*Колонофиброскопия:* осмотрены ободочная и 30 см подвздошной кишки. Слизистая оболочка подвздошной кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, отечна, со смазанным сосудистым рисунком, множественными кровоизлияниями, линейными язвами до 0,6 см на стенках восходящей и поперечной кишок. Выражена контактная кровоточивость. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, выражена контактная кровоточивость. Лестничная биопсия.

*Гистология фрагментов слизистой оболочки ободочной кишки:* интенсивная лимфоретикулезная и эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки и подслизистого

слоя с лейкостазами, уменьшение в эпителии крипт бокаловидных клеток, криптогенные абсцессы.

**Задание.**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Укажите алгоритм дифференциально-диагностического ряда.
3. Чем отличаются по локализации детский и взрослый тип заболевания?
4. Укажите критерии активности и тяжести заболевания.
5. Какие характерные осложнения для данного заболевания?
6. Обоснуйте основные принципы лечения.

**Задача 31.**

Ребенку 5 мес. Находится на естественном вскармливании. Ежедневно получает грудное молоко

4 раза, овощное пюре 1 раз, фруктовые соки, фруктовое пюре промышленного выпуска, 50г творога «Агуша». При осмотре — активный, физическое и психомоторное развитие по возрасту, кожа чистая, по органам без патологии, стул 2-3 раза в день.

**Задание.**

1. Оцените вскармливание ребенка, дайте рекомендации.

**Задача 32.**

Мальчик 12 лет доставлен в детское отделение каретой скорой помощи в бессознательном состоянии.

*Данные анамнеза:* в школе на перемене во время игры внезапно упал, потерял сознание, появились судороги. Медицинская сестра школы сообщила, что мальчик состоит на учете у эндокринолога по поводу сахарного диабета.

*При объективном обследовании:* общее состояние тяжелое, в контакт не вступает, болевая чувствительность сохранена, наблюдаются клоникотонические судороги. Кожные покровы бледные, влажные. На бедрах и в подлопаточных областях – следы от инъекций. В легких без патологических изменений. Тоны сердца громкие, чистые. Пульс 88 в мин., удовлетворительного наполнения. АД – 115/70 мм рт.ст. Живот мягкий, не вздут. Печень и селезенка не пальпируются. Тонус мышц повышен. Зрачки узкие, реакция на свет живая.

*Дополнительные исследования.* Анализ крови: Нв – 130 г/л, Эр. –  $4,2 \cdot 10^{12}/л$ , Лейк. –  $7,6 \cdot 10^9/л$ , Э – 3, П – 3, С – 62, Л – 24, М – 8, СОЭ – 10 мм/час. Сахар крови – 2,0 ммоль/л. Мочевина крови - 6,8 ммоль/л. Анализ мочи: уд.вес 1018, белок – следы, сахар – нет, ацетон – нет. Эритроц. – 1-2х, лейкоц. – 2-4х.

**Задание.**

1. Ваш диагноз.
2. Какие заболевания следует иметь в виду при проведении дифференциальной диагностики?
3. Ваша тактика.
4. Ваши лечебные мероприятия.

**Задача 33**

Девочка 2 года 6 мес. находится на стационарном лечении в детском нефрологическом отделении по поводу инфекции мочевыводящих путей.



Из анамнеза выяснено, что ребенок родился от 3-й неблагоприятно протекавшей беременности (токсикоз I-II половины беременности), вторых срочных родов. В родах отмечена потеря крови (300 мл). У матери аднексит. С 1 года 9 мес. (с момента оформления в детское дошкольное учреждение) у ребенка частые ОРВИ (5-7 раз в год).

*Объективные данные:* со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

*Антропометрия:* масса тела - 13700 г, длина тела - 92 см, окр. груди - 54 см, головы - 47 см.

*Психометрия.*

**Ар** - употребляет сложные придаточные предложения, задает вопросы «почему?», «когда?»

**С** - воспроизводит форму, величину и цвет предметов.

**Игра** – носит сюжетный характер

**Н**- полностью одевается, но не умеет застегивать пуговицы и завязывать шнурки

**Д**- перешагивает через палку и веревку, горизонтально приподнятую на 26 см.

Конструктивная деятельность: самостоятельно делает простые сюжетные постройки и называет их.

**Задание.**

1. Дайте комплексную оценку состояния здоровья и развития ребенка.

#### **Задача 34**

Девочка К., 9 лет, поступила в отделение с жалобами на повышенную утомляемость, сниженный аппетит. Болеет с 3-летнего возраста, когда при оформлении в организованный коллектив впервые были обнаружены изменения в анализе мочи по Нечипоренко – лейкоциты до  $10 \cdot 10^6/\text{л}$ , эритроциты  $2,5 \cdot 10^6/\text{л}$ , свежие. Часто в анализах мочи выявлялись оксалаты кальция. В последующем ухудшение анализов в осенне-зимние периоды года. Лечение получала нерегулярно.

Анамнез жизни: родилась доношенной, от нормально протекавшей беременности. Росла и развивалась соответственно возрасту. Наследственный анамнез: у бабушки по линии матери – мочекаменная болезнь.

Объективно: общее состояние средней тяжести, самочувствие удовлетворительное. Кожные покровы бледные, отмечается деформация ушных раковин, нарушение прикуса, воронкообразная грудь, клинодактилия V пальцев кисти. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Общий анализ крови, биохимические анализы крови в пределах возрастной нормы.

Общий анализ мочи: моча мутная, при стоянии выпадает коричнево-темный с черными кристаллами осадок солей, р-ция кислая. Белок – следы. Лейкоциты – 18-20 в п. зр. Эритроциты – 4-5 в п. зр. Соли – оксалаты Са в большом к-ве. Проба Зимницкого – плотность мочи с колебаниями от 1012 до 1016 г/л. Суточный объем 1000 мл, НД – 300 мл, ДД – 700 мл. Посев мочи: высеяна клебсиелла,  $5 \cdot 10^5$  в 1 мл мочи, чувствительная к амоксициллину/клавуланату, цефтриаксону, фуразидину.

Экскреторная урография: выявляется дольчатость почки справа; внутрипочечная сосудистая компрессия в области шейки верхней чашечки слева с локальным гидрокаликозом, деформация форникальных структур чашечек.

**Задание.**

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные исследования вы назначите для подтверждения диагноза и какова их цель?
3. Ваша терапевтическая тактика на этапе поликлиники?
4. План диспансерного наблюдения на педиатрическом участке (выписана из стационара в фазе клинико-лабораторной ремиссии)?

### **Задача 35.**

Девочка от 2-й беременности, протекавшей с нефропатией. Роды вторые, срочные, с преждевременным отхождением околоплодных вод и ручным отделением последа. К груди приложена на 2-е сутки; культия пуповины отпала на 3 сутки. Эпителизация пупочной ранки протекала б/о. Выписана в срок. У первого ребенка была поствакцинальная реакция на первичную вакцинацию АКДС. Социальный анамнез благополучный.

*Данные физического развития девочки при рождении:* длина тела 51 см, масса 3860 г, окр. грудной клетки 35,5 см, головы - 36,5 см. В период новорожденности ребенок перенес ОРЗ. Первичное посещение поликлиники в возрасте 1 мес.: мать жалуется на беспокойное поведение девочки - плохо спит, вздрагивает и вскрикивает во сне.

*Антропометрические данные ребенка:* длина тела 54,5 см, масса 4380, большой родничок размером 2,0 x 2,0 см, ребенок находится на грудном вскармливании.

При осмотре: со стороны внутренних органов - б/о, кожа чистая. Физиологические отправления в норме.

### **Задание.**

1. Дайте оценку анамнеза новорожденной. Имеются ли факторы риска в анамнезе?
2. Ваша оценка уровня физического развития ребенка (после рождения).
3. Оцените уровень физического развития ребенка в возрасте 1 мес.
4. Каковы дополнительные данные о ребенке, необходимые для КОСЗ и развития, следует выяснить?
5. К какой группе здоровья можно отнести ребенка на основании имеющихся данных?
6. Определите группу развития ребенка.
7. Перечислите ведущие линии НПП ребенка

### **Задача 36.**

Мальчик 12 лет, предъявляет жалобы на острую боль в животе, локализирующуюся в правом подреберье и иррадиирующую в правую лопатку и поясничную область, тошноту и многократную рвоту съеденной пищей. Боль в животе появилась через 15 минут после завтрака, состоящего из бутерброда с маслом, яйца, кофе. Подобный приступ наблюдался 7 месяцев назад. Стул периодически обесцвечен.

Ребенок от 1 беременности, срочных родов; масса при рождении 3500 г, длина 55 см. Естественное вскармливание до 9 месяцев. Мать страдает желчнокаменной болезнью (проведена холецистэктомия); отец - хронический гастродуоденит; у бабушки (по матери) - калькулезный холецистит.

Осмотр: ребенок повышенного питания. Кожа слегка желтушного оттенка, склеры субиктеричны. Органы дыхания и сердечно-сосудистой системы без патологии. При поверхностной пальпации живота отмечается ригидность мышц правой половины живота, болезненность. Перкуторно: край печени +1,5 см из-под края реберной дуги. Пузырные симптомы: Мерфи (+), Ортнера (+), Френкиус (+).

Дополнительные данные:

*Общий анализ крови:* НБ - 130 г/л, Эр -  $4 \times 10^{12}$ /л; Ц.п. - 0,95, Лейкоциты -  $10 \times 10^9$ /л; п/я - 7%, с/я - 66%, э - 2%, л - 20%, м - 5%, СОЭ - 20 мм/час.

*Общий анализ мочи:* цвет светло-желтый, прозрачность полная; рН - 6,5; плотность - 1025; белок - нет; сахар - нет; Л - 2-3 в п/з, Эр - нет; желчные пигменты - (+++).

*Биохимический анализ крови:* общий белок - 75 г/л, альбумины - 55%, глобулины: а<sub>1</sub> - 3%, а<sub>2</sub> - 12%, β - 12%, γ - 18%; АлАТ - 50 Ед/л, АсАТ - 60 Ед/л, щелочная фосфатаза - 160 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 80 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 5 ед, билирубин - 32 мкмоль/л, из них связ. - 12 мкмоль/л.

*УЗИ органов брюшной полости:* печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь - стенки до 6 мм (норма 2), в области шейки определяется гиперэхогенное образование размерами до 10-12 мм, дающее акустическую тень. Поджелудочная железа - гетерогенная эхогенность; головка - 19 мм (норма 18), тело - 15 мм (норма 15), хвост - 20 мм (норма 18), гиперэхогенные включения.

**Задание.**

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Прокомментируйте общий анализ крови, помогает ли он в постановке диагноза?
4. Прокомментируйте биохимический анализ крови.
5. Какова информативность УЗИ в постановке диагноза?
6. Нуждается ли ребенок в дополнительных методах исследования и каких?
7. Принципы медикаментозного лечения данного заболевания.

**Задача 37.**

В результате углубленного обследования детей с целью определения готовности к обучению в школе установлено:

Девочка, 6,5 лет имеет следующие параметры физического развития: длина тела - 124 см, масса тела - 24 кг,

окружность грудной клетки - 57,5 см.

Количество постоянных зубов - 5.

Нервно-психическое развитие (НПР) соответствует возрасту.

За последний год перенесла 2 ОРВИ, острый пиелонефрит,

Дефектов звукопроизношения нет.

Тест Керна-Йерасека:

- 1) рисунок человека - 1 балла;
- 2) срисовывание фразы - 2 балла;
- 3) срисовывание групп точек - 2 балла.

Имеет желание учиться в школе. Отмечается утомляемость, плаксивость, головная боль.

**Задание.**

1. Оцените уровень физического развития ребенка и обоснуйте его
2. Оцените уровень биологической зрелости и дайте обоснование
3. Оцените степень резистентность ребенка и обоснуйте
4. Оцените тест Керна-Йерасека
5. Назовите критерии готовности к обучению в школе и определите степень готовности ребенка к обучению в школе, дайте обоснование.

**Задача 38.**

У мальчика 12 лет в течение последнего года беспокоят боли в подложечной области, возникающие после приема острой, жареной, обильной пищи, газированной воды. Редко боли за грудиной и чувство затруднения при прохождении «кусковой» пищи. Беспокоит изжога, отрыжка воздухом, кислым, периодически горечь во рту. Также имеются боли в эпигастрии при длительном перерыве в еде и при подъеме тяжести.

Анамнез: Мать ребенка - 38 лет, страдает хроническим гастритом; отец - 40 лет также страдает хроническим гастродуоденитом; у бабушки (по матери) - рак пищевода.

Ребенок родился доношенный, естественное вскармливание до 5 месяцев. До 4 лет пищевая аллергия на цитрусовые в виде сыпи. Начал заниматься тяжелой атлетикой (штангой) с 11 лет.

Осмотр: рост 160 см, масса 50 кг, кожа, зев, сердце и легкие - без патологии. Живот не увеличен, мягкий, при глубокой пальпации под мечевидным отростком появляется небольшая изжога и болезненность, болезненность и в пилородуоденальной области. Печень у края реберной дуги, безболезненная. Стул регулярный, оформленный.

**Дополнительное обследование.** *Общий анализ крови:* НЬ - 136 г/л; Ц.п. - 0,92; Эр -  $4,4 \times 10^{12}$ /л; Лейкоциты -  $7,2 \times 10^9$ /л; п/я - 3%, с/я - 54%, э - 3%; л - 32%, м - 8%; СОЭ - 7 мм/час.

*Общий анализ мочи:* цвет - светло-желтый, прозрачная; рН - 6,0; плотность - 1023; белок - нет, сахар - нет; эп. кл. - небольшое количество, лейкоциты - 1-2 в п/з.

*Биохимический анализ крови:* общий белок - 76 г/л, альбумины - 56%, глобулины: а<sub>1</sub> - 5%, а<sub>2</sub> - 10%, Р - 12%, у - 18%, АлАТ - 30 Ед/л, АсАТ - 28 Ед/л, ЩФ - 78 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 60 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед, общий билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. - 4 мкмоль/л, железо - 16 мкмоль/л.

*Кал на скрытую кровь:* отрицательная реакция.

*Эзофагогастродуоденоскопия:* слизистая оболочка пищевода на всем протяжении гиперемирована, отечна, гиперемия по типу «языков пламени», на задней стенке 2 поверхностные эрозии до 0,3 см, пристеночно – желчь, кардия зияет. Слизистая желудка в фундальном и антральном отделе умеренно отечная, гиперемирована. В желудке желчь. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарных отделов не изменена.

*УЗИ органов брюшной полости:* печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная. Желчный пузырь 52x30, содержимое его гомогенное, толщина стенки 1 мм. Поджелудочная железа не увеличена, с ровными контурами, эхогенность нормальная.

*Биопсийный тест (гистологический с окраской по Романовскому-Гимзе) на НР-инфекцию:* отрицательный.

*Хелик-тест на НР-инфекцию* – отрицательный.

*Биопсия слизистой оболочки антрального и фундального отдела:* инфильтрация собственного слоя оболочки мононуклеарными клетками-лимфоцитами и плазматическими клетками, а также нейтрофильными лейкоцитами и эозинофилами.

*Биопсия слизистой оболочки пищевода:* инфильтрация слизистой оболочки гранулоцитами, гиперплазия базальных клеток, удлинение сосочков базального эпителия.

**Задание.**

1. Сформулируйте диагноз с учетом известной классификации.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Назначьте ребенку диету и лечение.

**Задача 39.**

Мальчик Дима, 2 лет. Родился от 1-х преждевременных (на 33-34 неделе) родов. Роды затяжные со стимулированием и ранним отхождением вод. Масса тела при рождении 1900 г (недоношенность II степени), длина тела 41 см. Ребенок родился в асфиксии, с оценкой по шкале Апгар 4-5 баллов. Беременность протекала неблагоприятно, во второй половине беременности мать находилась на стационарном лечении в отделении патологии беременных с угрозой выкидыша. Ребенок находился на раннем искусственном вскармливании адаптированными смесями. При введении прикорма отмечались аллергические пищевые реакции на кисломолочные продукты, смородину. Физическое развитие в течение первых 2-х лет жизни дисгармоничное, с превышением массы тела. Пограничные состояния - рахит I-II степени, экссудативно-катаральный диатез, локализованная форма.

В анамнезе - частые респираторные заболевания (до 4-5 раз в году).

НИР на I году жизни: задержка в развитии движений и речи на 1-3 мес.; на 2 году задержка общих движений до 1,5 лет, речи и сенсорики до 1 года 9 мес. Развитие навыков и действий с предметами - соответствует норме. Наблюдались отклонения в поведении с преобладанием реакции возбуждения. Ребенок находится под наблюдением невропатолога по поводу гидроцефалии.

*Социальный анамнез:* семейный психологический микроклимат благоприятный. Образование отца - среднее специальное, у матери - высшее педагогическое. Жилищно-бытовые и социально-гигиенические условия удовлетворительные.

*Объективно:* состояние ребенка в момент осмотра удовлетворительное. Отмечается выраженность лобных бугров, широкая переносица, синдактилия II и III пальцев на ногах. Упитанность повышенная, Кожа чистая, на щеках проявления экссудативно-катарального диатеза.

Со стороны внутренних органов без особенностей.

Физиологические отправления в норме.

*Антропометрические данные:* масса тела - 16 кг; длина тела - 85 см; окр. головы - 56 см; окр. груди - 54 см.

*Психометрия:*

Ра - 30 слов (облегченного характера)

Рп - понимает рассказ без показа

С - ориентируется в 3-х контрастных величинах предметов

И - воспроизводит ряд последовательных действий (начало сюжетной игры)

Д - переступает через предметы чередующимся шагом, спускается и поднимается по лестнице

Н - частично одевается (шапка, ботинки). Легко обучаем действиям с предметами.

**Задание.**

1. Дайте комплексную оценку состояния здоровья и развития ребенка.

**Задача 40.**

Девочка, 10 лет, предъявляет с жалобы на боли в левом коленном и голеностопных суставах, ограничение движения, субфебрильную температуру, слабость, головную боль.

Анамнез заболевания: На фоне ОРВИ отмечались повышение температуры до фебрильных цифр, мышечные боли, боли в правом лучезапястном суставе (выраженные в

утренние часы), утренняя скованность, слабость. На фоне симптоматической терапии отмечалось улучшение.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Девочка правильного телосложения, удовлетворительного состояния питания. Кожные покровы бледные. Отмечаются изменения в суставах в виде ограничения движения и умеренной болезненности в коленном и голеностопных суставах, припухлости. Лимфоузлы, доступные пальпации не увеличены. В легких перкуторно - легочной звук. Границы относительной сердечной тупости: правая – середина между правой парастеральной и правой стеральной линиями. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: Нб - 115 г/л, Эр -  $4,5 \times 10^{12}/л$ , Тромб -  $467 \times 10^9/л$ , Лейк -  $15,2 \times 10^9/л$ , п/я - 2%, с - 62%, э - 2%, л - 31%, м - 3%, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1014, белок - отсутствует, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

#### **Задание.**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Дайте рекомендации по режиму:
5. Какие препараты следует назначить пациенту, дозы и продолжительность их применения?

#### **Задача 41.**

Девочка, 14 лет, поступила на обследование с жалобами на полиартралгию (боли в коленных, голеностопных, лучезапястных и проксимальных межфаланговых суставах пальцев кистей), субфебрильную температуру, высыпания на коже лица, слабость, недомогание, снижение аппетита.

Анамнез заболевания: В течение 3-х мес. после перенесенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой, стали беспокоить боли в суставах с непродолжительной утренней скованностью, появилась и стала усиливаться слабость, девочка стала отмечать быструю утомляемость. В течение нескольких дней стали беспокоить головные боли.

При поступлении состояние средней тяжести. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Отмечаются бледно окрашенные эритематозные элементы на лице, преимущественно на щеках и переносице. Имеются изменения суставов в виде припухлости и умеренной болезненности коленных, голеностопных и лучезапястных суставов, отмечается повышение местной температуры. На нижних конечностях симметричные геморрагические высыпания, на подошвенной поверхности стоп – «сосудистые звездочки». Подмышечные, задние шейные лимфоузлы умеренно увеличены. В легких перкуторно легочной звук, дыхание везикулярное. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, шумов нет. Тахикардия. Живот мягкий, безболезненный, печень +2,5 см из-под края реберной дуги, мягкоэластической консистенции, безболезненная, селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: Нб - 98 г/л, Эр -  $3,6 \times 10^{12}/л$ , Тромб -  $82,5 \times 10^9/л$ , Лейк -  $2,5 \times 10^9/л$ , п/я - 6%, с - 65%, э - 2%, л - 24%, м - 3%, СОЭ - 35 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1012, белок - 0,33%, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - 25-30 в п/з.

**Задание.**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие препараты следует назначить пациенту, дозы и продолжительность их применения?
5. Тактика ведения пациента в амбулаторно-поликлинических условиях

**Задача 42.**

Света П., 10 лет, жалуется на повышение температуры до 38,4°- 39,0°, чиханье, першение в горле, водянистые выделения из носа в течение 2-х дней, снижение аппетита. Пьет охотно. При осмотре кожные покровы бледно-розовые, чистые. Пальпируются множественные подчелюстные и шейные лимфоузлы до 0,4-0,7 см. Зев гиперемирован. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧД 24 в 1 мин. Тоны сердца громкие, нежные систолический шум на верхушке. Пульс – 110 уд./мин., Носовое дыхание несколько затруднено. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и диурез в норме.

**Задание.**

1. Сформулируйте диагноз.
2. План лечения.

**Задача 43.**

Девочка 2,5 месяцев поступил в отделение с неустойчивым стулом, с примесью крови в каловых массах, срыгиваниями до 6 раз в сутки, рвотой после кормления смесью с примесью крови в небольшом количестве, беспокойством.

Анамнез болезни: Ухудшение состояния мать ребенка связывает с полным переводом ребенка на молочную смесь (с 1,5 мес.), что было связано с быстрым развитием гипогалактии с прекращением лактации.

Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с гестозом I половины, роды путем кесарева сечения. Масса при рождении 3100 г, длина 50 см. Ребенок до 1,5 месяцев находился на смешанном вскармливании, затем был переведен на заменители женского молока (Семпер Нутрадефенс беби) в связи с отсутствием молока у матери. Аллергологический анамнез отягощен: отец страдает бронхиальной астмой

Осмотр: ребенок нормотрофик. Кожные покровы и слизистые оболочки обычной окраски, на коже щек, лба, волосистой части головы, наружной поверхности голеней и предплечий эритематозные папулы. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, громкие. ЧСС 132 ударов в мин. Живот мягкий, несколько вздут, пальпация по ходу кишечника болезненная, отмечается урчание. Стул 3 раза в сутки 5-6 тип по Бристольской шкале с примесью слизи и крови.

Данные дополнительного обследования

Общий анализ крови: НЬ - 128 г/л, Эр - 4,0x10<sup>12</sup>/л, Лейк -5,5x10<sup>9</sup>/л; п/я - 2%, с/я - 26%, э - 10%, л - 52%, м - 10%, СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый; относительная плотность - 1014; Л - 1-3 в п/з; Эр - нет.

Иммунологические исследования: анализ крови на уровень специфических IgE (к белку коровьего молока) – 18,5 kUa/L (тест-система ImmunoCAP 0,00-0,34 kUa/L – сильная сенсibilизация)

Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумины -61%, холестерин - 5,8 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, кальций ионизир. - 1,0 ммоль/л, глюкоза - 4,9 ммоль/л.

Копрограмма: цвет - желтый, консистенция кашицеобразная, мышечные волокна - единичные, жирные кислоты - незначительного количества, эритроциты 5-10 в поле зрения, лейкоциты 5-6 в поле зрения

Исследование кала на дисбиоз: резкое снижение лактобацилл, бифидобактерий, увеличение Klebsiella.

Колоноскопия: осмотрены все отделы толстого кишечника до баугиниевой заслонки. Слизистая оболочка на всем протяжении ярко гиперемированная, с выраженным отеком, сосудистый рисунок смазан с множеством эрозий 0,2-0,3 см. Проведена биопсия. Гистология фрагментов слизистой оболочки ободочной кишки: интенсивная эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки и подслизистого слоя.

Эзофагогастродуоденоскопия: Слизистая пищевода гиперемирована, отечная с единичными эрозиями 0,1-0,2 см геморрагического характера. Произведена биопсия. Кардия зияет. Слизистая желудка на всем протяжении розовая, с очаговой гиперемией. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки розовая, сосудистый рисунок визуализируется.

#### **Задание.**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Диагностика пищевой аллергии к белкам коровьего молока.
4. Лечение пищевой аллергии.
5. Профилактика пищевой аллергии

#### **Задача 44**

Мальчик И., 12 лет, поступил в детское отделение с жалобами на головную боль, беспокоящую в течение 2 лет. Последние полгода головная боль усилилась, появились боли в области сердца, одышка, быстрая утомляемость при ходьбе, стали зябнуть ноги. Дважды кратковременно наблюдалось носовое кровотечение.

*Объективно:* мальчик среднего роста, удовлетворительного питания. Хорошо развит плечевой пояс, широкая грудная клетка, узкий таз. Усилена пульсация сонных артерий. Границы сердца: верхняя – 3 ребро, правая – по краю грудины, левая – на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, акцент II тона на аорте, вдоль левого края грудины выслушивается грубый систолический шум, который проводится в межлопаточное пространство слева на уровне 2 и 3 грудных позвонков. Пульс на лучевых артериях напряжен, 90 уд. в 1 минуту. АД 160/100 мм рт. ст.

#### **Задание.**

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Какие необходимы дополнительные исследования и ожидаемые результаты?
3. Лечебная тактика и диспансеризация.



#### **Задача 45.**

Девочка 14 лет, на протяжении 1,5 лет предъявляет жалобы на боли в животе, появляющиеся во время дефекации. Периодически боли носят приступообразный характер с локализацией преимущественно в правой подвздошной области, в связи с чем неоднократно поступала в хирургическое отделение с подозрением на острый аппендицит. Стул 2-3 раза в сутки, гетерогенный, с примесью крови и гноя. В течение последнего года наблюдается нарастающая слабость, снижение аппетита, похудение, субфебрилитет. Ребенок от 6-й беременности, 2 роды – кесарево сечение на 37-й неделе. При рождении масса 2800 г, длина 48 см. Искусственное вскармливание с рождения. У матери – хронический колит, у бабушки по линии отца – язвенный колит. Осмотр: кожа чистая, бледная. Живот умеренно вздут. При глубокой пальпации по ходу толстой кишки отмечается болезненность, преимущественно в правом квадранте, урчание. Печень +1 см от края реберной дуги.

Дополнительные данные:

*Общий анализ крови:* НЬ - 114 г/л, Ц.п. - 0,83, Эр -  $3,8 \times 10^{12}/л$ ; Лейкоциты -  $11,8 \times 10^9/л$ ; п/я - 14%, с/я - 55%, э - 2%, л - 23%, м - 6%, СОЭ - 28 мм/час.

*Общий анализ мочи:* цвет светло-желтый, прозрачная; рН - 5,5; плотность - 1021; белок - нет; сахар - нет; эпителий плоский - небольшое количество; Л - 1-2 в п/з; Эр - нет; слизь - немного.

*Биохимический анализ крови:* общий белок - 56 г/л, альбумины - 52%, глобулины:  $\alpha_1$ - 5%,  $\alpha_2$  - 13%,  $\beta$  - 10%,  $\gamma$ - 20%; амилаза - 54 Ед/л (норма 10—120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 12 мкмоль/л, из них связ. - 2 мкмоль/л.

*Копрограмма:* цвет темно-коричневый, неоформленный; рН - 7,5; мышечные волокна - небольшое количество; крахмал внутриклеточный - немного; йодофильная флора - незначительное количество; слизь - много; Л - 15-20 в п/з; Эр - 14-17 в п/з.

*Анализ кала на скрытую кровь:* реакция Грегерсона - положительная.

*Колоноскопия:* осмотрена вся ободочная и 30 см подвздошная кишки. Слизистая оболочка подвздошной кишки в виде «бульжной мостовой». Подвздошно-ободочная кишка представлена чередованием пораженных и непораженных зон. Неравномерный отек слизистой оболочки чередуется с участками глубоких изъязвлений. Язвы продольные, определяются поперечные фиссуры.

*Гистология:* поражены все оболочки кишечной стенки, отмечается глубокий фиброз, эпителио-клеточные гранулемы с клетками Пирогова-Лангерганса.

#### **Задание.**

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какие клинические формы характерны для данной патологии?
3. Перечислите характерные эндоскопические признаки данной патологии.
4. Какие характерные морфологические признаки данной патологии?
6. Перечислите характерные осложнения.
5. Составьте план лечения для данного ребенка.

#### **Задача 46**

Юля, 14 лет поступила в детскую больницу с жалобами на боли в сердце, слабость, повышенную утомляемость.

Заболела 10 дней назад, когда на фоне повышения температура до  $38,4^\circ$  отмечались однократная рвота и боли в животе. Осмотрена детским хирургом: острая хирургическая

патология исключена. На 2-й день заболевания температура нормализовалась, исчезли боли в животе, но появились боли в сердце. Участковым педиатром поставлен диагноз «Вегетососудистая дистония по кардиальному типу» (девочка страдает этим заболеванием в течение 2-х лет), назначено лечение. Однако, в связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии, появления слабости и повышенной утомляемости девочка проконсультирована кардиологом (выявлены тахикардия, глухие сердечные тоны) и с диагнозом «Миокардит?» направлена на госпитализацию в стационар.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Температура 36,5°. Кожные покровы бледные. В легких слева перкуторно на всем протяжении тимпанит, дыхание не прослушивается; справа – ясный легочный звук, дыхание везикулярное. В покое одышки нет, при нагрузке учащение частоты дыхания до 26 в 1 мин. без участия вспомогательной мускулатуры. Тоны сердца глухие, границы сердца в норме, ЧСС – 92 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Эр.- $4,5 \times 10^{12}/л$ , Нв – 124 г/л, Лейк.- $7,9 \times 10^9/л$ , Э.-2, П.-5, С.-58, Л.-25, М.-10, СОЭ - 12 мм/час.

На рентгенограмме органов грудной клетки слева легкое колабировано, легочный рисунок отсутствует. Границы сердца в норме.

**Задание.**

1. Ваш диагноз?
2. Тактика лечения.

**Задача 47.**

Миша К., 10 мес., заболел остро 3 дня тому назад, когда повысилась температура до 37,6°, появился насморк. К врачу не обращались, не лечились. Состояние ухудшилось ночью, когда появилась одышка, усилился кашель, в связи с чем ребенок госпитализирован в стационар. При поступлении беспокоит частый кашель, температура 37,8°.

При осмотре состояние тяжелое. Ребенок беспокоен, капризничает. Одышка смешанного характера, число дыханий 78 в 1 минуту. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура, крылья носа напряжены. Определяются дистанционные хрипы, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, мраморность кожных покровов. Перкуторно над всей поверхностью легких коробочный звук. Аускультативно на фоне жесткого дыхания прослушиваются в большом количестве рассеянные сухие и разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца глухие, пульс 136 в 1 минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает из-под краев реберной дуги на 2-2,5 см. Стул и диурез в норме. Менингеальные симптомы отрицательные.

**Задание:**

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Чем обусловлена тяжесть?
3. В проведении какой терапии срочно нуждается ребенок?
4. Какого специалиста необходимо вызвать к больному?

**Задача 48.**

Боря Е., 13 лет, обратился в поликлинику с жалобами на длительные приступообразные боли в животе в течение последних 3-х месяцев с длительностью до 1-2 часов, обычно на голодный желудок, частые ночные боли, уменьшающиеся после приема пищи.

Из семейного анамнеза выяснено, что у деда по материнской линии язвенная болезнь желудка, у матери эрозивный гастрит.

Объективно: самочувствие удовлетворительное. Подкожно-жировой слой истончен. Лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание не нарушено. Пальпация, перкуссия, аускультация изменений со стороны органов дыхания не выявили. Область сердца не изменена и границы не расширены. Тоны приглушены, ритмичные. А/Д 110/60 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и в области пупка. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общие анализы мочи и крови без патологии. Отклонений в белковом спектре крови, уровне липидов и сахара крови нет. При проведении ЭГДС по малой кривизне антрального отдела выявлен дефект слизистой оболочки 0,8-1,0 см в диаметре с воспалительным валом вокруг; дно дефекта выполнено серым налетом фибрина. Проведенный быстрый уреазный тест (с использованием биоптата слизистой оболочки) обнаружил положительный результат на *H. Pylori*. Дыхательный аммиачный тест (Хелик-тест) также дал положительный результат.

**Задание.**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

**Задача 49.**

Никита В., 13 лет, поступил в отделение на 12-й день заболевания с жалобами на сухой, навязчивый кашель, повышенную температуру до 38-38,8°. Участковым педиатром был поставлен диагноз «Острый бронхит». Получал лечение: синекод, затем бромгексин, аскорил, в течение последних 7 дней – антибиотики (амоксциллин, супракс), однако эффекта от проводимой терапии не отмечалось и мальчик направлен в стационар.

При поступлении состояние средней тяжести. Беспокоит сухой навязчивый кашель. Температура 38,1°. Кожные покровы чистые, бледно-розовые. Одышки нет. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно с обеих сторон выслушиваются единичные грубые сухие и обилие средне- и мелкопузырчатых влажных хрипов. Со стороны других органов и систем без патологии.

Общий анализ крови: Эр. –  $4,6 \cdot 10^{12}/л$ , Нв – 124 г/л, Лейк. –  $5,8 \cdot 10^9/л$ , Э. – 2, П. – 13, С. – 53, Л. – 25, М. – 7, СОЭ – 26 мм/час.

На рентгенограмме органов грудной клетки инфильтративные изменения не выявлены, сосудистый рисунок усилен, тяжистый преимущественно в нижних отделах легких.

**Задание.**

1. Сформулируйте диагноз.
2. План лечения.
3. Нуждается ли ребенок в диспансерном наблюдении?

**Задача 50.**

Мать девочки А., 5 мес., обратилась к участковому педиатру с жалобами на беспокойство ребенка перед мочеиспусканием, частое небольшими порциями мочеиспускание, плохой сон, покраснение в области наружных половых органов.

Анамнез заболевания: Болеет 3 дня, когда на фоне респираторного заболевания появились указанные жалобы, температура не повышалась. Получала симптоматическое лечение: фурациллин-адреналиновые капли в нос, микстуру от кашля.

Анамнез жизни: родилась от 1 беременности, доношенная, массой 3200. С 3-месячного возраста у ребенка наблюдались проявления экссудативного диатеза на лице.

Наследственный анамнез благоприятный. Анализ мочи впервые сделан в 3 месяца в плановом порядке – без патологических изменений.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Ребенок выше среднего физического развития, масса тела 7800. На лице – проявления экссудативного диатеза.

При пальпации живота в надлобковой области ребенок реагирует плачем. Имеется гиперемия в области наружных половых органов.

*Данные лабораторных исследований:* Общ. анализ крови – без особенностей. Общий анализ мочи: моча мутная, р-ция щелочн., белок-следы, лейкоциты до 20 в п. зр., эритроциты единичные, свежие, эпителий мочевых путей – 15-20 в п. зр.

**Задание.**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Какие дополнительные исследования Вам необходимы для уточнения диагноза?
4. Лечебные мероприятия и тактика диспансерного наблюдения в случае подтверждения Вашего диагноза?

**Задача 51.**

Девочка Т., 14 лет, доставлена в приемное отделение больницы с жалобами на резко выраженную слабость, невнятную речь, шаткую походку.

Из анамнеза выяснено, что примерно 6 часов назад, рассорившись с родителями, девочка на некоторое время ушла из дома, а затем, вернувшись, закрылась в своей комнате. Зайдя к ней спустя некоторое время, родители увидели девочку спящей. Разбудить ее не удалось, на вопросы она отвечала невнятно. В ящике письменного стола родители нашли блистеры диазепама с пустыми ячейками.

Вызванная машина скорой помощи доставила ребенка в больницу.

Состояние при поступлении тяжелое. Сознание нарушено. Речь нечеткая. Дыхание равномерное. Тоны сердца приглушены, периодически – экстрасистолия. АД – 80/50 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание не нарушено.

**Задание.**

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Перечислите основные неотложные мероприятия.

**Задача 52.**

Девочка М., 6 лет, поступила в отделение с жалобами на сниженный аппетит, слабость, головные боли, периодическое повышение температуры до 38-39°, отеки под глазами, частые, малыми порциями безболезненные мочеиспускания, боли в животе в области пупка.

Девочка больна в течение 2 недель, когда после перенесенной ангины состояние ухудшилось, появились указанные жалобы. Получала лечение в условиях поликлиники в течение 7 дней: цефиксим, симптоматические средства, однако улучшения не наступило.

Анамнез жизни: родилась доношенной, в срок, от первой беременности, протекавшей с нефропатией. Развивалась нормально. Наследственный анамнез не отягощен. Часто болеет респираторными заболеваниями.

Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, чистые, отеки под глазами. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патология не выявлена. АД=100/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом

Пастернацкого положительный с обеих сторон. Наружные половые органы сформированы правильно, без изменений.

Общ. анализ крови: эр.– $3.1 \cdot 10^{12}$ /л, Нв–110 г/л, лейкоц.– $16.6 \cdot 10^9$ /л, эоз.–0%, п/я–6%, с/я–71%, лимф.–17%, мон.–6%, СОЭ–45 мм/час.

Общ. белок плазмы–64 г/л, белк. фракции: Альб.–54%; глоб.:  $\alpha$ –21%,  $\beta$  –10%,  $\gamma$ –15%. Остаточный азот крови 20 ммоль/л, мочевины крови–5.2 ммоль/л.

Проба Зимницкого: суточный объем–1000 мл, ДД–750 мл, НД–350 мл, плотность мочи–1008-1022.

Общ. анализ мочи: моча мутная, р-ция щелочн., белок – 0.099 г/л, лейкоц.–до 100 в п. зр., эр.–10-15 в п. зр., свежие.

#### **Задание.**

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза и какова их цель.
3. Ваша терапевтическая тактика на этапе стационара.

#### **Задача 53.**

В детское соматическое отделение поступил ребенок С., 5 лет, с жалобами на боли в животе, многократную рвоту, повышение температуры до 38°C.

Ребенок болен 2-й день, когда ухудшилось состояние, появились недомогание, отказ от еды, запах ацетона изо рта, схваткообразные боли в животе, повторная неукротимая рвота. Из анамнеза выяснено, что у ребенка с рождения отмечалась повышенная возбудимость, беспокойный сон, недостаточная прибавка массы тела на 1-м году жизни, склонность к запорам. В течение последних двух лет наблюдались периодические боли в животе, стойкая анорексия, приступы неукротимой рвоты на высоте острых заболеваний и среди полного здоровья.

Общее состояние ребенка при поступлении в стационар тяжелое, температура 38°C. Беспокоен, возбужден. Отмечаются явления интоксикации, частая повторная рвота (рвотные массы с запахом ацетона). Язык сухой, обложен белесоватым налетом. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Тоны сердца громкие, ритмичные. Частота пульса 120 в минуту, удовлетворительного наполнения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий 28 в 1 мин. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень +2,5-3,0 см, безболезненная, эластичной консистенции. Селезенка не пальпируется. Стула нет вторые сутки. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Менингеальных симптомов нет.

При исследовании периферической крови: нейтрофильный лейкоцитоз, снижение эозинофилов, моно- и лимфоцитов, умеренно ускоренная СОЭ; при исследовании КЩР (КОС) – ацидоз. В моче ацетон (+++).

#### **Задание.**

1. Ваш диагноз.
2. Какие дополнительные анамнестические сведения помогут в постановке диагноза?
3. Тактика лечения.

#### **Задача 54.**

Ребенок (девочка), 2-е суток 23 часа, родился от 1-й беременности, протекавшей без осложнений, 1-х родов на 41-42 неделе с оценкой по шкале Апгар 9-10 баллов в

удовлетворительном состоянии с массой тела 4050,0 г и длиной 53 см. В конце 1-х суток появилась выраженная желтуха.

Проведено дополнительное обследование:

Группа крови матери 0 (I), Rh(+), ребенка - B(III) Rh(+).

В анализах крови: Эр- $5,9 \times 10^{12}$ /л, Л- $7,0 \times 10^9$ /л, Нв -174г/л. Билирубин в пуповинной крови: общий - 90 мкмоль/л, непрямой – 86 мкмоль/л; в возрасте 40 часов: общий – 255,4 мкмоль/л, непрямой - 241,4 мкмоль/л, прямой - 14,0 мкмоль/л.

**Задание.**

1. Ваш диагноз.
2. Какова причина гипербилирубинемии?
3. Тактика ведения.

**Задача 55.**

У ребенка 12 лет, после ссоры с отцом резко ухудшилось состояние: стал жаловаться на боль в груди, сердцебиение, страх смерти.

При осмотре педиатром на дому: кожные покровы бледные, потные, вокруг рта цианоз, лицо испуганное, положение вынужденное - полусидит на диване, держится руками за грудь. Дыхание 30 в минуту, свободное. Перкуторно - над легкими ясный легочный звук, при аускультации - везикулярное дыхание. Границы сердца: левая - на 0,5 см кнутри от левой сосковой линии, верхняя - по верхнему краю третьего ребра, правая - по правой стеральной линии. Тоны сердца громкие, чистые, отмечается тахикардия 180 в минуту, пульс слабого наполнения.

Артериальное давление: систолическое - 90, диастолические - 75 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на уровне реберного края. Зев бледный, чистый.

**Задание.**

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Лечебные мероприятия на догоспитальном этапе (в домашних условиях).
3. Ваша медицинская тактика.
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза и обоснования дальнейшего лечения?
5. Неотложные мероприятия на госпитальном этапе в случае подтверждения Вашего диагноза: целевая задача и варианты ее реализации.

**Задача 56.**

Мальчик, 8 мес, поступил в отделение с неустойчивым стулом, беспокойством, болями в животе. Ребенок от 2-й беременности, протекавшей с гестозом I половины, 2 срочных родов. Масса при рождении 3200 г, длина 50 см. Раннее развитие без особенностей. Ребенок на грудном вскармливании. Первый прикорм введен в 6 мес в виде овсяной каши на цельном молоке, что сопровождалось появлением учащенного жидкого стула с кислым запахом, вздутием живота, выраженным беспокойством ребенка. Исключение молока из рациона питания ребенка и замена его на безмолочные каши привело к быстрому улучшению состояния. 2 дня назад при попытке введения молока появилась рвота, жидкий пенистый стул с кислым запахом, метеоризм, боли в животе. Для обследования ребенок поступил в стационар.

Семейный анамнез показал, что сестра 5 лет и мать ребенка не «любят» молоко.

Осмотр: ребенок нормотрофик. Кожные покровы чистые, слизистые оболочки обычной окраски. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 128 ударов в мин. Живот мягкий, несколько вздут, пальпация по ходу кишечника незначительно болезненна, отмечается урчание. Стул 2 раза в сутки пенистый, с кислым запахом.

#### **Данные дополнительного обследования**

*Общий анализ крови:* НЬ - 120 г/л, Эр -  $4,2 \times 10^{12}/л$ , Лейк -  $5,1 \times 10^9/л$ ; п/я - 2%, с/я - 33%, э - 3%, л - 52%, м - 10%, СОЭ - 3 мм/час.

*Общий анализ мочи:* цвет желтый; относительная плотность - 1015; Л - 2-3 в п/з; Эр - нет.

*Биохимический анализ крови:* общий белок - 70 г/л, альбумины - 61%, холестерин - 5,8 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, кальций ионизир. - 1,0 ммоль/л, глюкоза - 4,9 ммоль/л.

*Копрограмма:* цвет - желтый, консистенция - кашицеобразная, мышечные волокна - единичные, жирные кислоты - незначительного количества, крахмал - немного, йодофильная флора - много.

*Исследование кала на дисбактериоз:* снижено количество кишечной палочки, увеличен процент гемолитических штаммов, резкое снижение бифидум-флоры.

*УЗИ органов брюшной полости:* печень поджелудочная железа - не изменена; паренхима обычной эхогенности, однородна. Желчный пузырь обычной формы, стенка не уплотнена.

#### **Задание.**

1. Ваш диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Почему не «любят» молоко родственники ребенка?
4. Назначьте правильную диету.

#### **Задача 57.**

В 6-месячном возрасте ребенку поставлен диагноз рахита II, период разгара, подострое течение. Назначенное лечение водным раствором витамина D<sub>3</sub> (АкваДетрим) 5 тыс. ед. в сутки оказалось неэффективным. В 7-месячном возрасте при очередном осмотре выявлены следующие клинические симптомы: кожа сухая, шелушащаяся, бледная. Волосы на голове редкие, ломкие. Выражена общая пастозность. Статическое и психическое развитие соответствует 3 месяцам. Не сидит, не интересуется окружающим. Зубов нет, рот открыт, язык выступает изо рта. Затылок сглажен. Большой родничок 3х3 см, края податливы. Небольшие рахитические четки на ребрах. Отмечена общая вялость и дряблость мускулатуры, мышечная гипотония. Тоны сердца приглушены, ритмичные; ЧСС 100 в мин. Живот увеличен в объеме, «лягушачий», расхождение прямых мышц живота, склонность к запорам.

При биохимическом исследовании выявлены следующие показатели: Са - 2,75 ммоль/л, Р - 2,0 ммоль/л, щелочная фосфатаза - 1000 ммоль/л, проба Сулковича - (++)

#### **Задание.**

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Ваша лечебная тактика

#### **Задача 58.**

Мальчик С., 4 лет, обратился в приемное отделение больницы с жалобами на боли и ограничение движений в левом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда.

Из анамнеза известно, что у ребенка на первом году жизни, отмечалось кровотечение при прорезывании зуба. После года периодически отмечались носовые кровотечения, на теле появлялись гематомы после незначительных травм. Семейный анамнез: дедушка ребенка и дядя по материнской линии страдают носовыми кровотечениями, имеют поражение крупных суставов.

При осмотре состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в левом коленном суставе, движения болезненны, на ногу наступать не может. Кожа бледная, многочисленные гематомы от 1 до 4 см в диаметре разных сроков давности. Левый коленный сустав увеличен в окружности на 2 см по сравнению с правым, горячий на ощупь, болезненный при пальпации, движения в нем ограничены.

Общий анализ крови: Нв – 103 г/л, эр.  $3,7 \times 10^{12}/л$ , Ц.П. 0,8, ретикулоциты 15%, тромбоциты  $230 \times 10^9/л$ , лейкоциты  $9,0 \times 10^9/л$ , п/я – 5%, с/я – 61%, эоз – 1%, лимфоциты – 27%, моноциты – 6%, СОЭ – 14 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, относительная плотность 1020, белок – нет, рН – 6,0, эпителий плоский – единичные клетки в п/зр, лейкоциты – 4-5 в п/зр, эритроциты – неизмененные единичные в п/зр, цилиндры – нет, слизь, бактерии – нет.

Время кровотечения по Дьюку: 3 мин.

Время свертывания по Ли – Уайту 20' конец 2 часа (норма 5-7 минут).

Коагулограмма: АчТВ – 96 сек (норма 35-45 сек.), ПИ – 100%, фибриноген 4 г/л (норма), VIII фактор 1,5% (норма 50 – 150%), IX фактор 90% (норма).

УЗИ левого коленного сустава – признаки синовита.

#### **Задание.**

1. Предполагаемый диагноз?
2. Какие лабораторные данные характерны для его подтверждения?
3. Ведущий механизм патогенеза заболевания?
4. Какой тип кровотечения имеет место?
5. Назначьте терапию данному больному.
6. Развитие, какого осложнения данного заболевания возможно.

#### **Задача 59.**

Девочка 2,5 месяцев поступил в отделение с неустойчивым стулом, с примесью крови в каловых массах, срыгиваниями до 6 раз в сутки, рвотой после кормления смесью с примесью крови в небольшом количестве, беспокойством.

Анамнез болезни: Ухудшение состояния мать ребенка связывает с полным переводом ребенка на молочную смесь (с 1,5 мес.), что было связано с быстрым развитием гипогалактии с прекращением лактации.

Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с гестозом I половины, роды путем кесарева сечения. Масса при рождении 3100 г, длина 50 см. Ребенок до 1,5 месяцев находился на смешанном вскармливании, затем был переведен на заменители женского молока (Семпер Нутрадефенс беби) в связи с отсутствием молока у матери. Аллергологический анамнез отягощен: отец страдает бронхиальной астмой.

Осмотр: ребенок нормотрофик. Кожные покровы и слизистые оболочки обычной окраски, на коже щек, лба, волосистой части головы, наружной поверхности голени и предплечий эритематозные папулы. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны



сердца ритмичные, громкие. ЧСС 132 ударов в мин. Живот мягкий, несколько вздут, пальпация по ходу кишечника болезненная, отмечается урчание. Стул 3 раза в сутки 5-6 тип по Бристольской шкале с примесью слизи и крови.

Данные дополнительного обследования:

Общий анализ крови: НЬ - 128 г/л, Эр -  $4,0 \times 10^{12}$ /л, Лейк -  $5,5 \times 10^9$ /л; п/я - 2%, с/я - 26%, э - 10%, л - 52%, м - 10%, СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый; относительная плотность - 1014; Л - 1-3 в п/з; Эр - нет.

Иммунологические исследования: анализ крови на уровень специфических IgE (к белку коровьего молока) – 18,5 kUa/L (тест-система ImmunoCAP 0,00-0,34 kUa/L – сильная сенсибилизация)

Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумины -61%, холестерин - 5,8 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, кальций ионизир. - 1,0 ммоль/л, глюкоза - 4,9 ммоль/л.

Копрограмма: цвет - желтый, консистенция кашицеобразная, мышечные волокна - единичные, жирные кислоты - незначительного количества, эритроциты 5-10 в поле зрения, лейкоциты 5-6 в поле зрения

Исследование кала на дисбиоз: резкое снижение лактобацилл, бифидобактерий, увеличение Klebsiella.

Колоноскопия: осмотрены все отделы толстого кишечника до баугиниевой заслонки. Слизистая оболочка на всем протяжении ярко гиперемированная, с выраженным отеком, сосудистый рисунок смазан с множеством эрозий 0,2-0,3 см. Проведена биопсия.

Гистология фрагментов слизистой оболочки ободочной кишки: интенсивная эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки и подслизистого слоя.

Эзофагогастродуоденоскопия: Слизистая пищевода гиперемирована, отечная с единичными эрозиями 0,1-0,2 см геморрагического характера. Произведена биопсия. Кардия зияет. Слизистая желудка на всем протяжении розовая, с очаговой гиперемией. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки розовая, сосудистый рисунок визуализируется.

#### **Задание.**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте лечение.

#### **Задача 60.**

Мальчик И., 12 лет, поступил в детское отделение с жалобами на головную боль, беспокоящую в течение 2 лет. Последние полгода головная боль усилилась, появились боли в области сердца, одышка, быстрая утомляемость при ходьбе, стали зябнуть ноги. Дважды кратковременно наблюдалось носовое кровотечение.

*Объективно:* мальчик среднего роста, удовлетворительного питания. Хорошо развит плечевой пояс, широкая грудная клетка, узкий таз. Усилена пульсация сонных артерий. Границы сердца: верхняя – 3 ребро, правая – по краю грудины, левая – на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, акцент II тона на аорте, вдоль левого края грудины выслушивается грубый систолический шум, который проводится в межлопаточное пространство слева на уровне 2 и 3 грудных позвонков. Пульс на лучевых артериях напряжен, 90 уд. в 1 минуту. АД 160/100 мм рт.ст.

**Задание.**

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Какие необходимы дополнительные исследования и ожидаемые результаты?
3. Лечебная тактика и диспансеризация

**КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА  
НА ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ВОПРОС**

<b>Отметка</b>	<b>Дескрипторы</b>		
	<b>прочность знаний</b>	<b>умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы</b>	<b>логичность и последовательность ответа</b>
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы;	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать	высокая логичность и последовательность ответа

	владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	аргументированные ответы, приводить примеры	
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

### **КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ:**

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

### Основная

1. Педиатрия: национальное руководство: в 2 т. / под ред. А. А. Баранова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 2048 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача» - Текст: электронный ЭР
2. 2. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии. Альбицкий В.Ю., Алексеева Е.И., Акоев Ю.С., Антонова Е.В. и др. / Под ред. А.А. Баранова. - 2-е изд., испр. и доп. 2009. - 592 с. - Амбулаторно-поликлиническая педиатрия. Версия 1.1 [Электронный ресурс] - (Доступ из ЭБС «Консультант врача»)

3. Шамшева, О. В. Здоровый и больной ребенок. Особенности вакцинации: для врачей / О. В. Шамшева. – Москва: ГЭОТАР-Медиа 2020. – 204 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача» - Текст: электронный – 2 экз. ЭР
4. Тактика врача-педиатра участкового: практическое руководство / под ред. М. А. Школьниковой, Ю. Л. Мизерницкого. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 202 с. – 2 экз.
5. Детская пульмонология: национальное руководство: для врачей, ординаторов и студентов мед. вузов / под ред. Б. М. Блохина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 960 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача» - Текст: электронный – 2 экз. ЭР
6. Колбин, А. С. Клиническая фармакология для педиатров : учебное пособие [для обучающихся по программам клинической фармакологии, педиатрии, ординаторов, аспирантов, преподавателей, врачей / А. С. Колбин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 287 с. – 1 экз.

#### Дополнительная

1. Авдеева Т.Г. Детская гастроэнтерология: руководство/ Т.Г. Авдеева, Ю.В. Рябухин, Л.П. Парменова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 192 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача» - Текст: электронный ЭР
2. Поликлиническая и неотложная педиатрия: учебник/ под ред. А. С. Калмыковой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 896 с.- Доступ из ЭБС «Консультант врача» - Текст: электронный ЭР
3. Питание здорового и больного ребёнка: учебное пособие для педиатров, ординаторов, интернов / под общ. ред. проф. Г.М. Летишова; Рост. гос. мед. ун-т, каф. педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС. - Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ, 2015. - 294 с. - 10 экз.
4. Петросян Э.К. Детская нефрология. Синдромный подход/ Э.К. Петросян. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 192 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача» - Текст: электронный ЭР
5. Рациональная антимикробная терапия: руководство для практикующих врачей / под ред. С. В. Яковлева. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: Литтерра, 2015. - 1040 с.- Доступ из ЭБС «Консультант врача» - Текст: электронный ЭР
6. Кешишян, Е. С. Оценка психомоторного развития ребенка раннего возраста в практике педиатра: для врачей-педиатров, студентов мед. ун-тов / Е. С. Кешишян, Е. С. Сахарова, Г. А. Алямовская. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 103 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача» - Текст: электронный – 2 экз. ЭР
7. От симптома к диагнозу. Клинические разборы в педиатрии: практическое руководство для врачей и студентов мед. вузов / О. Р. Варникова, И. Г. Васильева, В. Е. Караваев [и др.]: под ред. В. В. Чемоданова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: Литтерра, 2020. – 620 с. – 3 экз.
8. Александрович Ю.С. Респираторная поддержка при критических состояниях в педиатрии и неонатологии: руководство для врачей и ординаторов / Ю.С. Александрович, К.В. Пшениснов. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 272 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача» - Текст: электронный – 3 экз. ЭР
9. Самсыгина Г. А. Пневмонии у детей: руководство для врачей, интернов, ординаторов и студентов мед. вузов / Г. А. Самсыгина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 170 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача» - Текст: электронный – 2 экз. ЭР

Перечень  
образовательных интернет-ресурсов на 2023-2024 учебный год

	<b>ЭЛЕКТРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ</b>	<b>Доступ к ресурсу</b>
--	--	-----------------------------

Электронная библиотека РостГМУ. – URL: <a href="http://109.195.230.156:9080/opacg/">http://109.195.230.156:9080/opacg/</a>	Доступ неограничен
Консультант студента [Комплекты: «Медицина. Здравоохранение. ВО»; «Медицина. Здравоохранение. СПО»; «Психологические науки»] : Электронная библиотечная система. – Москва : ООО «Политехресурс». - URL: <a href="https://www.studentlibrary.ru">https://www.studentlibrary.ru</a> + возможности для инклюзивного образования	Доступ неограничен
Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : Электронная библиотечная система. – Москва : ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением_ Комплексный медицинский консалтинг». - URL: <a href="http://www.rosmedlib.ru">http://www.rosmedlib.ru</a> + возможности для инклюзивного образования	Доступ неограничен
Научная электронная библиотека eLIBRARY. - URL: <a href="http://elibrary.ru">http://elibrary.ru</a>	Открытый доступ
Национальная электронная библиотека. - URL: <a href="http://нэб.рф/">http://нэб.рф/</a>	Доступ с компьютеров библиотеки
Scopus / Elsevier Inc., Reed Elsevier. – Philadelphia: Elsevier B.V., PA. – URL: <a href="http://www.scopus.com/">http://www.scopus.com/</a> по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (Нацпроект)	Доступ ограничен
Web of Science / Clarivate Analytics. - URL: <a href="http://www.webofscience.com/">http://www.webofscience.com/</a> по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (Нацпроект)	Доступ закрыт 01.05.2022
Freedom Collection [журналы] / ScienceDirect. Elsevier. – URL: <a href="http://www.sciencedirect.com">www.sciencedirect.com</a> по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (Нацпроект)	Доступ ограничен
БД издательства Springer Nature. - URL: <a href="https://link.springer.com/">https://link.springer.com/</a> по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации, удалённо через КИАС РФФИ <a href="https://kias.rfbr.ru/reg/index.php">https://kias.rfbr.ru/reg/index.php</a>	Доступ неограничен
Wiley Online Library / John Wiley & Sons. - URL: <a href="http://onlinelibrary.wiley.com">http://onlinelibrary.wiley.com</a> по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (Нацпроект)	Доступ ограничен
Questel база данных Orbit Premium edition : база данных патентного поиска <a href="http://www.orbit.com/">http://www.orbit.com/</a> по IP-адресам РостГМУ (Нацпроект)	Доступ ограничен
Nano Database : справочные издания по нано-материалам. - URL: <a href="https://nano.nature.com">https://nano.nature.com</a> по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации	Доступ ограничен
Российское образование. Единое окно доступа / Федеральный портал. - URL: <a href="http://www.edu.ru/">http://www.edu.ru/</a> . – Новая образовательная среда.	Открытый доступ
Электронная библиотека Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ). - URL: <a href="http://www.rfbr.ru/rffi/ru/library">http://www.rfbr.ru/rffi/ru/library</a>	Открытый доступ
Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: <a href="http://femb.rucml.ru/femb/">http://femb.rucml.ru/femb/</a>	Открытый доступ
Архив научных журналов / НЭИКОН. - URL: <a href="https://arch.neicon.ru/xmlui/">https://arch.neicon.ru/xmlui/</a> (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
КиберЛенинка : науч. электрон. биб-ка. - URL: <a href="http://cyberleninka.ru/">http://cyberleninka.ru/</a>	Открытый доступ
МЕДВЕСТНИК. Портал российского врача: библиотека, база знаний. - URL: <a href="https://medvestnik.ru">https://medvestnik.ru</a>	Открытый доступ
Медицинский Вестник Юга России. - URL:	Открытый

<a href="http://www.medicalherald.ru/jour">http://www.medicalherald.ru/jour</a> или с сайта РостГМУ (поисковая система Яндекс)	доступ
<b>Вестник урологии</b> («Urology Herald»): журнал РостГМУ. – URL: <a href="http://www.urovest.ru/jour">http://www.urovest.ru/jour</a> или с сайта РостГМУ (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
<b>Южно-Российский журнал терапевтической практики.</b> – URL: <a href="http://www.therapeutic-j.ru/jour/index">http://www.therapeutic-j.ru/jour/index</a>	Открытый доступ
<b>National Library of Medicine (PubMed).</b> - URL: <a href="http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/">http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/</a>	Открытый доступ
<b>Directory of Open Access Journals</b> : полнотекстовые журналы 121 стран мира, в т.ч. по медицине, биологии, химии. - URL: <a href="http://www.doaj.org/">http://www.doaj.org/</a>	Открытый доступ
<b>Free Medical Journals.</b> - URL: <a href="http://freemedicaljournals.com">http://freemedicaljournals.com</a>	Открытый доступ
<b>Free Medical Books.</b> - URL: <a href="http://www.freebooks4doctors.com">http://www.freebooks4doctors.com</a>	Открытый доступ
<b>International Scientific Publications.</b> – URL: <a href="http://www.scientific-publications.net/ru/">http://www.scientific-publications.net/ru/</a>	Открытый доступ
<b>Univadis.ru:</b> международ. мед. портал. - URL: <a href="http://www.univadis.ru/">http://www.univadis.ru/</a>	Открытый доступ
<b>ECO-Vector Journals Portal / Open Journal Systems.</b> - URL: <a href="http://journals.eco-vector.com/">http://journals.eco-vector.com/</a>	Открытый доступ
<b>Evrika.ru</b> информационно-образовательный портал для врачей. – URL: <a href="http://www.evrika.ru/">http://www.evrika.ru/</a>	Открытый доступ
<b>Med-Edu.ru:</b> медицинский видеопортал. - URL: <a href="http://www.med-edu.ru/">http://www.med-edu.ru/</a>	Открытый доступ
<b>DoctorSPB.ru:</b> информ.-справ. портал о медицине. - URL: <a href="http://doctorspb.ru/">http://doctorspb.ru/</a>	Открытый доступ
<b>Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России.</b> - URL: <a href="http://cr.rosminzdrav.ru/">http://cr.rosminzdrav.ru/</a>	Открытый доступ
<b>Словари и энциклопедии на Академике.</b> - URL: <a href="http://dic.academic.ru/">http://dic.academic.ru/</a>	Открытый доступ
<b>Официальный интернет-портал правовой информации.</b> - URL: <a href="http://pravo.gov.ru/">http://pravo.gov.ru/</a>	Открытый доступ
<b>Образование на русском</b> : портал / Гос. ин-т русс. яз. им. А.С. Пушкина. - URL: <a href="http://pushkininstitute.ru/">http://pushkininstitute.ru/</a>	Открытый доступ
<b>История.РФ.</b> [Главный исторический портал страны] - URL: <a href="https://histrf.ru/">https://histrf.ru/</a>	Открытый доступ
<b>ENVOС.RU English vocabulary:</b> образовательный сайт для изучающих англ. яз. - URL: <a href="http://envoc.ru">http://envoc.ru</a>	Открытый доступ
<b>Всемирная организация здравоохранения.</b> - URL: <a href="http://who.int/ru/">http://who.int/ru/</a>	Открытый доступ
<b>Министерство науки и высшего образования Российской Федерации.</b> - URL: <a href="http://minobrnauki.gov.ru/">http://minobrnauki.gov.ru/</a>	Открытый доступ
<b>Современные проблемы науки и образования</b> : электрон. журнал. - URL: <a href="http://www.science-education.ru/ru/issue/index">http://www.science-education.ru/ru/issue/index</a>	Открытый доступ
<b>Другие</b> открытые ресурсы вы можете найти по адресу: <a href="http://rostgmu.ru">http://rostgmu.ru</a> →Библиотека→Электронный каталог→Открытые ресурсы интернет→далее по ключевому слову...	

Периодические издания

№ п/п	Название журнала	Доступ
1.	Педиатрия [Эл. ресурс]	Доступ из «Elibraru»
2.	Педиатр [Эл. ресурс]	Доступ из «Elibraru»
3.	Педиатрическая фармакология [Эл. ресурс].	Доступ из «Elibraru»
4.	Российский вестник перинатологии и педиатрии [Эл. ресурс].	Доступ из «Elibraru»
5.	Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum	Доступ из «Elibraru»



### **Приказы, постановления и методические указания**

1. Закон РФ от 10.07.1992г. № 3266-1 «Об образовании»;
2. Федеральный закон РФ «О высшем и послевузовском профессиональном образовании» от 22.08.1996 г. № 125-ФЗ;
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2009 г. № 210н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации»;
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 07.07.2009 г. № 415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения»;
5. «Положение о клинической ординатуре» (утверждено приказом Минздрава России № 23 от 17.02.1993 г.);
6. Приказ Министерства образования и науки РФ от 09 января 2023 г. N 9 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.19 Педиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)"
7. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от «27» марта 2017г. № 306н «Об утверждении профессионального стандарта врач-педиатр участковый»
8. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16.04.2012 г. № 362н «Об утверждении порядка организации и проведения практической подготовки по основным образовательным программам среднего, высшего и послевузовского медицинского и фармацевтического образования и дополнительным профессиональным образовательным программам»;
9. Устав РостГМУ и другие локальными нормативные акты.

### **МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ И СДАЧЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

Порядок организации и процедура проведения ГИА определены Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки», а также Положением о порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры № 18-139/10, утвержденного приказом ректора от 12 марта 2018 года № 139.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование выпускников в очном или дистанционном формате по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Результаты государственного экзамена, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения, результаты аттестационного испытания, проводимого в письменной форме, - на следующий рабочий день после дня его проведения.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания. Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

*Образец эталона ответа на государственном экзамене:*

**1. Ответ на теоретический вопрос: Первичный нефротический синдром у детей, патогенетические механизмы, клинико-лабораторные проявления**

Первичный нефротический синдром у детей - острое иммунное повреждение гломерулы нефрона, характеризующееся определенным симптомокомплексом. В патогенезе ведущее место отводится повреждению подоцитов. В настоящее время нефротический синдром принято считать болезнью подоцитов от минимальных изменений до отрыва ножек, распластывания их на мембране, повреждения подоцитарных диафрагм с последующим повреждением базальных мембран и нарушением их барьерной функции. В течении заболевания выделяют период развернутых клинико-лабораторных проявлений, период обратного развития симптомов и клинико-лабораторной ремиссии. Оценивается функция почек.

Нефротический синдром характеризуется:

- 1) распространёнными отеками на лице, нижних конечностях, в области половых органов, на туловище. Возможны полостные отеки, вплоть до анасарки. Отеки мягкие, подвижные. В патогенезе отеков ведущее место относят задержке натрия в организме, активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и гипоальбуминемии с развитием гиповалемии, усилением активности АДГ;
- 2) протеинурией более 2г/л, в основном за счет альбуминов;
- 3) гипоальбуминемией и диспротеинемией;
- 4) гиперхолестеринемией, в основном за счет триглицеридов;
- 5) часто высокая СОЭ до 40-50 мм в час

**Ответ к задаче**

1. Острый нефротическим синдромом, период начальных проявлений с нарушением функции почек.
2. Необходимые исследования и ожидаемые результаты:
  - Общий белок крови (гипопротеинемия)
  - Протеинограмма (гипоальбуминемия, диспротеинемия)
  - Холестерин крови (гиперхолестеринемия)
  - Липиды крови (гиперлипидемия)

- Суточная потеря белка с мочой (гиперпротеинурия)

3. Терапевтическая тактика:

- 1) Диетотерапия – ограничение белка животного происхождения до 1 г/кг массы и бессолевая диета на период сохранения отеков.
- 2) Преднизолон из расчета 2 мг/кг/с до 3-х нормальных анализов мочи, полученных через день. Затем в этой же дозе через день (всего 4-6 недель), последующее снижение дозы по 5 мг в неделю до отмены. Длительность лечения не менее 3-х мес. и не более 6 мес.
- 3) Мочегонные средства (фуросемид из расчета 1-3 мг/кг массы) на период наличия отеков;
- 4) Дипиридамол по 0.25 x 2 раза в день – 4-6 недель.
- 5) Постельный режим на период наличия отеков.

## МАКЕТ БИЛЕТА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственный экзамен  
по образовательной программе высшего образования -  
программе ординатуры 31.08.19 «Педиатрия»  
Год начала подготовки – 2023**

### ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1

Утверждено  
на заседании кафедры педиатрии и  
неонатологии  
\_\_\_\_\_  
*(название  
кафедры)*  
протокол от                      №

Номер задания	Содержание задания
1.	1. Нефротический синдром у детей, патогенетические механизмы, клинико-лабораторные проявления

	<p>2. Ситуационная задача. Мальчик К., 13 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, однократную рвоту, отек лица, туловища, конечностей, увеличенный живот, уменьшение количества выделяемой мочи. За 2 недели до заболевания перенес ангину.</p> <p>Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, анасарка, асцит. Левая граница сердца расширена на 1 см, тоны сердца громкие, АД – 115/75 мм рт. ст. Пульс 120 в мин., удовлетворительного наполнения.</p> <p>1. Общ. анализ крови: эр. – <math>2.3 \cdot 10^{12}/л</math>, Нв – 102 г/л, ЦП – 0.78, лейкоц. – <math>12.4 \cdot 10^9/л</math>, эоз. – 1%, п/я – 9%, с/я – 68%, лимф. – 18%, мон. – 4%, СОЭ – 52 мм/час.</p> <p>2. Общ. анализ мочи: белок – 16 г/л. лейкоц. 8 – 10 в п. зр., эр. 3 - 4 в п. зр., выщелоченные; цилиндры гиалиновые, восковидные – 2-3 в п зр. Диурез 400 мл.</p> <p>3. Биохимия крови: общ. белок – 64 г/л, ост. азот – 4.5 ммоль/л, мочевины 7.0 ммоль/л.</p> <p><b>Задание</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ваш предполагаемый диагноз?</li> <li>2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза, и какие результаты Вы ожидаете получить?</li> <li>3. Ваша терапевтическая тактика</li> </ol>
2.	<p>1. Острая сосудистая недостаточность: обморок, коллапс, шок</p> <p>1. Ситуационная задача: Девочка 5 лет, доставлена в приемное отделение с диагнозом сердечно-сосудистая недостаточность. Заболела внезапно. После укуса пчелы в кисть правой руки появилось резкое беспокойство, озноб, отек правой руки, головная боль, боли в животе. Затем девочка стала очень вялой.</p> <p>Состояние крайне тяжелое, сознание затмнено, взгляд устремлен вдаль, болевая чувствительность снижена, кожа бледная, влажная, холодная на ощупь, акроцианоз. Кисть правой руки горячая, отечная, гиперемирована, в месте укуса красный волдырь с «язычками», более бледными в центре.</p> <p>Дыхание поверхностное, прерывистое - 46 в мин., в легких дыхание везикулярное. Пульс слабого наполнения 160 в мин., тоны сердца глухие, АД 70/40 мм рт.ст., живот вздут.</p> <p><b>Задание</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диагноз и его обоснование.</li> <li>2. Где будет оказываться помощь?</li> <li>3. Лечение.</li> </ol>

Руководитель ООП, д. м. н.  
профессор

Летифов Г.М.

Печать ФППО