

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

ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель
образовательной программы
 А.А. Орехов
«28» августа 2025 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПЕДИАТРИЯ»

по специальности 31.05.02 Педиатрия

Квалификация: врач-педиатр

Форма обучения: очная

Ростов-на-Дону
2025

Программа ГИА составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.02 Педиатрия и Приказа Минобрнауки России от 29 июня 2015 г. № 636 «Об утверждении порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета и программам магистратуры» (в редакции Приказов

Минобрнауки России от 09.02.2016 № 86, от 28.04.2016 № 502, от 27.03.2020 № 490).

1. Цель государственной итоговой аттестации

Определение соответствия результатов освоения выпускниками образовательной программы по специальности 31.05.02 Педиатрия требованиям ФГОС ВО по специальности 31.05.02 Педиатрия.

2. Задачи ГИА

Установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач по видам профессиональной деятельности: медицинской, организационно-управленческой, научно-исследовательской, определённых ФГОС ВО; принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА.

3. Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших
программу «Педиатрия», включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания медицинской помощи детям.

4. Объектами профессиональной деятельности выпускников,
освоивших программу «Педиатрия», являются: физические лица в возрасте от 0 до 18 лет;

физические лица - родители (законные представители) детей;
население;

совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья детей.

5. Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу «Педиатрия»: медицинская;
организационно-управленческая; научно-
исследовательская

**6. Выпускник, освоивший программу «Педиатрия»,
должен обладать следующими компетенциями:**

а) общекультурные: ОК

- способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (ОК-1);
- способностью использовать основы философских знаний для формирования мировоззренческой позиции (ОК-2);
- способностью анализировать основные этапы и закономерности исторического развития общества для формирования гражданской позиции (ОК-3);
- способностью действовать в нестандартных ситуациях, готовностью нести социальную и этическую ответственность за принятые решения (ОК-4);
- готовностью к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала (ОК-5);
- способностью использовать методы и средства физической культуры для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности (ОК-6);
- готовностью использовать приемы первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций (ОК-7);
- готовностью к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (ОК-8).

б) общепрофессиональные: ОПК

- готовностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности (ОПК-1);
- готовностью к коммуникации в устной и письменной формах на русском и иностранном языках для решения задач профессиональной деятельности (ОПК-2);
- способностью использовать основы экономических и правовых знаний в профессиональной деятельности (ОПК-3);

- способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности (ОПК-4);
- способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок (ОПК-5); готовностью к ведению медицинской документации (ОПК-6); готовностью к использованию основных физико-химических, математических и иных естественнонаучных понятий и методов при решении профессиональных задач (ОПК-7);
- способностью к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач (ОПК-9);
- готовностью к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач (ОПК-8)
- готовностью к обеспечению организации ухода за больными и оказанию первичной доврачебной медико-санитарной помощи (ОПК-Ю);
- готовностью к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи (ОПК-11).

в) Профессиональные: ПК медицинская деятельность:

- способностью и готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье детей факторов среды их обитания (ПК-1);
- способностью и готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми детьми и детьми с хроническими заболеваниями (ПК-2);
- способностью и готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

- способностью и готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей (ПК-4);
- готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания (ПК-5);
- способностью к определению - у пациентов . основных, патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г. (ПК-6);
- готовностью к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека (ПК-7);
- способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами (ПК-8);
- готовностью к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара (ПК-9);
- готовностью к оказанию первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи (ПК-10);
- готовностью к участию в оказании скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (ПК-11);
- готовностью к ведению физиологической беременности, приему родов (ПК-12);
- готовностью к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе к участию в медицинской эвакуации (ПК-13);
- готовностью к определению необходимости применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у детей, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-14);

- готовностью к обучению детей и их родителей (законных представителей) основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний (ПК-15);
- готовностью к просветительской деятельности по устраниению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни (ПК-16);

г) организационно-управленческая деятельность:

- способностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-17);
- готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи детям с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-18);
- способностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-19);

д) научно-исследовательская деятельность:

- готовностью к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины (ПК-20);
- способностью к участию в проведении научных исследований (ПК-21);
- готовностью к участию во внедрении новых методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан (ПК-22).

7. Государственная итоговая аттестация по программе 31.05.02 Педиатрия проводится устно, в форме государственного экзамена, в виде собеседования. Объем государственной итоговой аттестации 3 зачётные единицы.

8. Структура и содержание государственной итоговой аттестации. Программа государственного экзамена

Собеседование проводится по результатам решения ситуационных задач профессионального характера по разделам нескольких дисциплин образовательной программы, в содержание которых включены вопросы программы ГИА. Оценке подлежит степень умения выпускника принимать оптимальные решения профессиональных задач на основе интеграции теоретических и практических знаний, полученных в ходе освоения образовательной программы. Детские болезни:

Раздел I. Возрастно-половые особенности функционирования организма.

Раздел II. Роль иммунных нарушений в патогенезе разных заболеваний,

гуморальный и клеточный иммунитет.

Раздел III. Болезни крови и кроветворных органов

Анемии: постгеморрагические, железодефицитные, B12 фолиеводефицитные, апластические, гемолитические врожденные и приобретенные (иммунные и неиммунные). Панцитопения, агранулоцитоз. Геморрагические синдромы: тромбоцитопения, гемофилия, болезнь РандюОслера, геморрагический васкулит, ДВС-синдром, гемолитическая болезнь новорожденных, лучевая болезнь. Гемобластозы: острые лейкозы у детей, хронические лейкозы, миеломная болезнь; лимфомы (лимфогранулематоз и другие). Лейкемоидные реакции. Гемотрансфузионные реакции. Раздел IV. Болезни эндокринной системы и нарушения обмена веществ. Болезни щитовидной железы: эндемический зоб, диффузный токсический зоб, аденомы, тиреодит, гипотиреоз. Гипер- и гипопаратиреоз. Гипофизарно-гипотапамические нарушения: акромегалия, нанизм, болезнь Иценко-Кушинга, несахарный диабет. Сахарный диабет 1 и 2 типа, кетоацидоз, гиперосмолярная кома, макро и микроангиопатии. Гипогликемия, гиперинсулинизм. Болезни надпочечников: глюкостерома (синдром Иценко-Кушинга), альдостерома (синдром Конна), феохромоцитома, андрено-генитальный синдром, надпочечниковая недостаточность. Нарушения обмена веществ: ожирение, дислипидемии, гепатолентикулярная дегенерация (болезнь Вильсона-Коновалова), гемохроматоз.

Раздел V. Болезни системы кровообращения

Болезни эндокарда: Ревматический и инфекционный эндокардит, приобретенные пороки сердца. Врожденные пороки: открытый артериальный проток, дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородки, тетрада Фалло, коарктация аорты. Болезни миокарда: миокардиты, кардиомиопатии, дистрофии миокарда. Болезни перикарда: перикардиты фибринозный, экссудативный, констриктивный, тампонада сердца. Артериальные гипертензии: эссенциальная, вторичная. Синдром вегетативной дисфункции. Недостаточность кровообращения: остшая, хроническая застойная. Нарушение ритма и проводимости сердца: экстрасистолия, мерцание и трепетание предсердий, пароксизмальные тахикардии, фибрилляция желудочков, асистолия, блокады.

Раздел VI. Болезни органов дыхания

Инфекции легких: острый бронхит, пневмонии, абсцесс. Обструктивные болезни легких: бронхоэктатическая болезнь; бронхиальная астма, эмфизема легких; ателектаз. Наследственные хронические заболевания легких (Фиброзирующие альвеолиты, гемосидероз, синдром Картагенера). Дыхательная недостаточность острая и хроническая, в т.ч. острый респираторный дистресс-синдром у детей. Болезни плевры: плевриты, пневмоторакс, гемоторакс.

Раздел VII. Болезни органов пищеварения

Болезни пищевода: рефлюксный эзофагит. Болезни желудка: гастрит, язва желудка. Болезни кишечника: энтероколит, язва двенадцатиперстной кишки, синдром раздраженного кишечника, терминальный илеит (болезнь Крона), язвенный колит, синдром мальабсорбции, Дисбактериоз. Болезни поджелудочной железы: панкреатиты, муковисцидоз. Болезни печени и желчных путей: гепатиты, циррозы, дискинезии желчных путей.

Раздел VIII. Болезни кожи и подкожной клетчатки

Атопический дерматит, крапивница, ангионевротический отек, токсический эпидермальный некролиз.

Раздел IX. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Воспалительные болезни: острая ревматическая лихорадка, ювенильный ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилоартрит, системная красная волчанка, склеродермия, дерматомиозит, узелковый периартериит.

Метаболические: остеопороз, рахит.

Раздел X. Болезни мочеполовой системы

Гломерулонефрит острый и хронический, амилоидоз почек, нефротический синдром; острая и хроническая почечная недостаточность. Острый и хронический пиелонефрит.

Детские инфекционные болезни

Раздел I. Острые кишечные инфекции

Шигеллезы, сальмонеллезы, брюшной тиф, эшерихиозы, иерсиниозы, кампилобактериоз, холера, острые кишечные инфекции, вызванные условно-патогенными микробами, вирусные диареи у детей. Кишечные токсикозы. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика,

дифференциальная диагностика, лечение, реабилитация реконвалесцентов, профилактика.

Раздел II. Острые респираторные инфекции

Острые респираторные заболевания вирусной природы: грипп, парагрипп, респираторно-синцитиальная инфекция, метапневмовирусная инфекция, коронавирусная инфекция, аденоизирусная инфекция, бокавирусная инфекция, энтеровирусная инфекция у детей. Острые респираторные заболевания бактериальной природы (пневмококковая, гемофильная, стафилококковая, стрептококковая инфекции), микоплазменная, хламидийная инфекции, легионеллез у детей. Обструктивные ларингиты у детей. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, реабилитация реконвалесцентов, профилактика.

Раздел III. Острые капельные инфекции

Корь, краснуха, скарлатина, эпидемический паротит, коклюш, дифтерия у детей. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, реабилитация реконвалесцентов, профилактика.

Раздел IV. Нейроинфекции

Менингококковая инфекция у детей. Отек головного мозга, инфекционнотоксический шок. Полиомиелит у детей. Энтеровирусные инфекции у детей. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, реабилитация реконвалесцентов, профилактика.

Раздел V. ВИЧ-инфекция и оппортунистические инфекции

ВИЧ-инфекция у детей. Герпесвирусные инфекции у детей. Оппортунистические инфекции бактериальной, грибковой и протозойной этиологии у детей. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, реабилитация, профилактика.

Раздел VI. Вирусные гепатиты

Острые вирусные гепатиты А, В, С, D, Е у детей. Хронические вирусные гепатиты у детей. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, реабилитация, профилактика.

Раздел VII. Природно-очаговые и зоонозные инфекции

Природноочаговые и другие зоонозные инфекции. Малярия, КГЛ. ЛЗН. Лихорадка Эбола. Лептоспироз. Бруцеллез. Лейшманиозы. Риккетсиозы. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, реабилитация, профилактика.

Раздел VIII. Вакцинопрофилактика инфекционных заболеваний
Теоретические основы вакцинопрофилактики. Календарь профилактических прививок. Особенности поствакцинального периода.

Поликлиническая и неотложная педиатрия

Раздел I. Организация медицинского обеспечения детей и подростков в условиях поликлиники.

Охрана здоровья детей — основной приоритет охраны здоровья нации. Порядок оказания педиатрической помощи в РФ. Организация работы детской поликлиники. Основы профилактической педиатрии. Комплексная оценка состояния здоровья детей и подростков. Организация лечебнопрофилактической помощи новорожденным в условиях поликлиники. Организация помощи новорожденных детям с перинатальной патологией. Стандарты помощи. Врачебный контроль за состоянием здоровья детей раннего возраста в условиях детской поликлиники.

Раздел II. Содержание работы врача отделения организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях.

Организация работы и задачи отделения организации медицинской помощи в образовательных учреждениях детской поликлиники. Порядок медицинского обеспечения детей в ДОУ. Организация работы врача педиатра в школах. Организация амбулаторно-поликлинической помощи подросткам. Диагностика, лечение и профилактика гельминтозов у детей и подростков. Стандарты наблюдения. Организация лечебно-диагностической работы врача участкового педиатра

Раздел III. Оказание медицинской помощи детям и подросткам с острыми и хроническими заболеваниями. Организация диспансерного наблюдения и реабилитации.

Реабилитация детей и подростков в условиях поликлиники: аспекты, принципы, методы. Санаторно-курортное лечение. Типы, профили детских санаториев. Показания, противопоказания. Подготовка детей и подростков к санаторному лечению. Организация лечебно-профилактической помощи при патологии органов

дыхания. Реабилитации больных с патологией органов дыхания и принципы диспансеризации Стандарты. Организация лечебно-профилактической помощи при патологии сердечно-сосудистой системы в условиях поликлиники, КРД. Диспансерное наблюдение. Организация лечебно-профилактической помощи при патологии желудочно-кишечного тракта на дому и в условиях поликлиники. Диспансерное наблюдение Стандарты. Организация лечебноПрофилактической помощи при патологии мочевыделительной системы в условиях поликлиники. Диспансерное наблюдение Стандарты. Организация лечебно-профилактической помощи при патологии эндокринной системы в условиях поликлиники. Диспансерное наблюдение Диспансерное наблюдение детей с иммунными и аллергическими заболеваниями. Организация лечебно-профилактической помощи детям и подросткам с инфекционными и паразитарными заболеваниями в условиях поликлиники. Диспансерное наблюдение в периоде реконвалесценции Раздел IV. Экстренная помощь на догоспитальном этапе при несчастных случаях и отравлениях у детей. Тактика врача, показания к госпитализации. Скорая и неотложная помощь при несчастных случаях у детей. Тактика врача-педиатра. Показания к госпитализации. Острые отравления у детей и подростков. Классификации отравлений. Принципы диагностики, алгоритмы оказания первой врачебной помощи на догоспитальном этапе. Клиника, диагностика, первая помощь при различных отравлениях у детей Стандарты помощи.

Раздел V. Экстренная помощь на догоспитальном этапе. Организация, принципы диагностики, оказания первой врачебной помощи при неотложных состояниях у детей и подростков.

Организация, основные задачи и медико-тактическая классификация уровней помощи при угрожающих состояниях у детей. Организация службы неотложной и скорой медицинской помощи. Этика и деонтология в работе врача неотложной и скорой помощи. Задачи, оснащение, врачебная тактика, диагностика, первая врачебная помощь, тактика педиатра при синдромах острой дыхательной недостаточности у детей. Диагностика, первая врачебная помощь, тактика педиатра при синдромах острой недостаточности кровообращения (обморок, коллапс, шок, острой и хронической сердечно-сосудистой недостаточности) у детей. Скорая и неотложная помощь при аллергических синдромах у детей. Стандарты помощи. Диагностика, первая врачебная помощь, тактика педиатра при

нарушениях функций центральной нервной системы у детей, коматозные состояния. Диагностика, неотложная помощь. Лихорадка, судорожный синдром. Диагностика, неотложная помощь. Стандарты помощи.

9. Перечень вопросов

Детские болезни:

1. Гемолитическая болезнь новорождённых. Определение понятия, этиопатогенез, клинические формы, диагностика, лечение.
2. Синдром дыхательных расстройств. Определение понятия, этиопатогенез, клиническая симптоматика, диагностика, лечение.
3. Сепсис новорождённых. Определение понятия, этиопатогенез, Клинические и лабораторные критерии системной воспалительной реакции, диагностика, профилактика, лечение. Прогноз.
4. Недоношенные дети. Причины недоношения. Морфологические и функциональные признаки недоношенности. Особенности течения заболеваний у недоношенных детей.
5. Бронхолегочная дисплазия. Определение, факторы, способствующие ее развитию, клинические и рентгенологические критерии, стадии формирования, лечение.
6. Анемии новорождённых. Постгеморрагические анемии: определение, классификация. Клинические и лабораторные критерии постгеморрагического шока. Лечение.
7. Анемии новорождённых. Гемолитические анемии: наследственные и приобретенные причины. Диагностика и лечение иммунных гемолитических анемий.
8. Желтухи новорождённых. Причины, патогенез, клиническая симптоматика конъюгационных и гемолитических желтух. Диагностика, лечение.
9. Эндокринопатии у новорождённых (первичный врождённый гипотиреоз, диабетическая эмбриофетопатия): этиология, патогенез, клиническая симптоматика, клинико-лабораторная диагностика, лечение, прогноз.
10. Синдром рвоты и срыгиваний. Патология пищевода (халазия кардии, ахалазия пищевода, атрезия пищевода). Патология желудка (пилороспазм, пилоростеноз). Причины, клинические и лабораторно-инструментальные критерии, лечение.
11. Асфиксия у новорожденных. Определение понятия, этиопатогенез, клиническая симптоматика, диагностика, лечение. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия.
12. Родовые травмы спинного мозга, их клиническая симптоматика в зависимости

от уровня поражения. Внутричерепные кровоизлияния травматического и гипоксического генеза.

13. Геморрагическая болезнь новорождённых. Определение понятия, этиопатогенез, клиническая симптоматика, диагностика, профилактика, лечение.
14. Внутриутробные инфекции. Определение понятия, этиопатогенез, клинические проявления врождённого герпеса, цитомегалии, токсоплазмоза, диагностика, лечение. Прогноз.
15. Задержка внутриутробного развития плода и новорождённого. Определение понятия, этиопатогенез, клинические варианты, осложнения, диагностика, профилактика, лечение. Прогноз.
16. Инфекционно-воспалительные заболевания кожи, клетчатки, пупка. Клиническая симптоматика везикулопустулёза, пузырчатки новорождённых, некротической флегмоны, гнойного омфалита. Этиопатогенез, диагностика, профилактика, лечение. Прогноз.
17. Нарушение обмена белков. Фенилкетонурия: причины развития, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы диетотерапии, прогноз.
18. Синдром мальабсорбции. Целиакия: этиология, патогенез, клиническая картина, лабораторная и инструментальная диагностика, принципы диетотерапии.
19. Нарушение обмена углеводов. Галактоземия: причины развития, эпидемиология, патогенез, клиническая картина различных типов, диагностика, диетотерапия, медикаментозное лечение.
20. Хронические расстройства питания. Гипотрофия: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, принципы диетотерапии, лечение.
21. Витамин Д - дефицитный ра�ахит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение. Специфическая и неспецифическая профилактика.
22. Спазмофилия. Этиология, патогенез, классификация, клиника скрытой и явной форм, диагностика, неотложная терапия.
23. Гипервитаминоз Д. Этиология, патогенез, клинические проявления различной степени тяжести острого периода, диагностика, лечение, профилактика.
24. Лактазная недостаточность. Эпидемиология, этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальная диагностика синдрома мальабсорбции, принципы диетотерапии, прогноз.
25. Пневмонии у детей: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагноз, дифференциальный диагноз, принципы лечения.
26. Осложненные пневмонии у детей: этиология, патогенез, клинические варианты, клиническая картина, дифференциальный диагноз, принципы лечения, прогноз.

27. Бронхоэктазы у детей: этиология, патогенез, клинические варианты, клиническая картина, дифференциальный диагноз, принципы лечения, прогноз.
28. Бронхиты у детей: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагноз, дифференциальный диагноз, принципы лечения.
29. Муковисцидоз у детей: этиология, патогенез, клинические варианты, клиническая картина, дифференциальный диагноз, принципы лечения, прогноз.
30. Фиброзирующий альвеолит, дефицит альфа 1 антитрипсина у детей: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, дифференциальный диагноз, принципы лечения.
31. Первичная цилиарная дискинезия, синдром Картагенера у детей: этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальный диагноз, принципы лечения, прогноз.
32. Гемосидероз легких, синдром Гудпасчера у детей: этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальный диагноз, принципы лечения, прогноз.
33. Бронхиальная астма. Эtiология. Роль аллергенов в патогенезе заболевания. Классификация. Клиническая картина в зависимости от степени тяжести заболевания. Методы диагностики. Принципы базисной терапии. Неотложная помощь при обострении заболевания. Прогноз.
34. Атопический дерматит. Эtiология заболевания. Пищевые аллергены и их роль в патогенезе заболевания. Классификация. Клиническая картина в зависимости от возраста больного. Методы диагностики, применяемые в периоде обострения и ремиссии заболевания. Диетотерапия, медикаментозная и наружная терапия.
35. Аллергический ринит. Эtiологические факторы. Группы аллергенов и методы их диагностики. Патогенез заболевания. Классификация по характеру течения и степени тяжести. Клиническая картина. Методы диагностики заболевания. Медикаментозная терапия. Аллерген-специфическая иммунотерапия.
36. Пищевая аллергия. Основные группы аллергенов. Патогенез. Клинические варианты. Дифференциальный диагноз. Диетотерапия. Принципы медикаментозного лечения. Прогноз.
37. Лекарственная аллергия. Группы препаратов. Патогенез. Клиническая картина (отек Квинке, анафилактический шок). Принципы лечения и оказания неотложной помощи.

38. Анафилактический шок. Этиология. Патогенез. Клинические проявления в зависимости от степени тяжести. Алгоритм оказания неотложной помощи.
39. Крапивница. Этиология. Патогенетические варианты. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
40. Первичные иммунодефицитные состояния у детей. Классификация. Клинические проявления, методы диагностики, принципы терапии комбинированных ПИДС (тяжелая комбинированная иммунная недостаточность).
41. Первичные иммунодефицитные состояния у детей. Классификация. Клинические проявления, методы диагностики, принципы терапии гумморальных ПИДС (агаммаглобулинемия).
42. Синдром Стивенса–Джонсона и токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла). Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Принципы терапии.
43. Миокардиты у детей: этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика врожденных и приобретенных форм, лечение.
44. Острая сердечная недостаточность у детей раннего возраста. Этиология. Патогенез. Клиническая картина различных стадий. Неотложные мероприятия.
45. Артериальная гипертензия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Неотложные мероприятия при гипертензивном кризе.
46. Врожденные пороки сердца «бледного типа». Открытый артериальный проток: этиология, нарушение гемодинамики, экстракардиальные и кардиальные клинические проявления, инструментальная диагностика, медикаментозное лечение, варианты хирургической коррекции.
47. Врожденные пороки сердца «цианотического типа». Тетрада Фало: этиология, нарушение гемодинамики, экстракардиальные и кардиальные клинические проявления, инструментальная и лабораторная диагностика, неотложная терапия одышечно – цианотического приступа, варианты хирургической коррекции, прогноз.
48. Нарушение сердечного ритма. Атриовентрикулярные блокады: этиология, классификация, клиника, ЭКГ – диагностика, дифференциальная диагностика с другими вариантами брадиаритмий, неотложная терапия приступа Морганьи-Адамса - Стокса. Показания к постановке искусственного водителя ритма.
49. Нарушение сердечного ритма. Экстрасистолия: этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, инструментальная диагностика,

- принципы назначения антиаритмической терапии, неотложная терапия предсердной пароксизмальной тахикардии, показания к радиочастотной аблации.
50. Системный ювенильный артрит: определение, современные представления об этиопатогенезе. Клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, терапия системного варианта ювенильного артрита, прогноз заболевания.
51. Ювенильный олиго- и полиартрит. Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз. Современные методы терапии, прогноз заболевания.
52. Системная красная волчанка: определение, современные представления об этиопатогенезе, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, терапия и прогноз.
53. Склеродермия: определение, современные представления об этиопатогенезе, классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, терапия и прогноз.
54. Ювенильный дерматомиозит: определение, современные представления об этиопатогенезе, классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, терапия и прогноз.
55. Системные васкулиты (узелковый полиартериит, болезнь Такаясу, синдром Кавасаки): определение, современные представления об этиопатогенезе, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, современные принципы терапии, прогноз.
56. Пиелонефрит. Этиология. Предрасполагающие факторы развития, понятия о первичном и вторичном пиелонефрите. Патогенез. Классификация. Основные клинические синдромы. Комплекс диагностических исследований. Лечение. Подбор и длительность применения препаратов антибактериального действия. Прогноз.
57. Острый гломерулонефрит. Этиология. Патогенез. Роль стрептококка в развитии острого гломерулонефрита. Морфологические варианты. Особенности клиники в зависимости от преобладающего синдрома. Диагностика, показания к биопсии почки. Лечение, характеристика базисной терапии. Показания к применению гормональной терапии. Исходы. Прогноз.
58. Хронический гломерулонефрит. Патогенез отечного и гипертензионного синдромов. Классификация. Морфологические варианты. Особенности клинической картины в зависимости от формы. Диагностика, показания к биопсии почки. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к

назначению гормональной и иммunoсупрессивной терапии. Исходы. Прогноз.

59. Наследственный нефрит (синдром Альпорта). Определение. Особенности наследования. Патогенез. Морфологическая основа. Клиническая картина. Внепочечные проявления. Диагностика. Лечение. Показания к трансплантации почки при наследственном нефрите. Прогноз.
60. Нефротический синдром. Определение, основные механизмы развития. Идиопатический (первичный) и вторичный нефротический синдром. Морфологическая характеристика. Клиника, степени тяжести. Диагностика, показания к проведению биопсии почек. Дифференциальный диагноз. Лечение, понятия стероидчувствительности и стероидрезистентности. Исходы.
61. Тубулопатии с ракитоподобным синдромом (фосфат-диабет, синдром де-Тони-Дебре-Фанкони, почечный тубулярный ацидоз). Особенности патогенеза. Клиника, особенности изменений скелета. Диагностика. Методы ранней диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение. Дифференцированный подход к использованию препаратов витамина Д. Прогноз.
62. Гастриты, гастродуодениты у детей: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
63. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у детей: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, принципы лечения.
64. Воспалительные заболевания кишечника у детей: этиология, патогенез, клинические варианты, диагностика, дифференциальный диагноз, принципы лечения, прогноз.
65. Дисфункция билиарного тракта у детей: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, принципы лечения.
66. Запоры у детей раннего и старшего возраста: этиология, классификация, клинические проявления различных форм, особенности диеты, принципы лечения.
67. Холециститы у детей: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, принципы лечения.
68. Панкреатиты у детей: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, принципы лечения.
69. Лимфогранулематоз. Морфологическая характеристика заболевания. Особенности клинической картины в зависимости от стадии заболевания.

Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные методы лечения. Прогноз.

70. Геморрагический васкулит (болезнь Шенляйна-Геноха). Этиопатогенез. Клиническая картина поражения различных органов и систем организма. Лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение, прогноз.
71. Гемофилия. Пути наследования, различные формы заболевания. Классификация по степени тяжести. Клиника, особенности геморрагического синдрома. Гемартрозы. Диагностика. Принципы терапии факторами свертывания крови. Неотложная помощь при кровотечениях. Медико-генетическое консультирование.
72. Железодефицитная анемия у детей. Причины развития, патогенез. Клиническая картина, степени тяжести заболевания. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.
73. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпурा. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.
74. Острый лейкоз. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения. Прогноз.
75. Гипопластические анемии. Этиопатогенез. Клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз.
76. Врожденный гипотиреоз. Этиология. Клиника, диагностика. Лечение. Прогноз.
77. Диффузный токсический зоб. Определение. Этиология. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение.
78. Сахарный диабет. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Диспансерное наблюдение.
79. Диабетические комы. Классификация. Клиника, диагностика. Неотложная помощь. Профилактика.
80. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Этиология. Клинические формы и их характеристика. Диагностика, принципы лечения.
81. Нарушения роста у детей (гипофизарный нанизм, гигантизм). Клиника. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
82. Ожирение у детей. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Методы профилактики ожирения у детей.
83. Феохромоцитома. Клиника, диагностика, лечение. Прогноз.

Детские инфекционные болезни

1. Этиопатогенетическая классификация кишечных инфекций (осмотическая, секреторная, инвазивная). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Шигеллезы. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиника острой и хронической форм. Лабораторная диагностика. Дифференциальный диагноз с учетом ведущего синдрома. Этапное лечение. Диспансеризация. Специфическая и неспецифическая профилактика.
3. Сальмонеллез. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиника. Лабораторная диагностика. Дифференциальный диагноз с учетом ведущего синдрома. Роль сальмонеллеза в развитии внутрибольничной инфекции. Лечение. Диспансеризация. Профилактика.
4. Условно-патогенная кишечная инфекция. Этиология. Патогенез. Клиническая картина при экзогенном и эндогенном инфицировании. Лабораторная и дифференциальная диагностика с учетом ведущего синдрома. Лечение. Реабилитация реконвалесцентов. Профилактика.
5. Условно-патогенная кишечная инфекция, вызванная клостридиями перфирингенс и диффициле. Этиология, эпидемиология, патогенез. Клиника. Лабораторная и дифференциальная диагностика. Лечение. Реабилитация реконвалесцентов. Профилактика.
6. Иерсиниозы. Этиология, эпидемиология, патогенез. Классификация. Клиника кишечного иерсиниоза и псевдотуберкулеза. Лабораторная диагностика. Дифференциальный диагноз с учетом ведущих синдромов. Лечение. Реабилитация реконвалесцентов. Профилактика.
7. Энтеропатогенные и энтеротоксигенные эшерихиозы. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиника. Лабораторная диагностика. Дифференциальный диагноз с учетом ведущего синдрома. Лечение. Диспансеризация. Профилактика.
8. Энтероинвазивные и энтерогеморрагические эшерихиозы. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиника. Лабораторная диагностика. Дифференциальный диагноз с учетом ведущего синдрома. Лечение. Диспансеризация. Профилактика.

9. Острые кишечные инфекции вирусной этиологии (ротавирусная, норовирусная инфекции и др.). Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиника. Лабораторная диагностика. Дифференциальный диагноз с учетом ведущего синдрома. Лечение. Реабилитация реконвалесцентов. Специфическая и неспецифическая профилактика.
10. Брюшной тиф. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиника. Особенности у детей раннего возраста. Лабораторная диагностика. Дифференциальный диагноз с учетом ведущих синдромов. Лечение. Диспансеризация. Специфическая и неспецифическая профилактика.
11. Кишечный токсикоз. Определение понятия. Этиология, патогенез, классификация. Клиника кишечного токсикоза по изотоническому типу с учетом степени тяжести. Диагностика. Этапное лечение. Неотложная помощь. Реабилитация реконвалесцентов. Профилактика.
12. Особенности патогенеза, клиники кишечного токсикоза по гипертоническому и гипотоническому типам. Диагностика. Этапное лечение. Неотложная помощь. Реабилитация реконвалесцентов. Профилактика.
13. Этиологическая структура вирусных гепатитов. Гепатиты А и Е. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиника. Лабораторная диагностика. Дифференциальный диагноз с учетом ведущего синдрома. Исходы. Лечение. Диспансеризация. Специфическая и неспецифическая профилактика.
14. Острые гепатиты В и Д. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клинические проявления. Лабораторная дифференциальная диагностика с учетом ведущего синдрома. Исходы. Лечение. Диспансеризация. Специфическая и неспецифическая профилактика.
15. Острый гепатит С. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиника. Лабораторная диагностика. Дифференциальный диагноз с учетом ведущего синдрома. Исходы. Лечение. Диспансеризация. Профилактика.
16. Злокачественные формы вирусных гепатитов. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Критерии диагностики. Исходы. Лечение. Реабилитация реконвалесцентов. Специфическая и неспецифическая профилактика.
17. Хронические вирусные гепатиты В и С. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Классификация. Клиника. Лабораторно-

инструментальная диагностика. Этапное лечение. Диспансеризация. Специфическая и неспецифическая профилактика.

18. Корь. Этиология, эпидемиология, основные этапы патогенеза, классификация, клиника. Особенности течения кори у детей раннего возраста. Корь у привитых и реципиентов иммуноглобулина.

19. Дифференциальный диагноз кори в различные периоды болезни с учетом ведущих синдромов. Лечение. Реабилитация реконвалесцентов. Специфическая и неспецифическая профилактика.

20. Краснуха. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиника приобретенной и врожденной форм. Диагностика. Дифференциальная диагностика с учетом ведущих синдромов. Лечение. Реабилитация реконвалесцентов. Специфическая и неспецифическая профилактика.

21. Стрептококковая инфекция. Скарлатина. Этиология, эпидемиология, ведущие линии патогенеза, классификация. Клиника различных форм. Осложнения.

22. Критерии диагностики скарлатины в остром периоде и в стадии реконвалесценции. Дифференциальная диагностика с учетом ведущих синдромов. Лечение. Диспансеризация. Профилактика.

23. Дифтерия. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиника локализованных форм дифтерии ротовоглотки. Дифтерия у привитых. Дифференциальный диагноз с учетом ведущего синдрома.

24. Токсические формы дифтерии ротовоглотки. Клиника. Осложнения. Дифференциальный диагноз с учетом ведущих синдромов.

25. Дифтерия дыхательных путей. Редкие формы дифтерии. Дифференциальный диагноз с учетом ведущего синдрома. Лабораторная диагностика и лечение дифтерии. Диспансеризация реконвалесцентов. Специфическая и неспецифическая профилактика.

26. Коклюш. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиника. Осложнения.

27. Лабораторная и дифференциальная диагностика коклюша в различные периоды болезни. Лечение и реабилитация реконвалесцентов. Специфическая и неспецифическая профилактика.

28. Эпидемический паротит. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиника различных форм паротитной инфекции. Диагностика и дифференциальная диагностика с учетом ведущих синдромов. Лечение. Реабилитация реконвалесцентов. Специфическая и неспецифическая профилактика.
29. Грипп. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиника. Особенности течения у детей раннего возраста. Дифференциальная диагностика с учетом ведущего синдрома. Лечение. Реабилитация реконвалесцентов. Специфическая и неспецифическая профилактика.
30. Аденовирусная инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиника. Дифференциальный диагноз с учетом ведущего синдрома. Лечение. Реабилитация реконвалесцентов. Профилактика.
31. Парагриппозная и респираторно-синцитиальная инфекции. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиника. Дифференциальный диагноз с учетом ведущего синдрома. Лечение, реабилитация реконвалесцентов, профилактика.
32. Метапневмовирусная, короновирусная и бокавирусная инфекции. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лабораторные критерии диагностики. Дифференциальный диагноз с учетом ведущего синдрома. Лечение. Реабилитация реконвалесцентов. Профилактика.
33. Острые респираторные вирусно-бактериальные инфекции. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиника. Дифференциальный диагноз с учетом ведущего синдрома. Лечение, реабилитация реконвалесцентов, профилактика.
34. Энтеровирусная инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиническая картина различных форм. Лабораторная и дифференциальная диагностика с учетом ведущих клинических синдромов. Лечение. Реабилитация реконвалесцентов. Профилактика.
35. Энтеровирусная инфекция 71 типа. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиника различных форм. Диагностика. Дифференциальный диагноз с учетом ведущего синдрома. Лечение. Реабилитация реконвалесцентов. Профилактика.

36. Стенозирующие ларинготрахеобронхиты. Этиология, патогенез, классификация. Клиника с учетом варианта и степени стеноза гортани. Дифференциальный диагноз с учетом ведущего синдрома. Этапное лечение. Диспансеризация. Специфическая и неспецифическая профилактика.
37. Менингококковая инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиника менингококцемии. Лабораторная диагностика. Дифференциальный диагноз с учетом ведущего синдрома. Лечение. Диспансеризация. Специфическая и неспецифическая профилактика.
38. Менингококковый менингит. Клиника. Особенности менингита у детей раннего возраста. Лабораторная диагностика. Дифференциальный диагноз с учетом ведущего синдрома. Лечение, диспансеризация. Специфическая и неспецифическая профилактика.
39. Вторичные гнойные менингиты. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика с учетом ведущего синдрома, диспансерное наблюдение и реабилитация реконвалесцентов. Специфическая и неспецифическая профилактика.
40. Отек головного мозга при менингококковой инфекции. Патогенез. Диагностика. Этапное лечение. Неотложная помощь на догоспитальном этапе. Лечение, диспансеризация. Специфическая и неспецифическая профилактика.
41. Инфекционно-токсический шок при менингококковой инфекции. Патогенез. Диагностика. Этапное лечение. Неотложная помощь на догоспитальном этапе. Диспансеризация реконвалесцентов. Специфическая и неспецифическая профилактика.
42. Полиомиелит. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиника. Лабораторная и дифференциальная диагностика с учетом ведущего синдрома. Этапное лечение. Диспансеризация. Специфическая и неспецифическая профилактика.
43. Заболевания, сопровождающиеся развитием синдрома острого вялого паралича. Этиология, эпидемиология, патогенез. Клиника. Лабораторная и дифференциальная диагностика. Этапное лечение. Реабилитация реконвалесцентов. Специфическая и неспецифическая профилактика.
44. ВИЧ-инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиника ВИЧ-

инфекции в стадии первичных проявлений и латентной стадии. Лабораторная диагностика. Дифференциальный диагноз по синдрому генерализованной лимфаденопатии и мононуклеозоподобному синдрому.

45. Клиника ВИЧ-инфекции в стадии вторичных заболеваний. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика по синдрому иммунодефицитного состояния. Лечение. Профилактика. Организация медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией.

46. Особенности патогенеза, клиники и лабораторной диагностики ВИЧинфекции у детей, инфицированных вертикальным путем.

Химиопрофилактика вертикальной передачи ВИЧ.

47. Инфекция простого герпеса 1-го и 2-го типов. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиника различных форм. Диагностика. Дифференциальная диагностика с учетом ведущего синдрома. Лечение, реабилитация. Профилактика.

48. Ветряная оспа. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиника. Осложнения. Лабораторная и дифференциальная диагностика с учетом ведущего синдрома. Лечение, диспансерное наблюдение и реабилитация. Специфическая и неспецифическая профилактика.

49. Опоясывающий герпес. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиника. Осложнения. Дифференциальная и лабораторная диагностика. Лечение, диспансерное наблюдение и реабилитация реконвалесцентов. Специфическая и неспецифическая профилактика. 50. Инфекционный мононуклеоз, вызванный вирусом Эпштейна-Барр. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиника острой и хронической форм. Дифференциальный диагноз с учетом ведущего синдрома. Лечение, реабилитация. Профилактика.

51. Цитомегаловирусная инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиника приобретенной и врожденной форм. Лабораторная и дифференциальная диагностика с учетом ведущего синдрома. Лечение, реабилитация. Профилактика.

52. Инфекции, вызванные вирусами герпеса человека 6-го, 7-го и 8-го типов. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиника. Лабораторная и

дифференциальная диагностика с учетом ведущих клинических синдромов. Лечение, диспансерное наблюдение и реабилитация.

53. Токсоплазмоз. Этиология, эпидемиология, патогенез. Классификация. Клиника врожденного и приобретенного токсоплазмоза. Лабораторная и дифференциальная диагностика с учетом ведущего синдрома. Лечение, реабилитация. Профилактика.

54. Хламидиозы и хламидофилезы. Этиология, эпидемиология, патогенез. Классификация. Клиника. Лабораторная и дифференциальная диагностика с учетом ведущих синдромов. Лечение, реабилитация. Профилактика. 55. Микоплазмоз. Этиология, эпидемиология, патогенез. Классификация. Клиника. Лабораторная и дифференциальная диагностика с учетом ведущих синдромов. Лечение, реабилитация. Профилактика.

56. Крымская геморрагическая лихорадка. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиника. Осложнения. Лабораторная и дифференциальная диагностика. Диспансерное наблюдение и реабилитация реконвалесцентов, профилактика.

57. Лихорадка Западного Нила. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация. Клиника. Осложнения. Лабораторная и дифференциальная диагностика. Диспансерное наблюдение и реабилитация реконвалесцентов, профилактика.

58. Вакцинация против инфекций, входящих в Национальный календарь профилактических прививок. Вакцинация против инфекций по эпидемическим показаниям (гепатит А, менингококковая инфекция, ветряная оспа, ротавирусная инфекция и др.).

59. Противопоказания к вакцинации. Вакцинация особых групп населения.

60. Неблагоприятные события в поствакцинальном периоде. Причины возникновения. Вакцинальные реакции, потсвакцинальные осложнения. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Поликлиническая и неотложная педиатрия

1. Основные нормативные документы, регламентирующие оказание медицинской помощи детям.

2. Основные принципы охраны здоровья граждан Российской Федерации, изложенные в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ. 3. Определение понятий «порядок оказания медицинской помощи» и «стандарт медицинской помощи». Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ. 4. Основные положения оказания амбулаторно-поликлинической помощи, определенные приказом МЗ РФ № 92н от 17.03.2018 г. "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям".

5. Структура детской поликлиники (приказ МЗ РФ № 92н от 17.03.2018 г. "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям").

6. Основные задачи и направления деятельности детской поликлиники.

7. Типы, категории, структура и штаты детских поликлиник.

8. Нормативные документы, регламентирующие работу детской поликлиники.

9. Основные этапы организации деятельности детских поликлиник.

10. Основные подразделения детской поликлиники. Организация их работы.

11. Организация приема детей в поликлинике. Нормативы приема участкового врача. Оснащение кабинета участкового педиатра.

12. Участковый принцип в работе детской поликлиники. Паспорт участка. Структура детского населения на педиатрическом участке.

13. Основные разделы работы участкового педиатра. Их содержание.

14. Профилактическая деятельность участкового педиатра.

15. Основные виды лечебной работы участкового педиатра. Оказание помощи детям на дому в случае возникновения острого заболевания. Нормативы работы.

16. Организация наблюдения новорожденных детей в детской поликлинике. Первичный врачебно-сестринский патронаж новорожденного, его задачи. Группы направленного риска новорожденных.

17. Профилактическая работа участкового врача.

Непрерывное наблюдение за детьми в поликлинике, его задачи и цели. Сроки обязательных осмотров детей врачами-специалистами.

18. Основы медицинской реабилитации. Методы и формы медицинской реабилитации.
19. Подготовка детей к поступлению в дошкольное учреждение. Медицинские осмотры организованных детей. Плановая диспансеризация. Анализ заболеваемости детей в детских дошкольных учреждениях.
20. Функциональные обязанности врача-педиатра в школе. Медицинская документация.
21. Мероприятия по антенатальной охране плода и новорожденного в детской поликлинике. Дородовые патронажи; сроки проведения, цели, задачи.
22. Национальный календарь профилактических прививок.
Постvakцинальные реакции и осложнения. Противопоказания к вакцинации.
Организация работы прививочного кабинета детской поликлиники.
23. Служба неотложной и скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе. Принципы организации, штаты, задачи врача педиатра.
24. Организация работы участкового врача-педиатра. Основная документация. Критерии оценки эффективности работы участкового врача педиатра.
25. Группы направленного риска новорожденных детей. Принципы диспансерного наблюдения детей групп направленного риска.
26. Организация питания в детских больницах и учреждениях. Рациональные столы питания в детских больницах для детей различного возраста.
27. Организация приема детей в поликлинике. Нормы приема детей в поликлинике врачом педиатром. Оформление историй развития ребенка.
28. Комплексная оценка состояния здоровья детей раннего возраста. Признаки здоровья. Группы здоровья, их характеристика.
29. Организация медицинского обслуживания детей первого года жизни. Профилактика рахита, гипотрофии, железодефицитной анемии.
30. Объем и сроки проведения профилактических медицинских осмотров здоровых детей раннего, дошкольного и школьного возраста в детской поликлинике.
31. Определение понятия «подросток». Особенности подросткового возраста. Организация медицинского обеспечения подростков в условиях детской поликлиники.

32. Определение, основные аспекты и этапы реабилитации детей с хронической патологией. Природные и преформированные факторы в реабилитации.
33. Профилактическая работа участкового врача. Непрерывное наблюдение за детьми в поликлинике, его задачи и цели. Календарь профилактических прививок, показания и противопоказания к вакцинации.
34. Основные разделы работы участкового педиатра. Лечебная работа, ее виды. Организация «стационара на дому», показания для госпитализации детей.
35. Санаторно-курортное лечение. Показания и противопоказания. Типы и профили санаториев. Особенности оформления ребенка в детский санаторий.

10. Типовые ситуационные задачи с эталонами ответов:

ЗАДАЧА

Мальчик 6 лет поступил в приёмное отделение многопрофильного стационара с жалобами на боли в области правого коленного и левого голеностопного суставов преимущественно в утренние часы и после дневного сна, невозможность наступать на пятки, боли в икроножных мышцах, светобоязнь.

Анамнез заболевания: два месяца назад с родителями отдыхал на природе. Употреблял в пищу плохо прожаренное мясо, через 6 часов повысилась температура до 39°C, рвота, жидкий стул до 10 раз в сутки.

Госпитализирован в инфекционный стационар, где был установлен диагноз «сальмонеллэз». Проводилась инфузионная терапия, антибактериальная терапия. Выписан с улучшением, посевы кала на кишечную группу отрицательные, стул нормализовался.

Мать ребёнка здорова, отца ребёнка беспокоят боли в поясничной области, которые проходят после физической нагрузки. В пубертатном периоде перенёс негонорейный уретрит.

При осмотре состояние средней тяжести, самочувствие страдает за счёт болевого синдрома со стороны суставов и стоп. Кожа чистая. Проявления двустороннего конъюктивита. Отмечается болезненная при пальпации припухлость стоп, повышение местной температуры, увеличение в объёме

и значительное ограничение движений в правом коленном и левом голеностопном суставах. Пальпация области ахилловых сухожилий резко болезненная. В лёгких дыхание везикулярное. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет. Частота сердечных сокращений - 90 ударов в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень, селезёнка не увеличены. Стул оформленный.

Общий анализ крови: гемоглобин - 110 г/л, эритроциты - $4,0 \cdot 10^{12}/\text{л}$; лейкоциты - $15,0 \cdot 10^9/\text{л}$, сегментоядерные нейтрофилы - 70%, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, лимфоциты - 20%, моноциты - 4%, СОЭ - 35 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1014, белок - 0,1 г/л, лейкоциты - 10-15 в поле зрения, эритроциты - 2-3 в поле зрения.

Биохимические анализ крови: общий белок - 83 г/л, билирубин общий - 10,2 мкмоль/л, АСТ - 25 Ед/л, АЛТ - 20 Ед/л, С-реактивный белок - 25,0 мг/л, глюкоза - 4,4 ммоль/л, РФ - 4 мг/л, АСТЛО - 200 МЕ/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Дайте оценку проведённым лабораторным исследованиям.
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
5. Препарат какой группы нестероидных противовоспалительных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

Ответ

1. Реактивный артрит с энтезитами (постэнтероколитический). Активность 2 ст. Двусторонний конъюктивит. Инфекция мочевыводящих путей.

2. Диагноз установлен на основании следующих данных: 1. Отягощённая наследственность со стороны отца (по всей видимости болен воспалительной артропатией ассоциированой с анкилозирующим спондилоартритом). 2. Возникновение суставного синдрома после перенесённой кишечной инфекции. 3. Олигоартрит с энтезитами. 4. Внесуставные проявления заболевания (конъюктивит, инфекция мочевыводящих путей).
3. В общем анализе крови: лейкоцитоз и нейтрофилёз, повышение СОЭ. В биохимическом анализе крови: повышение С-реактивного белка, остальные показатели в норме. В общем анализе мочи: лейкоцитурия.
4. Пациенту рекомендовано: исключить туберкулезный характер поражения костно-мышечной системы; поиск триггерной инфекции (серологическая диагностика РИГА, ПЦР); проведение лучевых методов диагностики - рентгенография суставов, ультразвуковая диагностика (исключение септического артрита, опухолей, остеохондропатий, оценка воспалительного процесса); молекулярно-генетическое исследование - определение HLA B27 (отягощённая наследственность по воспалительным артропатиям); бактериологическое исследование мочи (лейкоцитурия); консультация врача-офтальмолога (конъюктивит, исключить увеит).
5. Диклофенак 2-3 мг/кг, Нимесулид 3-5 мг/кг, разрешены с 6-летнего возраста в течение 3-4 недель.

ЗАДАЧА

Мальчик 5 лет 10 дней назад перенёс ОРВИ, лечился амбулаторно, получал противовирусную и симптоматическую терапию. Данное заболевание началось два дня назад, когда появились боли в животе, однократная рвота. Осматривался врачом-детским хирургом, острая хирургическая патология исключена. В дальнейшем появилась отёчность стоп, на коже голеней - папулёзная геморрагическая сыпь. Направлен поликлиникой в стационар.

При поступлении: состояние ребёнка тяжёлое. Вялый, лежит в вынужденной позе с поджатыми к животу коленями. Температура - 36,6°C. На коже нижних конечностей, ягодицах симметричная папулёзная геморрагическая сыпь, местами сливного характера. Сыпь безболезненная, при пальпации не исчезает. Отмечается отёчность в области голеностопных суставов, болезненность при пальпации и движении, над ними - геморрагическая сливная сыпь. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС - 90 в минуту. АД - 90/40 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный по ходу кишечника. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень, селезёнка не пальпируются. Стул скудный, небольшими порциями, кашицеобразный. Мочится хорошо, моча светлая.

Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты. - $4,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты - $435 \cdot 10^9/\text{л}$, лейкоциты - $10,5 \cdot 10^9/\text{л}$, сегментоядерные нейтрофилы - 58%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 33%, моноциты - 7%, СОЭ - 25 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 71 г/л, глюкоза - 5,0 ммоль/л, мочевина - 3,7 ммоль/л, креатинин - 0,7 мг/дл, билирубин общий - 10,2 мкмоль/л, АСТ - 25 Ед/л, АЛТ - 20 Ед/л, С-реактивный белок - 40 мг/л, фибриноген - 800 мг%.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-жёлтый, относительная плотность - 1012, белок отсутствует, эпителий - 0-1 в поле зрения, лейкоциты - 0-1 в поле зрения, эритроциты, цилиндры отсутствуют. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования пациента и представьте ожидаемые результаты проводимых обследований.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

Ответ

1. Пурпурा Шенлейн-Геноха (Иммунокомплексный IgАваскулит), кожносуставная форма, абдоминальный синдром, тяжёлое течение, высокая степень активности.
2. Острое начало заболевания после перенесенной ОРВИ. Обязательный критерий: симметричные геморрагические высыпания на нижних конечностях. Дополнительные критерии: поражение суставов, абдоминальный синдром.
3. Общий анализ крови, биохимический анализ крови, иммунологические исследования, общий анализ мочи. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек. ФЭГДС. По показаниям: рентгенография кишечника, КТ брюшной полости, МРТ органов брюшной полости. Колоноскопия. Консультация врача-гастроэнтеролога, врача-детского хирурга, врача-нефролога по показаниям. Ожидаемые результаты: Общий анализ крови: умеренный лейкоцитоз с нейтрофилёзом, тромбоцитоз, ускоренное СОЭ. Биохимическое и иммунологическое исследования крови: повышение уровня СРБ, повышение IgA. Общий анализ мочи: при наличии нефрита: гематурия, протеинурия. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек: изменение эхогенности паренхиматозных органов, жидкость в брюшной полости, гепато- и спленомегалия, увеличение размеров поджелудочной железы и почек. ФЭГДС: эритема, отёк, петехии, язвы в разных отделах желудочно-кишечного тракта. Рентгенография кишечника: утолщение и распрямление складок слизистой оболочки и краевые лакуны со стороны мезентериального края. Колоноскопия: язвы с преимущественной локализацией в подвздошной и прямой кишке.
4. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с менингококкемией, тромбоцитопенической пурпурой, лимфопролиферативными заболеваниями, лейкозом, опухолями, системной

красной волчанкой, неспецифическим язвенным колитом, болезнью Крона, хроническим гепатитом с внекишечными проявлениями, острым или хроническим гломерулонефритом, IgA-нефропатией.

5. Инвагинация, кишечная непроходимость, перфорация кишечника с развитием перитонита, при нефрите: острая почечная недостаточность или хроническая почечная недостаточность.

ЗАДАЧА

При оформлении в дошкольное образовательное учреждение у девочки 3 лет выявлено отставание в физическом и умственном развитии. Переехала в район обслуживания детской поликлиники около месяца назад. Рост - 78 см, масса тела - 15,3 кг. Мать отмечает, что девочка малоподвижна с первого года жизни, развивалась с отставанием от сверстников: сидит с 10 месяцев, ходит с 18 месяцев, начала говорить в 2 года. По предыдущему месту жительства врачи рассматривали всё это как проявления рахита, от которого и лечили, но безуспешно.

Девочка говорит вяло, словарный запас ограничен, голос низкий. В контакт вступает плохо, на вопросы отвечает с трудом, память слабая, узнаёт только членов семьи. Пропорции тела напоминают таковые у новорождённого. Голова относительно крупных размеров, запавшая и широкая переносица. Макроглоссия, постоянное слюнотечение. Кожа суховата, некоторая отёчность без чёткой локализации. Волосы тусклые, ломкие. Конечности холодные, шелушение локтей и коленей. В лёгких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца чистые, приглушенные. Пульс -70 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. АД - 75/50 мм рт.ст. Живот несколько увеличен в размерах, безболезненный при пальпации. Печень и селезёнка не пальпируются. Стул со склонностью к запорам.

Анализ крови: эритроциты - $3,2 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 92 г/л, цветовой показатель - 0,9, СОЭ - 12 мм/час, лейкоциты - $5,5 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 47%,

лимфоциты - 42%, моноциты - 5%, холестерин крови - 12 ммоль/л. Анализ мочи: относительная плотность - 1014, сахара, белка нет, эпителий плоский - 3-4 в поле зрения, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эритроцитов нет.

ТТГ в сыворотке крови - 42 мкЕд/мл, Т4 свободный - 3,1 мкЕд/мл. **Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования надо назначить?
3. Перечислите основные клинические признаки данного заболевания.
4. Перечислите характерные лабораторные диагностические показатели данного заболевания.
5. Определите дальнейшую тактику ведения ребёнка.

Ответ

1. Врождённый гипотиреоз.
2. УЗИ щитовидной железы, ЭКГ.
3. Задержка умственного, физического развития, непропорциональность телосложения, макроглоссия, сухая отёчная кожа, артериальная гипотония, брадикардия, склонность к запорам.
4. Гиперхолестеринемия, анемия, повышение ТТГ, снижение тироксина (T4).
5. Консультация врача-детского эндокринолога и контроль за соблюдением рекомендаций врача-детского эндокринолога. Оценка показателей физического и психического развития ребёнка соответственно возрасту после назначения лечения.

Детские инфекционные болезни

ЗАДАЧА

Девочка 11 лет поступила в стационар по направлению врача-педиатра участкового по поводу болей и припухлости левого коленного сустава,

лихорадки до 39°C, общей слабости. Со слов матери, 2 недели назад было повышение температуры, боли в горле при глотании.

Анамнез: ребёнок из села, употребляет в пищу некипячёное коровье и козье молоко.

Объективный статус: масса - 19 кг, рост - 125 см. По другим органам без патологии.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин - 104 г/л, эритроциты - $3,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты - $8,1 \cdot 10^9/\text{л}$, цветовой показатель - 0,8, нейтрофилы - 38%, лимфоциты - 51%, моноциты - 11%, СОЭ - 38 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-жёлтый, удельный вес - 1022, белок - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий плоский - 2-3 в поле зрения.

Копрограмма: детрит - значительное количество, полуоформленный, слизь - нет, лейкоциты - нет, эритроциты - нет.

Серологические реакции: реакция Райта и Хеддельсона в разведении 1/800 +++. РПГА с бруцеллёзным диагностиком - 1/400.

Бактериологический посев крови: отрицательный результат.

Бактериологические посевы кала: на диз. группу и сальмонеллы отрицательные.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Ответ

1. Бруцеллез, типичный, острая форма, средней степени тяжести. Серологически подтвержденный.
2. Диагноз «бруцеллез» установлен на основании жалоб больного на болезненность и припухлость левого коленного сустава, лихорадку до 39°C,

общую слабость, анамнеза заболевания: острое начало с синдрома интоксикации и ангины, эпидемиологического анамнеза: употребляет в пищу некипячёное коровье и козье молоко, данных лабораторных исследований: в ОАК – умеренная гипохромная анемия, СОЭ – 38 мм/час, реакция Райта и Хеддельсона в разведении 1/800 +++, РПГА с бруцеллезным диагностиком 1/400. Острая форма – так как давность заболевания не более 3 месяцев, ведущие синдромы – интоксикация, болевой синдром в костно-мышечной системе, увеличение СОЭ.

3. План лечения.

- 1) Антибиотикотерапия: схема из 2 препаратов - фторхинолоны, цефалоспорины на 10-15 дней.
- 2) Противовоспалительная терапия НПВС.
- 3) Гастропротекторы на время приема противовоспалительных препаратов.

4. Профилактические мероприятия.

- 1) Профилактика пищевых заражений: употребление термически обработанных молочных продуктов (при температуре 70°C в течение 30 минут).
- 2) Охранение водоисточников от загрязнения, употребление только кипяченой воды.
- 3) Специфическая профилактика – вакцинация при наличии эпизоотических показаний детям с 7 лет.

5. Подача экстренного извещения не позже 12 часов после выявления больного. Госпитализация или изоляция больного. Изоляция контактных: не проводится. Текущая дезинфекция: уничтожаются продукты питания животного происхождения, заподозренные в передаче. Заключительная дезинфекция – не проводится. Мероприятия в отношении контактных лиц: карантин не накладывается. Лица, соприкасавшиеся с больными

животными, подлежат клинико-лабораторному обследованию (реакция Райта, Хеддельсона), которое повторяют через 3 месяца.

Выписка больных проводится после клинического выздоровления. Допуск в коллектив: по выздоровлению.

ЗАДАЧА

Ребёнка 6 лет в течение трёх последних дней беспокоят кашель, насморк, повышение температуры до 39°C. Мать заметила подкожные кровоизлияния на коже груди, конечностях, дважды было носовое кровотечение.

Анамнез: мальчик из детского сада, где регистрируются массовые заболевания гриппом.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин - 132 г/л, эритроциты - $4,2 \cdot 10^{12}/\text{л}$, цветовой показатель - 0,9, лейкоциты - $3,2 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 28%, лимфоциты - 62%, моноциты - 2%, тромбоциты - 180 000; СОЭ - 5 мм/ч.

Время свёртывания крови: начало - 6 минут, конец - 8 минут.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-жёлтый, удельный вес - 1020, белок - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий - 1-2 в поле зрения.

Копрограмма: детрит - значительное количество, лейкоциты - нет, эритроциты - нет.

Иммунофлюоресценция: выявлены РНК-содержащие вирусы.

Серологические реакции: РСК с диагностиком к вирусу гриппа В - 1/32, через две недели РСК - 1/164. **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Укажите необходимые противоэпидемические мероприятия в очаге при данном заболевании.

Ответ

1. Грипп В. Типичный. Тяжелой степени тяжести. Геморрагический синдром.
2. Диагноз «грипп В» поставлен на основании данных анамнеза: заболевание началось с синдрома интоксикации (повышение температуры до 39°C), катарального синдрома (кашель, насморк) с присоединением геморрагического синдрома (носовые кровотечения, подкожные кровоизлияния); данных эпидемиологического анамнеза – в детском саду массовые заболевания гриппом; на основании результатов анализов: в ОАК – лейкопения, лимфоцитоз, замедлено время свертывания крови; в РСК методом парных сывороток – нарастание титра антител к вирусу гриппа в 5 раз. Критериями степени тяжести является выраженность синдрома интоксикации, наличие геморрагического синдрома.
3. План лечения.
 - Госпитализация в инфекционную больницу.
 - Обильное теплое питье.
 - Диета по возрасту механически, химически, термически щадящая. -
Этиотропное лечение: Осельтамивир 45 мг 2 раза в сутки 5 дней или Умиifenovir 100 мг 4 раза в сутки 5 дней.
 - Патогенетическая терапия: дезинтоксикация (глюкозо-солевые растворы внутривенно капельно с учетом физиологической потребности в жидкости и потерь на интоксикацию).
 - Витамин С 100 мг 2 раза в сутки.
 - Симптоматическая терапия: капли в нос – по показаниям – сосудосуживающие препараты (Називин, Назол-беби и др.).
 - При повышении температуры выше 38,5 °C – Ибупрофен 10 мг/кг (с интервалом 8 часов) или Парацетамол 15 мг/кг (с интервалом 4-6 часов).
 - Лечение геморрагического синдрома:
 - свежезамороженная плазма 10 мл/кг внутривенно капельно;
 - Аминокапроновая кислота;

- Этамзилат.

4. Профилактические мероприятия.

- 1) Вакцинопрофилактика – Ваксигрипп, Гриппол плюс, Инфлювак, Ультрикс. Ослабленным детям и детям первого года жизни – иммуноглобулин человеческий нормальный 2 дозы (3,0 мл) в/м, однократно.
- 2) Неспецифическая профилактика – препараты интерферона (Альфаинтерферон интраназально).

5. Противоэпидемические мероприятия.

1) Госпитализация.

По клиническим показаниям: все больные с тяжелыми и осложненными формами, дети до 3 лет в состоянии средней тяжести.

По эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых коллективов (школы- интернаты, санатории, дома ребенка).

- 2) Мероприятия в очаге инфекции: заключительная дезинфекция не проводится. Осуществляется частое проветривание помещений, влажная уборка.
- 3) Мероприятия в отношении контактных лиц: изоляция и обследование не проводится. В период подъема заболеваемости проводят мероприятия по ограничению общения (отмена массовых мероприятий и т.д.).
- 4) Допуск в коллектив: по выздоровлению.

ЗАДАЧА

Девочка 9 лет, со слов матери, жалуется на быструю утомляемость, головокружение, чувство тяжести в правом подреберье, периодически приступообразные боли в животе, желтушность кожи и склер.

Объективный статус.

При осмотре: кожа и склеры желтушные, на лице и на груди несколько элементов сыпи - телеангиоэкзазии. Живот увеличен в объеме, печень +3,0 см от края рёберной дуги, селезёнка +2,0 см. Печень плотная, край закруглён.

Моча тёмного цвета. Кал обесцвечен.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин - 92 г/л, эритроциты - $2,8 \cdot 10^{12}/\text{л}$, цветовой показатель - 0,8; лейкоциты - $12,3 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 52%, лимфоциты - 36%, моноциты - 2%, СОЭ - 5 мм/ч.

Общий анализ мочи: желчные пигменты - положительные +++, уробилин +. Копрограмма: кал обесцвечен, стеркобилин - отрицательный, жирные кислоты ++, лейкоциты - 0-1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: билирубин общий - 96 мкмоль/л, прямой - 74 мкмоль/л, непрямой - 22 мкмоль/л, общий белок - 68 г/л, альбумины - 32 г/л, глобулины - 36 г/л, ЩФ - 38,4 Ед/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, суплемовая проба - 1,0 мл, тимоловая проба - 14 ед., АлАТ - 128 Ед/л, АсАТ - 200 Ед/л. Иммуноферментный анализ крови: обнаружены HBsAg, анти HBcог класса IgG и IgM, анти HCV.

УЗИ печени: увеличение обеих долей, повышение эхосигналов диффузного характера.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Ответ

1. Хронический гепатит В, обострение, гепатит С. Гипохромная анемия.
2. Диагноз «гепатит» поставлен на основании астеновегетативного, болевого, желтушного, гепатолиенального синдромов; лабораторно: наличие желчных пигментов в моче, в кале – отсутствие стеркобилина, жирные кислоты +++, в биохимическом анализе крови – гипербилирубинемия за счет прямой фракции, повышение активности Алт и Аст в 3 раза, снижение суплемовой пробы, повышением тимоловой пробы. Хронический – на основании

объективных данных: наличия телеангиоэктазий, печень плотная, край закруглен. Лабораторно – выявлены маркеры обострения хронического гепатита В (HBsAg, анти HBc or IgM и IgG) и антитела к HCV. Обнаружение антител к вирусу гепатита С требует уточнения активности процесса, необходимо определить РНК HCV.

3. План лечения.

- Госпитализация в инфекционную больницу.
- Щадящая диета для пищеварительного тракта с исключением экстраактивных веществ. Обильное теплое питье.
- Этиотропное лечение препаратами интерферонового ряда.
- Симптоматическая терапия.

4. Специфическая профилактика осуществляется генно-инженерной вакциной. Вакцинацию начинают в роддоме (1 сутки), R1 – 1 месяц, R2 – 6 месяцев. Дети, рожденные от HBsAg-позитивных матерей, вакцинируются по схеме 0-1-2-12 и подлежат диспансерному наблюдению врачомпедиатром участковым по месту жительства в течение года с обязательным исследованием крови на HbsAg в возрасте 2, 3, 6 и 12 месяцев, активность АлАТ в 3 и 6 месяцев. Снятие с учета – при наличии 5 отрицательных анализов крови на HbsAg. Профилактика гепатита С – только неспецифическая.

5. Подача экстренного извещения не позднее 12 часов с момента выявления больного. Госпитализация больного. Изоляция контактных – не проводится. Мероприятия в очаге инфекции: текущая дезинфекция, заключительная дезинфекция – не проводится. Мероприятия в отношении контактных лиц: осуществляется медицинский осмотр (для уточнения источника инфицирования) и наблюдение за контактными в течение 6 месяцев.

ЗАДАЧА

Ребёнок 6,5 лет заболел остро в период эпидемии гриппа с подъёма температуры тела до 39°C, озноба. Присоединились слабость, головная боль, боль в мышцах, чихание. Мать вызвала врача-педиатра участкового на дом.

При осмотре: кожные покровы бледные, сухие. Слизистая ротоглотки гиперемирована, небольшая зернистость задней стенки глотки. Из носа - скучное серозное отделяемое. В лёгких: перкуторно по всем лёгочным полям - лёгочный звук, аускультативно - дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧД - 36 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 118 в минуту, АД - 90/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Диурез сохранен, мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул оформленный. Менингеальные симптомы отрицательные.

Ребёнок от гриппа не привит (со слов матери, у него медицинский отвод от вакцинации - аллергия на белок куриного яйца). **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Разработайте план обследования больного.
4. Определите место лечения больного и обоснуйте Ваш выбор.
5. Разработайте план лечения.

Ответ

1. Грипп, типичная форма, средней степени тяжести.
2. Диагноз поставлен на основании жалоб (на высокую температуру, головную и мышечные боли); данных эпидемиологического анамнеза (заболел в период эпидемии гриппа, от гриппа не привит); данных объективного осмотра (выраженные симптомы интоксикации при минимальных катаральных проявлениях).
3. Общий анализ крови, мочи. Смывы со слизистых ротоглотки для постановки реакции ПЦР с респираторными вирусами (для определения этиологии).

4. Учитывая возраст (6,5 лет), тяжесть заболевания (средней степени тяжести) при возможности организации лечения и ухода в семье – лечение на дому.
5. Изоляция больного в отдельной комнате. Режим полупостельный. Обильное теплое питьё. Противовирусные препараты - Осельтамивир в течение 5 дней. Симптоматическая терапия: при высокой температуре (свыше 38,5 °C) жаропонижающие препараты.

ЗАДАЧА

Ребёнок 7 месяцев болен в течение 3 дней. Температура - 38-39°C, беспокойный, аппетит снижен. Отмечается влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа.

Врач-педиатр участковый при осмотре на 4 день болезни расценил состояние ребёнка как средне-тяжёлое. Температура - 38,3°C. Веки отёчны, конъюнктива гиперемирована. На нижнем веке справа небольшая белая пленка, снимающаяся свободно, поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены до 1 -2 см, безболезненные, эластичные. Зев гиперемирован, миндалины и фолликулы задней стенки глотки увеличены. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа.

В лёгких аускультативно жёсткое дыхание, проводные влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 132 ударов в минуту. Печень +3,5 см, селезенка +1,5 см из-под рёберной дуги. Стул оформленный.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 133 г/л, эритроциты - $4,3 \cdot 10^{12}/\text{л}$, цветовой показатель - 0,9, лейкоциты - $7,9 \cdot 10^9/\text{л}$; палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 38%, базофилы - 1%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 52%, моноциты - 4%, СОЭ - 4 мм/час.

Анализ мочи: цвет - соломенно-жёлтый; прозрачность - прозрачная; относительная плотность - 1021; белок - нет, глюкоза - нет; лейкоциты - 1-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок - 74 г/л, мочевина - 5,2 ммоль/л, АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 30 Ед/л.

На рентгенограмме органов грудной клетки лёгочный рисунок усилен, лёгочные поля без очаговых и инфильтративных теней, корни структурны, срединная ткань без особенностей, диафрагма чёткая, синусы дифференцируются. **Вопросы:**

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Назовите предположительную этиологию данной патологии и обоснуйте.
3. Обоснуйте необходимость назначения антибактериальной терапии данному больному.
4. Составьте план лечения.
5. Перечислите меры профилактики заболевания.

Ответ

1. Основной: «ОРВИ», вероятно адено-вирусной этиологии: фарингит, пленчатый конъюнктивит, средней степени тяжести.
2. Адено-вирусная этиология ОРВИ. Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания с выраженной температурной реакцией, наличия у ребенка катара верхних дыхательных путей, лимфоаденопатии, фарингита, пленчатого конъюнктивита, гепатоспленомегалии.
3. Учитывая ранний возраст больного (7 месяцев) и слизисто-гнойное отделяемое (присоединение бактериальной инфекции) из носа могут быть показаниями к назначению антибактериальной терапии.
4. Антибактериальная терапия - Амоксициллин (125 мг в табл.) по $\frac{1}{2}$ т. 3 раза в день, курс 5 дней.

- Препараты рекомбинантного интерферона в виде ректальных суппозиториев (Генферон 125 тыс. ЕД 2 раза в день), курс 5 дней.
- Офтальмоферон (глазные капли) по 1-2 капли закапывать в конъюнктивальный мешок 5 раз в день.
- Промывание носовых ходов физиологическим раствором.
- Противовоспалительная терапия – Фенспирид сироп – 1 чайная ложка 3 раза в день, курс 5 дней.

5. Специфической активной профилактики нет. Проводится ранняя изоляция больного, проветривание, УФ облучение помещений, текущая дезинфекция.

ЗАДАЧА

На приёме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком 8 лет с жалобами на повышение температуры тела до 38,0°C, боль в горле, усиливающуюся при глотании, насморк, затруднение носового дыхания.

Заболел утром. Температура тела повысилась до 38,0°C, появилась боль в горле, выделения из носа, затруднённое носовое дыхание.

Объективно: температура тела ребёнка - 39,0°C, кожные покровы бледные, пальпируются безболезненные подчелюстные лимфатические узлы обычных размеров с обеих сторон. Дыхание через нос затруднено, ребёнок высмаркивает прозрачную слизь. При фарингоскопии определяется яркая гиперемия задней стенки глотки, гипертрофия лимфоидной ткани, боковых валиков, нёбные миндалины 2 степени, в лакунах нет патологического отделяемого. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте выбор.
5. Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференцированный диагноз в данной ситуации.

Ответ

1. Острый ринит. Острый катаральный фарингит.
2. Диагноз «острый ринит» установлен на основании жалоб больного (повышение температуры тела 38,0 °C, затрудненное носовое дыхание, выделения из носа слизистого характера), анамнеза заболевания (заболел остро). Диагноз «острый катаральный фарингит» установлен на основании жалоб больного (повышение температуры тела 38,0 °C, боль в горле усиливающуюся при глотании), анамнеза (острое начало), объективных данных (при фарингоскопии определяется яркая гиперемия задней стенки глотки, гипертрофия лимфоидной ткани, боковых валиков, нёбные миндалины 2 степени, в лакунах нет патологического отделяемого).
3. Мазок из глотки на микрофлору и чувствительность к антибиотикам необходим для проведения дифференциальной диагностики и выбора курса адекватной антибактериальной терапии. Общий анализ крови для определения характера воспаления.
4. Противовирусные препараты, так как клиника заболевания вероятно имеет вирусную этиологию. Топическая элиминационная терапия стандартизованными солевыми растворами для носа и глотки. Топические назальные деконгестанты для восстановления носового дыхания. Топические антибактериальные препараты: антисептические растворы для полоскания (Бензидамин, Фуразидин калия, Кетопрофен лизина, Нитрофурал). Выбор препарата основан на эмпирических знаниях основных возбудителей воспалительных заболеваний глотки и их чувствительности к антибактериальным препаратам. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС) применяются для снятия болевого синдрома и при гипертермии.
5. Ангины, синусит.

11. Перечень ситуационных задач ЗАДАЧА

Мальчик 6 лет поступил в приёмное отделение многопрофильного стационара с жалобами на боли в области правого коленного и левого голеностопного суставов преимущественно в утренние часы и после дневного сна, невозможность наступать на пятки, боли в икроножных мышцах, светобоязнь.

Анамнез заболевания: два месяца назад с родителями отдыхал на природе. Употреблял в пищу плохо прожаренное мясо, через 6 часов повысилась температура до 39°C, рвота, жидкий стул до 10 раз в сутки.

Госпитализирован в инфекционный стационар, где был установлен диагноз «сальмонеллёз». Проводилась инфузионная терапия, антибактериальная терапия. Выписан с улучшением, посевы кала на кишечную группу отрицательные, стул нормализовался.

Мать ребёнка здорова, отца ребёнка беспокоят боли в поясничной области, которые проходят после физической нагрузки. В пубертатном периоде перенёс негонорейный уретрит.

При осмотре состояние средней тяжести, самочувствие страдает за счёт болевого синдрома со стороны суставов и стоп. Кожа чистая. Проявления двустороннего конъюктивита. Отмечается болезненная при пальпации припухлость стоп, повышение местной температуры, увеличение в объёме и значительное ограничение движений в правом коленном и левом голеностопном суставах. Пальпация области ахилловых сухожилий резко болезненная. В лёгких дыхание везикулярное. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет. Частота сердечных сокращений - 90 ударов в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень, селезёнка не увеличены. Стул оформленный.

Общий анализ крови: гемоглобин - 110 г/л, эритроциты - $4,0 \cdot 10^{12}/\text{л}$; лейкоциты - $15,0 \cdot 10^9/\text{л}$, сегментоядерные нейтрофилы - 70%, эозинофилы -

2%, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, лимфоциты - 20%, моноциты - 4%, СОЭ - 35 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1014, белок - 0,1 г/л, лейкоциты - 10-15 в поле зрения, эритроциты - 2-3 в поле зрения.

Биохимические анализ крови: общий белок - 83 г/л, билирубин общий - 10,2 мкмоль/л, АСТ - 25 Ед/л, АЛТ - 20 Ед/л, С-реактивный белок - 25,0 мг/л, глюкоза - 4,4 ммоль/л, РФ - 4 мг/л, АСТЛО - 200 МЕ/л.

Вопросы:

6. Предположите наиболее вероятный диагноз.
7. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
8. Дайте оценку проведённым лабораторным исследованиям.
9. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
10. Препарат какой группы нестериоидных противовоспалительных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

ЗАДАЧА

Мальчик 5 лет 10 дней назад перенёс ОРВИ, лечился амбулаторно, получал противовирусную и симптоматическую терапию. Данное заболевание началось два дня назад, когда появились боли в животе, однократная рвота. Осматривался врачом-детским хирургом, острые хирургическая патология исключена. В дальнейшем появилась отёчность стоп, на коже голеней - папулёзная геморрагическая сыпь. Направлен поликлиникой в стационар. При поступлении: состояние ребёнка тяжёлое. Вялый, лежит в вынужденной позе с поджатыми к животу коленями. Температура - 36,6°C. На коже нижних конечностей, ягодицах симметричная папулёзная геморрагическая сыпь, местами сливного характера. Сыпь безболезненная, при пальпации не исчезает. Отмечается отёчность в области голеностопных суставов, болезненность при пальпации и движении, над ними - геморрагическая сливная сыпь. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны

сердца ритмичные, ясные. ЧСС - 90 в минуту. АД - 90/40 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный по ходу кишечника. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень, селезёнка не пальпируются. Стул скудный, небольшими порциями, кашицеобразный. Мочится хорошо, моча светлая.

Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты. - $4,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты - $435 \cdot 10^9/\text{л}$, лейкоциты - $10,5 \cdot 10^9/\text{л}$, сегментоядерные нейтрофилы - 58%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 33%, моноциты - 7%, СОЭ - 25 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 71 г/л, глюкоза - 5,0 ммоль/л, мочевина - 3,7 ммоль/л, креатинин - 0,7 мг/дл, билирубин общий - 10,2 мкмоль/л, АСТ - 25 Ед/л, АЛТ - 20 Ед/л, С-реактивный белок - 40 мг/л, фибриноген - 800 мг%.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-жёлтый, относительная плотность - 1012, белок отсутствует, эпителий - 0-1 в поле зрения, лейкоциты - 0-1 в поле зрения, эритроциты, цилиндры отсутствуют. **Вопросы:**

6. Предположите наиболее вероятный диагноз.
7. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
8. Составьте план обследования пациента и представьте ожидаемые результаты проводимых обследований.
9. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
10. Назовите возможные осложнения данного заболевания.

ЗАДАЧА

При оформлении в дошкольное образовательное учреждение у девочки 3 лет выявлено отставание в физическом и умственном развитии. Переехала в район обслуживания детской поликлиники около месяца назад. Рост - 78 см, масса тела - 15,3 кг. Мать отмечает, что девочка малоподвижна с первого года жизни, развивалась с отставанием от сверстников: сидит с 10 месяцев, ходит с 18 месяцев, начала говорить в 2 года. По предыдущему месту

жительства врачи рассматривали всё это как проявления рахита, от которого и лечили, но безуспешно.

Девочка говорит вяло, словарный запас ограничен, голос низкий. В контакт вступает плохо, на вопросы отвечает с трудом, память слабая, узнаёт только членов семьи. Пропорции тела напоминают таковые у новорождённого. Голова относительно крупных размеров, запавшая и широкая переносица. Макроглоссия, постоянное слюнотечение. Кожа суховата, некоторая отёчность без чёткой локализации. Волосы тусклые, ломкие. Конечности холодные, шелушение локтей и коленей. В лёгких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца чистые, приглушенные. Пульс -70 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. АД - 75/50 мм рт.ст. Живот несколько увеличен в размерах, безболезненный при пальпации. Печень и селезёнка не пальпируются. Стул со склонностью к запорам.

Анализ крови: эритроциты - $3,2 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 92 г/л, цветовой показатель - 0,9, СОЭ - 12 мм/час, лейкоциты - $5,5 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 47%, лимфоциты - 42%, моноциты - 5%, холестерин крови - 12 ммоль/л. Анализ мочи: относительная плотность - 1014, сахара, белка нет, эпителий плоский - 3-4 в поле зрения, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эритроцитов нет.

ТТГ в сыворотке крови - 42 мкЕд/мл, Т4 свободный - 3,1 мкЕд/мл. **Вопросы:**

6. Сформулируйте клинический диагноз.
7. Какие дополнительные исследования надо назначить?
8. Перечислите основные клинические признаки данного заболевания.
9. Перечислите характерные лабораторные диагностические показатели данного заболевания.
10. Определите дальнейшую тактику ведения ребёнка.

ЗАДАЧА

У девочки 6 лет жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении - 3400 г, длина - 52 см. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. На первом году жизни имела место пищевая

аллергия на шоколад, клубнику, яйца в виде высыпаний на коже. Эпизоды затруднённого дыхания отмечались в 3 и 4 года на улице во время цветения тополей, купировались самостоятельно по возвращению домой. Лечения не получала.

Семейный анамнез: у матери ребёнка рецидивирующая крапивница, у отца язвенная болезнь желудка.

Настоящий приступ у девочки возник после покрытия лаком пола в квартире.

При осмотре: температура тела - 36,7°C. Кожные покровы бледные, чистые. Язык «географический». Кашель частый, непродуктивный. Дыхание свистящие, выдох удлинен. ЧД - 30 ударов в 1 минуту. Над лёгкими коробочный перкуторный звук, аускультативно масса сухих хрипов по всей поверхности лёгких. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - на 1 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны приглушенны. ЧСС - 106 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не пальпируются. Стул оформленный, склонность к запорам.

Общий анализ крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты - $4,3 \cdot 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты - $5,8 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 48%, эозинофилы - 14%, лимфоциты - 29%, моноциты - 8%, СОЭ - 3 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 100,0 мл, относительная плотность - 1,016, слизи нет, лейкоциты - 3-4 в поле зрения, эритроциты - нет.

Рентгенограмма грудной клетки: корни лёгких малоструктурны, лёгочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолёгочного рисунка, очаговых теней нет, уплощение купола диафрагмы, синусы свободны.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте препараты для оказания неотложной помощи этому ребёнку.
5. Предложите вариант базисной терапии у данной больной.

ЗАДАЧА

Мальчик 9 лет заболел остро, повысилась температура до 40,0°C. Накануне играл в снежки и замерз. Общее состояние ребёнка резко ухудшилось, появился болезненный кашель с небольшим количеством вязкой, стекловидной мокроты, сильный озноб. Ребёнок стал жаловаться на боль в правом боку. Ночь провёл беспокойно, температура держалась на высоких цифрах.

Объективно: мальчик вялый, аппетит резко снижен. Лежит на правом боку с согнутыми ногами. Кожные покровы бледные с выраженным румянцем правой щеки, периоральный цианоз. Озноб. На губе - герпес. Дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого лёгкого. Отмечается укорочение перкуторного звука в проекции нижней доли правого лёгкого, там же отмечается ослабление дыхания. Хрипы не выслушиваются. ЧСС - 90 ударов в минуту, ЧД - 38 в минуту. АД - 90/40 мм рт.ст.

Общий анализ крови: гемоглобин - 140 г/л, эритроциты - $4,9 \cdot 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты -

$16,2 \cdot 10^9/\text{л}$, юные нейтрофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные нейтрофилы - 70%, лимфоциты - 14%, моноциты - 2%, СОЭ - 38 мм/час.

Рентгенограмма грудной клетки: выявляется гомогенная, высокой интенсивности инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого лёгкого, повышение прозрачности лёгочных полей слева. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Сформулируйте вашу тактику неотложной помощи по устранению гипертермии у этого больного.
5. Составьте и обоснуйте план лечения этого больного.

ЗАДАЧА

На дому врачом-педиатром участковым осмотрен мальчик 11 лет с жалобами на боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях. Из анамнеза известно, что 1,5 месяца назад мальчик перенёс лакунарную ангину, по поводу чего получал в/м Пенициллин. Через 2 недели после выздоровления ребёнок впервые заметил на коже нижних конечностей мелкоточечную сыпь, мать давала антигистаминные препараты - без эффекта, через неделю появились боли и припухлость в левом коленном и левом голеностопном суставах. У мальчика аллергия на мёд, цитрусовые, клубнику. Отец ребёнка страдает бронхиальной астмой.

При осмотре состояние ребёнка средней тяжести. Сознание ясное, контактный. Двигательная активность ограничена в связи с болями в суставах. На коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, симметричная, местами сливная красновато-синюшная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи. Левый коленный и левый голеностопный суставы отёчны, болезненны при пальпации и движении, горячие на ощупь, над ними геморрагическая сливная сыпь. Дыхание аускультативно везикулярное. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД - 110/70 мм рт.ст. Зев розовой окраски, миндалины гипертрофированы, розовые, чистые. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень, селезёнка не пальпируются. Стул, со слов, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Мочится хорошо, моча светлая.

Общий анализ крови: гемоглобин - 128 г/л, эритроциты - $3,9 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Ц. п. - 0,98, тромбоциты - $495 \cdot 10^9/\text{л}$, лейкоциты - $12,5 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные

- 62%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 22%, моноциты - 6%, СОЭ - 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, альбумины - 48%, мочевина - 3,8 ммоль/л, креатинин - 69 мкмоль/л, билирубин общий - 18,6 мкмоль/л, АсТ - 29 Ед/л, АлТ - 32 Ед/л, фибриноген - 5 г/л.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-жёлтый, относительная плотность - 1012, белок отсутствует, эпителий - 0-1 в п/з, лейкоциты - 2-1 в п/з, эритроциты - 5-8 в п/з, цилинды отсутствуют.

Проба Нечипоренко: лейкоциты - 1000 в 1 мл, эритроциты - 2500 в 1 мл, цилинды

нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какое лечение необходимо ребёнку, включая режим и диету?
5. Укажите продолжительность и кратность диспансерного наблюдения больного на участке.

ЗАДАЧА

Мальчик 4 месяцев заболел 3 дня назад с подъёма температуры тела до 37,2°C, заложенности носа, покашливания. В течение последующих двух дней отмечалась субфебрильная температура, кашель стал нарастать, сегодня появилось затруднение дыхания, со слов матери, ребёнок «задыхается», отказывается пить. Мать обратилась к врачу-педиатру участковому.

Из анамнеза жизни известно, что ребёнок родился доношенным, с массой тела 3400 г, длиной тела 52 см, период новорождённости протекал без особенностей, выписан под наблюдение врача-педиатра участкового на 3 сутки после рождения. В возрасте ребёнка 2 месяцев у матери пропало молоко (мать курила во время беременности и сейчас курит). Ребёнок находится на искусственном вскармливании. До настоящего времени не болел. Прививается по возрасту.

Семья - 5 человек, есть ещё двое детей в возрасте 8 и 4 лет, старший ребёнок переносит лёгкую форму острого назофарингита.

При осмотре состояние ребёнка тяжёлое, за счет симптомов дыхательной недостаточности. SaO₂ - 92%. Ребёнок беспокоен, часто кашляет, кашель

влажный. Отмечается одышка экспираторного типа, тахипноэ - 68 в минуту, мелкопузырчатые хрипы и крепитация в лёгких с обеих сторон, выслушиваются редкие сухие свистящие хрипы. Визуально отмечается незначительное вздутие грудной клетки, перкуторно определяется коробочный оттенок звука. В акте дыхания принимают участие вспомогательные мышцы, отмечается втяжение межреберий на вдохе, раздувание крыльев носа.

Живот мягкий и безболезненный при пальпации, печень выступает на 1,5 см из-под края рёберной дуги, селезёнка не увеличена. Стул до 4 раз в день без патологических примесей. Мочится редко. **Вопросы:**

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назовите факторы риска развития заболевания и тяжёлого течения болезни у данного ребёнка.
3. Определите и обоснуйте тактику врача в данном случае.
4. С какими заболеваниями проводят дифференциальный диагноз?
5. Назовите основные направления терапии данного заболевания.

ЗАДАЧА

Девочка 5 лет заболела 2 дня назад, когда после переохлаждения повысилась температура тела до 37,5°C, появились боли в животе, частые болезненные мочеиспускания. На следующий день температура нормализовалась, однако сохранялись частые болезненные мочеиспускания.

Из анамнеза: неделю назад отмечался однократный эпизод жидкого стула. Респираторными инфекциями болеет 3-4 раза в год. Аллергологический, наследственный анамнез не отягощены. Привита по возрасту. Посещает детский сад.

Объективно: кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. Слизистая нёбных дужек, миндалин, задней стенки глотки розовая, влажная, язык у корня обложен белым налётом. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД - 24 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС - 100 в минуту. Живот мягкий, умеренно болезненный в надлобковой области. Печень, селезёнка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул

оформленный, 1 раз в сутки. Мочеиспускания частые - каждые 2030 минут, болезненные, моча жёлтая, мутная.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,3 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 128 г/л, лейкоциты - $6,4 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 47%, лимфоциты - 43%, моноциты - 6%, СОЭ - 12 мм/ час

Общий анализ мочи: цвет - жёлтый, прозрачность - мутная, относительная плотность - 1012 г/л, белок - не обнаружен, лейкоциты - вне поле зрения, эритроциты - 35 в поле зрения, свежие, слизь - умеренное количество, соли - оксалаты небольшое количество, бактерии - много.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Какие результаты ожидаете получить?
3. Назовите показания к госпитализации детей с данной патологией.
4. Составьте план лечения данного ребёнка.
5. Определите тактику ведения детей с данной патологией.

ЗАДАЧА

К врачу-педиатру участковому обратилась девочка 5 лет. Со слов матери заболевание началось 3 дня назад. Появилось повышение температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, сниженный аппетит, вялость. Вызвали скорую помощь, введена литическая смесь, рекомендовано лечение по поводу ОРВИ. Получала Анаферон, тёплое питьё. В течение последующих 2 дней продолжала высоко лихорадить, наблюдалось изменение мочи (мутная). В связи с чем обратились к врачу-педиатру участковому. После осмотра девочка направлена в детский стационар второго уровня. По данным выписки из истории болезни известно: анамнез: ребёнок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины. Роды на 38 неделе. Масса при рождении - 3500 г, длина - 52 см. Период новорождённости протекал без особенностей. Перенесла ветрянную оспу, краснуху. ОРВИ - часто. Аллергологический анамнез не отягощён. С 3-летнего возраста отмечаются эпизоды (3-4 раза в год) немотивированного подъёма температуры тела до $38-39^{\circ}\text{C}$ при отсутствии катарального синдрома.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести: температура - 37,6°C. Кожные покровы бледные, катаральные явления отсутствуют. Рост - 110 см, масса - 19,0 кг.

Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС - 90 ударов в минуту, АД - 110/90 мм рт. ст. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон, больше справа.

Пальпация правой почки умеренно болезненна.

Результаты обследования.

Общий анализ крови: гемоглобин - 140 г/л, эритроциты - $4,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты - $12,5 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 60%, лимфоциты - 30%, моноциты - 5%, СОЭ - 28 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - 6,0, белок - 0,09%, лейкоциты - сплошь все поля зрения, эритроциты - 1-2 в поле зрения, бактерии - большое количество.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72,0 г/л, СРБ - 52 ед., ДФА - 0,27 ед., мочевина - 4,3 ммоль/л, креатинин - 0,057 ммоль/л.

УЗИ почек: почки расположены правильно, левая - 107*42*13 мм, правая - 84*37*13 мм. Эхо-сигнал от собирательной системы изменён с обеих сторон, больше справа, расширен. Признаки врождённого гидронефроза II степени.

Посев мочи: высеяна Клебсиелла в количестве 100 000 микробных тел/мл, чувствительная к Амикацину, Клафорану, Фурамагу, Амоксикилаву, Ципрофлоксацину.

Цистография: пузирно-мочеточниковый рефлюкс III степени справа.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы у данного пациента.
2. Поставьте и сформулируйте диагноз.
3. Оцените данные лабораторного обследования.
4. Определите организационную (маршрутизация) тактику ведения пациента.

5. Определите тактику ведения пациента и назовите комплекс планируемых мероприятий после выписки из стационара при данном заболевании.

ЗАДАЧА

К врачу-педиатру участковому обратилась мать с ребёнком 12 лет с жалобами на приступы чихания, сопровождающиеся заложенностью носа и обильными водянистыми выделениями из него.

Болеет 3 года, ранее обращалась к врачу, который рекомендовал капать в нос раствор Називина. После введения капель состояние улучшилось, однако затем без видимой причины вновь возникали приступы чихания, слезотечение, нарушение носового дыхания и жидкые бесцветные выделения из обеих половин носа. Обострения болезни нередко возникают при нахождении в одном помещении с домашними животными.

Объективно: носовое дыхание затруднено. Передние отделы носовой полости заполнены водянистым секретом, слизистая оболочка набухшая, цианотична, местами на ней видны сизые и бледные участки. После введения в полость носа капель 0,1% раствора Називина носовое дыхание улучшилось, отёчность слизистой оболочки уменьшилась.

Ребёнку проведён общий анализ крови: эритроциты - $4,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - $6,2 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 10%, нейтрофилы - 60%, лимфоциты - 25%, моноциты - 5%, СОЭ - 11 мм/час.

Риноцитограмма: эозинофилы - 15%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Составьте план лечения пациента.
5. Составьте план обследования пациента.

ЗАДАЧА

На приёме у врача-педиатра участкового мать с ребёнком 2,5 лет. Мать предъявляет жалобы на быструю утомляемость сына, слабость, одышку при минимальной физической нагрузке, сердцебиение и боли в области сердца. Мальчик от третьей беременности, протекавшей с обострением хронического пиелонефрита в 4-6 недель. Роды в 38 недель, кесарево сечение. Масса тела 3100 г, длина 50 см.

Перенесённые заболевания - частые ОРВИ, пневмония в 6 месяцев и 1,5 года.

С 6 месяцев появилось посинение лица, вялость, беспокойство во время кормления. Мальчик стал плохо прибавлять в весе.

В 8 месяцев впервые появился эпизод шумного глубокого дыхания, ребёнок посинел. Далее эти приступы стали повторяться 1-2 раза в месяц.

На 2 году жизни ребёнок во время приступов одышки и цианоза несколько раз терял сознание, развивались судороги.

Вес - 12,5 кг, рост - 102 см. Кожные покровы бледно-синюшные. Подкожировой слой снижен. Слизистые ротовой полости бледно-цианотичные. Зубы кариозные. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногти напоминают «часовые стёкла». ЧСС - 102 удара в минуту. Границы сердца: правая на 1 см кнаружи от правой парастернальной линии, верхняя - верхний край III ребра, левая - на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. При аусcultации I тон громкий, выслушивается грубый систолический шум во II межреберье справа, проводится на спину. II тон во втором межреберье слева ослаблен. АД на руках - 90/55 мм рт.ст. АД на ногах - 100/60 мм рт.ст. При перкуссии лёгких звук с коробочным оттенком. ЧД - 26 в минуту. Отёков нет.

В общем анализе крови: эритроциты - $5,7 \cdot 10^{12}/\text{л}$; гемоглобин - 158 г/л; лейкоциты - $4,11 \cdot 10^9/\text{л}$; эозинофилы - 3%; палочкоядерные - 3%; сегментоядерные - 48%; моноциты - 9%; лимфоциты - 37%; СОЭ - 12 мм/ч.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента, назовите изменения, выявляемые при инструментальных методах диагностики.
4. Назовите составляющие компоненты выявленного врожденного порока сердца.
5. Определите тактику врача-педиатра участкового при купировании одышечно- цианотического приступа. Назовите препараты, введение которых противопоказано.

ЗАДАЧА

Мать с ребёнком 3 месяцев на приёме у врача-педиатра участкового предъявляет жалобы на одышку у сына, недостаточную прибавку в весе.

Из анамнеза известно, что ребёнок от первой беременности, в 5 недель беременности мать перенесла ОРВИ. Ребёнок родился в срок с массой 3000 г, ростом 50 см, закричал сразу. К груди приложен в родовом зале, сосал вяло.

Вскормливание естественное. Прибавки в весе составляют по 400-500 г в месяц. Ребёнок перенес бронхит в 2 месяца.

Общее состояние тяжёлое. Ребёнок вялый, пониженного питания. Кожные покровы бледные, чистые. При плаче и кормлении отмечается цианоз носогубного треугольника. Ушные раковины аномальной формы, «готическое» нёбо, имеются и другие стигмы дизэмбриогенеза. ЧД - 56 в минуту в покое. Перкуторный звук над лёгкими с коробочным оттенком. Дыхание жёсткое, выслушиваются единичные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах лёгких. Верхушечный толчок пальпируется в 4-5 межреберье слева. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от края грудины, верхняя - второе межреберье, левая - на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. ЧСС - 152 удара в минуту в покое. Тоны сердца громкие, ритмичные, во всех точках аускультации выслушивается систолический шум, проводящийся в межлопаточное пространство. Расщепление II тона над лёгочной артерией (ЛА). Живот мягкий, безболезненный, печень + 3,5 см. Отёчность голеней, лодыжек.

Пульсация на бедренных артериях не определяется. АД на левой руке - 150/80 мм рт.ст., на левой ноге - 50/30 мм рт.ст.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента, назовите изменения, выявляемые при инструментальных методах диагностики.
4. Назовите технику измерения и методику оценки артериального давления у ребёнка 1 года жизни.
5. Обоснуйте ускоренный порядок направления ребёнка на оперативное лечение.

ЗАДАЧА

Мать с мальчиком 1 года 2 месяцев на приёме у врача-педиатра участкового предъявляет жалобы на снижение аппетита, рвоту, потерю массы тела, кашель, одышку у ребёнка.

Из анамнеза известно, что до 1 года ребёнок развивался в соответствии с возрастом, сидит с 6 месяцев, ходит самостоятельно с 10 месяцев. В возрасте 11,5 месяцев перенёс острое респираторное заболевание, сопровождавшееся катаральными явлениями, диспепсическими явлениями (боли в животе, жидкий стул, рвота), отмечалась субфебрильная температура. Указанные изменения сохранялись в течение 7 дней. Через 2-3 недели после выздоровления родители отметили, что ребёнок стал быстро уставать, во время игр отмечалась одышка. Состояние постепенно ухудшалось: периодически появлялись симптомы беспокойства и влажного кашля вочные часы, рвота, ухудшился аппетит, мальчик похудел, обращало на себя внимание появление бледности кожных покровов. Температура не повышалась.

Ребёнок направлен на госпитализацию для обследования и лечения. При поступлении состояние расценено как тяжёлое, аппетит снижен, неактивен. Вес 10 кг. Кожные покровы бледные. Частота дыхания - 48 в минуту, в

лёгких выслушиваются единичные, влажные хрипы в нижних отделах слева по передней поверхности. Область сердца: визуально - небольшой сердечный левосторонний горб, перкуторно границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, левая - по передней подмышечной линии, верхняя - II межреберье. Аускультативно: ЧСС - 146 ударов в минуту, тоны сердца приглушены, в большей степени I тон на верхушке. На верхушке выслушивается негрубого тембра sistолический шум, занимающий 1/3 систолы, связанный с I тоном. Живот мягкий, печень +4 см из-под края рёберной дуги, селезёнка +1 см. Отмечаются отёки в области лодыжек. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

В общем анализе крови: эритроциты - $3,2 \cdot 10^{12}/\text{л}$; гемоглобин - 109 г/л; лейкоциты - $8,4 \cdot 10^9/\text{л}$; эозинофилы - 1%; базофилы - 1%; палочкоядерные - 2%; сегментоядерные - 27%; лимфоциты - 63%; моноциты - 6%; СОЭ - 34 мм/ч.

В биохимическом анализе крови: СРБ - 64 ЕД; КФК - 275 ЕД/л (референтные значения активности 55-200 ЕД/л); КФК-МВ - 10 мкг/л (референтные значения менее 5 мкг/л); К - 5,2 ммоль/л; Na - 140 ммоль/л. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента, назовите изменения, выявляемые при инструментальных методах диагностики.
4. Назовите основные группы препаратов для лечения данного заболевания.
5. Назовите возможные симптомы гликозидной интоксикации у данного ребёнка со стороны сердечно-сосудистой системы.

ЗАДАЧА

Мальчик 1,5 года госпитализирован с жалобами матери на появившуюся желтушность кожных покровов.

Из анамнеза известно, что мальчик родился от первой, нормально протекавшей беременности, срочных родов. При рождении отмечалась выраженная желтушность кожных покровов, по поводу чего проводилось

заменное переливание крови. После перенесённой вирусной инфекции, протекавшей в лёгкой форме, у ребёнка появилась желтушность кожи, снизился аппетит.

Мать ребёнка страдает гемолитической анемией.

При поступлении состояние ребёнка тяжёлое. Мальчик вялый. Кожа и слизистые оболочки бледные с иктеричным оттенком. Обращает на себя внимание деформация черепа: башенный череп, седловидная переносица, готическое нёбо. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. ЧСС - 110 ударов в минуту, выслушивается систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см, селезёнка +4 см ниже края рёберной дуги. Стул, моча интенсивно окрашены.

В анализах: гемоглобин - 70 г/л, эритроциты - $2,0 \cdot 10^{12}/\text{л}$, цветовой показатель - 1,1, ретикулоциты - 16%, лейкоциты - $10,2 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 45%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 37%, моноциты - 13%, СОЭ - 24 мм/час, микросферациты; билирубин: непрямой - 140 ммоль/л, прямой - 20 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения пациента в период гемолитического криза.
5. Определите показания к оперативному лечению.

ЗАДАЧА

Мальчик 6 месяцев поступил в детское гематологическое отделение с жалобами матери на «синяки», увеличение в объёме правого локтевого сустава.

Анамнез жизни: ребёнок от второй беременности, вторых родов. Вес при рождении-3800 г, рост - 53 см. Вскормливание грудное, прикорм введён в 5 месяцев - овощное пюре. Голову держит с 1,5 месяцев. Прививки выполнены по графику. Старший брат здоров.

Наследственность отягощена по материнской линии: у брата матери частые гемартрозы в детстве, приведшие к инвалидности.

Анамнез заболевания: мать заметила появление большого количества синяков на животе у ребёнка после нахождения в ходунках. После проведения венепункции у мальчика появилось увеличение в объёме правого локтевого сустава.

Общее состояние ребёнка средней тяжести. На осмотр реагирует адекватно. Достаточного питания. Кожные покровы бледные, на животе большое количество синяков разной степени давности. Видимые слизистые чистые, розовые. Большой родничок 1x1,5 см. Лимфатические узлы не пальпируются. Правый локтевой сустав отёчный, увеличен в объёме, движения в суставе ограничены, над суставом обширная гематома. Остальные суставы без особенностей. Дыхание в лёгких пурпурное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Моча светлая, мочеиспускание свободное. Стул регулярный.

В коагулограмме: АПТВ - 86,5 секунд, протромбиновое время - 16,8 секунд, МНО-1,17, фибриноген - 2,22 г/л, тромбиновое время - 11,5 секунд, Рфибриноген - отрицательно, этаноловый тест - отрицательно, фактор XIII - 25%, фактор VIII - 1%, фибринолитическая активность - 9 минут 30 секунд, агрегация тромбоцитов с ристоцетином 1 мг/мл - 99 % (N - 87-102 %), с АДФ 10 мкмоль/л - 74 % (N - 71-88 %).

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какая терапия показана ребёнку? Обоснуйте свой выбор.
4. Назовите показания к назначению профилактической терапии при данном заболевании. Какова схема проведения профилактической терапии?
5. Какие рекомендации по уходу и воспитанию Вы дадите родителям (опекунам) больного ребёнка?

ЗАДАЧА

Мать с ребёнком 3,5 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на приступообразный спастический кашель, свистящее дыхание, одышку, возникшие у сына при посещении цирка.

Ребёнок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении - 3250 г, длина - 50 см. Период новорождённости протекал без особенностей. На искусственном вскармливании с 4 месяцев. С раннего возраста страдает атопическим дерматитом.

Семейный анамнез: у отца - бронхиальная астма.

С 2 лет стал часто болеть респираторными заболеваниями, сопровождавшимися субфебрильной температурой, кашлем, одышкой. С 3-летнего возраста приступы одышки и кашля возникали 3-4 раза в год на фоне острых респираторных инфекций, при контакте с животными, на фоне физической нагрузки.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Температура - 36,7°C. Кашель приступообразный, малопродуктивный, дистантные хрипы. Одышка экспираторная, с участием вспомогательной мускулатуры. Кожа бледная, сухая, лёгкий цианоз носогубного треугольника. На коже сгибательной поверхности верхних и нижних конечностей в области подколенных ямок и локтевых суставов имеются участки гиперемии, лихенификации кожи, единичные папулёзные элементы, следы расчёсов. ЧД - 32 в минуту. Слизистая оболочка зева слегка гиперемирована. Грудная клетка вздута, над лёгкими перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание в лёгких проводится во все отделы, жёсткое, с удлинённым выдохом, с обеих сторон выслушиваются диффузные сухие свистящие и единичные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 88 ударов в минуту. Паренхиматозные органы не увеличены. Физиологические отправления не нарушены.

В общем анализе крови: эритроциты - $4,6 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты

- $6,8 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 8%, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 28%, лимфоциты - 51%, моноциты - 10%, СОЭ - 10 мм/час.

В общем анализе мочи: удельный вес - 1018; прозрачная, белок - отрицательно, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты - нет.

Рентгенограмма органов грудной клетки: лёгочные поля прозрачные, усиление бронхо-лёгочного рисунка, очаговых и инфильтративных теней нет, средостение не изменено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой препарат Вы бы рекомендовали пациенту для купирования данного состояния? Укажите дозу лекарственного препарата и путь доставки.
5. Определите тактику ведения пациента после купирования обострения и дайте её обоснование.

ЗАДАЧА

Мать с мальчиком 7 лет на приёме у врача-педиатра участкового предъявляет жалобы на кашель, боли в животе у ребёнка.

Из анамнеза известно, что заболел накануне, когда повысилась температура тела до 39,0 °С, появился болезненный кашель с небольшим количеством вязкой мокроты, сильный озноб. Ребёнок стал жаловаться на боли в правом боку. Ночь провёл беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. При осмотре общее состояние тяжёлое. Вялый. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника. Одышка в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребёнок лежит на правом боку с согнутыми ногами. ЧД - 40 в минуту. ЧСС - 100 ударов в минуту. Наблюдается отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Отмечается укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого лёгкого по задней поверхности. Над всей поверхностью левого лёгкого перкуторный звук с коробочным оттенком. При аусcultации - в нижних отделах правого лёгкого ослабленное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Живот при пальпации умеренно болезненный в

правом подреберье. Край печени по среднеключичной линии +2 см из-под края рёберной дуги. Физиологические отправления не нарушены. В общем анализе крови: эритроциты - $4,8 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 134 г/л, лейкоциты - $16,2 \cdot 10^9/\text{л}$, юные - 2%, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 64%, лимфоциты - 24%, моноциты - 2%, СОЭ - 22 мм/час.

В общем анализе мочи: количество - 100 мл, прозрачная, удельный вес - 1018, белок - следы, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, эритроциты - нет. Рентгенограмма органов грудной клетки: выявлена инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого лёгкого, увеличение прозрачности лёгочных полей слева. Рёберно-диафрагмальный синус справа затемнен.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте стартовую антибактериальную терапию больному с выявленным диагнозом. Укажите сроки оценки её эффективности.
5. Выберите и обоснуйте маршрутизацию пациента. Какие показания для госпитализации при данных заболеваниях Вы знаете?

ЗАДАЧА

Девочка 13 лет предъявляет жалобы на постоянные, тупые, ноющие боли и чувство тяжести в правом подреберье. Часто бывает отрыжка воздухом, тошнота. Периодически отмечаются боли в эпигастрии.

Указанные жалобы беспокоят более 6 месяцев.

Со слов матери, девочка очень любит чипсы, бутерброды, жареное, острые приправы.

Девочка ведет малоподвижный образ жизни, предпочитает чтение, занятия за компьютером, рисование.

Из анамнеза жизни известно, что мать пациентки страдает холециститом, у бабушки по линии матери хронический панкреатит и желчнокаменная болезнь.

При клиническом обследовании состояние пациентки средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, умеренной влажности, чистые. Слизистая полости рта бледно-розовой окраски, имеется краевая иктеричность склер.

Язык влажный, незначительно обложен беловато-жёлтым налётом у корня. Девочка правильного телосложения, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно.

В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет.

Тоны сердца звучные, чистые.

Живот окружной формы, участвует в акте дыхания.

При пальпации живота отмечается умеренная болезненность в эпигастральной, околопупочной областях.

Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1,5 см, край печени округлый, мягкоэластической консистенции; определяются слабо положительные симптомы Кера и Ортнера.

Селезёнка не пальпируется.

Мочеиспускание безболезненное.

Стул, со слов девочки, бывает 1 раз в 2-3 дня, крутой, иногда типа «овечьего». Выполнена ФЭГДС: слизистая оболочка желудка и двенадцатиперстной кишки слабо отёчна и гиперемирована.

Гистологическое исследование биоптата желудка: активность воспалительного процесса умеренная, в цитологических мазках обнаружен Нр.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назовите методы исследования, необходимые для верификации данной патологии, дайте их обоснование.
4. Назовите группы препаратов для лечения данной патологии.
5. Назовите факторы риска развития данной патологии у пациентки.

ЗАДАЧА

На приёме мать с мальчиком 7 месяцев.

Ребёнок от второй беременности, вторых срочных родов. Родился с массой - 3200 г, длиной - 52 см.

Неонатальный период без особенностей.

С 3 месяцев на искусственном вскармливании адаптированной смесью, прикормы введены по возрасту.

Из анамнеза известно: ребёнок болен в течение одной недели.

На 2 день заболевания обратились к врачу-педиатру участковому по поводу повышения температуры до 37,5°C, слизистых выделений из носа, «покашливания».

Назначена противовирусная терапия (Виферон), капли в нос с Ксилометазолином. На фоне лечения состояние несколько улучшилось, но с 5 дня болезни вновь повышение температуры до фебрильных цифр, усиление кашля, беспокойство, отказ от еды.

Врачом-педиатром участковым дано направление в стационар.

При поступлении: масса тела - 8200 г, рост - 68 см. Ребёнок беспокойный. Температура тела - 38,8°C.

Кожные покровы бледные, горячие на ощупь, с «мраморным рисунком», цианоз носогубного треугольника. Частота дыхания - 48 в минуту. Отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры (втяжение межреберных промежутков).

Частый малопродуктивный кашель.

Перкуторно над лёгкими звук с коробочным оттенком, слева ниже угла лопатки - притупление.

Аускультативно жёсткое дыхание, слева ниже угла лопатки дыхание ослаблено, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы.

Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, паренхиматозные органы не увеличены.

Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы для стартовой антибактериальной терапии Вы бы рекомендовали пациенту? В какие сроки проводится оценка эффективности стартовой антибактериальной терапии? Укажите длительность антибактериальной терапии.
5. Назовите группы препаратов, используемые для симптоматической и патогенетической терапии данной патологии.

ЗАДАЧА

На приёме у врача-педиатра участкового мальчик 12 лет. В течение последнего года беспокоят боли в эпигастральной области, редко боли за грудиной, изжога, отрыжка, тошнота.

При эзофагогастродуоденоскопии выявлен эрозивный эзофагит.

Тест на антитела к *Helicobacter pylori* ИФА-методом - отрицательный. Выставлен диагноз «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (рефлюксэзофагит II(В) степени)».

Вопросы:

1. Какую схему терапии Вы назначите? Обоснуйте свой выбор.
2. Из группы ингибиторов протонной помпы какой препарат менее предпочтителен? Обоснуйте.
3. Почему из прокинетиков выбран Домперидон, а не Метоклопрамид?
4. Можно ли в данной ситуации для усиления эффекта назначить Висмута трикалия дицитрат? Обоснуйте.
5. Нужна ли в данной ситуации эрадикационная терапия?

ЗАДАЧА

Ребёнок 3 года болен в течение 3 дней, отмечается малопродуктивный приступообразный кашель, одышка, подъём температуры до 38,5°C, отказ от еды.

Болеет не часто, 2-3 раза в год, не тяжело. Антибиотики не получал. Одышка появилась впервые, когда ребёнок пошел в детский сад. Аллергоанамнез не отягощён.

Наследственность: у бабушки по линии матери - экзема. У матери аллергическая реакция на Пенициллин.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Тяжесть обусловлена умеренно выраженной дыхательной недостаточностью (SatO_2 - 94-95%), интоксикацией. Ребёнок возбуждён, на осмотр реагирует негативно. Кожные покровы бледные, параорбитальный и периоральный цианоз. В зеве умеренная гиперемия. Из носа слизистое отделяемое. Пальпируются переднешейные, подчелюстные лимфоузлы 0,5-1,0 см, безболезненные, не спаянные с тканью, эластичные. Одышка экспираторного характера до 45 в минуту, с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно по всем полям определяется коробочный звук. При аусcultации сухие свистящие хрипы на выдохе и разнокалиберные. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 120 в минуту. Живот несколько вздут, пальпации доступен, безболезненный. Стул и мочеспускание не нарушены.

При обследовании в общем анализе крови: лейкоциты - $19,2 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 5%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%; сегментоядерные нейтрофилы - 47%; лимфоциты - 30%; моноциты - 10%. СОЭ - 23 мм/ч.

Выставлен диагноз «обструктивный бронхит».

Вопросы:

1. Препарат какой группы необходимо назначить ребёнку в качестве основной терапии для купирования бронхобструктивного синдрома?

Обоснуйте свой выбор.

2. При отсутствии эффекта какова Ваша дальнейшая тактика?

3. Обоснуйте необходимость антибактериальной терапии.

4. Какая группа антибиотиков в данной ситуации предпочтительна?
Обоснуйте.

5. Какие нежелательные побочные эффекты возможны при использовании макролидов?

ЗАДАЧА

Подросток 15 лет обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на головные боли, чаще после занятий в школе.

Анамнез заболевания: данные жалобы появились около 3 месяцев назад, за медицинской помощью не обращался.

На профосмотре в школе выявили повышение АД до 150/80 мм рт.ст. Рекомендована консультация детского врача-кардиолога, на приёме выявлено повышение АД до 140/80 мм рт.ст., рекомендовано соблюдать режим дня, снизить физическую и умственную нагрузку, контроль за АД и явка через 10 дней.

В течение 10 дней родители измеряли АД утром и вечером. По утрам АД было в норме - в среднем 120/70 мм рт.ст. По вечерам отмечалось повышение АД до 140-150/80 мм рт.ст.

На втором приёме врача-педиатра участкового через 10 дней АД вновь 140/80 мм рт.ст. (95-й процентиль АД для данного пола, возраста и роста составляет 133 мм рт.ст.). Рекомендовано провести обследование.

Из анамнеза жизни известно, что ребёнок рос и развивался соответственно возрасту, привит по календарю прививок, редко болел ОРВИ. За последний год вырос на 15 см, появилась неустойчивость настроения, конфликты со сверстниками, повышенная потливость, стал уставать от школьных нагрузок. Гуляет мало, предпочитает играть в компьютерные игры, нарушился сон. В течение последнего года курит по 1 -2 сигареты в день. У отца - гипертоническая болезнь с 45 лет.

При осмотре.

Кожные покровы обычной окраски, выражена потливость, угревая сыпь на лице и спине, красный стойкий дермографизм, хорошо развиты вторичные половые признаки.

Подкожный жировой слой развит удовлетворительно, распределён равномерно.

Рост - 178 см, масса тела - 63 кг. Лимфатические узлы не увеличены.

В лёгких перкуторный звук лёгочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 в 1 минуту.

Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - III межреберье, левая - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС - 90 в 1 минуту, шумы не выслушиваются.

Среднее АД по результатам 3 измерений - 150/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю рёберной дуги. Стул оформленный, диурез в норме.

Общий анализ крови: гемоглобин - 142 г/л, эритроциты - $4,8 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты - $300 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты - $6,3 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 67%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 24%, моноциты - 6%, СОЭ - 5 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1030, белка, сахара нет, лейкоциты - 01 в поле зрения.

ЭКГ - вариант возрастной нормы.

ЭхоКГ - структурных изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте, поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте подростку лечение.
5. Подросток не выполнял рекомендации по лечению и через 2 недели на последнем уроке в школе пожаловался на резкое ухудшение состояния: головокружение, головная боль. Мальчика отвели в медицинский кабинет, школьный врач измерил АД - 180/96 мм рт.ст., отмечалась бледность кожи, озноб, тошнота, однократно рвота съеденной пищей. Какова Ваша тактика оказания помощи как школьного врача?

ЗАДАЧА

Девочка М. 13 лет поступила в стационар с жалобами матери на слабость, вялость, головные боли, «синячки» на коже.

Из анамнеза заболевания: заболела неделю назад, когда впервые появились носовое кровотечение и «синячки». По месту жительства проводилась местная гемостатическая терапия, кровотечение было остановлено, назначен Аскорутин. Геморрагическая сыпь нарастила. Доставлена в больницу.

Объективно: состояние тяжёлое. Сознание ясное. Аппетит снижен. Кожные покровы бледные, геморрагический синдром на туловище и нижних конечностях в виде петехий и экхимозов различной степени давности.

Гемофтальм OS. Зев не гиперемирован. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия до 120 в минуту. Систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка пальпаторно не увеличены. Физиологические отправления не нарушены.

Общий анализ крови: эритроциты - $2,29 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb - 66 г/л, ретикулоциты - 2%, тромбоциты - $15 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты - $2,6 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные - 6%, сегментоядерные - 8%, лимфоциты - 84%, моноциты - 2%, СОЭ - 64 мм/час, время свёртывания - 1 минута 20 секунд, длительность кровотечения - 7 минут.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, мочевина - 4,7 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,3 ммоль/л, натрий - 138 ммоль/л, железо - 10 мкмоль/л, АЛТ - 23 Ед/л (норма - до 40), АСТ - 19 Ед/л, серомукоид - 0,180.

Миелограмма: пунктат малоклеточный, представлен в основном лимфоцитами, повышенено содержание стромального компонента и жировой ткани. Мегакариоциты не обнаружены. Гранулоцитарный росток - 11%, эритроидный росток - 8%.

Коагулограмма: АЧТВ - 41 сек, ПТИ - 90%, ТВ - 17 сек, фибриноген - 3 г/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие исследования надо провести для верификации (уточнения) диагноза?

Обоснуйте.

4. Что включает в себя лечение данной патологии?
5. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?

ЗАДАЧА

Мать с мальчиком 5 лет на приёме у врача-педиатра участкового жалуется на слабость, головные боли, рвоту в утренние часы, асимметрию лица у ребёнка.

Анамнез заболевания: 2 месяца назад перенес ОРВИ. После этого, со слов матери, появилась асимметрия лица, слабость. Лечение у врача-невролога эффекта не дало. Последние 3-4 дня ребёнка беспокоит головная боль с утра, рвота.

При объективном осмотре: состояние тяжёлое, вялый. Кожные покровы бледноватые, на конечностях экхимозы. Пальпируются подчелюстные, шейные подмыщечные, паховые лимфатические узлы размерами до 1,5 см в диаметре, подвижные, болезненные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичны, короткий систолический шум на верхушке, в точке Боткина. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1,5 см выступает из-под края рёберной дуги, безболезненная, средней плотности. Селезёнка не пальпируется. Ригидность затылочных мышц. Симптом Кернига слабо положительный с обеих сторон.

Общий анализ крови: гемоглобин - 62 г/л, эритроциты - $1,9 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты - единичные, лейкоциты - $208 \times 10^9/\text{л}$, бласты - 76%, палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 4%, лимфоциты - 19%, СОЭ - 64 мм/ч.

Миелограмма: костный мозг гиперплазирован, бласты - 96%, нейтрофильный росток - 3%, эритроидный росток - 1%, мегакариоциты - не найдены.

Цитохимическое исследование костного мозга: ШИК-реакция гранулярная в 95% бластов, реакция на миелопероксидазу и судан- отрицательная.

Иммунологическое исследование костного мозга: выявлены маркеры зрелой Т- клетки.

В ликворе: цитоз - 200/3, белок - 960 ммоль/л, Панди++, бласты - 100%.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Критерии диагноза.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите основные этапы лечения данного заболевания.
5. Каким образом проводится диспансеризация больных с данной патологией?

ЗАДАЧА

Девочка И. 15 лет поступила в стационар с жалобами матери на увеличение шейных лимфатических узлов, навязчивый непродуктивный кашель.

Из анамнеза известно, что 1 месяц назад у ребёнка заметили увеличение шейных лимфатических узлов. Врачом-педиатром участковым поставлен диагноз «шейный лимфаденит». Больная получала антибактериальную терапию без эффекта, затем получила курс УВЧ-терапии, после чего отмечался прогрессивный рост лимфатических узлов, самочувствие ребёнка значительно ухудшилось.

Периодически отмечаются подъёмы температуры до 38,5°C, сопровождающиеся ознобом, ребёнка беспокоят проливные ночные поты, кожный зуд, появился кашель, боли за грудиной, ребёнок похудел более чем на 10% за последние 3 месяца.

При осмотре: состояние тяжёлое, самочувствие страдает: снижен аппетит, беспокойный сон. Обращает на себя внимание изменение конфигурации шеи. Пальпируется конгломерат лимфатических узлов на шее слева, общим размером 5,0×7,0 см, внутри него пальпируются отдельные лимфатические узлы размером 1,0-1,5 см, не спаянные между собой и окружающей клетчаткой, плотные, безболезненные при пальпации, без признаков воспаления. Другие группы периферических лимфатических узлов не

увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные. Границы сердца расширены в поперечнике. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не пальпируются.

Общий анализ крови: гемоглобин - 132 г/л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты - $495 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты - $8,4 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные - 72%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 20%, моноциты - 3%, СОЭ - 37 мм/час.

Пунктат шейного лимфатического узла: обнаружены клетки Березовского-Штернберга.

Рентгенограмма органов грудной клетки: расширение срединной тени за счёт увеличенных внутригрудных лимфатических узлов.

УЗИ органов брюшной полости: печень, селезёнка, поджелудочная железа однородной структуры, увеличенных лимфатических узлов в брюшной полости не обнаружено.

Миелограмма: костный мозг - клеточный, бласты - 0,2%, нейтральный росток - 65%, эритроидный росток - 21%, лимфоциты - 8%, эозинофилы - 6%, мегакариоциты - 1 на 200 миелокариоцитов.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента (согласно Федеральным клиническим рекомендациям).
4. Что включает в себя лечение данной патологии?
5. Какие возможные поздние осложнения после лечения?

ЗАДАЧА

Мальчик 6 лет госпитализирован в стационар с жалобами матери на частый малопродуктивный кашель приступообразного характера, затруднённое дыхание, беспокойство.

Из анамнеза известно, что ребёнок заболел 1 неделю назад, когда отмечался подъём температуры тела до 38 °C, в последующие дни температура тела была субфебрильная (37,2-37,5 °C), отмечался насморк со слизистым отделяемым, малопродуктивный кашель. С 4 дня заболевания появилось шумное дыхание, одышка, самочувствие особо не страдало. Лечился амбулаторно: Интерферон-альфа в виде капель в нос, Ксилометазолин 0,5% в нос, сироп «Проспан». Так как положительной динамики не было, ребёнок был направлен на стационарное лечение.

Наследственность по аллергопатологии не отягощена.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Самочувствие не страдает, мальчик активный, контактный. Температура - 36,7 °C. Отмечается приступообразный сухой кашель, в конце влажный, шумное дыхание на выдохе. Кожные покровы бледной окраски, умеренно влажные, эластичные, чистые, инфраорбитальный цианоз. Плечевой пояс приподнят, втяжение уступчивых мест грудной клетки, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. ЧДД - 30 в минуту. Грудная клетка вздута в переднезаднем направлении. Перкуторно - коробочный звук.

Аускультативно в лёгких дыхание жёсткое, равномерно проводится по всем лёгочным полям, выдох удлинён, выслушиваются рассеянные сухие «свистящие» хрипы с обеих сторон. ЧСС - 114 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный.

В анализах: общие анализы крови, мочи - без изменений.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте лечение больному. Принципы бронхолитической терапии.
5. Какова тактика дальнейшего наблюдения?

ЗАДАЧА

Мальчик 7 лет поступил в стационар с жалобами матери на сухой приступообразный кашель, одышку, беспокойство.

Из анамнеза известно, что ребёнок родился от второй беременности, во время которой мать дважды переболела ОРВИ, вторых срочных родов. Наследственность по аллергопатологии отягощена: мать страдает сезонным аллергическим риноконъюнктивитом, старший брат 8 лет - атопическим дерматитом, бабушка и дядя по материнской линии - бронхиальной астмой. У мальчика с 1,5 месяцев выраженные проявления распространённого атопического дерматита на коровье молоко, усиление дерматита наблюдалось при приёме сладкого, куриного яйца, картофеля, красных яблок, во время терапии антибиотиками пенициллинового ряда. В 3 года на фоне ОРВИ впервые перенёс острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции. В последующем эпизоды бронхобструкции повторялись неоднократно так же на фоне ОРВИ. С 5 лет появились приступы ночного кашля, а эпизоды бронхобструкции возникали без признаков респираторной инфекции, провоцировались физической нагрузкой, резкими запахами. В последние месяцы приступы одышки отмечаются примерно 2 раза в неделю, купируются ингаляциями с Атровентом. Настоящее ухудшение родители связывают с появлением кошки в доме.

Практически ежедневно по утрам, а также во время эпизодов бронхобструкций беспокоит заложенность носа, ринорея, приступы чихания, зуд носа, слезотечение.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, беспокоен, успокаивается в полусидячем положении. Температура тела нормальная. Частый сухой приступообразный кашель, одышка экспираторного характера со свистящим выдохом, с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, раздуванием крыльев носа. Кожа бледная, умеренно влажная, чистая, цианоз носогубного треугольника. Носовое дыхание затруднено, отделяемого при осмотре нет. Грудная клетка вздута. ЧДД - 40 в минуту. Перкуторно коробочный звук, дыхание в лёгких ослаблено, рассеянно с обеих сторон выслушивается масса сухих «свистящих» и «жужжащих» хрипов. ЧСС - 110 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, тахикардия. Живот

мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный. В анализах: в общем анализе крови - эозинофилия 10%.

Пикфлюметрия: определение пиковой скорости выдоха (ПСВ) - 70% от соответствующих цифр.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Окажите медицинскую помощь ребёнку с данным заболеванием.
5. Составьте план диспансерного наблюдения.

ЗАДАЧА

Мальчик 3 лет поступил в стационар с жалобами матери на повышение температуры тела до 38,5-39°C более 3 дней, мучительный частый кашель, одышку, недомогание, ухудшение аппетита.

Из анамнеза известно, что ребёнок болен в течение недели. Наблюдался врачом- педиатром участковым с острой респираторной инфекцией. В лечении получал Парацетамол, симптоматические средства. На фоне терапии отмечена отрицательная динамика: все дни продолжал лихорадить, отказывался от еды, усилился кашель, появилась одышка. Мальчик был направлен на стационарное лечение. На фоне лечения отмечалась положительная динамика.

Однако на 3 день после нормализации температуры тела состояние резко ухудшилось: вновь стал лихорадить до 40°C, несмотря на смену антибактериальной терапии, наросла интоксикация, отказывается от еды, усилилась одышка, дыхание стало стонущим, появились боли в правой половине грудной клетки при дыхании.

При осмотре: состояние тяжёлое, высоко лихорадит, беспокоен. Кожа бледная, умеренно влажная, чистая, цианоз носогубного треугольника, периорбитальной области. Отмечается отставание правой половины

грудной клетки при дыхании. ЧДД - 58 в минуту. Перкуторно справа притупление звука вплоть до бедренной тупости, здесь же резко ослаблено дыхание, при глубоком дыхании выслушиваются немногочисленные крепитирующие хрипы. ЧСС - 134 удара в минуту. Тоны сердца ясные, тахикардия. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный.

В анализах:

- общий анализ крови первый: лейкоциты - $24 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула: палочкоядерные - 24%; сегментоядерные - 57%; эозинофилы - 3%; лимфоциты - 13%; моноциты - 3%, СОЭ - 33 мм/ч, токсигенная зернистость нейтрофилов - 57%;
- общий анализ крови второй (после ухудшения): лейкоциты - $15,5 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула: палочкоядерные - 27%; сегментоядерные - 50%; эозинофилы - 5%; лимфоциты - 20%; моноциты - 8%, СОЭ - 55 мм/ч, токсигенная зернистость нейтрофилов - 57%; - общий анализ мочи: без патологии.

Рентгенография лёгких при поступлении: справа в проекции средней и нижней доли определяется обширное негомогенное затемнение, корни лёгких неструктурные;

Рентгенография лёгких при ухудшении: отмечается отрицательная динамика, сохраняется инфильтрация справа, фибриноторакс, закрывающий наружную половину лёгких имеет вертикальную границу по внутреннему краю, косто-диафрагмальный угол не дифференцируется.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте необходимое лечение. Тактика антибактериальной терапии, оценка эффективности. Какую коррекцию в лечении необходимо произвести?

5. Составьте план дальнейшего наблюдения.

ЗАДАЧА

Девочка 8 месяцев поступила в грудное отделение с выраженными тоническими судорогами в конечностях.

Из анамнеза известно, что девочка от первой беременности. Беременность осложнилась анемией, преэклампсией. Роды в срок. Масса при рождении - 3800 г, длина - 53 см. С рождения на искусственном вскармливании (смесь «Малютка»). Прикорм введён с 4 месяцев. В виде манной каши. В настоящее время получает: каши (преимущественно манную), овощное пюре (преимущественно картофельное), коровье молоко, кефир. С 5 месяцев диагностирован рахит. Назначено лечение витамином D, но мать препарат не давала.

Объективно: девочка массой 8900 г, кожа бледная, чистая. Тургор тканей снижен. Выражены лобные и затылочные бугры; большой родничок 2×2 см, края податливы. Грудная клетка килевидной формы, нижняя апертура развёрнута, пальпируются «чётки». Напряжение икроножных мышц, стопы находятся в состоянии резкого подошвенного сгибания, симптом «руки акушера». Тоны сердца слегка приглушённые, ритмичные. Выслушивается короткий систолический шум. В лёгких дыхание пуэрильное. Живот распластан. Печень на 3 см выступает из-под рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Сидит с опорой, не стоит.

Общий анализ крови: гемоглобин - 92 г/л, эритроциты - $3,3 \times 10^{12}/\text{л}$, цветовой показатель - 0,8, ретикулоциты - 2%, лейкоциты - $7,0 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные - 26%, лимфоциты - 60%, моноциты - 10%, СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 50,0 мл, цвет - светло-жёлтый, прозрачная, относительная плотность - 1012, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, эритроциты - нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

ЗАДАЧА

3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения или уточнения диагноза?
4. Назначьте и обоснуйте лечение.
5. Сформулируйте рекомендации матери по дальнейшему уходу за ребёнком для профилактики рецидива заболеваний.

Мальчик 11 месяцев массой 10 кг в сопровождении матери доставлен бригадой скорой медицинской помощи в приёмный покой детской больницы. Мать жалуется на затруднённое дыхание у ребёнка, частый кашель, повышение температуры до 37,5°C.

Из анамнеза заболевания известно, что ребёнок заболел впервые. Заболевание началось 3 дня назад с повышения температуры, заложенности носа. Затем появился кашель. Лечился в поликлинике, получал Лазолван и Називин. Накануне вечером у мальчика произошло ухудшение состояния: появилась одышка, усилился кашель. Родители обратились в скорую помощь. Врачом скорой медицинской помощи была проведена ингаляция Сальбутамола с помощью спейсера, после чего одышка несколько уменьшилась, ребёнок доставлен в стационар.

Состояние ребёнка врачом приёмного покоя расценено как тяжёлое, одышка вновь усилилась. ЧДД - 60 в минуту. Выдох шумный, слышен на расстоянии. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере. При перкуссии над лёгкими коробочный звук. При аусcultации - жёсткое дыхание, множество сухих свистящих хрипов. Были проведены рентгенографическое исследование грудной клетки и клинический анализ крови.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - $5,1 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты - $10,9 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 18%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 68%, моноциты - 9%, СОЭ - 16 мм/час. Рентгенография грудной клетки: повышенная прозрачность лёгочных

ЗАДАЧА

полей, усиление лёгочного рисунка, особенно в области корней лёгких, за счёт сосудистого компонента и перибронхиальных изменений.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Каким бронхолитическим препаратам надо отдать предпочтение при лечении данного ребёнка?
4. Окажите неотложную помощь ребёнку.
5. Дайте рекомендации родителям ребёнка по профилактике у него данного заболевания после выписки из стационара.

Мальчик родился от матери 23 лет. Беременность первая, протекала без особенностей. Роды срочные в 40 недель. Околоплодные воды светлые. Родился ребёнок с массой 3250 г, ростом 50 см с тугим обвитием пуповины вокруг шеи. Состояние ребёнка на первой минуте тяжёлое, наблюдается акроцианоз; дыхание нерегулярное, стон; сердцебиение - 120 ударов в минуту, имеется некоторое сгибание конечностей, гипотония, гиподинамия. На отсасывание слизи - гримаса неудовольствия. Оценка по шкале Апгар - 6 баллов.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Окажите неотложную помощь новорождённому.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какова тактика ведения новорождённого?

ЗАДАЧА

У ребёнка Е. после рождения констатировали полное отсутствие движения в левой руке, отмечена патологическая подвижность в верхней трети левой

ЗАДАЧА

плечевой кости, в этом же месте появилась припухлость, крепитация. Ребёнок ведет себя крайне беспокойно, особенно беспокойство усиливается во время осмотра.

Из анамнеза: мать молодая, первородящая, предлежание ягодичное, ожидался крупный плод. Роды самостоятельные, затяжные. Первый период родов - 23 часа, второй период - 45 минут, применено ручное акушерское пособие в родах. Оценка по шкале Апгар 5/8 баллов. Проведены реанимационные мероприятия.

Масса - 3900,0 г; рост - 56 см, окружность головы - 36 см, окружность грудной клетки - 34 см.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
3. Назначьте лечение.
4. Определите исход. Наблюдение каких специалистов показано в поликлинике?
5. Укажите методы лечения болевого синдрома.

ЗАДАЧА

Девочка А. родилась от матери 26 лет, соматически здоровой, от второй беременности, вторых родов. Вредные привычки отрицает. На учёте в женской консультации состояла с 9 недель. Беременность протекала с преэкламсией. Роды в 39 недель. На момент рождения состояние ребёнка удовлетворительное. Оценка по шкале В. Апгар на первой минуте 8 баллов, на пятой 9 баллов. Масса тела - 3100 г, длина тела - 51 см. Приложена к груди в родовом зале. Ребёнок находился в палате «мать и дитя» с первых суток. На 3 сутки жизни при обходе врача-неонатолога мать обратила внимание на симметричное увеличение молочных желёз, кожа над ними была слегка гиперемирована, наблюдались скучные выделения беловато-молочного цвета, кроме того у ребёнка отмечался отёк больших половых губ и обильное слизистое отделяемое серовато-белового цвета. Температура тела - 36,5°C. На осмотр реагирует адекватно, в сознании, крик громкий, эмоциональный, ребёнок активный. Находится на грудном вскармливании, сосёт активно, грудь захватывает хорошо, питание удерживает. У матери лактация достаточная

Клинический анализ крови: гемоглобин - 186 г/л, эритроциты - $5,4 \times 10^{12}/\text{л}$, цветовой показатель - 0,99, тромбоциты - $288 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты - $9,2 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 47%, лимфоциты - 42%, моноциты - 8%, СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-жёлтый, реакция - кислая, удельный вес - 1003, белок отсутствует, эпителий плоский - 1-2 в поле зрения, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эритроциты - нет, цилиндры - нет. **Вопросы:**

1. Опишите возникшее состояние у ребёнка.
2. Обоснуйте транзиторное состояние.
3. Требуется ли лечение названного транзиторного состояния?
Проведите профилактику мастита у новорождённого.

4. Назначьте питание ребёнку, обоснуйте свой выбор.
5. Определите прогноз данного состояния.

ЗАДАЧА

Мальчик 16 лет после сдачи экзамена в школе пожаловался на «пронзительную головную боль» затылочной локализации, появилась тошнота, рвота, боли в животе. Больной отмечает «мелькание мушек перед глазами», «звон в ушах», потливость, покраснение лица, частое обильное мочеиспускание.

Сознание сохранено. Ребёнок осмотрен врачом-педиатром участковым - АД 160/100 мм рт.ст.

Из анамнеза известно, что дома мама измеряла ребёнку давление, которое составляло от 165/85 до 155/75 мм рт.ст. У врача-педиатра участкового не обследовался и не наблюдался.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите основные критерии диагностики предполагаемого заболевания.
3. Назначьте дополнительные методы обследования после купирования острого состояния.
4. Назовите принципы неотложной терапии.
5. Составьте план дальнейшего лечения.

ЗАДАЧА

На приёме мальчик 14 лет с жалобами на повышение температуры до 37,4°C, жидкий стул с прожилками крови до 6 раз в сутки.

Из анамнеза заболевания: 3 недели назад с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр, боли в животе, жидкий стул с примесью слизи и крови до 8 раз в сутки был госпитализирован в инфекционное отделение стационара. Обследование на шигелллёз, сальмонелллёз, кампилобактериоз - отрицательные, в копрограмме простейшие и яйца глистов не обнаружены. Пальцевое ректальное исследование патологии не выявило. По данным ректороманоскопии: слизистая прямой и сигмовидной

кишки гиперемирована, отёчна, с множественными эрозиями, сосудистый рисунок смазан. На фоне эмпирически назначенной антибактериальной терапии отмечалось незначительное улучшение, в связи с чем ребёнок был выписан домой. В общем анализе крови при выписке: RBC - $3,7 \times 10^{12}/\text{л}$, HGB - 98 г/л. Через 3 дня после выписки вновь отмечено повышение температуры тела, кашицеобразный стул с прожилками крови, что заставило обратиться к врачу.

Из анамнеза жизни: у деда по линии матери - колоректальный рак. Ребёнок рос и развивался по возрасту. Привит по календарю, проба Манту - 6 мм (4 месяца назад).

Объективно: состояние средней степени тяжести. Рост - 154 см, масса - 42 кг (за 4 месяца похудел на 2 кг). Кожные покровы чистые, бледные, влажность снижена. Язык густо обложен у корня белым налётом. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД - 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 84 в минуту. Живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка пальпируется в виде плотного болезненного урчащего тяжа диаметром 2,5 см. Печень - по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите, какие лабораторно-инструментальные исследования необходимы для подтверждения диагноза.
4. Какие препараты используются для данного заболевания у детей и подростков?
5. Назовите принципы диетотерапии данного пациента.

ЗАДАЧА

На приёме мать с девочкой 8 лет с жалобами на повышенную утомляемость, на постоянные боли в животе, не локализованные, не связанные с приёмом пищи, повышение температуры до 38,9°C у ребенка.

Девочка от первой беременности, протекающей с токсикозом второй половины, роды на 39 неделе. Масса ребёнка при рождении - 3300 г, длина - 51 см. Роды без стимуляции, безводный промежуток 3 часа. При рождении отмечалась асфиксия, проводились реанимационные мероприятия. Выписана на 7 сутки. Период новорождённости без особенностей. До 1 года ничем не болела. Далее развивалась хорошо. Болела 5-6 раз в год ОРВИ. За 3 дня до обращения к врачу-педиатру участковому отмечался подъём температуры до 38,5°C, однократная рвота, боли в животе. Осмотрена врачом-хирургом, хирургическая патология не обнаружена.

При осмотре: состояние тяжёлое, высоко лихорадит, кожные покровы чистые, слизистые сухие, лихорадочный румянец. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД - 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, шумов нет. ЧСС - 118 ударов в минуту. Живот мягкий, болезненный в окологупочной области. Печень +1 см из-под рёберного края. Симптом поколачивания по пояснице отчётливо положительный справа. Мочеиспускания редкие, безболезненные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты - $5,6 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты - $18,5 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы - 9%, сегментоядерные нейтрофилы - 69%, лимфоциты - 20%, моноциты - 2%, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: белок - следы, относительная плотность - 1002, эпителий почечный - 3-4 в поле зрения, лейкоциты - 38-45 в поле зрения, эритроциты - нет. Бактерии +++ **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

4. Определите приоритетный выбор антимикробного препарата, пути введения,

длительность курса. Обоснуйте необходимость коррекции антимикробной терапии.

5. В процессе обследования выявлен пузырно-мочеточниковый рефлюкс 2 степени.

Какова ваша дальнейшая лечебно-профилактическая тактика?

ЗАДАЧА

Мальчик 25 дней осмотрен врачом-педиатром участковым. Жалобы на усиление желтухи, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, судороги во время осмотра.

Анамнез: матери 20 лет. Студентка ветеринарного факультета. Беременность первая протекала с угрозой прерывания, многоводием. В сроке 30 недель гестации мать перенесла заболевание, сопровождающееся недомоганием, повышением температуры тела, увеличением лимфоузлов. Выявлены IgM «+» и IgG «+» к токсоплазме. Срочные первые роды в 38 недель. Предлежание головное. Оценка по шкале Апгар 7-7 баллов. Вес при рождении - 2900 г, рост - 51 см, окружность головы - 35 см, окружность груди - 34 см. К груди приложен в течение первого часа после рождения. Совместное пребывание матери и ребёнка в родильном доме. У ребёнка желтуха со вторых суток жизни. Вакцинация п/гепатита и БЦЖ. В роддоме проведено обследование.

Общий анализ крови: гемоглобин - 115 г/л, эритроциты - $3,1 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты - $18 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 68%, лейкоциты - 17%, моноциты - 8%, тромбоциты - $112 \times 10^9/\text{л}$, общий билирубин - 156 мкмоль/л, прямой - 63 мкмоль/л. СРБ - 60 мг/л, АЛТ - 230 МЕ/л, АСТ - 180 МЕ/л.

Нейросонография: повышение эхогенности перенхимы, увеличение размеров боковых желудочков (S - 14 мм, D - 16 мм), множественные гиперэхогенные тени в подкорковой зоне.

При осмотре состояние тяжёлое. Температура тела - 37,6°C. Ребёнок беспокойный. Негативная реакция на осмотр. Тактильная гиперестезия. Тремор рук и подбородка. Вес - 3200 г. Голова гидроцефальной формы, окружность - 39 см, большой родничок - 4×4 см, напряжён. Выражена венозная сеть на коже головы. Голова запрокинута назад. Симптом Грефе. Кожные покровы желтушные с серым оттенком. Дыхание над всеми полями лёгких пуэрильное, хрипов нет. ЧДД - 45 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 138 ударов в минуту, АД - 76/43 мм рт.ст. Живот слегка поддут, мягкий при пальпации. Печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, селезёнка +1 см. Стул жёлтый, кашицеобразный. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Определите тактику антибактериальной терапии.
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

ЗАДАЧА

Мать с девочкой 12 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на повышение температуры тела до 37,8°C в вечернее время, боли в коленных и голеностопных суставах «летучего» характера, слабость и утомляемость, сердцебиение и одышку при подъёме по лестнице на 2 этаж у ребёнка.

Анамнез: девочка больна в течение последних трёх дней, когда появились вышеперечисленные жалобы. Три недели назад жаловалась на боли в горле при глотании, температуру не измеряла, за медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно с применением препаратов местного действия.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Физическое развитие соответствует возрасту. Температура тела - 37,7°C. Кожа бледная.

Слизистые зева и ротовой полости розовые, чистые. Периферические суставы визуально не изменены, активные и пассивные движения в них безболезненны, не ограничены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 20 ударов в минуту. Верхушечный толчок сердца определяется в V межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая на 1,0 см вправо от правого края грудины, верхняя - III ребро, левая - на 2 см кнаружи от левой срединноключичной линии. Тоны сердца приглушены, I тон ослаблен, дующий систолический шум на верхушке, ритм правильный, ЧСС - 84 удара в минуту. АД - 100/60 мм рт.ст. Печень на 1 см выступает из-под рёберного края. Селезёнка не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите показания к госпитализации данного пациента.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента в условиях соматического отделения детского стационара.
3. Уточните и обоснуйте поставленный Вами диагноз с учётом полученных данных проведенного дополнительного обследования.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,7 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - $12 \times 10^9/\text{л}$ (палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 72%, моноциты - 10%, лимфоциты - 14%), тромбоциты - $210 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 28 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, удельная плотность - 1018, белок и сахар - отрицательные, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эритроциты - не обнаружены.

Биохимия крови: СРБ - 1,5 мг/дл (референс - 0-0,5), протеинограмма: общий белок - 68 г/л, альбумины - 53%, глобулины α_1 - 8%, α_2 - 13%, β - 10%, γ - 16%, КФК-МВ - 28 МЕ/л (0-30), АЛТ - 21 Ед/л (0-33), АСТ - 12 Ед/л (0-32), мочевина - 5,8 ммоль/л, креатинин - 72 мкмоль/л. Титр АСЛО - 542,0 IU/ml (0-150).

Высев из зева β -гемолитического стрептококка группы A $>10^3$ КОЭ/мл.

Электрокардиография: электрическая ось сердца не отклонена, ритм синусовый с ЧСС - 74 в минуту, атриовентрикулярная блокада I степени (интервал PQ - 0,22 сек), усиление биоэлектрической активности миокарда левого желудочка.

Эхокардиография: митральный клапан: створки утолщены с краевым фиброзом, регургитация ++; аортальный клапан: створки тонкие, регургитация 0; триkuspidальный клапан: створки тонкие, регургитация +; лёгочный клапан: створки тонкие, регургитация 0. Левое предсердие: не расширено. Фракция выброса: 58%. Наличие перикардиального выпота: нет .

4. Определите и обоснуйте мероприятия и тактику немедикаментозного и медикаментозного лечения.

5. Определите и обоснуйте тактику вторичной профилактики данного заболевания у пациента после выписки из стационара.

ЗАДАЧА

У ребёнка 10 лет сыпь в виде отёчных красных зудящих образований по туловищу и на нижних конечностях.

Из анамнеза заболевания: сыпь появилась внезапно, предварительно беспокоил выраженный зуд кожи. Родители ребёнка связывают появление сыпи с употреблением в питании морепродуктов.

Из анамнеза жизни известно, что у ребёнка на первом году жизни были проявления атопического дерматита на белок коровьего молока. Респираторными инфекциями болеет часто. Антибиотики получает 2-3 раза в год. Одышки не было. Тубконтакты отрицает. Наследственность: у бабушки по линии матери - бронхиальная астма. Мать не переносит Пенициллин.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. На коже туловища и нижних конечностях - сыпь по типу эритематозных волдырей красного цвета размером от 5 до 10 сантиметров в диаметре, чётко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи, умеренного количества. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Слизистые сухие. В зеве умеренная гиперемия. Пальпируются заднешейные

лимфоузлы 1 размера, безболезненные, не спаянные с тканью, эластичные. Голос не осип. Одышки нет. ЧД - 26 в минуту. Перкуторно по всем полям определяется лёгочный звук. При аусcultации лёгких хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 87 в минуту. Живот несколько вздут, пальпации доступен, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы необходимо назначить ребёнку в качестве основной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. На фоне проводимой терапии к концу суток состояние ребёнка улучшилось: новых подсыпаний не было. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте.

ЗАДАЧА

На приёме мать с девочкой 13 лет с жалобами на слабость, недомогание, повышенную утомляемость, длительный субфебрилитет, высыпания на лице и нижних конечностях, носовое кровотечение, отёчность коленных и голеностопных суставов, головные боли, головокружение у ребёнка.

Из анамнеза заболевания известно, что около 2 месяцев назад (после перенесённого тяжёлого гриппа) появилась и стала нарастать слабость, недомогание и повышенная утомляемость, затем присоединился субфебрилитет, который длится уже месяц. При обследовании: антинуклеарный фактор - положительный, ревматоидный фактор - положительный. Неделю назад появилась отёчность и боль при движениях в коленных и голеностопных суставах. Три дня назад присоединились геморрагические высыпания на нижних конечностях и на лице; вчера -

обильное длительное кровотечение из обеих половинок носа, которое рецидивировало в течение суток.

Из анамнеза жизни: от пятой беременности, первых родов (предыдущие закончились самопроизвольными выкидышами на ранних сроках). Беременность протекала на фоне гестоза I и II половин, угрозы прерывания в 24 недели. Роды в срок, самостоятельные, к груди приложена на первые сутки, естественное вскармливание до 4 месяцев, затем коровье молоко и прикормы. Из перенесённых заболеваний: ОРВИ 3-4 раза в год, ветряная оспа, корь, с 8 лет хронический пиелонефрит с ежегодными обострениями, по поводу которых получала уросептики. Аллергический анамнез не отягощён. Наследственность отягощена, по линии матери в семье: ишемическая болезнь сердца, инсульт, артериальная гипертензия, со стороны отца - цирроз печени, хронический пиелонефрит.

При осмотре: температура - 37,5°C, АД - 145-150/95 мм рт.ст., кожные покровы и видимые слизистые бледные, на стопах и голенях большое количество петехий и единичные полихромные экхимозы; на щеках и спинке носа гиперемированные пятна округлой формы (в виде бабочки), которые при физической и эмоциональной нагрузке становятся более заметными и пульсируют. В носовых ходах геморрагические корочки. Коленные и голеностопные суставы увеличены в объёме, отёчные с экссудативным компонентом, кожа над ними нормальной окраски, горячая; затруднение активных и пассивных движений. Горизонтальный нистагм. Со стороны лёгких и сердца патологии не выявлено. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень +4 см, селезёнка +1 см, оба органа мягкие, эластичные, безболезненные. Стул, диурез б/о. Дизурических расстройств нет.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, цвет - светло-жёлтый, удельный вес - 1004, сахар - отрицательный, белок - 0,645 г/л, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, эритроциты - 3040 в поле зрения.

Клинический анализ крови: эритроциты - $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 84 г/л, ретикулоциты - 10%, тромбоциты - $48,5 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты - $3,6 \times 10^9/\text{л}$,

эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 66%, лимфоциты - 22%, моноциты - 3%, СОЭ - 38 мм/ч.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. С какого препарата следует начать лечение у данного пациента?
Обоснуйте свой выбор.
5. Назовите показания для назначения цитостатического препарата - Циклоспорина и его дозу.

ЗАДАЧА

Мать с девочкой 13 лет обратилась с жалобами на «голодные» боли в эпигастральной области, изжогу, отрыжку кислым, головные боли у ребёнка.

Из анамнеза известно, что данные симптомы появились 3 месяца назад. После приёма пищи боли стихают. Находилась на стационарном лечении, ушла под расписку. По данным выписки из стационара: биохимический анализ крови: билирубин общий - 16,5 мкмоль/л, прямой - 7,6 мкмоль/л; амилаза - 80 Ед/л (норма - до 120 Ед/л), АлАТ - 17 Ед/л, АсАТ - 21 Ед/л, ЩФ - 98 Ед/л (норма - до 140 Ед/л).

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается полностью. В просвете желудка слизь, слизистая во всех отделах отёчная, гиперемированная. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки - отёчная, на передней её стенке язвенный дефект округлой формы с гиперемированным валиком размером $0,9 \times 0,7$ см, дно покрыто фибрином. Уреазный тест на НР-инфекцию: положительный (+++). Выполнена биопсия.

Внутрижелудочная рН-метрия: базальная гиперацидность.

Имеется отягощённая наследственность по язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (у отца), у бабушки по линии матери - хронический гастрит.

Объективно: рост - 158,5 см, масса - 46 кг, АД - 90/55, частота пульса - 6567 в минуту, кожные покровы бледные, периорбитальный цианоз; язык обложен белым налётом; живот при поверхностной пальпации мягкий, без мышечного напряжения, положительный симптом Менделя, при глубокой пальпации отмечается значительная болезненность в эпигастральной и пилородуodenальной зоне. По другим внутренним органам без патологии. Стул ежедневный, 1 раз в день, тёмно-коричневый, без патологических примесей.

Общий анализ крови: гемоглобин - 108 г/л, эритроциты - $4,3 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты - $6,9 \times 10^9/\text{л}$; палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 53%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 32%, моноциты - 8%, СОЭ - 8 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-жёлтый, прозрачность - полная; рН - 6,2; удельный вес - 1019; белок - отрицательный, сахар - отрицательный, эпителиальные клетки - 2-3 в поле зрения, лейкоциты - 2-3 в поле зрения.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите дополнительные (косвенные) эндоскопические признаки НР-инфекции (хеликобактериоза) в клинической практике (по результатам ФГДС).
5. Сформулируйте и обоснуйте план лечения пациентки. Назовите основные направления в терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, и какие группы препаратов следует назначить в настоящее время.

ЗАДАЧА

Мать с девочкой 3 лет обратилась с жалобами на боли в животе, повышение температуры до 39°C , вялость, снижение аппетита.

Из анамнеза известно, что девочка от третьей беременности. Две предыдущие беременности закончились выкидышами на ранних сроках. Данная беременность протекала на фоне гестоза, угрозы прерывания в первом триместре беременности. Матери 29 лет, работает лаборантом в баклаборатории, страдает хроническим пиелонефритом, отец - здоров, оба родителя курят. Бабушка по линии матери оперирована по поводу нефроптоза. Девочка в возрасте 1 года 2 месяцев перенесла кишечную инфекцию (получала Амоксициллин), после чего склонна к запорам. Анамнез заболевания: при профилактическом обследовании в возрасте 1 года по данным УЗИ отмечалось расширение чашечно-лоханочной системы обеих почек. В последующем по этому поводу не обследовалась. В течение последнего года отмечались эпизоды субфебрилитета без катаральных явлений. После охлаждения в течение 5 дней держится температура 38,5°C-39°C, боли в животе, недомогание, снижение аппетита.

Объективно: физическое развитие среднее, дисгармоничное за счет дефицита массы. Стигмы дисэмбриогенеза: оттопыренные и асимметричные ушные раковины, приросшая мочка уха, гипертелоризм глаз, сосков, эпикант, клинодактилия. Отёков нет. АД - 80/40 мм рт.ст. Живот мягкий, точки проекции мочеточников болезненны. Стул 1 раз в день оформленный. Мочится 6-8 раз в сутки. Моча светло-жёлтая, мутная.

В общем анализе крови: RBC - $4,15 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb - 122 г/л, WBC - $12,5 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 14%, сегментоядерные нейтрофилы - 65%, LYM - 25%, MON - 4%, СОЭ - 24 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - жёлтая, прозрачность - мутная, pH - 6,0, удельный вес - 1010, белок - 0,33 г/л, лейкоциты - большое количество, эритроциты неизмененные - 12 в поле зрения.

Вопросы:

1. Оцените анамнестические данные, выделите факторы риска и обоснуйте их.
2. Предположите наиболее вероятный диагноз.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Укажите наиболее вероятные результаты, подтверждающие Ваш диагноз.
5. Какой антибиотик Вы рекомендовали бы пациенту в качестве стартовой эмпирической терапии? Обоснуйте свой выбор. Какой результат ожидаете получить при эффективности выбранной Вами антибактериальной терапии?

ЗАДАЧА

Мальчик 7 лет поступил в отделение с жалобами на головную боль, недомогание, изменение цвета мочи.

Из анамнеза известно, что ребёнок от первой беременности, протекавшей без осложнений, родился в срок с массой тела - 3200 г, длиной тела - 52 см, оценкой по Апгар - 8/9 баллов. На грудном вскармливании до 1 года. Из перенесённых заболеваний - редко ОРВИ, после 5-летнего возраста - трижды лакунарные ангины, у матери - хронический тонзиллит.

Три недели назад перенёс лакунарную ангину, последнюю неделю посещал школу. В течение двух последних дней появились недомогание, головная боль, однократно было носовое кровотечение, стал редко мочиться.

При осмотре: выражена бледность кожных покровов, пастозность лица, голеней. Перкуторно над лёгкими лёгочной звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево на 1 см, 1 тон на верхушке ослаблен, тоны сердца учащены, приглушенны, усилен 2 тон на аорте, АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, асцита нет. Печень, селезёнка не увеличены. За сутки выделил 240 мл мочи.

Общий анализ крови: HGB - 111 г/л, RBC - $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$, MCV - 80 fl, MCH - 29 pg, MCHC - 32 g/l, RDW - 9,5% , PLT - $368 \times 10^9/\text{л}$, MPV - 8,3 fl, PDW - 12%, PCT - 0,3%, WBC - $8,9 \times 10^9/\text{л}$, NEU - 64%, LYM - 22%, EOS - 4%, MON - 8%, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: COLOR - бурый, CLA - мутная, pH - 6,0, плотность - 1024, PRO - 1,5 г/л, BNL - NEG, YRO - NORM, GLU - NEG, WBC - 10 в поле зрения, RBC - сплошь покрывают все поля зрения, ЕС - единицы в поле

зрения, цилиндры CAST гиалиновые - 5-6 в поле зрения, цилиндры CAST - эритроцитарные - 10-15 в поле зрения. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
- Укажите наиболее вероятные результаты, подтверждающие Ваш диагноз.
4. Составьте план медикаментозного лечения.
 5. В каком случае данному больному показано проведение биопсии почек?

ЗАДАЧА

Девочка К. 13 лет больной считается около 8 месяцев. Со слов матери, заболевание началось с астенического синдрома (вялость, утомляемость), затем появились боли в животе, прогрессирующее похудание, эпизоды лихорадки и диарея. В течение последних 3 месяцев у ребёнка разжиженный учащённый со слизью стул до 6-8 раз в день, в последний месяц в кале появились сгустки крови, за последние 2 недели примесь крови в кале стала постоянной. Беспокоят спастические боли в животе перед дефекацией, снижение аппетита, похудание за последние 6 месяцев на 5 кг, субфебрильная температура. Амбулаторное лечение курсами антибиотиков, бактериофагами и пробиотиками без стойкого эффекта.

Ребёнок от первой беременности, на естественном вскармливании до 1 года. Перенесённые заболевания: ветряная оспа, до пяти лет частые ОРВИ. Наследственность: у матери - аутоиммунный тиреоидит, у бабушки (по линии матери) - гастрит, лактазная недостаточность.

Осмотр: рост - 155 см, масса - 38 кг. Температура тела - 37,5°C. Кожные покровы бледные, сухие, заеды в углах рта. Слизистые бледные, чистые. ЧСС - 100 ударов в минуту, тоны звучные, мягкий систолический шум в точке Боткина, не связанный с тоном, экстракардиально не проводится. Живот вздут, болезненный при пальпации. Печень +1,5 см из-под края рёберной дуги, плотноватая. Положительные симптомы Герца, Образцова,

«воздушного столба». Стул: диарея до 6-8 раз в сутки, тенезмы, позывы к дефекации в ночное время, в кале примесь крови и слизи.

Общий анализ крови: RBC - $3,7 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb - 96 г/л, RET - 18%, PLT - $330 \times 10^9/\text{л}$, WBC - $15,0 \times 10^9/\text{л}$, EO - 5%, NEUT - 50%, LYM - 36%, MON - 9%, СОЭ - 28 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумины - 25,3%, глобулины: α_1 - 6%, α_2 - 16%, β - 13%, γ - 14%, АлАТ - 28 Ед/л, АсАТ - 36 Ед/л, ЩФ - 122 Ед/л, амилаза - 45 Ед/л, тимоловая проба - 3 ед, общий билирубин - 13 мкмоль/л, из них связанный - 0 мкмоль/л, железо - 7 мкмоль/л, ОЖСС - 79 мкмоль/л, СРБ (++)

Колонофиброскопия: осмотрены ободочная и 30 см подвздошной кишки. Слизистая оболочка подвздошной кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, отёчна, 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 бледнорозовая, очагово гиперемирована, множественные кровоизлияния, выражена контактная кровоточивость, на десятом сантиметре прямая кишка сужена на протяжении 1-1,5 см.

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.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Выделите клинические синдромы, обоснуйте клинический диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования, которое необходимо для подтверждения диагноза.
4. Какую базисную противовоспалительную терапию первой линии Вы можете назначить больному? Обоснуйте свой выбор.
5. Укажите возможные кишечные осложнения данного заболевания.

ЗАДАЧА

Ребёнок К. от второй беременности, роды первые. Настоящей беременности предшествовали преждевременные роды на 24 неделе беременности, ребёнок погиб на 2 сутки жизни. В течение данной беременности отмечался токсикоз 1 половины, угроза прерывания беременности, преэклампсия, фетоплацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода. Проводилась пренатальная профилактика респираторного дистресссиндрома дексаметазоном. Роды в головном предлежании через естественные родовые пути, продолжительность 1 периода - 4 часа 20 минут, 2 периода - 10 минут. Ребёнок родился с обвитием пуповины вокруг шеи с единичными вдохами, цианотичный. Родился при сроке 31 неделя беременности с массой тела 1700 г, длиной 41 см, с оценкой по шкале Апгар 5/7 баллов. После проведения реанимационных мероприятий ребёнок переведён в палату интенсивной терапии (ПИТ), помещён в кювэз, продолжена СРАР воздухом, начатая в родильном зале. Сурфактант не вводился.

При поступлении в ПИТ: состояние тяжёлое. Одышка с участием вспомогательной мускулатуры, раздувание крыльев носа. Спонтанная двигательная активность угнетена, рефлексы орального автоматизма ослаблены. Поза с умеренным приведением ног и рук к телу. «Квадратное окно» запястья около 45° . Ответная реакция руки в виде сгибания в локтевом суставе на 90° . Подколенный угол составляет около 140° . Симптом «шарфа» - локоть находится между средней линией тела и противоположной подмышечной линией. При попытке приведения стопы к голове нет сгибания в коленном суставе, но и привести полностью ножку не удалось. Кожные покровы розовые, чистые. Ушная раковина с неполным завиванием части ребра и мягким хрящом, легко сгибается и медленно возвращается в исходное положение. Грудной сосок отчётливо виден. Ареола намечена, грудная железа при пальпации менее 5 мм. Ногти достигают края пальцев, заметны по 2 глубокие складки поперёк передней трети стопы. На передней брюшной стенке видны вены с ответвлениями, волосяной покров распространённый. Пупочное кольцо без особенностей. При аусcultации лёгких выслушивается ослабленное дыхание, крепитирующие хрипы по

всем полям, отмечается укорочение перкуторного звука. Тоны сердца приглушенны, ритмичны. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный, печень +2 см от края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Половые органы сформированы по женскому типу, выступающий клитор и широкая внутренняя половая губа. Аanus сформирован, меконий отошёл в родильном зале. Через 18 часов: сатурация 82-88%, состояние ухудшилось, появилось стонущее дыхание, асинхронные движения грудной клетки и живота при дыхании, заметное втяжение межреберных промежутков, небольшое втяжение мечевидного отростка грудины на вдохе, опускание подбородка на вдохе, рот открыт, пять эпизодов апноэ за последний час наблюдения. Кожа розовая, акроцианоз, не уменьшающийся при увеличении FiO_2 до 40%. В лёгких дыхание ослаблено, сохраняется множество крепитирующих хрипов по всем полям. Тоны сердца приглушенны, ритмичные, частота сердечных сокращений 110-120 ударов в минуту, пульс на локтевой артерии слабый, артериальное давление 50/30 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Диурез 1,5 мл/кг/ч. Общий анализ крови: Hb - 192 г/л; эритроциты - $4,4 \times 10^{12}/\text{л}$; средний объём эритроцитов - 99 фемтолитров; лейкоциты - $11,4 \times 10^9/\text{л}$, формула: эозинофилы - 0%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 50%, лимфоциты - 38%, моноциты - 10%; тромбоциты - $189 \times 10^9/\text{л}$, ретикулоциты - 35%.

Уровень С-реактивного белка - норма.

Рентгенография органов грудной клетки: диффузное снижение прозрачности лёгочных полей, ретикулогранулярный рисунок, мелкие рассеянные тени с чёткими контурами.

Кислотно-основное состояние артериальной крови: pH - 7,27, BE - 9,3, pCO_2 - 68 мм рт. ст., pO_2 - 37 мм рт. ст.

Глюкоза сыворотки крови - 2,1 ммоль/л.

Вопросы:

1. Укажите неблагоприятные факторы (факторы риска) анамнеза. К какой патологии они могли привести?

2. Проведите оценку состояния по шкале Сильвермана в возрасте 18 часов жизни. Проведите оценку нервно-мышечной и физиологической зрелости по Болларду. Перечислите патологические состояния, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
3. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Укажите наиболее вероятные результаты, подтверждающие Ваш диагноз.
5. Оцените лечебные мероприятия, проводимые ребёнку. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА

Ребёнок К. от второй беременности, роды первые. Настоящей беременности предшествовали преждевременные роды на 24 неделе беременности, ребёнок погиб на 2 сутки жизни. В течение данной беременности отмечался токсикоз 1 половины, угроза прерывания беременности, преэклампсия, фетоплацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода. Проводилась пренатальная профилактика респираторного дистресссиндрома дексаметазоном. Роды в головном предлежании через естественные родовые пути, продолжительность 1 периода - 4 часа 20 минут, 2 периода - 10 минут. Ребёнок родился с обвитием пуповины вокруг шеи с единичными вдохами, цианотичный. Родился при сроке 31 неделя беременности с массой тела 1700 г, длиной 41 см, с оценкой по шкале Апгар 5/7 баллов. После проведения реанимационных мероприятий ребёнок переведён в палату интенсивной терапии (ПИТ), помещён в кювэз, продолжена СРАР воздухом, начатая в родильном зале. Сурфактант не вводился.

При поступлении в ПИТ: состояние тяжёлое. Одышка с участием вспомогательной мускулатуры, раздувание крыльев носа. Спонтанная двигательная активность угнетена, рефлексы орального автоматизма ослаблены. Поза с умеренным приведением ног и рук к телу. «Квадратное окно» запястья около 45° . Ответная реакция руки в виде сгибания в локтевом суставе на 90° . Подколенный угол составляет около 140° . Симптом «шарфа»

- локоть находится между средней линией тела и противоположной подмышечной линией. При попытке приведения стопы к голове нет сгибания в коленном суставе, но и привести полностью ножку не удалось. Кожные покровы розовые, чистые. Ушная раковина с неполным завиванием части ребра и мягким хрящом, легко сгибается и медленно возвращается в исходное положение. Грудной сосок отчётливо виден. Ареола намечена, грудная железа при пальпации менее 5 мм. Ногти достигают края пальцев, заметны по 2 глубокие складки поперёк передней трети стопы. На передней брюшной стенке видны вены с ответвлениями, волосяной покров распространённый. Пупочное кольцо без особенностей. При аускультации лёгких выслушивается ослабленное дыхание, крепитирующие хрипы по всем полям, отмечается укорочение перкуторного звука. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный, печень +2 см от края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Половые органы сформированы по женскому типу, выступающий клитор и широкая внутренняя половая губа. Анус сформирован, меконий отошёл в родильном зале. Через 18 часов: сатурация 82-88%, состояние ухудшилось, появилось стонущее дыхание, асинхронные движения грудной клетки и живота при дыхании, заметное втяжение межрёберных промежутков, небольшое втяжение мечевидного отростка грудины на вдохе, опускание подбородка на вдохе, рот открыт, пять эпизодов апноэ за последний час наблюдения. Кожа розовая, акроцианоз, не уменьшающийся при увеличении FiO_2 до 40%. В лёгких дыхание ослаблено, сохраняется множество крепитирующих хрипов по всем полям. Тоны сердца приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений 110-120 ударов в минуту, пульс на локтевой артерии слабый, артериальное давление 50/30 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Диурез 1,5 мл/кг/ч. Общий анализ крови: Hb - 192 г/л; эритроциты - $4,4 \times 10^{12}/\text{л}$; средний объём эритроцитов - 99 фемтолитров; лейкоциты - $11,4 \times 10^9/\text{л}$, формула: эозинофилы - 0%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 50%, лимфоциты - 38%, моноциты - 10%; тромбоциты - $189 \times 10^9/\text{л}$, ретикулоциты - 35%.

Уровень С-реактивного белка - норма.

Рентгенография органов грудной клетки: диффузное снижение прозрачности лёгочных полей, ретикулогранулярный рисунок, мелкие рассеянные тени с чёткими контурами.

Кислотно-основное состояние артериальной крови: pH - 7,27, BE - 9,3, pCO₂ - 68 мм рт. ст., pO₂ - 37 мм рт. ст.

Глюкоза сыворотки крови - 2,1 ммоль/л.

Вопросы:

1. Укажите неблагоприятные факторы (факторы риска) анамнеза. К какой патологии они могли привести?
2. Проведите оценку состояния по шкале Сильвермана в возрасте 18 часов жизни. Проведите оценку нервно-мышечной и физиологической зрелости по Болларду. Перечислите патологические состояния, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
3. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Укажите наиболее вероятные результаты, подтверждающие Ваш диагноз.
5. Оцените лечебные мероприятия, проводимые ребёнку. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА

Девочка М. родилась с массой 3400 г, длиной 53 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. При осмотре в возрасте 30 минут состояние средней тяжести. Поза разгибательная, мышечный тонус снижен без разницы сторон, рефлекс сосания выражен вяло, рефлексы спинального автоматизма быстро истощаются. Кожные покровы чистые, ярко-жёлтые, отмечается желтушное окрашивание лица, склер, туловища. Пуповинный остаток в скобе. В лёгких дыхание пуэрильное, проводится по всем лёгочным полям, хрипов нет, частота дыхания 38 в минуту. Сердечные тоны приглушенны, ритмичные, шумов нет, частота сердечных сокращений 134 в минуту. Живот мягкий, доступен пальпации, печень выступает из-под рёберной дуги на 3 см, селезёнка - на 0,5 см. Меконий отошёл, мочится свободно.

Анамнез: беременность вторая, первая беременность закончилась медицинским абортом. Настоящая беременность осложнилась изосенсибилизацией по системе резусфактор. Группа крови матери A(II) Rh(отрицательная).

Данные обследования.

Группа крови девочки - A(II) Rh+ (положительная), уровень билирубина в пуповинной крови - 72 мкмоль/л, непрямая фракция - 68 мкмоль/л. Проба Кумбса - положительная.

Общий анализ крови: гемоглобин - 134 г/л, эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты - $7,2 \times 10^9/\text{л}$, ретикулоциты - 45%.

Вопросы:

1. Укажите неблагоприятные факторы (факторы риска) анамнеза. К какой патологии они могли привести?
2. Выделите клинические синдромы. Определите ведущие. Дайте заключение по лабораторным данным.
3. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Укажите наиболее вероятные результаты, подтверждающие Ваш диагноз.
5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА

Девочка 12 лет больна в течение года. Жалобы на «голодные» боли в эпигастринии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью; отрыжка кислым.

Из анамнеза: у матери ребёнка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца - гастрит, у бабушки по линии матери - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе, занимается хореографией.

Осмотр: правильного телосложения. Кожа бледно-розовая, чистая. Живот при поверхностной и глубокой пальпации с небольшим мышечным напряжением и болезненностью в эпигастринии и пилородуоденальной

области. Печень не увеличена. Стул регулярный, оформленный. По другим органам без патологии.

Общий анализ крови: НЬ - 128 г/л, цветовой показатель - 0,91, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$; лейкоциты - $7,2 \times 10^9/\text{л}$; палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 51%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 36%, моноциты - 7%, СОЭ - 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-жёлтый, прозрачный; рН - 6,0; плотность - 1017; белок - нет; сахар - нет; эпителиальные клетки - 1-2-3 в поле зрения; лейкоциты - 2-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, АлАТ - 19 Ед/л, АсАТ - 24 Ед/л, ЩФ - 138 Ед/л, амилаза - 100 Ед/л, тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л, из них связанный билирубин - 3 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум очагово гиперемирована, отёчная, на задней стенке язвенный дефект $0,8 \times 0,6$ см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++) .

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55×21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа обычных размеров и эхогенности.

Дыхательный уреазный тест: положительный.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Укажите эндоскопические признаки хеликобактериоза.
3. Перечислите основные методы диагностики НР-инфекции.
4. Оцените картину УЗИ.
5. Каковы современные принципы лечения данного заболевания?
Предложите схему лечения данному ребёнку.

ЗАДАЧА

Девочка 15 лет поступила в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на боли в нижнем отделе живота, в эпигастральной области, кашицеобразный стул до 3 раз в сутки, иногда с примесью крови, похудание, слабость, боли в левом коленном суставе.

История заболевания: больна около 1 года, когда начали беспокоить боли в левой нижней половине живота, иногда острые боли в области пупка. В течение 2 последних месяцев появились вышеперечисленные жалобы, субфебрильная температура.

Из анамнеза жизни. Ранний анамнез без особенностей. Редко болела. В 4 года перенесла лямблиоз, с 13 лет состоит на диспансерном учете по поводу хронического гастродуоденита.

Наследственный анамнез: мать здорова, отец с семьёй не живёт (сведений о заболеваниях нет), бабушка (по линии матери) - сахарный диабет 2 типа.

Аллергологический анамнез: аллергический ринит (на цветение берёзы).

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отёков, гиперемии нет. Температура тела - 37,5 °С. Над лёгкими дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 22 в минуту. Границы относительной тупости сердца - в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 75 ударов в минуту. АД - 125/85 мм рт. ст. Левый коленный сустав обычной формы, кожа над ним не изменена, отмечается болезненность при сгибании, лёгкая скованность по утрам. Живот мягкий, определяется болезненность в эпигастрии, пилородуоденальной зоне, умеренная болезненность в левой и правой подвздошной областях. Сигмовидная кишка болезненна, не спазмирована, слепая - болезненна, урчит. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1,5 см. Пузырные симптомы - отрицательно. Почки не пальпируются. Стул кашицеобразный, 3-4 раза в сутки со слизью. Мочеиспускание безболезненное.

Обследование: общий анализ крови: эритроциты - $3,7 \times 10^{12}/\text{л}$; гемоглобин - 94 г/л; лейкоциты - $16 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные - 2%; сегментоядерные - 51%; эозинофилы - 7%; лимфоциты - 35%; моноциты - 5%; Нт - 31%; СОЭ - 22 мм/час; тромбоциты - $300 \times 10^9/\text{л}$; общий анализ мочи без особенностей.

Биохимический анализ крови: общий белок - 67 г/л, альбумины - 45%; общий билирубин - 20 мкмоль/л, АЛТ - 38 Ед/л, АСТ - 40 Ед/л; ЩФ - 136 Ед/л; СРБ - 34 мг/мл.

Бактериологический анализ кала на кишечные инфекции, УПФ - отрицательный.

Реакция Грегерсена - положительная.

ЭФГДС - пищевод проходим, слизистая бледно-розового цвета, по малой кривизне желудка, в двенадцатиперстной кишке, начальном отделе тощей кишки на фоне очаговой гиперемии, отёка слизистой оболочки единичные язвы линейной формы.

Колоноскопия (проведена до селезёночного угла): на фоне слизистой в виде «бульжной мостовой» в области сигмовидной кишки и нисходящего отдела ободочной кишки определяются единичные язвы.

Биопсия: плотная воспалительная инфильтрация в строме слизистой оболочки толстой кишки с проникновением в подслизистый слой; глубокие язвы, проникающие в подслизистый и мышечный слой (желудок, двенадцатиперстная кишка, толстая кишка).

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Представьте круг дифференциальной диагностики данной патологии.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Представьте основы медикаментозной терапии данного заболевания. Обоснуйте свой выбор.
5. Приведите критерии, соответствующие педиатрическому индексу активности данного заболевания.

ЗАДАЧА

Мальчик 16 лет обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на боли в эпигастральной области, возникающие преимущественно после приёма жирной пищи, отрыжку воздухом до 15 раз в сутки, периодически

привкус горечи во рту, редко изжога (1 раз в неделю). Около 6 месяцев назад появились боли в животе и изжога. Первое время эти симптомы возникали периодически, в основном после переедания, но в последний месяц симптомы стали навязчивыми, вызывали значительный дискомфорт. Мальчик стал быстро уставать, ухудшилась успеваемость в школе. Питание с большими перерывами, злоупотребляет едой всухомятку. Курит по 1-2 сигареты в день. Алкоголь - пиво 1-2 раза в месяц.

Объективно: состояние средней тяжести за счёт болевого и диспептического синдромов, рост - 180 см, вес - 65 кг. Кожа бледная, сухая. В подмышечных впадинах, паховой области - локальный гипергидроз. Язык влажный, густо обложен бело-желтым налётом, неприятный запах изо рта. Зубы санированы. Живот при пальпации болезненный в центре эпигастрия, пилородуоденальной зоне. Печень не увеличена. Стул 1 раз в сутки, оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: гемоглобин - 128 г/л, цветовой показатель - 0,91, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$; лейкоциты - $7,4 \times 10^9/\text{л}$; палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 53%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 36%, моноциты - 7%, СОЭ - 6 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 74 г/л, АлАТ - 17 Ед/л, АсАТ - 22 Ед/л, ЩФ - 138 Ед/л, амилаза - 100 Ед/л, тимоловая проба - 4 единицы, билирубин - 15 мкмоль/л.

ЭФГДС: слизистая пищевода в нижней трети гиперемирована, отёчна, гиперемия по типу «языков пламени», на задней стенке эрозия до 0,3 см, кардия смыкается недостаточно, находится ниже пищеводного отверстия диафрагмы. В желудке желчь, слизистая антравального отдела гиперемирована, умеренно отёчна. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарных отделов гиперемирована. Цитологическое исследование на Нр (-) **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назовите этиопатогенетические причины и предрасполагающие факторы для возникновения данной патологии у детей старшего возраста.
4. Перечислите осложнения данной патологии у детей.
5. Перечислите принципы лечения данного ребёнка.

ЗАДАЧА

У девочки 9 лет жалобы на эпизодические колющие боли в правом подреберье и околопупочной области, возникающие через 30-40 минут после употребления жирной пищи, после физической нагрузки, длительностью не превышают 15 минут, проходят самостоятельно или после употребления Но-шпы. Периодически тошнота и рвота. Стул неустойчивый. Умеренно выражен астенический синдром (периодически нарушение сна, повышенная утомляемость, снижение умственной и физической работоспособности), аппетит понижен.

Жалобы отмечаются в течение 1 года. Полгода назад семья переехала жить в частный дом, имеются домашние животные (кошки, собака). Родители ребёнка не обследовали, не лечили. Наследственность по патологии желудочно-кишечного тракта отягощена: мать (32 года) - хронический холецистит, у бабушки по линии матери - желчнокаменная болезнь (оперирована в возрасте 54 лет). Аллергологический анамнез не отягощён. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые. Язык обложен белым налётом. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 78 ударов в минуту; АД - 100/65 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах. При пальпации определяется болезненность в правом подреберье и околопупочной области. Пузырные симптомы слабо положительные. Печень и селезёнка не увеличены. Общий анализ крови: гемоглобин - 128 г/л, цветовой показатель - 0,91, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$; лейкоциты - $7,2 \times 10^9$; палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 51%, эозинофилы - 6%, лимфоциты - 36%, моноциты - 8%, СОЭ - 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-жёлтый, прозрачный; рН - 6,0; плотность - 1017; белок - нет; сахар - нет; эпителиальные клетки - 1-2 в поле зрения; лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: холестерин - 4,4 ммоль/л, щелочная фосфатаза - 390 ед/л (норма - до 360 ед/л), билирубин (общий) - 20 мкмоль/л, АЛТ - 19,8 ед, АСТ - 14,6 ед. (норма - до 40 ед).

Копрограмма: мышечные волокна без исчерченности (++) , жирные кислоты (++) , обнаружены цисты лямблий.

Соскоб на энтеробиоз - отрицательный.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного инструментального обследования пациента для подтверждения диагноза.
4. Какие заболевания следует включить в круг дифференциальной диагностики?
5. Перечислите принципы лечения данного ребёнка.

ЗАДАЧА

Пациентка 17,5 лет госпитализирована в стационар с жалобами на избыточный вес, периодическую жажду, сухость во рту.

Ожирение диагностировано в возрасте 6 лет. Врачебные рекомендации относительно диеты и режима физических нагрузок не соблюдала, злоупотребляет мучными изделиями, физическая активность недостаточна. С 9 лет - артериальная гипертензия, назначены ингибиторы АПФ. Наследственность отягощена по ожирению и сахарному диабету 2 типа по линии матери.

От третьей беременности, протекавшей с осложнениями: при сроке гестации 30 недель диагностирован гестационный диабет, до наступления беременности - ожирение и артериальная гипертензия. Роды вторые при сроке гестации 38 недель, вес при рождении - 3800 г, длина - 52 см. Находилась на искусственном вскармливании, в развитии от сверстников не

отставала. Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, острый тонзиллит.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Вес - 105 кг, рост - 169 см. Пропорционального телосложения, избыточного питания с равномерным отложением подкожно-жировой клетчатки. Стрии багрового цвета в области тазового пояса. Зев не гиперемирован. Запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. Перкуторный звук над лёгкими лёгочный. Дыхание везикулярное. Перкуторные границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ритмичные, чистые, ЧСС - 72 удара в минуту, АД - 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Щитовидная железа не увеличена. Стадия полового развития по Таннер: В5Р5. Менструации с 12 лет, регулярные.

Гликемический профиль: 7:00 - 11,4 ммоль/л; 11:00 - 13,4 ммоль/л; 13:00 - 10,4 ммоль/л; 15:00 - 15,0 ммоль/л; 18:00 - 10,4 ммоль/л; 20:00 - 14,4 ммоль/л; 23:00 - 11,3 ммоль/л.

НЬА1с - 9,3%.

С-пептид - 1483 пмоль/л (N=298-2450).

Ацетон в моче - 0. **Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте сформулированный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Укажите возможные осложнения ожирения.
5. Определите тактику лечения и обоснуйте её.

ЗАДАЧА

Ребёнок у матери 25 лет с осложнённым соматическим анамнезом: сахарный диабет I типа с 18 лет, получает интенсифицированную инсулинотерапию (Новорапид и Левемир), самоконтроль заболевания неудовлетворительный, подготовка к беременности не проведена. От первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания в I и III триместрах, первых оперативных родов на 29 неделе. При рождении: масса тела 1600 г (между 75 и 90

перцентилями), длина 38 см (между 50 и 25 перцентилями), оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.

Через 15 минут после рождения отмечалось нарастание дыхательной недостаточности: частота дыхания до 85 в минуту, западение мечевидного отростка, межреберий на вдохе, раздувание крыльев носа, при дыхании комнатным воздухом отмечается цианоз носогубного треугольника. При аусcultации - ослабленное дыхание, слышны экспираторные шумы. Ребёнок переведён в отделение реанимации.

На момент осмотра возраст составляет 1,5 суток. При объективном обследовании выражен синдром угнетения. Кожа бледно-розовая. ЧД - 84 в минуту. При перкуссии над лёгкими определяется притупление перкуторного звука в задненижних отделах. Аускультативно: в лёгких дыхание ослаблено, выслушиваются проводные и крепитирующие хрипы. ЧСС - 160 ударов в минуту. Перкуторные границы относительной сердечной тупости не изменены. Тоны сердца приглушены, выслушивается sistолический шум над областью сердца. Живот правильной формы, мягкий, доступен пальпации, печень +1,5 см от края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Мочеиспускание самостоятельное, диурез 2 мл/кг/час.

Полный анализ крови: Er - $5,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Нв - 162 г/л, МСВ - 98 fl, МНС - 31 pg, МСНС - 33 г/л, Le - $10,6 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 32%, лимфоциты - 55%, моноциты - 10%, тромбоциты - $240 \cdot 10^9/\text{л}$.

Глюкоза крови - 1,6 ммоль/л.

Рентгенография органов грудной клетки: диффузное снижение прозрачности лёгочных полей, воздушная бронхограмма.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте сформулированный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Укажите заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз.

5. Определите тактику лечения и обоснуйте её.

ЗАДАЧА

Вызов к мальчику 4 лет с жалобами на резкую слабость, рвоту, бледность кожных покровов, уменьшение мочевыделения.

Из анамнеза известно, что за неделю до обращения у мальчика поднялась температура до 38°C, появился кашель. Получал Ампициллин внутрь. 2 дня назад мать заметила, что ребёнок стал вялым, побледнел, отмечалась многократная рвота, стал реже мочиться. Мать сдала анализы в частной клинике.

При осмотре состояние очень тяжёлое. Вялый, в сознании, но на осмотр почти не реагирует. Кожные покровы резко бледные, с восковидным оттенком, слегка желтушные, небольшое количество мелких свежих синяков на конечностях и туловище. Склеры иктеричны. Периферические лимфатические узлы мелкие. Тоны сердца ритмичные, выслушивается sistолический шум на верхушке. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 3 см, пальпируется край селезёнки. Мочится редко, при осмотре выделил 30 мл красноватой мочи. Стул тёмной окраски, оформленный. АД - 120/80 мм рт. ст.

Общий анализ крови: гемоглобин - 30 г/л, эритроциты - $1,2 \times 10^{12}/\text{л}$, цветовой показатель - 0,9, ретикулоциты - 15%, тромбоциты - $60 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты - $10,5 \times 10^9/\text{л}$, метамиелоциты - 2%, миелоциты - 1%, юные нейтрофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 18%, моноциты - 5%, СОЭ - 45 мм/час, анизоцитоз, в каждом поле зрения шизоциты.

Биохимический анализ крови: общий белок - 61 г/л, билирубин: непрямой - 30 мкмоль/л, прямой - 15 мкмоль/л, мочевина - 56 ммоль/л, креатинин - 526 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, калий - 4,5 ммоль/л, натрий - 145 ммоль/л, свободный гемоглобин - 0,3 ммоль/л, АСТ - 25 Ед, АЛТ - 35 Ед. Общий анализ мочи: цвет - розоватый, удельный вес - мало мочи, белок - 1,165%, глюкоза - нет, уробилин - положительно, реакция Грегерсена - положительная, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 10-15 в поле

зрения, эритроциты - сплошь, цилиндры: восковидные - 1-2 в поле зрения, гиалиновые - 3-4 в поле зрения. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Объясните патогенез гемолиза.
3. Назовите биохимические признаки внутрисосудистого и внутриклеточного гемолиза.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Какие экстренные мероприятия требуется провести данному больному, и на какие патологические процессы они направлены?

ЗАДАЧА

Мальчик 4 лет поступил в стационар с жалобами матери на постоянный влажный кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, затруднённое носовое дыхание.

Ребёнок от второй беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, вторых срочных родов (ребёнок от I беременности, мальчик, болеет хронической пневмонией). Масса при рождении 3500 г, длина 51 см. На естественном вскармливании до 1 года. Прикорм вводился своевременно. Отмечалась плохая прибавка массы тела. Масса в 1 год - 9 кг, в 2 года - 10,5 кг.

Болен с первых дней жизни, отмечалось затруднённое дыхание, слизистогнойное отделяемое из носовых ходов, частый приступообразный кашель. В возрасте 6 месяцев впервые диагностирована пневмония. В дальнейшем отмечались частые бронхиты, повторные пневмонии в возрасте 1,5 и 2 лет. На первом году жизни трижды перенёс отит.

При поступлении масса тела 12 кг. Ребёнок вялый, апатичный. Температура тела повышенна до 38,4 °С. Кожные покровы бледные, отмечается цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногтевые пластиинки в виде «часовых стёкол». ЧД - 32 в минуту. Перкуторно: над лёгкими участки притупления, преимущественно в прикорневых зонах, аускультативно: с двух сторон разнокалиберные

влажные хрипы. Границы сердца: правая - по правой среднеключичной линии, левая - по левому краю грудины. Тоны сердца ритмичные, выслушиваются отчётливо справа, отмечается мягкий систолический шум, акцент II тона над лёгочной артерией. ЧСС - 116 ударов в минуту. Печень +2 см из-под края левой рёберной дуги. Пальпируется край селезёнки справа. Живот несколько увеличен, мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: Нb - 110 г/л, эритроциты - $4,1 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты - $270,0 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты - $12,4 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные - 10%, сегментоядерные - 52%, лимфоциты - 28%, эозинофилы - 1%, моноциты - 9%, СОЭ - 16 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 60 мл, относительная плотность - 1014, лейкоциты - 0-1 в поле зрения, эритроциты - не обнаружены, слизь, бактерии - в умеренном количестве.

Рентгенограмма лёгких: лёгкие вздуты, по всем лёгочным полям отмечаются немногочисленные очаговоподобные тени, усиление и деформация сосудистоинтерстициального рисунка. Корни лёгких малоструктурны. Тень сердца смещена вправо. Куполы диафрагмы ровные. Синусы свободны.

Бронхоскопия: двусторонний диффузный гнойный эндобронхит.

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

Рентгенография гайморовых пазух: двустороннее затемнение верхнечелюстных пазух.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие нарушения можно ожидать при исследовании функции внешнего дыхания у таких больных?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения вашего диагноза? 4. Каковы принципы лечения заболевания?
5. У каких специалистов должен наблюдаться ребёнок? Каков прогноз данного заболевания?

ЗАДАЧА

Мальчик 3 дней жизни поступил в отделение патологии новорождённых (ОПН) из родильного отделения с диагнозом «кишечное кровотечение». Беременность у матери протекала с угрозой прерывания на сроке 32-34 недели, в связи с чем находилась на стационарном лечении. Роды на 38 неделе, масса ребёнка при рождении - 2950 г, длина - 51 см. Оценка по шкале Апгар - 6/7 баллов. К груди приложен в первые сутки. На 3 день жизни у ребёнка отмечалась однократная рвота «кофейной гущей» и мелена. В связи с чем ребёнку был введён 1% раствор Викасола - 0,3 мл, внутрь назначена Аминокапроновая кислота. Не смотря на проводимое лечение, у ребёнка сохранялась мелена. При осмотре состояние ребёнка средней тяжести, кожные покровы субклеричные, в лёгких дыхание пуэрильное, тоны сердца ритмичные, звучные. Ребёнок вялый, рефлексы новорождённого угнетены, мышечный тонус и двигательная активность снижены. Живот доступен пальпации, мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см, селезёнка не пальпируется, стул - мелена.

Общий анализ крови: гемоглобин - 180 г/л, эритроциты - $5,4 \cdot 10^{12}/\text{л}$, цветовой показатель - 1,0, тромбоциты - $310 \cdot 10^9/\text{л}$, лейкоциты - $5,9 \cdot 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула: палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 51%, лимфоциты - 38%, моноциты - 8%, СОЭ - 2 мм/час.

Время кровотечения по Дюке - 2 минуты, время свёртывания крови - 9 минут, АЧТВ - 90 секунд (норма 40-60 секунд), фибриноген - 2,5 г/л (1,5-3 г/л), общий белок - 54 г/л, общий билирубин 196 ммоль/л, непрямой билирубин - 188 мкмоль/л, прямой билирубин - 8 мкмоль/л, мочевина - 4,2 ммоль/л, АСТ - 38 ед., АЛТ - 42 ед.

НСГ: рисунок борозд и извилин сглажен, гидрофильность тканей мозга, эхогенность подкорковых ганглиев повышена.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Укажите, с какими заболеваниями, сопровождающимися геморрагическим синдромом, следует дифференцировать данное заболевание?
3. Обозначьте план обследования.

4. Назначьте лечение данному ребёнку.
5. Составьте план диспансерного наблюдения за ребёнком.

ЗАДАЧА

Мальчик 10 лет госпитализирован в детское отделение с жалобами матери на головную боль, отёки, изменение цвета мочи.

Из анамнеза заболевания известно, что болен с 6 лет, заболевание возникло остро через 2 недели после перенесённой скарлатины, появились отёки, протеинурия, гематурия, повышение артериального давления. Лечение получал в стационаре, после выписки врачом-нефрологом и врачомпедиатром участковым не наблюдался, анализы сдавал очень редко, в анализах фиксировались изменения по типу протеинурии и микрогематурии.

Анамнез жизни: ребёнок от второй беременности, протекавшей на фоне хронической фетоплацентарной недостаточности (ХФПН), гестоз в 3 триместре. Роды вторые в 40 недель, путём кесарева сечения, период новорождённости протекал без особенностей. На грудном вскармливании до 2 месяцев, затем получал адаптированную смесь. Рост и развивался по возрасту. Привит по национальному календарю. Травм, операций, гемотрансфузий не было.

Объективно: состояние тяжёлое, на лице, нижних конечностях, передней брюшной стенке - отёки. Видимые слизистые розового цвета, чистые. Дыхание через нос свободное. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Над лёгкими перкуторно - лёгочной звук, аускультативно - везикулярное дыхание. Область сердца видимо не изменена, границы относительной и абсолютной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца звучные, на верхушке выслушивается не грубый sistолический шум, ЧСС - 90 ударов в минуту. АД - 150/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3 см из-под края рёберной дуги, пальпация её безболезненная, селезёнка не пальпируется. Стул оформленный, без патологических примесей, мочеиспускание свободное, безболезненное, выделено мочи за прошедшие сутки 200,0 мл.

Обследован: общий анализ крови: гемоглобин - 96 г/л, эритроциты - $2,3 \cdot 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты - $7,8 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоциты - $210 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ - 40 мм/ч; биохимический анализ крови: белок - 50 г/л, альбумины - 30,1 г/л, а1-глобулины - 6%, а2-глобулины - 48%, Π -глобулины - 14%, у-глобулины - 14%, холестерин - 12,8 ммоль/л, мочевина - 10,4 ммоль/л, креатинин - 270 ммоль/л, калий - 6,23 ммоль/л, натрий - 144 ммоль/л;

общий анализ мочи: реакция - щелочная, удельный вес - 1007, белок - 4 г/л, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, эритроциты - 70-80 в поле зрения; проба Зимницкого: дневной диурез - 200,0 мл, ночной - 300,0 мл, удельный вес мочи - 1002-1012.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Каков стандарт лечения (основные группы препаратов, длительность курсов, контроль эффективности терапии)?
5. Назовите основные этапы диспансерного наблюдения и реабилитации детей с выявленным заболеванием.

ЗАДАЧА

Недоношенный ребёнок 28 недель гестации поступил в отделение реанимации с тяжёлой дыхательной недостаточностью.

Аускультативно: в лёгких дыхание ослаблено, выслушиваются множественные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. Частота дыхания (ЧД) - 75 в минуту. Оценка по шкале Сильвермана - 7 баллов. При аусcultации сердца выслушивается грубый (машинный) sistolodiastolический шум слева от грудины. Частота сердечных сокращений (ЧСС) - 148 ударов в минуту.

На основании данных Эхо-КГ установлен значительный лево-правый сброс крови через открытый артериальный проток с объёмной перегрузкой малого круга кровообращения.

Скорость диуреза - 0,3 мл/кг/час.

Данные КОС: pH крови - 7,2, pO₂ - 45 мм рт. ст., pCO₂ - 55 мм рт. ст., BE — 10,0. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Оцените показатели кислотно-основного равновесия.
4. Определите тактику проведения инфузионной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Какова медикаментозная терапия? Обоснуйте Ваш выбор. Какова доза препарата?

ЗАДАЧА

В отделение интенсивной терапии поступил мальчик 5 лет.

Ребёнок от второй беременности, протекавшей с нефропатией, вторых срочных родов, родился с массой 4000 г, ростом 52 см.

Из анамнеза известно, что ребёнок часто болеет острыми респираторными заболеваниями. После перенесённого стресса в течение последних 1,5 месяцев отмечалась слабость, вялость. Ребёнок похудел, начал много пить и часто мочиться. На фоне заболевания гриппом состояние ребёнка резко ухудшилось, появилась тошнота, переходящая в повторную рвоту, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость.

Мальчик поступил в отделение интенсивной терапии в тяжёлом состоянии, без сознания. Дыхание шумное (типа Куссмауля). Кожные и ахилловы рефлексы снижены. Кожные покровы сухие, тургор тканей и тонус глазных яблок снижен, черты лица заострены, выраженная гиперемия кожных покровов в области щёк и скуловых дуг. Пульс учащен до 140 ударов в минуту, АД - 75/40 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Живот при пальпации напряжён. Мочеиспускание обильное.

Общий анализ крови: НЬ - 135 г/л, эритроциты - $4,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты - $8,5 \cdot 10^9/\text{л}$; нейтрофилы: палочкоядерные - 4%, сегментоядерные - 50%; эозинофилы - 1%, лимфоциты - 35%, моноциты - 10%, СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - жёлтый, прозрачность - слабо мутная; удельный вес - 1035, реакция - кислая; белок - нет, сахар - 10%, ацетон +++.

Биохимический анализ крови: глюкоза - 28,0 ммоль/л, натрий - 132,0 ммоль/л, калий - 5,0 ммоль/л, общий белок - 70,0 г/л, холестерин - 5,0 ммоль/л.

КОС: pH - 7,1; pO₂ - 92 мм рт. ст.; pCO₂ - 33,9 мм рт. ст. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обоснуйте необходимую терапию данному больному.
5. Нуждается ли больной в дальнейшем в гормональной терапии?

ЗАДАЧА

Ребёнок 3 месяцев поступил в отделение с жалобами на неустойчивый стул, беспокойство, боли в животе. Ребёнок родился на 30 неделе беременности с массой 1800 г, длиной тела 43 см. Находится на искусственном вскармливании с первых дней жизни.

С рождения беспокоили кишечные колики, срыгивания, в связи с этим получал лечебную смесь «Альфаре», затем безлактозную смесь. Состояние ухудшилось 3 дня назад после перевода ребёнка на вскармливание смесью «НАН - 1», появились боли в животе, метеоризм, рвота, жидкий, жёлтый, водянистый, без патологических примесей, пенистый стул с кислым запахом. Мать ребёнка не переносит молоко. Температура тела не повышалась. Аппетит сохранён.

Осмотр: ребёнок правильного телосложения, масса тела - 4250 г, рост - 52 см, кожные покровы чистые, слизистые обычной окраски. Большой родничок запавший. В лёгких пурпурное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 120 ударов в минуту. Живот несколько вздут, пальпация по ходу кишечника болезненна, отмечается урчание. Стул 4 раза в сутки, пенистый, с кислым запахом.

Общий анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - $4,2 \cdot 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты - $5,1 \cdot 10^9/\text{л}$; п/я - 2%, с/я - 33%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 52%, моноциты - 10%, СОЭ - 3 мм/час.

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: жёлтый, пенистый, водянистый, лейкоциты - 1-3 в поле зрения, мышечные волокна в большом количестве, растительная непереваренная клетчатка в большом количестве, крахмал - зёрна в большом количестве, pH кала - 4,5.

Посев кала на диз. группу и сальмонеллёт отрицательный. Экскреция углеводов с калом - 2,5% (N - 0,25%).

Гликемические кривые после нагрузки. С глюкозой: натощак - 4,5 ммоль/л, через 30 минут - 4,8 ммоль/л, через 60 минут - 6,8 ммоль/л, через 90 минут - 5,6 ммоль/л. С лактозой: натощак - 4,3 ммоль/л, через 30 минут - 4,6 ммоль/л, через 60 минут - 4,8 ммоль/л, через 90 минут - 4,7 ммоль/л, через 120 минут - 4,4 ммоль/л.

После нагрузки с лактозой появился жидкий стул.

УЗИ внутренних органов: при сканировании органов брюшной полости патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Оцените физическое развитие ребёнка.
2. Предположите наиболее вероятный диагноз.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Назначьте правильную диету.
5. При каких условиях можно кормить ребёнка с данной патологией молочными продуктами или грудным молоком?

ЗАДАЧА

При диспансерном осмотре у девочки 11 лет выявлена экстрасистолия.

Жалоб не предъявляет, давность возникновения аритмии неизвестна.

Из анамнеза: родилась в срок от первой, протекавшей на фоне токсикоза беременности, быстрых родов, массой 3300 г, длиной тела 52 см. Росла и

развивалась соответственно возрасту, часто болела ОРВИ, врачом кардиологом не наблюдалась.

При осмотре: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, чистые, визуально область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - III ребро, левая на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Аускультативно: тоны приглушены, лёжа выслушивается до 10 экстрасистол. Стоя тоны ритмичные, экстрасистолы не выслушиваются, при проведении пробы с физической нагрузкой (десять приседаний) количество экстрасистол уменьшилось до одной. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезёнка не пальпируются. Стул, мочеиспускание не нарушены. ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 64 в минуту, горизонтальная ось, регистрируются единичные суправентрикулярные экстрасистолы.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Перечислите принципы ведения пациентов.
5. Какова тактика лечения?

Детские инфекционные болезни

ЗАДАЧА

Девочка 11 лет поступила в стационар по направлению врача-педиатра участкового по поводу болей и припухлости левого коленного сустава, лихорадки до 39°C, общей слабости. Со слов матери, 2 недели назад было повышение температуры, боли в горле при глотании.

Анамнез: ребёнок из села, употребляет в пищу некипячёное коровье и козье молоко.

Объективный статус: масса - 19 кг, рост - 125 см. По другим органам без патологии.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин - 104 г/л, эритроциты - $3,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты - $8,1 \cdot 10^9/\text{л}$, цветовой показатель - 0,8, нейтрофилы - 38%, лимфоциты - 51%, моноциты - 11%, СОЭ - 38 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-жёлтый, удельный вес - 1022, белок - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий плоский - 2-3 в поле зрения. Копрограмма: детрит - значительное количество, полуоформленный, слизь - нет, лейкоциты - нет, эритроциты - нет.

Серологические реакции: реакция Райта и Хеддельсона в разведении 1/800 +++. РПГА с бруцеллёзным диагностиком - 1/400.

Бактериологический посев крови: отрицательный результат.

Бактериологические посевы кала: на диз. группу и сальмонеллы отрицательные. **Вопросы:**

6. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
7. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
8. Назначьте план лечения.
9. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.
10. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА

Ребёнка 6 лет в течение трёх последних дней беспокоят кашель, насморк, повышение температуры до 39°C . Мать заметила подкожные кровоизлияния на коже груди, конечностях, дважды было носовое кровотечение.

Анамнез: мальчик из детского сада, где регистрируются массовые заболевания гриппом.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин - 132 г/л, эритроциты - $4,2 \cdot 10^{12}/\text{л}$, цветовой показатель - 0,9, лейкоциты - $3,2 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 28%, лимфоциты - 62%, моноциты - 2%, тромбоциты - 180 000; СОЭ - 5 мм/ч.

Время свёртывания крови: начало - 6 минут, конец - 8 минут.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-жёлтый, удельный вес - 1020, белок - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий - 1-2 в поле зрения.

Копрограмма: детрит - значительное количество, лейкоциты - нет, эритроциты - нет.

Иммунофлюоресценция: выявлены РНК-содержащие вирусы.

Серологические реакции: РСК с диагностиком к вирусу гриппа В - 1/32, через две недели РСК - 1/164.

Вопросы:

6. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
7. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
8. Назначьте план лечения.
9. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.
10. Укажите необходимые противоэпидемические мероприятия в очаге при данном заболевании.

ЗАДАЧА

Девочка 9 лет, со слов матери, жалуется на быструю утомляемость, головокружение, чувство тяжести в правом подреберье, периодически приступообразные боли в животе, желтушность кожи и склер.

Объективный статус.

При осмотре: кожа и склеры желтушные, на лице и на груди несколько элементов сыпи - телеангиоэктазии. Живот увеличен в объёме, печень +3,0 см от края рёберной дуги, селезёнка +2,0 см. Печень плотная, край закруглён.

Моча тёмного цвета. Кал обесцвечен.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин - 92 г/л, эритроциты - $2,8 \cdot 10^{12}/\text{л}$, цветовой показатель - 0,8; лейкоциты - $12,3 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 52%, лимфоциты - 36%, моноциты - 2%, СОЭ - 5 мм/ч.

Общий анализ мочи: желчные пигменты - положительные +++, уробилин +.

Копрограмма: кал обесцвечен, стеркобилин - отрицательный, жирные кислоты ++, лейкоциты - 0-1 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: билирубин общий - 96 мкмоль/л, прямой - 74 мкмоль/л, непрямой - 22 мкмоль/л, общий белок - 68 г/л, альбумины - 32 г/л, глобулины - 36 г/л, ЩФ - 38,4 Ед/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, суплемовая проба - 1,0 мл, тимоловая проба - 14 ед., АлАТ - 128 Ед/л, АсАТ - 200 Ед/л. Иммуноферментный анализ крови: обнаружены HBsAg, анти HBcог класса IgG и IgM, анти HCV.

УЗИ печени: увеличение обеих долей, повышение эхосигналов диффузного характера.

Вопросы:

6. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
7. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
8. Назначьте план лечения.
9. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.
10. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА

Ребёнок 8 месяцев поступил в стационар с приёма в поликлинике с жалобами, со слов матери, на одышку, мучительный кашель, беспокойство. При осмотре ребёнка отмечается цианоз носогубного треугольника. Ребёнок беспокоен, плачет, бледный.

Анамнез: ребёнок болен в течение недели, стал кашлять, температура не повышалась. В последние 2 дня кашель усилился, особенно в ночное время, стал приступообразным. Во время приступа лицо краснеет, затруднен вдох во время приступа кашля. Приступ заканчивается отхождением густой, вязкой мокроты. За сутки отмечается до 15 приступов кашля.

Родители ребёнка с рождения отказывались от вакцинации.

Результаты анализов.

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

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

эритроциты - нет. Иммуноферментный анализ крови: обнаружены IgM АТ к *Bordetella pertussis*. Рентгенография органов грудной клетки: усиление бронхо-сосудистого рисунка, повышенная воздушность лёгочной ткани, очаговых теней нет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА

У ребёнка 6 лет, со слов матери, повышение температуры, вялость, недомогание, кожные высыпания, кашель.

Анамнез: ребёнок болен около недели, когда впервые повысилась температура до 38,5°C и появились катаральные явления (насморк, кашель), которые ежедневно нарастили, кашель стал грубым, хриплым; из носа обильное серозное отделяемое, развился конъюнктивит.

При осмотре: обращает на себя внимание фебрильная лихорадка, одутловатость лица, веки слегка гиперемированы, припухшие, слезотечение, светобоязнь, серозные выделения из носа. На слизистой оболочке мягкого нёба видны красные неправильной формы пятна. На коже лица, в заушных областях, на туловище и конечностях розовая сыпь пятнисто-папулёзного характера.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин - 126 г/л, эритроциты - $4,2 \cdot 10^{12}/\text{л}$, цветовой показатель - 0,9; лейкоциты - $3,0 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 34%, лимфоциты - 60%, моноциты - 2%, СОЭ - 17 мм/ч.

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

Рентгенография органов грудной клетки: усиление бронхо-сосудистого рисунка, очаговых теней нет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА

Ребёнок 5 лет поступил с жалобами, со слов матери, на повышение температуры, заложенность носа, боли в горле.

Анамнез: болен 2 день, наблюдаются катаральные явления (насморк, чихание, кашель) и покраснение глаз, отёчность век.

При осмотре: температура - 38,9°C, в зеве разлитая гиперемия, на задней стенке глотки зернистость, миндалины увеличены, налётов нет.

Пальпируются подчелюстные, шейные лимфоузлы в диаметре до 1,5 см, мягкоэластичные. В лёгких: аускультативно - жёсткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, тахикардия. Физиологические отправления в норме.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин - 112 г/л, эритроциты - $3,8 \cdot 10^{12}/\text{л}$, цветовой показатель - 0,9; лейкоциты - $3,2 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы - 2%; сегментоядерные нейтрофилы - 38%, лимфоциты - 47%, моноциты - 13%; СОЭ - 6 мм /ч.

Общий анализ мочи: цвет - жёлтый, белок - следы, удельный вес - 1020, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эритроциты - 1-2 в поле зрения, цилиндры - 1-2 в поле зрения.

Вирусологическое исследование: из носоглотки выделен адено-вирус.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА

Ребёнок 4 лет заболел остро, появились кашель, заложенность носа, повысилась температура до 38,0°C. Врач-педиатр участковый обнаружил увеличение шейных и подчелюстных лимфатических узлов, гепатоспленомегалию.

Объективные данные: масса - 16 кг, рост - 108 см. При осмотре увеличены шейные и подчелюстные лимфатические узлы в виде пакетов с двух сторон, спаянные с подлежащей тканью, в зеве яркая гиперемия, на миндалинах беловато-сероватые налёты, плохо снимаются, не растираются шпателем, при снятии их поверхность кровоточит. Дыхание затруднено, храпящее.

Печень + 5 см. Селезёнка + 3 см.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин - 115 г/л, эритроциты - $4,2 \cdot 10^{12}/\text{л}$, цветовой показатель - 0,9, лейкоциты - $11,2 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 24%, лимфоциты - 57%, моноциты - 11%, СОЭ - 16 мм/ч; 20% лимфоцитов - атипичные мононуклеары.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-жёлтый, удельный вес - 1019, белок - нет, эпителий плоский - 2-3 в поле зрения, лейкоциты - 0-1 в поле зрения, эритроциты - нет.

Бактериологическое исследование мазка из носоглотки на дифтерийную палочку: не обнаружена.

Микроскопия мазка из ротоглотки: кокковая флора в виде цепочек. Кровь на иммуноферментный анализ: определены антитела класса IgM к вирусу Эпштейн-Барра. **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА

Ребёнок 3 лет заболел остро, появились кашель, насморк, повысилась температура до 38,0°C. Вызванный врач-педиатр участковый обнаружил увеличение шейных и подчелюстных лимфатических узлов, гепатосplenомегалию.

Анамнез: со слов матери, повышение температуры отмечается в течение недели с постепенным нарастанием.

Объективный статус: рост - 104 см, вес - 18 кг, увеличены шейные, подчелюстные лимфоузлы в виде пакетов с двух сторон, не спаяны с подлежащей тканью, в зеве - яркая гиперемия. Печень + 5,0 см. Селезенка +3,0 см.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин - 115 г/л, эритроциты - $4,2 \cdot 10^{12}/\text{л}$, цветовой показатель - 0,9, лейкоциты - $11,2 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные нейтрофилы - 32%, лимфоциты - 49%, моноциты - 6%; СОЭ - 16 мм/ч; 20% лимфоцитов - атипичные мононуклеары.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-жёлтый, удельный вес - 1021, белок - нет, эпителий плоский - 0-1 в поле зрения, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, эритроциты - нет. Обнаружена ДНК цитомегаловируса (ЦМВ) в моче и слюне.

Кровь на иммуноферментный анализ: анти-ЦМВ класса IgM.

Бактериологическое исследование мазка из носоглотки на дифтерийную палочку: не обнаружена. **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА

Девочка 5 лет заболела тяжёлой ангиной. Назначено лечение Амоксициллом, взят мазок из зева и носа на коринебактерии дифтерии.

Эпидемиологический анамнез: ребёнок из группы часто болеющих, не вакцинирована.

Объективный статус: при осмотре бледная, вялая, температура - 37,2°C, ЧДД - 30 в минуту, АД - 80/50 мм рт.ст. Плёнчатые наложения выходят за пределы миндалин, отмечается отёк шейной клетчатки до середины шеи. Из рта приторно-сладковатый запах. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2,0 см от края рёберной дуги, безболезненная. Мочится регулярно. Масса - 19 кг.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - $3,9 \cdot 10^{12}/\text{л}$, цветовой показатель - 0,9, лейкоциты - $14,2 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы - 12%, сегментоядерные нейтрофилы - 53%, лимфоциты - 28%, моноциты - 7%, СОЭ - 38 мм/ч.

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

Получены результаты бак. посева отделяемого из носа и ротоглотки: выделена токсигенная коринебактерия дифтерии тип *gravis*.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА

Ребёнок С. 3 лет болен третий день, заболел остро, стали беспокоить кашель, насморк, температура повысилась до 37,2°C. Развился приступ затруднённого дыхания.

При осмотре врачом-педиатром участковым состояние оценено как тяжёлое за счёт дыхательной недостаточности. Одышка с затруднением вдоха при беспокойстве. Кашель лающий, ребёнок беспокойный, голос осипший. Наблюдаются втяжение межрёберных промежутков, ярёной ямки, цианоз носогубного треугольника. Масса ребёнка - 15 кг, ЧДД - 52 в минуту, ЧСС - 101 в минуту.

Мать ребёнка от госпитализации отказалась.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин - 122 г/л, эритроциты - $4,7 \cdot 10^{12}/\text{л}$, цветовой показатель - 0,8, лейкоциты - $4,3 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 34%, лимфоциты - 57%, моноциты - 5%, СОЭ - 5 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1015, белок - нет, лейкоциты - 0-1 в поле зрения.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: усиление сосудистого рисунка.

Вирусологическое исследование: выделен вирус парагриппа типа 3 из носоглоточного смыыва. **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.

5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА

Ребёнок М. 10 месяцев поступил с жалобами на слабость, вялость, снижение аппетита, рвоту 4 раза в сутки, жидкий обильный стул 10 раз в сутки, потерю массы тела, повышение температуры до 39°С.

Анамнез жизни: ребёнок на искусственном вскармливании с рождения, из группы частоболеющих детей, с 2 месяцев беспокоили запоры.

Анамнез заболевания: настоящее заболевание началось 5 дней назад, когда на фоне субфебрильной температуры и снижения аппетита участился стул, который в течение 2-3 дней стал водянистым, «брызжущим», отмечается вздутие живота. Родители самостоятельно сдали анализы в лабораторию.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин - 91 г/л, эритроциты - $3,63 \cdot 10^{12}/\text{л}$, цветовой показатель - 0,75, гематокрит - 41%, лейкоциты - $16,2 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 53%, лимфоциты - 30%, моноциты - 8%, СОЭ - 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-жёлтый, удельный вес - 1016, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, белок - нет, эритроциты - нет, эпителий плоский - 3-4 в поле зрения.

Копрограмма: жёлтый, жидкий, крахмал - зёрна, нейтральный жир - в большом количестве.

Бактериологическое исследование кала: выделена энтеропатогенная кишечная палочка - О111. **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА

Пациент - ребёнок 1,5 месяцев. Мать жалуется на желтушное окрашивание кожи, отказ от груди.

Анамнез заболевания: болен в течение трёх дней. У матери ребёнка во время беременности был выявлен HBs-антитела. В родильном доме ребёнок получил прививку БЦЖ.

Объективный статус.

При осмотре: состояние тяжёлое, рвота кофейной гущей, выражена желтушность кожи и склер, геморрагическая сыпь на коже живота и туловища, сознание спутанное. Печень +1 см. Селезёнка не пальпируется.

Стул обесцвечен. Моча интенсивно прокрашивает пелёнку.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин - 96 г/л, эритроциты - $3,7 \cdot 10^{12}/\text{л}$, цветовой показатель - 0,8, лейкоциты - $12,3 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 44%, лимфоциты - 37%, моноциты - 9%, СОЭ - 2 мм/ч.

Анализ мочи: цвет тёмный, удельный вес - 1018, желчные пигменты +++, уробилин +.

Анализ кала: стеркобилин - отрицательно. В крови HBsAg - положительный.

Биохимический анализ крови: билирубин общий - 158 мкмоль/л, прямой - 70 мкмоль/л, непрямой - 88 мкмоль/л, общий белок - 58 г/л, альбумин - 46%, АлАТ - 219 ЕД/л, АсАТ - 230 ЕД/л.

Коагулограмма: протромбиновый индекс - 12%. **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА

Основная часть

Девочку 2 лет 7 месяцев, со слов матери, беспокоят боли в животе, коленных суставах, высокая температура, тошнота, рвота 1-2 раза в сутки.

Анамнез: у ребёнка жидкий стул до 3-6 раз за сутки в течение недели, заболевание связывают с приёмом в пищу салата из капусты. Родители к врачу не обращались, лечились самостоятельно народными средствами, сдали анализы.

При осмотре врача-педиатра участкового: температура $-38,7^{\circ}\text{C}$, вялая, беспокойная, не может встать на ножки, масса - 19 кг, АД - 90/60 мм рт.ст., ЧДД - 28 в минуту, ЧСС - 104 в минуту. Кожные покровы бледные. Пальпаторно отмечаются урчание и умеренная болезненность в правой подвздошной области, печень + 2,0 см, селезёнка у края рёберной дуги. По другим органам без патологии.

Результаты анализов.

Общий анализ крови: гемоглобин - 104 г/л, эритроциты - $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, цветовой показатель - 0,9, лейкоциты - $16,8 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 27%, моноциты - 8%, СОЭ - 42 мм/ч.

Общий анализ мочи: белок - не обнаружен, лейкоциты - 8-10 в поле зрения, эритроциты - 1-2 в поле зрения, цилиндры - 0-1 в поле зрения.

Копрограмма: энтероколит: детрит в большом количестве, крахмал, нейтральный жир - значительное количество, слизь - значительное количество, лейкоциты - 20-30 в поле зрения, эпителий плоский - 6-8 в поле зрения.

РИТА с иерсиниозным диагностиком в титре 1:800 ++.

Бактериологическое исследование кала - посев роста не дал. **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назначьте план лечения.
4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА

Ребёнок 3 лет 10 месяцев заболел остро, поднялась температура до 39,5°C. Стал беспокойным, отказался от еды, через несколько часов появилась сыпь. Анамнез: мать ребёнка неделю назад перенесла ангину.

При осмотре: температура - 38,5°C. Глаза блестящие, лицо яркое, слегка отёчное, «пылающие» щёки, бледный носогубный треугольник. На коже лица, боковых поверхностях туловища, конечностях розовая мелкоточечная сыпь на гиперемированном фоне, более насыщенная в естественных складках. Стойкий белый дермографизм. Увеличение тонзиллярных и переднешейных лимфоузлов до 1,0 см. Яркая, ограниченная гиперемия зева. На нёбных миндалинах, в лакунах беловато-желтый налёт с двух сторон, легко снимается. Язык густо обложен белым налётом с рельефно выступающими, набухшими сосочками. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, умеренная тахикардия. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,0 см, селезёнка не пальпируется. Стул, мочеиспускание не нарушены. Очаговой, менингеальной симптоматики нет.

Стрептотест - положительный. **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Перечислите возможные осложнения заболевания. Как проводится диспансеризация детей, перенёсших такое заболевание?
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА

Ребёнок 1 года 10 месяцев болен в течение 2 дней: температура тела до 37,5°C, лёгкий насморк, небольшой кашель, но самочувствие не страдает, к концу 2 суток появилась сыпь.

При осмотре на 3 день: на коже лица, шеи, туловища, преимущественно разгибательных поверхностях конечностей розовая, необильная, мелкопятнистая сыпь, без склонности к слиянию, на неизменённом фоне.

Пальпируются заднешейные, затылочные лимфоузлы. Слизистая нёбных дужек, миндалин умеренно гиперемирована. Из носа скудное слизистое отделяемое. Со стороны внутренних органов без патологии. Стул, мочеиспускание не нарушены. **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА

Ребёнок 2 лет заболел остро, поднялась температура до 38,5°C. Стал беспокойным, появилась сыпь.

Анамнез: со слов матери, высыпания на коже у ребёнка появились одновременно с подъёмом температуры.

Объективный статус: при осмотре кожных покровов обнаружен полиморфизм сыпи - пятна, папулы, везикулы округлой формы, расположены поверхностно, на неинфилtrированном основании, окружены венчиком гиперемии, с напряжённой стенкой, прозрачным содержимым. Аналогичные высыпания наблюдаются на волосистой части головы, слизистых оболочках ротовой полости, половых органов. Отмечается кожный зуд. Со стороны внутренних органов без патологии. Стул, мочеиспускание не нарушены. **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Назначьте план лечения.
4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА

Пациент - ребёнок 11 месяцев. Мать предъявляет жалобы на беспокойство мальчика, частый жидкий стул, повторную рвоту.

Анамнез: мать связывает заболевание с употреблением в пищу желтка куриного яйца, сваренного всмятку. Заболел остро, повысилась температура до 39,5°C, отмечалась рвота 6 раз, присоединился жидкий водянистый стул 7 раз, который затем стал скучным, с примесью большого количества слизи тёмно-зелёного цвета до 10 раз.

Объективный статус: вес - 9 кг 600 г, рост - 71 см. Температура тела - 38,7°C. Ребёнок вялый. Аппетит значительно снижен. Кожа и видимые слизистые чистые, бледные. Тургор тканей снижен на животе, бёдрах. Потеря веса - 8%. Периферические лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены, безболезненны. Зев спокоен. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны звучные, ритмичные. АД - 80/50 мм рт.ст. ЧСС - 124 в минуту. Живот умеренно вздут, отмечается диффузная болезненность, пальпируется спазмированная сигмовидная кишка. Печень +3 см из-под правого края рёберной дуги, селезёнка по краю левой рёберной дуги.

Мочеиспускание не нарушено. Стул по типу «болотной тины». **Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА

Пациент - ребёнок 5 месяцев, вес - 7 кг. Обратились на третий день болезни с жалобами на отказ от еды, рвоту до 4 раз в сутки, вялость, подъем температуры до 37,6°C. Из анамнеза известно, что мальчик родился в срок

40 недель с весом 3200 г. С трёхмесячного возраста находился на искусственном вскармливании, в вете прибавлял хорошо, перенес ОРВИ в 2 месяца.

Заболевание началось с подъёма температуры до 37,3°C, рвоты съеденной пищей. На вторые сутки появился жидкий стул, который вскоре принял водянистый характер с примесью слизи (до 6 раз в сутки). В течение заболевания отмечалась периодически повторяющаяся рвота 2-3 раза в сутки.

При осмотре состояние было расценено как среднетяжёлое. Температура - 37,4°C. Ребёнок вяловат, бледен, периодически беспокоен. Пьёт неохотно. Кожа чистая, сухая. Расправление кожной складки замедленно. Язык обложен, сухой. Большой родничок не западает. Сердечные тоны звучные, ритмичные, ЧСС - 146 в минуту. Живот умеренно вздут, при пальпации определяется урчание по ходу тонкого кишечника, печень и селезёнка не увеличены. Анус сомкнут. Стул жидкий, водянистый, с незначительным количеством слизи. Диурез в норме.

В клиническом анализе крови: эритроциты - $5,0 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 126 г/л, цветовой показатель - 0,9, лейкоциты - $8,4 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 42%, лимфоциты - 48%, моноциты - 5%, СОЭ - 15 мм/ч. **Вопросы:**

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.
2. Какие исследования следует провести для уточнения этиологии заболевания?
3. Определите тяжесть заболевания.
4. Оцените тяжесть обезвоживания у больного.
5. Выберите метод и составьте план проведения регидратационной терапии для данного больного.

ЗАДАЧА

Ребёнок 3 лет заболел остро, когда появились температура 38,0°C, недомогание, слизистое отделяемое из носа, покашливание. В течение суток

лихорадил до 39,5°C, жаловался на боли в животе. К концу первых суток появился жидкий стул, сначала кашицеобразный калового характера, затем водянистый, обильный, без патологических примесей.

При осмотре на 2 сутки заболевания: температура - 37,4°C, вялый, бледный. От еды и питья отказывается. Слизистая оболочка ротовой полости и язык сухие. В зеве: гиперемия дужек, задней стенки глотки. Из носа необильное слизистое отделяемое. Со стороны сердца и лёгких без патологии. Пульс - 120 в минуту, АД - 95/60 мм рт.ст., ЧДД - 26 в минуту. Живот сильно вздут, болезненный при пальпации в эпигастрине и околопупочной области, при пальпации отмечается громкое урчание, шум «плеска», слышимые на расстоянии. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезёнка не увеличены. Стул за прошедшие сутки - 5 раз, жидкий, жёлтый, водянистый, пенистый, обильный, неприятного запаха, без патологических примесей. 2 раза была рвота. Мочится обычно. Менингеальные знаки отрицательные. Из эпидемиологического анамнеза: выяснено, что в детском саду, который посещает ребёнок, есть ещё 2 случая подобного заболевания.

В общем анализе крови: эритроциты - $3,8 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 128 г/л, цветовой показатель - 0,9, лейкоциты - $4,7 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы - 1%,

сегментоядерные нейтрофилы - 38%, лимфоциты - 53%, моноциты - 8%, СОЭ - 10 мм/ч. **Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Определите тяжесть заболевания у ребёнка.
3. Укажите методы верификации этиологического фактора.
4. Составьте план лечения больного.
5. Укажите меры профилактики заболевания.

ЗАДАЧА

Ребёнок 5 лет (вес - 25 кг) заболел остро в 5 часов утра, когда внезапно появились обильная рвота и водянистый стул. В течение нескольких часов

стул повторился 4 раза, был обильный. Появились судороги в икроножных мышцах, обморочное состояние.

Из анамнеза было выяснено, что ребёнок накануне заболевания вернулся из туристической поездки в Индию, где находился с родителями в течение 7 дней.

При осмотре ребёнок заторможен, на вопросы отвечает медленно. Температура - 36,1°C, руки и ноги холодные на ощупь. Кожные покровы бледные с серым оттенком, цианоз губ, акроцианоз. Глаза запавшие. Слизистая оболочка рта сухая, гиперемирована. Язык обложен белым налётом, сухой. Тургор мягких тканей и эластичность кожи снижены. Дыхание поверхностное, до 30 в минуту, в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. Тоны сердца очень глухие, ритмичные. На верхушке сердца выслушивается мягкий систолический шум. ЧСС - 140 в минуту. Пульс слабого наполнения и напряжения, АД - 80/40 мм рт.ст. Живот втянут, при пальпации умеренно болезненный в околопупочной области. Печень, селезёнка не пальпируются. При осмотре были обильная рвота «фонтаном» и жидкий водянистый обильный стул по типу «рисового отвара» без патологических примесей. Диурез снижен. **Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Проведите обоснование клинического диагноза.
3. Какова Ваша тактика по ведению больного?
4. Укажите методы исследования для подтверждения диагноза.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в семье больного.

ЗАДАЧА

Ребёнок 2 лет (масса тела - 12 кг) заболел остро: повысилась температура тела до 39,4°C, появились рвота 1 раз, боли в животе. Через три часа появился обильный стул, сначала трёхкратно жидкий, затем к концу суток стул стал скудным, жидким, в виде «плевка» со слизью и прожилками крови. На второй день температура - 37,8°C, рвота - 2 раза, стул - 8 раз, необильный с прожилками крови, гноя. Мальчик весь день жаловался на боль в животе.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела - 38,0°C. Вялый, жалуется на периодические боли в животе. Часто просится на горшок. Аппетит снижен, пьёт охотно. Кожные покровы бледные, чистые. Тургор тканей сохранен. Слизистая оболочка полости рта розовая, влажная, налётов нет. Язык сухой, обложен белым налётом в центре. В лёгких перкуторно определяется ясный лёгочный звук. Аускультативно дыхание жёсткое, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания - 30 в минуту. Тоны сердца ясные, приглушенны, патологических шумов нет, ЧСС - 136 в минуту. Пульс хорошего наполнения, ритмичный. Живот участвует в акте дыхания, слегка втянут, при пальпации мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Пальпируется сигмовидная кишка, спазмированная, болезненная. Отмечается урчание по ходу толстого кишечника. Симптомов раздражения брюшины нет. Анус податлив. Печень, селезёнка не пальпируются.

Во время осмотра ребёнок вновь попросился на горшок. Стул осмотрен: скудный, с большим количеством слизи и прожилками крови.

Мочеиспускание не нарушено. **Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Проведите обоснование клинического диагноза.
3. Составьте план обследования больного для подтверждения этиологии заболевания.
4. Предложите препарат для этиотропной терапии и обоснуйте его выбор.
5. Составьте план лечения больного.

ЗАДАЧА

Ребёнок 6 лет посещает детский сад. Заболел остро с подъёма температуры тела до 39°C, появления боли в околоушной области справа, усиливающейся при глотании и жевании. На следующий день мать отметила слегка болезненную припухлость в околоушной области справа, затем слева. На 4 день болезни вновь повысилась температура тела до 38,7°C, утром появилась сильная головная боль, повторная рвота.

При осмотре состояние ребёнка средней тяжести за счет явлений интоксикации. Вялый. Температура тела - 39,1°C. Жалуется на резкую

головную боль в лобной и теменной областях. При осмотре кожные покровы чистые, обычной окраски. Слизистая ротовой полости слабо гиперемирована, налётов нет. В околоушной, подчелюстной областях с обеих сторон отмечается лёгкая припухлость и болезненность при пальпации. В лёгких - везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД - 28 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС - 128 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Стул и диурез в норме. Неврологический статус: в сознании, но заторможен, на вопросы отвечает с задержкой, неохотно. Отмечается выраженная ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига и Брудзинского. Очаговых симптомов поражения нервной системы не выявлено. Ребёнок не вакцинирован в связи с отказом матери. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова тактика ведения больного, включая план обследования?
4. Разработайте план лечения.
5. Разработайте план противоэпидемических и профилактических мероприятий в детском саду.

ЗАДАЧА

Ребёнок в возрасте полутора лет заболел остро, когда утром повысилась температура до 39°C. После приёма Парацетамола температура снизилась до 38,7°C и сохранялась на субфебрильных цифрах в течение суток. Отмечались слабость, вялость, отказ от еды. Ребёнок был очень сонлив, заторможен, постоянно спал. На второй день утром температура тела повысилась до 40°C. Мать заметила необильную розовую сыпь на коже бедер, ягодиц и вызвала скорую помощь. Ребёнок осмотрен врачом скорой медицинской помощи, который ввёл внутримышечно литическую смесь. При осмотре: состояние ребёнка расценено как тяжёлое. Температура - 38,5°C, ЧДД - 50 в минуту, ЧСС - 155 в минуту. АД - 90/50 мм рт.ст. В сознании, но очень вялый, на осмотр реагирует негативно, плачет. Кожные

покровы бледные с цианотичным оттенком, усиливающимся при беспокойстве. На ягодицах, задних поверхностях бёдер, голеней имеется необильная геморрагическая «звездчатая» сыпь с некрозом в центре, размером от 0,5 до 1,5 см, не исчезает при надавливании. В ротоглотке отмечается гиперемия нёбных дужек, миндалин, зернистость задней стенки глотки, налетов нет. В лёгких дыхание учащено, жёсткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Последний раз мочился час назад. Стула не было. Менингеальных знаков нет. **Вопросы:**

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова тактика ведения больного?
4. Какова специфическая профилактика данного заболевания?
5. Укажите противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

ЗАДАЧА

Ребёнок 2 лет заболел остро с повышения температуры тела до 37,5°C, появления сухого кашля, насморка. Среди ночи проснулся от шумного, затруднённого дыхания. Беспокоен, мечется в кроватке. Кашель сухой, «лающий». Мать вызвала скорую помощь.

При осмотре врач отметил заложенность носа (ребёнок дышит ртом), бледность кожных покровов, цианоз вокруг рта, втяжение межреберий, ярёной и надключичной ямок при вдохе. Число дыханий - 42 в минуту. Голос осипший, вдох шумный. Кашель грубый, сухой. При осмотре ротоглотки врач отметил яркую гиперемию дужек, нёбных миндалин, мягкого нёба, зернистость задней стенки глотки. Налётов нет. Аускультативно дыхание жёсткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, ЧСС - 142 в минуту. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень, селезёнка не увеличены. Стул (со слов матери) был оформленным. Мочится обычно. Моча светлая.

Пульсоксиметрия: насыщение крови кислородом - 92%. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Выделите ведущий клинический синдром, обуславливающий тяжесть состояния ребёнка.
3. Определите место для лечения больного и обоснуйте свое решение.
4. Каким методом Вы планируете подтвердить этиологию данного заболевания?
5. Составьте план лечения больного.

ЗАДАЧА

Девочка 8 лет больна в течение недели. Отмечаются заложенность носа, повышение температуры тела до 38°C . С 3 дня заболевания появились боли при глотании. Врач-педиатр участковый диагностировал лакунарную ангину. Был назначен Азитромицин. Эффекта от проводимой терапии не было. Сохранилась высокая температура, сохранялись наложения на миндалинах, появилась припухлость в области шеи с обеих сторон. При повторном осмотре температура - $38,3^{\circ}\text{C}$. Лицо одутловатое, веки пастозны, носом не дышит, голос с гнусавым оттенком. Кожа бледная, чистая. В области шеи с обеих сторон, больше слева, видны на глаз увеличенные переднешейные и заднешейные лимфоузлы с некоторой отёчностью тканей вокруг них. Пальпируются передне-, заднешейные лимфоузы (до 3,0 см в диаметре), чувствительные при пальпации, плотноэластической консистенции, подчелюстные, подмышечные, паховые лимфоузлы до 1,5 см в диаметре. Яркая гиперемия зева, на увеличенных нёбных миндалинах в лакунах наложения беловато-жёлтого цвета. Язык густо обложен белым налётом. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 24 в минуту. ЧСС - 100 в минуту. Сердечные тоны звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под рёберной дуги на +3 см, селезёнка +1 см из-под рёберной дуги. Стул, мочеиспускание не нарушены. Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты - $3,8 \cdot 10^{12}/\text{л}$, цветовой показатель - 0,8, лейкоциты -

$12 \cdot 10^9/\text{л}$; палочкоядерные нейтрофилы - 8%,

сегментоядерные нейтрофилы - 13%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 40%, моноциты - 13%; атипичные мононуклеары - 25%, СОЭ - 25 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. На основании каких симптомов поставлен диагноз?
3. Какие исследования необходимы для верификации возбудителя?
4. Составьте план медикаментозного лечения.
5. Составьте план диспансерного наблюдения за больным, перенёсшим заболевание.

ЗАДАЧА

Ребёнок 3 лет, неорганизованный, заболел остро, поднялась температура до $37,8^{\circ}\text{C}$, появились кашель, насморк. В течение 2 дней температура держалась на субфебрильных цифрах. На 4 день болезни появилась сыпь на лице, и был вызван врач-педиатр участковый.

При осмотре состояние ребёнка оценено как средней степени тяжести, температура - $38,0^{\circ}\text{C}$, лицо пастозное, катаральный конъюнктивит, светобоязнь, из носа слизистое отделяемое, кашель сухой. В зеве умеренная разлитая гиперемия. Слизистые щёк шероховаты, гиперемированы. На лице, шее, верхней части туловища крупная розовая пятнисто-папулёзная сыпь. На лице сыпь имеет тенденцию к слиянию. Дыхание через нос затруднено, обильные серозные выделения. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 28 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, тахикардия до 140 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Мочится свободно. Стул оформленный.

В семье ещё есть ребёнок 2 лет. Привит только БЦЖ и однократно против гепатита В в роддоме. Ясли не посещает. **Вопросы:**

1. Поставьте клинический диагноз с указанием периода болезни.
2. Проведите обоснование выставленного диагноза.
3. Опишите дальнейшее течение заболевания.
4. Составьте план лечения больного.

5. Составьте план профилактических мероприятий в семье больного.

ЗАДАЧА

Девочка 16 лет жалуется врачу-педиатру участковому на повышение температуры тела до 39 °С по вечерам, кашель с выделением слизистогнойной мокроты до 50 мл в сутки без запаха, общую слабость, снижение веса на 10 кг за последние 4 месяца, одышку при умеренной физической нагрузке, ночную потливость.

Анамнез заболевания: ухудшение самочувствия отмечает в течение 4 месяцев. В начале температура поднималась до субфебрильных цифр, появились слабость, небольшое покашливание. Лечилась домашними средствами. 2 недели назад состояние резко ухудшилось: температура достигла 39 °С, стали беспокоить проливные ночные поты, резкая слабость, усилился кашель, появилось кровохарканье. Была доставлена службой скорой медицинской помощи в стационар детской больницы. При обследовании найдены изменения в лёгких. Проводилось лечение по поводу пневмонии. Эффекта не достигнуто.

Анамнез жизни: в детстве росла и развивалась нормально. Образование неполное среднее. Не учится и не работает. Живёт с родителями в благоустроенной квартире. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Сведений о контакте с инфекционными больными нет. В течение 2 лет употребляет наркотики внутривенно. Флюорографически обследовалась 1 год назад, патологии не было выявлено. Реакция на туберкулиновую пробу Манту положительная нормергическая с 7-летнего возраста до 15 лет, в тубдиспансере не наблюдалась.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Рост - 170 см, вес - 50 кг. Умеренно увеличены периферические лимфоузлы почти во всех группах, плотноэластические, слегка болезненные, не спаянные между собой. Левая половина грудной клетки отстает в дыхании. Перкуторный звук укорочен над левым лёгким сзади и спереди от верхушки до IV ребра. При аусcultации прослушивается ослабленное бронхиальное дыхание, влажные разнокалиберные хрипы в значительном количестве. Границы сердца в пределах нормы, частота сердечных сокращений - 96 в

минуту, имеется акцент II тона над лёгочной артерией. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из-под рёберного края.

Общий анализ крови: гемоглобин - 60 г/л, лейкоциты - $10*10^9/\text{л}$, эозинофилы - 4%, палочкоядерные - 10%, сегментоядерные - 64%, лимфоциты - 12%, моноциты - 10%, СОЭ - 60 мм/ч.

Анализ мочи - без особенностей.

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ - отрицательная, на ДСТ - также.

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки: в верхней доле левого лёгкого определяется обширное затемнение высокой интенсивности, негомогенное, с множественными участками просветления различных размеров с нечёткими контурами. В нижележащих отделах лёгочной ткани - множественные очаговые тени разных размеров с нечёткими контурами. Корни лёгких увеличены, деформированы, имеют нечёткие контуры. УЗИ органов брюшной полости: признаки увеличения мезентериальных лимфоузлов. **Вопросы:**

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Обоснуйте предполагаемый диагноз.
3. Составьте план дальнейшего обследования подростка.
4. Чем можно объяснить отрицательные реакции на пробу Манту и ДСТ?
5. Каковы особенности бактериовыделения при сочетании данных двух заболеваний?

ЗАДАЧА

На вызове к больному: мальчик 5 лет с жалобами на сильный кашель до рвоты.

Из анамнеза: ребёнок от первой беременности, преждевременных родов при сроке 30 недель. На первом-втором году жизни часто болел, перенес ОРЗ 45 раз в год, кишечную инфекцию. Привит по индивидуальному календарю (вакцинация начата в 2 года, против дифтерии АДС). Посещает детский сад. Случаев инфекционных заболеваний в детском коллективе и дома за

последние 21 день не зарегистрировано. Семья (родители и ребёнок) проживает в удовлетворительных бытовых условиях. Болен вторую неделю. Заболевание началось с редкого сухого кашля. Мать давала отхаркивающую микстуру, проводилось полоскание зева тёплым отваром эвкалипта. Постепенно кашель становился более навязчивым, упорным, в последние 2 дня принял приступообразный характер. За сутки отмечается до 20 приступов кашля.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, вокруг орбит глаз, на лице единичные петехиальные элементы. Слизистая рта чистая, зев розовой окраски, миндалины умеренно выступают из-за дужек, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Приступ кашля возникает внезапно и состоит из серии кашлевых толчков, за которым следует свистящий вдох. Приступ сопровождается набуханием шейных вен, покраснением лица, высевыванием языка, заканчивается откашливанием вязкой, прозрачной мокроты, иногда рвотой. Дыхание через нос свободное. В лёгких дыхание жёсткое. Число дыханий - 28 в минуту. Тоны сердца умеренно приглушены. Пульс ритмичный. Частота сердечных сокращений - 104 в минуту. Слизистая рта чистая, язвочка на уздечке языка. Живот мягкий безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Стул, со слов, регулярный, без патологических примесей.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,3 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 120 г/л, тромбоциты - $240,0 \cdot 10^9/\text{л}$, лейкоциты - $20,6 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 19%, лимфоциты - 72%, моноциты - 7%, СОЭ - 12 мм/час.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления этиологии заболевания? Какие результаты ожидаете получить?
4. Назначьте лечение больному ребёнку, обоснуйте назначения.
5. Укажите противоэпидемические мероприятия в очаге, если известно, что ребёнок в

катаральном периоде (7 дней) посещал детский сад.

ЗАДАЧА

Повторный осмотр на дому девочки 4 лет. Жалобы, со слов матери, на боли в горле, головную боль, слабость.

Из анамнеза: родилась от I нормально протекавшей беременности, нормальных родов. Росла и развивалась соответственно возрасту. Из перенесенных заболеваний: ОРВИ до 4 раз в год, ветряная оспа. До 3 лет отмечалась аллергическая реакция на цитрусовые, шоколад. Посещает детский сад.

Прививочный календарь: БЦЖ - 4 день жизни; гепатит В - 12 часов - 1 месяц - 6 месяцев; АКДС - 3 месяца - 4,5 месяца; полиомиелит - 3 месяца - 4,5 месяца; корь, краснуха, эпидемический паротит - 12 месяцев.

Контакт с инфекционным больным за последние 3 недели мать отрицает. Заболела остро, появились боли в горле при глотании, температура тела повысилась до 37,4°C. Была осмотрена врачом-педиатром участковым, выявившим умеренную гиперемию зева. Было назначено полоскание зева раствором Фурацилина и щелочные ингаляции.

Повторный осмотр на 3 день болезни. Объективно: состояние средней тяжести, температура - 37,5°C, отрицательная динамика клинических проявлений - вялая, бледная. Зев гиперемирован, на поверхности миндалин плотные плёнки сероватого цвета, больше справа, не выходят за пределы миндалин. Плёнка снимается с трудом, при попытке снять на миндалине появляется кровь. Подчелюстные лимфоузлы - 1,5 см, уплотнены, безболезненны, подвижны, другие группы не пальпируются. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, число дыханий - 28 в минуту. Тоны сердца громкие, сокращения ритмичные, частота сердечных сокращений - 110 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Стул, диурез - без патологии.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 128 г/л, тромбоциты - $310,0 \cdot 10^9/\text{л}$, лейкоциты - $16,6 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 59%, лимфоциты - 27%, моноциты - 6%, СОЭ - 20 мм/час. Общий анализ мочи: цвет - жёлтый, уд. вес - 1,018; белок - нет, сахар - нет,

эпителий - ед. в п/зр, лейкоциты - 2-3 в п/зр, эритроциты - 0-1 в п/зр, бактерии, слизь - нет. **Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Назначьте лечение больному ребёнку.
5. Укажите противоэпидемические мероприятия, если известно, что ребёнок посещал детский сад, семья состоит из 3 человек (мать, отец и сам ребёнок).

ЗАДАЧА

Осмотрена на дому девочка 3 лет. Жалобы матери на повышение температуры тела, слабость, отказ от еды, высыпания на коже у ребёнка. Из анамнеза: ребёнок от II беременности, II срочных родов, росла и развивалась соответственно возрасту, привита по календарю. Из перенесённых заболеваний: кишечная инфекция, ОРЗ - до 3 раз в год, краснуха. Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными не установлен.

Больна 3 день, заболевание началось с повышения температуры тела до 38,0°C, необильного отделяемого из носа, покашливания. На второй день болезни на волосистой части головы, лице и туловище появились единичные пятнисто-папулёзные элементы сыпи, некоторые из них к концу суток превратились в везикулы. На следующий день появились новые высыпания, сопровождающиеся выраженным кожным зудом.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела - 38,9°C, ребёнок вялый. Кожные покровы бледные. На лице и волосистой части головы, туловище и конечностях отмечается обильная полиморфная сыпь: пятна, узелки, везикулы. Тоны сердца слегка приглушены, частота сердечных сокращений - 120 в минуту. В лёгких аускультативно пуэрильное дыхание, хрипов нет. Число дыханий - 30 в минуту. На слизистой твёрдого нёба несколько поверхностных эрозий размером 2*3 мм. Живот мягкий, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1,5 см. Стул без патологических примесей. Менингеальных симптомов нет. **Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Назначьте лечение.
5. Укажите противоэпидемические мероприятия в очаге. Существует ли активная иммунизация при этом заболевании?

ЗАДАЧА

Мальчик 3 лет. Жалобы на повышение температуры до 38°C, шумное дыхание, беспокойство, «лающий» кашель.

Из анамнеза заболевания известно, что мальчик болен третий день. Заболевание началось с повышения температуры до 37,8°C, появился сухой кашель, который на следующий день стал грубым, лающим, с болью за грудиной, голос осип. К врачу не обращались, мать давала Парацетамол, поила тёплым чаем. Состояние мальчика не улучшалось, на 3 день болезни появилось шумное дыхание. Мать вызвала скорую помощь.

Анамнез жизни: мальчик от I нормально протекавшей беременности и родов. Родился в срок с массой 3800 г, ростом 52 см. Из роддома выписан на 5 сутки. Находился на грудном вскармливании до 8 месяцев. В развитии от сверстников не отстает, посещает детский сад в течение 4 месяцев, за это время переболел 4 раза ОРВИ с высокой температурой и длительным насморком. В анамнезе периодически высыпания на лице и ягодичной области.

Осмотр: состояние средней степени тяжести, температура - 38°C. Мальчик вяловат. Кожные покровы бледные, чистые, цианоз носогубного треугольника. Пальпируются переднешейные и заднешейные лимфоузлы до 0,5 см, подвижные, безболезненные, мягкоэластической консистенции. В зеве отмечается лёгкая гиперемия дужек, задней стенки глотки, миндалин, налётов нет. ЧДД - 34 в минуту, инспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры (втяжение в эпигастральной области, ярёной ямке, межреберных промежутков) на высоте вдоха. В лёгких

дыхание жёсткое с удлиненным вдохом, хрипов нет. Перкуторный звук ясный лёгочный. Тоны сердца ритмичные, чуть приглушенны, ЧСС - 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Паренхиматозные органы не увеличены. Стул и диурез в норме.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями надо провести дифференциальную диагностику?
3. Назовите дополнительные методы диагностики.
4. Каковы Ваша тактика и догоспитальная помощь. Показаны ли антибиотики данному ребёнку?
5. Когда может быть показана антибактериальная терапия при схожей симптоматике и другой респираторной патологии?

ЗАДАЧА

Ребёнок трёх лет получил вакцинацию против гриппа вакциной «Ваксигрипп», а через 2 недели в семье заболел отец. Врач-терапевт участковый, пришедший на вызов к заболевшему, установил диагноз «грипп».

Вопросы:

1. Имеет ли данный ребёнок уже защиту от гриппа, прививку от которого он получил 14 дней назад?
2. Какие вакцины дают быстрое нарастание антител и могут использоваться для профилактики, даже если контакт с больным уже состоялся?
3. Какие иммунобиологические препараты дают медленное нарастание титра антител и не используются для профилактике в очаге?
4. Перечислите причины, по которым привитый ребёнок может заболеть.
5. С какого возраста разрешена вакцинация против гриппа? Обоснуйте ответ.

ЗАДАЧА

У мальчика 12 лет две недели назад сняли клеща с кожи головы над правым ухом. Заболел с повышения температуры тела до $37,4^{\circ}\text{C}$, появилось покраснение кожи в виде округлого пятна в месте укуса клеща, которое постепенно увеличивалось в диаметре. Вызвали врача-педиатра участкового.

Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы физиологической окраски, в области волосистой части головы эритема диаметром 10 см с просветлением в центре. Пальпируются увеличенные до 1,0 см заднешейные и затылочные лимфоузлы справа, безболезненные. Слизистая ротоглотки умеренно гиперемирована, нёбная миндалина справа 2 размера, слева 1 размера. В лёгких везикулярное дыхание, ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС - 92 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Стул и диурез не нарушены.

Вопросы:

1. Каков Ваш предполагаемый диагноз?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие необходимо провести исследования для подтверждения диагноза?
4. Назовите препараты этиотропной терапии и длительность их применения.
5. Каким препаратом необходимо было провести экстренную химиопрофилактику данного заболевания? Обоснуйте.

ЗАДАЧА

Девочка 10 лет заболела 5 дней назад, остро, когда повысилась температура до 39°C , появились недомогание, снижение аппетита, общая слабость, отмечались тошнота, рвота. На 4 день болезни температура тела снизилась, однако сохранялись общая слабость и снижение аппетита, присоединилась боль в правом подреберье, заметили тёмный цвет мочи, светлую окраску кала. На 5 день болезни появилась иктеричность склер.

Эпидемиологический анамнез: 3 недели назад вернулась с отдыха на морском побережье.

При осмотре: состояние средней тяжести, самочувствие не нарушено. Температура тела нормальная. Склеры, видимые слизистые оболочки иктеричные. Кожа - лёгкая иктеричность. Язык обложен белым налётом. Патологии со стороны бронхолёгочной и сердечно-сосудистой систем не выявлено. Живот слегка вздут, при пальпации мягкий во всех отделах, болезненный в эпигастральной области и правом подреберье. Печень увеличена, пальпируется на 3 см ниже края рёберной дуги, слегка болезненная при пальпации, уплотнена, край ровный, поверхность гладкая. Селезёнка не увеличена. Моча тёмного цвета, стул был утром, со слов девочки, светлый.

Общий анализ крови: гемоглобин - 127 г/л, лейкоциты - $3,6 \cdot 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 40%, лимфоциты - 54%, моноциты - 5%, СОЭ - 13 мм/час.

Биохимический анализ крови: билирубин связанный - 38,6 мкмоль/л, свободный - 18,9 мкмоль/л, АлАТ - 610 Е/л, АсАТ - 269 Е/л.

Серологическое исследование (ИФА): HbsAg - отрицательный, анти-HAV IgM - положительный. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план лечения пациента.
4. Какова специфическая профилактика этой инфекции (вакцины и схема вакцинации)?
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции.

ЗАДАЧА

Девочка 3 лет заболела остро с подъёма температуры до $37,5^{\circ}\text{C}$, появления на коже туловища и конечностей высыпаний. Высыпания сначала были единичные, пятнистопапулёзные, но к концу дня сформировались в

везикулы, заполненные прозрачным содержимым, окружённые венчиком гиперемии.

Динамика заболевания: в последующие дни девочка продолжала лихорадить, появлялись новые элементы сыпи.

Эпидемиологический анамнез: в детском саду имеются случаи подобного заболевания.

При осмотре врачом-педиатром участковым на 3 день болезни: состояние ребёнка средней тяжести. На коже лица, туловища, конечностей, волосистой части головы необильные высыпания: везикулы с прозрачным содержимым, окружённые венчиком гиперемии, не склонные к слиянию, некоторые элементы подсохли с образованием мелких корочек, имеются единичные мелкие папулы. Слизистая полости рта чистая. Катаральных явлений нет. В лёгких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформленный.

Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции.

ЗАДАЧА

Девочка 4 лет, посещающая детский сад, заболела остро с повышения температуры тела до $38,7^{\circ}\text{C}$, была однократная рвота, жалобы на боль в горле. К вечеру родители заметили у ребёнка покраснение лица, сыпь на коже.

При осмотре врачом-педиатром участковым на третий день болезни состояние средней тяжести, температура тела - $38,2^{\circ}\text{C}$. Жалуется на

головную боль и боль в горле. На щеках яркий румянец, бледный носогубный треугольник. Кожа сухая, шероховатая, на боковых поверхностях туловища, внизу живота, в паховых складках, на сгибательных поверхностях конечностей обильная мелкоточечная сыпь на гиперемированном фоне. Отмечается синдром сгущения сыпи в местах естественных сгибов, линии Пастии. Выраженный белый дермографизм. В зеве яркая ограниченная гиперемия мягкого нёба, миндалины гипертрофированы, в лакунах легко снимающийся желтоватый налёт. Язык у корня обложен густым белым налётом, с кончика и боков начинает очищаться, становится ярким, с выступающими грибовидными сосочками на очищившейся поверхности. Пальпируются увеличенные и умеренно болезненные подчелюстные лимфоузлы, эластичной консистенции, кожа вокруг лимфоузлов не изменена. Дыхание через нос свободное, катаральные явления не выражены. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД - 24 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, тахикардия до 130 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Стул оформлен. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Назначьте лечение.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции.

ЗАДАЧА

Девочка 2 лет заболела остро. Повысилась температура до 38,5°C, появился кашель, насморк, конъюнктивит. В последующие дни катаральные явления нарастили, конъюнктивит стал более выраженным, появилась светобоязнь. Динамика заболевания: на 4 день болезни температура тела - 38,7°C, появилась сыпь на лице, которая в последующие дни распространилась на

туловище, а затем на конечности. Катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей усилились.

Прививочный анамнез: профилактические прививки ребёнку не проводились из-за отказа родителей.

При осмотре состояние средней тяжести, вялая, температура - 39°C. На лице, туловище, конечностях обильная ярко-розовая сыпь пятнисто-папулёзная размером до 710 мм, местами сливная. Зев гиперемирован, на нёбе энантема, слизистая рта рыхлая, пятнистая. Язык влажный, обложен. Дыхание через нос затруднено, обильное слизистогнойное отделяемое. Кашель влажный. Конъюнктивит, слезотечение. Пальпируются увеличенные, безболезненные лимфоузлы преимущественно шейной группы. В лёгких дыхание жёсткое, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Стул и диурез в норме. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назовите методы подтверждения данной инфекции.
4. Как и чем проводится активная иммунизация этой инфекции?
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции.

ЗАДАЧА

Ребёнок 10 лет заболел остро, появились резкие боли в эпигастральной области, тошнота, повторная рвота. За 6 часов до заболевания мальчик чувствовал себя хорошо, гулял по городу, ел пирожки с мясом.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела - 38°C, вялость, повторная рвота, принёсшая облегчение. Кожные покровы бледные, слизистая полости рта сухая, язык густо обложен белым налётом. Зев спокоен, налётов на миндалинах нет. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧД - 24 в 1 минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные. Пульс - 100 ударов в 1 минуту, удовлетворительного наполнения. Живот слегка вздут, при пальпации болезненность в области пупка и эпигастрии.

Печень пальпируется на 0,5 см ниже рёберной дуги, селезёнка не увеличена. Сигмовидная кишка эластична. Анус сомкнут.

Стул от начала заболевания был трёхкратно, жидкий, обильный, зловонный, по типу «болотной тины». Последний раз мочился 2 часа назад.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план и опишите ожидаемые результаты обследования пациента.
4. Назовите клинические формы данной инфекции.
5. Составьте план лечения больного.

ЗАДАЧА

Ребёнок 7 месяцев болен в течение 3 дней. Температура - 38-39°C, беспокойный, аппетит снижен. Отмечается влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа. Состояние ребёнка средней тяжести: температура - 38,3°C, веки отёчны, конъюнктива гиперемирована. На нижнем веке справа белая пленка, легко снимается и растирается, поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены до 1 -2 см, безболезненные, плотно-эластичные. Зев гиперемирован, увеличены миндалины, фолликулы на задней стенке глотки. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа. В лёгких жёсткое дыхание, проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС - 132 ударов в минуту. Печень +3,5 см, селезёнка +1,5 см. Стул разжиженный, непереваренный, до 5 раз в сутки.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие другие клинические формы встречаются при этом заболевании?
4. Проведите дифференциальный диагноз со сходными заболеваниями.
5. Составьте план лечения больного.

ЗАДАЧА

Мальчик 9 лет заболел остро, с повышения температуры тела до 39°C, появилась боль в горле при глотании.

Из анамнеза жизни известно, что мальчик привит двукратно против дифтерии АДС-М Анатоксином в возрасте до 1 года. В последующем имел отвод в связи с тем, что был диагностирован эписиндром.

На 2 день болезни состояние тяжёлое, вялый, бледный, адинамичный. Голос сдавленный. Из рта приторно-сладковатый запах. Кожные покровы чистые. Отмечается отёк клетчатки шеи до середины шеи. Мягкие ткани ротоглотки резко отёчны, миндалины смыкаются по средней линии, отёк распространяется на дужки и мягкое нёбо. На миндалинах с обеих сторон сероватые, плотные налёты, распространяющиеся на нёбо и заднюю стенку глотки. При попытке снять снимаются с трудом, оставляя кровоточащие поверхности. Тоны сердца приглушены. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не пальпируются.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования, подтверждающий этиологию заболевания.
4. Назначьте лечение.
5. Укажите меры профилактики инфекции.

ЗАДАЧА

Мальчик 8 лет заболел остро с повышения температуры тела до 37,5°C. На следующий день мать заметила сыпь на лице, туловище, конечностях, появившуюся одномоментно.

При осмотре температура тела 37,8°C, увеличение и болезненность затылочных, шейных, подмыщечных лимфоузлов. Сыпь розовая, мелкая пятнистая на всём теле, кроме ладоней и стоп, с преимущественным расположением на разгибательных поверхностях конечностей, без

склонности к слиянию. При осмотре ротоглотки выявлялась энантема в виде красных пятен на нёбе и нёбных дужках. Отмечались также умеренная гиперемия конъюнктив и редкий кашель. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования, подтверждающий этиологию заболевания.
4. Какие осложнения возможны при этом заболевании?
5. Назовите меры специфической профилактики инфекции.

ЗАДАЧА

Мальчик 11 лет заболел остро с повышения температуры тела до 38°C, появления припухлости в области околоушной железы справа, болей при жевании. Через 2 дня появилась припухлость и болезненность в области левой околоушной железы. Отмечается болезненность при надавливании на козелок, сосцевидный отросток и в области ретромандибулярной ямки. Симптом Мурсона положительный. Динамика заболевания: на 5 день болезни стал жаловаться на боли в яичке и правом паху, боли усиливались при ходьбе.

При осмотре состояние средней тяжести, температура тела - 38°C. Обе околоушные железы увеличены в размере, тестоватой консистенции, кожа над ними не изменена. Правое яичко увеличено в размере в 2 раза, плотное, болезненное, кожа над ним гиперемирована. Тоны сердца звучные, ритмичные, тахикардия. В лёгких хрипы не улавливаются. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Менингеальные знаки отрицательные.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие ещё формы заболевания Вы знаете?

4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Назовите меры специфической профилактики инфекции.

ЗАДАЧА

Мать девочки 4 лет жалуется на повышение температуры до 37,6°C, появление сыпи у ребёнка.

Из анамнеза известно, что девочка заболела 2 дня назад: появилась субфебрильная температура, недомогание. К вечеру мать заметила появление на коже мелких розоватых пятнышек, которые затем превратились в пузырьки с прозрачным содержимым. Перенесённые заболевания: ОРВИ, кишечная инфекция в возрасте 1 года. Эпидемиологический анамнез: была в контакте с бабушкой, у которой 2 недели назад были везикулезные элементы в области грудной клетки, сопровождавшиеся болью.

При осмотре состояние средней степени тяжести, самочувствие не страдает, активная. Кожные покровы физиологической окраски, на коже спины, груди, живота, волосистой части головы необильные везикулёзные элементы, диаметром 2-4 мм с прозрачным содержимым, кроме этого есть элементы папулёзного характера, единичные корочки. Слизистые розовые. На мягком небе единичные везикулы. Миндалины не увеличены, налётов нет. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, громкие, ЧСС - 92 в минуту. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1,5 см, селезёнка не пальпируется. Стул и мочеиспускание без особенностей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Обоснуйте необходимость дополнительного обследования для данного пациента.

4. Укажите средства этиотропной терапии и показания к их применению, а также показания для назначения антибиотиков в данном случае.
5. Укажите общие подходы к профилактике этого заболевания.

ЗАДАЧА

Девочка 5 лет больна 1 сутки. Заболела остро с повышения температуры тела до 39°C, появилась боль при глотании, сыпь по всему телу, отмечалась однократная рвота. Профилактические прививки по календарю.

Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными отрицают.

При осмотре состояние средней степени тяжести, самочувствие страдает, вялая. Кожные покровы гиперемированы, по всему телу мелкоточечная сыпь, с преимущественной локализацией на боковых поверхностях туловища, внизу живота, в естественных складках, на сгибательной поверхности конечностей, бледный носогубный треугольник. Носовое дыхание свободное. В зеве яркая, ограниченная гиперемия дужек, язычка, миндалин; миндалины гипертрофированы, в лакунах налёт желтоватого цвета, легко снимается шпателем. Губы яркие, сухие. Язык обложен густым белым налётом. Пальпируются переднешейные лимфатические узлы в диаметре до 0,7-1,0 см, подвижные, чувствительные при пальпации. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС - 112 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Паренхиматозные органы не увеличены.

Результаты анализа крови: лейкоциты - $14,5 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы - 9%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 19%, моноциты - 8%, СОЭ - 17 мм/ч. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назовите группы антибактериальных препаратов, которые Вы бы рекомендовали с целью эрадикации возбудителя. Каким антибактериальным препаратам отдаётся предпочтение? Назовите длительность курсовой дозы.
5. Составьте план диспансерного наблюдения за больным.

ЗАДАЧА

Девочка 11 лет заболела остро 2 дня назад, когда появились рвота, боли в животе, поднялась температура тела до 39°C. На машине скорой медицинской помощи доставлена в детское хирургическое отделение, где диагноз аппендицита был исключён. От госпитализации в инфекционное отделение родители отказались. На 2 сутки появились жидкий стул с примесью слизи до 5 раз в сутки, рвота 1-2 раза в день, головная боль, высыпания на коже, боли в коленных суставах, сохранялась боль в животе. Эпидемиологический анамнез: за неделю до заболевания была в гостях, ела разнообразные салаты, в том числе из сырой моркови и капусты. Дома все здоровы, в школе карантина нет.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, над суставами необильная, бледно-розовая, пятнистая сыпь. Визуально костномышечная система не изменена, объём движений в суставах, в том числе в коленных, в полном объёме, безболезненный. Лимфоузлы передние и заднешейные, подмышечные увеличены до 1,0 см, безболезненные при пальпации. В зеве - миндалины увеличены до II степени, гиперемия нёбных дужек, миндалин, задней стенки глотки. В лёгких везикулярное дыхание, ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС - 116 в минуту. Живот обычной формы, мягкий, пальпируется урчащая и болезненная слепая кишечка. Печень +1,5 см, безболезненная при пальпации. Стул жидкий, с примесью слизи. Диурез не изменен.

Согласно заключения из хирургического стационара.

Анализ крови: эритроциты - $4,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 122 г/л, лейкоциты - $14,2 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы - 6%, сегментоядерные

нейтрофилы - 68%, эозинофилы - 6%, лимфоциты - 10%, моноциты - 10%, СОЭ - 22 мм/ч.

УЗИ органов брюшной полости: увеличение мезентериальных лимфатических узлов.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику иерсиниозов?
5. Обоснуйте цель этиотропной терапии и её продолжительность, назовите стартовые антимикробные средства.

ЗАДАЧА

Мальчик 1 года 7 месяцев заболел остро, повысилась температура тела до 39°C, появилось общее беспокойство, снижение аппетита, заложенность носа, редкое покашливание, покраснение глаз.

Эпидемиологический анамнез: старший брат 5 лет переносит ОРВИ, лечится на дому.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Температура тела - 38,6°C. Отмечаются слизистые выделения из носа. Конъюнктивы обоих глаз ярко гиперемированы, зернистые, отёчные, на нижнем веке справа белая пленка, не выходящая за пределы конъюнктивы, снимающаяся свободно, поверхность не кровоточит. Редкий кашель. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы диаметром до 1,0 см, плотноэластической консистенции. Отмечается гиперемия, отёчность и зернистость задней стенки глотки, по которой стекает густая слизь. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧДД - 28 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Край печени выступает из-под рёберной дуги на 1 см, мягкий, безболезненный. Стул кашицеобразный, без патологических примесей, 2 раза в сутки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите методы, позволяющие верифицировать данное заболевание.
4. Проведите дифференциальный диагноз данного заболевания с дифтерией глаза.
5. Составьте план лечения данного больного.

ЗАДАЧА

У мальчика 1,5 лет, со слов матери, приступообразный навязчивый кашель, усиливающийся в ночное время, беспокойство, нарушение сна.

Анамнез заболевания: болен в течение недели. Заболевание началось с нечастого кашля на фоне нормальной температуры. Лечился амбулаторно с диагнозом ОРВИ. Получал отхаркивающие препараты. Эффекта от проводимой терапии не было. Кашель усилился, стал приступообразным до 15-20 раз в сутки. Наблюдается у врача-невролога с диагнозом

«перинатальное поражение ЦНС, судорожный синдром».

Профилактические прививки не проведены.

Эпидемиологический анамнез: старший брат 8 лет кашляет в течение длительного времени.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, чистые. Умеренный периорбитальный и периоральный цианоз. Отмечается пастозность век, мелкая петехиальная сыпь на лице. В лёгких перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД - 28 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС - 110 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1,5 см, безболезненная. Стул и диурез не нарушены. При осмотре был приступ кашля. Во время приступа гиперемия лица, язык высыпает, в конце приступа рвота с отхождением вязкой слизи.

Анализ крови: гемоглобин - 124 г/л, лейкоциты - $27 \cdot 10^9$ /л, сегментоядерные нейтрофилы - 19%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 73%, моноциты - 5%, СОЭ - 3 мм/час. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте план лечения данного больного.
5. Назовите профилактические мероприятия при данной патологии.

ЗАДАЧА

Мальчик 4 лет болен второй день. Заболел остро с повышения температуры, снижения аппетита, боли при жевании, слабости. В первый день заболевания появилась припухлость и болезненность в околоушной области слева, а на следующий день и справа. Температура поднялась до $37,8^{\circ}\text{C}$. Вакцинация: БЦЖ в роддоме, в дальнейшем родители отказывались от проведения прививок. Перенесённые заболевания: ОРЗ 3 раза в год.

Эпидемиологический анамнез: детский сад посещает.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Мальчик правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы физиологической окраски, чистые. В околоушной области с обеих сторон отмечается припухлость, пальпируется увеличенная до 2,5 см околоушная слюнная железа тестоватой консистенции. Кожа над припухлостью физиологической окраски, напряжена, подкожная клетчатка отёчная. Губы сухие. Дыхание везикулярное, ЧДД - 26 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС - 102 в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, паренхиматозные органы не увеличены. Стул и диурез без особенностей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назовите методы медикаментозного лечения детей с данной инфекцией. Укажите средства этиотропной терапии и показания к применению.
5. Назовите план противоэпидемических мероприятий.

ЗАДАЧА

Мальчик 4,5 лет заболел остро: температура - 38,5°C, кашель, насморк, конъюнктивит. В последующие дни катаральные явления усилились, появилась светобоязнь, температура в пределах 38-38,5°C. На слизистой оболочке внутренней поверхности щёк, в области малых коренных зубов мать заметила мелкие пятнышки серовато-белого цвета. На 4 день болезни отмечался новый подъём температуры до 39°C, появилась розовая сыпь на лице, за ушами, затем сыпь распространилась на туловище. Ребёнок стал вялым, отказывался от еды. Обратились к врачу-педиатру участковому. Эпидемиологический анамнез: ребёнок посещает детский сад, не привит в связи с отказом родителей.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, температура - 38,8°C, сонлив. Лицо бледное, одутловатое, веки отёчные, склерит, конъюнктивит, светобоязнь, слезотечение, слизистые выделения из носа. На коже лица, туловища обильная розовая пятнисто-папулёзная сыпь, местами сливная. Кашель влажный, частота дыхания - 26 в минуту. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Зев диффузно гиперемирован, слизистая разрыхлена. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Стул оформленный. Мочеиспускание в норме.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования для верификации данного заболевания.
4. Составьте план лечения данного больного.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

ЗАДАЧА

Сотрудница женской консультации (медицинский регистратор), находясь в отпуске, пришла на работу со своим ребёнком 4 лет. Её подруга обратила внимание, что малыш «очень красный». Ребёнка раздели и выяснилось, что на лице, груди, спине, проксимальных отделах верхних конечностей у него есть ярко-розовая сыпь. Мальчика срочно увезли домой, и мать вызвала врача-педиатра участкового. В это время в консультации в ожидании приёма находилось несколько беременных женщин.

Из анамнеза жизни: ребёнок от первой беременности и родов, развивался соответственно возрасту, у специалистов на учёте не состоял. До 10 месяцев получил все прививки по календарю, в год перенёс острую кишечную инфекцию, госпитализировался в стационар, после чего мать отказывалась от всех последующих вакцинаций.

Эпидемиологический анамнез: взрослые в семье здоровы, никуда не выезжали, две недели назад у них гостили родственники с ребёнком 5 лет, которые вернулись из поездки во Вьетнам.

Врач-педиатр участковый осмотрел ребёнка через час. К этому времени у мальчика поднялась температура тела до 37,2°C, но он ни на что не жаловался, был активен, играл, съел всё за обедом. Состояние было расценено как удовлетворительное. Ярко-розовая сыпь распространилась и на нижние конечности. Элементы сыпи были пятнистопапулёзными, размером до 0,5 см, не сливались, кожа без сыпи была обычной окраски. Особенно много элементов обнаруживалось на разгибательных поверхностях рук, ног, на ягодицах. Отмечалась небольшая заложенность носа и незначительное покраснение глаз. Врач пропальпировал заднешейные и затылочные лимфатические узлы, эластичные, не спаянные с кожей, размером от 0,5 до 1,0 см. Дыхание в лёгких было везикулярным, ЧДД - 24 в минуту, тоны сердца ясные, ЧСС - 100 в минуту. При осмотре

зева выявлялась умеренная гиперемия, зернистость задней стенки глотки, на мягком нёбе обнаруживалась энантема. Живот был мягким, печень и селезёнка не пальпировались, стул был утром, оформленный, мочился.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз, укажите критерии тяжести.
3. Составьте план дополнительного обследования, проведите трактовку предполагаемых результатов.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Перечислите профилактические мероприятия в очаге инфекции.

ЗАДАЧА

Во время новогодних праздников к дежурному врачу-педиатру обратились родители девочки 5 лет с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, жидкий стул и позывы к акту дефекации.

Анамнез жизни: девочка изредка болеет простудными заболеваниями, привита по возрасту. На диспансерном учёте не состоит.

Эпидемиологический анамнез: врач выяснил, что накануне девочка вместе с родителями ела салат, купленный в супермаркете. У обоих родителей ночью был жидкий стул.

Осмотр: состояние ребёнка средней тяжести. Температура тела - 38,1°C. Кожа чистая, влажная. Слизистая ротовой полости влажная, зев спокойный. Язык обложен желтоватым налётом. Патологии со стороны лёгких и сердечно-сосудистой системы не выявлено. Живот втянут, сигмовидная кишка пальпируется в виде плотного тяжа, болезненная. Стул скудный, со слизью и зеленью, за прошедшее время был 5 раз.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте свой диагноз, укажите критерии тяжести.
3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Составьте и обоснуйте план лечения у данного пациента.
5. Какие санитарно-эпидемиологические мероприятия должен осуществить врач-педиатр участковый?

ЗАДАЧА

Ребёнок 6 лет заболел остро. Вечером после возвращения из детского сада пожаловался на боли в горле, головную боль. Температура тела - 38,6°C. На фоне приёма суспензии Панадола температура тела снизилась до 37,5°C. На следующий день температура тела оставалась повышенной в пределах 38,0-38,5°C, сохранялись боли в горле, отмечалась однократная рвота, родители заметили сыпь. Вызван врач-педиатр участковый.

Анамнез жизни не отягощён. Вакцинация проведена в соответствии с Национальным календарём.

Эпидемиологический анамнез: старший брат проходит лечение по поводу ангины.

Осмотр: состояние ребёнка средней тяжести. Беспокоен, капризен, жалуется на боли в горле с обеих сторон. На коже лица, туловища, конечностей обильная мелкоточечная сыпь на гиперемированном фоне кожи со сгущением в естественных складках, элементы не сливаются между собой. Носогубный треугольник бледен, свободен от сыпи. Кожа сухая, отмечается белый дермографизм. Увеличены подчелюстные лимфоузлы. Носовое дыхание свободное, выделений из носа нет. В зеве яркая ограниченная гиперемия слизистой дужек, миндалин. Миндалины гипертрофированы до II степени, в лакунах наложения желтоватые. Температура тела - 38,4°C. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 100 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык обложен белым налётом. Живот доступен пальпации, мягкий, безболезненный, печень не увеличена, селезёнка не пальпируется. Стул оформленный, без примесей, мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Какое лечение нужно назначить данному пациенту в амбулаторных условиях?
5. Перечислите противоэпидемические мероприятия в группе детского сада.

ЗАДАЧА

Ребёнок 6 лет заболел неделю назад с повышения температуры тела до $38,3^{\circ}\text{C}$, «заложенности носа», незначительной боли при глотании. Родители за медицинской помощью не обращались, давали Парацетамол, Эреспал, Гексорал. Катаральные явления сохранялись. На 6 день повысилась температура тела до $39,6^{\circ}\text{C}$, затруднённое носовое дыхание, боли в горле, боли в животе, в связи с чем родители обратились к врачу- педиатру участковому.

Посещает детский сад с 3 лет. Профилактические прививки по возрасту. Перенесённые заболевания: ОРЗ 5-6 раз в год.

Осмотр: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы чистые бледные. Зев гиперемирован, миндалины до III степени, налёт бело-жёлтого цвета, рыхлый, снимается легко. Язык влажный, у корня обложен белым налётом. «Храпящее» носовое дыхание, голос гнусавый. Лимфатические узлы: до 2-3 см переднешейные, подчелюстные, заднешейные, паховые, множественные, эластичные, безболезненные. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧД - 25 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - до 120 ударов в минуту. Живот мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 3 см, селезёнка +1 см. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул и диурез в норме. Менингеальные симптомы отрицательные.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Обоснуйте диагноз, укажите критерии тяжести.
3. Составьте план обследования, проведите трактовку предполагаемых результатов.
4. Составьте и обоснуйте план лечения у данного пациента.
5. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

ЗАДАЧА

Девочка 7 лет с выраженным катаральным синдром: обильные выделения слизистого характера из носа; гиперемирована, разрыхлена слизистая оболочка ротовой полости; сухой, грубый, навязчивый, иногда лающий кашель, осиплый голос; на слизистой мягкого и твёрдого нёба энантема - небольшие розовато-красного цвета, неправильной формы пятна размером 3-5 мм, на слизистой оболочке щёк против малых коренных зубов, на слизистой губ, дёсен - пятна 1-2 мм, серовато-белые; конъюнктивит, веки отёчны, светобоязнь, склерит.

Гипертермия: 38,6-39,5°C все дни. Сыпь появилась на лице спустя 4 дня от начала заболевания, распространилась на лицо, шею, верхнюю часть груди, плеч. На следующий день она целиком покрывала туловище и распространилась на проксимальные отделы рук. На 3 день высыпаний - на дистальные отделы верхних и нижних конечностей. Сыпь пятнистопапулёзного характера, розового цвета, некоторые элементы сливаются, неправильной формы, на неизменённом фоне кожи.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз и его обоснование.
2. Назовите основной клинический симптом для постановки диагноза в данном случае.
3. Назовите возможные осложнения при данном заболевании.
4. Следует ли проводить антибиотикотерапию при данном заболевании?
5. Назовите мероприятия по профилактике данного заболевания.

ЗАДАЧА

У девочки 3 лет, посещающей детский сад, повысилась температура до 38,7°C, появилась боль в горле, однократная рвота. На второй день заболевания температура оставалась повышенной до 38,9°C, на теле появилась мелкоточечная сыпь.

Указаний на контакт с инфекционными больными дома и в детском саду нет. При осмотре состояние средней степени тяжести, температура - 38,8°C. По всему телу и конечностям обильная мелкоточечная сыпь, отмечается сгущение сыпи в естественных складках, внизу живота и на боковых поверхностях туловища. Слизистая зева ярко отграничено гиперемирована, миндалины увеличены, налёты в лакунах беложёлтые, обильные.

Лимфатические узлы подчелюстные единичные, размером от 0,7 до 1,0 см, эластичные, болезненные. ЧД - 22 в минуту, ЧСС - 110 в минуту. При аусcultации дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены.

Общий анализ крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты - $4,0 \cdot 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты - $16,0 \cdot 10^9/\text{л}$; палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 65%, эозинофилы - 5%, лимфоциты - 27%, моноциты - 6%; СОЭ - 23 мм/час. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте лечение. Обоснуйте свой выбор.
5. Назовите методы профилактики заболевания.

ЗАДАЧА

Девочка 6 лет заболела остро с подъёма температуры до 37,4°C, появились вялость, снижение аппетита. На второй день заболевания у ребёнка заметили припухлость в околоушной области справа, сохранялась лихорадка 38,5°C. На следующий день появилась припухлость в околоушной области слева.

Ребёнок предъявлял жалобы на боли в области желёз умеренного характера, усиливающиеся при жевании. Родители вызвали врача-педиатра участкового.

При осмотре: вялый, температура - 37,6°C, отмечается увеличение околоушных слюнных желёз с обеих сторон. При пальпации отмечается умеренная болезненность, кожа не изменена, железы - тестоватой консистенции. Слизистая ротоглотки розовая, чистая. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ЧСС - 116 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Стул 1 раз в день, оформленный. Мочеиспускания не нарушены

Общий анализ крови: эритроциты - $4,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 121 г/л, лейкоциты - $7,0 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 46%, лимфоциты - 47%, моноциты - 6%,

СОЭ - 7

мм/час.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие органы, кроме слюнных желёз, могут быть вовлечены в патологический процесс при данном заболевании?
4. Составьте план лечения данного больного.
5. Назовите меры профилактики данного заболевания.

ЗАДАЧА

Ребёнок 1 года 6 месяцев (масса - 12 кг) заболел остро с повышения температуры тела до 38,8°C, насморка, малопродуктивного кашля.

Родители лечили ребёнка самостоятельно (Бромгексин, Парацетамол, чай с мёдом, сок редьки). Ночью осиплый голос, «лающий кашель», в покое и при беспокойстве шумное дыхание.

При осмотре ребёнок беспокоится, плачет: температура тела - 38,9°C, ЧД - 32 в минуту, ЧСС - 120 в минуту; при дыхании удлинён вдох, дыхание с втяжением ярёменной ямки; кожа бледная, чистая; дыхание жёсткое, хрипов нет, тоны сердца ясные.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите методы исследования с целью верификации этиологического фактора заболевания.
4. Составьте план лечения.
5. Укажите возможные осложнения заболевания.

ЗАДАЧА

Девочка 14 лет жалуется на выраженную боль в горле, слабость, повышение температуры. Больна 3 день. Лечилась местными антисептическими средствами и жаропонижающими препаратами.

Кожные покровы бледные, чистые, обычной влажности, температура тела - 39,8°C. Гиперемия слизистой оболочки глотки. Миндалины покрыты белыми налётами, исходящими из лакун, не распространяющимися на нёбные дужки, легко снимаются шпателем. Определяется увеличение подчелюстных, верхних шейных лимфатических узлов.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,9 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 112 г/л, лейкоциты - $15,0 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 61%, лимфоциты - 28%, моноциты - 10%, СОЭ - 24 мм/час. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Составьте план лечения пациента.

5. Составьте план обследования пациента.

ЗАДАЧА

Девочка 3 лет заболела остро два дня назад: повысилась температура до 39°C, появились насморк, кашель, ухудшение аппетита. Лечили девочку симптоматически. С сегодняшнего дня появились одышка, шумное дыхание. В городе эпидемия гриппа. Родители здоровы.

Анамнез не отягощён, одышка у ребёнка возникла впервые в жизни.

Объективно: состояние средней степени тяжести, температура - 38,9°C. Капризничает, негативно реагирует на осмотр. В зеве гиперемия, умеренная инъекция склер, носовое дыхание свободное, необильное слизистое отделяемое. Кашель редкий, сухой. В лёгких дыхание жёсткое, выдох несколько удлинён, по всем полям - сухие свистящие хрипы на выдохе и единичные влажные хрипы с обеих сторон. ЧДД - 36 в минуту. Живот мягкий. Печень и селезёнка не увеличены. Стул оформленный.

Общий анализ крови: лейкоциты - $9,2 \times 10^9/\text{л}$, лейкоформула не изменена, гемоглобин - 116 г/л, эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/\text{л}$.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите и обоснуйте тактику терапии.
3. При присоединении бактериальной флоры какое обследование необходимо выполнить в первую очередь? Укажите предполагаемые результаты обследования.
4. В случае присоединения вторичной бактериальной инфекции какой препарат следует выбрать в первую очередь?
Укажите дозы, предпочтительный путь введения, критерии эффективности антибактериальной терапии.
5. Назовите метод специфической профилактики респираторных инфекций у детей с первого года жизни, перечислите препараты.

ЗАДАЧА

Мальчик болен 8 дней. Жалобы на снижение аппетита, боль при приёме пищи, гнилостный запах изо рта, повышение температуры тела до 39°C. Температура тела в первые 4 дня повышалась до 39°C, высыпания на губах, коже лица, слизистой оболочке рта появились к вечеру второго дня заболевания.

Лечился в поликлинике по месту жительства, состояние улучшилось, появился аппетит, но 2 дня назад вновь повысилась температура тела. На коже лица и в области глаз появились жёлто-коричневые корочки.

Конфигурация лица не изменена. Определяются увеличенные и болезненные при пальпации поднижнечелюстные и затылочные лимфатические узлы, обильное слюнотечение. На слизистой оболочке рта определяются сливающиеся множественные эрозии, покрытые толстым слоем рыхлого фибрина, язвенно-некротический гингивит. В соскобе обнаружены гигантские многоядерные клетки.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. К какой группе относится данное заболевание по этиологии?
Назовите возбудителя.
3. Поставьте окончательный диагноз.
4. Какое осложнение можно предположить?

5. Составьте план лечения

Поликлиническая и неотложная педиатрия

ЗАДАЧА

Ребёнок 6,5 лет заболел остро в период эпидемии гриппа с подъёма температуры тела до 39°C, озноба. Присоединились слабость, головная боль, боль в мышцах, чихание. Мать вызвала врача-педиатра участкового на дом.

При осмотре: кожные покровы бледные, сухие. Слизистая ротоглотки гиперемирована, небольшая зернистость задней стенки глотки. Из носа - скучное серозное отделяемое. В лёгких: перкуторно по всем лёгочным полям - лёгочный звук, аускультативно - дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧД - 36 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 118 в минуту, АД - 90/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Диурез сохранен, мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул оформленный. Менингеальные симптомы отрицательные.

Ребёнок от гриппа не привит (со слов матери, у него медицинский отвод от вакцинации - аллергия на белок куриного яйца). **Вопросы:**

6. Предположите наиболее вероятный диагноз.
7. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
8. Разработайте план обследования больного.
9. Определите место лечения больного и обоснуйте Ваш выбор.
10. Разработайте план лечения.

ЗАДАЧА

Ребёнок 7 месяцев болен в течение 3 дней. Температура - 38-39°C, беспокойный, аппетит снижен. Отмечается влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа.

Врач-педиатр участковый при осмотре на 4 день болезни расценил состояние ребёнка как средне-тяжёлое. Температура - 38,3°C. Веки отёчны,

конъюнктива гиперемирована. На нижнем веке справа небольшая белая пленка, снимающаяся свободно, поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены до 1 -2 см, безболезненные, эластичные. Зев гиперемирован, миндалины и фолликулы задней стенки глотки увеличены. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа.

В лёгких аускультативно жёсткое дыхание, проводные влажные хрипы. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 132 ударов в минуту. Печень +3,5 см, селезенка +1,5 см из-под рёберной дуги. Стул оформленный.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 133 г/л, эритроциты - $4,3 \cdot 10^{12}/\text{л}$, цветовой показатель - 0,9, лейкоциты - $7,9 \cdot 10^9/\text{л}$; палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 38%, базофилы - 1%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 52%, моноциты - 4%, СОЭ - 4 мм/час.

Анализ мочи: цвет - соломенно-жёлтый; прозрачность - прозрачная; относительная плотность - 1021; белок - нет, глюкоза - нет; лейкоциты - 1-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок - 74 г/л, мочевина - 5,2 ммоль/л, АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 30 Ед/л.

На рентгенограмме органов грудной клетки лёгочный рисунок усилен, лёгочные поля без очаговых и инфильтративных теней, корни структурны, срединная ткань без особенностей, диафрагма чёткая, синусы дифференцируются. **Вопросы:**

6. Поставьте клинический диагноз.
7. Назовите предположительную этиологию данной патологии и обоснуйте.
8. Обоснуйте необходимость назначения антибактериальной терапии данному больному.
9. Составьте план лечения.
10. Перечислите меры профилактики заболевания.

ЗАДАЧА

На приёме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком 8 лет с жалобами на повышение температуры тела до 38,0°C, боль в горле, усиливающуюся при глотании, насморк, затруднение носового дыхания.

Заболел утром. Температура тела повысилась до 38,0°C, появилась боль в горле, выделения из носа, затруднённое носовое дыхание.

Объективно: температура тела ребёнка - 39,0°C, кожные покровы бледные, пальпируются безболезненные подчелюстные лимфатические узлы обычных размеров с обеих сторон. Дыхание через нос затруднено, ребёнок высмаркивает прозрачную слизь. При фарингоскопии определяется яркая гиперемия задней стенки глотки, гипертрофия лимфоидной ткани, боковых валиков, нёбные миндалины 2 степени, в лакунах нет патологического отделяемого. **Вопросы:**

6. Предположите наиболее вероятный диагноз.
7. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
8. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
9. Препарат какой группы Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте выбор.
10. Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференцированный диагноз в данной ситуации.

ЗАДАЧА

На приёме у врача-педиатра участкового мальчик 13 лет с жалобами на резкую, интенсивную боль в горле, першение, чувство инородного тела в области глотки, осиплость голоса, утром голоса не было, лающий, сухой кашель, не приносящий облегчения.

Из анамнеза известно, что мальчик заболел 2 дня назад, ребёнок учится по классу вокала в музыкальной школе.

Объективно: температура тела - 37,7°C, голос осипший, дыхание свободное, ЧД - 18 в 1 минуту, ЧСС - 82 в 1 минуту. Яркая гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки, гипертрофия лимфоидной ткани на ней.

Нёбные миндалины 1 степени, розового цвета, в лакунах нет патологического содержимого. Кожные покровы чистые. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные.

Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите тактику лечения.
5. Какова Ваша дальнейшая тактика наблюдения пациента? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА

На приёме у врача-педиатра участкового мать с 6 месячным мальчиком предъявляет жалобы на свистящий звонкий шум («петушиный крик»), который возникает во время вдоха при плаче ребёнка, в покое дыхание свободное, тихое, голос звонкий.

Из анамнеза известно, что ребёнок родился в срок, вес - 3300 г, рост - 56 см. Беременность и роды у матери 26 лет протекали без осложнений. Мальчик нормально развивается и набирает вес. Настоящие жалобы появились с рождения, неделю назад на фоне подъёма температуры до 37,5°C, со слов матери, у ребёнка резались зубы, на высоте плача было затруднение вдоха с синюшным окрашиванием кожных покровов и западением мягких тканей в межреберных промежутках грудной клетки при вдохе.

Объективно: состояние ребёнка удовлетворительное, температура тела - 36,6°C, кожа розовая, дыхание свободное, в покое бесшумное, ЧД - 32 в 1 минуту, пульс - 110 в 1 минуту, голос звонкий. В момент плача появилось шумное дыхание на вдохе. При фарингоскопии: задняя стенка глотки розового цвета, нёбные миндалины I степени, в лакунах патологическое содержимое отсутствует. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны

сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание не нарушены. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Выберите тактику лечения ребёнка при такой патологии.
5. Назовите наиболее вероятные причины развития данной врожденной патологии.

ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Девочка 8 лет поступила в клинику с жалобами на головные боли, слабость, тошноту и рвоту, бурое окрашивание мочи.

Anamnesis vitae: с 5 лет частые ОРВИ, хронический тонзиллит.

В возрасте 7 лет девочка перенесла скарлатину, после которой в анализах мочи появились протеинурия и гематурия до 30-40 в поле зрения, что было расценено как последствия перенесённого заболевания. В дальнейшем изменения в анализах мочи сохранялись, периодически у ребёнка отмечались эпизоды макрогематурии, протеинурия и гематурия, которые носили упорный характер.

Status praesens: при поступлении в стационар состояние тяжёлое. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, чистые. Отмечается пастозность лица, голеней, стоп. Над всей поверхностью сердца выслушивается негрубый систолический шум, ЧСС - 74 ударов в минуту, АД - 140/100 мм рт.ст. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Диурез 300-400 мл/сутки, моча бурого цвета.

После дополнительного исследования, в результате которого выявили анемию, макрогематурию, гипостенурию, протеинурию, гипопротеинемию и азотемию, девочке выставили диагноз «хронический гломерулонефрит, гематурическая форма, ХПН, анемия».

Назначено медикаментозное лечение. **Вопросы:**

1. Определите последовательность этапов реабилитации ребёнка и критерии перевода с этапа на этап.
2. Определите реабилитационный прогноз, укажите факторы, его обусловливающие.
3. Определите реабилитационный потенциал и обоснуйте его.
4. Определите виды физической реабилитации (двигательный режим, ЛФК, массаж, спорт), показанные пациентке.
5. Определите показания к физиотерапевтическим и физическим методам восстановления на санаторно-курортном этапе медицинской реабилитации данной пациентки.

ЗАДАЧА

При визите врача-педиатра участкового к ребёнку 5,5 месяцев мать сообщила, что у ребёнка появились зудящие высыпания на коже тела и головы.

Anamnesis morbi: данные проявления появились впервые 2 дня назад. Мать связывает заболевание с введением по рекомендации врача-педиатра участкового молочной каши. Ребёнок с рождения до настоящего времени на грудном вскармливании. Безмолочные каши ребёнку введены 2 недели назад, высыпаний не вызывали.

У матери в детстве были упорные кожные высыпания, из-за чего до настоящего времени (20 лет) не употребляла в пищу рыбу, яйца, молочные продукты, хотя высыпаний в течение 7 лет не было, оставалась сухость кожи.

При объективном исследовании врач-педиатр участковый выявил беспокойство ребёнка, на теле распространённую эритематозную мелкопапулёзную сыпь, единичные экскориации, умеренное вздутие живота, следы кала на подгузнике тёмно-зелёного цвета, слизь.

На основании полученных данных врачом-педиатром участковым выставлен диагноз «атопический дерматит, впервые выявленный, младенческий, эритематозно- скамозная форма, распространенный, средней тяжести, экзогенный, с пищевой сенсибилизацией (молоко)». **Вопросы:**

1. Определите последовательность этапов реабилитации ребёнка и критерии перевода с этапа на этап.
2. Определите реабилитационный прогноз, укажите факторы, его обусловливающие.
3. Определите реабилитационный потенциал и обоснуйте его.
4. Определите виды физической реабилитации (двигательный режим, ЛФК, массаж, спорт), показанные пациентке.
5. Определите показания к физиотерапевтическим и физическим методам восстановления на санаторно-курортном этапе медицинской реабилитации.

ЗАДАЧА

К врачу-педиатру участковому обратилась мать с девочкой 14 лет с жалобами на периодически возникающие боли в области сердца колющего характера в состоянии покоя до 2-3 минут, которые купируются самостоятельно или после приёма Корвалола, чувство нехватки воздуха, утомляемость, которая требует почти ежедневного дневного сна после занятий в школе. При дополнительном расспросе выяснилось наличие плохой переносимости автотранспорта, душных помещений, головокружений при быстром вставании из горизонтального положения. Головные боли беспокоят редко, преимущественно к вечеру, купируются после приёма анальгетиков (Нурофен) или самостоятельно после отдыха. Синкопе отрицает.

Анамнез заболевания: данные жалобы появились впервые около года назад после развода родителей. В это время ухудшилась успеваемость, начались

конфликты с одноклассниками. Кардиалгии за последний месяц участились до 2-3 раз в неделю.

Из анамнеза жизни: девочка росла и развивалась без особенностей. На диспансерном учёте не состояла. Мать ребёнка страдает нейроциркуляторной дистонией, у бабушки по линии матери - гипертоническая болезнь.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура нормальная. Девочка астенического телосложения. Кожа физиологической окраски, на лице угревая сыпь. Красный стойкий дермографизм. Отмечается гипергидроз подмышечных впадин, кистей рук и стоп. Конечности холодные. Катаральных явлений нет. В лёгких дыхание везикулярное, ЧДД - 18 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. При аусcultации в положении лёжа тоны сердца звучные, умеренная дыхательная аритмия, ЧСС - 60 в минуту. В положении стоя тоны ритмичные, ЧСС - 92 в минуту, сердечные шумы не выслушиваются. Пульс на лучевых артериях удовлетворительного наполнения, симметричный на обеих руках. Периферическая пульсация на нижних конечностях сохранена. АД - 90/50 мм рт.ст. на обеих руках. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Периферических отёков нет. Нарушений стула, дизурических расстройств, со слов пациентки, не отмечается. **Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Определите дальнейшую тактику врача-педиатра участкового.
4. Дайте рекомендации по лечению пациентки.
5. Какова дальнейшая тактика ведения пациентки?

ЗАДАЧА

Мальчик 6 лет заболел остро с подъёма температуры тела до 38,6°C, жалобы на боли в горле, недомогание. Мать самостоятельно дала ребёнку Нурофен и Эргоферон, через час температура снизилась до 37,6°C. На следующий день температура тела вновь повысилась до фебрильных цифр, сохранялись

боли в горле, ребёнок отказался от еды, предпочитал лежать. Мать вызвала врача-педиатра участкового.

При осмотре больного состояние оценено как среднетяжёлое. Носовое дыхание свободное. Кожный покров чистый, кожа горячая на ощупь, на щеках «румянец», глотание затруднено. Язык у корня обложен серым налётом. При фарингоскопии: нёбные миндалины гиперемированы, увеличены, отёчны. На миндалинах с обеих сторон имеются налёты островчатые, жёлтого цвета. Пальпируются увеличенные передне-верхнешейные лимфатические узлы. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс - 80 ударов в минуту, ЧД - 24 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Стула не было 2 дня, диурез достаточный. Из анамнеза жизни известно, что ребёнок привит в соответствии с возрастом. С 3 лет посещает детское образовательное учреждение, с этого же времени начал часто болеть респираторными инфекциями. Антибактериальную терапию (Флемоксин солютаб) последний раз получал 6 месяцев назад. На фоне приёма антибиотика отмечена аллергическая сыпь, купированная антигистаминными лекарственными средствами (Супрастин) в течение 3 дней. Других проблем в состоянии здоровья у ребёнка не установлено. Семья социально благополучная. Ребёнок в семье один.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз с обоснованием возможной этиологии.
2. Определите и обоснуйте показания для госпитализации.
3. Требуется ли пациенту дополнительное обследование? Обоснуйте.
4. Какие антибактериальные препараты должны быть назначены?
Обоснуйте свой выбор. Укажите дозу и длительность назначения.
5. Каковы показания для выписки?

ЗАДАЧА

Мать с девочкой 4 лет обратилась к врачу-педиатру участковому. Из анамнеза заболевания известно, что ребёнок заболел 2 дня назад, когда вечером поднялась температура тела до 38,9°C, отмечалась незначительная заложенность носа. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи. Врач скорой медицинской помощи диагностировал ОРВИ, дан Нурофен, ребёнок оставлен дома с рекомендацией обратиться к врачу- педиатру участковому.

Сегодня состояние ребёнка ухудшилось, появились жалобы на снижение аппетита, слабость, головную боль, мышечные боли, сухой навязчивый кашель, повторный подъём температуры до 38,8°C.

Из анамнеза жизни известно, что ребёнок от первой нормально протекавшей беременности. Роды срочные, физиологические. Развитие соответственно возрасту. С 3,5 лет посещает детский сад, стала часто болеть ОРВИ, дважды перенесла острый простой бронхит. Последний эпизод ОРВИ два месяца назад, по поводу чего получала Флемоксин солютаб. Вакцинация в соответствии с возрастом. Против пневмококковой инфекции не привита. При осмотре врачом-педиатром участковым состояние ребёнка средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Зев рыхлый, чистый, нёбные миндалины гипертрофированы до II степени, налётов нет. При перкуссии справа в нижних отделах грудной клетки отмечается укорочение перкуторного звука, при аусcultации - ослабленное везикулярное дыхание, крепитирующие хрипы. ЧД - 28 в минуту. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, ЧСС - 112 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул был вчера оформленный. Диурез не снижен.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Показана ли ребёнку госпитализация? Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назовите и обоснуйте группу препаратов, используемых для этиотропной терапии данного заболевания. Какова доза и длительность назначения данного препарата?
5. Через день получены результаты дополнительного обследования: на рентгенографии органов грудной клетки в прямой проекции описано наличие очагов инфильтрации справа в S6. В клиническом анализе крови: гемоглобин – 138 г/л, эритроциты – $4,4 \times 1012/\text{л}$, тромбоциты – $223 \times 109/\text{л}$, лейкоциты – $16,6 \times 109/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 17%, моноциты – 6%, эозинофилы – 0%, СОЭ – 20 мм/ч. Дайте интерпретацию результатам дополнительного обследования. Поставьте окончательный диагноз. Обоснуйте необходимость повторного обследования.

ЗАДАЧА

Ребёнок 2,5 лет заболел остро вчера с подъёма температуры до $37,6^{\circ}\text{C}$, появления насморка и редкого сухого кашля. В семье у отца ребёнка в течение 3 дней отмечаются респираторные симптомы (кашель, насморк). Мать ввела ребёнку Виферон в свечах и вызвала врача-педиатра участкового.

При осмотре врачом-педиатром участковым состояние ребёнка оценено как среднетяжёлое, температура тела – $38,0^{\circ}\text{C}$, активен, аппетит не нарушен, кожные покровы чистые, физиологической окраски. Из носа обильное прозрачное жидкое отделяемое, отмечается редкий сухой кашель, склерит, умеренная гиперемия конъюнктив. В зеве умеренная гиперемия слизистых оболочек, миндалины за дужками без налётов, задняя стенка глотки зернистая, стекает прозрачная слизь. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Стул и диурез не изменены.

Из анамнеза жизни известно, что преморбидный фон не отягощён. Привит ребёнок по возрасту. Два дня назад сделана прививка против гриппа (Гиппол плюс). Болеет редко. Семья благополучная. Есть старший ребёнок 5 лет, в настоящее время здоров, ходит в детский коллектив. **Вопросы:**

1. Поставьте и обоснуйте диагноз. Связано ли данное заболевание с вакцинацией против гриппа?
2. Определите и обоснуйте показания для госпитализации.
3. Требуется ли пациенту дополнительное обследование? Обоснуйте свое решение.
4. Назначьте необходимое лечение и обоснуйте его.
5. При каком условии необходим повторный осмотр ребёнка?

ЗАДАЧА

На амбулаторном приёме мать с мальчиком 1 года 6 месяцев.

Ребёнок от первой беременности, протекавшей с гестозом I половины. Роды срочные, без осложнений. Масса при рождении - 3 500 г, длина тела - 52 см. Закричал сразу, к груди приложен в родильном зале, привит по календарю. Семья полная.

Индекс отягощённости наследственного анамнеза - 0,6.

Мальчик с 6 месяцев жизни находится на искусственном вскармливании по причине гипогалактии матери.

На первом году жизни однократно перенес ОРВИ, в 8 месяцев - пневмонию.

На момент осмотра соматический статус без патологии.

Масса - 10500 г (4), длина - 80 см (4).

Сон спокойный.

Аппетит хороший.

Зубов - 14 (8 верхних и 6 нижних).

Психометрия:

С - из предметов разной формы по предлагаемому образцу и слову подбирает предметы такой же формы;

О - движения более координированы - перешагивает через препятствие приставным шагом;

И - умеет воспроизводить часто наблюдаемые в жизни действия (причёсывает, умывает);

Ра - в момент заинтересованности называет предметы;

Рп - находит по слову среди нескольких сходных предметов по цвету, размеру и пр.;

Н - самостоятельно ест густую пищу ложкой, просится на горшок. **Вопросы:**

1. Оцените критерии здоровья.
2. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
3. Дайте рекомендации законному представителю ребёнка по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям с указанием номера и их характеристик.
4. Проведите профилактику пограничных состояний и специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок.
5. В какой следующий возрастной период должен быть осмотрен данный ребёнок? Какие обследования и консультации в возрасте 1 года 6 месяцев должен получить ребёнок в рамках приказа МЗ РФ №1346н?

ЗАДАЧА

На амбулаторном приёме мать с девочкой 4 месяцев,

Ребёнок от V беременности II срочных родов; первая беременность закончилась выкидышем, последующие беременности - мед. аборты, IV беременность закончилась срочными родами - мальчик 1,5 года. Данная беременность протекала с гестозом I и II половины. В женской консультации на учете с 36 недели беременности. Роды срочные, без патологии. Масса при рождении - 3150 г, длина тела - 49 см.

Ребёнок из неполной семьи. Мать с детьми проживает в однокомнатной квартире. Материальное обеспечение семьи неудовлетворительное. Имеются вредные привычки. Индекс отягощённости наследственного анамнеза - 0,5.

С одного месяца ребёнок находится на искусственном вскармливании по причине гипогалактии у матери. Перенесённые заболевания: ОРВИ в 2 месяца жизни.

Привита по календарю.

При осмотре: отмечается бледность кожных покровов, повышенная потливость, небольшая мышечная гипотония, облысение затылка, краинотабес. Мать отмечает беспокойный сон. По другим внутренним органам и системам - без видимой патологии. Зубов нет.

Большой родничок - 2,5*2,5 см, края податливы.

Масса тела - 5000 г (4), длина - 59 см (3).

Психометрия:

Аз - узнаёт близкого человека (радуется);

Ас - ищет источник звука, поворачивает голову в его сторону;

Э - появляется комплекс оживления в ответ на разговор с ним, смеётся в ответ на речевое общение с ней;

Др - рассматривает, не захватывает игрушки, низко висящие над ней; До - не удерживает голову в вертикальном положении, при поддержке за подмышки ноги не упираются о твёрдую опору;

Ра - гулит;

Н - во время кормления перестала поддерживать бутылочку руками.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и группу здоровья.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Дайте рекомендации по питанию и физическим воздействиям.
5. Проведите профилактику пограничных состояний и специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок.

ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На амбулаторном приёме мать с мальчиком 7 месяцев.

Ребёнок от второй беременности, протекавшей с краевым предлежанием плаценты, анемией с 24 недель, вторых физиологических родов. Мать ребёнка по поводу анемии не лечилась. К груди приложен в родильном зале.

Масса при рождении - 3200 г, длина тела - 52 см, привит по календарю.

Семья полная. Материальная обеспеченность семьи удовлетворительная.

Индекс отягощённости наследственного анамнеза - 0,5.

В общем анализе крови в возрасте 6 месяцев гемоглобин - 115 г/л.

В 6 месяцев мать стала замечать чувство нехватки молока и самостоятельно ввела в рацион питания ребёнка козье молоко. Ребёнок находится на смешанном неадаптированном вскармливании (мать докармливает после кормления грудью козьим молоком до 100 мл).

При осмотре кожные покровы обычной окраски.

Сон спокойный.

Аппетит хороший.

По другим внутренним органам без патологии.

Масса - 8700 г (5), длина - 70 см (6).

Большой родничок - 1,0*0,8 см, зубов - 4 (2 верхних и 2 нижних).

Психометрия:

Др - длительно занимается игрушками, по-разному действует с предметами, подражая действиям взрослого (стучит, вынимает, толкает мяч);

До - сам садится, сидит и ложится, пытается самостоятельно встать, держась за барьер;

Ра - подолгу лепечет;

Рп - на вопрос «где?» находит взглядом несколько знакомых предметов в разных местах, по слову взрослого выполняет разученные действия

(«ладушки», «дай ручку»);

Н - ест корочку хлеба, которую сам держит в руке, пьёт из чашки. **Вопросы:**

1. Оцените критерии здоровья.
2. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.

3. Дайте рекомендации по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям.
4. Проведите профилактику пограничных состояний и специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок.
5. В какой следующий возрастной период должен быть осмотрен данный ребёнок? Какие обследования необходимо назначить данному ребёнку?

ЗАДАЧА

На амбулаторном приёме мать с девочкой 8 месяцев.

Ребёнок от второй беременности, протекавшей без патологии.

Мать ребёнка состоит на диспансерном учёте у аллерголога по поводу аллергического ринита, отец страдает пищевой аллергией на цитрусовые.

Роды в 39 недель, срочные. Масса при рождении - 3500 г, длина тела - 52 см.

Оценка по шкале Апгар - 7/7 баллов.

К груди девочка приложена через 2 часа. Пуповинный остаток отпал на 5 сутки. Привита по возрасту. Неонатальный и аудиологический скрининги проведены в родильном доме.

Семья полная, жилищно-бытовые условия и материальная обеспеченность семьи хорошие.

Индекс наследственной отягощённости - 0,6.

Находится на естественном вскармливании.

На осмотре врач-педиатр участковый диагностировал пятнисто-папулёзную сыпь на неизменённом фоне кожи передней грудной клетки и живота, зудящего характера, без тенденции к слиянию.

По другим внутренним органам без патологии.

Со слов матери, она ввела в рацион питания ребёнка домашнюю клубнику.

Масса тела - 9000 г (5), длина - 72 см (6).

Большой родничок - 0,5,*0,5 см, не выбухает.

Психометрия:

Э - смотрит на действия другого ребёнка и смеётся его действиям,

До - самостоятельно садится, ложится, встает, держась за барьер,

Др - подолгу занимается игрушками, перекладывает их, подражает действиям взрослого,

Ра - громко произносит различные слоги,

Рп - на вопрос «где?» находит несколько предметов на постоянных местах,

Н - ест самостоятельно корочку хлеба, пьёт из чашки, которую придерживает взрослый. **Вопросы:**

1. Оцените критерии здоровья.
2. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
3. Дайте рекомендации по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям.
4. Проведите профилактику пограничных состояний.
5. Перечислите профилактические прививки, которые должен иметь ребёнок к 8 месячному возрасту.

ЗАДАЧА

Врач-педиатр участковый пришёл на патронаж к новорождённому ребёнку. Мальчику 5 дней жизни.

Беременность I, протекала с гестозом в I и II половине (рвота, нефропатия). Ребёнок от срочных самопроизвольных родов, наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка. Оценка по шкале Апгар - 5/8 баллов. Масса тела - 3600 г, длина - 51 см.

Желтушное окрашивание кожи появилось в начале вторых суток. Группа крови матери и ребёнка 0(1), Rh+, концентрация билирубина в сыворотке крови на 2 день жизни: непрямой - 180 мкмоль/л, прямой - 3,4 мкмоль/л.

Выписан из роддома на 5 сутки с уровнем билирубина 120 мкмоль/л. Неонатальный и аудиологический скрининги проведены.

При осмотре: мать жалуется на недостаток молока. Самостоятельно докармливает адаптированной молочной смесью (формула 1). Ребёнок беспокоен, при крике часто вздрагивает, трепет подбородка. Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония. Кожа лица и склеры субиктеричные. Слизистые чистые. Пупочная

ранка чистая, сухая, отделяемого нет. Большой родничок - 2,5*2,5 см, не выбухает. В лёгких ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Перкуторно - звук лёгочный. Тоны сердца громкие, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см, селезёнка - у края рёберной дуги. Стул разжиженный, 3 раза в сутки. Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
2. Укажите факторы, которые повлияли на возникновение данной группы риска.
3. Дайте рекомендации матери по режиму и питанию на первый месяц жизни.
4. Составьте план наблюдения на 1 месяц жизни за ребёнком на участке.
5. Обоснуйте календарь проведения профилактических прививок данному ребёнку.

ЗАДАЧА

На амбулаторном приёме мать с мальчиком 1 месяца жизни.

Ребёнок от первой беременности, которая протекала на фоне многоводия. С 20 недели беременности - угроза прерывания, находилась на стационарном лечении. Ребёнок родился в срок, масса при рождении - 2800 г, длина тела - 48 см.

Привит по календарю.

Жилищно-бытовые условия и материальная обеспеченность семьи удовлетворительные. Мать по специальности лаборант газодобывающего комплекса. Индекс наследственной отягощённости - 0,5.

Ребёнок находится на грудном вскармливании.

На осмотре имеется правосторонний дефект губы (расщелина) длиной 2 см и шириной 0,5 см. При осмотре ротоглотки также имеется односторонний дефект твёрдого и мягкого нёба (расщелина до 2,0 см в длину и 0,5 см в ширину). По другим внутренним органам и системам без патологии.

Большой родничок - 2,0*2,5 см.

Масса - 3600 г (3), длина - 53 см (3).

Сон беспокойный. Аппетит нарушен.

Психометрия:

Аз - плавное слежение за движущимся предметом; сосредотачивает взгляд на неподвижном предмете;

Ас - длительно прислушивается к голосу взрослого, звуку игрушки;

Э - первая улыбка в ответ на разговор взрослого;

До - лёжа на животе, пытается поднимать и удерживать голову до 5 сек.

Вопросы:

1. Оцените критерии здоровья.
2. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
3. Дайте рекомендации законному представителю ребёнка по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям с указанием номера и их характеристик.
4. Проведите профилактику пограничных состояний.
5. Назовите, какую специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок надо проводить ребёнку в возрасте до 2 месяцев.

ЗАДАЧА

На амбулаторном приёме мальчик 12 месяцев жизни, рождённый от четвёртой беременности, вторых срочных родов. Предыдущие: один выкидыш, один медицинский аборт, одни срочные роды. Матери 42 года. Настоящая беременность протекала на фоне гестоза I половины, перенесённого гриппа на сроке 8 недель.

Масса при рождении - 3200 г, длина тела - 51 см. К груди приложен в род. зале. Привит по календарю. Выписан из роддома на 5 сутки жизни. Социальный анамнез: семья полная, старшей сестре 11 лет. Проживают в однокомнатной квартире. Отец ребёнка курит. Материальная

обеспеченность семьи удовлетворительная. Индекс отягощённости наследственного анамнеза - 0,6.

При проведении УЗИ сердца в возрасте 1 месяца жизни диагностирован стеноз клапана аорты. Состоит на диспансерном учёте у врача-кардиолога. Ребёнок находится на искусственном вскармливании.

До года перенёс 3 раза ОРВИ.

На осмотре масса - 8,5 кг (3), длина - 73 см (3), отмечается бледность кожных покровов. Область сердца не изменена. Аускультативно выслушивается грубый систолический шум над аортой и в точке Боткина, который проводится за пределы сердца, ослабление II тона на аорте. ЧСС - 120 в минуту. В лёгких пурпурное дыхание, хрипов нет, ЧД - 33 в минуту. Печень пальпируется на 1 см ниже правой рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется.

Сон - беспокойный. Аппетит снижен.

Зубов 4 (2 нижних и 2 верхних).

Психометрия:

Др - самостоятельно выполняет действия с игрушками (катает, возит, кормит);

До - стоит самостоятельно (без опоры), ходит с поддержкой;

Рп - понимает слово «нельзя», понимает название нескольких предметов, действий; выполняет отдельные поручения («найди», «отдай»);

Ра - произносит 5 облегчённых слов;

Н - самостоятельно пьёт из чашки, ест жидкую пищу из бутылочки.

Вопросы:

1. Оцените критерии здоровья.
2. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
3. Дайте рекомендации по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям.
4. Проведите профилактику пограничных состояний и специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок.

5. В какой следующий возрастной период должен быть осмотрен данный ребёнок, и какие обследования и консультации в возрасте 12 месяцев должен получить ребёнок в рамках приказа МЗ РФ №1346н?

ЗАДАЧА

На амбулаторном приёме мать с дочерью 4,5 месяцев.

Ребёнок от первой беременности, первых срочных родов без осложнений.

Масса при рождении - 3100 г, длина тела - 50 см.

Привита по календарю.

Наследственный анамнез не отягощён - 0,5 индекс отягощённости наследственного анамнеза.

Мать обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, беспокойство, появление покраснения, болезненность и уплотнение в месте введения вакцины АКДС.

Из анамнеза: день назад ребёнку на фоне полного здоровья проведены V2 АКДС + V2 ИПВ + V2 пневмококковая инфекция.

Предыдущую вакцинацию в возрасте 3 месяцев девочка перенесла хорошо.

Реакций не наблюдалось.

При осмотре: температура тела - 37,0°C.

Видимые слизистые чистые.

По внутренним органам и системам патологии не выявлено.

Стул кашицеобразный, без патологических примесей.

В месте введения вакцины АКДС пальпируется инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отёк мягких тканей диаметром 3 см.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и группу здоровья.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Дайте рекомендации по дальнейшей тактике иммунизации ребёнка.
4. Перечислите клинические проявления при поствакцинальных осложнениях.
5. В каких ситуациях необходимо подать экстренное извещение при проведении вакцинопрофилактики?

ЗАДАЧА

На приёме мать с мальчиком 1 года.

Ребёнок от второй беременности; вторых срочных родов, молодых здоровых родителей.

Масса при рождении - 3600; рост - 55 см.

Находится на естественном вскармливании.

Нервно-психическое развитие: отзыается на имя, пьёт из кружки, отличает кубик от кирпичика, говорит 5-6 облегчённых слов, игрушками играет долго в зависимости от их свойств, ходит за одну ручку, стоит самостоятельно.

До года привит по календарю.

Респираторными заболеваниями болел 2 раза за год.

Зубов - 8, зубная формула правильная.

В анализе крови: гемоглобин - 106 г/л.

Вопросы:

1. Оцените нервно-психическое развитие .
2. Составьте план вакцинации на 2 году жизни.
3. Оцените резистентность у данного ребёнка.
4. Оцените уровень гемоглобина. Обоснуйте свой ответ. Назначьте при необходимости лечение (перечислите два препарата).
5. Оцените группу здоровья. Обоснуйте свой ответ.

ЗАДАЧА

На приёме у врача-педиатра участкового мать с ребёнком 1 года 10 месяцев.

Анамнез заболевания: заболел постепенно: появились слизистые выделения из носа, редкий кашель, температура тела - 37,5°C. Ночью кашель усилился, стал частым и малопродуктивным. Ребёнок не спал, беспокоился. Появилось частое шумное дыхание с затруднённым выдохом.

Анамнез жизни: ребёнок от I беременности, протекавшей с гестозом I половины. Роды в срок с массой 3000 г, длиной 50 см. На грудном вскармливании находился до 1 года. С введением блюд прикорма появилось мокнущие щеки, перенес ОРВИ после 1 года 3 раза, последние 2 эпизода сопровождались затруднённым выдохом.

Осмотр: состояние мальчика средней степени тяжести, положение ортопное. Вялый, в сознании. Кожные покровы бледные, при плаче - периоральный цианоз. В акте дыхания участвуют крылья носа и мышцы плечевого пояса. Зев умеренно гиперемирован. Грудная клетка бочкообразная, коробочный оттенок перкуторного звука. Над лёгкими на фоне жёсткого дыхания много сухих свистящих хрипов, выдох удлинен, ЧДД - 55 в мин. ЧСС - 146 в мин. Тоны сердца громкие, ритмичные. Печень - у нижнего края рёберной дуги. Рост - 83 см, масса тела - 12 кг 800 г.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте его.
2. Каковы патогенетические механизмы возникновения дыхательной недостаточности в данном случае?
3. Оцените показатели физического развития.
4. Окажите неотложную помощь ребёнку.
5. Каковы Ваш план лечения и диспансерного наблюдения?

ЗАДАЧА

В детскую поликлинику обратилась мать полуторогодовалого ребёнка. Примерно час назад во время плача у него появился затруднённый вдох, далее прекратилось дыхание, ребёнок «посинел», наступила потеря сознания. Через несколько секунд появился шумный вздох, напоминающий «петушиный крик», дыхание восстановилось.

Из анамнеза известно, что ребёнок родился недоношеным, с месяца - на искусственном вскармливании, получал в основном коровье молоко. Начал

сидеть с 8 месяцев, ходить с 1 года 4 месяцев, зубы прорезались в 12 месяцев. При осмотре у ребёнка выражены теменные и лобные бугры, отмечается О-образное искривление нижних конечностей. Грудная клетка сдавлена с боков, развернута нижняя апертура грудной клетки, выражена гаррисонова борозда. Перкуторно над лёгкими лёгочный звук, дыхание пузирьное. Тоны сердца ритмичные. Живот увеличен в размере, безболезненный при пальпации. При осмотре аналогичный приступ повторился.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Вы - врач-педиатр участковый. Каков Ваш алгоритм действий?
3. Какие симптомы характерны для скрытой формы данного состояния?
4. Какова дальнейшая тактика ведения ребёнка?
5. Каков прогноз заболевания?

ЗАДАЧА

Мальчику 1 год. Ребёнок на профилактическом осмотре. Жалоб нет. Анамнез жизни: мальчик от первой беременности с гестозом II половины, дважды ОРВИ в I и II половине (лечение домашними средствами), роды и период новорождённости без особенностей. У матери хронический тонзиллит, у отца хронический ринит, у деда ребёнка (по линии отца) - бронхиальная астма, в генеалогическом дереве 7 человек. Матери 30 лет, домохозяйка, отцу 35 лет, частный предприниматель. Живут в 3-комнатной квартире, с матерью мужа, доход достаточный, муж курит. Мальчик 3 раза перенес ОРВИ (1 раз с явлениями обструкции), лечился амбулаторно, три раза в течение года появлялись элементы необильной сыпи на лице и туловище, которые 2 раза мать связывала с употреблением ею шоколада. В настоящее время на грудном вскармливании, прикорм введён по возрасту. Прививки против гепатита по схеме 0-1-6, БЦЖ-М в роддоме, АКДС + полиомиелит 3-кратно, последняя прививка в 10,5 месяцев, имеет 2 вакцинации против пневмококковой инфекции.

Осмотр: мальчик спокойный, хорошо вступает в контакт, начал ходить самостоятельно, разнообразно действует с игрушками, подражая действиям взрослых, выполняет отдельные поручения, произносит 5 облегчённых слов, понимает запрет, самостоятельно пьёт из чашки. Длина - 75 см, масса тела - 11800 г, окружность груди - 51 см. При осмотре выявлены единичные пятна и шероховатости щёк и ягодичной области, единичные папулёзные элементы на ногах, «географический» язык. Питание повышенное, отмечается некоторая пастозность. Видимые слизистые чистые. Перкуторный звук лёгочный с коробочным оттенком. Дыхание пуэрильное. ЧДД - 30 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 122 в минуту. Живот мягкий, печень +1 см из-под рёберной дуги. Ребёнок направлен на прививку против кори, краснухи и паротита.

Анализ крови: RBC- $4,6 \times 10^{12}/\text{л}$, HGB - 118 г/л, M[^] - 81 фл., MCH - 29 пг., MCHC - 32 г/дл, RDW - 10%, WBC - $10,8 \times 10^9/\text{л}$, IMM - 2%, GRA - 34%, LYM - 50%, MON - 10%, EO - 4%, СОЭ - 8 мм/час.

Анализ мочи: соломенно-жёлтый цвет, pH - слабо кислая, лейкоциты - 2-3 в п/зр.

Копрология: кал жёлтый, кашицей, непереваренная клетчатка - 3-4 в поле зрения.

Вопросы:

1. Дайте заключение по комплексной оценке состояния здоровья ребёнка.
2. Обоснуйте диагноз. Какая запись оформляется в форме 112/у?
3. Рекомендации врача-педиатра участкового.
4. Составьте план наблюдения этого ребёнка.
5. Какова тактика врача-педиатра участкового в отношении вакцинации этого ребёнка в 1 год?

ЗАДАЧА

Мальчику 3 месяца. На профилактическом приёме мать жалуется, что ребёнок беспокойный, чутко и непродолжительно спит, в связи с чем чаще прикладывается к груди (примерно через 1-2 часа), дают воду через соску.

Анамнез жизни: ребёнок от пятой беременности, протекавшей с токсикозом II половины, артериальной дистонией, анемией; на 20 неделе лечилась Джозамицином от хламидиоза и острого риносинусита. В анамнезе 2 родов, дети здоровы, аборт и выкидыши на ранних сроках. Роды в срок 38 недель путем кесарева сечения (рубец на матке). Масса тела - 3200 г, длина - 50 см, оценка по Апгар 7-8 баллов. Болел в возрасте 2 недель острым ринитом лёгкой степени, был катаральный омфалит. В 1 месяц ребёнок осмотрен врачом-неврологом и врачом-педиатром, отклонений не найдено. В последние 2 месяца жили по другому адресу, на приём не являлись. Профилактику ракита проводили водным раствором витамина Д в дозе 500 МЕ регулярно. Прививки от гепатита В - отказ в роддоме, БЦЖ поставлен в поликлинике в 1 мес.

Осмотр: в кабинете мальчик беспокойный, плачет, хорошо удерживает голову, переворачивается со спины на живот, стоит, не подгибая ног, со слов матери, контактирует иногда улыбкой и комплексом оживления, не смеётся, гулит, игрушки ещё не хватает. Физиологические рефлексы вызываются, шаговый с перекрестом, опора на цыпочки, сухожильные оживлены. Незначительный симптом Грефе и спонтанный р. Бабинского с обеих сторон. Большой родничок - 3 см x 2,5 см, несколько напряжён, пульсирует. Незначительная мраморность кожи. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно на туловище и конечностях, складка на уровне пупка 1,2 см. Тургор несколько снижен. Дыхание пуэрильное. ЧДД - 42 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 128 в минуту. Живот мягкий, небольшое вздутие кишечника. Печень +1,5 см ниже края рёберной дуги. Мочится часто, маленькими объёмами. Стул 1 раз в 1-2 дня, кашицеобразный. Длина - 59 см, масса тела - 5050 г, за 2 месяца прибавил 800 г.

Вопросы:

1. Дайте заключение по комплексной оценке состояния здоровья.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Какие рекомендации должен сделать врач-педиатр участковый?
4. Подлежит ли ребёнок плановой вакцинации? Распишите календарь прививок этому ребёнку до 2 лет.

5. Составьте диету на 1 месяц при снижении лактации на 25%.

ЗАДАЧА

Мать с девочкой 11 лет обратилась с жалобами на ноющие боли в эпигастрии, усиливающиеся утром натощак, отрыжку воздухом у ребёнка. Анамнез заболевания: жалобы на боли в животе беспокоят в течение 1 года. Мать девочки страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, у отца - гастрит. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией.

Осмотр: состояние среднетяжёлое. Рост - 148 см, масса - 34 кг. Кожа бледнорозовая, чистая. Дыхание в лёгких везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные. При поверхностной и глубокой пальпации живота небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуodenальной области, синдром Менделя положителен, болезненность в точке МейоРобсона. Печень не увеличена. Стул и диурез не нарушены.

В условиях поликлиники были выполнены следующие исследования:

В анализе крови: RBC - $4,5 \times 10^{12}/\text{l}$, Hgb - 128 g/l, MCV - 90 fl, MCH - 30 pg, MCHC - 35 g/l, WBC - $6,9 \times 10^9/\text{l}$, RDW - 12,5%, NEU - 51%, EOZ - 3%, LYM - 36%, MON - 7%, BAZ - 3%, PLT - $250 \times 10^9/\text{l}$, СОЭ - 5 мм/ч.

В общем анализе мочи: светло-жёлтая, прозрачная, уд. вес - 1015, реакция кислая, белок (-), сахар (-), лейкоциты - 2-3 в п/зр, ацетон (-), слизь ед. Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 38 Ед/л, ЩФ - 140 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 100 Ед/л, тимоловая проба - 3 Ед, билирубин общий - 18 мкмоль/л.

ФЭГДС: слизистая пищевода гиперемирована, кардия смыкается не полностью. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки очагово гиперемирована, отёчная. Тест на *H. pylori* отрицательный.

УЗИ органов брюшной полости: контуры печени ровные, паренхима гомогенная, эхогенность не усиlena, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Жёлчный пузырь грушевидной формы 65x38 мм (норма - 50x30) с перегибом в области дна. Поджелудочная железа: головка - 21 мм (норма - 18), тело - 15 мм (норма - 15), хвост - 22 мм (норма - 18), эхогенность головки и хвоста снижены.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Оцените изменения при УЗИ и их информативность для постановки диагноза.
3. Оцените лабораторные показатели этой пациентки.
4. Опишите принципы лечения данного больного в поликлинических условиях.
5. Каковы принципы реабилитации ребёнка в амбулаторных условиях?

ЗАДАЧА

Мать с мальчиком 6 месяцев обратилась к врачу-педиатру участковому в муниципальную городскую поликлинику на плановый диспансерный осмотр.

Известно, что ребёнок родился в срок, физическое и нервно-психическое развитие соответствуют возрасту, находится на грудном вскармливании, в качестве прикорма получает кабачковое пюре.

Ранее ребёнок был привит в соответствии с национальным календарем.

После проведения комплексного обследования установлено, что ребёнок здоров, группа здоровья I.

Вопросы:

1. Какие специалисты детской поликлиники должны осмотреть мальчика? Какие лабораторные и/или инструментальные исследования следует провести этому ребёнку?
2. Проводится ли вакцинопрофилактика в данном возрасте и в каком объёме?
3. Укажите варианты долженствующей массы тела мальчика в 6 месяцев.

4. Определите объём суточного кормления, режим кормления и объём разового кормления ребёнка в 6 месяцев.
5. Составьте меню на 1 день и обоснуйте назначение продуктов прикорма.

ЗАДАЧА

Ребёнок в возрасте 1 месяца осмотрен врачом-педиатром участковым на педиатрическом участке.

Фактическая масса ребёнка - 4000 г.

Масса при рождении - 3400 г, длина - 52 см.

Ребёнок здоров, находится на естественном вскармливании.

Вопросы:

1. Рассчитайте долженствующую массу (M_d) для данного ребёнка на момент осмотра и в 2 месяца. Сделайте заключение.
2. Определите необходимый суточный объём молока калорийным методом и назовите другие методы расчёта суточного количества молока. 3. Укажите режимы кормления здорового ребёнка от рождения до года. 4. Укажите последовательность введения продуктов прикорма, виды продуктов и время назначения продуктов прикорма.
5. Дайте рекомендации по профилактике и лечению вторичной гипогалактии.

ЗАДАЧА

На профилактическом приёме врача-педиатра участкового мать с девочкой 5 месяцев.

Жалоб нет. Ребёнок от третьей беременности, протекавшей с анемией, гестозом I половины, ОРВИ в III триместре. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей (мальчик 1,5 года и девочка 4 года). Девочка родилась в срок, с массой тела 3050 г, длиной 52 см. Период новорождённости без особенностей. На естественном вскармливании до 1

месяца, далее кормление цельным коровьим молоком. Прикорм не введён. Физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрасту, масса тела - 7000 грамм.

В возрасте 2,5 месяцев перенесла ОРВИ.

При осмотре: ребёнок удовлетворительного питания. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые бледно-розовые, чистые. Лимфатические узлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В лёгких при сравнительной перкуссии лёгочный звук на симметричных участках грудной клетки. При аусcultации пуэрильное дыхание, ЧД - 38 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 110 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края рёберной дуги, край ровный, безболезненный. Селезёнка не пальпируется.

Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ мочи: рН - слабо кислая; белок - 0,033%; лейкоциты - 1-3 в поле зрения.

В анализе периферической крови: гемоглобин - 95 г/л, эритроциты - $3,7 \cdot 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты - $8,5 \cdot 10^9/\text{л}$; палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 32%, базофилы - 1%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 58%, моноциты - 4%, СОЭ - 6 мм/час, гипохромия ++, аниоцитоз +, пойкилоцитоз +.

Содержание гемоглобина в эритроцитах - 22 пг (норма - 24-30 пг). **Вопросы:**

1. Каков наиболее вероятный диагноз? Определите группы риска.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести врачу-педиатру участковому для уточнения диагноза? Вычислите цветовой показатель (ЦП) и оцените его значение.
3. Нуждается ли ребёнок в коррекции питания? Выявите недостатки при организации вскармливания ребёнка, обоснуйте назначение молочной смеси, продуктов прикорма.
4. Назначьте лечение, обоснуйте выбор препарата, выпишите рецепт, проведите контроль эффективности и безопасности.
5. Какие профилактические прививки должен иметь этот ребёнок?

ЗАДАЧА

Вызов врача-педиатра участкового на дом к ребёнку 4 лет.

Известно, что 2 недели назад мальчик перенёс острую респираторную инфекцию, проводилась симптоматическая терапия. Состояние ребёнка через 3 дня улучшилось, и мать больше за помощью не обращалась. Накануне самочувствие резко ухудшилось: повысилась температура тела до 39°C, появились сухой, навязчивый кашель, головная боль, боли в мышцах, отсутствие аппетита.

Из анамнеза известно, что ребёнок от нормально протекавшей беременности и срочных родов. В грудном возрасте и раннем детстве ребёнок рос и развивался соответственно возрасту. В течение 6 последних месяцев посещает детский сад, за это время 5 раз перенёс острую респираторную инфекцию, дважды осложнённую бронхитом. В лечении 3 раза применялись антибиотики, последнее назначение Амоксициллина 1,5 месяца назад.

При осмотре: состояние ребёнка средней тяжести. Температура тела - 39,0°C. Кожный покров чистый, бледный с сероватым оттенком, отмечается умеренный периоральный цианоз. Задняя стенка глотки гиперемирована, нёбные миндалины гипертрофированы до II степени, гиперемированы. Пальпируются лимфатические узлы подчелюстной и шейной группы IV-V размера, не спаянные друг с другом и с окружающими тканями, безболезненные. Носовое дыхание свободно. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании. В лёгких при сравнительной перкуссии определяется укорочение перкуторного звука справа, ниже угла лопатки. При аусcultации дыхание справа в подлопаточной области резко ослаблено, выслушиваются крепитирующие хрипы. ЧД - 36 в минуту. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные. ЧСС - 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень - у края рёберной дуги, край эластичный, безболезненный. Селезёнка не пальпируется. Стула не было.

Мочеиспускания безболезненны.

От госпитализации родители ребёнка отказались.

Вопросы:

1. Определите вероятный диагноз. Проведите его клиническое обоснование.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести в поликлинике, чтобы подтвердить Ваш диагноз? Какие изменения в результатах исследований следует ожидать?
3. Организуйте лечение ребёнка в стационаре на дому. Назовите документацию стационара на дому.
4. Назначьте комплекс лечебных мероприятий.
5. Назначьте антибактериальный препарат, обоснуйте свое решение.

ЗАДАЧА

Девочке 4,5 месяцев с неотягощённым анамнезом проведена вторая вакцинация против коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита и пневмококковой инфекции отдельными шприцами в разные участки тела.

Вакцина АКДС введена внутримышечно в среднюю треть правого бедра. Предыдущую вакцинацию в возрасте трёх месяцев перенесла хорошо.

На 2 день после вакцинации мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38,7°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнения в месте введения вакцины АКДС (в средней трети правого бедра).

Расценивая указанные симптомы как осложнение после прививки, она обратилась с жалобой в администрацию поликлиники.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела - 38,0°C. Кожный покров розовый, горячий, сухой. Видимые слизистые розовые, чистые. Носовое дыхание свободное. В лёгких при сравнительной перкуссии лёгочный звук, одинаковый на симметричных участках. Аускультативно дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 48 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 132 в минуту. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 1 см от края рёберной дуги, край ровный, безболезненный. Селезёнка не пальпируется. Стул кашицеобразный до 4 раз в день.

Мочеиспускание безболезненное, не учащено.

Локально: в месте введения вакцины в средней трети правого бедра - инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отёк мягких тканей диаметром 3 см. **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз, проведите его обоснование.
2. Какие лечебные мероприятия следует назначить?
3. Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС.
4. Выдержаны ли сроки введения вакцины АКДС, полиомиелита и пневмококковой инфекции?
5. Следует ли в данном случае подать экстренное извещение в региональный центр Роспотребнадзора? В каком случае подаётся экстренное извещение в региональный центр Роспотребнадзора?

ЗАДАЧА

Мать с ребёнком 10 месяцев пришла на осмотр врачом-педиатром участковым. В последние 4 дня мать отмечает беспокойство ребёнка, особенно в ночное время, повышенное газообразование, вздутие живота, слизь в кале. Отмечается задержка стула в течение 3 дней.

Из анамнеза известно, что ребёнок от II срочных родов, рос и развивался соответственно возрасту. Уже получает все необходимые продукты прикорма и молочную смесь, поскольку у матери с 5 месяцев нет грудного молока. До пятого месяца стул был 45 раз в сутки, кашицеобразный без патологических примесей. С момента введения в рацион молочной смеси стул 1 раз в 2-3 дня, оформленный, салатового цвета, периодически со слизью. В 7 месяцев ребёнок перенёс острую кишечную инфекцию, со слов матери «в лёгкой форме», к врачу с жалобами не обращались, лечение не получали.

При осмотре на приёме общее состояние удовлетворительное, ребёнок активен. Физическое и нервно-психическое развитие соответствуют возрасту. Кожа и видимые слизистые чистые, бледно-розового цвета. ЧСС - 118 ударов в минуту, ЧД - 27 в минуту. Живот умеренно вздут, при

пальпации урчит. Край печени выступает из-под рёберной дуги на 2,5 см, без болезненной реакции на пальпацию, эластичный. Пальпируется край селезёнки. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте необходимость в дополнительных лабораторных и инструментальных методах исследования ребёнка.
2. Необходимо ли провести коррекцию питания ребёнка с учетом жалоб? Определите объём суточного кормления, режим кормления и объем разового кормления ребёнка в 10 месяцев.
3. Составьте меню на 1 день.
4. Приведите эмпирические формулы для первичной оценки значений длины и массы тела здорового ребёнка первого года жизни.
5. Укажите ведущие линии нервно-психического развития ребёнка в 10 месяцев.

ЗАДАЧА

На профилактическом приёме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком четырех месяцев.

Масса тела - 6100 г, длина - 63 см, окружность головы - 41, окружность грудной клетки - 41 см, большой родничок - 2,5*3,0 см, ЧСС - 128 ударов в минуту, ЧДД - 42 в минуту.

НПР: узнает мать, следит за игрушкой, хватает висящую игрушку, гулит, смеется. В положении на животе хорошо и долго удерживает головку вертикально.

Социальный анамнез: матери 38 лет, образование средне-специальное. Вредных привычек не имеет. Отцу 53 года, брак не зарегистрирован, с семьей не живёт. Проживает в общежитии, комната 14 м², психологический климат в семье неустойчивый.

Из биологического анамнеза: от 3 беременности (2 предыдущие - медицинский аборт), протекавшей на фоне токсикоза, анемии, ОРВИ в сроке 22 недели, острый пиелонефрит в 30 недель. Роды в 35 недель,

преждевременное излитие околоплодных вод. 1 период - 8 часов, 2 период - 15 минут. Закричал сразу, по Апгар 7/8 баллов. Масса при рождении - 2340, рост - 43 см, окружность груди - 32, окружность головы - 33 см. В роддоме получил вакцинацию против гепатита и туберкулеза. Исключительно на грудном вскармливании, витамин Д в профилактической дозе. Не болел.

Профилактические прививки по возрасту.

Жалобы матери на снижение аппетита у ребёнка последние 10 дней. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, чистые. Подкожно жировой слой развит удовлетворительно. Тургор тканей не снижен, гипотония мышц живота. Края большого родничка податливые. Очаговый краиниотабес в области затылочной кости. Дыхание пуэрильное, тоны ритмичные, короткий систолический шум на верхушке. Живот мягкий безболезненный, печень выступает на 2 см по среднеключичной линии. Стул 3 раза, кашицеобразный, без патологических примесей. Мочится до 12 раз в сутки.

В анализах: эритроциты - $3,9 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 102 г/л, МСН < 24 pg, лейкоциты - $6,9 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 4%, сегментоядерные - 32%, лимфоциты - 58%, моноциты - 6%, СОЭ - 9 мм/ч.

Анализ мочи без патологии.

УЗИ скрининг в 2 месяца - патологии не выявлено.

Осмотрен врачом-хирургом, врачом-офтальмологом, врачом-неврологом, врачом-ортопедом, врачом-кардиологом: патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный диагноз.
3. Дайте комплексную оценку состояния здоровья.
4. Назначьте медикаментозную терапию согласно выставленному диагнозу.
5. Дайте рекомендации по питанию ребёнка.

ЗАДАЧА

На приёме у врача-педиатра участкового в детской поликлинике мать с ребёнком, которому исполнился месяц.

Ребёнок от 1 беременности в сроке гестации 34 недели с массой 2200 г и длиной 46 см, на грудном вскармливании. Из роддома сразу выписан на участок.

Мать категорически отказывается от прививок, мотивируя это тем, что она кормит грудью и считает, что это в полной мере защищает её ребёнка от всех инфекций. Со слов матери, она сама никогда не прививалась и не болела никакими детскими инфекциями.

Вопросы:

1. Является ли грудное вскармливание гарантированной защитой от инфекционных заболеваний?
2. Когда и какие материнские антитела получает ребенок?
3. Каков срок жизни материнских антител в организме ребенка?
4. Влияют ли материнские антитела на эффективность вакцинации?
5. Какие защитные факторы грудного молока вы знаете?

ЗАДАЧА

Первичный врачебный патронаж врача-педиатра участкового к девочке 8 дней.

Биологический анамнез: беременность I, протекала с поздним гестозом, ОРВИ в 12 недель, от срочных родов, тугое обвитие пуповиной вокруг шеи. Закричала после санации верхних дыхательных путей.

Оценка по шкале Апгар - 5/8 баллов. Масса тела - 3240 г, длина - 53 см. К груди приложена на вторые сутки, сосала вяло, срыгивала, докорм смесью. На трети сутки появилось желтушное окрашивание кожи и склер.

Группа крови матери и ребёнка O(I), Rh+, концентрация билирубина в сыворотке крови: непрямой - 220 мкмоль/л, прямой - 3,4 мкмоль/л на трети сутки.

Выписана на шестые сутки с потерей массы 240 граммов.

Генеалогический анамнез. Мать 22 года, миопия 3 степени, атопический дерматит, отец 24 года, здоров. По линии матери у бабушки гипертоническая болезнь и бронхиальная астма.

Социальный анамнез: образование матери среднее, вредных привычек нет, у отца образование высшее, курит. Проживают в благоустроенной квартире, брак зарегистрирован.

Жалобы: мать жалуется на недостаток молока. Докармливает смесью «Нутрилак», каждое кормление по 20,0 г.

При осмотре: девочка беспокойная, часто вздрагивает, трепет подбородка. Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония. Кожа и склеры субиктеричные. Пупочная ранка под корочкой, сухая, чистая. Большой родничок - 3,5*3,5 см, не выбухает. Пальпируются увеличенные молочные железы с двух сторон, однородной консистенции, размером до 5 см в диаметре. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧДД - 42 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС - 136 уд. в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см. Стул кашицеобразный 3 раза в сутки без патологических примесей. Наружные половые органы сформированы правильно.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте основной диагноз.
3. Определите группу здоровья и обоснуйте ее.
4. Укажите группы риска, по которым должен наблюдаться ребёнок на педиатрическом участке.
5. Какие причины приводят к нарушению метаболизма билирубина у новорождённого?

ЗАДАЧА

На амбулаторном приёме у врача-педиатра участкового мать с девочкой 2 лет 7 месяцев.

Жалобы на плохой аппетит, периодические боли в животе в области пупка, проходят самостоятельно. Также мать отмечает быструю утомляемость и вялость ребёнка. Жалобы появились 3 месяца назад, посещает дошкольное образовательное учреждение.

Из анамнеза: грызёт ногти, берёт в рот карандаши и ручки. В доме есть беспородная кошка и собака породы карликовый шпиц.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура - 36,4°C. Кожные покровы бледные, мраморность кожи, фоликулярный точечный кератоз разгибателей плеч и боковых поверхностей живота, явления хейлита с заедами. Язык влажный, обложен у корня белым налётом . Дыхание везикулярное, ЧДД - 32 в минуту, тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС - 106 в минуту. Живот мягкий, при пальпации вздут, печень + 2,0 см, положительные пузырные симптомы. Стул 2 раза в сутки, кашицеобразный, непереваренный, с кислым запахом. Диурез достаточный.

В анализах: общий анализ крови и мочи без патологии, в копрограмме обнаружены нейтральный жир++, внеклеточный крахмал++, йодофильтная флора+.

Соскоб на энтеробиоз отрицательный.

В кале обнаружены цисты лямблий 3-5 в поле зрения и Ent. nana 2 в поле зрения.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Назовите причины аллергических проявлений при лямблиозе.
4. Какие методы используют для диагностики лямблиоза?
5. Перечислите препараты для лечения лямблиоза у данного ребёнка с указанием дозы и схемы.

ЗАДАЧА

Вызов на дом врача-педиатра участкового к подростку 17 лет. Болен вторые сутки. Жалуется на сильные боли в горле, общую слабость, головную боль, температуру тела 39,0°C.

Из анамнеза известно, что утром прошлого дня стало больно глотать, в течение дня боль в горле усилилась, к вечеру резко поднялась температура, от еды отказывается (больно глотать), сон беспокойный. Утром вызвали врача-педиатра участкового. Контакт с инфекционными больными отрицает.

Объективно. Температура - 38,5°C. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, розовые, горячие. В зеве яркая гиперемия нёбных дужек, мягкого нёба, миндалин. Лакуны миндалин расширены, густо обложены налётом жёлто-белого цвета. Подчелюстные, передние шейные лимфоузлы увеличены, резко болезненные. Дыхание через нос свободное. Частота дыхания - 20 в минуту. Над лёгкими ясный лёгочный перкуторный звук. В лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Частота сердечных сокращений - 90 в минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий безболезненный, печень по краю рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Мочится достаточно. Стул в предыдущие сутки 1 раз, оформленный.

За ребёнком ухаживает мать, которой необходимо освобождение от работы.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его
2. Какие анализы необходимо сделать пациенту с данным заболеванием при первичном вызове?
3. Перечислите группы препаратов, необходимые для лечения данного заболевания, и обоснуйте их применение.
4. На какой максимальный срок можно выдать лист нетрудоспособности по уходу за данным пациентом?
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику данной патологии?

ЗАДАЧА

Первичный вызов врача-педиатра участкового к мальчику 12 лет. Ребёнок болен 3 сутки. Жалобы на кашель, слабость, снижение аппетита, головную боль.

Из анамнеза известно, что накануне болезни попал под дождь и замёрз. Температура тела $38,0\text{--}38,5^{\circ}\text{C}$ в течение двух дней, лечились самостоятельно. Сегодня температура тела поднималась до $39,0^{\circ}\text{C}$, вызвали врача.

При объективном обследовании ребёнок вялый, температура тела $38,7^{\circ}\text{C}$, частота дыхания 28 в минуту, частота сердечных сокращений 105 в минуту. Кожные покровы розовые, горячие. Зев неярко гиперемирован. При перкуссии грудной клетки отмечается укорочение перкуторного звука под углом лопатки справа, при аусcultации - ослабление дыхания там же, выдох свободный, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушенны. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю рёберной дуги. Стул и диурез без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Определите и аргументируйте условия оказания медицинской помощи данному ребёнку (амбулаторно, в дневном стационаре, стационаре круглосуточного пребывания).
4. Как подтвердить предварительный диагноз? Опишите ожидаемые результаты.
5. Сформулируйте рекомендации по этиотропной терапии заболевания у данного ребёнка при подтверждении диагноза.

ЗАДАЧА

На профилактическом приёме в детской поликлинике у врача-педиатра участкового мать с ребёнком 8 месяцев. Ребёнок находится на естественном

вскрмливании. Жалоб нет. Мать ребёнка обратилась за советом по вскармливанию к врачу-педиатру участковому.

Из анамнеза известно, что мальчик от второй беременности, вторых родов. Настоящая беременность протекала на фоне анемии, угрозы прерывания. Роды в сроке 39 недель, оперативные. Масса при рождении 3300 г, длина тела 53 см, оценка по шкале Апгар - 8/9 баллов. Раннее прикладывание к груди. Выписан из роддома на 4 сутки с диагнозом «здоров».

Объективно: состояние удовлетворительное. Фактическая масса - 9500 г (среднее значение), длина тела - 72 см (среднее значение), окружность грудной клетки - 46 см (среднее значение), окружность головы - 45 см (среднее значение). Нервно-психическое развитие: ребёнок встаёт у опоры, произносит слоги с разными интонациями, по просьбе делает «ладушки», пьёт из чашки, которую держит взрослый, по-разному действует с игрушками. Кожа бледно-розовая, эластичная, конъюнктивы, слизистые полости рта, красной каймы губ чистые, розовые. Подкожно-жировой слой развит достаточно, тургор упругий. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Мышечный тонус физиологический. Голова правильной формы, большой родничок 1,0*1,0 см, зубов - 4. Грудная клетка правильной формы. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот овальной формы, не вздут, мягкий. Печень по краю правой рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул жёлтого цвета, кашицеобразный, гомогенный, без патологических примесей 1-2 раза в сутки. Диурез адекватен возрасту.

Общий анализ крови: RBC - $4,5*10^{12}/\text{л}$, HGB - 126 г/л, WBC - $7,8*10^9/\text{л}$, EOS - 2%, NEU - 35%, LYM - 59%, MON - 4%, СОЭ - 4 мм/час.

Общий анализ мочи: количество мл - 40,0; цвет - светло-жёлтая, прозрачная; относительная плотность - 1008; белок - отрицательно; глюкоза - отрицательно; эпителий - 1-2 в поле зрения; Le - 2-3 в поле зрения; эритроциты - 0-0; цилинды - 0-0; слизь - отрицательно; соли - отрицательно. Копrogramма. Макроскопия: кашицеобразный, желтый, гомогенный, слизь - отрицательно. Микроскопия: соединительная ткань (-), мышечные волокна (-), нейтральный жир (-), жирные кислоты (-), мыла (-), перевариваемая

клетчатка (+), крахмал (-), йодофильтные бактерии (-), слизь (-), Le - 0-1, эритроциты - 0-0, эпителий - 0-1, простейшие - не обнаружено, яйца глист - не обнаружено.

Вопросы:

1. Оцените физическое развитие ребёнка.
2. Оцените нервно-психическое развитие ребёнка.
3. Укажите неблагоприятные факторы из анамнеза жизни, которые могут оказать влияние на состояние здоровья. Оцените данные объективного исследования и результаты лабораторных исследований.
4. Составьте индивидуальное питание ребёнку на один день. Укажите потребности в белках, жирах, углеводах и энергии на кг массы тела.
5. Назначьте профилактическую дозу витамина Д.

ЗАДАЧА

Ребёнок 3 месяцев заболел остро, температура поднялась до 39°C, появились кашель и шумное дыхание.

Данные анамнеза: за неделю до заболевания ребёнка у отца был насморк, кашель и субфебрильная температура.

Ребёнок от первой беременности, родился доношенным. Во время беременности мать дважды болела ОРВИ, бронхитом, получила курс антибактериальной терапии. Отец страдает поллинозом, курит. Период новорождённости протекал без особенностей. На естественном вскармливании до 2 месяцев. Переведён на искусственное вскармливание адаптированной смесью первой линии из-за гипогалактии у матери. С переходом на искусственное вскармливание - проявления дерматита в виде гиперимии, мокнутия на щеках, сухости и шелушения кожи на груди, ягодицах. Темпы физического и психомоторного развития нормальные.

Данные объективного осмотра: при осмотре состояние тяжёлое. Температура - 37,5°C. Экспираторная одышка, частый кашель. Снижена активность, сосёт вяло, с перерывами. Пена в углах рта, слизь в ротовой

полости и оральная крепитация. Отмечается раздувание крыльев носа при дыхании, вздутие грудной клетки. Цианоз носогубного треугольника. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Перкуторный звук над лёгкими с коробочным оттенком. При аускультации дыхание с удлинённым выдохом, выслушиваются мелкопузырчатые влажные и сухие, свистящие хрипы над всеми отделами грудной клетки. Частота дыхательных движений - 66 в минуту. Частота сердечных сокращений - 150 в минуту, тоны сердца приглушены. По остальным органам без отклонений.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Укажите предполагаемую этиологию заболевания.
3. Какова тактика врача-педиатра участкового?
4. Перечислите показания для госпитализации.
5. Каков предполагаемый прогноз заболевания для данного ребёнка?

ЗАДАЧА

Девочке 4,5 месяцев с неотягощённым биологическим анамнезом сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС + полиомиелит инактивированной вакциной + пневмококковая (конъюгированная). Предыдущие прививки АКДС + полиомиелит (в 3 месяца) перенесла хорошо.

На 2 день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнения в месте введения вакцины у ребёнка. Расценивая указанные симптомы как осложнение после прививки, она обвинила врача и медсестру в «непрофессионализме».

При осмотре температура тела - 37,8°C. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины - инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отёк мягких тканей диаметром 2 см. **Вопросы:**

1. Дайте заключение по данному случаю.

2. Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС.
3. Подлежит ли ребёнок медицинскому отводу от дальнейших прививок против дифтерии, коклюша, столбняка?
4. Каковы абсолютные противопоказания для вакцинации ребёнка против дифтерии, коклюша, столбняка?
5. Какова тактика врача-педиатра участкового?

ЗАДАЧА

Ребёнку 6 лет. Мать девочки рассказала, что последние два месяца у ребёнка отмечается снижение аппетита, она стала раздражительной, сон беспокойный, часто жалуется на зуд в области ануса.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, бледные, питание несколько снижено. Со стороны внутренних органов без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Назовите возбудителя, дайте его характеристику.
3. Назовите основные принципы лечения этого ребёнка.
4. Какими исследованиями Вы можете подтвердить диагноз?
5. Назовите основные профилактические меры по предупреждению данного заболевания у детей.

ЗАДАЧА

Девочка 9 лет больна вторые сутки, заболела остро: повышение температуры тела до 39,1°C, озноб, головная боль, боль в горле при глотании, однократная рвота.

Состояние средней тяжести. Температура тела - 38,9°C. Кожные покровы чистые, румянец на щеках. Губы яркие, гиперемированы. Слизистая ротоглотки (дужек, миндалин) ярко гиперемирована. Миндалины увеличены до II размера, с обеих сторон в лакунах бело-жёлтый налёт, легко

снимающийся шпателем, подлежащая поверхность миндалины не кровоточит. Язык суховат. Переднешейные лимфоузлы увеличены до 1,5 см, болезненны при пальпации. Дыхание везикулярное, без хрипов, ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 112 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Паренхиматозные органы не увеличены. Физиологические направления не нарушены.

Анализ крови: гемоглобин - 124 г/л, эритроциты - $4,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты - $22 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 72%, лимфоциты - 17%, моноциты - 3%, СОЭ - 35 мм/час.

Вопросы:

1. Каков Ваш предполагаемый диагноз?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования, обоснуйте назначения.
4. Какие препараты этиотропной терапии можно рекомендовать в данном случае? Обоснуйте их назначение, длительность терапии.
5. Составьте план диспансерного наблюдения ребёнка.

ЗАДАЧА

На профилактический осмотр к врачу-педиатру участковому пришла мать с девочкой в возрасте 3 месяцев. На последнем приёме были в возрасте 1 месяца 15 дней.

Жалобы на урежение мочеиспусканий, беспокойное поведение, особенно после кормления.

Анамнез заболевания: за последние 2 недели девочка стала беспокойной, не выдерживает перерывы между кормлениями, в связи с чем мать давала ей сахарный сироп и кефир. В дальнейшем у ребёнка снизился аппетит, мочеиспускания стали редкими. В форме 112/у ранее зафиксирована низкая прибавка в весе. У матери - гипогалактия.

Анамнез жизни: девочка от четвёртой доношенной беременности, третьих срочных родов. Вес при рождении - 3000 г, длина - 49,0 см. Выписана из роддома в удовлетворительном состоянии. Семья

социальном неблагополучии. Ребёнок на исключительно грудном вскармливании. Получает профилактическую дозу витамина Д.

Объективно: состояние удовлетворительное. В сознании. Беспокойная, капризная. Головку держит хорошо. Пытается переворачиваться со спины на живот. Хорошо следит за яркими предметами. Рефлексы Моро, Бауэра, автоматической ходьбы не вызываются. Тонический шейный и поисковый рефлексы угасают. Хватательный и подошвенный рефлексы вызываются хорошо. Менингеальные знаки и реакция на *tragus* отрицательные. Большой родничок не напряжён. Температура тела - 36,8°C. Дефицит массы - 16,2%, рост соответствует норме. Кожа бледная, сухая, эластичность сохранена. Заеды в углах рта. Волосы тусклые, ломкие. Подкожный жировой слой истончён на животе и конечностях. Тургор тканей снижен незначительно. В зеве и носоглотке катаральных явлений нет. Периферические лимфоузлы интактные. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Одышки нет. ЧДД - 38 в 1 минуту. Аусcultативно в лёгких дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипов нет. Перкуторно лёгочный звук. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС - 142 в 1 минуту. Слизистые полости рта бледные. Живот мягкий, пальпация не вызывает беспокойства ребёнка. Печень +1,5 см от края рёберной дуги. Селезёнка не увеличена. Стул кашицеобразный, разжижен, жёлтый, без патологических примесей, 2-3 раза в день. Мочеиспускания урежены, свободные. Обследована.

В общем анализе крови: гемоглобин - 98 г/л, эритроциты - $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты - $7,3 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 3 мм/ч.

В общем анализе мочи: удельный вес - 1005, белок и сахар отрицательные, лейкоциты - 0-2-1 в поле зрения.

В копрограмме: увеличение жирных кислот, мыл, непереваренной клетчатки, вне- и внутриклеточного крахмала, при добавлении йода - голубая окраска.

В биохимическом анализе крови: кальций - 2,58 ммоль/л, фосфор - 1,8 ммоль/л, активность щелочной фосфотазы в норме, сахар крови - 3,7 ммоль/л.

Рентгенологически остеопороз трубчатых костей не выявлен.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Укажите факторы, способствующие формированию заболевания.
3. Тактика врача-педиатра участкового при данном патологическом состоянии у ребёнка. Каковы сроки наблюдения?
4. Перечислите критерии эффективности лечения при данной патологии.
5. Назовите правила введения докорма.

ЗАДАЧА

К девочке-подростку 15 лет вызов врача-педиатра участкового на дом на фоне гриппозной пандемии. Жалобы на повышение температуры до 39°C, кашель с небольшим количеством светлой мокроты, головную боль, боли в мышцах, слабость.

Больна 3 дня, состояние стабильное, принимает Парацетамол по 0,2×2 раза в день. Физикально: умеренная гиперемия зева, миндалины не увеличены, в лёгких - жёсткое дыхание, единичные, рассеянные сухие хрипы. Со стороны других органов и систем - без отклонений.

Диагноз «острая респираторная инфекция, острый бронхит».

Назначен Арбидол, Амброксол и Азитромицин, явка в поликлинику через 3 дня. **Вопросы:**

1. Оцените целесообразность назначения пациентке Арбидола, охарактеризуйте его.
2. Оцените целесообразность назначения пациентке Амброксола, охарактеризуйте его.
3. Оцените целесообразность назначения пациентке Азитромицина, охарактеризуйте его.
4. Может ли назначенное лечение нести какие-либо негативные последствия? Если может, то какие?
5. Оцените рекомендацию по явке в поликлинику.

ЗАДАЧА

У мальчика 3 лет (вес - 15 кг) через 10 минут после внутримышечного введения Бензилпенициллина натриевой соли (500 000 ЕД) появились отёк ушных раковин и век, одышка, тахикардия, акроцианоз. С целью коррекции проявлений неблагоприятной побочной реакции внутримышечно вводились Дексаметазон 2 мг, Супрастин 2% 0,4 мл.

Из анамнеза выяснено, что в течение двух дней до введения бензилпенициллина ребёнок получал:

- Ампициллин 250 мг 3 раза в сутки внутримышечно,
- Глюкозу 5% 200 мл внутривенно капельно (20 капель/мин) 1 раз в сутки,
- Пиридоксин 5% 1 мл внутривенно струйно 1 раз в сутки.

Вопросы:

1. Назовите причину возникшего состояния.
2. Укажите, применение какого препарата могло стать причиной сенсибилизации организма ребёнка.
3. Определите правильность последовательности введения и режима дозирования препаратов при системной аллергической побочной реакции. Какие мероприятия должны быть выполнены у пациента при оказании медицинской помощи?
4. Определите правильность режима дозирования препаратов, используемых для купирования неблагоприятной побочной реакции.
5. Перечислите другие побочные эффекты, возможные при использовании Бензилпенициллина натриевой соли.

ЗАДАЧА

Мать девочки 7 месяцев обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на вздрагивания ребёнка и повышенное потоотделение. Анамнез:

девочка от третьей беременности, протекавшей на фоне гестоза 2 половины. Первые 2 ребёнка здоровы. Роды в срок. Масса тела - 3580 г, рост - 53 см, окружность головы - 35 см, окружность груди - 33 см, оценка по Апгар - 8 баллов. Закричала сразу. К груди ребёнок приложен в первые 30 минут. Сосала активно. На естественном вскармливании до 6 месяцев, затем молочная смесь. Профилактика рахита не проводилась. В 3 месяца сделана прививка АКДС и против полиомиелита, реакции на прививку не было. В 4 и 5 месяцев на профилактический приём мать с ребёнком не явилась. Прогулки у ребёнка нерегулярные до 1-2 часов в день. Прикорм не введён. В течение последнего месяца мать обратила внимание, что ребёнок стал сильно потеть, вздрагивает во сне.

Физическое развитие: рост - 63 см, масса тела - 7500 г, окружность головы - 42 см, окружность груди - 43 см.

Нервно-психическое развитие: поворачивается со спины на живот, свободно берёт игрушку из разных положений, гулит.

Объективное обследование: обнаружено уплощение и облысение затылка, податливость костей черепа по ходу стрело- и лямбовидного швов, размягчение краёв большого родничка. Нижняя апертура грудной клетки развёрнута, пальпируются рёберные четки. Большой родничок - 3×3 см. Мышечная гипотония. Ребёнок плохо опирается на ноги. Лёгкие и сердце - без особенностей. Живот мягкий, распластанный. Печень на 3 см выступает из-под рёберной дуги, селезёнка не пальпируется.

Общий анализ крови: концентрация гемоглобина - 110 г/л, количество эритроцитов - $3,9 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,9; число лейкоцитов - $7,9 \times 10^9$ /л, доля эозинофилов в лейкоцитарной формуле - 4%, палочкоядерных лейкоцитов - 2%, гранулоцитов - 33%, лимфоцитов - 60%, моноцитов - 4%, СОЭ - 12 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет жёлтый, прозрачность полная, удельный вес - 1016 г/л, рН - кислый, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - 0-1 в поле зрения, лейкоциты - 0-1 в поле зрения.

Концентрация кальция в плазме крови - 2,1 ммоль/л (норма - 2,3-2,8 ммоль/л).

Концентрация фосфатов в плазме крови - 1,3 ммоль/л (норма - 1,3-1,8 ммоль/л). **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Назовите причины, которые привели к развитию выявленной патологии у ребёнка.
4. Какой курс лечения Вы назначите? Назовите дозы лекарственного средства.
5. Назовите виды профилактики выявленной патологии.

ЗАДАЧА

В детскую поликлинику в отделение оказания неотложной педиатрии поступил вызов: у мальчика 3,5 лет появилось затруднённое дыхание, сильный нарастающий кашель.

При посещении ребёнка на дому дежурным врачом-педиатром отделения было выяснено, что данные признаки появились внезапно на фоне нормальной температуры тела с появления сухого приступообразного кашля и затем затруднения дыхания.

Из анамнеза заболевания установлено следующее: на 2 и 3 году жизни ребёнок до 3 раз в год переносил острый обструктивный бронхит, по поводу чего лечение проводилось в стационаре. За последний год приступы удушья возникают ежемесячно, провоцируются физической нагрузкой и затем самостоятельно купируются. Связь с приёмом аллергенных пищевых продуктов отчётливо не прослеживается. Данное состояние развернулось в период цветения растений.

Наследственный анамнез: у матери мальчика хроническая экзема. Объективно: состояние тяжёлое. Температура тела - 36,6°C. Бледность, лёгкий цианоз носогубного треугольника. Слышны дистантные хрипы, дыхание через нос затруднено, одышка с удлинённым выдохом до 40 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры. Кожа бледная, слизистые чистые. Перкуторно над лёгкими - коробочный звук. Аускультативно дыхание в лёгких ослаблено диффузно, рассеянные сухие свистящие хрипы,

преимущественно на выдохе. Тоны сердца ритмичные, средней громкости. ЧСС - 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень увеличена на 1 см. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Каковы тактика и обоснование действий врача-педиатра отделения неотложной помощи в данной клинической ситуации? Перечислите спектр и цель дополнительных методов исследования у пациента.
4. Назовите виды медикаментозной терапии купирования синдрома бронхиальной обструкции на госпитальном этапе для данного пациента и критерии эффективности терапии.
5. Через неделю ребёнок был выписан из стационара. Какова тактика врача-педиатра участкового по дальнейшему наблюдению ребёнка на педиатрическом участке?

ЗАДАЧА

В детскую поликлинику поступил вызов: у ребёнка 6 лет повысилась температура тела до 38,5°C и появился кашель.

При посещении ребёнка на дому врачом-педиатром участковым было выяснено, что накануне ребёнок переохладился в результате длительной прогулки на улице.

Из анамнеза установлено, что ребёнок болеет ОРЗ не чаще 1-2 раз в год, своевременно прививается против гриппа, вакцинация против пневмококка (Превенар) и гемофильной палочки проводилась на первом году жизни; в течение последних лет антибактериальная терапия не применялась, болеющие дети в семье отсутствуют, хорошие жилищно-бытовые условия. При объективном исследовании: температура - 38,5°C, ребёнок вялый, подкашливает. Носовое дыхание свободное, слизистые глаз чистые, в зеве - умеренная гиперемия дужек, миндалин, задней стенки глотки, миндалины незначительно выступают из-за дужек, налётов нет, умеренная гиперемия. Шейные, подчелюстные лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы; тахипноэ - ЧД - 36 в минуту, соотношение вдох/выдох

не нарушено, ритмичное, средней глубины, тип дыхания смешанный. При пальпации грудная клетка безболезненна. При перкуссии лёгких в нижних отделах правого лёгкого по задней поверхности укорочение перкуторного звука, в этой же локализации аускультативно дыхание ослаблено, хрипы не выслушиваются. По остальной поверхности лёгких дыхание жёсткое. Тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный, ЧСС - 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется у рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Диурез адекватный, стул 1 раз в сутки, без патологических примесей.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Тактика и обоснование действий врача-педиатра участкового в данной клинической ситуации.
4. Назовите необходимость госпитализации в данной клинической ситуации. Какова тактика наблюдения за ребёнком в случае отмены госпитализации?
5. Какова тактика врача-педиатра участкового при организации специфической иммунопрофилактики у ребёнка, перенёсшего внебольничную пневмонию?

ЗАДАЧА

На приёме врача-педиатра участкового девочки 13 лет с жалобами на поздние, голодные боли в эпигастральной области. Просыпается от боли по ночам. Боль уменьшается при приёме пищи, но спустя 1,5-2 часа после еды усиливается. Периодически беспокоит изжога, отрыжка кислым. Считает себя больной в течение года, но в последнее время приступы боли в животе стали чаще и интенсивнее. Не обследовалась.

Из анамнеза жизни: учится в английской и музыкальной школах. Отличница. Режим питания не соблюдает. У отца - язвенная болезнь желудка. Мать считает себя здоровой.

Объективно: девочка правильного телосложения, пониженного питания. Кожа чистая, влажная. Язык обложен грязно-белым налётом. Саливация сохранена. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, ЧД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 68 ударов в минуту. При поверхностной пальпации живота определяется мышечное напряжение в эпигастральной и пилородуodenальной области. Здесь же локальная болезненность при глубокой пальпации. Печень не увеличена. Селезёнка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам. Мочеиспускания безболезненные.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите методы диагностики инфекции *Helicobacter pylori*.
4. Какова тактика врача-педиатра участкового в отношении данного пациента?
5. Назовите принципы диетотерапии данной патологии.

ЗАДАЧА

На приёме врача-педиатра участкового мать с мальчиком 1 года с жалобами на отсутствие прибавки в массе, обильный зловонный с жирным блеском стул, увеличение размеров живота, отсутствие аппетита.

Из анамнеза заболевания: в 6 месяцев ребёнок стал получать в прикорм овсянную кашу. С 7 месяцев перестал прибавлять в массе, стал бледным, исчез аппетит, увеличился в объёме живот.

Из анамнеза жизни: от второй беременности, первых самостоятельных срочных родов, масса при рождении - 3200 г. С 2 месяцев переведён на искусственное вскармливание адаптированными молочными смесями.

Наследственность: у папы псориаз, у бабушки по линии матери сахарный диабет I типа.

Объективно: состояние средней тяжести. Негативен, плаксив, бледен. Самостоятельно не сидит, не стоит. Отёков нет. Рост - 72 см, вес тела - 8,2 кг. Большой родничок - $1,0 \times 1,5$ см, не напряжён. Кожа сухая, бледная. Саливация снижена. Зев розовый. Зубная формула: 1/2. Снижен тургор тканей, исчезновение подкожно-жирового слоя, мышечная гипотония. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧДД - 35 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС - 130 ударов в минуту, АД - 80/50 мм рт. ст. Живот вздут, урчит по ходу восходящего и нисходящего отделов толстой кишки. Печень + 1,0 см из-под края рёберной дуги, край ровный, безболезненный, эластической консистенции. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке.

Общий анализ крови: WBC - $5,6 \times 10^9/\text{л}$, RBC - $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, HGB - 82 г/л, НСТ - 32%, MCV - 69,0 мкм³, MCH - 22,0 пг, MCHC - 319,0 г/л, RDW - 18,6%, PLT - $340,0 \times 10^9/\text{л}$, NEU - 30%, LYM - 60%, MONO - 8%, EOS - 2%, СОЭ - 2 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1010, реакция - слабокислая, белок - отрицательный, сахар - отрицательный, лейкоциты - 0-1 в поле зрения, эритроциты - 0, эпителий плоский - 0-1-3 в поле зрения.

Копрограмма: консистенция - кал жидкий, с резким запахом; жирные кислоты +++, мыла +, перевариваемая клетчатка ++, йодофильные бактерии +++, слизь ++.

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства: органы без патологии. Выраженный метеоризм.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова тактика врача-педиатра участкового в данной клинической ситуации?

4. Укажите принципы диеты данного заболевания, запрещённые и разрешённые злаковые продукты.
5. Укажите кратность диспансерного наблюдения за ребёнком после выписки из стационара. Какова тактика врача-педиатра участкового по дальнейшему наблюдению ребёнка на педиатрическом участке?

ЗАДАЧА

На приёме врача-педиатра участкового мать с девочкой 1 года 4 месяцев. Мать предъявляет жалобы на появление отёков у ребёнка на лице, конечностях, редкие мочеиспускания.

При расспросе выявлено, что 2 недели назад девочка перенесла ОРВИ.

Из анамнеза жизни: девочка от первой беременности, протекавшей с токсикозом II половины. Родилась в срок, с массой тела 3600 г. Раннее развитие без особенностей, несколько раз болела ОРВИ. У матери - хронический тонзиллит. Наследственность по патологии органов мочевой системы не отягощена.

Объективно: состояние средней тяжести, бледная, выраженные отёки на лице, конечностях, туловище. Масса тела - 14 кг, рост - 77 см. Температура тела - 37,5°C. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушенны. ЧСС - 104 удара в минуту. АД - 115/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень выступает из-под края рёберной дуги на 3,5 см. Селезёнка не увеличена. Диурез: выпито жидкости накануне - 300 мл, выделено мочи - 150 мл. Моча пенится.

Общий анализ крови: лейкоциты - $18,6 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты - $4,43 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 117 г/л, тромбоциты - $220,0 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 5%, нейтрофилы - 74%, лимфоциты - 17%, моноциты - 4%, СОЭ - 37 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность мочи - 1020, белок - 16,6 г/л, эритроциты - 0-1 в поле зрения, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые - 2-3 в поле зрения. **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите, какие лабораторно-инструментальные исследования необходимы для подтверждения диагноза.

4. Укажите необходимость госпитализации в данной ситуации.
5. Какова тактика врача-педиатра участкового при организации специфической иммунопрофилактики у ребёнка, перенёсшего данное заболевание?

ЗАДАЧА

На патронаже новорождённая девочка, возраст - 7 сутки жизни. Родилась с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов, с массой тела 3400 г, длиной 52 см. Мать ребёнка жалоб не предъявляет.

Из анамнеза: матери ребёнка 22 года, здорова, беременность первая, протекала на фоне анемии и преэклампсии лёгкой степени (отёчная форма) с 34 недель, роды срочные (39 недель), самостоятельные, без осложнений. Состояние ребёнка с рождения удовлетворительное. К груди была приложена в родильном зале. Сосательный рефлекс был активный. На 3 сутки жизни появилась умеренно выраженная желтушность кожного покрова. На 5 сутки ребёнок был выписан под наблюдение врача-педиатра участкового с диагнозом «здоров».

При объективном исследовании: состояние удовлетворительное. При кормлении активна. Спонтанная двигательная активность достаточная. Рефлексы орального и спинального автоматизма выражены хорошо. Кожа желтушная, чистая, пупочное кольцо без воспалительных изменений. Слизистые носа, полости рта розовые, чистые. Склеры субиктеричны, конъюнктивы чистые. Физиологический мышечный гипертонус. Костносуставная система сформирована правильно. ЧД - 48 в минуту, ЧСС - 136 в минуту. Аусcultативно дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см, селезёнка не определяется. Мочеиспускания частые, моча светлая прозрачная. Стул кашицеобразный, почти после каждого кормления, жёлтого цвета. По данным обследования из выписки из родильного дома.

Общий анализ крови (ОАК): лейкоциты - $9,0 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты - $5,0 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 180 g/L, тромбоциты - $220 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 4%,

палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 48%, лимфоциты - 41%, моноциты - 5%, СОЭ - 3 мм/час.

Биохимическое исследование крови: общий белок - 54 г/л, общий билирубин - 180 ммоль/л за счет непрямого, непрямой билирубин - 145 ммоль/л, АЛТ - 20 ммоль/л, АСТ - 18 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, мочевина - 4,2 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л.

Ребёнок БЦЖ - вакцинирован, отказ от вакцинации против гепатита В со стороны матери.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Каково дальнейшее наблюдение данного ребёнка на амбулаторном этапе?
4. Какие клинические симптомы будут свидетельствовать о данном заболевании и необходимости дальнейшего обследования и лечения в условиях стационара?
5. Составьте план вакцинопрофилактики для данного ребёнка на первые 3 месяца.

ЗАДАЧА

Первичный патронаж новорождённого.

Девочка 5 дней, родилась от первой беременности, протекавшей на фоне анемии и повторной угрозы прерывания. У матери с детства аутоиммунный тиреоидит. Роды на 43 неделе гестации. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Родилась с массой тела 4100 г, длиной - 50 см, окружность головы - 34 см, окружность груди - 33 см. С первых суток находилась в палате «мать и дитя», вскармливание грудное в свободном режиме. Выписана домой на 4 сутки.

При осмотре врач-педиатр участковый отмечает признаки незрелости, низкий и грубый голос при плаче, увеличенный язык, иктеричность кожного покрова 1 степени, отёчность лица и тыльных поверхностей кистей и стоп.

Пупочный остаток не отпал. Рефлексы вызываются, но снижены. Мышечная гипотония. Форма головы правильная, большой родничок - 3×3 см, не напряжён. Носовое дыхание свободное. При аусcultации дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД - 52 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 110 в минуту. Мать отмечает, что ребёнок неохотно и вяло сосёт грудь. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Половые органы сформированы правильно. Стул был дважды, не обильный, жёлтого цвета, слизи не отмечали. Мочится редко, моча светлая, без запаха.

Из выписки из родильного дома выяснено, что неонатальный скрининг у ребёнка не проведён. Рекомендовано провести в условиях амбулаторного наблюдения.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Обоснуйте и составьте план обследования пациента
4. При обследовании ребёнка уровень ТТГ составил 98,0 мЕД/л.
Обоснуйте терапию конкретного ребёнка.
5. Какова дальнейшая тактика врача-педиатра участкового?

ЗАДАЧА

На приёме мать с ребёнком 8 месяцев.

Ребёнок от шестой беременности, вторых родов. Настоящая беременность протекала на фоне угрозы прерывания второй половины и анемии, по поводу которой женщина получала Фенюльс по 1 капсуле в течение последних 1,5 месяцев, эффективность лечения не оценивалась. Роды на 38-39 неделе беременности, масса тела при рождении - 3100 г, длина тела - 50 см. Ребёнок с 3 месяцев на искусственном вскармливании коровьим молоком, картофельное пюре с 5 месяцев, каша манная на цельном коровьем молоке с 6 месяцев, мясо не получает.

Объективно: масса тела - 9 кг 300 г, рост - 70 см. Аппетит снижен. Кожа бледная, сухая, видимые слизистые бледные. Сухие и ломкие волосы, ногти

ломкие с койлонихиями, ангулярный стоматит. При аусcultации области сердца: тоны несколько приглушены, выслушивается систолический шум, не связанный с I тоном, мягкого тембра. ЧСС - 130 в минуту. Печень + 2 см, селезёнка - у края рёберной дуги, мягкие, эластичные. Стул ежедневно, моча жёлтая.

Анализ периферической крови: RBC - $3,1 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb - 75 г/л, MCH - 21 пг, MCHC - 310 г/л, MCV - 76 фл, RDW - 23%, Ret - 10%, PLT - $210 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 13 мм/ч, WBC - $7,7 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 31%, лимфоциты - 55%, моноциты - 8%.

Вопросы:

1. Оцените анамнез, выделите неблагоприятные факторы риска (причины развития данной патологии).
2. Выделите клинические синдромы. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте его.
3. Составьте план дополнительного лабораторного обследования. Укажите наиболее вероятные результаты лабораторных данных, подтверждающие Ваш диагноз.
4. Какова Ваша лечебная тактика?
5. Укажите критерии эффективности лечения данного заболевания.

ЗАДАЧА

Мать с девочкой. 7 лет на приёме у врача-педиатра участкового с жалобами на эпизодические боли в правом подреберье ноющего характера у ребёнка. Эпизодически болевые ощущения в этой зоне длительностью 20-30 минут, возникающие после еды, физической нагрузки, купирующиеся самостоятельно, регистрируются на протяжении 7 месяцев. Кроме того, мать девочки жалуется на отрыжку воздухом, ощущение тяжести в правом подреберье, сниженный аппетит, склонность к запорам у ребёнка. Наследственность: у матери девочки (35 лет) - хронический холецистит, ожирение; у бабушки (по линии матери) - желчнокаменная болезнь.

Ранний анамнез без особенностей. Грудное вскармливание до 4 месяцев.

Наблюдается по поводу хронического тонзиллита.

Аллергологический анамнез не отягощён.

Осмотр: состояние удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета, видимые слизистые оболочки чистые, розовые. Язык обложен белым налётом, миндалины II степени, разрыхлены. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 80 ударов в минуту; АД - 100/65 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах. Печень выступает на 1 см изпод рёберной дуги, селезёнка не увеличена. Пузырные симптомы Ортнера, Кери, Мерфи, Лепене - положительные. Стул оформленный.

Общий анализ крови: гемоглобин - 132 г/л, эритроциты - $4,2 \cdot 10^{12}/\text{л}$; лейкоциты - $7,2 \cdot 10^9/\text{л}$; палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 49%, эозинофилы - 5%, лимфоциты - 36%, моноциты - 7%, СОЭ - 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-жёлтый, прозрачная; плотность - 1017; белок - нет; сахар - нет; лейкоциты - 1-2- в поле зрения.

Копрограмма: мышечные волокна без исчерченности (++) , жирные кислоты (++) , крахмал внеклеточный (++) ; нейтральный жир - ++.

Динамическое УЗИ желчного пузыря: желчный пузырь расположен вертикально, удлиненной формы 61×22 мм, толщина стенки - 2 мм, сократимость желчного пузыря после желчегонного завтрака составила 20%. Регистрируется перегиб в области тела желчного пузыря (частично устраниющийся в положении стоя).

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения.
5. Сформулируйте рекомендации по профилактике обострений заболевания.

ЗАДАЧА

Во время профилактического осмотра ребёнка 1 года жизни врач-педиатр участковый обратила внимание на бледность кожных покровов и слизистых оболочек. При сборе анамнеза стало известно: мать - студентка 19 лет; ребёнок быстро утомляется, раздражителен, не активен, мать отмечает потерю аппетита. На первом году жизни питание ребёнка однообразное: молочная манная каша дважды в день, сладкое, картофельное пюре, молоко, из мясных продуктов курица 1-2 раза в неделю. Другие продукты предпочитают ему не давать. На таком питании отмечались высокие прибавки в весе. Гуляют редко.

Анамнез жизни: ребёнок от первой беременности, протекавшей на фоне анемии лёгкой степени тяжести, первых физиологических родов, искусственное вскармливание с 2 месяцев - смесь «Малютка 1», с 6 месяцев - цельное коровье молоко по причине материальных затруднений в семье, злаковый прикорм начали вводить с 5 месяцев, мясные продукты и овощи получает с 8 месяцев.

В настоящее время в сутки употребляет до 600 мл молока и кефира. На первом году мальчик 6 раз болел ОРВИ.

При осмотре: состояние у мальчика удовлетворительное. Рост - 78 см, масса - 12 кг. Бледность кожных покровов и видимых слизистых, ушных раковин,

подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно, периферические лимфатические узлы не увеличены, мышечная гипотония. Отмечается истончение и ломкость ногтей и волос, заеды в углах рта. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД - 30 в минуту. Со стороны сердца: тоны приглушены, выслушивается систолический шум, границы сердца не расширены. ЧСС - 128 ударов в минуту. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из подреберья. Стул регулярный 1 раз в день, оформленный, диурез достаточный.

При проведении общего анализа крови выявлено: Эр - $3,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 89 г/л, цветовой показатель - 0,76. В мазках: Эритроциты бледной окраски, микро-анизоцитоз.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте лечение и обоснуйте его.
5. Через 3 недели приёма лекарственного препарата Эр - $4,0 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Нв - 118 г/л,

ретикулоциты - 3%. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА

Родители мальчика 4 лет обратились к врачу-педиатру участковому с жалобами на длительный кашель после перенесённой ОРВИ.

Мальчик от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении - 3300 г, длина - 51 см. Закричал сразу, к груди приложен на первые сутки. Выписан из роддома на 6 день. Период новорождённости протекал без особенностей. С 3,5 месяцев переведён на искусственное вскармливание. Сидит с 7 месяцев, стоит с 10 месяцев, ходит с 1 года. Профилактические прививки проводились по индивидуальному календарю щадящим методом из-за атопического

дерматита. С 3,5 лет посещает детский сад. С этого же времени часто болеет ОРВИ, которые сопровождались кашлем, продолжающимся более 3 недель. Врач - оториноларинголог диагностировал аденоидные вегетации II степени.

Семейный анамнез: у матери ребёнка - пищевая и лекарственная аллергия, отец - практически здоров, много курит.

Заболевание началось с повышения температуры, головной боли, отделяемого из носа, сухого кашля, который через несколько дней стал влажным. Кашель усиливался утром. Симптоматическое лечение (микстура от кашля) облегчения не приносило. Был приглашён врач-педиатр участковый.

При осмотре состояние ребёнка средней тяжести. Выражены бледность кожных покровов, слезотечение, ринорея. Кашель влажный. Температура тела - 37,2 °С. Над лёгкими перкуторный звук лёгочный с небольшим коробочным оттенком. Аускультативно: на фоне удлинённого выдоха - рассеянные сухие, свистящие хрипы и среднепузырчатые влажные. ЧД - 28 в минуту. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, шумов нет. ЧСС - 110 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под правого края рёбер.

Общий анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - $5,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты - $4,9 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 48%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 38%, моноциты - 9%, СОЭ - 6 мм/час. Рентгенография грудной клетки: усиление лёгочного рисунка, особенно в области корней лёгких, за счёт сосудистого компонента и перибронхиальных изменений.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие наиболее частые причины приводят к данному заболеванию?
3. Назначьте лечение.
4. В каких случаях проводят диагностическую бронхоскопию?
5. Каков прогноз?

ЗАДАЧА

На приём к врачу-педиатру участковому обратились родители с жалобами на кожный зуд и высыпания в области щёк у 6 месячного ребёнка. Мальчик находится на естественном вскармливании. Высыпания и зуд появились 2 недели назад после употребления матерью креветок. При дополнительном расспросе выяснилось, что отец страдает поллинозом, а у матери ребёнка в детстве был диатез.

При осмотре мальчика отмечается яркая отёчная эритема кожи щёк, множественные микровезикулы, мокнущие точечные эрозии и серозные корки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы антигистаминных лекарственных средств Вы бы рекомендовали ребёнку 6 месяцев с данным диагнозом в составе комбинированной терапии согласно федеральным клиническим рекомендациям? Обоснуйте свой выбор.
5. При повторной консультации через 7 дней отмечается существенное уменьшение интенсивности кожного зуда. В общем анализе крови обнаружена эозинофилия (8%). При определении методом ИФА уровня общего иммуноглобулина Е отмечается повышение его содержания до 75 МЕ. Какова Ваша дальнейшая тактика лечения и наблюдения?

ЗАДАЧА

На приём к врачу-педиатру участковому обратилась мать с ребёнком 7 лет. Жалобы на обильные высыпания на коже туловища ребёнка.

Высыпания появились неделю назад в области живота, быстро распространились по коже туловища. За 3 дня до появления сыпи мальчик посетил бассейн.

Аллергических заболеваний у ребёнка и его родственников нет. Появление высыпаний с приёмом пищевых продуктов или медикаментов родители не связывают.

При осмотре на коже туловища отмечались множественные плоские пузыри с тонкой покрышкой и мутным содержимым, от 1 до 3 см в диаметре, а также большое количество жёлтых корок на месте ссохшихся пузьрей.

Общее состояние ребёнка удовлетворительное. Посещает школу.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какое наружное средство и в виде какой лекарственной формы Вы бы рекомендовали пациенту для местного лечения? Обоснуйте свой выбор.
5. При повторной консультации через 7 дней отмечается регресс высыпаний. Сохраняются гиперпигментация и незначительные корки. В общем анализе крови не обнаружен лейкоцитоз и повышенная СОЭ. Какова Ваша дальнейшая тактика лечения и наблюдения?

ЗАДАЧА

На приём к врачу-педиатру участковому обратился отец с сыном 12 лет. Мальчика беспокоят высыпания на коже, сильный зуд в ночное время (при засыпании). Высыпания появились неделю назад на коже кистей, лучезапястных суставов, быстро распространились.

Мальчик с 7 лет занимается спортом, посещает секцию борьбы. Постоянно участвует в соревнованиях, выезжает на сборы. Вернулся с соревнований за неделю до заболевания.

При осмотре: на боковой поверхности пальцев рук и в области лучезапястных суставов имеются единичные пузырьки. На коже локтей, бедер и живота отмечаются мелкие пузырьковые и узелковые элементы до 3-4 мм в диаметре, часть которых расположена попарно. На коже туловища и конечностей имеются точечные и линейные экскориации, в области

локтей - геморрагические корки. Кожа шеи и головы свободна от высыпаний.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Дайте рекомендации по лечению. Какое наружное средство рекомендуется пациенту для лечения?
5. При повторной консультации через 7 дней отмечен полный регресс высыпаний. Какова дальнейшая тактика врача-педиатра участкового?

12. Критерии оценивания собеседования

«Отлично»	Выпускник демонстрирует: свободное владение профессиональной терминологией; высокий уровень теоретических знаний и умение использовать их для решения профессиональных задач; исчерпывающее последовательное, обоснованное и логически стройное изложение ответа, без ошибок, высокое умение объяснять
	сущность клинических явлений и процессов. Речь грамотная, лаконичная, с правильной расстановкой акцентов. На дополнительные вопросы даёт уверенные правильные и точные ответы.
«Хорошо»	Выпускник демонстрирует: уверенное владение профессиональной терминологией; достаточный уровень теоретических знаний и умения использовать их для решения профессиональных задач; достаточное умение объяснять сущность клинических явлений и процессов. Допускает не больше двух неточностей или несущественных ошибок в логике изложения ответа и/или в содержании. Речь грамотная. На дополнительные вопросы даёт правильные ответы.

«Удовлетворительно»	<p>Выпускник демонстрирует: владение профессиональной терминологией; удовлетворительный уровень теоретических знаний и умения использовать их для решения профессиональных задач; удовлетворительное умение объяснять сущность клинических явлений и процессов; ответ дан в целом правильно, однако неполно; логика ответов недостаточно выстроена, допускает несколько неточностей, ошибок. Речь грамотная. Затрудняется в ответах на дополнительные вопросы, либо отвечает с ошибками.</p>
«Неудовлетворительно»	<p>Выпускник слабо владеет профессиональной терминологией, демонстрирует низкий уровень теоретических знаний и умения использовать их для решения профессиональных задач. Ответ не структурирован, допускает существенные ошибки.</p> <p>Встречает значительные затруднения при ответе на дополнительные вопросы, либо не отвечает на них.</p>

13. Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену

Междисциплинарный государственный экзамен является завершающим этапом освоения образовательной программы, механизмом оценки результатов обучения и установления соответствия уровня профессиональной подготовки выпускников требованиям ФГОС ВО.

Подготовка к экзамену способствует закреплению, углублению и систематизации знаний в разрезе использования их при решении комплексных, практикоориентированных задач, приближенных к реальной профессиональной медицинской деятельности.

Для полноценной подготовки к государственной итоговой аттестации студенту необходимо максимально использовать все рекомендованные учебно-методические ресурсы – учебники, учебно-методические и учебные пособия, а также собственные конспекты лекций. Конспекты помогут

быстрее сориентироваться в теме, т.к. они в сжатом, концентрированном виде содержат главные вопросы по теме.

Представляется крайне важным посещение студентами проводимой перед междисциплинарным государственным экзаменом консультации. На консультации есть возможность задать вопросы преподавателю по тем разделам и темам, которые вызывают затруднения.

К ответу выпускника на государственном экзамене предъявляются следующие требования: ответ должен строго соответствовать объему билета; полностью раскрывать содержание вопросов билета; соответствовать нормам и правилам публичной речи; быть четким, обоснованным, логичным.

Во время ответа студент должен быть готовым к дополнительным или уточняющим вопросам. Дополнительные вопросы задаются членами государственной комиссии в рамках билета и связаны, как правило, с неполным ответом и направлены на уточнение ответа студента.

Важно, чтобы студент грамотно распределил время, отведенное для подготовки к государственной итоговой аттестации. Подготовку к экзамену студент должен вести систематично.

Этапы работы с конспектом и учебной литературой рекомендуется выстроить следующим образом:

1. Подготовить необходимую информационно-справочную и рекомендованную учебно-методическую литературу для получения исчерпывающих сведений по каждой теме программы экзамена.
2. Уточнить наличие содержания и объем материала в лекциях и учебной литературе для раскрытия вопроса. Подготовка к раскрытию проблемы по разным источникам – залог глубокой и основательной подготовки.
3. Дополнить конспекты недостающей информацией по отдельным аспектам, без которых невозможен полный ответ.

Памятка по сдаче экзамена:

1. Внимательно прочтите содержание задачи, остановитесь на ключевых словах.

2. На листе можно составить план ответа, наметив ключевые моменты и их взаимосвязь; удобно также делать краткие записи, структурирующие ответ.
3. Обратите внимание на то, с чего начнете ответ. Лучше начинать изложение с того, в чем есть глубокая уверенность.
4. Отвечайте по существу вопросов задачи.

14. Список рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену

№ п\п	Название издания (библиографическое описание)
1	2
1.	Детские болезни : [в 2 т.] : рекомендовано УМО : [учебник для студентов вузов] / Н.П. Шабалов. - 7-е изд., перераб. и доп. - СанктПетербург : ПИТЕР, 2012.
2.	Педиатрия. Избранные лекции : учебное пособие / под ред. Г.А. Самсыгиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009
3.	Учайкин В.Ф. Инфекционные болезни у детей: учебник. / В.Ф. Учайкин, Н.И. Нисевич, О.В. Шамшева О.В. – М.: ГЭОТАР–МЕДИА, 2013. (ЭБС Конс. студ.)
4.	Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1040 с. : ил. (ЭБС Конс. студ.)
5.	Аnestезиология и интенсивная терапия в педиатрии: учебник под ред. В.А. Михельсона, В.А. Гребенникова. М.: МЕДпресс-информ, 2009
6.	Туберкулинодиагностика: учебное пособие. Мишин В.Ю. 2013. - 136 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") (ЭБС Конс. студ.)
7.	Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии. Под редакцией Баранова А.А., М., 2009 г. (ЭР)
8.	Поликлиническая педиатрия в схемах и таблицах. Учебное пособие под редакцией проф. Сависько А.А., 2009 г.

Интернет-ресурсы

**ЭЛЕКТОРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ
РЕСУРСЫ**

**Доступ к
ресурсу**

Электронная библиотека РостГМУ. – URL: http://109.195.230.156:9080/oracg/	Доступ неограничен
Консультант студента [Комплекты: «Медицина. Здравоохранение. ВО», «Медицина. Здравоохранение СПО», «Психологические науки», к отдельным изданиям комплектов: «Гуманитарные и социальные науки», «Естественные и точные науки» входящих в «ЭБС «Консультант студента»] : Электронная библиотечная система. – Москва : ООО «Консультант студента». - URL: https://www.studentlibrary.ru + возможности для инклюзивного образования	Доступ неограничен
СИС «MedBaseGeotar» [ЭМБ «Консультант врача» + «Золотая серия» + «Право. Юридич. поддержка врача» + «Клиническая лабораторная диагностика» + «Взаимодействие лекарственных средств»] : Справочно-информационная система. – Москва : ООО «Консультант студента». - URL: https://mbasegeotar.ru + возможности для инклюзивного образования	Доступ неограничен
Национальная электронная библиотека. - URL: http://нэб.рф/ + возможности для инклюзивного образования	Виртуальный читальный зал при библиотеке
Научная электронная библиотека eLIBRARY. - URL: http://elibrary.ru + возможности для инклюзивного образования	Доступ открытый
Математический институт им. В.А. Стеклова Российской академии наук Электронные версии журналов МИАН. – URL: http://www.mathnet.ru по IP-адресам РостГМУ (<i>Нацпроект</i>).	Доступ не ограничен. Бессрочная подписка
Российская академия наук Электронные версии журналов РАН. – URL: https://journals.rsci.science/ по IP-адресам РостГМУ (<i>Нацпроект</i>).	Доступ не ограничен. Бессрочная подписка
БД издательства Springer Nature. - URL: https://link.springer.com/ по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации, удалённо через КИАС РФФИ https://kias.rfbr.ru/reg/index.php (<i>Нацпроект</i>)	Доступ не ограничен. Бессрочная подписка
Wiley Journal Backfiles : БД [Полнотекстовая коллекция электронных журналов John Wiley & Sons Ins] : архив / Wiley. – URL : https://onlinelibrary.wiley.com/ по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (<i>Нацпроект</i>).	Доступ не ограничен. Бессрочная подписка
Wiley Journals Database : БД [Полнотекстовая коллекция электронных журналов Medical Sciences Journal Backfile] : архив / Wiley. – URL : https://onlinelibrary.wiley.com/ по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (<i>Нацпроект</i>)	Доступ не ограничен. Бессрочная подписка
Ресурсы открытого доступа	
Российское образование : федеральный портал. - URL: http://www.edu.ru/ .	Доступ открытый
Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: https://femb.ru/femb/ (поисковая система Яндекс) + возможности для инклюзивного образования	Доступ открытый
ЦНМБ имени Сеченова. - URL: https://rucml.ru (поисковая система Яндекс) + возможности для инклюзивного образования	Доступ ограничен

КиберЛенинка : научная электронная библиотека. - URL: https://cyberleninka.ru/ (поисковая система Яндекс)	Доступ открытый
РГБ. Фонд диссертаций. - URL: https://www.rsl.ru/ru/about/funds/disser + возможности для инклюзивного образования. Регистрация бесплатная.	Доступ ограничен
Президентская библиотека : офиц. сайт. - URL: https://www.prlib.ru/collections + возможности для инклюзивного образования	Доступ открытый
Научное наследие России : электронная библиотека / МСЦ РАН. - URL: http://www.e-heritage.ru/	Доступ открытый
КООВ.ru : электронная библиотека книг по медицинской психологии. - URL: http://www.koob.ru/medical_psychology/	Доступ открытый
Med-Edu.ru : медицинский образовательный видеопортал. - URL: http://www.med-edu.ru/ . Регистрация бесплатная.	Доступ открытый
Мир врача : профессиональный портал [информационный ресурс для врачей и студентов]. - URL: https://mirvracha.ru (поисковая система Яндекс). Бесплатная регистрация	Доступ открытый
DoctorSPB.ru : информ.-справ. портал о медицине [для студентов и врачей]. - URL: http://doctorspb.ru/	Доступ открытый
МЕДВЕСТИНИК : портал российского врача [библиотека, база знаний]. - URL: https://medvestnik.ru	Доступ открытый
Медлайн.Ру : медико-биологический информационный портал для специалистов : сетевое электронное научное издание. - URL: http://www.medline.ru	Доступ открытый
Lvrach.ru : мед. науч.-практич. портал [профессиональный ресурс для врачей и мед. сообщества, на базе журнала «Лечащий врач»]. - URL: https://www.lvrach.ru/ (поисковая система Яндекс)	Доступ открытый
Univadis from Medscape : международ. мед. портал. - URL: https://www.univadis.com/ [Регулярно обновляемая база уникальных информ. и образоват. мед. ресурсов]. Регистрация бесплатная	Доступ открытый
Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России : сайт. - URL: https://cr.menzdrav.gov.ru/ (поисковая система Яндекс). Регистрация бесплатная.	Доступ открытый
Вебмединфо.ру : мед. сайт [открытый информ.-образовательный медицинский ресурс]. – Москва. - URL: https://webmedinfo.ru/	Доступ открытый
Русский врач : сайт [новости для врачей и архив мед. журналов] / ИД «Русский врач». - URL: https://rusvrach.ru/	Доступ открытый
Meduniver.com Все по медицине : сайт [для студентов-медиков]. - URL: www.meduniver.com	Доступ открытый
Всё о первой помощи : офиц. сайт. - URL: https://allfirstaid.ru/ . - Регистрация бесплатная	Доступ открытый
Книги. Журналы	

Эко-Вектор : портал научных журналов / IT-платформа российской ГК «ЭКО-Вектор». - URL: http://journals.ecovector.com/	Доступ открытый
Медицинский Вестник Юга России : электрон. журнал / РостГМУ. - URL: http://www.medicalherald.ru/jour (поисковая система Яндекс)	Контент открытого доступа
Вестник урологии («Urology Herald») : электрон. журнал / РостГМУ. – URL: https://www.urovest.ru/jour (поисковая система Яндекс)	Контент открытого доступа
Южно-Российский журнал терапевтической практики	Контент открытого

РостГМУ. – URL: http://www.therapeutic-j.ru/jour/index (поисковая система Яндекс)	доступа
Кокрейн Россия : сайт. Российское отделение Коクリановского сотрудничества / РМАНПО. – URL: https://russia.cochrane.org/	Контент открытого доступа
Cochrane Library : офиц. сайт ; раздел «Open Access». - URL: https://cochranelibrary.com/about/open-access	Доступ открытый
The Lancet : офиц. сайт. – URL: https://www.thelancet.com	Доступ открытый
BioMed Central (BMC) — сайт и открытая полнотекстовая база изд-ва. - URL: https://www.biomedcentral.com/ (поисковая система Яндекс). Регистрация бесплатная	Доступ открытый
PubMed : электронная поисковая система [по биомедицинским исследованиям]. - URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/ (поисковая система Яндекс)	Доступ открытый
SciELO : научная электронная библиотека онлайн [БД журналов открытого доступа по всем направлениям]. - URL: http://lms.iite.unesco.org/?lang=ru	Контент открытого доступа
ScienceDirect : офиц. сайт; раздел «Open Access» / Elsevier. - URL: https://www.elsevier.com/open-access/open-access-journals	Доступ открытый
Архив научных журналов / НП НЭИКОН. - URL: https://arch.neicon.ru/xmlui/ (поисковая система Яндекс)	Контент открытого доступа
Consilium Medicum : рецензируемый научный медицинский журнал - URL: https://consilium.orscience.ru/2075-1753/index	Контент открытого доступа
Медицинские журналы по онкологии. - URL: https://rosoncoweb.ru/library/journals/	Доступ открытый
MDPI - Publisher of Open Access Journals : сайт изд-ва. - URL: https://www.mdpi.com/ . - Контент на этой платформе доступен всем бесплатно	Контент открытого доступа
SAGE Openaccess : ресурсы открытого доступа / Sage Publications. – URL: https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/open-access-at-sage	Контент открытого доступа
Taylor & Francis. Dove Medical Press. Open access journals. - URL: https://www.tandfonline.com/openaccess/dove . Рецензируемые научные медицинские журналы открытого доступа.	Контент открытого доступа
Taylor & Francis. Open access books. - URL:	Контент открытого доступа

https://www.routledge.com/our-products/open-accessbooks/taylor-francis-oa-books . Издания по всем отраслям знаний.	
EBSCO & Open Access : ресурсы открытого доступа. – URL: https://www.ebsco.com/open-access (поисковая система Яндекс)	Контент открытого доступа
Thieme. Open access journals : журналы открытого доступа / Thieme Medical Publishing Group . – URL: https://open.thieme.com/home (поисковая система Яндекс)	Контент открытого доступа
Karger Open Access : журналы открытого доступа / S. Karger AG. – URL: https://web.archive.org/web/20180519142632/https://www.karger.com/OpenAccess (поисковая система Яндекс)	Контент открытого доступа
DOAJ. Directory of Open Access Journals : [полнотекстовые журналы 121 стран мира, в т.ч. по медицине, биологии, химии]. - URL: http://www.doaj.org/	Контент открытого доступа
Free Medical Journals . - URL: http://freemedicaljournals.com	Контент открытого доступа
Free Medical Books . - URL: http://www.freebooks4doctors.com	Контент открытого доступа
International Scientific Publications . – URL: http://www.scientificpublications.net/ru/	Контент открытого доступа
ONCOLOGY.ru : информационный портал. - URL: https://oncology.ru/ . Бесплатная регистрация.	Доступ открытый
ГастроScan. Функциональная гастроэнтерология : сайт. - URL: www.gastroscan.ru	Доступ открытый
ФБУЗ «Информационно-методический центр» Роспотребнадзора : офиц. сайт. – URL: https://www.crc.ru . Версия для слабовидящих.	Доступ открытый
Министерство здравоохранения Российской Федерации : офиц. сайт. - URL: https://minzdrav.gov.ru (поисковая система Яндекс). Версия для слабовидящих.	Доступ открытый
Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения : офиц. сайт. - URL: https://roszdravnadzor.gov.ru/ (поисковая система Яндекс). Версия для слабовидящих.	Доступ открытый
Всемирная организация здравоохранения : офиц. сайт. - URL: http://who.int/ru/	Доступ открытый
Министерство науки и высшего образования Российской Федерации : офиц. сайт. - URL: http://minobrnauki.gov.ru/ (поисковая система Яндекс)	Доступ открытый
Современные проблемы науки и образования : электрон. журнал. Сетевое издание. - URL: http://www.scienceeducation.ru/ru/issue/index	Контент открытого доступа
Словари и энциклопедии на Академике . - URL: http://dic.academic.ru/	Доступ открытый

Официальный интернет-портал правовой информации. - URL: http://pravo.gov.ru/	Доступ открытый
Образование на русском : образовательный портал / Гос. ин-т рус. яз. им. А.С. Пушкина. - URL: http://pushkininstitute.ru/ . Регистрация бесплатная	Доступ открытый
История.РФ. [главный исторический портал страны]. - URL: https://histrf.ru/ (поисковая система Яндекс)	Доступ открытый
Другие открытые ресурсы вы можете найти по адресу: http://rostgmu.ru → Библиотека → Электронный каталог → Открытые ресурсы интернет → далее по ключевому слову...	