Детская хирургия

Задача 1

В отделении патологии новорожденных лечился ребенок 26 дней по поводу омфалита и пиодермии. Двое суток назад обратили внимание на припухлость правого плечевого сустава, отсутствие активных движений в правой конечности, болезненность при пассивных движениях.

1.Предварительный диагноз.

2. План обследования.

3. Инструментальный план обследования.

4. Местное лечение.

5.Общее лечение.

Задача 2

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов, в срок, с массой тела 3000г. Состояние после рождения удовлетворительное. Со стороны сердца и легких патологии не выявлено. Живот мягкий, несколько вздут. При осмотре промежности отмечено отсутствие анального отверстия. По средней линии - кожный валик, седалищные бугры сближены, симптом толчка отрицателен.

Возраст 1 сутки. pH - 7,32, pCО2 - 36, BE - -4, Hb 220 г/л, Нt - 65%.

1. Клинический диагноз.

2. План обследования.

3. Дополнительные методы исследования и осмотр узких специалистов

4. Специфические методы исследования.

5.Тактика лечения.

Задача 3

На 8 сутки жизни отмечено значительное ухудшение в состоянии ребенка. Выражен токсикоз, температура 38,5°C, cосет вяло, срыгивает молоком, живот вздут, мягкий, безболезненный, стул частый жидкий с примесью слизи и зелени.

В пояснично-крестцовой области обнаружен участок гиперемии и инфильтрации мягких тканей размером 8х6 см. Быстро распространяется. Кожа горячая на ощупь, багрового цвета, в центре очага цианотичного оттенка, отечная, пальпация резко болезненна. На теле обнаружены единичные гнойничковые элементы, пупочная ранка широкая с фибринозными наложениями.

Вес ребенка на момент осмотра 3200г. Общий анализ крови: лейкоцитоз 12500, палочкоядерные -12, сегментоядерные -24, эозинофилы -2, лимфоциты 58, моноциты -10, СОЭ-16.

1. Предварительный диагноз.

2. План обследования.

3. Окончательный диагноз.

4. Тактика лечения.

5.Хирургическое лечение.

Задача 4

На 5 сутки жизни отмечено значительное ухудшение в состоянии ребенка, выражен токсикоз, температура 38,8. Ребенок вял, кожные покровы мраморные с сероватым оттенком. При обследовании обнаружена гиперемия кожи нижней части живота с переходом на промежность и бедра с четкими границами фестончатой формы. Кожа горячая, деревянистой плотности, пальпация резко болезненна на периферии. Ребенок за сутки потерял в весе 120 г. Вес ребенка на момент осмотра 2800. Общий анализ крови: лейкоцитоз 16300, палочкоядерные -32, сегментоядерные - 51, эозинофилы -0, лимфоциты - 11, моноциты -6, СОЭ - 6.

1. Предварительный диагноз.

2. План обследования.

3. Дифференциальная диагностика.

4. Местное лечение.

5.Общее лечение.

Задача 5

Ребенок родился от первой нормально протекавшей беременности и родов, с массой 3600. Ранний период адаптации протекал без особенности. Находился на естественном вскармливании. Прибавил за месяц 700г. С месячного возраста ребенок начал срыгивать створоженным молоком 1-2 раза в день, затем появилась обильная рвота “фонтаном”.

Осмотрен педиатром в возрасте 1 месяца 10 дней, потеря веса за неделю 400г. Состояние тяжелое, вял, тургор тканей снижен, подкожно-жировой слой развит слабо. Во время осмотра была рвота “фонтаном” с примесью старой крови. Со стороны сердца и легких без особенности. Живот мягкий, вздут в эпигастрии, видна усиленная перистальтика желудка в виде “песочных часов”. Вес ребенка 3700, pH-7,56, pCO2, -38, BE + 12, Hb - 112 г/л, Ht - 56%, Калий плазмы - 3,2 мэкв/л, Натрий плазмы - 135 мэкв/л.

1. Предварительный диагноз.

2. Дифференциальный диагноз.

3. План обследования.

4. Тактика лечения.

5.Оперативное лечение.

Задача 6

Ребенок переведен на 6-е сутки жизни в тяжелом состоянии с явлениями токсикоза и эксикоза, повторной рвотой кишечным содержимым (при зондировании удалено до 60 мл). Кожные покровы бледно-цианотичные, мраморные, тургор снижен, акроцианоз. Дыхание частое, поверхностное, сердечные тоны глухие. Живот вздут, болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Брюшная стенка отечна. Перистальтика кишечника ослаблена. При осмотре из прямой кишки получен скудный стул с прожилками алой крови. Из анамнеза известно, что ребенок родился с массой 2200, от преждевременных родов с частичной отслойкой плаценты, с оценкой по Апгар 4/6 баллов. С рождения сосал вяло, срыгивал молоком, с 2-х суток – с примесью желчи. Меконий отошел в первые сутки, последующие дни стул 3-4 раза в день скудными порциями. Терял в весе. Вес ребенка 2150, pH-7,21, pCO 2 - 38, BE - 12, Hb-145 г/л,Ht- 68%, Натрий плазмы - 123 мэкв/л, Калий плазмы – 3,8 мэкв/л.

1. Предварительный диагноз.

2. План обследования.

3. Параклинические методы обследования.

4. Тактика лечения.

5.Дальнейшая тактика.

Задача 7

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов в срок, с массой 3500. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Состояние после рождения расценено как удовлетворительное, сосал активно, стул меконеальный. К концу 2-х суток состояние резко ухудшилось: беспокоен, стонет, не сосет, рвота с желчью. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, мраморные, акроцианоз. Дыхание частое, поверхностное, аритмичное. Сердечные тоны глухие до 160 в мин. Живот резко вздут, болезненный, напряженный. Перистальтика кишечника не выслушивается. Перкуторно - “печеночная тупость” не определяется. Стул и газы не отходят. Вес ребенка 3200, pH-7,21, pCO2-40, BE- -13, Hb- 185г/л, Ht-68%, Натрий плазмы 135 мэкв/л, Калий плазмы - 5,2 мэкв/л.

1. Предварительный диагноз.

2. План обследования.

3. Окончательный диагноз.

4. Тактика лечения.

5.Дальнейшая тактика.

Задача 8

У ребенка, рожденного от беременности, протекавшей с угрозой выкидыша, преждевременных родов, обнаружено расширение пупочного кольца, через которое выбухают кишечные петли, покрытые пуповинными оболочками. Состояние после рождения тяжелое, вял, кожные покровы розовые, акроцианоз, дыхание до 54 в мин, сердечные тоны приглушены, до 152 в мин., печень +4см. Вес ребенка 3800 на первые сутки жизни, pH-7,21, pCO2-40, BE- -13, Hb- 220г/л, Ht-72%, Натрий плазмы 135 мэкв/л, Калий плазмы - 5,2 мэкв/л, сахар 2,5ммоль/л.

1. Предварительный диагноз.

2. План обследования.

3. Дополнительное обследование.

4. Факторы, влияющие на выбор метода лечения.

5.Тактика лечения в данном случае.

Задача 9

У ребенка, рожденного от 2 беременности, протекавшей с угрозой выкидыша, преждевременных родов обнаружен дефект брюшной стенки слева от пуповины, через который эвентрированы отечные, покрытые фибрином кишечные петли. Состояние после рождения тяжелое, вял, кожные покровы бледные, акроцианоз, дыхание до 48 в мин, сердечные тоны приглушены, до 160 в мин. Вес ребенка 2200г. на первые сутки жизни, pH-7,29, pCO2-40, BE- -6, Hb- 156г/л, Ht-65%, Натрий плазмы 135 мэкв/л, Калий плазмы - 5,2 мэкв/л, мочевина 12,5ммоль/л.

1. Предварительный диагноз.

2. План обследования.

3. Дополнительное обследование.

4. Лечение.

5.Объем оперативного вмешательства.

Задача 10

Ребенок 1,5 лет сделал глоток уксусной эссенции 30 минут назад. Вы осматриваете ребенка дома.

1. Какие неотложные мероприятия необходимо провести.

2. Какая дальнейшая тактика обследования и лечения.

3. Тактика при I ст. ожога.

4. Тактика при II ст. ожога.

5.Тактика при III ст. ожога.

Задача 11

Ребенок 2 лет с жалобами на бледность, стойкое, не поддающееся коррекции снижение показателей гемоглобина до 90 г/л, периодические рвоты съеденной пищей. Ребенок родился с массой 3000г. С рождения часто срыгивал после еды, особенно в горизонтальном положении, плохо прибавлял в весе. На фоне консервативного лечения лечебными смесями срыгивания и рвоты стали редкими. После года несколько раз лечился по поводу анемии неясной этиологии.

1. Предварительный диагноз.

2. План обследования.

3. Дифференциальный диагноз.

4. Тактика лечения.

5.Объем оперативного лечения.

Задача 12

У мальчика с 6 лет через несколько часов после еды периодически стала появляться рвота съеденной пищей. В настоящее время еду постоянно запивает водой. Ощущая дисфагию может вызывать рвоту во время еды. Рвотные массы кислого запаха не имеют.

1. Предварительный диагноз.

2. План обследования.

3. Дифференциальный диагноз.

4. Тактика лечения при выявлении стеноза.

5.Тактика лечения при выявлении ахалазии.

Задача 13

Мама с ребенком 4 недель пришла в поликлинику на контрольное взвешивание. Прибавка в весе составила 300г. При сборе анамнеза выявлено, что у ребенка частые срыгивания молоком после кормления особенно в горизонтальном положении.

1. Предварительный диагноз.

2. План обследования.

3. Дифференциальная диагностика.

4. Тактика лечения.

5.Объем консервативного лечения.

Задача 14

Девочке 4 года. Год назад ребенок выпил глоток нашатырного спирта. Проводилось симптоматическое лечение. Через 3 месяца в связи с дисфагией ребенку была наложена гастростома для кормления. При осмотре ребенок гипотрофичен, с трудом глотает слюну.

1. Предварительный диагноз.

2. План обследования.

3. Общее лечение.

4. Местное лечение.

5.Дальнейшая тактика.

Задача 15

Ребенок 1,5 лет болен в течение 7 дней правосторонней пневмонией. Внезапно состояние ухудшилось. Появилась одышка до 80 в мин., цианоз, кряхтящее дыхание. Температура 37,5. Правая половина грудной клетки вздута. Перкуторно справа – коробочный звук, аускультативно здесь же – дыхание не прослушивается.

1. Предварительный диагноз.

2. План обследования.

3. Общее лечение.

4. Лечение.

Задача 16

Вы вызваны к ребенку 6 месяцев через 8 часов от начала заболевания. Мать рассказала, что среди полного благополучия возникли приступы резкого беспокойства, отказ от еды, сучит ножками. Стул был накануне нормальный. При ректальном исследовании появились выделения типа малинового желе.

1. Предварительный диагноз.

2. План обследования.

3. Виды инвагинации кишечника.

4. Тактика.

5.Контрольное обследование после расправления.

Задача 17

У девочки 13 лет в течение 3 дней отмечались боли в животе, повышение температуры, рвота. При осмотре ребенок бледный, вялый, жалуется на боли в животе. Температура 37,7. Со стороны органов грудной полости отклонений не выявлено. Пульс 92 удара в 1 мин. Живот не вздут, при пальпации в правой подвздошной области определяется болезненное неподвижное плотное образование 6 х 6 см. Симптом Щеткина-Блюмберга слабо положителен. Лейкоцитоз 8200.

1. Предварительный диагноз.

2. План общеклинического обследования.

3. Дополнительные методы обследования.

4. Тактика.

5.Тактика при успешности консервативной терапии.

Задача 18

Ребенок 6 лет поступил в клинику с диагнозом цирроз печени. Состояние внезапно ухудшилось, появилась рвота “кофейной гущей”. Кожные покровы бледные, холодные. Пульс частый, слабого наполнения. АД 90/50. Гемоглобин 86 г/л.

1. Предварительный диагноз.

2. План обследования.

3. Дополнительные методы исследования.

4. Тактика лечения.

5.Дальнейшая тактика.

Задача 19

Ребенок 7 лет поступил в клинику с жалобами на боли в правой половине живота, тошноту. Лейкоцитоз 5700. Подобные боли бывали и раньше. В процессе обследования диагноз острого аппендицита был исключен.

1. Патология, которую нужно исключить.

2. Дальнейший план обследования.

3. Дополнительные методы исследования.

4. Консультации узких специалистов.

5.Дальнейшая тактика.

Задача 20

Вы вызваны к ребенку 8-и лет, состояние которого внезапно ухудшилось, появилась рвота “кофейной гущей”. Живот мягкий безболезненный, пальпируется увеличенная селезенка.

1. Предварительный диагноз.

2. Виды портальной гипертензии.

3. План обследования.

4. Тактика лечения.

5.Дальнейшее лечение.

Задача 21

Мальчик 2 лет доставлен в приемное отделение детской больницы через сутки от начала заболевания с подозрением на острый аппендицит. Заболел остро с повышения температуры до 38,6, насморка, кашля. Выражена одышка. Дыхание жесткое, прослушиваются единичные влажные хрипы. Язык влажный. Пульс 106 в мин. Ребенок сопротивляется осмотру, плачет, напрягает живот.

1. Предварительный диагноз.

2. План обследования.

3. Дифференциальный диагноз.

4. Окончательный диагноз.

5.Тактика.

Задача 22

Девочка 3 лет заболела остро, появилась боль в нижних отделах живота, температура 39,4, двукратная рвота. Общее состояние быстро ухудшается. Ребенок вял, отказывается от еды, язык сухой. При осмотре живот напряжен и болезненен во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положителен. Гиперемия зева и слизистых, мацерация и выделения из влагалища.

1. Предварительный диагноз.

2. План обследования.

3. Причина данной патологии.

4. Лечение.

5.Подтверждение диагноза.

Задача 23

Вы вызваны к ребенку 3-х месяцев в связи с жалобами на вялость, слабость, плохой аппетит, частые срыгивания, отсутствие стула в течение 3 дней. В анамнезе: самостоятельного стула нет с рождения, только после клизмы. В последнее время стул получали с трудом. Живот увеличился в размерах.

1. Предварительный диагноз.

2. План обследования.

3. Инструментальный план обследования.

4. Тактика лечения.

5.Дальнейшая тактика.

Задача 24

Вы вызваны к новорожденному ребенку в связи с отсутствием стула. Появилось вздутие живота. Ребенок плохо ест, срыгивает. При осмотре девочки наружные половые органы сформированы правильно. Промежность испачкана каловыми массами.

1. Предварительный диагноз.

2. Тактика обследования.

3. Специальные методы исследования.

4. Тактика лечения.

5.Дальнейшая тактика лечения.

Задача 25

Вы вызваны к ребенку 7 лет по поводу сильных приступообразных болей в животе, повторной рвоты с примесью желчи. Стула не было 2 суток. В анамнезе в возрасте 3-х лет - аппендэктомия.

1. Предварительный диагноз.

2. Тактика обследования.

3. Специальные методы обследования.

4. Тактика.

5.Лечение.

Задача 26

В соматическом отделении находится ребенок 2 лет с двусторонней пневмонией. Несмотря на проводимое лечение у ребенка нарастает вздутие живота, рвота с примесью желчи, одышка. Стула не было 1,5 суток. При осмотре живот вздут, мягкий. Перистальтика кишечника вялая.

1. Предварительный диагноз.

2. Тактика обследования.

3. Лечение основного заболевания.

4. Лечение пареза кишечника.

5.Оценка эффективности лечения.

Задача 27

Вы осматриваете ребенка 6 лет с жалобами на склонность к запорам в течение последнего года и выделения алой крови в конце акта дефекации в последние два дня. Акт дефекации болезненный.

1. Предварительный диагноз.

2. Тактика обследования.

3. Дифференциальная диагностика.

4. Лечение.

5. Дальнейшая тактика.

Задача 28

У ребенка 1,5 месяцев жалобы на беспокойство при разгибании левой ножки во время пеленания в течение двух дней. При осмотре левая ножка приведена к животу, стопа свисает. Активные движения отсутствуют. Пассивные движения болезненны в тазобедренном суставе. Температура 37,5.

1. Предварительный диагноз.

2. План обследования.

3. Дополнительные диагностические манипуляции.

4. Лечение.

5.Дальнейшая тактика.

Задача 29

Ребенку 9 лет, жалобы на стойкую температуру 38-39 градусов, боли в нижней трети правого бедра, хромоту в течение 2-х дней. При осмотре ребенок на ногу не встает, движения болезненны. Отмечается отек мягких тканей. Перкуссия по бедренной кости болезненна. Явления интоксикации.

1. Предварительный диагноз.

2. Тактика обследования.

3. Дифференциальная диагностика.

4. Лечение.

5.Принципы диспансерного наблюдения.

Задача 30

Ребенок 12 лет обратился с жалобами на острую боль в правой половине мошонки, появившуюся два часа назад. При осмотре наружные половые органы сформированы правильно. Правое яичко подтянуто к корню мошонки, при пальпации резко болезненное, малоподвижное. Кожа мошонки гиперемирована.

1. Диагноз.

2. Обследование.

3. Дифференциальная диагностика синдрома отечной мошонки.

4. Тактика лечения.

5.Послеоперационное лечение.

Поликлиническая и неотложная педиатрия

Заимствовано с сайта fmza.ru (методический центр аккредитации)

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1219 [232]5 курс осенний семестр**

 На профилактическом приеме в детской поликлинике у врача-педиатра участкового мать с ребенком 8 месяцев. Ребенок находится на естественном вскармливании. Жалоб нет. Мать ребенка 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: ребенок встает у опоры, произносит слоги с разными интонациями, по просьбе делает «ладушки», пьет 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 реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул желтого цвета, кашицеобразный, гомогенный, без патологических примесей 1–2 раза в сутки. Диурез адекватен возрасту. Общий анализ крови: RBC – 4,5×10¹²/л, HGB – 126 г/л, WBC – 7,8×109 /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; цилиндры – 0–0; слизь – отрицательно; соли – отрицательно.Копрограмма. Макроскопия: кашицеобразный, желтый, гомогенный, слизь – отрицательно. Микроскопия: соединительная ткань (-), мышечные волокна (-), нейтральный жир (-), жирные кислоты (-), мыла (-), перевариваемая клетчатка (+), крахмал (-), йодофильные бактерии (-), слизь (-), Le – 0–1, эритроциты – 0–0, эпителий – 0–1, простейшие – не обнаружено, яйца глист – не обнаружено.

Вопросы:

1. Оцените физическое развитие ребенка.

2. Оцените нервно-психическое развитие ребенка.

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 ребенку на один день. Укажите потребности в белках, жирах, углеводах и энергии на кг массы тела.

5. Назначьте профилактическую дозу витамина Д.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2220 [K002798]6 курс весенний семестр**

На приеме у врача-педиатра участкового мать с ребенком 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. Перенесенные 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, ребенок посинел. Далее эти приступы стали повторяться 1–2 раза в месяц. На 2 году жизни ребенок во время приступов одышки и цианоза несколько раз терял сознание, развивались судороги. Вес 12,5 кг, рост 102 см. Кожные покровы бледно-синюшные. Подкожно-жировой слой снижен. Слизистые ротовой полости бледно-цианотичные. Зубы кариозные. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногти напоминают «часовые стекла». 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 аускультации 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 легких звук с коробочным оттенком. ЧД – 26 в минуту. Отеков нет. В общем анализе крови: эритроциты – 5,7×1012/л; Hb – 158 г/л; лейкоциты – 4,11×109 /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.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3222 [K002800] 6 курс весенний семестр**

Мать с ребенком 1 года 2 месяцев на приеме у врача-педиатра участкового предъявляет жалобы на снижение аппетита, рвоту, потерю массы тела, кашель, одышку у сына. Из анамнеза известно, что до 1 года ребенок развивался в соответствии с возрастом, сидит с 6 месяцев, ходит самостоятельно с 10 месяцев. В возрасте 11,5 месяцев перенес 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 ребенок стал быстро уставать, во время игр отмечалась одышка. Состояние постепенно ухудшалось: периодически появлялись симптомы беспокойства и влажного кашля в ночные часы, рвота, ухудшился аппетит, мальчик похудел, обращало на себя внимание появление бледности кожных покровов. Температура не повышалась. Ребенок направлен на госпитализацию для обследования и лечения. При поступлении состояние расценено как тяжелое, аппетит снижен, неактивен. Вес 10 кг. Кожные покровы бледные. Частота дыхания – 48 в минуту, в легких 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 систолический шум, занимающий 1/3 систолы, связанный с I тоном. Живот мягкий, печень +4 см из-под края реберной дуги, селезенка +1 см. Отмечаются отеки в области лодыжек. Мочеиспускание свободное, безболезненное. В общем анализе крови: эритроциты – 3,2×1012/л; гемоглобин – 109 г/л; лейкоциты – 8,4×109 /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 ребенка со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4225 [K002804]6 курс 12 семестр**

Мать с ребенком 3,5 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на приступообразный спастический кашель, свистящее дыхание, одышку, возникшие у сына при посещении цирка. Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3250 г, длина 50 см. Период новорожденности 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 °С. 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 расчесов. ЧД – 32 в минуту. Слизистая оболочка зева слегка гиперемирована. Грудная клетка вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание в легких проводится во все отделы, жесткое, с удлиненным 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 – 4,6×1012/л, Hb – 120 г/л, лейкоциты – 6,8×109 /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: легочные поля прозрачные, усиление бронхо-легочного 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 ее обоснование.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5 226 [K002806]5 курс 10 семестр или 6 курс 12 сем**

Мать с ребенком 7 лет на приеме у врача-педиатра участкового предъявляет жалобы на кашель, боли в животе у сына. Из анамнеза известно, что заболел накануне, когда повысилась температура тела до 39,0 °С, появился болезненный кашель с небольшим количеством вязкой мокроты, сильный озноб. Ребенок стал жаловаться на боли в правом боку. Ночь провел беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. При осмотре общее состояние тяжелое. Вялый. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника. Одышка в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок 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 легкого по задней поверхности. Над всей поверхностью левого легкого перкуторный звук с коробочным оттенком. При аускультации – в нижних отделах правого легкого 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 реберной дуги. Физиологические отправления не нарушены. В общем анализе крови: эритроциты – 4,8×1012/л, Hb – 134 г/л, лейкоциты – 16,2×109 /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 легкого, увеличение прозрачности легочных полей слева. Реберно-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 ее эффективности.

5. Маршрутизация пациента и ее обоснование. Какие показания для госпитализации при данных заболеваниях Вы знаете?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6 253 [K003282]5 курс весенний семестр**

На приеме у врача-педиатра участкового мать с девочкой 9 лет. Со слов матери, ребенок жалуется на боли в голеностопных, коленных, тазобедренных суставах мигрирующего характера, припухлость суставов, лихорадку до фебрильных цифр. Данные жалобы беспокоят в течение четырех дней. Из анамнеза заболевания известно, что три недели назад перенесла назофарингит с лихорадкой, лечение симптоматическое. В настоящий момент физическая активность на фоне заболевания несколько ограничена из-за болевого суставного синдрома, сопровождается быстрой утомляемостью, сердцебиением. Из анамнеза жизни известно, что девочка проживает в многодетной малообеспеченной семье в частном доме. Аллергологический, наследственный анамнез не отягощен. Травмы накануне настоящего заболевания отрицает.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Рост 130 см, вес21 кг. При ходьбе хромает. Кожные покровы умеренной влажности бледно-розовогоцвета, над правым коленным и левым голеностопным суставами кожа гиперемирована,суставы горячие на ощупь, движения в них ограничены из-за болезненности. Отмечаетсядефигурация правого коленного и левого голеностопного суставов. При осмотре полости рта слизистая розовая, чистая, без налетов. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы. В легких дыхание везикулярное, проводится равномерно, хрипов нет, ЧД – 20 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные, нежный систолический шум в I и V точках аускультации с иррадиацией в подмышечную область, акцент II тона на легочной артерии. ЧСС – 92 удара в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпациибезболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Отековнет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – 4,5×1012/л, лейкоциты – 12,4×109/л,палочкоядерные – 7%, сегментоядерные – 56%, лимфоциты – 27%, моноциты – 2%,эозинофилы – 8%, СОЭ – 37 мм/час, антистрептолизин-О – 450 МЕ/мл.

По ЭхоКГ отмечается краевое утолщение створок митрального клапана, признаки митральной регургитации I степени.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назначьте медикаментозное лечение Вашему пациенту. Обоснуйте свой выбор.

5. На фоне проводимой терапии клинически отмечена быстрая положительная динамика. Через 14 дней было проведено контрольное обследование, по результатам которого признаков деструктивного синовита и приобретенного порока сердца невыявлено, митральный клапан по данным ЭхоКГ не изменен. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7 266 [K003399]6 курс весенний семестр**

Родители мальчика 4 лет обратились к врачу-педиатру участковому с жалобами на длительный кашель после перенесенной 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 новорожденности протекал без особенностей. С 3,5 месяцев переведен 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-отоларингологдиагностировал аденоидные вегетации II степени.

Семейный анамнез: у матери ребенка – пищевая и лекарственная аллергия, отец –практически здоров, много курит. Заболевание началось с повышения температуры, головной боли, отделяемого износа, сухого кашля, который через несколько дней стал влажным. Кашель усиливалсяутром. Симптоматическое лечение (микстура от кашля) облегчения не приносило. Был приглашен врач-педиатр участковый.

При осмотре состояние ребенка средней тяжести. Выражены бледность кожныхпокровов, слезотечение, ринорея. Кашель влажный. Температура тела 37,2 °С. Над легкими перкуторный звук легочный с небольшим коробочным оттенком.

Аускультативно: на фоне удлиненного выдоха – рассеянные сухие, свистящие хрипы исреднепузырчатые влажные. ЧД – 28 в минуту. Границы сердца: правая – по правомукраю грудины, шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный.

Печень +1,5 см из-под правого края рёбер.

Общий анализ крови: Нb – 120 г/л, эритроциты – 5,1×1012/л, лейкоциты – 4,9×109/л,палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 48%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 38%,моноциты – 9%, СОЭ – 6 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: усиление легочного рисунка, особенно в области корней легких, за счет 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?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8214 [K003461]**

На приёме у врача-педиатра участкового мама с мальчиком 7 месяцев (9 кг) с жалобами на вялость, рвоту, повышение температуры тела до 39°С, заложенность носа. Из анамнеза заболевания известно, что два дня назад у мальчика появились заложенность и слизистое отделяемое из носа, отмечалось повышение температуры тела до 39°С. Родители ребенка вызвали бригаду скорой медицинской помощи, и врачом была диагностирована ОРИ (острый ринофарингит). Назначена симптоматическая терапия, втомчисле Парацетамол. Дозу и кратность приёма лекарственного средства доктор озвучил устно, мама не запомнила. Ребёнок получал рекомендуемый препарат в дозе 0,25 г 6 раз в день в течение 2 дней, в том числе при повышении температуры тела выше 37,5°С.При осмотре врача-педиатра участкового: состояние тяжёлое, в сознании. Мальчик очень вялый, отмечается многократная рвота. На осмотр реагирует выраженным беспокойством. Кожные покровы бледные, чистые. Катаральные проявления со стороны верхних дыхательных путей, слизистые обильные выделения из носа. Краевая гиперемия нёбных дужек, зернистость задней стенки глотки, патологических наложений на миндалинах не обнаружено. Аускультативно в лёгких дыхание проводится по всем полям, пуэрильное, хрипов нет, ЧД – 35 в минуту. Пальпация живота в правом подреберье болезненная. Выявлено увеличение печени до 3 см из-под края правой рёберной дуги, край печени закруглён, подвижный, болезненный при пальпации.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.

2. Назовите основные стадии и клинико-лабораторные проявления, характерные дляданного состояния.

3. Составьте план лечения данного пациента.

4. Укажите рекомендуемую дозу, кратность применения Парацетамола у детей.

5. Назовите методы усиления детоксикации, которые могут быть использованы при данном состоянии.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9**

Девочка 12 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на заложенность носа, отделяемое из носа, головную боль, усиливающуюся при наклоне головы вперёд, подъёмы температуры тела до 37,5–38,0°С, преимущественно в вечернее время. Больна около двух недель, когда появились вышеперечисленные проявления, за медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно (Аква Марис, Ибупрофен при повышении температуры тела до 38,0°С), антибиотики не получала.По органам и системам без особенностей. Носовое дыхание затруднено, обоняниеснижено, из носа отделяемое слизисто-гнойного характера, слизистая носагиперемирована.Рентгенологически – левосторонний гемисинусит.В общем анализе крови – лейкоциты – 9,8×10 9 г/л.

Выставлен диагноз «острый гнойный гемисинусит слева».

Вопросы:

1. Необходима ли системная антибактериальная терапия? Если «Да», то обоснуйте эту необходимость.

2. Предложите схемы стартовой антибактериальной терапии.

3. На фоне терапии стартовым антибиотиком нет положительной динамики, предложите корректирующие мероприятия.

4. Предложите симптоматическую терапию.

5. Перечислите возможные нежелательные реакции при длительном применении местных деконгестантов.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10 76 [K000509]**

Ребёнок в возрасте 3 лет заболел две недели назад, когда на фоне субфебрильной непостоянной температуры и хорошего общего состояния у ребёнка появился кашель, который не поддавался лечению и имел тенденцию к учащению, особенно в ночное время. Наблюдался врачом-педиатром участковым с диагнозом ОРВИ. К концу 2-й недели кашель стал приступообразным и сопровождался беспокойством, покраснением лица вовремя приступа, высовыванием языка и периодически заканчивался рвотой. После приступа наступало улучшение. Вне приступа отмечалась бледность кожных покровов, некоторая одутловатость лица. При осмотре: температура тела - 36,7°С, бледный, цианоз носогубного треугольника. Кашель приступообразный, спазматический, до 17 приступов в сутки, сопровождается свистящим звуком на вдохе, с отхождением вязкой слизистой мокроты в конце приступа, периодически - рвота. Кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза. Слизистая нёбных дужек умеренно гиперемирована, язвочка на уздечке языка. Лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание жёсткое, хрипы не выслушиваются. Тимпанический оттенок перкуторного звука, ЧД - 26 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС - 106 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 0,5 см. Селезёнка не пальпируется. Стул, диурез – безособенностей.

Анамнез жизни: респираторными инфекциями болеет редко, аллергологический, наследственный анамнез не отягощён, привит в роддоме (БЦЖ, гепатит В), в дальнейшем не привит в связи с отказом родителей.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз. Оцените тяжесть заболевания.

2. Какие результаты лабораторного обследования подтвердят диагноз? Какие методы

наиболее информативны?

3. Проведите дифференциальный диагноз выявленной патологии с обструктивным

бронхитом.

4. Составьте план лечения больного.

5. Перечислите меры специфической профилактики данного заболевания.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11 77 [K000510]**

Девочка 8 лет больна в течение недели. Отмечается заложенность носа, повышение температуры тела до 38°С. С 3 дня заболевания появились боли при глотании. Врач-педиатр участковый диагностировал лакунарную ангину. Был назначен Азитромицин.Эффекта от проводимой терапии не было. Сохранялась высокая температура, сохранялись наложения на миндалинах, появилась припухлость в области шеи с обеих сторон. При повторном осмотре температура - 38,3°С. 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 лимфоузлы (до 3,0 см в диаметре), чувствительные при пальпации, плотно-эластической консистенции, подчелюстные, подмышечные, паховые 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 - 3,8×10 12 /л, цветовой показатель - 0,8, лейкоциты - 12×10 9 /л; палочкоядерные нейтрофилы - 8%,сегментоядерные нейтрофилы - 13%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 40%, моноциты -13%; атипичные мононуклеары - 25%, СОЭ - 25 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный клинический диагноз.

2. На основании каких симптомов поставлен диагноз?

3. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?

4. Составьте план медикаментозного лечения.

5. Составьте план диспансерного наблюдения за больным, перенёсшим заболевание.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1202363]**

Девочка 9 лет больна вторые сутки, заболела остро: повышение температуры теладо 39,1ºС, озноб, головная боль, боль в горле при глотании, однократная рвота.Состояние средней тяжести. Температура тела - 38,9ºС. 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 1,5см, 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 отправления не нарушены.

Анализ крови: гемоглобин – 124 г/л, эритроциты – 4,1×10 12 /л, лейкоциты –22×10 9 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 72%, лимфоциты – 17%, моноциты – 3%, СОЭ – 35 мм/час.

Вопросы:

1. 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.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13002440]**

У мальчика 1,5 лет, со слов мамы, 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 невропатолога с диагнозом: Перинатальное поражение ЦНС, судорожный синдром. Профилактические прививки не проведены. Эпиданамнез: старший брат 8-ми лет кашляет в течение длительного времени.При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, чистые. Умеренный периорбитальный и периоральный цианоз. Отмечается пастозность век,мелкаяпетехиальная 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 краярёберной дуги на 1,5 см, безболезненная. Стул и диурез не нарушены. При осмотре былприступ кашля. Во время приступа гиперемия лица, язык высунут, в конце приступа рвота с отхождением вязкой слизи.

Анализ крови: гемоглобин – 124 г/л, лейкоциты – 27×10 9 /л, сегментоядерные нейтрофилы – 19%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 73%, моноциты – 5%, СОЭ – 3мм/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/

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 14 114 [K002537]**

Ребёнок 1 год 6 месяцев (масса - 12 кг) заболел остро с повышения температуры тела до 38,8°С, насморка, малопродуктивного кашля. Родители лечили ребёнка самостоятельно (Бромгексин, Парацетамол, чай с медом, сок редьки). Ночью осиплый голос, «лающий кашель», в покое и при беспокойстве шумное дыхание. При осмотре ребёнок беспокоится, плачет: температура тела - 38,9°С, ЧД – 32 в минуту, ЧСС – 120 в минуту; при дыхании удлинён вдох, дыхание с втяжением ярёмной 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.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 15 125 [K001208]**

Врач-педиатр участковый осматривает на первичном патронаже девочку Л. в возрасте 6 дней. Из анамнеза известно, что ребёнок от женщины 26 лет от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре. Роды в срок, слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином. Первый период - 12 часов, второй – 25минут, безводный промежуток - 10 часов. В родах отмечалось затрудненное выведение плечиков. Масса при рождении 4200 гр, длина 54 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.После рождения ребёнок беспокойный, отмечается гипервозбудимость, мышечна ядистония, объём активных движений в левой руке снижен. В роддоме проводилось лечение Сернокислой магнезией, Викасолом, на пятые сутки выписан домой. При осмотре состояние ребёнка средней тяжести. Кожные покровы розовые, мраморность рисунка. Пупочная ранка сухая. В лёгких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под рёберного края на 1,5 см, селезёнка не пальпируется. Стул жёлтый кашицеобразный. Окружность головы 37 см, большой родничок 2×2см. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Рефлексы новорожденных: орального автоматизма+, но ладонно-ротовой слева -, хватательный и рефлекс Моро слева резко снижены. Мышечный тонус дистоничен, в левой руке снижен, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кистьв ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах, движения в пальцах сохранены. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцы слева невызывается. На опоре сидит, автоматическая походка вызывается. Рефлексы ползания +,защитный +, спинальные +.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. В консультации каких специалистов нуждается ребёнок?

5. С какого возраста данному ребёнку необходимо начать проведение профилактики рахита?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 16 1**

Врачом-педиатром участковым осматривается девочка 1,5 лет. Мать жалуется на наличие у ребёнка высыпаний на коже, умеренного кожного зуда, нарушение сна. Из беседы с матерью стало известно, что грудью ребёнка мать кормила до 3 месяцев. При этом «для улучшения лактации» пила много чая со сгущенным молоком, мёдом. С 3месяцев ребёнок переведен на искусственное вскармливание смесью «Малютка». В 4месяца мать стала давать девочке манную кашу на коровьем молоке. Высыпания на коже впервые появились на 4 месяце жизни, связаны с погрешностью в диете (яйцо, коровье молоко, цитрусовые). Ребёнок постоянно получает лечение. В амбулаторных условиях получал мази с глюкокортикоидами. Продолжительность ремиссий заболевания – 2–3месяца. У матери ребёнка имеется аллергическая реакция на цитрусовые и шоколад.Онакурит с 15 лет, во время беременности продолжала курить. Объективно: масса девочки – 12500 г, при осмотре возбуждена, осмотреть себя даётс трудом, не контактна. Подкожно-жировой слой развит достаточно, кожа сухая. В области лица (за исключением носогубного треугольника), шеи, наружной поверхности верхних и нижних конечностей, локтевых и подколенных ямок, ягодиц отмечаются гиперемия кожи, пятнисто-папулёзные элементы сыпи ярко-розового цвета, шелушение. Наблюдаются множественные эрозии и корки. Лимфатические узлы увеличены доразмеров «лесного ореха». Язык «географический». В лёгких дыхание пуэрильное, хриповнет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под рёберного края. Стул полуоформленный, 2-3 раз в день.

Общий анализ крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты – 3,8×10 12 /л, цветнойпоказатель – 0,98, лейкоциты – 6,3×10 9 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%,сегментоядерные нейтрофилы – 23%, эозинофилы – 10%, лимфоциты – 60%, моноциты –4%, СОЭ – 9 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-жёлтый, удельный вес – 1014, белок –отсутствует, глюкоза – отсутствует, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0–1 в полезрения, эритроциты – нет, слизь – немного.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту

для наружной терапии в составе комбинированной терапии?

5. Возможно ли проведение вакцинации данному ребёнку после стихания

обострения?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 17127 [K001210]**

Юра Ф. 12 лет обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на избыточный вес, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость, частые головные боли в затылочной области. Из анамнеза известно, что родители и родная сестра мальчика полные. В семье употребляют много сладкого, жирного, выпечных изделий. Ребёнок от второй беременности, вторых родов в срок, без патологий. Масса тела при рождении 4200 г, длина 52 см. Осмотр: рост 142 см, масса тела 92 кг, ИМТ - 46 кг/м 2 , объем талии 96 см. Кожные покровы обычной окраски, в области живота, ягодиц, бёдер – ярко-розовые стрии, подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением жира на животе. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС - 95 уд/минуту, частота дыхания – 19 в1 минуту. АД - 160/80 мм рт. ст. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1см.

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – 3,9×10 12 /л, лейкоциты –5,5×10 9 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%,эозинофилы – 5%, лимфоциты –37%, моноциты – 5%, СОЭ – 4 мм/час. Общий анализ мочи: цвет жёлтый, прозрачная, относительная плотность 1015, реакция кислая, белок – нет, сахар – нет, ацетон не определяется. Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, холестерин – 7,6 ммоль/л, триглицериды – 2,5 ммоль/л, ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ЛПНП – 3,8 ммоль/л, глюкоза натощак– 5,9 ммоль/л, глюкоза при проведении СТТГ через 2 часа 8,9 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.

2. Определите и обоснуйте дополнительные инструментальные исследования.

3. В консультации каких специалистов нуждается ребёнок?

4. Современное комплексное лечение больного включает:

5. Назовите критерииэффективности терапии ожирения у детей и подростков.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 18 [K001211]**

При оформлении в дошкольное образовательное учреждение у Марины 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 2года. По предыдущему месту жительства врачи рассматривали все 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, узнает только членов семьи. Пропорции тела напоминают таковые у новорожденного. 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 жёсткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца чистые, приглушенные. Пульс 70 уд/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 – 3,2×10 12 /л, гемоглобин – 92 г/л, цветной показатель –0,9, СОЭ – 12 мм/час, лейкоциты – 5,5×10 9 /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. Тиреостат: 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

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 19 129 [K001214]**

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 затрудненного дыхания отмечались в 3 и 4 года на улице вовремя цветения тополей, купировались самостоятельно по возвращению домой. Леченияне 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 °С. 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 правомукраю грудины, левая - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоныприглушены. ЧСС - 106 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень,селёзенка не пальпируются. Стул оформленный, склонность к запорам.

Общий анализ крови: гемоглобин – 118 г/л, эритроциты – 4,3×10 12 /л, лейкоциты –5,8×10 9 /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 п/з, эритроциты – нет.

Рентгенограмма грудной клетки: корни лёгких малоструктурны. Лёгочные поляповышенной прозрачности, усиление бронхолегочного 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 рёбенку.

5. Предложите вариант базисной терапии у данной больной.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 20 130 [K001215]**

Мальчик 9 лет заболел остро, повысилась температура до 40,0 °С. Накануне играл в снежки и замёрз. 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 ссогнутыми 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, ограничениеподвижности 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– 4,9×10 12 /л, лейкоциты –16,2×10 9 /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.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 21 1350]**

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 ммрт. 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 соответственновозрасту, привит по календарю прививок, редко болел ОРВИ. За последний год вырос на15 см, появилась неустойчивость настроения, конфликты со сверстниками, повышеннаяпотливость, стал уставать от школьных нагрузок. Гуляет мало, предпочитает играть в компьютерные игры, нарушился сон. В течениепоследнего 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 в1 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 - АД 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 - 4,8×10 12 /л, тромбоциты - 300×10 9 /л, лейкоциты– 6,3×10 9 /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 – 0-1 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 рвотасъеденной пищей. Ваша тактика оказания помощи как школьного врача?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 22 137 [K003051]**

Мама 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 2половины. Первые 2 ребёнка здоровы. Роды в срок. Масса тела 3580 г, рост - 53 см, окружность головы - 35 см, окружность груди - 33см, оценка по Апгар 8 баллов. Закричал 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 развернута, 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, количествоэритроцитов-3,9×10 12 /л, цветной показатель - 0,9; число лейкоцитов - 7,9×10 9 /л, доля эозинофилов в лейкоцитарной формуле - 4%, палочкоядерных лейкоцитов - 2%, гранулоцитов - 33%, лимфоцитов - 60%, моноцитов - 4%, СОЭ - 12мм/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-2,3-2,8ммоль/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.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 23 140 [K003090]**

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 давления, 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 острогосостояния.

4. Назовите принципы неотложной терапии.

5. Составьте план дальнейшего лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 24** 1

 На амбулаторном приёме девочка В. 6 месяцев. Жалобы родителей на приступ судорог, сопровождающийся остановкой дыхания и цианозом. Из анамнеза известно, что семья месяц назад переехала из Мурманской области. Беременность протекала гладко, на учёт в женской консультации мама встала при сроке беременности 30 недель. Роды в 34 недели. Витамин Д ребёнку стали давать 2 недели назад (по 5 капель), по рекомендации врача мама с ребёнком гуляют на свежем воздухе около 2 часов. На искусственном вскармливании с рождения, получает адаптированную молочную смесь, из продуктов прикорма – безмолочные манная и рисовая каши. Накануне вечером после купания девочка была беспокойна, внезапно ребёнок посинел, произошла остановка дыхания, потеря сознания, появились судороги, продолжавшиеся около 3 минут.

При осмотре врачом-педиатром участковым девочка в сознании, активно сопротивляется, кричит. Температура тела 36,6°С, кожа и видимые слизистые бледные, чистые. Выраженная влажность головки. Большой родничок 2,5×3,5 см, не выбухает, края податливые, выраженные лобные бугры. Увеличение передне-заднего размера грудной клетки, выражена гаррисонова борозда. Мышечный тонус снижен. Кисти рук и стопы холодные, влажные. Симптомы Хвостека, Труссо - положительные. ЧД – 36 в минуту. Над легкими аускультативно дыхание пуэрильное. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС – 110 в минуту. Живот мягкий, увеличен в размере, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень на 2,0 см ниже реберного края. Селезёнка не пальпируется. Менингеальных, общемозговых и очаговых симптомов не выявляется. Стул и мочеиспускание не нарушены. При осмотре внезапно наступила остановка дыхания, появился диффузный цианоз, потеря сознания. Затем возникли судороги тонического характера с распространением их сверху вниз: лицевой мускулатуры, затем рук и ног. Тонические судороги сменились клоническими, дыхание стало храпящим. Через 2 минуты судороги спонтанно прекратились, ребёнок пришел в сознание и уснул.

В общем анализе крови: Нв - 119 г/л, эритроциты – 3,9×1012/л, Ц. п. - 0,91, лейкоциты - 7,1×109/л, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 22%, эозинофилы - 4%, лимфоциты - 63%, моноциты - 8%, СОЭ - 15 мм/час.

В общем анализе мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1010, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь - немного.

В биохимическом анализе крови: общий белок - 64 г/л, мочевина - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,5 ммоль/л, калий - 4,1 ммоль/л, натрий - 136 ммоль/л, кальций ионизированный - 0,6 ммоль/л, кальций общий - 1,7 ммоль/л, фосфор - 0,6 ммоль/л, ЩФ – 620 Ед/л, АлТ - 25 Ед/л, АсТ - 29 Ед/л, серомукоид - 0,180.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие неотложные мероприятия необходимо провести этому ребёнку при судорогах?

4. Ваши рекомендации по вскармливанию этого ребёнка.

5. План диспансерного наблюдения на участке.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 252** [K001436]

На амбулаторном приеме девочка 7 месяцев. Жалобы мамы на снижение аппетита, вялость, частый жидкий стул.

Из анамнеза: ребёнок от I беременности на фоне анемии, физиологических срочных родов, родилась с массой тела 3200 г, ростом - 51 см. На искусственном вскармливании с 2 мес. Первый прикорм введен в 4 месяца – овсяная каша. В настоящее время: прием пищи 5 раз в сутки, ежедневно получает молочную адаптированную смесь, овощное пюре, каши, творог. Приблизительно месяц назад появился жидкий стул до 5-6 раз в сутки, обильный со слизью, без повышения температуры. По назначению врача в течение 2 недель получала со сменой антибактериальные препараты (энтерофурил, ампициллин), смекту, бифидумбактерин без эффекта.

Объективно: состояние средней тяжести. Девочка вялая, капризная. Масса тела – 7300 г, рост – 69 см. Кожные покровы бледные, чистые, сухие, трещины в углах рта. Конечности худые. Подкожно-жировая клетчатка на животе – 1,0 см, тургор умеренно снижен. В лёгких – дыхание пуэрильное. ЧД - 32 ударов в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, короткий, «дующего» тембра, систолический шум на верхушке, ослабевающий в вертикальном положении. Язык «географический», у корня обложен налётом. Живот увеличен в объёме, мягкий, при пальпации отмечается урчание. Печень на 2 см ниже края ребра, селезёнка не пальпируется. Стул до 6 раз в сутки, светло-жёлтого цвета, обильный, жидкий, пенистый со слизью. Мочеиспускание не нарушено.

В общем анализе крови: Нв - 92 г/л, эритроциты – 3,7×1012/л, Ц. п. - 0,75, лейкоциты – 6,4×109/л, палочкоядерные- 4%, сегментоядерные - 30%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 58%, моноциты - 6%, СОЭ - 15 мм/час.

В общем анализе мочи: цвет - светло-жёлтый, удельный вес - 1012, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, слизь - немного.

В биохимическом анализе крови: общий белок - 62 г/л, холестерин - 3,5 ммоль/л, АлТ - 21 Ед/л, АсТ - 19 Ед/л, сывороточное железо – 6,3 ммоль/л, ферритин – 15 мкг/л.

Серологическое исследование на тканевую трансглутаминазу: Анти IgA – 38 AU/мл; Анти IgG – 10 AU/мл.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.

3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

4. Какое лечение необходимо назначить?

5. Какова продолжительность и схема диспансерного наблюдения на участке

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 26** 3 [K001437]

На дому осмотрен мальчик М. 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 перенес лакунарную ангину, по поводу чего получал в/м пенициллин. Через 2 недели после выздоровления ребёнок впервые заметил на коже нижних конечностей мелкоточечную сыпь, мама 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. Папа 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: Нв -128 г/л, эритроциты - 3,9×1012/л, Ц. п. - 0,98, тромбоциты - 495×109/л, лейкоциты - 12,5×109/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, цилиндры отсутствуют.

Проба Нечипоренко: лейкоциты – 1000 в 1 мл; эритроциты – 2500 в 1 мл, цилиндры – нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Обоснуйте выставленный вами диагноз.

3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

4. Какое лечение необходимо ребенку, включая режим и диету?

5. Укажите продолжительность и кратность диспансерного наблюдения больного на участке.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 27 11 [K001456]**

Мальчик 6 лет заболел остро с подъёма температуры тела до 38,6 °С, жалобы на боли в горле, недомогание. Мать самостоятельно дала ребёнку нурофен и эргоферон, через час температура снизилась до 37,6 °С. На следующий день температура тела вновь повысилась до фебрильных цифр, сохранялись боли в горле, ребёнок отказался от еды, предпочитал лежать. Мать вызвала участкового педиатра. 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 серымналётом. При фарингоскопии - нёбные миндалины гиперемированы, увеличены, отёчны. На миндалинах с обеих сторон имеются налётыостровчатые, жёлтого цвета. Пальпируются увеличенные передне-верхне-шейные лимфатические узлы. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 80 уд/мин, ЧД 24/мин. 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-х 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-х 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. Доза и длительность назначения.

5. Каковы показания для выписки?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 28 13 [K001458**]

 В течение последующих двух дней отмечалась субфебрильная температура, кашель стал нарастать, сегодня появилась затруднение дыхания, со слов матери, ребенок «задыхается», отказывается пить. Мать обратилась к врачу-педиатру участковому. Из анамнеза жизни известно, что ребёнок родился доношенным, с массой тела 3400 г, длина тела 52 см, период новорождённости протекал без особенностей, выписан под наблюдение участкового педиатра на 3 сутки после рождения. В возрасте ребенка 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-ми и 4-х лет, старший ребёнок

переносит лёгкую форму острого назофарингита. При осмотре состояние ребенка тяжёлое за счет симптомов дыхательной недостаточности. SaO 292%. 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 тяжелого течения болезни у

данного ребёнка.

3. Определите и обоснуйте тактику врача-педиатра участкового в данном случае.

4. С какими заболеваниями проводят дифференциальный диагноз?

5. Назовите основные направления терапии данного заболевания.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 29 14 [K001459]**

Мать девочки 4 лет обратилась к врачу-педиатру участковому. Из анамнеза заболевания известно, что ребенок заболел 2 дня назад, когда вечером поднялась температура тела до 38,9 °С, отмечалась незначительная заложенность носа. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи (СМП). Врач СМП диагностировал ОРИ. Дан нурофен, ребенок оставлен дома с рекомендацией обратиться к участковому педиатру. Сегодня состояние ребёнка ухудшилось, появились жалобы на снижение аппетита, слабость, головную боль, мышечные боли, сухой навязчивый кашель, повторный подъём температуры до 38,8 °С.

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 ОРИ, дважды перенесла острый простой бронхит. Последний эпизод ОРИ два месяца назад, по поводу чего получала флемоксинсолютаб. 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 аускультации - 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 ребенку 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: рентгенографии органов грудной клетки в прямой проекции, описано наличие очагов инфильтрации cправа в S6. В клиническом анализе крови: гемоглобин 138 г/л, эритроциты 4,4 Т/л, тромбоциты 223 г\л, лейкоциты 16,6 Г/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.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 30 15 [K001460]**

Ребенок 2,5 лет заболел остро вчера с подъёма температуры до 37,6 °С, появления насморка и редкого сухого кашля. В семье у отца ребенка в течение 3-х дней отмечаются респираторные симптомы (кашель, насморк). Мать ввела ребенку виферон в свечах и вызвала врача-педиатра участкового. При осмотре врачом-педиатром участковым состояние ребёнка оценено как среднетяжёлое, температура тела 38,0 °С, 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 (гриппол плюс). Болеет редко. Семья благополучная. Есть старший ребенок 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 ребенка?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 31**[K001469]

На амбулаторном приёме девочка 4-х месяцев жизни, рождённая 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, краниотабес. Мама отмечает беспокойный сон. По другим внутренним органам и системам - без видимой патологии. Зубов нет. Большой родничок 2,5 х 2,5 см, края податливы. Масса тела - 5000 г (4), длина - 59 см (3).

Психометрия:

Анализатор зрения - узнаёт близкого человека (радуется);

Анализатор слуха - ищет источник звука, поворачивает голову в его сторону;

Эмоции - появляется комплекс оживления в ответ на разговор с ним, смеётся в ответ на

речевое общение с ним;

Д.р. - рассматривает, не захватывает игрушки, низко висящие над ней;

Д.о. – не удерживает голову в вертикальном положении, при поддержке за

подмышки ноги не упираются о твердую опору;

Ра - гулит;

Н - во время кормления перестал 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 данному ребёнку.

5. Проведите профилактику пограничных состояний и специфическую

профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря

профилактических прививок.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 32 23 [K001476]**

На амбулаторном приеме мама с дочерью 4,5 месяцев. Ребёнок от I беременности, I 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. Мама обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на повышение температуры тела до 38°С, беспокойство, появление покраснения, болезненность и уплотнение в месте введения вакцины АКДС.

Из анамнеза день назад ребенку на фоне полного здоровья проведены V2 АКДС + V2 ИПВ+V2 пневмококковая инфекция. Предыдущую вакцинацию в возрасте 3-х месяцев девочка перенесла хорошо. Реакций не наблюдалось. При осмотре: температура тела 37,0°С. 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 ребенка.

4. Перечислите клинические проявления при поствакцинальных осложнениях.

5. В каких ситуациях необходимо подать экстренное извещение при проведении

вакцинопрофилактики?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 33 25 [K001907]**

Мальчик 3 лет. Жалобы на повышение температуры до 38°С, шумное дыхание, беспокойство, «лающий» кашель. Из анамнеза заболевания известно, что мальчик болен третий день. Заболевание началось с повышения температуры до 37,8°С, появился сухой кашель, который на следующий день стал грубым, лающим, с болью за грудиной, голос осип. К врачу не обращались, мама подавала парацетамол, поила тёплым чаем. Состояние мальчика не улучшалось, на 3 день болезни появилось шумное дыхание. Мама 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°С. Мальчик вяловат. Кожные покровы бледные, чистые, цианоз носогубного треугольника.

Пальпируются переднешейные и заднешейные лимфоузлы до 0,5 см, подвижные, безболезненные, мягко-эластической 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, яремной ямке, межреберных промежутков) на высоте вдоха. В лёгких дыхание жёсткое с удлиненным вдохом, хрипов нет. Перкуторный звук ясный лёгочный. Тоны сердца ритмичные, чуть приглушены, 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. Ваша тактика и догоспитальная помощь. Показаны ли антибиотики данному

ребёнку?

5. Когда может быть показана антибактериальная терапия при схожей

симптоматике и другой респираторной патологии?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 34** 26 [K001908]

В детскую поликлинику обратилась мать 1,5-годовалогоребёнка. Примерно час назад во время плача у него появился затрудненный вдох, далее прекратилось дыхание, ребенок «посинел», наступила потеря сознания. Через несколько секунд появился шумный вздох, напоминающий «петушиный крик», дыхание восстановилось. Из анамнеза известно, что ребёнок родился недоношенным, 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 ребенка 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 лёгкимилёгочный звук, дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные.

Живот увеличен в размере, безболезненный при пальпации. При осмотре аналогичный

приступ повторился.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.

2. Вы - участковый педиатр. Ваш алгоритм действий.

3. Какие симптомы характерны для скрытой формы данного состояния?

4. Дальнейшая тактика ведения ребёнка.

5. Каков прогноз заболевания?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** **35** 27 [K001917]

Мальчику 1 год. Ребенок на профилактическом осмотре. Жалоб нет. Анамнез жизни: мальчик от I-ой беременности с гестозом II половины, дважды ОРВИ в I-й и II-й половине (лечение домашними средствами), роды и период новорождённости без особенностей. У матери хронический тонзиллит, у отца хронический ринит, у деда ребенка (по линии отца) – бронхиальная астма, в генеалогическом дереве 7 человек. Маме 30 лет, домохозяйка, папе 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-х 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 пьет 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 папулезные 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– 4,6х10 12 /л, НGB – 118 г/л, МСV- 81 фл., МСН – 29 пг., МСНС – 32 г/дл, RDW – 10%. WBC – 10,8х10 9 /л, IMM – 2%, GRA – 34%, LYM – 50%, MON– 10%, EO– 4%, СОЭ – 8 мм/час. Анализ мочи: соломенно-жёлтый цвет, РН – слабо кислая, лейкоциты 2-3 в п/зр. Копрология – кал желтый, 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 участкового врача-педиатра участкового.

4. Составьте план наблюдения этого ребёнка.

5. Тактика врача-педиатра участкового в отношении вакцинации этого ребёнка в 1

год.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 36**2

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 V-ой беременности, протекавшей с токсикозом II половины, артериальной дистонии, анемии; на 20 неделе лечилась Джозамицином от хламидиоза и острого риносинусита. В анамнезе 2 родов, дети здоровы, аборт и выкидыш 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-х недель острым ринитом лёгкой степени, был катаральный омфалит. В 1 месяц ребёнок осмотрен невропатологом и педиатром, отклонений не найдено. В последние 2 месяца жили по другому адресу, наприём не являлись. Профилактику рахита 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 на 2,5 см, несколько напряжен, 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 ребенок плановой вакцинации? Распишите календарь прививок

этому ребенку до 2-х лет.

5. Составьте диету на 1 месяц при снижении лактации на 25%.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 37 31** [K001925]

Ребёнок в возрасте 1 месяца осмотрен врачом-педиатром участковым на педиатрическом участке. Фактическая масса ребёнка 4000 г. Масса при рождении 3400 гр., длина 52 см.

Ребёнок здоров, находится на естественном вскармливании.

Вопросы:

1. Рассчитайте долженствующую массу (Мд) 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

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** **38**  33 [K001927]

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°С, появился 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°С.

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 аускультации 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

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 39** [K001928]

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-й день после вакцинации мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38,7°С, 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°С. 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 реберной 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 подается экстренное извещение в региональный центр Роспотребнадзора?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 40** 35 [K001941]

Мать с ребенком 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 4-5 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 ребенок 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 учётом жалоб?

Определите объём суточного кормления, режим кормления и объём 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 мес.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 41** 36 [K002264]

Мать с девочкой 11 месяцев пришла на профилактический приём к врачу- педиатру участковому. Жалобы на плохой аппетит. Ребёнок от III беременности, протекавшей с анемией, гестозом I. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей. Девочка родилась в срок, с массой тела 3050 г, длиной – 52 см. Период новорождённости без особенностей. На грудном вскармливании до 3 месяцев, далее адаптированная молочная смесь и кефир. Прикормы начали вводить с 7 месяцев. В настоящее время получает каши, преимущественно манную, тёртое яблоко, кефир, цельное молоко. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые оболочки бледные, чистые. Подкожная жировая клетчатка развита хорошо. Лимфоузлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета. Мочеиспускание не нарушено.

В анализе периферической крови: Нb – 95 г/л; эритроциты – 3,7х10 12 /л; цветовой показатель. – 0,85; лейкоциты – 6,5х10 9 /л; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные –

32%; базофилы - 1%; эозинофилы – 3%; лимфоциты – 58%; моноциты – 4%; СОЭ – 6

мм/час; гипохромия ++, анизоцитоз +, пойкилоцитоз +. Содержание гемоглобина в электроцитах - MCH – 22 пг (норма 24-33 пг).

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.

3. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?

4. Какие продукты необходимо включить в рацион ребенка?

5. Укажите расчёт дозы назначенных препаратов и длительность курса лечения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 42** 38 [K002314]

Первичный вызов врача-педиатра участкового к мальчику 12 лет. Ребенок болен 3 сутки. Жалобы на кашель, слабость, снижение аппетита, головную боль. Из анамнеза известно, что накануне болезни попал под дождь и замёрз. Температура тела 38,0-38,5ºС в течение двух дней, лечились самостоятельно. Сегодня температура тела поднималась до 39,0˚С, вызвали врача. При объективном обследовании ребёнок вялый, температура тела 38,7ºС,

частота дыхания 28 в минуту, частота сердечных сокращений 105 в минуту. Кожные покровы розовые, горячие. Зев не ярко гиперемирован. При перкуссии грудной клетки

отмечается укорочение перкуторного звука под углом лопатки справа, при аускультации – ослабление дыхания там же, выдох свободный, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. 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.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 43** 40 [K002342]

Мать с ребенком в возрасте 1 месяца приехала из сельской местности в областной центр к родственникам, которые вызвали врача-педиатра участкового, поскольку уверены, что ребёнок болен. Анамнез жизни: ребёнок от 1-ой беременности, протекавшей с токсикозом в I триместре; на 24-26 неделе гестации отмечалось повышение температуры без катаральных явлений, не лечилась. Роды на 38-й неделе гестации: 1-й период – 8 час, 2-й – 25 мин, безводный промежуток – 9 час, околоплодные воды светлые. Масса тела при рождении 3350 г, длина 51 см. Выписан из родильного отделения центральной районной больницы на 7-й день жизни. Находится на грудном вскармливании, сосёт вяло, почти всё время спит. Матери 17 лет, считает себя здоровой; брак не зарегистрирован, ребёнка воспитывает одна. При осмотре: состояние ребёнка тяжёлое. Вялый, на осмотр реагирует слабым криком. Масса тела 3550 г; при контрольном кормлении высосал около 70 мл молока. Кожа бледно-розовая, сухая, чистая. Ребёнок пониженного питания, подкожно-

жировой слой истончён на груди и животе. Голова гидроцефальной формы. Окружность головы 40 см, грудной клетки 34 см, сагиттальный шов открыт на 1 см, венечный шов – на 0,2 см. Большой родничок 4×4 см, выполнен; малый родничок 0,5×0,5 см. В лёгкихдыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет, ЧД 36 /мин. Тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС 130 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2,5 см выступает из-под рёберной дуги. Селезёнка на 1 см ниже рёберной дуги. Выражен симптом Грефе, горизонтальный нистагм. Мышечная гипотония.

Вопросы:

1. Каков предполагаемый диагноз? Группы риска и группа здоровья ребёнка.

2. Какие скрининговые исследования должны были быть проведены ребёнкув

родильном доме, результаты которых следует уточнить?

3. Определить степень недостаточности питания у ребёнка.

4. Определите суточныйобъём питания ребёнку, объём докорма и предпочтения в

смесях при назначении докорма.

5. Составьте план профилактических мероприятий на 1 год жизни ребёнка.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 44**41 [K002343]

Ребёнок 3 месяцев заболел остро, температура поднялась до 39°С, появился кашель и шумное дыхание. Данные анамнеза: за неделю до заболевания ребёнка у отца был насморк, кашель и субфебрильная температура. Ребёнок от 1-й беременности, родился доношенным. Во время беременности мама дважды болела ОРВИ, бронхитом, получила курс антибактериальной терапии. Папа страдает поллинозом, курит. Период новорождённости протекал без особенностей. На естественном вскармливании до 2 мес. Переведён на искусственное вскармливание адаптированной смесью 1-й линии из-за гипогалактии у мамы. 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°С. 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 удлиненным 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. Предполагаемая этиология заболевания.

3. Тактика врача-педитра участкового.

4. Показания для госпитализации.

5. Предполагаемый прогноз заболевания для данного ребенка.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 45** 42 [K002344]

Девочка 13 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на плохой аппетит, повышенную утомляемость, ломкость волос и ногтей, сердцебиение. Данные симптомы появились около года назад. Ребёнок из социально неблагополучной семьи, рос и развивался соответственно возрасту. Острыми респираторными инфекциями болела часто, в течение последних 2-х лет заболеваемость участилась до 6-7 раз в год. В школе учится хорошо, однако в течение последнего года успеваемость снизилась. Питание нерегулярное. Девочка стала раздражительной, апатичной. Mensisнерегулярные с 12 лет, 5-7 дней, обильные. В контакт с врачом вступает неохотно. Интеллект сохранен. Питание

удовлетворительное. Масса тела 33 кг. Формула полового развития Ма 3 Р 2 Ах 2 Ме 3 , 11,3 балла. Кожа бледная, сухая, чистая. Волосы сухие, тонкие, ломкие. Ногти тусклые,

поперечная исчерченность, слоистость. Слизистые чистые, бледные. Подчелюстные и шейные лимфоузлы II – III степени. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, мягкий систолический шум на верхушке. ЧСС – 100 ударов в

минуту, АД – 90/55мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка у края рёберной дуги. Стул оформленный, ежедневно. В анализе мочи: рН - слабо кислая, белок 0,066г/л, лейкоциты– 4-5 в п/зр. В анализе периферической крови: гемоглобин – 80 г/л, эритроциты – 3,8х10 12 /л, ЦП-0,7, лейкоциты– 7,6х10 9 /л, базофилы-0%, эозинофилы - 5%, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные -59%, лимфоциты - 28%, моноциты - 4%, СОЭ – 6 мм/час, гипохромия +++, анизоцитоз ++, пойкилоцитоз ++. MCH– 19,5 пг (содержание гемоглобина в эритроците в норме - 24-33 пг).

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.

2. Что способствовало развитию данного заболевания?

3. Обоснуйте предполагаемый диагноз.

4. Назначьте необходимое лечение и обоснуйте его.

5. Оцените эффективность проводимой терапии.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 46** 44 [K002355]

Ребёнку 6 лет. Мать девочки рассказала, что последние два месяца у ребенка

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 ребенка.

4. Какими исследованиями Вы можете подтвердить диагноз?

5. Назовите основные профилактические меры по предупреждению энтеробиоза у

детей.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 47**

Мать с мальчиком 8 лет пришла на плановый диспансерный прием к врачу-

педиатру участковому с целью оформления инвалидности по поводу бронхиальной

астмы. (Дедушка ребенка по материнской линии страдает бронхиальной астмой.)

Ребёнок болен с 6 месяцев, когда впервые был поставлен диагноз обструктивный

бронхит. В последующем данное заболевание повторялось с периодичностью в 2-4

месяца. С 2-летнего возраста наблюдались типичные приступы удушья. Один раз

перенёс астматический статус. Неоднократно госпитализировался по ургентным

показаниям. В последние 2 года приступы участились (по несколько раз в неделю),

последние 3 месяца беспокоят практически ежедневные ночные приступы. Ребёнок

обучается на дому. Последний приступ – 2 недели назад. Исследования функции

внешнего дыхания проводились месяц назад – стабильное нарушение бронхиальной

проходимости по обструктивному типу, объем форсированной ЖЕЛ за 1 сек. – 60-70%,

тест на обратимость бронхиальной обструкции с сальбутамолом всегда положителен.

Выявлена сенсибилизация к домашней пыли, шерсти животных, березе, некоторым

видам трав. При осмотре: объективно ребёнок астенического телосложения, отстаётв

физическом развитии. В контакт вступает неохотно, на вопросы отвечает односложно.

Признаков дыхательной недостаточности нет. Кожа чистая, бледная, периорбитальный

цианоз. Дыхание жёсткое, хрипов нет. Частота дыхания – 20 в минуту. Пульс – 90

уд/мин, расщепление II тона с акцентом на лёгочной артерии, АД – 110/65 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см, эластичная, селезёнка не пальпируется.

Ребёнок постоянно получает ингаляционныеглюкокортикоиды, β2-адреномиметики.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз согласно существующей классификации.

2. Составьте план диспансерного наблюдения.

3. Методы реабилитации больных с данным заболеванием. Рекомендации

родителям по уходу за ребёнком.

4. Какие бронхорасширяющие препараты применяются в клинической практике?

Побочные действия этих препаратов.

5. Какими препаратами необходимо проводить базисную терапию этому ребенку,

назовите способ доставки препаратов?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 48** 46 [K002403]

Девочка 15 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на запоры (стул 1 раз в неделю, плотным столбом большого диаметра), периодическое вздутие живота; боли в животе, купируются при отхождении стула. Данные жалобы появились год назад после того, как девочка переболела кишечной инфекцией (лечение в стационаре). При осмотре: состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстенического типа. Кожные покровы и слизистые зева чистые, обычной окраски. Мышечный тонус в норме. Язык влажный бычной окраски. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 72 в минуту. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, пальпируется заполненная сигмовидная кишка, слепая кишка «урчание под рукой». Печень - у края реберной дуги.

Обследование:

ОАК и ОАМ - патологии не обнаружено.

Копрограмма: нейтральный жир(+), клетчатка внеклеточно.

УЗИ органов брюшной полости: печень обычной эхоплотности, нормальных

размеров, желчный пузырь без особенностей, на стимуляцию сократился на 50%,

поджелудочная железа обычно эхоплотности и нормальных размеров.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие группы препаратов Вы назначите этому ребёнку? Обоснуйте свой выбор.

5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика и режимные мероприятия?

Обоснуйте Ваш выбор.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 49** 47 [K002405]

На профилактический осмотр к врачу-педиатру участковому пришла мама 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 мама давала ей сахарный сироп и кефир. В дальнейшем у ребенка снизился аппетит, мочеиспускания стали редкими. В форме 112/у ранее зафиксирована низкая прибавка в весе. У матери – гипогалактия. Анамнез жизни: девочка от 4-й доношенной беременности, 3 срочных родов.Вес при рождении 3000 граммов, длина 49,0 см. Выписана из роддома в удовлетворительном состоянии. Семья социально-неблагополучная. 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 напряжен. 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 истончен 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. Аускультативно в лёгких дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипов нет. Перкуторнолёгочный 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: Hb 98 г/л, Er 3,8х10 12 /л, L 7,3х10 9 /л, СОЭ 3 мм/ч. В общем анализе мочи: удельный вес 1005, белок и сахар отрицательные, L 0-2-1 в п.зр. 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

ребенка. Каковы сроки наблюдения?

4. Перечислите критерии эффективности лечения при данной патологии.

5. Назовите правила введения докорма.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 50**

Мать с ребенком 3 месяцев на приеме у врача-педиатра участкового предъявляет жалобы на одышку у сына, недостаточную прибавку в весе. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, в 5 недель беременности мама перенесла ОРВИ. Ребенок родился в срок с массой 3000 г, ростом 50 см, закричал сразу. К груди приложен в родовом зале, сосал вяло. Вскармливание естественное. Прибавки в весе составляют по 400–500 г в месяц. Ребенок перенес бронхит в 2 месяца. Общее состояние тяжелое. Ребенок вялый, пониженного питания. Кожные покровы бледные, чистые. При плаче и кормлении отмечается цианоз носогубного треугольника. Ушные раковины аномальной формы, «готическое» небо, имеются и другие стигмы дизэмбриогенеза. ЧД – 56 в минуту в покое. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. Дыхание жесткое, выслушиваются единичные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких. 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 легочной артерией (ЛА). Живот мягкий, безболезненный, печень + 3,5 см. Отечность 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 ребенка 1 года жизни.

5. Обоснуйте ускоренный порядок направления ребенка на оперативное лечение.

Госпитальная педиатрия

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 1**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

**Павел, 6 месяцев**. Ребенок доставлен в больницу без матери.

Из анамнеза: мальчик из социально-неблагополучной семьи. Беременность первая, на учете в женской консультации мать не стояла. Роды в срок, в периоде ранней неонатальной адаптации у ребенка отмечалось нарушение мозгового кровообращения 1 степени. Родился с массой тела 3200 г., длиной тела 50 см. Вскармливался грудным молоком до 2 месяцев, далее - смесью «Малютка». Объективно. Масса тела 4400 г. Длина тела 63 см.

 *При осмотре* беспокоится, вне осмотра заторможен, двигательная активность резко снижена. Взгляд фиксирует, голову удерживает 2-3 секунды, не сидит, не опирается на ноги, игрушкой не интересуется. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, сухие, местами шелушащиеся, в области крестца гиперемия и мацерация кожи. Эластичность снижена. Слизистые полости рта яркие, на внутренней поверхности щек справа имеется афта диаметром 3мм. Подкожно- жировой слой отсутствует повсеместно. Тургор тканей низкий. Имеется увеличение теменных бугров, кости плотные, швы сомкнуты, большой родничок 2х2 см, умеренно запавший. В местах перехода костной части ребер в хрящевую визуально видны округлые утолщения. Мышечный тонус дистоничен. Грудная клетка конической формы. Перкуторный звук легочный, ЧД 36 в минуту. Аускультативно пуэрильное дыхание. Границы сердца: правая по парастернальной линии справа, верхняя по нижнему краю 2 ребра, левая плюс 1,5см от левой среднеключичной линии. Тоны сердца значительно приглушены, короткий систолический шум на верхушке. ЧСС108 в мин. Язык обложен беловатым налетом. Зубов нет. Сосет жадно, после кормления полным возрастным объемом обильно срыгивает. Живот ниже реберных дуг, при пальпации мягкий, печень на 1,5 см ниже реберной дуги, селезенка не пальпируется. Моча насыщенно- желтого цвета. Мочится редко. Стул скудный.

*Общий анализ крови*: Эритроциты- 2,5 х 1012/л, гемоглобин 80 г/л, цветовой показатель 0,75, ретикулоциты 6%0, тромбоциты 200х109/л, лейкоциты 6,0 х 109/л, нейтроф. пал.ядерн.-2%, сегм-35%, лимф- 60%,моноциты -3%. CОЭ 9 мм/ч. Гематокрит 48 %

*Копрограмма:* цвет- желтый, консистенция- кашицеобразный, крахмал- ++, йодофильная флора+, нейтральный жир ++, лейкоциты- до 2-4 в п.зр.

*Биохимический анализ крови:* общий белок 52 г/л, альбумины 48%, холестерин 2,3 ммоль/л, глюкоза крови 2,5 ммоль/л, тимоловая проба 4 Еd, АлаТ – 0,4 мкмоль/л, креатинин 62 мкмоль/л, сывороточное железо 4 мкмоль /л.

З*адания:*

1. *Оцените объективные симптомы и данные дополнительного обследования*
2. *Выделите клинические синдромы, объясните их происхождение*
3. *Обоснуйте и сформулируйте полный клинический диагноз в соответствии с классификациями*
4. *Какие дополнительные исследования надо провести для подтверждения нарушения фосфорно-кальциевого обмена.*
5. *Наметьте план лечения основного заболевания и сопутствующей патологии*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 2**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

*Алеша, 4 месяца*. *Жалобы* мамы: на плохую прибавку массы тела у ребенка.

Ребенок рожден от 2 беременности, протекавшей на фоне анемии 1 степени, угрозы прерывания в первой половине. Родился с массой тела 4000 г., длиной 52 см. За первый месяц прибавил в массе 700 г. со второго месяца жизни стал беспокоиться, часто прикладываться к груди, редко мочился, появились запоры. При контрольном взвешивании ребенок высосал 60 мл молока. Матери рекомендовано пить молоко до 2 л в сутки, никотиновую кислоту, поливитамины, настой листьев крапивы в течение 2 недель. Однако в состоянии ребенка мало что изменилось, месячная прибавка в массе составила 490 гр. В 3 месяца у малыша отмечался кратковременный подъем температуры до фебрильных цифр, далее - субфебрилитет, появились срыгивания, вялость, сонливость - состояние расценивалось как ОРВИ. За следующий месяц в массе не только не прибавил, но и потерял в массе 200 грамм. Ребенок переведен на искусственное вскармливание смесью “Малютка” по 180-200 мл каждые 3 часа. Весь объем не съедал, часто срыгивал. От госпитализации мать отказывалась. К 4 месяцам ребенок весил 3900 г. при росте 62 см, что послужило основанием для госпитализации.

*Объективно:* Масса тела 3800. Длина тела 62 см. Температура тела 37,2. Заторможен, сонлив, голову не держит, не переворачивается, не гулит. Взгляд фиксирует, за предметами прослеживает. Кожные покровы бледные, сухие, с участками шелушения, эластичность кожи и тканей снижены. Подкожно-жировой слой отсутствует на туловище, на конечностях 0,3-0,4 см, комочки Биша сохранны. Отмечается увеличение теменных бугров, кости плотные, швы сомкнуты, большой родничок– 2х2 см на уровне костей черепа, пульсирует, на ребрах четки. Мышечный тонус низкий. ЧДД 36 в минуту. Дыхание в легких пуэрильное. Тоны сердца приглушены, особенно 1 тон в 1 точке. ЧСС 128 в минуту, ритм правильный. Язык обложен белым налетом. Зубов нет. Сосет вяло, после кормления часто, понемногу срыгивает. Живот выше реберных дуг, мышцы атоничные, при пальпации мягкий. Моча желтого цвета, мутная. Мочится редко. Стул в виде кашицы 2 раза в день желто-зеленый с комочками.

*Общий анализ крови*: Эритр.- 2,9 х1012/л, гемогл.- 75 г/л, лейкоц. 15 х109/л, пал-8%, сегм-67%, лимф- 25%, CОЭ 19 мм\ч. Гематокрит 41%

*Общий анализ мочи*: к-во 30 мл, цвет солом.мутный, белок 0,6 г/л, лейкоциты-до 30 в п.зр.

*Копрограмма:* цвет- желтый, консистенция- разжижен, крахмал ++, нейтральный жир++, лейкоциты- 3-4 в п.зр.

*Биохимическое исследование крови:* общий белок 50 г/л, альбумины 45%, холестерин 3,0 ммоль/л, креатинин 68 мкмоль\л, сывороточное железо 4 мкМоль \л, кальций- 1,9 ммоль\л, фосфор – 0,7 ммоль\л, щелочная фосфатаза 1200 Ед.

*Бак. посев мочи*- Е. Coli в титре 1 млн.на 1 мл

*Задание:*

*1.Оцените анамнез, перечислите тактические ошибки педиатра в свете Декларации ВОЗ по защите грудного вскармливания*

*2.Выделите клинические симптомы и синдромы.*

*3. Оцените результаты параклинического обследования.*

*4.Сформулируйте полные рабочие диагнозы имеющейся у ребенка патологии.*

*5.Наметьте план лечения основной патологии.*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 3**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

*Индира К., 6 месяцев*. Жалобына частый неустойчивый по консистенции стул, похудание, плохой аппетит, капризное поведение.

*Анамнез жизни и болезни*: родилась первой беременности, быстрых родов в срок, с массой 3500 и длиной 52 см. Вскармливание грудное полное до 4,5 месяцев, с 5 месяцев начато введение манной каши. Вскоре у девочки кратковременно отмечена субфебрильная температура, а затем появилось снижение аппетита, беспокойное поведение. С 5,5 месяцев появились и усиливаются срыгивания, периодически возникает учащение и разжижение стула до 10 раз в сутки, его зловоние. Кишечная инфекция исключена.

*Объективно*:масса 6000, длина 68 см. Не сидит, переворачивается при помощи взрослого, остальные навыки по возрасту. Реакция на осмотр негативная, капризная. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, сухие, чистые, эластичность снижена. Имеется истертость волос на затылке. Слизистые бледные, влажные, чистые, в углах рта- трещины. Подкожно жировой слой значительно истончен, тургор тканей низкий. Голова неправильной формы с уплощенным затылком. Края родничка податливы, размер его 2х2 см. Швы сомкнуты. Грудная клетка с развернутой нижней аппертурой. Тонус и сила мышц снижены. Дыхание пуэрильное, перкуторный звук легочный. ЧДД 36 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца громкие. Выслушивается короткий систолический шум в 3 точке. ЧСС 120 в минуту. АД 90\60 мм рт. ст. Система пищеварения: Ест неохотно, срыгивает умеренно. Язык обложен по спинке беловатым налетом. Зубов нет. Живот округлый, значительно увеличен в объеме. При пальпации урчит, в петлях пальпируется тестоватое содержимое. Определяется симптом «плеска». Печень на 2 см ниже реберной дуги. Стул обильный, полуоформленный, зловонный, блестящий, серо-зеленоватый, с небольшим количеством пены сверху, с белья отстирывается с трудом.

*Общий анализ крови*: Эритроциты- 2,6х1012/л, гемоглобин 80 г\л, цветовой показатель 0,7, ретикулоциты 4‰, тромбоциты 75‰, лейкоциты 6,0х 10 9/л, CОЭ 9 мм\ч. Гематокрит 44%.

*Общий анализ мочи:* к-во 30 мл, цвет соломенный, белок 0,033г/л, лейкоциты-ед. в п\зр. *Копрограмма*: детрит- незначительное количество, цвет- серый, консистенция- кашицеобразный, переваренная клетчатка- незначительное количество, непереваренная клетчатка- значительное количество, крахмал+++, нейтральный жир++++, жирные кислоты и мыла +++, лейкоциты- до 5 в п\зр.

*Биохимические исследования*: общий белок 45 г\л, альбумины 48%, холестерин 3,0 мМоль/л, глюкоза крови 2,8 мМоль\л, тимоловая проба 4 Еd, АлаТ – 0,4 мкМоль\л, креатинин 68 мкМоль\л, сывороточное железо 4 мкМоль \л, кальций- 1,9 мМоль\л, фосфор – 0,7 мМоль\л, щелочная фосфатаза 900 Ед.

*Задания*

1. *Выделите ведущие клинико-лабораторные симптомы и синдромы.*
2. *Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.*
3. *Какое специфическое обследование необходимо для подтверждения основной патологии, каков прогноз для жизни и здоровья.*
4. *Какая диета рекомендуется детям с основной патологией.*
5. *Дайте рекомендации по медикаментозному лечению.*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 4**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

Катя, 10 мес. *Жалобы матери* на жидкий стул у ребенка до 10-14 раз в сутки, вздутие живота

Анамнез: от 1 неосложненной беременности у 30- летней матери, родов в срок с длительным безводным периодом, акушерским пособием в виде родостимуляции. Неонатальный период протекал с неврологическойдезадаптацией. Вскармливание полное грудное до 4 месяцев. До болезни получала диету по возрасту, переносила хорошо. Вес до заболевания 10 кг, длина 74 см.

Две недели назад заболела остро: повысилась температура до 38, появилась заложенность носа, покраснение зева и конъюнктив, двукратная рвота, через сутки присоединился водянистый понос до 20 раз в сутки. Девочка лечилась в инфекционной больнице, инфекционный процесс купирован полностью, однако, сохраняется диарейный синдром. Кормится цельным молоком по 200 мл х 2 раза, кефиром однодневным по 200 мл х 2 раза, манной кашей на молоке по 200 мл х 2 раза. Получает хилак- форте, лактобактерин, поливитамины.

*Объективно:* Масса 9 кг, длина 74 см. Поведение адекватное, эмоционально позитивна.сидит, стоит, передвигается в кроватке с поддержкой, смеется, игрушками интересуется, играет манипулятивно. Кожные покровы и слизистые бледноваты, суховаты. В перианальной области и на промежности имеется яркая гиперемия, мацерация кожи. Тургор тканей снижен. Подкожно – жировой слой 0,7-0,9 см повсеместно, кроме бедер, где он составляет 1,2 см. В легких дыхание пуэрильное, ЧДД 33 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 120 в минуту. АД 90\60 мм рт. Ест охотно, иногда необильно срыгивает. Язык обложен беловатым налетом. Зубов 8. Живот округлый, значительно увеличен в обьёме. При пальпации урчит. Перкуторный звук- тимпанический. Печень на 1 см ниже реберной дуги. Почки не пальпируются.

Стул частый, необильный, неоформленный, желто-зеленоватый, с большим мокрым пятном вокруг каловых масс на белье. При дефекации на горшок- стул водянистый с кислым запахом, сопровождается обильным отхождением газа. Моча светлая, прозрачная.

*Общий анализ крови*: Эритроциты- 3,5 х1012/л, гемоглобин 90 г/л, цветовой показатель 0,8, ретикулоциты 10‰, тромбоциты 200 х109/л, лейкоциты 6 х109/л, CОЭ 9 мм\ч. *Гематокрит 27* %

*Общий анализ мочи*: к-во 30 мл, цвет солом., белок 0,033 г/л, лейкоциты-ед в п\зр.

*Биохимические анализы:* общий белок 55 г/л, альбумины 48%, АлаТ – 0,4 мкмоль/л, креатинин 68 мкмоль/л, сывороточное железо 3 мкмоль \л, кальций- 2,9 ммоль/л, фосфор – 1,7 ммоль/л, щелочная фосфатаза 100 Ед

*Задания:*

1. *Каков предположительный диагноз? Сформулируйте его.*
2. *Каков прогноз для выздоровления при этой форме заболевания?*
3. *Какие специфические тесты позволят подтвердить Ваше предположение?*
4. *Какую диету предпочтительнее выбрать для данной патологии.*
5. *Ваша терапевтическая тактика.*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 5**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

*Девочка 1 года 5 месяцев.*

*Анамнез жизни*: ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, срочных родов. Родилась с массой тела 3300 г, длиной 50 см, закричала сразу. Период новорожденности протекал без особенностей.

На грудном вскармливании до 7 мес. Аппетит был удовлетворительным, иногда срыгивала, стул был нормальным. Временами отмечалась вялость и повышенная потливость ребенка, особенно по утрам. Был однократный эпизод судорожных подергиваний конечностей. Нервно-психическое развитие до года было удовлетворительным. Масса тела в возрасте 1 года 8800 г, рост 73 см.

*При осмотре*: масса тела 10,0 кг, рост 74 см. Обращает на себя внимание "кукольное лицо", короткая шея, увеличен в объеме живот. Кожа обычной окраски, венозная сеть на передней брюшной стенке не выражена. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет, ЧД 28 в 1 минуту. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - на 0,5 см влево от сосковой линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 120 уд/мин. Печень выступает на 10 см, плотная, селезенка не пальпируется. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту.

*Общий анализ крови:* НЬ - 120 г/л. Эр - 4,2х1012/л, Лейк - 9,0х109/л, п/я - 2%, с - 29%, э - 1%, л - 60%, м - 8%, СОЭ - 5 мм/час.

*Биохимический анализ крови:* общий белок - 75 г/л, альбумины -53 г/л, альфа1-глобулины - 5%, альфа2-глобулины - 12%, бета-глобулины -15%, гамма-глобулины - 15%, холестерин - 9,2 ммоль/л, общие липиды -14 г/л (норма - 4,5-7), глюкоза - 3,1 ммоль/л, бромсульфалеиновая проба -4% (норма - до 5%), мочевая кислота - 0,65 ммоль/л (норма - 0,17-0,41), молочная кислота - 2,8 ммоль/л (норма - 1,0-1,7).

*Кислотно-основное состояние крови:* рН крови - 7,35, ВЕ = -6.

*УЗИ печени:* увеличение всех отделов печени, больше правых, повышение эхогенности паренхимы.

*Задание*

1. *Ваш предварительный диагноз?*
2. *Какие методы диагностики необходимы для уточнения заболевания?*
3. *С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?*
4. *При каком заболевании из этой же группы развивается тяжелое поражение сердца?*
5. *Основные принципы лечения*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 6**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

***Ребенок 2 месяцев.***

Родители молодые, ребенок от четвертой беременности, четвертых родов. Первые 3 ребенка умерли в периоде новорожденности от диспепсии, причина которой не установлена. Настоящая беременность протекала с выраженным токсикозом и угрозой прерывания в первой половине, повышением АД во второй половине беременности. Роды срочные, масса тела при рождении 3100 г, длина 51 см. С рождения на грудном вскармливании.

В возрасте 4 суток появилась желтуха, с 20-дневного возраста - диспептические расстройства в виде частого жидкого стула зеленоватого цвета, рвоты. Вскармливание грудное. Ребенок начал терять в массе. Желтушное окрашивание кожи сохраняется до настоящего времени.

Поступил в отделение в тяжелом состоянии с массой тела 3000 г, длиной 52 см. Подкожно-жировой слой отсутствует на животе, груди, резко истончен на конечностях, сохраняется на лице. Кожа бледная, с желтовато-сероватым оттенком, сухая, легко собирается в складки. Тургор тканей и мышечный тонус снижены. Аппетит отсутствует. Ребенок раздражителен, сон беспокойный. Живот вздут, печень +4 см из-под реберного края, плотной консистенции. Селезенка не пальпируется. Стул со скудными каловыми массами, зеленого цвета.

*Общий анализ крови:* НЬ - 100 г/л. Эр - 5,1х1012/л, Ц.п. - 0,58, Ретик.- 2%, Лейк - 8,8х109/л, п/я - 1%, с - 32%, э - 1%, л - 60%, м - 6%, СОЭ -2 мм/час.

*Посев кала на патогенную флору:* отрицательный.

*Общий анализ мочи:* количество - 40,0 мл, относительная плотность - 1,012, белок- 0,125 г/л, лейкоциты - 1-2 в п/з, эритроциты - нет.

*Биохимический анализ крови:* общий билирубин - 28,5 мкмоль/л, прямой - 22,0 мкмоль/л, общий белок - 50,0 г/л, альбумины - 30 г/л, мочевина - 3,5 ммоль/л, холестерин - 2,2 ммоль/л, калий - 4 ммоль/л, натрий -140 ммоль/л, щелочная фосфатаза - 250 ед/л (норма - до 600), глюкоза - 3,5 ммоль/л. АСТ- 0,41 мккат/л, АЛТ- 0,62мккат/л.

*Задание*

1. *Оцените клинические и лабораторные данные.*
2. *О каком наследственном нарушении обмена веществ может идти речь?*
3. *Какие специфические тесты позволят подтвердить данную наследственную патологию?*
4. *Консультация каких специалистов необходима данному больному?*
5. *Назначьте лечение.*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 7**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

##### *Саша К. 4,5года.* Жалобы при поступлении на приступы затрудненного дыхания, кожные высыпания, сопровождающиеся сильным зудом.

*Анамнез жизни*. Мальчик рожден от 4 беременности, протекавшей с токсикозом,2-х родов, масса при рождении 4300г. Отмечалась большая прибавка в массе на первом году жизни, гнейс на волосистой части головы, стойкие опрелости. С 1 мес.- искусственное вскармливание. На введение прикорма (картофельное пюре) на коже появились участки гиперемии, инфильтрация. *Анамнез болезни*. В возрасте 3лет на фоне ОРВИ впервые возник приступ удушья, через 2 недели эти явления повторились. Внезапно, на фоне нормальной температуры начался сухой навязчивый кашель, появилась одышка и дистанционные хрипы, мальчик принял вынужденное положение (опирался руками о колени). Улучшение после дачи бронхолитических препаратов, ингаляций, ножных ванн, вдыхания увлажненного кислорода. C тех пор аналогичные приступы повторяются в любое время года (при влажной погоде - чаще), ежемесячно, в августе-сентябре почти ежедневно, особенно на даче, на улице, при ветреной погоде. Самый большой светлый промежуток 2-3 недели. В возрасте 4 лет было проведено аллергообследование - выявлена поливалентная сенсибилизация к пищевым, бытовым и пыльцевым аллергенам.

*Объективно:* состояние средней тяжести. В контакт вступает охотно, но раздражителен. Выражена сухость кожи вокруг глаз, на шее; в подмышечных, локтевых, подколенных областях инфильтрация, лихенификация, гиперемия, экскориации. Пальпируются шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы до 1,5см. Кашель редкий, влажный со слизистой мокротой, одышка с удлиненным выдохом, участвует вспомогательная мускулатура. ЧДД - 28 в мин. Грудная клетка "эмфизематозно" вздута. Перкуторно над легкими коробочный звук. Аускультативно - дыхание ослаблено, с удлиненным выдохом, сухие, свистящие хрипы по всем полям. Тоны сердца ритмичные, умеренно приглушены. Пульс - 98 уд.в мин. Слизистаяоболочка полости рта влажная, язык "географический". Живот мягкий. Печень и селезенка не пальпируются. Физиологические отправления в норме.

*Гемограмма* - Эр. - 4,0 х 1012/л, Нв - 112г/л, Ц.П.- 0,8, Лейк.- 6,5 х 109/л, Э - 13%, П - 5% ,С - 26%, Л - 51%, М - 5%, СОЭ – 7 мм/час.

*Ан. мочи* - цвет - солом., оносит. плотность - 1015, прозрачность - полная, микроскопия осадка: лейкоциты - единичные в поле зрения, соли оксалаты - большое количество.

*Копрограмма* без особенностей.

*Протеинограмма:* общий белок - 69г/л, альбумины - 52%; А/Г - 1,04; Глобулины: α1 – 3,6%; α2 – 4,9%; β - 12%; γ - 16,8%

З*адания:*

1. *Оцените объективные симптомы и данные дополнительного обследования*
2. *Какие инструментальные методы диагностики необходимо провести для уточнения диагноза?*
3. *Выскажите предположение об имеющейся патологии.*
4. *Обоснуйте план дополнительного обследования и что Вы ожидаете получить?*
5. *Сформулируйте клинический диагноз /основной, осложнения, сопутствующий/ в соответствии с классификациями*
6. *Наметьте план лечения основного заболевания и сопутствующей патологии*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 8**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

# Елена Е., 10 лет. *Жалобы* на частые приступы одышки, свистящие хрипы, кашель.

*Анамнез жизни.* Рождена от четвертой, нормально протекавшей беременности, 2-х срочных родов, масса при рождении 2750г. На грудном вскармливании до 2-х мес., прикорм соответственно возрасту, реакций не отмечалось. Прививки по возрасту, без осложнений. Бабушка страдает пищевой аллергией, у тети – поллиноз. У девочки отмечалась уртикарная сыпь после инъекций ампициллина.

*Анамнез болезн*и. С возраста 9 мес. у ребенка частые ОРВИ, 2 - 3 раза в год бронхиты. С 5-ти лет стали беспокоить приступы затрудненного дыхания, которые присоединялись на второй-третий день от начала ОРВИ, сопровождались сухим кашлем, чувством недостатка воздуха, дистанционными хрипами. Обычно это отмечалось ночью. Купировались приступы приемом эуфиллина. Кашель, как правило, ликвидировался с купированием приступа. С наступлением "сырого" времени года приступы учащаются. Последние 2 года приступы почти каждую ночь, дважды были тяжелые приступы, потребовавшие в/в введения глюкокортикоидов, эуфиллина. При выезде в Подмосковье, Красноярск (в период отпуска родителей) самочувствие улучшается.

Проведенное аллергологическое обследование выявило сенсибилизацию к перу подушки (++), домашней пыли (++),тополю (++).

*Объективное обследование.* Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, бледные, при нагрузке появляется легкий периоральный цианоз. ЧДД - 22 в мин. Грудная клетка несколько вздута. При перкуссии определяется коробочный оттенок перкуторного звука, аускультативно - жестковатое дыхание с удлиненным выдохом, сухие свистящие хрипы по всем полям. Приступ затрудненного дыхания был накануне вечером. При осмотре кашляет. Отходит небольшое количество прозрачной мокроты. Тоны сердца приглушены, учащены, пульс - 94 уд.в мин. Слизистаяоболочка полости рта влажная, умеренно увеличены миндалины, есть кариозные зубы. Живот мягкий, чувствительный в области правого подреберья. Физиологические отправления в норме.

*Данные дополнительного обследования*

*Общий анализ крови*: Эритроциты – 4,1 × 1012 /л, Нв – 120 г/л ,Цв.п. - О,95 Лейкоциты – 6,9 × 10 9/л Э – 28%, Б -1%, С – 37%, Л – 26%, М – 8% СОЭ - 4мм/час

*Биохимические исследования крови*: Общий белок - 70г/л Альбумин – 54% , А/Г - 1,8 Глобулины: α1 – 4%; α2 – 12%; β - 12%; γ - 17,5%

З*адания:*

1. *Оцените объективные симптомы*
2. *Какие обследования необходимо провести дополнительно и что Вы ожидаете получить?*
3. *Выскажите предположение об имеющейся патологии*
4. *Возможно ли было предупредить данное заболевание?*
5. *Проведите дифференциальный диагноз со сходной патологией*
6. *Сформулируйте клинический диагноз /основной, осложнения, сопутствующий/ в соответствии с классификациями,*
7. *Наметьте план лечения основного заболевания и сопутствующей патологии*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 9**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

# Марина Г. 6 лет. *Жалобы* на влажный кашель с отделением небольшого количества гнойной мокроты, повышение температуры, одышку при физической нагрузке.

*Анамнез заболевания*. В возрасте 1 года 2 мес. переболела пневмонией, которая протекала тяжело и длительно. С тех пор у девочки почти постоянно отмечается влажный кашель, слева в базальном отделе легкого выслушиваются влажные хрипы, то в большем, то в меньшем количестве. Один - два раза в год состояние ребенка ухудшается, повышается температура (без выраженных катаральных явлений). Усиливается кашель, отделение мокроты. Последнее ухудшение за неделю до поступления в стационар.

*Анамнез жизни*. Рождена от I благополучно протекавшей беременности, масса при рождении 3500г., но рано переведена на искусственное вскармливание. На первом году жизни часто болела ОРВИ (более 6 раз).

*Объективно*. Рост 112 см, масса – 22 кг. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, под глазами тени, цианоз носогубного треугольника. Кашляет, кашель влажный. ЧДД - 24 в мин. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно над легкими легочный звук с коробочным от­тенком, слева в подлопаточной и аксиллярной области - укорочение перкуторного звука. Дыхание по всем полям жесткое, слева под лопаткой ослаблено, в базальных отделах легких с обеих сторон влажные средне- и мелкопузырчатые хрипы, но слева их больше и они отличаются стабильностью. Мокрота необильная, желтого цвета. Тоны сердца приглушены, пульс - 96 уд.в мин. Печень по краю реберной дуги. Физиологические отправления в норме.

*Данные дополнительного обследования*

*Общий анализ крови:* Эр. – 3,8 × 10 12/л.Лейкоциты – 9,6 × 109 /л, Нв – 120 г/л Э-4%, П-9%, С-49%, Л-30%, М-8%, Цв.п. – 0,9 СОЭ – 20 мм/час

*Бактериологическое исследование мокроты:* Выделен гемолитический стафилококк

*Анализ мочи и копрограмма* без патологии.

*Бронхоскопия*. Катарально-гнойный, преимущественно левосторонний эндобронхит. Из устьев 7, 10, 9 сегментарных бронхов левого легкого выделяется гнойная мокрота.

*Рентгенография органов грудной клетки*. Очаговых теней нет. Сосудисто-интерстициальный рисунок деформирован, имеет петлистый вид. В базальных сегментах обоих легких (больше левого) сосуды и бронхи сближены. Корни легких не расширены, структурны. Синусы свободны. Купола диафрагмы очерчены, тень средостения не изменена.

*Бронхография.* На бронхограммах в прямой и левой боковой проекциях выявлена ригидность бронхов 5 и 8 сегментов, они имеют мало ответвлений, бронхи 6,9,10 сегментов деформированы, расширены, высоко обрываются.

З*адания:*

1. *Оцените объективные симптомы и данные дополнительного обследования*
2. *Выскажите предположение об имеющейся патологии*
3. *Проведите дифференциальный диагноз со сходной патологией*
4. *Сформулируйте клинический диагноз в соответствии с классификациями,*
5. *Наметьте план лечения основного заболевания и сопутствующей патологии*
6. *Наметьте план реабилитации.*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 10**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

*Мальчик. 12 лет. Жалобы* на влажный кашель, повышение температуры, недомогание.

*Анамнез жизни и болезни*: рожден в срок от 2-й беременности, протекавшей с токсикозом, масса при рождении – 3500г. Рос болезненным, "слабым", часто болел. В возрасте 2,5 лет перенес тяжелую пневмонию, лечился в стационаре около 3-х мес. После выздоровления неоднократно болел бронхитами. С 6 лет почти постоянно кашляет. В последние годы кашель с гнойной мокротой, чаще в утренние часы.

Впервые обследован в специализированном пульмонологическом отделении в возрасте 9 лет. Диагностированы изменения, локализованные преимущественно в правом легком. За последние 3 года периодически отмечались ухудшения в состоянии, когда повышалась температура, усиливался кашель и отделение мокроты, в правом легком постоянно выслушивались влажные хрипы. Лечились амбулаторно.

*Объективно:* Рост - 156 см., масса - 35 кг. Кожные покровы бледные, акроцианоз и легкий цианоз носогубного треугольника, усиливающийся при нагрузке. ЧДД - 28-30 в мин. Грудная клетка деформирована: уплощена в переднезаднем размере, правая лопатка ниже левой. Справа ниже угла лопатки и в аксиллярной области укорочение перкуторного звука. Там же дыхание резко ослаблено, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. В процессе лечения количество и характер хрипов практически не изменились. Тоны сердца умеренно приглушены. Пульс 88 уд.в мин., ритмичный. Печень пальпируется по краю реберной дуги..

Общий анализ крови: Эритроциты – 3,6 × 112 /л Нв – 110 г/л Ц.п. – 0,8 Лейкоциты – 6,0 × 109 /л Э – 7%; П – 4%; С- 57%; Л – 23%; М – 9% СОЭ – 16 мм/час

Исследование мокроты: слизисто-гнойная, жёлтого цвета с зеленоватыми прожилками.

Микроскопия: лейкоцитов 40-50-60 в поле зрения, местами скопления.

Бак.посев мокроты: выявлена смешанная флора, с преобладанием синегнойной палочки.

Рентгенография органов грудной клетки: в прямой и боковой проекциях грудная клетка сужена, уплощена, недоразвита нижняя треть грудины. Справа S 4-5 и базальные сегменты уменьшены в объеме, здесь же определяется негомогенное затенение с ячеистымипросветвлениями. Корни стянуты вниз, сниженной структурности. Междолевая плевра уплотнена. Купола диафрагмы в медиальных зонах дифференцируются плохо.

Бронхоскопия. При осмотре трахеобронхиального дерева слизистая резко гиперемирована, отечна, легко ранима, кровоточит. В трахее значительное количество вязкой слизисто-гнойной мокроты. Бронхи проходимы. Из 7-8 бронхов справа значительное гнойное отделяемое, из всех базальных и среднедолевого бронхов слизисто-гнойное отделяемое.

З*адания:*

1. *Оцените объективные симптомы и данные дополнительного обследования*
2. *Какие методы инструментальной диагностики показаны ребенку и что Вы ожидаете получить?*
3. *Выскажите предположение об имеющейся патологии*
4. *Проведите дифференциальный диагноз со сходной патологией*
5. *Сформулируйте клинический диагноз в соответствии с классификациями,*
6. *Наметьте план лечения основного заболевания и сопутствующей патологии*
7. *На Ваш взгляд, какие специалисты должны проконсультировать пациента?*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА о педиатрии № 11**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

#### Кира М., 6 лет. Жалобы на возникающие приступы удушья, в настоящее время – влажный кашель.

*Анамнез заболевания*. Впервые приступ удушья возник у девочки на четвёртом году жизни: внезапно ночью появился сухой, навязчивый кашель, затем присоединилась одышка, шумное дыхание, девочка стала беспокойной. Приступ купирован введением преднизолона, эуфиллина, супрастина – состояние улучшилось, кашель стал влажным, выделилось небольшое количество прозрачной мокроты. В дальнейшем аналогичные приступы стали повторяться сначала 1 раз в 2-3 месяца, потом чаще (5-6 раз в год), иногда ежедневно в течение 3-4 дней. В прошлом году девочка в течение 3-х месяцев жила у бабушки в селе – приступов удушья в это время не было. Сезонности в возникновении приступов нет.

*Анамнез жизни.* От II беременности, протекавшей с токсикозом, первых срочных родов. Масса 3300,0. Вскармливание искусственное. В шестимесячном возрасте диагностирована истинная детская экзема, клинические проявления которой исчезли к двум годам. 6-8 раз в год болеет ОРВИ. Отмечались аллергическая реакция (отёк Квинке) от приёма ампициллина. У матери рецидивирующая крапивница. Живут в старом деревянном доме, сыром, отапливаемом дровами и углём. Спит на ватном тюфяке, перовой подушке; одело шерстяное.

*Объективные данные*. Масса 20 кг, рост 115 см. Состояние средней тяжести. Кожа бледная, под глазами тени. Кашель влажный, нечастый. ЧДД- 28 в минуту. Перкуторно над лёгкими – легочной звук с коробочным оттенком. Аускультативно – дыхание жёсткое, по всем полям – сухие, музыкальные, свистящие хрипы и единичные влажные среднепузырчатые хрипы. Тоны сердца ясные, чистые. ЧСС 96 ударов в мин. АД 90/60 мм.рт.ст. Есть кариозные зубы. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

*Данные дополнительного обследования*

*Общий анализ крови*: Эритроциты – 4,0 × 1012/л, Гемоглобин – 130 г/л, ЦП – 0,9, Лейкоциты – 4,8 × 109/л, Э – 6%; П – 3%; С – 32%; Л – 50%; М – 9%, СОЭ – 10 мм/час

*Исследование мокроты*: прозрачная, слизистая, вязкая.

*Микроскопическое исследование*: Эозинофилы – 7-5-3 в п/з, Лейкоциты – 5-4-2 в п/з

З*адания:*

1. *Оцените объективные симптомы и данные дополнительного обследования*
2. *Какие еще методы диагностики необходимо провести ребенку?*
3. *Выскажите предположение об имеющейся патологии*
4. *Проведите дифференциальный диагноз со сходной патологией*
5. *Сформулируйте клинический диагноз /основной, осложнения, сопутствующий/ в соответствии с классификациями,*
6. *Наметьте план лечения основного заболевания и сопутствующей патологии*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 12**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

Олег А., 5 лет. *Жалобы при поступ*лении на влажный кашель с отделением густой гнойной мокроты.

*Анамнез жизни и болезни*. Рождён от 2-ой беременности, масса 3500г. Первый ребёнок в семье умер в возрасте 6 месяцев от пневмонии. Родители считают себя здоровыми. С момента введения докорма стул у ребёнка стал обильным, зловонным. В массе прибавлял плохо, хотя кушал охотно. В возрасте 7-ми месяцев перенёс пневмонию, осложненной ателектазом. На фоне лечения ателектаз расправился, но длительно сохранялся кашель. В 1год 3 месяца и 2,5 года повторно длительно болел пневмонией, протекавших с одышкой, оральными хрипами,с тяжёлым синдромом бронхиальной обструкции. Между заболеваниями мальчик продолжал кашлять.

*Объективные данны*е. Рост – 106см., масса – 16,7 кг. Ребёнок бледен, кожные покровы сухие. Пониженного питания. Цианоз носогубного треугольника, «тени» под глазами. Тургор тканей снижен, мышцы дряблые. Температура тела 37,8°С. ЧДД – 28в минуту. Оральная крепитация, кашель непродуктивный. Концевые фаланги пальцев рук в виде «барабанных палочек», ногти в виде «часовых стёклышек». Грудная клетка «бочкообразная». Перкуторно над лёгкими с обеих сторон участки укорочения перкуторного звука чередуются с зонами тимпанита. Аускультативно с обеих сторон рассеянные разнокалиберные, влажные и сухие хрипы. В нижних отделах лёгких, больше справа, дыхание ослаблено, хрипы не прослушиваются. Сердце без особенностей, пульс 108 ударов в минуту. Язык обложен беловатым налётом. Живот вздут, печень на 3,5 выступает из-под края рёберной дуги. Стул 2 раза в сутки, обильный серого цвета, зловонный.

Общий анализ крови: Эритроциты – 4,3 × 1012/л, Гемоглобин – 100г/л, ЦП – 0,8, Лейкоциты – 16,7 × 10 9/л П – 4%; С – 74%; Л – 16%; М – 6%, СОЭ – 27 мм/час

Биохимическое исследование крови: Глюкоза крови – 5,5 ммоль/л, СР белок – 12мг/л, Холестерин – 4,5 ммоль/л, Тимоловая проба – 15 ед., Фибриноген – 5,5 г/л (N до 3,0 г/л), Серомукоид – 0,4 г/л (N – 0,2 г/л) Хлориды пота – 70 ммоль/л

Копрологическое исследование: кал кашицеобразный, серый, запах гнилостный

Микроскопическое исследование: Нейтральный жир – большое кол-во, Жирные кислоты – умеренное количество кристаллов, Непереваренная клетчатка – небольшое кол-во, Слизь - ++, Лейкоциты единичные в поле зрения, Эритроциты – нет

Бронхоскопия: В области S8 – S9 справа бронхи деформированы, расширены, на стенках наложения вязкого гнойного содержимого.

З*адания:*

1. *Оцените объективные симптомы и данные дополнительного обследования*
2. *Выделите основные синдромы. Объясните их.*
3. *Назначьте дополнительное обследование для постановки диагноза.*
4. *Сформулируйте клинический диагноз*
5. *Наметьте план лечения основного заболевания и сопутствующей патологии*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 13**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

Люба Ч., 8 лет. *Жалобы* при поступлении на приступы удушья, кашель.

*Анамнез жизни*. Девочка рождена от первой беременности, протекавшей с токсикозом 2 половины. Роды в срок, масса при рождении 3500г. С 4-х месяцев на искусственном вскармливании, в массе прибавляла хорошо, к концу первого года жизни весила 12,5 кг. Росла и развивалась нормально. После употребления клубники, малины отмечалась гиперемия кожи щек, ягодиц.

Из перенесенных заболеваний: ветряная оспа, эпидемический паротит, с 1,5 лет – часто ОРВИ, которые на втором году жизни стали сопровождаться синдромом бронхиальной обструкции. У бабушки по линии отца – крапивница, у отца поллиноз.

*Анамнез заболевания.* В 3,5 года у девочки впервые среди полного здоровья развился приступ затрудненного дыхания: появился сухой навязчивый кашель, дистанционные хрипы, чувство недостатка воздуха. Возникновение приступа родители связали с посещением дачи, где ребенок играл в траве, цветах (одуванчика и др.). Приступ был купирован приемом эуфиллина и в/м инъекцией супрастина. В дальнейшем приступы стали повторяться 4-5 раз в год, возникали они среди полного здоровья, чаще ночью, купировались беротеком или сальбутамолом. В течение последнего года состояние ухудшилось: участились приступы удушья, просыпается почти каждую ночь от кашля, особенно плохо себя чувствует при изменении погоды.

Последнее ухудшение состояния отмечено около недели тому назад. Приступы удушья были аналогичны описанным ранее, ингаляциями сальбутамола не купировались, врачом «Скорой помощи» проведена в/м иньекция преднизолона, госпитализирована.

 *При поступлении*: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, суховатые. Кашель сухой, малопродуктивный. Легкий цианоз носогубного треугольника, ЧДД – 29 в мин., перкуторно над легкими – коробочный оттенок перкуторного звука, аускультативно – дыхание жесткое, местами ослабленное, сухие свистящие и музыкальные хрипы по всем полям. Тоны сердца умеренно приглушены, тахикардия, дыхательная аритмия. Пульс – 92 в мин. Язык «географический», влажный. Зев спокоен. Живот слегка вздут, чувствительный в области правого подреберья. Физиологические отправления в норме.

Анализ крови: Эр.-4,2х10 12/л, Гемоглобин – 116г/л, ЦП – 0,9, Лейкоциты - 4,5х10 9/л, Эоз.-18%, П – 2%, Сег.- 53%, Лимф.- 22%, М – 5%, СОЭ -8 мм/час

Анализ мочи: Цвет сол/желт., прозрачная, отн. плотность-1018, Белок – отс., Лейкоц.- 1-2-3 в п/зр.

*Задания:*

1. *Выделите основные синдромы, объясните их.*
2. *Какие методы дополнительной диагностики необходимо провести и что Вы ожидаете получить?*
3. *Проведите дифференциальный диагноз со сходной патологией*
4. *Сформулируйте клинический диагноз в соответствии с классификацией*
5. *Наметьте план лечения основного заболевания и сопутствующей патологии.*

# СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 14

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

**Вера, 6,5 лет**. Поступила в стационар с жалобами на головную боль, утомляемость, раздражительность, неопрятность, боль в ногах, на припухлость и болезненность в правом голеностопном суставе, повышение температуры до 37,5 градусов, снижение аппетита, похудание.

*Анамнез жизни*: родилась доношенной, вскармливалась грудью. Перенесла ветряную оспу, краснуху, часто болеет ОРВИ, бронхитом, ангиной.

*Анамнез болезни*: Заболела с шести лет, когда после ангины появились боли в суставах. В тот период лечилась в стационаре, после этого наблюдалась участковым врачом, получала уколы, названия лекарств мать не помнит. За неделю до ухудшения состояния заболело горло, после чего появились боли и припухлость в лучезапястных суставах, повышение температуры. Стала плохо держать ложку, карандаш, гримасничает. Обратились к врачу, и была госпитализирована.

*Объективный статус.* При поступлении: состояние средней тяжести, девочка бледная, вялая. Масса тела 19 кг, рост 125 см. Редкие навязчивые и неточные движения в руках, подергивает плечами, покашливает, поджимает губы. Костная система: припухлость правого и левого локтевых суставов, движения в них не ограничены, мышечный тонус снижен. Отмечается также припухлость правого голеностопного сустава, движения в нем ограниченные из-за боли. В легких дыхание везикулярное. ЧДД 28 в мин. Границы сердца: правая по правой парастернальной линии, верхняя по 3 ребру, левая – на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны приглушены. На верхушке и вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум дующего характера с иррадиацией в левую подмышечную область. Пульс 112 уд.в 1 мин. АД 85/45 мм.рт.ст. Край печени пальпируется на 3 см. ниже реберной дуги, мягкий, безболезненный. Точки Кера, Мюсси болезненные при пальпации. Стул регулярный.

*Общий анализ крови*: гемоглобин 134 г/л, эритроциты-4,34\*1012 г/л, лейкоциты- 10,2 \* 109 /л, Э- 1%, П-4%, С. – 79%, Л-13%, М-3%, СОЭ- 31 мм /час.

*Биохимический анализ крови:* общий белок сыворотки крови 79 г/л, альбумины 46%, глобулины 54%, А/Г=0,87, α–1 - 6,7%, α2 - 13,8%, β – 13,4%, γ– 19,1%. С-реактивный белок 12 мг/л; сиаловая проба 5,1 мМ/л. Ревматоидный фактор –отрицательный, кровь на LE клетки- отрицат, антинуклеарные антитела – отрицат.

*ЭКГ* - ритм синусовый. Выражена активность левого желудочка.

*Эхо-КГ*: отмечается гиперэхогенность створок митрального клапана, провисание митральной створки в левое предсердие. Надопплер-Эхо-КГ отмечается струя регургитации в полости левого предсердия.

*Рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции:* сердце расширено в поперечнике. Талия сглажена. Правый атриовазальный угол смещен кверху.

*Задания:*

1.Оцените анамнез и клинические симптомы?

2.Какие клинические синдромы можно выделить?

3.Соответствуют ли результаты лабораторных и инструментальных методов исследований клиническим синдромам?

4.С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

5.Как можно сформулировать диагноз в соответствии с действующей классификацией?

6.Каков план лечения основного заболевания?

# СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 15

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

 **Юля, 10 лет.** Обратилась с *жалобами* на утомляемость, недомогание, сыпь на лице на носу и щеках, головную боль, раздражительность, боль в ногах, похудание, выпадение волос, повышение температуры до субфебрильных цифр.

*Анамнез болезни*: Заболела с 8 лет, когда после простуды появились боли в суставах и сердце. По рекомендации ревматолога получала какие-то таблетки. За неделю до ухудшения состояния девочка ударилась правой ногой, опухал голеностопный сустав, но после покоя боли исчезли. В это же время заболела ОРВИ, возобновились боли в ногах, отмечалось повышение температуры, стала плохо учиться в школе, постоянно плакала, заметили выпадение волос. Периодически появлялась моча красного цвета. Одышка при ходьбе, отеки на ногах. Госпитализирована.

*Объективный статус:* состояние средней тяжести. Бледная, вялая. Суетливая. Редкие навязчивые и неточные движения в руках. Вес 26 кг, рост 130 см. Кожные покровы бледные, на лице в области носа и щеках эритематозная сыпь. Пастозность век и лица. На груди, бедрах животе элементы сыпи розоватого оттенка. Диффузная аллопеция. Мышечный тонус снижен. Отмечается припухлость голеностопных суставов, движения в них ограниченные из-за боли, в других суставах артралгии. Отмечает боль в шейном отделе позвоночника, скованность по утрам. В легких дыхание жесткое. ЧДД 24 в мин. Границы сердца: правая по правой парастернальной линии, верхняя по 3 ребру, левая – на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны приглушены. На верхушке и вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум дующего характера, не интенсивный, без иррадиации. PS 118 уд.в 1 мин. АД 100/65 мм. рт. ст. Живот мягкий, пальпируется край печени на 1 см. ниже реберной дуги, мягкий, безболезненный. Селезенка у края реберной дуги. Симптом поколачивания слабо положительный с обеих сторон. Стул регулярный. Мочится часто.

*Общий анализ крови*: Гемоглобин- 104 г/л, эритроциты- 3,34 х 1012 г/л, лейкоциты- 3,8х109 /л, Э-3%, П-4%, С – 77%, Л-13%, М-3% СОЭ 51 мм /час.

*Общий анализ моч*и: белок 0,09 г/л: уд.вес 1009. Эритроциты- 12-15 в п/зр, выщелоченные, лейкоциты.-6-8 в п/зр.

*Биохимический анализ крови*: общий белок - 55 г/л, альбумины 18г/л, А/Г=0,72, С-реактивный белок 18 мг/л, сиаловая проба 5,6 мМ/л. Анализ крови на антинуклеарные антитела и на LE клетки положительный. Ревматоидный фактор отрицательный.

*Анализ мочи по Зимницкому:* выпито 1450,0, выделено 1150,0, ночь. 280,0, колебания удельной плотности от 1002до 1016.

*ЭКГ* - ритм синусовый. Выражена активность левого желудочка.

Эхо-КГ: гиперэхогенность створок митрального клапана, провисание передней створки в левое предсердие. На допплер-ЭХО-КГ - регургитация2 степени в полости левого предсердия. Снижение фракции выброса, суммарная фракция -50%.

*УЗИ органов брюшной полости*: без особенностей.

*Задания:*

1. Оцените анамнез и объективные данные?
2. Какие клинические синдромы можно выделить?
3. О каком заболевании следует думать? Подтверждают ли его результаты лабораторных и инструментальных методов исследований?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Сформулируйте диагноз в соответствии с действующей классификацией?
6. Каков план лечения основного заболевания?

# СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 16

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

**Тамара 14 лет***.*Поступила с *жалобами* на сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца, плохой сон, быструю утомляемость, неустойчивость настроения и ухудшение памяти.

*Анамнез жизни и болезни*: Родилась доношенной, массой 2200. Часто болела ОРВИ. Хронический тонзиллит с 6 лет. В школе училась хорошо, но в этом году успеваемость заметно ухудшилась. В течение последних 2-3 месяцев заметно похудела при хорошем аппетите, стала раздражительной и плаксивой. Матери 41 год, с детства страдает ревматизмом. Отцу 48 лет, здоров.

*Объективно*: Состояние средней тяжести: бледная, пониженного питания, мышечная система развита слабо, вторичные половые признаки незначительно выражены. Кожа чистая. Руки теплые, влажные, несколько цианотичны. Зев чистый, задняя стенка глотки зернистая. Хорошо пальпируется, а при глотании заметна на глаз щитовидная железа. В легких дыхание везикулярное, границы сердца : правая на 0,5 см вправо от края грудины, верхняя- верхний край III ребра, левая – на 1 смкнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца громкие, слегка акцентированы. ЧСС- 98 уд.в мин, АД- 130/50 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул 2-3 раза в день, нормальной консистенции. Мочеиспускание безболезненное, не учащено. При рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено. Невропатологом выявлено повышение уровня сухожильных рефлексов, двухфазный быстрый дермографизм, тремор пальцев рук и век.

*Общий анализ крови*: эр- 3,84 х10 /л, Нв- 110 г/л, лейк- 6,2х 10 /л, эоз-2%, пал- 4%, сегм- 65%, лимф- 21%, мон-8%, СОЭ- 5 мм/час

*Общий анализ мочи* – прозрачность полная, цвет - соломенный, рН – 6,4, белок-отр., сахар-отр., Лейк.- 2-1-3 в п/з

*Биохимический анализ крови*: сиаловая проба- 3,8 мМ/л, тимоловая – 2 ед, билирубин – реакция непрямая, 5,7 мкм/л, общий белок- 82 г/л, холестерин- 3,7 мМ/л

*Задания:*

1.Как можно оценить объективные симптомы?

2.Какие клинические синдромы можно выделить?

3.Соответствуют ли результаты лабораторных и инструментальных методов исследований клиническим данным?

4.С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

5.Как можно сформулировать диагноз в соответствии с действующей классификацией?

6.Каков план лечения основного заболевания?

# СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 17

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

# Арсений, 2 года 3 месяца. Поступил с *жалобами* на боли в области сердца, одышку при физической нагрузке (подъем по лестнице, легкий шаг).

*Анамнез жизни:*ранний анамнез неизвестен. С 6-ти месяцев находится в доме ребенка. Неоднократно получал лечение стационарно, в том числе в кардиоревматологическом отделении.

*Анамнез заболевания*: Во время внутримышечного введения антибиотика, назначенного по поводу ОРЗ, возник приступ одышки, выраженного цианоза, сопровождающийся потерей сознания, длительностью до 30 мин. Ранее подобные приступы отмечались при физической нагрузке, но были непродолжительны.

*Объективный статус*. Состояние средней тяжести. Температура 37, 2º. Вес 13 кг, рост 114 см. Во время осмотра неоднократно присаживается на корточки. Кожные покровы и слизистая губ цианотичны, сухие. Имеется деформация концевых фаланг пальцев верхних и нижних конечностей в виде «барабанных палочек». Ногти широкие, расслаиваются, выпуклые. Подкожно-жировой слой равномерно уменьшен. Над легкими перкуторно ясный звук. Аускультативно- дыхание жесткое; с обеих сторон, больше слева выслушиваются проводные и единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Кашель влажный, малопродуктивный. ЧДД 43 в 1 мин. При пальпации определяется дрожание в III-IV межреберье слева от грудины. Границы относительной сердечной тупости: правая по правому краю грудины, верхняя по 3 ребру, левая – на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца слегка приглушены, II тон на легочной артерии ослаблен. Над всей проекцией сердца прослушивается продолжительный «скребущий» систолический шум, с p.max. в III-IV межреберье слева от грудины, с широкой иррадиацией. ЧСС 116 уд.в 1 мин. АД 80/55 мм рт ст. Пальпируется край печени на 2 см. ниже реберной дуги, мягкий. Селезенка определяется на 1 см ниже края реберной дуги.

*Общий анализ крови*: Эр.5,94\*1012 г/л ,Гемогл. 154 г/л, Ц.П. 0,9., лейк. 9,2 \* 109 /л, Э- 1, П-4, С – 72, Л-19, М-4, СОЭ 17 мм /час.

*Биохимический анализ кр*ови: общий белок сыворотки крови 68 г/л, альбумины 41, глобулины 59, А/Г=0,69, С-реактивный белок 1 мг/л, сиаловая проба 4,54 мМ/л,

*ЭКГ*- ритм синусовый, регулярный. Электрическая ось сердца смещена вправо. Выражена гипертрофия правого желудочка. Преходящий WPW.

*Эхо-КГ*: отмечается расширение полости левого желудочка. Стенка правого желудочка гипертрофирована, гипокинетична. Обрыв изображения в мембранозной части МЖП. Сужение устья легочной артерии. Декстрапозиция аорты.

*Рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции*: легочный рисунок ослаблен. Корни неструктурные. Тень средостения не расширена, талия сердца выражена. Верхушка приподнята над диафрагмой.

*Задания:*

1.Как можно оценить объективные симптомы?

2.Какие клинические синдромы можно выделить?

3.Соответствуют ли результаты лабораторных и инструментальных методов исследований клиническим данным?

4.С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

5.Как можно сформулировать диагноз в соответствии с действующей классификацией?

6.Каков план лечения основного заболевания?

# СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 18

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

**Екатерина, 16 лет**.*Жалобы* на частые, до 3 раз в день приступы слабости, повышение АД до160/100 мм рт. ст., чувство страха, нехватки воздуха, колющие боли в сердце.

*Анамнез жизни*: от 1 беременности, которая протекала у матери с повышением АД. Роды стремительные. С первых месяцев жизни отмечался беспокойный сон, часто болела ОРВИ. В 5 лет болела хроническим гастритом, отмечалась дискинезия желчевыводящих путей. В 6 лет на ЭХО-ЭГ выявлена легкая внутричерепная гипертензия.

*Анамнез заболевания*: Первый приступ отмечен 3 года назад, сопровождался слабостью, вялостью, побледнением, повышенной потливостью, болью в области сердца. Регулярные головные боли беспокоили с 12 лет, тогда на ЭКГ отмечалась синусовая брадикардия (50 – 64 в минуту), периодические ознобы. Приступы с головокружением, сердцебиением, сердечной болью, дыхательными расстройствами отмечаются с 13 лет после перенесенной ОРВИ.

*Объективный статус*. Рост 183 см, масса тела 60 кг Кожные покровы бледные, мраморный рисунок, ладони и стопы влажные, холодные. Дермографизм бледный, стойкий. Подкожно-жировой слой развит, умерено, распределен равномерно. В легких дыхание везикулярное. Область сердца визуально не изменена, границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца достаточно громкие, выраженные систолические щечки на верхушке. Пульс лабильный, аритмичный, 72-84-92 в 1мин. АД 120/70 мм.рт.ст., при кризе до 160/100 мм рт. ст. Печень не увеличена.

*Общий анализ крови:*эритр.- 4,02 х10¹²/л, Hb - 116 г/л, лейкоциты -5,2х 109/л, СОЭ – 7 мм/час.

*Общий анализ мочи*: Цвет соломенно-желтый, уд. вес 1018, глюкоза, белок-2 мг/мл, лейк.-1-2-3 в п/зр.

*Биохимический анализ крови*: общий белок 81 г/л, глюкоза 5,0 мМоль/л, СРБ 2 мг/мл, сиаловые кислоты-3,86мМоль/л. РПГА с сальмонеллезным, дизентерийным и иерсиниознымдиагностикумами – отриц.

*ЭКГ* - синусовая брадиаритмия, горизонтальное положение электрической оси сердца, неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

*Эхо - КГ* пролапс передней створки митрального клапана 5-6 мм с минимальной регургитацией, мин. регургитация на трикуспидальном клапане.

*Рентгенография черепа* – усилен сосудистый рисунок в височной и теменной областях.

*Рентгенография шейного отдела позвоночника*: шейный лордоз умеренно сглажен, деструктивных изменений не видно. Несколько увеличены реберно-шейные отростки СVII позвонка.

*РЭГ* – нарушение регуляции сосудистого тонуса с затруднением венозного оттока на фоне сниженного кровенаполнения в обоих сосудистых бассейнах.

*ЭхоЭГ*- признаки легкой внутричерепной гипертензии.

*Задания:*

1.Как можно оценить объективные симптомы?

2.Какие клинические синдромы можно выделить?

3.Соответствуют ли результаты лабораторных и инструментальных методов исследований клиническим данным?

4.С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

5.Как можно сформулировать диагноз в соответствии с действующей классификацией?

6.Каков план лечения основного заболевания?

# СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 19

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

**Ангелина, 13 лет.**Поступила с *жалобами* на сердцебиение, приступы слабости, головные боли.

*Анамнез жизни:* родилась от первых срочных родов, беременность протекала с патологией, роды у матери стремительные. Вес при рождении 3500 г, родилась с обвитием пуповиной. Наблюдалась у невропатолога с диагнозом ГИЭ.Часто болеет ОРВИ, отмечаются обморочные состояния, возникающие после физических нагрузок.

*Анамнез заболевания:* больной девочку считают около 2-х лет, когда неожиданно на физкультуре возник приступ сердцебиения. Появилось чувство нехватки воздуха, стеснения в груди (по словам девочки «сердце стучит в горле»), холодный пот. Приступ сопровождался слабостью, потерей сознания. Затем приступы стали повторяться 2-3 раза в год, иногда проходят самостоятельно, иногда с помощью таблеток. После обморока сохраняются боли в сердце, головные боли. Девочка не засыпает; непроизвольного мочеиспускания, пены изо рта не бывает. Приступ снимается иногда после приема корвалола, натуживания. Последний приступ спровоцирован психической травмой, не купировался обычными способами

*Объективный статус.* Правильного телосложения, умеренного питания, физическое развитие выше среднего. Кожные покровы чистые, бледные, мраморность кожи, ладони влажные, красный дермографизм, угревая сыпь на лице. Подкожно-жировой слой развит равномерно, умеренно. В легких ясный звук, аускультативно везикулярное дыхание. Область сердца не изменена, верхушечный толчок в 5-м межреберье. Усилена пульсация шейных вен. Граница относительной сердечной тупости: правая по правой парастернальной линии, верхняя - 3 ребро, левая - на 1 см кнутри от срединно-ключичной линии. Тоны сердца умеренно приглушены, ЧСС - 180 уд.в 1 мин, АД 80/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Мочеиспускание редкое, обильное.

*Общий анализ крови:* эритроциты - 4,1х1012 г/л, гемоглобин -124 г/л, лейкоциты- 6,2х109 /л, П-4%, С – 66%, Л-25%, М-5%, СОЭ - 5 мм /час.

Анализы мочи и кала без особенностей.

ЭКГ- ритм правильный, выявлена синусовая тахиаритмия, синдром предвозбуждения желудочков (Вольфа-Паркинсон-Уайта), умеренные метаболические изменения в миокарде.

Эхо-КГ: снижение сократительной функции левого желудочка, клапаны без особенностей.

*М-ЭХО* черепа: определяется повышение внутричерепного давления, расширение 3 желудочка.

*Суточное холтеровскоемониторирование сердца*: за время мониторования у пациентки были боли в области сердца, колющего характера, не сопровождавшиеся изменениями на ЭКГ. За весь период наблюдения отмечалась редкая суправентрикулярная экстрасистолия, бессимптомная. В ночные и утренние часы зафиксированы эпизоды пароксизмов тахикардии до 190 в минуту продолжительностью до 2-3 мин.

*Задания:*

1.Как можно оценить объективные симптомы?

2.Какие клинические синдромы можно выделить?

3.Соответствуют ли результаты лабораторных и инструментальных методов исследований клиническим данным?

4.С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

5.Как можно сформулировать диагноз в соответствии с действующей классификацией?

6.Каков план лечения этого пациента?

# СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 20

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

**Виталий, 11 лет**. Поступил с *жалобам*и на боли в области сердца после физических нагрузок, одышку, утомляемость, сердцебиение.

*Анамнез жизни:* рожден от 2 беременности, срочных родов, протекавших без осложнений. Масса при рождении 3000 г. Из перенесенных заболеваний: экссудативный диатез, экзема, астматический бронхит, краснуха.

*Анамнез заболевания:* больным ребенка мать считает в течение месяца, когда после краснухи стал уставать, появилась одышка, после обычной нагрузки боли в сердце, пастозность голеней, лица, приступы сердцебиения. Лечения не получал.

# *Обьективно:* правильного сложения умеренного питания. Масса тела 34 кг рост 153 см. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком. Умеренная пастозность голеней. Подкожный слой развит равномерно, тургор тканей достаточный. Дыхание через нос свободное. ЧДД 28 в 1 мин. Перкуторно над легкими легочный звук, аускультативно жесткое дыхание, редкие сухие хрипы. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье слева. Границы относительной сердечной тупости – левая на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии, верхняя 2-е межреберье слева, правая на 2 см вправо от края грудины. Тоны сердца приглушены, мягкий систолический шум на верхушке сердца и 5 точке у края грудины, акцент второго тона на легочной артерии. Ритм сердца нарушен частыми экстрасистолами, до 5-8 в 1 мин. АД 85/50 мм.рт.ст., ЧСС от 100 до 120 уд. в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 3 см из-под края реберной дуги, умеренной плотности, слабо болезненная. Почки не пальпируются мочится свободно, моча светлая. За сутки выделяет до 1,5 литров мочи.

*Общий анализ крови*: эритроциты - 4,1х1012 г/л, гемоглобин – 135 г/л, лейкоциты- 5,6х109 /л, Э-2%, П-2%, С – 54%, Л-38%, М-2%, СОЭ - 12 мм /час.

*Биохимический анализ к*рови: общий белок 82 г/л,сиаловые к-ты 4,34 мМоль/л, СРБ 10 мг/л.

*Анализ* крови на антикардиальные антитела +++, креатинфосфаткиназа 64 ед.,на титр АСЛ-О 200 ед.

*ЭКГ*: ЭОС горизонтальная. Ритм сердца нарушен частыми предсердными экстрасистолами. ЧСС 110 уд.в мин. Признаки перегрузки левого желудочка и левого предсердия. Снижение вольтажа зубцов. Метаболические изменения в миокарде.

*Эхо-КГ*: снижение сократительной функции левого желудочка (40%), уменьшена фракция выброса, створки митрального и аортального клапана смыкаются в систолу полностью.

*Рентгенография органов грудной клетки*: умеренное обогащение сосудистого рисунка. Корни не структурны. Тень сердца увеличена в поперечнике, удлинена дуга левого желудочка, талия сердца сглажена, верхушка погружена в диафрагму.

*Задания:*

1.Как можно оценить объективные симптомы?

2.Какие клинические синдромы можно выделить?

3.Соответствуют ли результаты лабораторных и инструментальных методов исследований клиническим данным?

4.С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

5.Как можно сформулировать диагноз в соответствии с действующей классификацией?

6.Каков план лечения основного заболевания?

# СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 21

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

**Фархат, 10 лет**. Поступил с *жалобами* на выраженную одышку при небольшой физической нагрузке, головные боли, нарушение сна, давящие боли в области сердца, отеки стоп, голеней, повышение температуры до 38,5°, плохой аппетит, похудание.

*Анамнез жизни:* вираж туберкулиновых проб в 6 лет (реакция Манту 13 мм).

*Анамнез болезни:* Болен около полугода, когда стал отмечать немотивированную слабость, рвоту, одышку, давящие боли в сердце, кашель,похудел. Далее стала повышаться температура, отеки век, лица. При обследовании на рентгенограмме, выявлено значительное увеличение размеров сердечной тени, в правой плевральной полости свободная жидкость, ускорение СОЭ до 35 мм/час.

*Объективный статус:* вес 23 кг, рост 130 см. Состояние среднетяжелое, умеренный малиновый цианоз губ, отеки стоп, голеней. Пониженного питания. Кожные покровы имеют «грязный» цвет, бледны, отмечается сухость кожи, шелушение, лихенизация, трещины на слизистой губ, снижение остроты зрения. Мышечный тонус снижен. В легких слева ниже лопатки укорочение перкуторного звука, в области которого дыхание ослаблено, мелкопузырчатые хрипы. ЧДД до 35 в мин. Область сердца со сглаженными межреберными промежутками. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя -2 межреберье, левая – на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца глухие, шумов нет. Непостоянно слышен шум трения перикарда, мягкий, не проводится за пределы сердца. ЧСС 120 уд.в 1 мин., аритмия, экстрасистолия. Пульс аритмичный, не напряжен, исчезает при вдохе. АД 100/ 85 мм.рт.ст. Живот вздут, выступает над реберными дугами, перкуторно асцит.Печень на 5 см ниже края реберной дуги, край мягкий, закругленный, слабо болезненный. Селезенка на 1 см выступает из подреберья. Стул со склонностью к запорам.

*Общий анализ крови:* эритроциты – 3,0х1012 г/л, гемоглобин – 90 г/л, лейкоциты- 12,6х109 /л, Э-2%, П-6%, С – 66%, Л-19%, М-7%, СОЭ - 50 мм /час.

*Биохимический анализ крови*:общ.белок 55 г/л, альбумины- 41%, глобулины -59%, α-1 - 4,2%, α-2 –16,8%, β- 5,0%, γ глоб.- 32%, СРБ 16 мг/л, сиаловые кислоты 5,2 мМоль/л. *Реакция Манту*с 2 ТЕ - папула 17 мм.

*эКГ*: синусовый ритм, частая желудочковая экстрасистолия, вольтаж зубцов снижен, в грудных отведениях определяется подъем интервала SТ.

*Рентгенография органов грудной клетки*: на фоне плевральных наложений отмечается значительное расширение сердечной тени со сглаженными дугами, синусы перикарда не определяются, двойная тень в области сердца. В области верхушки правого легкого округлая тень с нечеткими контурами и перифокальным воспалением. Корни легкого прикрыты тенью сердца.

*Эхо-КГ*: расширение полостей желудочков, снижение сократительной способности миокарда; значительное количество свободной жидкости в перикарде. Проведена пункция перикарда: относительная плотность перикардиального выпота 1018, белка 28 г/л, лимфоциты в 100%.

*Холтер-ЭКГ-*ЧСС 3500 суправентрикулярныхэкстрасистол за сутки.

*Задания:*

1.Как можно оценить объективные симптомы?

2.Какие клинические синдромы можно выделить?

3.Соответствуют ли результаты лабораторных и инструментальных методов исследований клиническим данным?

4.С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

5.Как можно сформулировать диагноз в соответствии с действующей классификацией?

6.Каков план лечения основного заболевания?

# СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 22

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

# Кирилл, 14 лет*.*Поступил с*жалобами*на боли в суставах ног, конъюнктивит, повышение температуры, боль в паховой области справа, болезненное мочеиспускание, плохой аппетит.

*Анамнез болезни:* заболел остро, через неделю после перенесенной кишечной инфекции. Повысилась температура до 38,5 гр., появилась боль в пятках, покраснели и слезились глаза, стал часто и болезненно мочился. Опухали коленные, голеностопные суставы и мелкие суставы пальцев на ногах, затем увеличились паховые лимфоузлы.

# *Объективный статус.* Правильного сложения, достаточного питания. Масса тела 58 кг, рост 170 см. Кожные покровы чистые, бледные. Подкожно-жировой слой развит равномерно, умеренно. Тургор тканей не снижен. Коленные суставы увеличены в объеме, отечные, при пальпации коленных суставов определяется свободная жидкость, хруст при движениях. Ограничение движения из-за болей, анкилозов нет. Первые пальцы на правой и левой стопе отечны, лиловатого оттенка, болезненные при пальпации, напоминают «сосиску». Пальпируются увеличенные лимфоузлы в паховой области, умеренно болезненные при пальпации, подвижные.В легких везикулярное дыхание. ЧДД 29 в мин. Границы сердца не изменены.. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичные, ЧСС 80 уд.в мин. АД 100/60 мм. рт. ст. Симптом Пастернацкого отрицательный. Половой член отечный, вокруг наружного отверстия уретры гиперемия.

*Общий анализ кров*и: эритроциты – 3,5\*1012 г/л, гемоглобин – 100 г/л, лейкоциты- 10,6\*109 /л, Э-15%, П-2%, С– 60%, Л-20%, М-3%, СОЭ - 40 мм /час.

*Биохимический анализ кров*и: общ.белок 76 г/л, титр АСЛ-0 180 ед., сиаловые к-ты 5,8 мМоль/л, СРБ 14 мг/л, ревматоидный фактор отрицательный.

*Общий анализ мочи*: цвет соломенно-желтый, мутная, уд. вес 1020, рН- 6,0, белок 0,066г/л, Эритроциты - . 2-5-8 в п/зр, Лейкоциты - 16-18 в п/зр,.

*Анализ мочи по Нечипоренко*: лейкоциты – 1000 в 1мл, эритроциты – 1000 в 1мл.

*Анализ мочи по Зимницкому:* выпито 1450,0, выделено 1150,0, ночь. 280,0, колебания удельной плотности от 1002до 1023

*Мазок на хламидии из уретры* положительный, на гонококки отрицательный.

Кал на иерсиниоз положительный.

*ЭКГ:* ритм синусовый, регулярный, ЭОС вертикальная.

*Рентгенография коленных суставов*: расширение суставной щели, остеопороза нет. *Консультация окулис*та: двухсторонний катаральный конъюнктивит.

*Консультация уролога*: катаральный уретрит, задний простатит.

*Задания:*

1.Как можно оценить объективные симптомы?

2.Какие клинические синдромы можно выделить?

3.Соответствуют ли результаты лабораторных и инструментальных методов исследований клиническим данным?

4.С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

5.Как можно сформулировать диагноз в соответствии с действующей классификацией?

6.Каков план лечения основного заболевания?

# СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 23

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

# Максим, 10 лет.Поступил с *жалобами* на боли в области сердца после физических нагрузок, одышку, утомляемость, сердцебиение, вздохи, чувство нехватки воздуха.

*Анамнез жизни*: рожден от 2 беременности, срочных родов, протекавших без осложнений. Масса при рождении 3000 г ранний период развития без особенностей. Из перенесенных заболеваний: экссудативный диатез, экзема, астматический бронхит, краснуха, ветряная оспа.

*Анамнез заболевания*: больным ребенка мать считает около 1 мес., когда после ветряной оспы стал уставать, появилась одышка, после обычной нагрузки боли в сердце, пастозность голеней, лица, приступы сердцебиения. Лечения не получал.

# *Объективный статус*. Правильного сложения, умеренного питания. Масса тела 35,5 кг, рост 145 см. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком. Умеренная пастозность голеней. Дыхание через нос свободное. ЧДД 28 в мин. Перкуторно над легкими легочный звук, аускультативно жесткое дыхание, редкие сухие хрипы. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье слева. Границы относительной сердечной тупости: правая на 2 см вправо от края грудины, верхняя 2-е межреберье слева, левая на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, мягкий систолический шум на верхушке и 5 точке, акцент второго тона на легочной артерии. Ритм сердца нарушен частыми экстрасистолами до 5-8 в мин. АД 85/50 мм.рт.ст., ЧСС от 100 до 120 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 3 см из-под края реберной дуги, умеренной плотности, слабоболезненная.

*Общий анализ крови:*эритроциты – 3,9х1012 г/л, гемоглобин- 135 г/л, лейкоциты- 6,6х109 /л, Э-2%, П-2%, С – 54%, Л-38%, М-2%, СОЭ - 12 мм /час.

*Биохимический анализ кро*ви: общий белок 82 г/л, сиаловые к-ты 4,34 мМ/л, СРБ – 2 мг/мл.

*Анализ крови на антикардиальныеантитела* +++, креатинфосфаткиназа 64 ед. АСЛ-О 200 ед.

*ЭКГ*: угол альфа + 10 градусов, ЭОС горизонтальная. ЧСС 110 уд.в мин. Снижение вольтажа зубцов. Ритм сердца нарушен частыми предсердными экстрасистолами. Признаки перегрузки левого желудочка и левого предсердия. Метаболические изменения в миокарде левого желудочка..

Эхо-КГ: снижение сократительной функции левого желудочка, уменьшение фракции выброса, створки митрального и аортального клапана смыкаются в систолу полностью.

*Рентгенография органов грудной клетки:* умеренное обогащение сосудистого рисунка, корни не структурны. Тень сердца увеличена в поперечнике, удлинена дуга левого желудочка, талия сердца сглажена, верхушка погружена в диафрагму.

*Холтеровскоесуточноемониторирование* - 57 600 экстрасистол за сутки, 1230 -в момент нагрузки, экстрасистолы политопные: суправентрикулярные и желудочковые.

*Задания:*

1.Как можно оценить объективные симптомы?

2.Какие клинические синдромы можно выделить?

3.Соответствуют ли результаты лабораторных и инструментальных методов исследований клиническим данным?

4.С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

5.Как можно сформулировать диагноз в соответствии с действующей классификацией?

6.Каков план лечения основного заболевания?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 24**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

 У новорожденного доношенного ребенка с массой тела 3500 г выявлено нарушение формирования половых органов: большие по­ловые губы напоминают мошонку, увеличенный клитор напоминает поло­вой член, есть вход во влагалище размером 3 мм в диаметре. В остальном ребенок развит нормально. На четвертый день жизни 17-оксипрогестерон в крови по данным скрининга – 120 нмоль/л

*Задание:*

1.*Предполагаемый диагноз?*

*2.Какой совет Вы должны дать родителям при выборе имени этого ребенка?*

 *3.Ка­кие анализы нужно сделать обязательно?*

*4.Принципы лечения?*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 25**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

 Ребенок 12 лет месяц назад получил черепно-мозговую травму. В течение последнего месяца стал пить до 4-5 л в сутки, обильно мочится. Отмечается слабость, головокружение, похудел.

Объективно:

 Рост 150 см, масса тела 32 кг. Кожные покровы бледные, сухие не ощупь, особенно на ладонях, голенях. Слизистые полости рта яркие, губы сухие. Подкожно-жировой слой развит слабо, распределен равномерно. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС84 в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Мочеиспускания частые, обильные. Моча светлая, прозрачность полная.

*Данные дополнительного обследования*

*ОАК*: эр- 3,84 х10 /л, Нв- 110 г/л, лейк- 6,2х 10 /л, эоз-2%, пал- 4%, сегм- 65%, лимф- 21%, мон-8%, СОЭ- 5 мм/час

Общий анализ мочи – прозрачность полная, цвет - соломенный, рН – 6,4, уд. вес мочи-1002, белок-отр., сахар- отр., Лейк.- 2-1-3 в п/з

*Биохимические исследования крови*: сиаловая проба- 3,8 мМ/л, тимоловая – 2 ед, билирубин – реакция непрямая, 5,7 мкм/л, общий белок- 68 г/л, холестерин- 3,8 мМ/л

*В суточной моче* : сахара нет, выделено 4760 мл

*Глюкоза крови* натощак 3,3 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки – 3,2 ммоль/л.

 *Удельный вес мочи в течение дня*  1002-1004.

*Задание:*

1. *Выскажите предположения об имеющейся патологии.*
2. *Какие дополнительные обследования необходимо провести?*
3. *С какими заболеваниями надо провести дифференциальный диагноз?*
4. *Сформулируйте диагноз.*
5. *Наметьте план лечения*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 26**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

***На приёме мальчик, 5 лет*** с *жалобами* на повышение температуры тела до 38,7°, тошноту, вялость, снижение аппетита, боли в животе неопределенной локализации.

*Анамнез жизни.* Мальчик рожден от беременности, протекавшей с токсикозом в течение всей беременности, угрозой прерывания её в третьем триместре. Мать ребенка до и во время беременности работала на химическом производстве. Масса при рождении 2950,0 г., длина 50см. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, нечастые ОРВИ.

*Анамнез заболевания.* Впервые изменения в анализах мочи выявлены в возрасте 6 мес. на фоне высокой лихорадки и интоксикации, лечился в стационаре. В последующие годы с частотой 1-2 раза в год наблюдаются обострения заболевания.

*Объективный статус.* Состояние мальчика тяжелое: вялый, кожные покровы и видимые слизистые бледные, «тени» под глазами, отмечалась однократная рвота, отказывается от еды. При осмотре выявлены: эпикант, «готическое нёбо», аномальная форма ушных раковин, гипертелоризм. Слизистая в зеве бледная, миндалины гипертрофированные, но без признаков воспаления. Частота дыхания 22 в 1 мин. В легких дыхание везикулярное. Пульс 116 в 1 мин, удовлетворительных качеств. АД = 130/85 мм.рт. ст. Тоны сердца умеренно приглушены на верхушке. Живот округлой формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены, пальпируется нижний полюс правой почки. Мочится свободно, безболезненно. Визуально моча мутная. Стул ежедневно, оформленный.

*Общий анализ крови:* гемоглобин 107 г/л; эритроциты 4,1х1012/л; лейкоциты – 17,7х109 /л, п-4%, с- 67%, л – 24%, м-5%; СОЭ –34 мм/час.

*Общий анализ мочи*: Цвет – соломенно-желтый, прозрачность - мутная, реакция щелочная, удельная плотность –1004; белок - 0,099 г/л, лейкоциты 24 – 30 – 27 в п/зр.,

*Биохимические исследования крови*:

Общий белок - 68 г/л, СР-белок 12 мг/л, сиаловые кислоты 5,2мМоль/л, холестерин - 4,5мМоль/л, креатинин - 129 мкМоль/л, мочевина - 9,8 мМоль/л. СКФ- 54 мл/мин.

*УЗИ почек* – почки значительно увеличены в размерах, паренхима неоднородная, множественные жидкостные образования размером от 0,3 до 1,1 см., чашечно-лоханочная система деформирована. Мочевой пузырь обычной формы и размеров, стенки его не утолщены, остаточной мочи нет.

*Задания:*

1.Оцените жалобы и объективные симптомы, выделите ведущие клинические синдромы.

2.Оцените результаты лабораторных и инструментальных методов исследований

3.Сформулируйте диагноз и обоснуйте его

4.Оцените функциональное состояние почек

5.Назначьте недостающие исследования, обоснуйте необходимость их выполнения, ожидаемые результаты

*6.*Определите тактику лечения и ведения больного на данном этапе и в перспективе

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 27**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

***Вика К., 10 лет.*** *Анамнез заболевания.* Заболела остро с повышения температуры тела до 38, появления частого жидкого стула, вначале водянистого, затем по типу «болотной тины». К врачу не обращались, лечились дома самостоятельно тетрациклином по 2 т. 4 раза в день. К 5 дню лечения стул нормализовался, однако появилась рвота, беспокоили тупые боли в поясничной области, вновь повысилась температура, стала вялой, резко снизился аппетит, появилась моча красновато-коричневого цвета. Госпитализирована.

*Анамнез жизни без особенностей.*

*Объективный статус*. При поступлении в стационар состояние девочки тяжелое: вялая, аппетит резко снижен, отмечается тошнота, периодически рвота. Кожные покровы бледные с легким желтушным оттенком, общая пастозность. В легких без особенностей. Тоны сердца приглушенные. Пульс 96 в 1 мин, аритмичен. АД = 135/80 мм.рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 4 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом «поколачивания» положительный с обеих сторон. Стул полуоформленный с небольшим количеством слизи. За сутки выделила 250 мл мочи.

*Данные дополнительных методов обследований*

*Общий анализ крови:* эритроциты 2,9х1012/л, гемоглобин 67 г/л; ретикулоциты - 18‰; тромбоциты – 70х109 /л; лейкоциты – 15,7х10 9 /л, п-4%, с- 70%, л – 21%, м-5%; СОЭ – 34мм/час.

*Общий анализ мочи*: Цвет – количество – 20,0 мл, цвет – темно-коричневый, прозрачность – мутная, реакция щелочная, удельная плотность –1007; белок - 0,99 г/л, лейкоциты 12–13–17 в поле зрения, эритроциты большое количество в поле зрения.

Биохимические исследования крови:*Общий белок* - 58 г/л; *сиаловые кислоты* – 5,2мМоль/л; *общий билирубин* – 40 мкМоль/л (прямой 4 мкмоль/л, непрямой – 36 мкмоль/л); *холестерин* - 4,5 мМоль/л; *креатинин*-489 мкмоль/л; *мочевина*- 24,8 мМоль/л; *глюкоза крови* –4,5 мМоль/л; ALT – 33 Ед/л, AST – 48 Ед/л,

*УЗИ почек и мочевого пузыря* – почки увеличены в размерах, паренхима гиперэхогенная, чашечно-лоханочная система спазмирована. Мочевой пузырь обычной формы и размеров, стенки его не утолщены, остаточной мочи нет.

*Задания:*

1. Оцените объективные симптомы, выделите клинические синдромы.
2. Оцените результаты лабораторных и инструментальных методов исследований
3. Выскажите предположение о наиболее вероятном диагнозе.
4. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
5. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза и оценки состояния пациента? Обоснуйте своѐ назначение.
6. Какова дальнейшая терапевтическая тактика?
7. Укажите возможные исходы заболевания. Определите неблагоприятные прогностические факторы заболевания у данного ребѐнка.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 28**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

**Девочка 12 лет**, с матерью на приёме у участкового врача-педиатра. Со слов матери, жалуется на боли в животе и правой поясничной области, повышение температуры, слабость, снижение аппетита, головную боль, тошноту, разовую рвоту. Заболела остро. После длительного купания в речке появилось учащенное мочеиспускание, повышение температуры до 38,5 °С., озноб. Получала п42ацетамол.

 Ранний *анамнез* без особенностей. Девочка часто болеет простудными заболеваниями. Состоит на учете у гастроэнтеролога по поводу хронического гастродуоденита, дисбиоза кишечника.

*Объективный статус.* При поступлении в стационар температура тела 38,8° градусов. Самочувствие девочки нарушено: вялая, аппетит снижен, однократно отмечалась рвота. Кожные покровы чистые, умеренно бледные, горячие на ощупь. В легких дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая на 0,5 см справа от грудины, верхняя – Ш межреберье, левая по левой среднеключичной линии. Тоны сердца умеренно приглушенные. Пульс 110 в 1 мин, АД 105/55 мм.рт. ст. Живот мягкий, определяется умеренная болезненность при пальпации в правой половине живота. Положительный симптом поколачивания справа.

Масса тела 32 кг, рост 125 см

*Общий анализ кров*и:

 эритроциты 4,1 х10'²/л, гемоглобин 117 г/л, лейкоциты – 15,7 х109 /л, СОЭ – 42 мм/час.

*Общий анализ мочи:*

Цвет – соломенно-желтый, прозрачность - мутная, реакция мочи -7,2; относительная плотность мочи -1014, белок - 0,066 г/л, лейкоциты 24 – 30 – 27 в поле зрения, эритроциты 1-0–3 в поле зрения, слизь, бактерии +.

*Биохимические исследования крови*:

Общий белок крови - 68%, СР-белок -12 мг/л, сиаловые кислоты - 5,2мМоль/л, холестерин - 3,5мМоль/л, креатинин сыворотки крови 90 мкмоль/л, мочевина 6,8 мМоль/л. СКФ- 94 мл/мин, Креатинин крови – 0,068 ммоль/л, мочевина – 4,4 ммоль/л, КЭК – 110 мл/мин/1,73 м2.

Калий сыворотки – 4,6 ммоль/л, натрий – 134 ммоль/л.

*УЗИ почек и мочевого пузыря* – правая почка увеличена в размерах, паренхима ее гиперэхогенная, чашечно-лоханочная система не расширена. Мочевой пузырь обычной формы и размеров, стенки его не утолщены, остаточной мочи нет.

*Задания:*

1. Выделите ведущие клинические синдромы, оцените результаты анализов.
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Обоснуйте сформулированный диагноз.
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
5. Укажите заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз.
6. Нуждается ли больная в госпитализации?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 29**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

# Основная часть

***Лида Н., 6 лет***на приёме с матерью у участкового врача педиатра**.** Мать девочки предъявляла *жалобы* на повышение температуры до 39 градусов в течение 3 дней, озноб, вялость, тошноту, однократно рвоту, снижение аппетита.

 *Анамнез жизни.* Девочка рождена в срок от 2-ой, протекавшей с токсикозом в первой половине беременности (у матери тошнота, белок в моче), в родах - артериальная гипертензия. На первом году жизни наблюдалась у невропатолога с ГИЭ, синдромом гипервозбудимости.

 *Анамнез заболевания.* Ребенок относится к часто болеющим. Нередко эпизоды повышения температуры протекали без катаральных симптомов, тем не менее, заболевание расценивалось как ОРВИ. Практически всегда по рекомендации участкового врача ребенок получал лечение антибиотиками или бисептолом. Анализы не сдавали.

*Объективный статус*. При осмотре девочка вялая, капризная. Кожные покровы бледные, горячие на ощупь, синева под глазами. Температура тела 39 0.. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца не изменены. Тоны сердца умеренно приглушенные. Пульс 108 в 1 мин, АД 95/45 мм.рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в правой половине. Мочится часто, малыми порциями, безболезненно. Моча визуально светло-желтая, мутная.

*При обследовании по cito:*

*Общий анализ крови:* Эритроциты 3,6 х1012/л, гемоглобин 100 г/л, лейкоциты- 14,3 х10 9/л, э - 2%, п - 8%, с - 62%, л - 23%, м - 5%, СОЭ - 35мм/час

*Общий анализ мочи*: цвет светло-желтый, прозрачность - неполная, реакция - нейтральная, уд.вес – 1008, белок - нет, лейкоциты- 25-34-28 в поле зрения, эритроциты 0-1-0 в поле зрения, бактерии +.

# *Биохимические анализы крови:* Общий белок крови – 68 г/л, СР-белок – 10 мг/л, сиаловые кислоты 5,2 мМоль/л, креатинин - 98мкМоль/л, мочевина - 4,5мМоль/л,

*УЗИ:* печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезѐнка без патологии.почки расположены обычно. Правая почка: контур неровный, размер 7,8х3,6 см, толщина парехимы 1,1, в нржнем полюсе 0,7 см лоханка 1,0 см. Левая почка:контуры ровные, форма правильная, размеры911,2х4,4 см, паренхима 1,2см. Полостная система не расширена. Мочевой пузырь обычной формы, стенки его утолщенные, слоистые, остаточной мочи 5 мл.

*Задания:*

1. Оцените объективные симптомы, выделите клинические синдромы.
2. Оцените результаты лабораторных и инструментальных методов исследований
3. Есть ли показания для госпитализации?
4. Выскажите предположение о диагнозе основном и сопутствующем
5. Обоснуйте диагнозы, используя элементы дифференциальной диагностики
6. Назначьте дополнительные параклинические методы исследования для подтверждения диагноза и оценки функционального состояния почек. Какие изменения в них можно ожидать?
7. Назначьте лечение основного заболевания и сопутствующей патологии
8. Какова общая тактика ведения больного, Возможный прогноз

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 30**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

# Основная часть *Мальчик, Эрик, 15 лет*. Поступил с *жалобами* периодическое повышение АД до 140-160/90-95 мм.рт. ст., снижение слуха, постоянные изменения в моче в виде микрогематурии и протеинурии.

*Анамнез.*Мальчик от 2-ых срочных родов. В периоде новорожденности диагностирована недостаточность мозгового кровообращения (НМК) 2 ст., угнетение ЦНС, коньюгационная желтуха. Семейный анамнез отягощен: дедушка по линии матери умер в возрасте 27 лет от хронической почечной недостаточности, страдал выраженной тугоухостью. У матери с 5- летнего возраста постоянно выявляется микрогематурия, анемия легкой степени.

Впервые обследован в семилетнем возрасте по поводу снижения остроты слуха и изменений в моче в виде микрогематурии. Выявлена тугоухость 1 степени, изолированный мочевой синдром в виде выраженной микрогематурии. В последующие годы регулярно наблюдался у нефролога, констатировано прогрессирующее течение заболевания: снижение остроты слуха (двусторонняя сенсорная тугоухость 2 ст.), стойкое сохранение микрогематурии, нарастала в динамике протеинурии.артериальная гипертензия, нестабильное повышение уровня креатинина в сыворотке крови (150-160 мкмоль/л).

*Объективно:* состояние средней тяжести, самочувствие удовлетворительное. Физическое развитие по возрасту. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная: ЧДД -20 в 1 мин, ЧСС- 80 в 1 мин., АД - 145/85 мм.рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. За сутки выделяет 1900-2200 мочи.

*Клинический анализ крови:* Эр — 4,02х1012/л, Hb - 115 г/л; лейк. - 9,2х109 г/л, п/я - 4%, с/я - 66%, эоз. - 4%, лимф. - 23%, мон. - 3%, СОЭ 15 мм/час

*Общий анализ мочи:* относительная плотность 1012, белок 0,66 г/л, эритроциты - измененные покрывают все поля зрения, лейкоциты –2-4 в поле зрения.

*Биохимический* анализ крови: общий белок 60 г/л, альбумины 32 г/л, холестерин 3,6 ммоль/л, мочевина 14 моль/л, креатинин 164 мкмоль/л, СРБ – 5 мМоль/л; калий 5,3 мэкв/л, натрий 140 мэкв/л.СКФ - 55 мм/мин

*Ан. мочи по Зимницкому*: выпито 1800,0 выделено 2100,0, ночной диурез 900,0 мл., колебания удельной плотности мочи от 1002 до 1012.

*Задания:*

*:*

1. Выскажите предположение о диагнозе и обоснуйте его.
2. Каким методом можно уточнить предполагаемый ВАМИ диагноз?
3. Какие имеются осложнения основного заболевания?
4. Какой возможный прогноз заболевания у пациента?
5. Какими специалистами должен наблюдаться больной и какие основные лабораторные показатели необходимо контролировать для оценки прогрессирования заболевания?
6. Дайте рекомендации больному по лечению.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 31**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

# Основная часть

***Ребенок 2 месяцев***, от первой беременности, протекавшей с тяжелым токсикозом. Роды на 37-й неделе беременности. Масса тела при рождении 3500 г, длина 48 см, плацента большая.

С первых дней жизни ребенок редко мочился, отмечались отеки на конечностях, лице, передней брюшной стенке. Генеалогический анамнез: у родственников больного отмечалась ранняя детская смертность.

Масса тела 5900 г.

*Объективно:* состояние тяжелое. Выражены стигмы дизэмбриогенеза: синдактилия, укороченные и искривленные мизинцы на руках, гипертелоризм, неправильная форма ушных раковин. Кожные покровы бледные, выражены отеки на лице, конечностях, асцит. Костная система без патологии. В легких дыхание проводится по всем полям, в нижних отделах единичные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 132 ударов в мин. Печень выступает из-под реберного края на 4-5 см. Мочится редко небольшими порциями.

Несмотря на проводимую терапию, состояние больного оставалось тяжелым. В лечение были включены глюкокортикоиды, которые не оказали позитивного эффекта.

*Данные дополнительных методов обследования*

*Общий анализ крови:*НЬ - 100 г/л, Эр - 3,0х1012/л, Лейк -12,0х109/л, п/я - 3%, с - 28%, э - 7%, л - 52%, м - 10%, СОЭ - 40 мм/час.

*Общий анализ мочи:*белок - 5,6 %о, эритроциты - 1-2 в п/з, лейкоциты - 1-2 в п/з, гиалиновые цилиндры - 6-9 в п/з.

*Биохимический анализ крови:*общий белок - 45 г/л, альбумины -15г/л, мочевина - 18,0 ммоль/л, холестерин - 8,0 ммоль/л., креатинин -85 мкмоль/л

*Свободная мочевая проба:*относительная плотность - 1,002-1,005, ДД - 50,0 мл, НД - 120,0 мл.

*Скорость клубочковой фильтрации:*20 мл/мин.

*Задания:*

1. .Выделите основной клинико-лабораторный симптомокомплекс
2. Выскажите предположение о диагнозе и его возможной причине.
3. О какой форме заболевания наиболее вероятно следует думать?
4. В каких районах России чаще всего встречается данное заболевание?.
5. Какое исследование может подтвердить диагноз?
6. Каков патогенез отеков у больного?
7. Какое лечение может помочь больному?
8. Каков прогноз заболевания?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии №32**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

**Мальчик 10 лет** поступает в стационар по направлению участкового врача-педиатра с *жалобами* на головную боль, тошноту, вялость, отеки на веках и голенях, уменьшение объёма диуреза, изменение цвета мочи по типу «мясных помоев».

 В анамнезе аллергия на некоторые пищевые продукты в виде сыпей на коже. Три недели назад болело горло, повышалась температура до 38,5 °, лечился симптоматически. Неделю назад был выписан в школу. В течение последних двух дней появились вышеуказанные жалобы, в связи с чем направлен на госпитализацию.

 При осмотре состояние средней тяжести. Мальчик бледный, вялый, жалуется на головную боль. Отмечаются отечность век, умеренно выраженные отеки на голенях и стопах. В легких дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Левая граница сердца при перкуссии определяется на 0,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены. ЧСС 78 ударов в мин. АД 145/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень пальпируется краем у реберной дуги. За сутки выделил 300 мл мочи; моча красно- коричневого цвета, мутная.

*Данные дополнительных методов обследования*

*Клинический анализ крови*: Эр — 4,2х1012/л, Hb - 115 г/л; лейк. - 9,2х109, п/я - 4%, с/я - 66%, эоз. - 4%, лимф. - 23%, мон. - 3%, тромб. - 330х109, СОЭ 30 мм/час

*Общий анализ мочи:* относительная плотность 1025, белок 0,66 г/л, эритроциты - измененные покрывают все поля зрения, лейкоциты –2-4 в поле зрения.

*Биохимический анализ крови:* общий белок 69 г/л, альбумины 37 г/л, холестерин 3,6 ммоль/л, мочевина 10 моль/л, креатинин 134 мкмоль/л, СРБ – 10 мМоль/л; калий 5,3 мэкв/л, натрий 140 мэкв/л.

*УЗИ почек* - почки обычных размеров, контуры ровные, расположение типичное. Дифференцировка слоев паренхимы не нарушена, эхогенность нормальная

*Задания:*

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования. Укажите наиболее вероятные ожидаемые результаты, подтверждающие Ваш диагноз.
4. Развитие каких осложнений возможно у пациента в остром периоде заболевания? Укажите их основные диагностические критерии.
5. Назначьте начальную терапию и обоснуйте её.
6. В каком случае данному больному показано проведение биопсии почек?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 33**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

**Павел С. , 12 лет**.обратился к участковому врачу-педиатру с *жалобами* на ухудшение самочувствия, головную боль, снижение аппетита, отечность век и голеней. Болеет около 5 дней. Отечный синдром нарастает.

*Анамнез жизни и болезни*.Рожден от 2 – ой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3200.0, рост 50 см. Рос и развивался по возрасту. С момента введения прикорма периодически на щеках отмечались участки гиперемии и шелушения. Аналогичные изменения на коже с зудом возникают и после приема сладкого и цитрусовых. Часто болеет простудными заболеваниями. Страдает простым герпесом. Около 2 недель назад перед появлением вышеизложенных жалоб болело горло, однократно повышалась температура. К врачу не обращались, лечились самостоятельно.

*Объективный статус*. Самочувствие мальчика нарушено. Кожные покровы бледные, слизистые сухие. Выражены отеки на лице, нижних конечностях, надлобковой области, пастозная передняя брюшная стенка. ЧД – 20 в 1 мин. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС – 92 в 1 мин. Пульс удовлетворительных качеств. АД = 160/90 мм.рт. ст. Живот увеличен в объеме. Печень выступает из подреберья на 4 см. Положительный симптом «баллотирования». Почки не пальпируются. Мочеиспускание редкое, малыми объёмами, за 12 часов выделил 350 мл мочи. Стул оформлен, регулярный.

*При обследовании по cito:*

*Общий анализ крови:* эритроциты- 4,0х1012/л, гемоглобин-102 г/л, лейкоциты- 8,8 х109 /л,

э-4%, п-3%, с-46%, л-45%, м-2%, СОЭ - 51мм/час.

*Общий анализ мочи:* Цвет - соломенный, прозрачность - полная, реакция - слабо кислая,

уд. вес 1024, белок 6,6 г/л, лейкоциты 1-2-1 в п/зр, эритроциты 20 –17 –15 в поле зрения *Биохимическое исследование крови:* общий белок -45 г/л, альбумины – 17 г/л, холестерин - 9,3мМоль/л, креатинин - 133мкМоль/л, мочевина - 9,3мМоль/л, СКФ -54 мл/мин

*УЗИ:* почки расположены обычно, контуры их ровные, форма правильная, размеры 11,2х4,4 см, паренхима 1,2см. Полостная система почек не расширена. Мочевой пузырь обычной формы, остаточной мочи 5 мл.

*Задания:*

1. Оцените результаты лабораторных и инструментальных методов исследований
2. Выделите ведущие синдромы*.*
3. Предположите наиболее вероятный диагноз, обоснуйте его.
4. Есть ли показания для госпитализации больного, если да – обоснуйте их.
5. Какие исследования необходимо провести для уточнения этиологического фактора, формы заболевания, оценки функционального состояния пораженного органа?
6. Назначьте начальную терапию, объясните показания к назначению выбранных Вами лекарственных препаратов.
7. Укажите прогноз заболевания. Как долго может сохраняться микрогематурия при этом заболевании?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 34**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

**Ребенку 4,5 года.** Поступает с *жалобами* на распространенные отеки, редкие мочеиспускания малыми порциями, ухудшение самочувствия.

 Данные симптомы развились исподволь вскоре после перенесённой вирусной инфекции. В анамнезе есть указания на аллергические реакции в виде кожных высыпаний на прием цитрусовых и малины..

*Объективно*: состояние тяжелое: бледный, вялый, выражен отечный синдром: отеки на лице, туловище, конечностях, свободная жидкость в брюшной полости. В легких дыхание несколько ослаблено в задне-нижних отелах, рассеянные разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца умеренно приглушенные, ЧСС - 110 ударов в 1 мин. АД 80/50 мм.рт.ст. Живот выше реберных дуг, увеличен в объёме, положительный симптом «баллотирования». Печень пальпируется на уровне пупка. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочится редко, малыми порциями.

*Суточный диурез* 300 мл, моча «пенится». Стул – оформленный, регулярный (1 раз в день).

*При обследовании по cito:*

*В общем анализе кр*ови: гемоглобин 100г/л, лейкоциты 6, 1х109/л, СОЭ- 60 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция — кислая, удельная плотность мочи 1025, белок — 6,3г/л, лейкоциты -3-4 в п/з, цилиндры: гиалиновые — 5-6 в п/з,

*Биохимические исследо*вания: белок сыворотки крови 40г/л, альбумины 15 г/л, холестерин 11,5 ммоль/л, креатинин крови 88мкмоль/л.

СКФ по формуле Шварца- 85 мл/мин.

*Задания:*

1. Выделите ведущий клинический синдром.
2. Оцените лабораторные анализы.
3. Предположите наиболее вероятный диагноз.
4. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
5. Укажите препарат, способ дозирования и продолжительность для стандартной терапии этого заболевания.
6. Укажите основные осложнения стандартной терапии.
7. Назовите варианты заболевания в зависимости от ответа на стандартную терапию.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 35**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

**Рома Б., 14 лет.** Основная **жалоба** на большие объёмы суточной мочи (до 14 литров) и соответственно большие объёмы выпиваемой жидкости. Указанные жалобы наблюдаются с рождения. Неоднократно исследовали кровь на глюкозу – показатели не превышали референтных значений.

 Мальчик рожден от первой беременности, протекавшей на фоне анемии, нефропатии, угрозой прерывания в 1 триместре. Роды с преждевременным излитием околоплодных вод. В неонатальном периоде внутриутробное инфицирование, флебит почечных вен, сепсис. Масса/ростовые показатели: при рождении 2950,0/51 см, в 6 мес – 5800,0/63 см, в год – 8кг/70см. В семье есть второй ребенок, мальчик 4, 5 лет, у которого наблюдаются аналогичные симптомы в виде полиурии (до 3,5-4 литров/сутки и полидипсии). Дети от разных отцов. Мать детей отмечает склонность к увеличению объёма выпиваемой жидкости и соответственно выделяемого объема мочи.

 На момент осмотра масса тела 64, 5 кг при росте 175 см. Кожа, подкожная клетчатка, костно-мышечная системы без отклонений от нормы. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧД -20 в 1 мин. ЧСС -82 в 1 мин. Границы сердца не изменены. Тоны звучные, короткий систолический шум на верхушке сердца, не проводится. АД=110/70 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, б/б. Печень и селезенка не пальпируются. Стул оформленный, регулярный. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

*При обследовании по cito:*

*Об. Ан.крови:*эритр. 5, 02х1012 /л, гемогл. – 148 г/л, лейкоциты – 4,1 х109/л, СОЭ 2 мм/час.

*Общий анализ мочи:* относительная плотность 1002, белок - отр, глюкоза–отр. эритроциты - 2-1 в поле зрения, лейкоциты –2-3 в поле зрения.

*УЗИ почек* - почки обычных размеров, контуры ровные, расположение типичное. Дифференцировка слоев паренхимы не нарушена, эхогенность нормальная. Чашечно-лоханочная система умеренно расширена с обеих сторон. Кровоток в почках не нарушен. Мочевой пузырь значительно увеличен в размерах, остаточной мочи нет.

 *Вопросы*

1. Выделите ведущий клинический синдром и обоснуйте его.
2. Какие заболевания необходимо включить в дифференциально-диагностический поиск? Назовите наиболее характерные для каждого из них симптомы.
3. Какую природу предположительно имеет данное заболевание?
4. Назначьте план обследования с указанием ожидаемых наиболее типичных для каждого заболевания изменений?
5. Как можно уточнить предполагаемый ВАМИ диагноз?
6. Назовите основные направления лечения больного при каждом заболевании, включенном в дифференциально-диагностический поиск.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 36**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

 Маша Н. 5 лет, жалобы на наличие жидкого кала. *Анамнез болезни*: последние полгода девочка пачкает жидким калом белье. При расспросе установлено, что с 3-х лет страдает запорами, стул в последний год через 4-5 дней, дефекация затрудненная, неполная. После опорожнения 2 дня белье чистое, затем появляется каломазание. *Анамнез жизни:* Ребенок второй в семье, рожден кесаревым сечением, искусственное вскармливание с 2 месяцев, наблюдалась у невролога с диагнозом синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. В 3 года перенесла кишечную инфекцию неясной этиологии. Матери 38 лет, страдает запорами. Отец 40 лет, здоров; старший брат - 13 лет, здоров.

*Осмотр*: рост 105 см, масса 16 кг, кожа бледно-розовая, синева под глазами. Костно-мышечная система без особенностей. Дыхание и сердечная деятельность удовлетворительные. Язык обложен густым серым налетом, живот увеличен в объеме, болезненный по ходу ободочной кишки, сигма расширена, уплотнена. Печень на 1,5см ниже реберной дуги, болезненность в точке желчного пузыря, селезенка не пальпируется. Каловые массы после клизмы сухие, объемные.

*Данные дополнительных методов обследования*

Общий анализ крови: НЬ — 118 г/л, Эр — 4,0×1012/л; Ц.п. — 0,89, Лейк -6,2х 109/л; п/я — 3%, с/я — 47%, э — 4%, л — 40%, м — 6%, СОЭ — 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная; рН — 5,5; плотность — 1018; белок — нет; сахар — нет; лейкоциты — 2-3 в п\зр; Эр — нет; слизь — немного.

Биохимический анализ крови: общий белок — 80 г/л, альбумины -56%, амилаза — 54 Ед/л (норма 10-120), АЛТ 0,3 ммоль/л, билирубин общ. -12 мкмоль/л.

Копрограмма: цвет темно-коричневый, оформленный; рН 7;5 мышечные волокна — в небольшом количестве; растительная клетчатка непереваримая — немного; слизь — много; Л — 1-2 в п/з.

Ирригография: толстая кишка гипотонична, расширена. Прямая кишка широкого диаметра, гипотонична, при осмотре выделение небольшой порции бария из ануса. Опорожнение из кишки неполное, рисунок слизистой оболочки толстой кишки перестроен, сглажен, гаустрация в дистальном отделе толстой кишки выражена слабо.

*Задание*

1. *Оцените клинические и дополнительные данные, предположите вероятный диагноз.*
2. *Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Имеются ли осложнения, сопутствующая патология?*
3. *Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Какие результаты можно ожидать?*
4. *Назначьте комплексное лечение, укажите этапы, сроки. Обоснуйте свои рекомендации.*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 37**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

 *Анвар 4 лет. Жалобы* на разжиженный учащенный со слизью до 5-6 раз в день стул. Болен более 6 месяцев, последние 2 месяца в кале появились прожилки крови, за последние 3 недели примесь крови в кале стала постоянной. Беспокоят боли в животе, часто перед дефекацией, снижение аппетита, похудание, субфебрильная температура. Амбулаторное лечение курсами антибиотиков, бактериофагом и пробиотиками без стойкого эффекта. Ребенок доношенный, 1 в семье, на естественном вскармливании до 6 месяцев. На 1-м году и в последующем - аллергия на белок коровьего молока, морковь, цитрусовые. Мать 27 лет - здорова. Отец 32 года - здоров. Бабушка (по матери) — гастрит, колит, лактазная недостаточность.

*Осмотр*: рост 85 см, масса 11,5 кг. Бледность кожных покровов и слизистых оболочек, на коже лица и голеней участки гиперемии, расчесов, корочек. Сердце — ЧСС 116 ударов в минуту, тоны звучные, мягкий систолический шум в V т. Боткина, не связанный с тоном, экстракардиально не проводится. Язык обложен у корня серым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации ободочной кишки, петли сигмы и слепой спазмированы. Печень на 2 см ниже реберной дуги, плотновата. Толстая кишка в виде плотного болезенного тяжа, особенно в проекции сигмы.

*Данные дополнительных методов обследования*

Общий анализ крови: НЬ — 96 г/л; Ц.п. — 0,8; Эр — 3,7х1012/л; ретикулоциты — 18%; Лейк — 12,0х109/л; п/я — 7%, с/я — 43%, э — 5%; л — 36%, м — 9%, СОЭ — 18 мм/час; тромбоциты — 330х109/л.

Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, прозрачная; рН — 5,5; плотность — 1018; белок — нет, глюкоза— нет; Лейкоциты — 2-3 в п/з, Эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок — 68 г/л, альбумины -5,3%, глобулины: а, — 6%, а2 — 14%, р — 13%, у — 14%, АлАТ – 18 Ед/л, АсАТ — 36 Ед/л, ЩФ — 162 Ед/л (норма 70-140), амилаза — 45 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба — 3 ед, общий билирубин — 13 мкмоль/л, из них прямой — 0 мкмоль/л, сывороточное железо — 7 мкмоль/л, ОЖСС — 79 мкмоль/л (норма 36— 72), СРБ- 10 мг/л

Копрограмма – макро: кал полужидкой консистенции, коричневого цвета с прожилками темной крови, микро: мышечные волокна непереваренные в умеренном количестве, нейтральный жир — нет, жирные кислоты — немного, крахмал внеклеточный — много. Л —15-30 в п/з, Эр — 30-40-50 в п/з, слизь — много.

*Задание*

1. *Предположите наиболее вероятный диагноз.*
2. *Обоснуйте поставленный Вами диагноз. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?*
3. *Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента*
4. *Наметить план лечения*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 38**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

 *Роман, 13 лет*, обратился впервые с *жалобами* на периодические ноющие боли в эпигастральной области при погрешности в диете, изжогу, отрыжку.

*Анамнез жизни:* ребенок от 2 беременности, 2 родов. Диагностирована Хроническая гипоксия плода. Масса 4200г., рост 56 см., оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Перенесенные заболевания: на 1-м году упорные срыгивания,  анемия; до 7-летнего возраста ОРВИ 6 раз в год. С 9 лет беспокоил приступообразный кашель по утрам.

*Анамнез заболевания*: С 11 лет стали беспокоить ноющие боли в эпигастральной области и правом подреберье, тошнота, эпизодическая рвота утром натощак. Осмотр: астенической конституции. Периферические лимфоузлы 3-х групп размером до 1см. Костно-мышечная система без видимой патологии. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 72 ударов в минуту, АД 110/75 мм. Язык обложен желтоватым налетом. При глубокой пальпации живота болезненность в верхней трети эпигастрия и зоне Шоффара. Печень и селезенка не пальпируются. Стул ежедневный. Мочеиспускание безболезненное.

*Данные дополнительного обследования*

*Общий анализ крови:* НЬ — 120 г/л, Ц.п. — 0,86, Эр -4,2×1012/л; Лейк — 6,2х 109/л; п/я — 3%, с/я — 61 %, э — 3%, л — 26%, м — 7%, СОЭ —10 мм/час.

*Копрограмма*: цвет коричневый, рН 7,5 нейтральный жир, жирные кислоты, лейкоциты - abs.,растительная клетчатка неперевариваемая ++.

ИФА на антитела к хеликобактер пилори- отрицательно.

ФГДС: пищевод проходим, слизистая нижней трети отечна, ярко гиперемирована по типу языков пламени, кардия смыкается не полностью, желудок натощак содержит мутную слизь с примесью желчи, складки желудка утолщены, плохо расправляются воздухом, слизистая антрального отдела отечна, гиперемирована, привратник полуоткрыт, луковица 12-перстной кишки гиперемирована, на стенках желчь.

*Биопсийный тест на Hр-инфекцию*: отрицательный.

*УЗИ органов брюшной полости*: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная. Желчный пузырь 52×30, содержимое его гомогенное, толщина стенки 1 мм. Поджелудочная железа не увеличена, с ровными контурами, эхогенность средняя

*Задание:*

1. *Оцените объективные симптомы и данные обследования.*
2. *Выскажите предположения об имеющейся патологии.*
3. *Какие дополнительные обследования необходимо провести?*
4. *С какими заболеваниями надо провести дифференциальный диагноз?*
5. *Сформулируйте диагноз. Наметьте план лечения*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 39**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

 *Кирилл, 12 лет*, в течение последнего года беспокоят боли в подло­жечной области, возникающие после приема острой, жареной, обильной пищи, газированной воды. Редко боли за грудиной и чувство затруднения при прохождении кусковой пищи. Беспокоит изжога, отрыжка. Также имеются боли в эпигастрии при длительном перерыве в еде. Мать ребенка - 36 лет, страдает гастритом; у отца (40 лет) - гастродуоденит; у дедуш­ки (по матери) - рак пищевода. Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 5 месяцев. До 4 лет пищевая аллергия на цитрусовые в виде сыпи. Начал заниматься тя­желой атлетикой.

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

*Общий анализ крови:* Нb - 136 г/л; Ц.п. - 0,92; Эр - 4,4xl012/л; Лейк -7,2х109 /л; нейтрофилы п/я - 3%, с/я - 54%, э - 3%; л - 32%, м - 8%; СОЭ - 7 мм/час.

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

*Биохимический анализ крови:* общий белок - 76 г/л, альбумины -56%, глобулины: альфа1 - 5%, альфа2 - 10%, бета - 12%, гамма - 18%, АлАТ - 30 Ед/л, АсАТ - 28 Ед/л, ЩФ - 78 Ед/л (норма 70-140), амилаза -60 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед, общий билирубин -15 мкмоль/л, из них связ. - 4 мкмоль/л, железо - 16 мкмоль/л.

*Данные дополнительного обследования:*

*Кал на скрытую крови:* отрицательная реакция.

*Эзофагогастродуоденоскопия:* слизистая пищевода в нижней трети гиперемирована, отечна, розетка кардии смыкается недостаточно. В желудке мутное содержимое, слизистая антрального отдела гиперемирована, отечна. Слизистая лукови­цы двенадцатиперстной кишки гиперемирована, в постбульбарном отделе не изменена. *Биопсийный тест на НР-инфекцию:* отрицатель­ный

*УЗИ органов брюшной полости:* печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная. Желчный пузырь 52х30мм, содержимое его гомогенное, толщина стенки 1 мм. Поджелудочная железа не увеличена, с ровными контурами, эхогенность средняя.

*Впутриполостная рН-метрия 3-х электродным зондом:* натощак - рН в н/3 пищевода 6,3; периодически кратковременное на 15-20 сек снижение до 3,3-3.0; в теле желудка 2,5, в антруме 3,8. Исследование прекращено.

*Задание*

1. *Оцените объективные симптомы и данные дополнительного обследования*
2. *Сформулируйте клинический диагноз с элементами дифференциальной диагностики.*
3. *Наметьте и обоснуйте лечение основного и сопутствующих заболеваний.*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 40**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

# Мальчик Азамат А., 1 год 5 мес. *Жалобы* на повышение температуры до 38,5, беспокойство, вялость, снижение аппетита, появление геморрагической сыпи на конечностях. *Анамнез жизни.* Ребёнок от третьей нормально протекавшей беременности, третьих срочных родов, родился с массой 3250г, развивался по возрасту. На грудном вскармливании до 8 месяцев, прикорм введён с 1 года. Привит по возрасту. Болел однократно ОРВИ. *Анамнез заболевания.* Заболел за 2 недели до поступления, когда появились скованность, вялость, беспокойство, через неделю появилась геморрагическая сыпь в виде единичных элементов на лице, ягодицах, количество сыпи постепенно увеличилось, повысилась температура. *Объективно.* При поступлении в стационар состояние тяжёлое, ребёнок капризный. Сознание ясное, менингеальных знаков нет. Кожные покровы бледные, пастозные. На лице, ягодицах, нижних конечностях мелкоточечная геморрагическая сыпь, экхимозы до 2см в диаметре. Подкожная клетчатка развита плохо, отмечается пастозность лица, конечностей. Лимфатические узлы шейные, подмышечные, мягко-эластичной консистенции, не спаянные с окружающими тканями, безболезненные при пальпации. Мышечный тонус снижен. Дыхание через нос свободное. В легких дыхание проводится по всем полям. ЧДД – 28 в мин. Сердечная область внешне не изменена, границы сердечной тупости: правая – 0,5 см от края грудины, верхняя – II межреберье, левая – 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца умеренно приглушены, на верхушке - короткий систолический шум. Пульс 116 в мин, слабого наполнения. Слизистая полости рта бледная, на мягком и твердом небе - петехиальная сыпь, язык не обложен, зубы здоровые. Живот несколько увеличен в объеме, мягкий. Печень выступает из-под реберной дуги на 8 см., уплотнена, селезёнка на 6 см., плотная, край заострён. Кишечные петли мягкие, стул регулярный, оформленный.Мочеполовые органы по мужскому типу, развиты правильно, мочеиспускание свободное, моча светлая.

# *Данные дополнительного обследования.*

# *Общий анализ крови*: Эр – 2,0х1012/л, Нв – 58 г/л, Цветовой показатель – 0,86, Тромбоциты – единичные в препарате, Лейкоциты – 24,0х109/л ,бластные клетки – 76% лимфоциты – 24%. Анизоцитоз - ++, Пойкилоцитоз - ++, Гипохромия - + , СОЭ – 16 мм/час *Миелограмма:* бластных – 75%, миелокариоциты – 17500 в 1мкл, мегакариоциты – 0 в 1 мкл. Костный мозг–малоклеточный, бластымикрогенераций с единичными вакуолями, «нежным» ядром. *Цитохимическое исследование мазков костного мозга:*Бластные клетки: Гликоген – реакция положительная в 65% клеток, расположен в виде глыбок, гранул.

# *Задания:*

1. *Оцените объективные симптомы и данные дополнительного обследования.*
2. *Объясните патогенез геморрагического синдрома.*
3. *Выскажите предположение об имеющейся патологии.*
4. *Проведите дифференциальный диагноз со сходной патологией.*
5. *Сформулируйте клинический диагноз в соответствии с классификацией.*
6. *Наметьте план лечения основного заболевания.*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 41**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть Катя В., 5 лет.***Жалобы*на появление геморрагической сыпи на конечностях, припухлость суставов, боли животе.

*Анамнез жизни*. Девочка от первой беременности, протекавшей нормально, родилась с массой 3600. Раннее развитие без особенностей, болела ОРВИ не часто. На первом году жизни отмечалась аллергическая реакция на смесь «Малыш» и яичный желток. *Анамнез заболевания.* Больна в течение 4 дней, когда появилась сыпь, повысилась температура, была однократная рвота, через день появились боли и припухлость в голеностопных суставах, боли в животе. За неделю до заболевания девочка была на даче и ела много малины.

*Объективно.* При поступлении в стационар состояние средней тяжести, девочка вялая, бледная. На голенях, бёдрах, ягодицах макуло-папуллезные геморрагические элементы, размером до 0,3см, обильные, симметричные, местами сливаются. Подкожная клетчатка развита удовлетворительно, тургор тканей нормальный. Отмечается болезненность и пастозность в области лучезапястных и голеностопных суставов, движения в них болезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ч.д. 22 в 1 мин Сердечная область визуально не изменена. Границы сердца: правая – правый край грудины, верхняя – III ребро, левая – на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца громкие, ясные. Пульс 112 в 1 мин., удовлетворительного наполнения. Слизистая полости рта чистая, влажная. Зев бледен. Язык обложен белым налётом. Живот мягкий, при пальпации болезненный вокруг пупка. Печень пальпируется ниже реберной дуги на 2 см., край гладкий. Селезёнка не увеличена. Кишечные петли мягкие, болезненные при пальпации. Стул оформлен. Мочеполовые органы по женскому типу. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча светлая.

*Данные дополнительного обследования*. *Общий анализ крови:* Эритроциты– 3,48 х1012 /л, гемоглобин –110 г/л, цветовой показатель –0,85, ретикулоциты 0,8%. Лейкоциты–10,8х109 /л, б - 0,5%, э -8%, п - 2%, с -52%, л-38,5%, тромбоциты – 393,0х10 9 /л, СОЭ- 28 мм/час.*Время свёртывания* – начало-2мин, конец -3 мин.*Длительность кровотечения* – 3 мин.*Общий анализ мочи:* цвет – соломенный, прозрачность – полная, кислая , уд. плотность - 1018, белок – 0,033% , глюкоза – отрицательн.,эпителий плоский – 1-2-1 в п/з, лейкоциты – 2-3-1 в поле зрения, эритроциты – 4-10-18 в поле зрения. *Биохимическое исследование крови:* Общий белок 68г/л, Сиаловые кислоты 5,32мМоль/л, СРБ – 8.5 мг/л, Креатинин 124 мкМоль/л, Мочевина 7,1 мМоль/л.

*Задания: 1.Оцените объективные симптомы и данные дополнительного обследования. 2.Выскажите предположение об имеющейся патологии. 3.Проведите дифференциальный диагноз со сходной патологией. 4.Сформулируйте клинический диагноз /основной, осложнения, сопутствующий/ в соответствии с​ классификацией. 5.Наметьте план лечения основного заболевания и сопутствующей патологии.*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии 42**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

Михаил М., 11 мес. *Жалобы* на бледность, вялость, беспокойный сон. *Анамнез жизни*. Ребёнок от 1 беременности, срочных родов, рождён с массой 3400 г. беременность протекала на фоне анемии у матери. Вскармливание естественное до 2,5 мес., затем в связи с гипогалактией у матери стал докармливаться коровьим молоком. С 4,5 мес. введён первый прикорм в виде манной каши, с 11 мес. – мясной фарш. В возрасте 10 месяцев перенёс кишечную инфекцию.

*Анамнез заболевания*. Впервые мать обратила внимание на бледность кожи в возрасте 4-х мес., однако, к врачу не обращалась. После выписки из стационара, где ребёнок лечился по поводу кишечной инфекции, мальчик плохо ел, стал капризным, спал по ночам плохо, наросла, бледность кожи. Обратилась к участковому педиатру, дано направление на госпитализацию.

*Объективно.* Масса тела- 9100г, рост - 72см. Состояние средней тяжести, ребенок вялый, капризный. Кожа и слизистые полости рта бледные. На коже участки шелушения. Ногти мягкие, слоятся. В лёгких дыхание везикулярное. Границы сердца: правая – 0,5 см от грудины, верхняя – верхний край III ребра, левая – на 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, несколько приглушены, ЧСС 110 в мин., мягкий систолический шум на верхушке и в т. Боткина. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2,5 см. ниже рёберной дуги, селезёнка + 1см. Мочеиспускание свободное, безболезненное, периодически отмечается дисфункция кишечника.

*Данные дополнительного обследования*. *Общий анализ крови*: Эритроциты– 2,48 х1012/л, гемоглобин –70 г/л, цветовой показатель –0,7, ретикулоциты 1,6%. Лейкоциты–5,8х109/л, б - 1%, э -2%, п - 1%, с -37%, л-53%, тромбоциты – 293,0х10 9 /л, СОЭ- 8 мм/час. *Общий анализ мочи:* цвет – соломенный, прозрачность – полная, уд. плотность - 1018, белок – отр. , глюкоза – отрицат., эпителий плоский – 4-2-1 в п/з, лейкоциты – 2-3-1 в поле зрения.

*Б/х исследование крови:*Сывороточное железо – 9,0 ммоль/л., Ферритин сыворотки- 12мкг/л.

*Копроскопия:* кал оформленный, коричневый, непереваренная клетчатка в небольшом количестве, жир в небольшом количестве, мышечные волокна – в небольшом количестве.

*Задания: 1.Оцените объективные симптомы и данные дополнительного обследования 2.Выскажите предположение об имеющейся патологии 3.Проведите дифференциальный диагноз со сходной патологией 4.Сформулируйте клинический диагноз /основной, осложнения, сопутствующий/ в соответствии с классификациями, 5.Наметьте план лечения основного заболевания и сопутствующей патологии*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 43**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть Андрей И., 2 лет.** *Жалобы*на появление кровоизлияний на коже, носовые кровотечения.

*Анамнез жизни*: Ребёнок от 5 беременности, 4 родов. Во время беременности мать перенесла гепатит, в родах – раннее отхождение вод. Родился с массой 4100, закричал сразу. Естественное вскармливание до 2-х месяцев, затем переведен на смесь «Малыш». Развивался соответственно возрасту. Часто болел ОРВИ, перенёс ветряную оспу, фурункулёз.

*Анамнез болезни*: Заболел через 2 недели после ОРВИ, когда на коже появилась мелкоточечная сыпь, а затем крупные кровоизлияния, с каждым днём количество кровоизлияний увеличивалось, появились носовые кровотечения. Ребенок госпитализирован для обследования и лечения.

*При поступлении*: состояние средней степени тяжести, ребенок вялый, бледный, капризный. Сознание ясное, менингеальных симптомов нет. На коже нижних конечностей, на лице геморрагическая сыпь, от мелкоточечной геморрагической сыпи до крупных пятен до 2 – 3 см в диаметре. В носу кровянистые корочки. Лимфатические узлы пальпируются в трёх группах, не увеличены. Дыхание через нос затруднено из-за кровянистых корочек. Кашля и одышки нет. Границы сердечной тупости: правая – 0,5 см от грудины, верхняя – II межреберье, левая – 1,0 см. Тоны сердца ясные, ритмичные, шум не выслушивается. Пульс 106 в мин., удовлетворительных качеств. Слизистая полости рта влажная, на щеках мелкие геморрагии. Зев бледный. Миндалины на уровне дужек. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень выступает на 1,5 см. из-под края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный

*Данные дополнительного обследования*.

*Общий анализ крови*: Эритроциты – 3,46 х1012/л, Нв – 96 г/л, Цв. показатель – 1,0, Тромбоциты – един.в препарате, Лейкоциты – 4,8х109/л, Э–3%, С–52%, Л–40%, М–5%, СОЭ–2мм/час. Время свёртывания: начало-2 мин., конец-4мин. Длит.кровотечения – 8 мин. 20 сек.

*Биохимический анализ крови*: Реакция Ван-ден-Берга – непрямая, билирубин – 5,14 мкмоль/л. Тимоловая проба – 1ед. АСТ - 0,05 мккат/л. АЛТ – 0,06 мккат/л. Холестерин – 3,1 ммоль/л.

*Миелограмма:* Костный мозг клеточный, клетки в основном зрелые, несколько раздражен мегакариоцитпрный ростокБластные клетки – 0,6%. Мегакарициты 5: 500 без образованияи отшнуровки тромбоцитов.

*Задания:*

*1.Оцените объективные симптомы и данные дополнительного обследования.2.Выскажите предположение об имеющейся патологии.3.Проведите дифференциальный диагноз со сходной патологией.4.Сформулируйте клинический диагноз в соответствии с классификациями.5.Наметьте план лечения основного заболевания и сопутствующей патологии.*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 44**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

**Саша, 4года**. Поступил с *жалобами*на повышение температуры до 37,5, бледность, боли в животе, головную боль, головокружение.

*Анамнез жизни*. Ребенок рождён от первой беременности, срочных родов, массой 3500. Закричал сразу, к груди приложен через 6 часов. Физиологическая желтуха сохранялась до 3-х месяцев. Рос и развивался соответственно возрасту. Со слов мамы, дважды в 3-х летнем возрасте лечился в стационаре по месту жительства с диагнозом «болезнь Боткина». У мамы ребенка в 5-летнем возрасте была удалена селезенка, причину не знает.*Анамнез заболевания.* Заболел неделю назад, когда появились насморк, кашель, температура повысилась до 37,5 градусов. По назначению участкового педиатра получал орвирем, температуру снижали нурофеном. Три дня назад состояние мальчика ухудшилось, стал бледным, вялым, появились боли в животе, головокружение, отказ от еды.

*Объективно.*При осмотресостояние ребенка тяжёлое. Вялый. Выраженная бледность кожи и слизистых с желтушным оттенком. Субиктеричность склер. «Высокое» нёбо, эпикант. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, короткий систолический шум на верхушке, в точке Боткина. Живот мягкий, болезненный на всём протяжении, больше в правом подреберье. Печень выступает из-под рёберной дуги на 1,5 см., селезёнка в виде языка на 3 – 3,5 см., плотная. Кал обычной окраски, моча тёмная.

*Данные дополнительного обследования.Общий анализ крови:* Эр – 2,7 х10 12/л., Нв – 76 г/л Общий – 78,7 мкм/л., Лейк. – 9,4 х10 9/л., Э – 3%, П – 2%, С – 58%,Л – 35%, Б – 2%, Пойкилоц. – +. Анизоцитоз – ++. Микросфероцитоз ++ Ретикулоциты – 14% Осмотическая резистентность эритроцитов – min 0,7% NaCl, max 0,3% NaCl СОЭ – 18 мм/час. *Биохимический анализ крови:*Биллирубин по Иендрашеку:Непрям. – 76,4 мкмоль/лПрям. – 2,3 мкмоль/л.АЛТ – 0,9 мкм/л.АСТ – 0,4 мкм/л.СРБ – 5 мг/л.Сиаловые кислоты– 4,04 мМ/л. Тимоловая проба - 1 ед.Сулемовая проба– 2,1 мл. *Общий анализ мочи:*Прозрачность – полная. Цвет – тёмно-жёлый. Уд.вес – 1018, глюкоза– отриц., белок – отриц. Лейкоциты – 1-0-2 в п/з Эритроциты – 0 в п/зр.

*Задания:*

1. ​ *Оцените объективные симптомы и данные дополнительного обследования*
2. ​ *Выскажите предположение об имеющейся патологии*
3. ​ *Проведите дифференциальный диагноз со сходной патологией*
4. ​ *Сформулируйте клинический диагноз в соответствии с классификациями*
5. ​ *Наметьте план лечения основного заболевания и сопутствующей патологии*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 45**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

Дима С. , 4-х лет поступил в клинику для выяснения диагноза.

*Анамнез жизни*. В период раннего возраста развивался нормально. После перенесенной дизентерии в 1,5 года, по поводу которой длительно лечился антибиотиками, сульфаниламидами, рос слабым, болезненным ребенком. *Анамнез заболевания.* В возрасте 2,5 лет после перенесенного гриппа длительно держалась температура, при обследовании у ребенка выявлена положительная реакция Манту. Поставлен диагноз ранней туберкулезной интоксикации, назначено длительное лечение фтивазидом, ПАСК. Несмотря на проводимую терапию, состояние ребенка все ухудшалось, стал жаловаться на головную боль, мама ребенка заметила, что он стал вялым, побледнел, однократно отмечалось носовое кровотечение. Для обследования ребенок направлен в детскую клинику

*Объективно.* При поступлениисостояние средней степени тяжести. Выражена бледность кожи, слизистых. На коже многочисленные пятнисто-петехиальные кровоизлияния, несимметричные, полихромные. Лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система без изменений. В легких дыхание везикулярное. ЧДД – 28 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке, ЧСС 104 в мин. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный. Мочится свободно, моча светлая.

*Данные дополнительного обследования*.

*Анализ крови:* Эр. – 1,1х10 ¹²/л, Нв-32г/л, цв. показатель -1,0, ретикулоциты - 3‰, тромбоциты- 10,0х10 9/л, лейкоциты – 2,1 х10 9/л, п-2%, с- 20%, л-73%, СОЭ- 80мм/час. *Миелограмма:* костный мозг умеренно клеточный, сужение эритро-лейкопоэза,

 мегакариоциты единичные в препарате.

*Анализ мочи и копрограмма*без патологии.

*Биохимическое исследование крови*: Общий белок -72 г/л. Сывороточное железо – 19,0 мМоль/л. Ферритин сыворотки- 22мкг/л.

*Задания:*

*1.Оцените объективные симптомы и данные дополнительного обследования.* 2.*Выскажите предположение об имеющейся патологии. 3.Проведите дифференциальный диагноз со сходной патологией. 4.Сформулируйте клинический диагноз в соответствии с классификацией. 5.Наметьте план лечения основного заболевания и сопутствующей патологии*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 46**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

Мальчик, 15 лет, поступил *с жалобами* на утомляемость, слабость, снижение успеваемости, головную боль, периодически возникающую тошноту, желание есть снег, мел.

*Из анамнеза* известно, что мальчик страдает хроническим эрозивным гастродуоденитом в течение 3-х лет. Обострение заболевания отмечает 2-3 раза в год. Рекомендации не выполняет, диету не соблюдает.

*При поступлении* состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и слизистые полости рта бледные. Ногти ломкие, слоятся. Волосы тонкие, тусклые. Мальчик пониженного питания (масса тела 45кг, рост-162см). Отмечается мышечная гипотония. Костная система без патологии. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца приглушены, ЧСС – 96 в мин., АД – 110/70. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области, правом подреберье. Стул нерегулярный, склонность к запорам.

*Данные дополнительного обследования.*

О*бщий анализ крови:* ЭР.- 3,1х10 ¹²/л, НВ- 80г/л, ретикулоциты 8‰, Л- 7,8 х 10⁹/л, э-2, с-64, л- 32, м-2, СОЭ- 5 мм/час.

*Биохимическое исследование крови:* Общий белок – 68 г/л, Сывороточное железо – 6,2мкмоль/л. Ферритин сыворотки - 14, 7мкг/л.

*Общий анализ мочи:* Прозрачность – полная. Цвет – темно-желтый. Уд.вес – 1018. Сахар – отрицательный. Белок – отрицательный. Лейкоциты – 1-0-2 в п/з Эритроциты – 0 в п/зрения. Бактерии – +. Эпит. кл-ки – 0-1 в п./зрения.

*ФГС:*Пищевод проходим, слизистая розовая. Розетка кардии смыкается полностью, при введении воздуха складки желудка расправляются не полностью, слизистая очагами гиперемирована. На слизистой препилорической части желудка по малой кривизне имеется 2 эрозии, привратник проходим, в луковице 12-перстной кишки язвенный дефект размерами 0,4 х 0,4 см. Дно покрыто налетом фибрина, слизистая ярко гиперемирована, отечна, на стенках вязкая слизь.

*рН-метрия*: гиперацидность натощак 1,2 - исследование прекращено.

*Задание:*

1. *Рассчитать цветовой показатель.*
2. *Оценить анализ крови.*
3. *Сделать заключение о причине изменений в анализ крови.*
4. *Сформулировать предварительный диагноз.*
5. *Наметить план дополнительного обследования.*
6. *Провести выбор препарата для лечения*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 47**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

Тамара 14 лет.

Поступила с *жалобами* на сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца, плохой сон, быструю утомляемость, неустойчивость настроения и ухудшение памяти.

*Анамнез жизни и болезни*: Родилась доношенной, массой 2200. Часто болела ОРВИ. Хронический тонзиллит с 6 лет. В школе училась хорошо, но в этом году успеваемость заметно ухудшилась. В течение последних 2-3 месяцев заметно похудела при хорошем аппетите, стала раздражительной и плаксивой. Матери 41 год, с детства страдает ревматизмом. Отцу 48 лет, здоров.

ОБЪЕКТИВНО: Состояние средней тяжести: бледная, пониженного питания, мышечная система развита слабо, вторичные половые признаки незначительно выражены. Кожа чистая. Руки теплые, влажные, несколько цианотичны. Зев чистый, задняя стенка глотки зернистая. Хорошо пальпируется, а при глотании заметна на глаз щитовидная железа. В легких дыхание везикулярное, границы сердца : правая на 0,5 см вправо от края грудины, верхняя- верхний край III ребра, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца громкие, слегка акцентированы. ЧСС- 98 уд.в мин, АД- 130/50 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул 2-3 раза в день, нормальной консистенции. Мочеиспускание безболезненное, не учащено. При рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено. Невропатологом выявлено повышение уровня сухожильных рефлексов, двухфазный быстрый дермографизм, тремор пальцев рук и век.

 *Данные дополнительного обследования*

*ОАК*: эр- 3,84 х10 /л, Нв- 110 г/л, лейк- 6,2х 10 /л, эоз-2%, пал- 4%, сегм- 65%, лимф- 21%, мон-8%, СОЭ- 5 мм/час

Общий анализ мочи – прозрачность полная, цвет - соломенный, рН – 6,4, белок-отр., сахар- отр., Лейк.- 2-1-3 в п/з

*Биохимические исследования крови*: сиаловая проба- 3,8 мМ/л, тимоловая – 2 ед, билирубин – реакция непрямая, 5,7 мкм/л, общий белок- 82 г/л, холестерин- 3,7 мМ/л

 З*адания*

1. *Выскажите предположение об имеющейся патологии*
2. *Назначьте дополнительное обследование.*
3. *Укажите ожидаемые изменения в анализах в связи с предполагаемым диагнозом*
4. *Сформулируйте клинический диагноз, используя элементы дифференциальной диагностики.*
5. *Наметьте план лечения основного заболевания и сопутствующей патологи*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 48**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

 *Саша А., 11 мес*, родился массой 3600 г в семье, где два предыдущих ребенка умерли в возрасте до одного года (диагноз — кишеч­ная инфекция невыясненной этиологии). У мальчика до двухмесячного возраста были срыгивания и рвота «фонтаном». Обследовался в стационаре, кишечная инфекция, пилороспазм и пилоростеноз исключены. В течение последующих 9 месяцев по назначению эндокри­нолога получал преднизолон по 5 мг в сутки, состояние было стабильно удовлетворительным. Два дня назад появились симптомы острого респираторного за­болевания, сегодня с утра ребенок вялый, температура тела 37,4°С. по­явились срыгивания, жидкий стул без примесей, госпитализирован.

 *При осмотре* состояние тяжелое: вялый, мышечная гипотония, хо­лодный пот, значительная приглушенность сердечных тонов, пульс до 150 ударов в минуту, слабого наполнения, АД — 60/20 мм рт. ст. Ги­перемия зева. В легких без патологии, 28 дыханий в минуту. Живот мяг­кий, слегка болезненный в правом подреберье, печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Ребенок заторможен. Гермафродитное строение гениталий.

*Задание*

1. *Ваш предположительный диагноз?*
2. *Обоснуйте все части диагноза.*
3. *Назначьте неотложную терапию.*
4. *Каков пол ребенка и как его можно подтвердить?*
5. *Можно ли диагностировать заболевание при рождении?*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 49**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

 *Девочка 2,5л*ет поступила в отделение с *жалобами* на задержку физического и психомоторного развития.

 *Из анамнеза известно*, что рождена от срочных родов с массой 3600 в сельском роддоме. Выписана на 5 сутки с желтухой на сельский фельдшерский участок. Желтуха сохранялась до года. Не обследовалась и не лечилась. Резко отставала в моторном развитии: голову держит с 3 мес., сидит с года. На момент поступления стоит с поддержкой. Не ходит. Зубы начали прорезываться после года. На момент поступления зубов всего 8. Плохо понимает обращенную к ней речь, не говорит и даже не гулит. Впервые обследована в годовалом возрасте, когда был установлен диагноз, назначена заместительная терапия, которую получает до настоящего времени. Однако по физическим параметрам девочка ровесников не догнала.

 *При обследовании*: рост 78 см, масса 11 кг. Кожные покровы суховаты, холодные на ощупь, бледные. Иктеричности кожи нет. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Границы сердца в пределах возрастных норм. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 104 в мин. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Стул со склонностью к запорам.

*Данные дополнительного обследования*

*Общий анализ крови*: эритроциты 3,7 х 1012/л, Нв-110 г/л,

лейкоциты-6,7 х 109/л, СОЭ- 4 мм/час;

ОАМ –без особенностей.

*Костный возраст* рентгенологически соответствует 1,5 годам.

*Б/х крови-* общий белок- 85г/л, холестерин- 7,4 мкм/л, глюкоза крови- 4,3 мм/л,

ТТГ- 5,2 мкМЕ/мл(норма 0,4-4) Т4св- 8,7 пмоль/л (норма 10-24 пмоль/л)

*Задание:*

1. *Сформулируйте диагноз*
2. *Обоснуйте все части диагноза*
3. *В какой терапии нуждается пациентка?*
4. *Была ли возможность улучшить прогноз заболевания? Каким образом?*
5. *Есть ли возможность диагностировать заболевание при рождении ребенка даже при отсутствии клиники?*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 50**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

Ребенку 8 лет. Обратились к врачу с *жалобами* на слабость, вялость, жажду – выпивает в день до 3-4 л воды - частые мочеиспускания в том числе и ночью, повышение аппетита и в то же время, на потерю 5 кг веса за последний месяц.

 *Анамнез:* Данные жалобы наблюдаются на протяжении 1,5 месяцев после перенесенной ОРВИ. Сегодня состояние резко ухудшилось за счет присоединения одышки, болей в животе, рвоты.

*При осмотре* : рост 134 см, вес 25 кг. Кожные покровы сухие, особенно на ладонях, голенях, туловище. Тургор тканей снижен, подкожно-жировой слой истончен. Губы сухие, красная кайма губ ярко-красная, «заеды» в углах рта. На лице, на бледном фоне участки гиперемии. Слизистые полости рта сухие, яркие. Язык обложен белым налетом. Изо рта запах ацетона. Дыхание шумное, форсированное, слышно на расстоянии. ЧДД -25 в мин. Левая граница сердца определяется на 1 см влево от сосковой линии. Аускультативно жестковатое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 106 в мин. На верхушке и в т.Боткина короткий систолический шум. Живот несколько вздут, болезненный по ходу кишечника. Печень выступает из-под ребра на 2 см. Край эластичный, безболезненный. Дважды отмечалась рвота. Стула не было в последние сутки.

# *Данные дополнительного обследования:*

# *Общий анализ крови:* Эр. 4,4 х1012/л, Нв- 128 г/л, Лейк. 8,9 х 109/л, СОЭ 10мм/ч, Ht-44%

# *Общий анализ мочи:* моча прозрачная, рН – 5,2, белок-отр., глюкоза – 2%, кетоновые тела (+++). Лейк.-1-3-2 в п/зр.,

# *Б/х крови:* билирубин -12 мкмоль/л, тимоловая 1 ед., АСТ- 0,21 мккат/л, АЛТ- 0,42мккат/л, креатинин- 57,4 мкм/л, мочевина – 5, 3 мм/л, глюкоза – 17 ммоль/л.

*Задания*

1. *Сформулируйте диагноз*
2. *Обоснуйте все части диагноза*
3. *Какие лабораторные данные необходимы для назначения неотложной терапии.*
4. *Приведите принципы неотложной терапии*

*Назовите принципы плановой терапии заболевания и показания к переходу к такой терапии*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 51**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

Аня 15 лет. При профилактическом осмотре у девочки обнаружено увеличение щитовидной железы. Девочка жалуется на ухудшение самочувствия, быструю утомляемость, снижение памяти.

Объективно: девочка нормостенического телосложения, среднего роста, развита гармонично. Половое развитие соответствует возрасту. Кожные покровы чистые, суховаты, ладони и стопы холодные. Границы сердца: правая по краю грудины, верхняя- по верхнему краю 3 ребра, левая- по сосковой линии. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные. ЧСС- 68 в 1 мин., АД- 90 / 60 мм рт ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Нисходящий отдел кишечника заполнен каловыми массами. Стул через день.

Щитовидная железа при осмотре плотная, бугристая на ощупь, видна при глотании.

*Данные дополнительного обследования*

*ОАК*: эр- 3,84 х10 /л, Нв- 110 г/л, лейк- 6,2х 10 /л, эоз-2%, пал- 4%, сегм- 65%, лимф- 21%, мон-8%, СОЭ- 5 мм/час

Общий анализ мочи – прозрачность полная, цвет - соломенный, рН – 6,4, белок-отр., сахар- отр., Лейк.- 2-1-3 в п/з

*Биохимические исследования крови*: сиаловая проба- 3,8 мМ/л, тимоловая – 2 ед, билирубин – реакция непрямая, 5,7 мкм/л, общий белок- 82 г/л, холестерин- 9,7 мМ/л

*УЗИ- щитовидной железы:*железа грубо неоднородной структуры с тяжами.

 Объем 18 см3  при норме 14,7 см3 . В правой доле лоцируется два жидкостных

 образования 0,2х 0,5 см и 0,3 х 0,2 см.

*Задание:*

1. *Оцените объективные симптомы и данные обследования.*
2. *Выскажите предположения об имеющейся патологии.*
3. *Какие дополнительные обследования необходимо провести?*
4. *С какими заболеваниями надо провести дифференциальный диагноз?*
5. *Сформулируйте диагноз. Наметьте план лечения*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 52**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

Мальчику 13 лет. Родился с массой 3200. В год весил 11 200 г. С 3-х лет начал прибавлять в весе по 5-6 кг. Избыток жировой ткани располагался равномерно. В 12 лет перенес черепно-мозговую травму, после которой появились головные боли, особенно при физических и умственных нагрузках. Стали отмечаться подъемы АД до 140/80 мм рт ст. На бедрах и животе появились стрии багрового цвета.

*Объективно:*

 При обследовании рост 162 см, масса 75 кг. Подкожно- жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. При физической нагрузке, при беге появляется одышка. Тоны сердца глухие, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС- 90 в мин. АД 140/70 мм рт ст. Живот вздут, болезненный при пальпации в правом и левом подреберье. Положительны симптомы Ортнера-Грекова, Кера, Дежардена. Стул регулярный, оформленный.

*Данные дополнительного обследования*

*ОАК*: эр- 4,84 х10 /л, Нв- 140 г/л, лейк- 6,2х 10 /л, эоз-2%, пал- 4%, сегм- 65%, лимф- 21%, мон-8%, СОЭ- 5 мм/час

Общий анализ мочи – прозрачность полная, цвет - соломенный, рН – 6,4, уд. вес мочи-1020, белок-отр., сахар- отр., Лейк.- 2-1-3 в п/з

*Биохимические исследования крови*: сиаловая проба- 3,8 мМ/л, тимоловая – 2 ед, билирубин – реакция непрямая, 5,7 мкм/л, общий белок- 78 г/л, холестерин- 5,8 мМ/л

*В суточной моче* : сахара нет, выделено 1760 мл

*Глюкоза крови* натощак 3,3 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки – 3,2 ммоль/л.

*На М-ЭХО* определяется легкая внутричерепная гипертензия.

*При трехчасовой термометрии* выявляются подъемы температуры до 37,2- 37,3

*Задание:*

1. *Оцените объективные симптомы и данные обследования.*
2. *Выскажите предположения об имеющейся патологии.*
3. *Какие дополнительные обследования необходимо провести?*
4. *Сформулируйте диагноз*
5. *Принципы лечения?*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 53**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

 *Катя, 14 лет. Жалобы* на боль в животе до и после еды, тошноту, общую слабость, быструю утомляемость, раздражительность, плаксивость.

*Анамнез жизни.* Ребенок от 2й беременности, 1х срочных родов. Масса тела при рождении 4200,0. Рождена в состоянии асфиксии. Грудное вскармливание до 1 месяца. Часто болела ОРВИ. Ранее получала много антибиотиков. У отца – язвенная болезнь.

*Анамнез заболевания.* Описанные жалобы стали беспокоить около полугода. Вначале боль была непостоянно и кратковременно, проходила самостоятельно или после еды. 3 недели назад девочка заболела ОРВИ с высокой температурой, после чего появились указанные жалобы.

*Объективно:* Состояние средней степени тяжести. В контакт вступает неохотно. На вопросы отвечает односложно. Кожа и видимые слизистые бледные, шероховатые наощупь. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС– 86 ударов в мин., АД – 120/65 мм.рт.ст. Язык обложен по центру белым налетом. Живот правильной формы, умеренно вздут, болезненность в гастродуоденальной зоне. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Пузырные симптомы Ортнера, Кера положительные. При пальпации толстой кишки определяется урчание в илеоцекальной зоне. Стул периодически разжиженный, чередуется с оформленным. Почки не пальпируются. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча светлая.

*Данные дополнительного обследования:*

Общий анализ крови: Эритроциты– 4,2 х1012/л, гемоглобин –141г/л, цветовой показатель –1,0, Лейкоциты–8,5х10 9 /л, э -5%, п- 1%, с-59%, л -25%, м -10%, СОЭ- 12 мм/час.

Биохимические показатели: билирубин -6,85мкМ/л., тимоловая проба- 3 ед. АСТ- 0,4 мМ/л, АЛТ-0,45 мМ/л. Холестерин-5 мМоль/л. Общ. белок –62 г/л, альбумины 52%.

Копрологическое исследование: цвет коричневый, консистенция - мягкая, реакция на кровь отрицательная. Микроскопия: детрит, флора, неперевариваемая клетчатка – большое количество, перевариваемая клетчатка– небольшое количество, мышечные волокна отсутствуют, нейтральный жир +. Жирные кислоты+++ , слизь+ giardia lamblia cyst.

 УЗИ. Печень не увеличена, однородной структуры, нормальной эхогенности. Желчный пузырь с лабильным перегибом в области тела стенки уплотнены, определяется осадок на 1/3 объема без ультразвуковой тени. Поджелудочная железа не увеличена, контуры ровные, четкие, эхогенность нормальная. Почки без особенностей.

*Задания:*

1. *Оцените объективные симптомы и данные дополнительного обследования*
2. *Выскажите предположение об имеющейся патологии*
3. *Какие дополнительные исследования с Вашей точки зрения необходимо провести?*
4. *Сформулируйте клинический диагноз /основной, осложнения, сопутствующий/*
5. *Наметьте план лечения основного заболевания и сопутствующей патологии.*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 54**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

          *Мальчик Рома 12 лет*. Жалобы на приступообразную боль в околопопупочной области и левом подреберье, с иррадиацией в спину; многократную рвоту. Приступ возник после обильной пищи на дне рождения. Анамнез болезни: в 10 лет перенес острый паротитный панкреатит, после чего после пищевых погрешностей появились подобные приступы. Обследуется впервые.

 Анамнез жизни: Ребенок доношенный, 3400/52, естественное вскармливание до 6 месяцев. Прививки – по возрасту. Часто болел с 3х лет после поступления в детский сад. У бабушки (по матери) – холецистопанкреатит, сахарный диабет.

          Осмотр: рост – 136 см, масса – 26 кг. Кожные покровы бледные. Температура 37,3.Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС – 92 уд/мин, АД – 100/60 рт.ст. Язык обложен серым налетом. Живот вздут, при глубокой пальпации болезненный в эпигастрии, в зоне Шоффара, точках Дежардена, Мейо-Робсона. Печень – у края реберной дуги, болезненность в точке желчного пузыря. Стул разжижен и обильный, серого цвета.

          Общий анализ крови: НЬ – 124 г/л, ЦП – 0,88, Эр – 4,2∙1012/л; Лейк. – 9,6∙109/л; п/я – 4%, с/я – 61%, э – 3%, л – 26%, м – 6%, СОЭ – 15 мм/час.

     Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачная; уд. вес – 1020; белок – нет, сахар – нет, Л – 2-3 в п/з, Эр – нет. Копроскопия : кал полуоформлен, рН 7,5 цвет серый с жирным блеском, нейтральный жир+++, жирные кислоты+, мыла+, крахмал++, лейкоциты 0-1 в поле зрения, Эр-0. Простейшие и яйца глистов не обнаружены. Панкреатическая эластаза в кале 300мкг/г

          Биохимический анализ крови: общий белок 78 г/л, альбумины 52%, ЩФ – 100 (норма – 70-140), амилаза – 180 Ед/л (норма – 10-120), общ. Билирубин – 16 мкмоль/л, из них связ. – 3 мкмоль/л. Уроамилаза : 128 ед (норма – 32-64 ед.).

          УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, гомогенная, эхогенность обычная, сосуды печени не расширены, желчный пузырь – 58x35 мм (норма – 50x30), лабильный перегиб в области тела, стенки уплотнены, содержимое его гомогенное. Поджелудочная железа: головка – 22 мм (норма – 16), тело – 18 мм (норма – 14), хвост – 24 (норма – 18), диффузно неоднородной структуры, с гиперэхогенными включениями, капсула уплотнена.

*Задания:*

1. *Поставьте предварительный диагноз. Обоснуйте его.*
2. *Какова причина заболевания в данном случае*
3. *Проведите дифференциальный диагноз со сходной патологией*
4. *Какие дополнительные исследования необходимо провести*
5. *Составьте план лечения данного ребенка.*
6. *Требуется ли ребенку ферментотерапия, если да, то с какой целью? Какие ферменты лучше рекомендовать и почему?*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 55**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

 *Нина, 10 лет*. Жалобы на тупую боль над пупком после еды, частую отрыжку кислым или горьким, снижение аппетита, иногда общую слабость, быструю утомляемость.

*Анамнез заболевания.* С 7 лет после перенесенного острого гастрита периодически боль в животе после еды, особенно при погрешностях в питании (копченая колбаса, жареное). Девочка часто ест всухомятку, имеются длительные интервалы между приемами пищи.

*Анамнез жизни.* Ребенок от 1й физиологической беременности, срочных родов. Родилась массой 3200,0. Росла и развивалась соответственно возрасту. В школе учится хорошо. Посещает музыкальную школу. Из перенесенных заболеваний: ветряная оспа, ОРВИ, пневмония, острый гастрит. Аллергический анамнез не отягощен. Наследственность: у папы – хронический гастрит.

*Объективно:* Девочка астенического телосложения. Масса тела 25 кг, рост 130см. Кожа и видимые слизистые бледные, эластичность и тургор кожи и мышц сохранены. Подкожно-жировая клетчатка истончена, распределена равномерно. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, умеренно приглушены. Пульс– 80 ударов в мин. Слизистая полости рта чистая. Язык обложен желтоватым налетом. Есть 2 кариозных зуба. Живот правильной формы, при пальпации болезненный в области эпигастрия, в зоне Шоффара. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Толстая кишка в виде плотно-эластичного тяжа. Опорожнение 1 раз в 1-2 дня безболезненное, кал оформлен. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча светлая.

*Данные дополнительного обследования:*

Общий анализ крови: Эритроциты– 3,1 х1012 /л, гемоглобин – 82г/л, цветовой показатель – 0,8, ретикулоциты – 0,8%. Лейкоциты– 8,6х109 /л, э-3%, п- 3%, с-58%, л-28%, м-8%, СОЭ- 10 мм/час.

Биохимические показатели: билирубин -8,65ммоль/л. АСТ- 42 Ед/л, АЛТ- 35 Ед/л. Общий белок -72г/л. Сывороточное железо – 5,0 мкмоль/л.

Общий анализ мочи: Количество 150мл, цвет соломенный, прозрачность полная, относительная плотность-1016, сахар – отр., белок – отр., лейкоциты – един. в п/зр..

Копрологическое исследование: цвет коричневый, консистенция-мягкая рН -7.5 Микроскопия: мышечные волокна –отрицат., нейтральный жир – отрицат., жирные кислоты +++., слизь- отрицат., лейкоциты - отрицат., эритроциты – отрицат., простейшие не обнаружены. Яйца глистов не обнаружены. Соскоб на энтеробиоз - отрицательный

ФГДС: Пищевод проходим, слизистая розовая. Розетка кардии смыкается, слизистая желудка в антральном отделе гиперемирована, пастозна, на стенках желчь. Складки ригидны. Слизистая луковицы 12-перстной кишки с очагами гиперемии, на передней стенке язва 0,5х0,4см, в просвете луковицы 12-перстной кишки желчь. Уреазный скрининг-тест на Helicobacter pylori ++. Тест кала на антиген Helicobacter pylori–положительный.

*Задания:*

1. *Оцените клинические и лабораторные симптомы.*
2. *Какие дополнительные исследования необходимы?*
3. *Сформулируйте клинический диагноз /основной, сопутствующий, осложнения/. Обоснуйте каждый пункт диагноза.*
4. *Наметьте план лечения основного заболевания и сопутствующей патологии.*

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА по педиатрии № 56**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ**

**Основная часть**

Роман, 13 лет, жалобы на периодические ноющие боли в эпигастральной области при погрешности в диете, изжогу.

***Анамнез жизни*:**ребенок от 2 беременности, 2 родов. Течение беременности осложнилось сочетанным гестозом легкой степени, хронической гипоксией плода. Роды быстрые, в срок. Масса при рождении 4552 г., рост 56 см., оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Вскармливание до 5 месяцев естественное, затем искусственное (коровье молоко). Прикормы введены по возрасту. Привит.Перенесенные заболевания: натальное нарушение спинального кровообращения; миатонический синдром, обструктивный бронхит; ОРВИ 3-4 раза в год; двусторонняя очагово-сливная пневмония, осложненная обструктивным синдромом; аденоиды 3 степени; вегето - сосудистая дистония. Наследственность отягощена по линии матери по язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, нейроциркуляторной дистонии по гипертоническому типу; по линии отца - по бронхиальной астме.

***Анамнез заболевания*:**  С 11 лет пациента стали беспокоить ноющие боли в эпигастральной области и правом подреберье, тошнота, эпизодическая рвота утром натощак.

***Объективный осмотр*:** общее состояние удовлетворительное. Конституциональный тип - нормостенический. Кожные покровы розовые. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Костно-мышечная система без видимой патологии. Носовое дыхание свободное. Слизистая зева не гиперемирована. ЧДД 22 в мин. При перкуссии легких определяется ясный легочный звук над всей грудной клеткой, при аускультации дыхание везикулярное. ЧСС 72 ударов в минуту, АД 120/73 мм. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Ротовая полость санирована. При глубокой пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области. Стул ежедневный. Мочеиспускание безболезненное.

При проведении планового обследования общеклинические анализы крови, мочи, биохимический анализ крови, копрограмма в пределах нормы. ЭКГ - синусовый ритм. ИФА на антитела к хеликобактер пилори отрицательно. УЗИ абдоминальное без патологии.

*Задания:*

1. *Оцените объективные симптомы и данные дополнительного обследования*
2. *Выскажите предположение об имеющейся патологии*
3. *Какие дополнительные исследования с Вашей точки зрения необходимо провести?*
4. *Сформулируйте клинический диагноз /основной, осложнения, сопутствующий/*
5. *Наметьте план лечения основного заболевания и сопутствующей патологии.*

 Детские инфекции

Задача 1

Девочка 9 месяцев с врожденным стридором. Заболела остро, с подъема температуры тела до 38,8 С, «лающего» кашля, осиплости голоса, слизистого отделяемого из полости носа. К вечеру состояние ухудшилось, появилось затрудненное дыхание, беспокойство. Ребенок был доставлен в больницу.

При поступлении: температура 38,2°С, состояние тяжелое, выражена одышка (ЧД 60 в минуту) инспираторного характера с раздуванием крыльев носа и участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, западение яремной ямки и эпигастрия. Отмечается цианоз носогубного треугольника и кончиков пальцев, «мраморный» оттенок кожи. Голос осиплый. Зев гиперемирован. Умеренно выражены катаральные явления. Беспокоит частый непродуктивный кашель. Тоны сердца приглушены, аритмичны (ЧСС - 100-130 ударов в мин). Выпадение пульсовой волны на вдохе. В легких дыхание жесткое.

Проведена ларингоскопия: вход в гортань 1-2 мм. во входе в гортань - большое количество слизистой мокроты прозрачного цвета, яркая гиперемия черпаловидных хряшей, подсвязочного пространства, отек голосовых связок.

На рентгенограмме грудной клетки: усиление сосудистого рисунка, правая доля вилочковой железы увеличена, у корня правого легкого треугольная тень (ателектаз?).

Вирусологическое исследование мазка из носоглотки в реакции иммунофлюоресценции: парагрипп (+), грипп (-), PC (-), Адено (-)

Клинический анализ крови: НЬ - 130 г/л. Эр - 3,5х10\*12/л, ЦП- 0,89, Лейк - 8.3х10\*12, п -3%. с/я - 41%. э - 2%, л - 45%. м - 9%. СОЭ-10 мм/ час.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз.

2. Объясните патогенез развившегося синдрома.

3. Возможная динамика процесса.

4. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

5. Проведите дифференциальный диагноз?

6. Где следует лечить больную?

7. О каких осложнениях можно думать в данном случае?

8. Консультации каких специалистов необходима для уточнения диагноза и лечения?

9. Что выявляется реакцией иммунофлюоресценции?

10. Какие изменения со стороны ЛОР органов будут выявлены при осмотре больного?

11. Назначьте лечение.

12. Когда ребенок может быть выписан домой?

13. Необходимые рекомендации при выписке больного из стационара.

Задача №2

Ребенок 4 лет, посещающий детский сад, жалуется на головную боль, недомогание. Осмотрен участковым педиатром на 2-й день заболевания: температура тела 39,5ºC, состояние средней тяжести, вялый. Кожа чистая, бледная. Зев умеренно гиперемирован, налетов нет. Заложенность носа, отделяемого нет. Сухой кашель, в легких дыхание жесткое, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный, печень +1,0 см из-под края реберной дуги. Физиологические отправления в норме. В ан. крови: Hb 120 г/л, Эр. 4,0 · 1012/л, Тр. 239 · 109/л, Л. 5,6 · 109/л, п/я. 1%, с/я. 20%, эоз. 4%, баз. 0%, лимф. 65%, мон. 10%, СОЭ 9 мм/ч.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Каким путем передается это заболевание?
3. Выделите специфические симптомы заболевания, составляющие основу клинической дифференциальной диагностики.
4. Какие изменения отмечаются в анализе крови у ребенка?
5. Принципы терапии.

Задача 3

Ребенок 7 месяцев, болен в течение 3-х дней. Температура 38-39 C, беспокойный, аппетит снижен. Отмечается влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа. При поступлении в стационар: состояние средней тяжести, температура 38.3°С, веки отечны, конъюнктива гиперемирована. На нижнем веке справа белая пленка, снимающаяся свободно, поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены до 1-2 см., безболезненные, эластичные. Миндалины и фолликулы на задней стенке глотки увеличены, зев гиперемирован. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 132 ударов в мин. Печень +3,5 см. Селезенка +1,5 см. Стул оформленный.

*Клинический анализ крови:* Нв - 133 г\ л., Эр ,- 4,3 x 10г/л, ЦП - 0,93. Лейк.- 7.9 x10 9г/ л; п*/я* - 3%, с/я - 38%, б - 1%, э - 2%, л - 51%, м - 4%, СОЭ - 4 мм/час.

*Общий анализ мочи:* 'цвет - сол.-желтый: прозрачность - мутная: относительная плотность -1031; белок – отс.*,* глюкоза - отсутствует; лейкоциты - 1-3 в п\з; соли - ураты.

*Биохимический анализ крови:* общий белок - 74 г/л, мочевина - 5,2 ммоль/л. АлАТ -32 Ед, АсАТ-42 Ед.

*Реакция иммунофлюоресценции:* парагрипп (-), грипп (-), РС (-), Аденовир. (+)

*На рентгенограмме органов грудной клетки* - легочный рисунок усилен, легочные поля без очаговых и инфильтративных теней, корни структурны, срединная ткань без особенностей, диафрагма четкая, синусы дифференцируются.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз.

2. Назовите инкубационный период заболевания.

3. Объясните патогенез данного заболевания.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Консультации каких специалистов потребуется для динамического наблюдения и назначения терапии?

6. Какие лабораторные тесты подтверждают диагноз.

7. Дайте заключение по рентгенограмме.

8. Возможные осложнения.

9. Опишите изменения со стороны ЛОР органов, которые будут выявлены при осмотре специалистом.

10. Назначьте лечение.

11. Когда ребенок может быть выписан из стационара.

12. Профилактические мероприятия.

Задача 4.

 Мальчик 8 лет, заболел ветряной оспой. На 8-й лень от начала болезни потерял сознание, были кратковременные (1-2 минуты) судороги, температура тела 37.3° С. При осмотре: состояние тяжелое, сознание спутанное, адинамичен. Отмечаются боли при пальпации органов брюшной полости. На коже лица, туловища, конечностей - единичные элементы высыпаний, покрытые корочками. Катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей нет. Тоны сердца приглушены. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот доступен глубокой пальпации, мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Адинамичен. Стоит неуверенно, речь дизартрична. Небольшая сглаженность носогубной складки слева. Менингеальных симптомов нет.

Положительные пальце-носовая и коленно-пяточная пробы. Положительная проба Ромберга. В детском саду - несколько случаев ветряной оспы. Анализ мочи общий - без патологии.

*Общий анализ крови:* Нв -136 г/л., эр 4.2 х 10\*12, лейк. 5,5 х 10\*9 л:

п/я-2%, с;/я-25%, л -65%, м-5%. СОЭ-7ммчас.

*Спинномозговая жидкость:* прозрачная, вытекает каплями, цитоз 30 клеток. из них нейтрофилов -2%, лимфоцитов - 98%, белок - 0,165 г/л, сахар - в норме, реакция Панди - слабо положительная (+).

Задание

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие вопросы зададите маме в отношении эпид.анамнеза и анамнеза жизни?

3. Дайте характеристику возбудителя.

4. Объясните патогенез данного заболевания.

5. Какие симптомы следует выявить при клиническом осмотре больного?

6. Оцените результаты лабораторных исследований.

7. Какие лабораторные исследования назначите?

8. С какими заболеваниями будете проводить дифференциальный диагноз?

9. Назначьте медикаментозное лечение.

10. Противоэпидемические мероприятия.

11. Консультации каких специалистов необходима для динамичного контроля за состоянием ребенка?

12. Предполагаемый прогноз заболевания.

Задача 5

Ребенок в возрасте 3 месяца поступил в боксированное отделение на 14-й день болезни с диагнозом: 0PВИ, пневмония? Две недели назад на фоне нормальной температуры и хорошего общего состояния появился кашель, который не поддавался лечению и имел тенденцию к учащению, особенно в ночное время. Наблюдался врачом с диагнозом ОРВИ. Через неделю кашель стал приступообразным и сопровождался беспокойством, покраснением лица во время приступа, высовыванием языка и иногда заканчивался рвотой. После приступа наступало улучшение. Вне приступа отмечалась бледность кожных покровов, некоторая одутловатость липа.

При поступлении: вялый, бледный, цианоз носогубного треугольника. Кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза.

Зев спокойный. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца отчетливые. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Селезенка -край у реберной дуги. Стул, диурез - в норме.

В отделении у ребенка отмечалось до 25 приступов кашля в сутки, периодически во время приступа наблюдалась рвота. Мокрота была вязкой и ребенок ее с трудом откашливал.

Известно, что в семье у его дедушки в течение 3 недель отмечался кашель. *На рентгенограмме:* усиление бронхо-сосудистого рисунка, повышение прозрачности легочных полей, треугольная тень в средней доле правого легкого.

*При бактериологическом исследовании слизи из носоглотки* - обнаружена палочка Haemophilus pertussis.

*Общий анализ крови:* Нв -140 г/ л, Эр - 4.0 х 10 г/л., Лейк - 30 х 10\*9г/л;

*п/я* - 3%, с/я - 20%, л - 70%, м - 7%: СОЭ - 3 мм час.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз.

2. Оцените тяжесть заболевания.

3. Назовите источник заражения.

4. Какие результаты лабораторного обследования подтвердят диагноз?

5. Объясните патогенез приступа кашля.

6. Какие изменения могут быть выявлены при осмотре ЛОР - врачом, невропатологом?

7. Какие изменения со стороны легких характерны для данного заболевания?

8. Проведите дифференциальный диагноз с пневмонией.

9. Назначьте лечение.

10. Проведите противоэпидемические мероприятия.

11. Возможные исходы заболевания.

Задача 6.

Девочка 5 лет, заболела остро с подъема температуры тела до 38°С., кашля, насморка. В последующие три дня температура держалась, катаральные явления усилилась. Кашель грубый, частый, отечность век, появилась светобоязнь. На 4-й день болезни температура тела до 39,5°С., на лице за ушами появилась пятнисто-папулезная сыпь, которая в последующие 2 дня распространилась на туловище и конечности. Затем температура снизилась, состояние улучшилось.

Однако, на 8-й лень болезни ребенок пожаловался на головную боль, была 2 раза рвота, затем потеря сознания, возникли судороги. Срочно госпитализирована.

При поступлении: состояние очень тяжелое, без сознания, часто возникают приступы общих тонико-клонических судорог.

На коже лица, туловища и конечностей пигментация. Зев умеренно гиперемирован, налетов нет. Слизистая оболочка полости рта шероховатая. Влажный кашель. В легких жесткое дыхание. ЧД -18 в минуту. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Стула не было в течение суток.

*На рентгенограмме органов грудной клетки:* усиление легочного рисунка.

*Спинномозговая пункция:* жидкость прозрачная, вытекает частыми каплями. Цитоз 30 кл: лимфоциты - 88%. нейтрофилы-12%, белок-0,165 г/л, сахара- нет.

*Клинический анализ крови:* Нв -120 г/л. Эр - 3,5 х 10\*12г/л. Лейк - 8.4 х 10\*9 г/л; п*/я* - 3%. с/я - 42%, л - 43%, м - 7%; СОЭ - 22 мм/ час.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз.

2. Перечислите симптомы заболевания, на основании которых поставлен диагноз.

3. Дайте характеристику возбудителя.

4. Объясните патогенез заболевания.

5. Укажите причину появления неврологических симптомов.

6. Проведите дифференциальный диагноз.

7. Специалистов каких профилей необходимо привлечь для консультации в процессе лечения больного?

8.Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза и решения вопросов терапии.

11.Противоэпидемические мероприятия.

12.Какие профилактические мероприятия предусмотрены для предупреждения данного заболевания?

Задача 7

Девочка 8 лет. Больна в течение недели: заложенность носа, повышение температуры тела до 38°С., затем появились боли при глотании. Была диагностирована лакунарная ангина, назначен эритромицин. Эффекта от проводимой терапии не было. Сохранилась высокая температура, наложения на миндалинах, появилась припухлость в области шеи с обеих сторон.

Госпитализирована с диагнозом: «подозрение на дифтерию ротоглотки».

При поступлении: состояние тяжелое, температура 39°С., лицо одутловатое, носом не дышит, голос с гнусавым оттенком, склеры субъиктеричны. В области шеи с обеих сторон, больше слева, видны на глаз увеличенные задне-шейные и передне-шейные лимфоузлы с некоторой отечностью тканей вокруг них. Размеры других лимфоузлов - подмышечных, паховых диаметром до 1 см.

В ротоглотке - яркая гиперемия, на увеличенных небных миндалинах сплошные наложения беловато-желтого цвета. Язык густо обложен белым налетом. Дыхание везикулярное. Тахикардия, сердечные тоны звучные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка выступают из подреберья на 3 см. Моча насыщенная.

*Общий анализ крови:* Нв -130 г/л, Эр - 3.8 х 10|2/л, Ц.П. – 0,89, лейк. -.10x10\*9 /л; п/я - 8%, с/я - 13%. э -1 %, л - 40%, *м -* 13%; атипичные мононуклеары - 25%, СОЭ - 25 мм/час.

*Положительная реакция Гофф-Бауэра.*

Задание

1. Поставьте клинический диагноз согласно классификации.

2. На основании каких симптомов поставлен диагноз? Характеристика возбудителя.

*3.* Патогенез заболевания.

4. Какие дополнительные исследования необходимо провести больном)'?

5. Оцените клинический анализ крови.

8.Какие изменения будут выявлены при осмотре оториноларинголом?

9. Проведите дифференциальный диагноз со схожими по клинике инфекционными заболеваниями.

10. Назначьте лечение.

11. Возможные варианты течения заболевания.

12. Профилактические мероприятия.

Задача 8

Ребенок 2,5 лет, посещает детский сад, заболел остро с повышением температуры тела до 39°С, была повторная рвота, жаловался на головную боль. В конце дня - кратковременные судороги, потеря сознания. Доставлен в больницу с диагнозом токсический грипп.

При осмотре: состояние очень тяжелое, кожа серого цвета, акроцианоз. На коже живота, груди, конечностей - геморрагическая сыпь различной величины и формы. Ребенок сонлив. Температура тела 39°С. Артериальное давление – 50/25 мм. рт.ст. В легких жесткое дыхание, тоны сердца аритмичные, тенденция к брадикардии. Живот мягкий, печень + 1 см. Не мочится. Через 2 часа состояние ухудшилось.

Лежит в вынужденной позе с запрокинутой головой, стонет, увеличилось количество геморрагических элементов на коже. Многократная рвота. Пульс частый, слабый. Зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая.

*Клинический анализ крови:* НЬ - 120 г/л. Эр – 3,6 х10\*12г/л., тромб. 170,0 х10 9/л., лейк -17,0 х10 \*9 г/л; п/я - 27%, с/я - 53%. э - 2%, л -10%. м - 8%: СОЭ - 30 мм/ час.

*Ликворограмма:* цвет - мутный, опалесцирует, цитоз -1800 кл., белок - 0,4 г/л. лимфоциты -10%, нейтрофилы - 90%.

 Задание

1. Поставьте клинический диагноз.

2. Какие симптомы заболевания могут быть выявлены при осмотре?

3. Каких специалистов следует пригласить на консультацию?

4. Дайте характеристику возбудителя.

5. Перечислите возможные клинические формы данной инфекции.

6. Объясните патогенез токсического синдрома.

7. Причины появления геморрагической сыпи.

8. Какие лабораторные исследования могут подтвердить клинический диагноз?

9. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены на догоспитальном и госпитальном этапах?

10. Возможный прогноз.

11. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

12. Существует ли специфическая профилактика данного заболевания?

Задача 9

Девочка 8 лет, почувствовала боль в горле при глотании, температура тела 37,5°С. Участковый врач диагностировал фолликулярную ангину, назначил: полоскание раствором фурациллина, ампициллин по 200 тыс. 4 раза в сутки внутрь, провел посев слизи из зева и носа BL.

Наложения на миндалинах сохранялись в течение недели в виде островков на поверхности обеих миндалин, довольно легко снимались шпателем и не полностью растирались между предметными стеклами, температура тела снизилась до нормальных цифр.

Девочка привита против дифтерии:

1-я вакцина в 3 месяца - АКДС-вакциной. Сразу после вакцинации отмечался пронзительный крик в течение нескольких часов.

2-я вакцина в 5 месяцев - АДС-М анатоксином.

1-я ревакцинация в 1 год и 6 месяцев - АДС-М анатоксином. При бактериологическом обследовании слизи из зева и носа на дифтерию выделена Соrуnеbасtеrium diphterii mitis.

*Общий анализ крови:* Нв -156 г/л, Эр - 5.1 х 10\*12г / л., ЦП. -1,0, лейк. -9.6 х 10\*12г/ л; п /я - 4%, с/я -65%, б -1%, л -18%, м -12%; СОЭ -16 мм/час.

Задание

1. Поставьте диагноз.

2. Дайте характеристику возбудителя.

3. Какие изменения со стороны ЛОР органов могут быть выявлены при данном заболевании?

4.0бьясните патогенез заболевания.

5. Проведите дифференциальный диагноз.

6. Подтверждает ли результат бактериологического исследования данный диагноз?

7. Обязательна ли госпитализация больного ребенка?

8. Какими препаратам следует проводить вакцинацию?

9. Оцените правильно ли проведена иммунизация ребенка.

10. Назначьте лечение.

11. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в семье и группе детского сада?

Задача 10

Мальчик 8 месяцев, поступил в стационар на 2-й день болезни в крайне тяжелом состоянии.

Заболел остро: температура тела 38°С., повторная рвота, покашливал. Затем состояние ухудшилось, на теле появились геморрагические высыпания.

При поступлении: ребенок вял, адинамичен, зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая. Кожа серого света. По всей поверхности множественные, различной величины и формы темно-багровые участки сливающейся геморрагической сыпи, некоторые элементы сыпи с некрозом в центре. В легких жестковатое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца глухие. Артериальное давление - не определяется. Живот умеренно вздут. Печень + 1 см. Не мочится. Данные дополнительных исследований: осмотр окулиста- расширение вен сетчатки, кровоизлияния на глазном дне.

*Клинический анализ крови:* Нв -120 г/л., эр – 3,6 х 10\*12 г/л, тромб. 137 х 10\* 9г/л, лейк.- 17,2 х 10\*9г/л;

п/я - 37%, с/я - 33%, э - 2%, л - 25%, *м -* 3%; СОЭ - 35 мм/час.

Методом «толстой» капли в крови обнаружены диплококки, расположенные внутриклеточно.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз.

2. Подтверждают ли проведенные исследования диагноз?

3. Какие лабораторные исследования необходимо провести дополнительно?

4. Дайте характеристику возбудителя.

5. Объясните патогенез данного заболевания.

6. Чем обусловлена тяжесть заболевания в данном случае?

7. Проведите дифференциальный диагноз.

8. Консультации каких специалистов потребуются для уточнения диагноза и определения тактики лечения в стационаре?

9. Назначьте лечение.

10. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести по месту проживания ребенка?

11. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания?

Задача 11

Девочка 2-х лет, заболела остро, температура тела 37,8°С, кашель. На следующий день кашель сохранялся, появилась осиплость голоса, одышка, на 3-й день болезни госпитализирована с диагнозом: ОРВИ, синдром крупа, стеноз гортани 11 степени. Из анамнеза жизни известно, что она в 3-х месячном\_возрасте перенесла коклюш в тяжелой форме, после чего наблюдалась невропатологом по поводу энцефалопатии. Имела отвод от профилактических прививок до 1 года. В возрасте года вакцинирована АДС-М анатоксином (однократно).

При поступлении: состояние ребенка тяжелое, голос сиплый, выражена инспираторная одышка, кашель беззвучный. Кожные покровы чистые, бледные, цианоз носогубного треугольника. При вдохе отмечаются умеренные втяжения межреберных промежутков, эпигастрия.

Слизистые оболочки полости рта и зев чистые. В легких жестковатое дыхание, хрипов не слышно. Сердце - тоны несколько приглушены, тахикардия. Живот мягкий, безболезненный. Печень - 1 см. Менингеальных знаков нет. Сознание ясное.

Через 30 минут отмечено резкое беспокойство ребенка, дыхание стало более затрудненным, появились потливость волосистой части головы, парадоксальный пульс.

Ребенок срочно переведен в реанимационное отделение, где произведена прямая ларингоскопия: на голосовых связках и в подсвязочном пространстве обнаружены пленки серовато-белого цвета.

*Посев слизи из* зева *и носа* - обнаружена Corynebactenum diphth. мitis (токсигенная) *Общий анализ крови:* Нв -153 г/л. Эр – 5,1 х 10\*12г/ л., ЦП. -1,0, лейк – 9,6 х10\*9г /л; п/я-6%, с/я-70%, 6-1%, л -18, м-5%. СОЭ-15мм/час. Задание

1. Поставьте диагноз.

2. Какие исследования позволят уточнить этиологию заболевания?

3. Характеристика возбудителя.

4. Объясните патогенез заболевания.

5. Проведите дифференциальный диагноз.

6. Назначьте обследование.

7. Консультации каких специалистов потребуются для дальнейшего лечения?

8. В каком отделении должен лечиться ребенок?

9. Назначьте лечение.

10. Какие осложнения возможны при данном заболевании?

11. При каких условиях ребенок может быть выписан из стационара?

12. Оцените качество проводимой ребенку вакцинопрофилактики.

Задача 12

Девочка 8 лет, заболела остро, с подъема температуры тела до 39° С. Отмечалась общая слабость, плохой аппетит, тошнота, боли в правой подвздошной области, сыпь на теле.

В клинике на 3-й день болезни состояние расценено как среднетяжелое. При осмотре: определялись одутловатость и гиперемия лица и шеи. Язык обложен белым налетом, на участках очищения - малиновый. На коже обильные высыпания расположены вокруг крупных суставов, в области кистей рук и стоп.

В легких и сердце без отклонений. Живот умеренно вздут. При пальпации определяется болезненность в правой подвздошной области. Печень пальпируется на 1,5-2,0 см ниже края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Цвет мочи в течение 5 дней был насыщенным, цвет кала не менялся.

*Биохимический анализ крови:* уровень общего билирубина - 48 ммоль/л., коньюгированного - 30 ммоль/л. Активность АлАТ- 1,64 ммоль/л., АсАТ – 1,84 ммоль/л.

*Маркеры вирусных гепатитов:* не обнаружены.

*Клинический анализ крови:* Нв -120 г/л. Эр - 3.8 х 10 г/л., лейк – 9,5 х 10\*9 г /л;

*п/я -* 7%, с/я - 52%, э - 3%, л - 35%, м - 3%, СОЭ - 30 мм/ час.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз.

2. На основании каких симптомов Вы диагностировали данное заболевание?

3. Укажите возможный источник заболевания.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Какие лабораторные исследования позволят уточнить этиологию заболевания?

*6.* Каков патогенез сыпи при данном заболевании?

7. Чем обусловлен абдоминальный синдром?

8. Оцените показатели функциональных печеночных проб.

9. Оцените результаты анализа периферической крови.

10. Какие осложнения возможны при данном заболевании?

11. Назначьте лечение.

12. Противоэпидемические мероприятия.

Задача 13

Мальчик 3-х месяцев поступил в клинику с подозрением на гепатит. Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, срочных родов. Масса тела при рождении 3000 г. Родился в асфиксии. В родильном доме получал инфузионную терапию, в/м инъекции.

Настоящее заболевание началось с подъема температуры до субфебрильных цифр, стал вялым. срыгивал, была однократная рвота. На 3-й день от начала болезни появилась желтуха, состояние ухудшилось: повторная рвота, единичные геморрагические высыпания на лице и шее.

При поступлении: состояние очень тяжелое, желтуха кожи и склер, резкая вялость с периодическим беспокойством, аппетит снижен. Число дыханий 60 в минуту, пульс -160 ударов в мин. Живот вздут. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги.

На третий день пребывания в клинике: потерял сознание, монотонный крик, тонические судороги, на коже геморрагическая сыпь, кровоточивость в местах инъекций. Рвота "кофейной гущей». Атония мышц. Арефлексия. Размеры печени сократились до 0,5 см.

*Биохимический анализ крови:* билирубин общий - 180 мкмоль/л, конъюгированный - 90 мкмоль/л., АлАТ - 260 Ед, АсАТ - 300 Ед; тимоловая проба - 10 ед., сулемовая проба -1,5ед., протромбиновый индекс -45%.

*Вирусные маркеры:* HBsAg - не обнаружен, anti-Hвcor IgM - обнаружены, anti-HDV IgM -обнаружены, РНК HDV - обнаружена.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз.

2. Перечислите ведущие симптомы данной формы болезни.

3. Какой дополнительный биохимический тест необходимо провести для подтверждения диагноза?

4. Оцените приведенные данные биохимического анализа крови.

5. Проведите дифференциальный диагноз.

6. Оцените маркерный спектр.

7. Что является главным в патогенезе этой формы болезни?

8. Чем объясняется сокращение размеров печени у больного?

9. Назначьте лечение.

10.Прогноз заболевания.

11.Как можно предупредить данное заболевание?

Задача 14

Девочка 7 лет, в возрасте 1 года перенесла ОРЗ, осложненное пневмонией.

Лечилась в стационаре, получала переливание препаратов крови. В возрасте 5 лет при обследовании по контакту (случаи вирусного гепатита в детском саду) в сыворотке крови обнаружен HBsAg и двукратное повышение АлАТ. Поставлен диагноз: гепатит В, безжелтушная форма. В дальнейшем проводилось диспансерное наблюдение. Через год активность гепатоцеллюлярных ферментов нормализовалась, однако сохранялась персистенция НВs Ag.

За 3 месяца до поступления в клинику лечилась у стоматолога. Заболевание началось с ухудшения самочувствия, стала быстро уставать, отмечалось повышение температуры тела до 37.5 С, потемнела моча.

При поступлении: состояние средней тяжести, умеренная иктеричность кожи и склер, единичные телеангиоэктазии на коже лица и шеи. В легких и сердце - без патологии. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье. Печень плотная выступает из-под реберной дуги на 4 см. селезенка ниже реберной дуги на 2 см. Моча темная.

*Биохимический анализ крови:* уровень билирубина общего -53 мкмоль/л., коньюгированного - 40 мкмоль/л., активность АЛТ - 960 *Ед/л,* АСТ - 780 *Ед/л,* тимоловая проба - 15 ед., альбумин - 55%, у-глобулин - 23%.

*Серологические вирусные маркеры гепатитов:* HBsAg (+), anti-Hbcor (+), anti-HDV(+),

anti- HCV (-), anti-HAV IgM (-), anti-HBe (+).

*Ультразвуковое исследование:* печень увеличена, паренхима равномерно повышенной эхогенности за счет мелкоочаговых структур умеренной плотности. Портальная вена с плотными стенками, 7 мм в диаметре.

Селезеночная вена в области ворот селезенки 5 мм в диаметре. Желчный пузырь правильной формы, в полости виден осадок пристеночного характера. Стенки -2 мм, плотные. Хвост поджелудочной железы отечен - до 26 *мм.* Паренхима железы сниженной эхогенности.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз.

2. В чем заключается ошибка первичного диагноза?

3. Объясните причину ухудшения состояния и появления желтухи у больного.

4. Оцените результаты биохимического и серологического анализов крови.

5. Оцените спектр серологических маркеров вирусных гепатитов.

6. Каковы возможные пути инфицирования?

7. Объясните причины «потемнения» мочи.

8. Оцените результаты УЗИ органов брюшной полости.

9. Назначьте лечение.

10.Каков прогноз заболевания

11. Проведите профилактические мероприятия в семье.

Задача 15

Мальчик 4 мес, находился на искусственном вскармливании.

Поступил в стационар на 4-й день болезни в тяжелом состоянии. Заболевание началось с учащения стула до 5 раз в сутки (жидкий, водянистый, желтовато-оранжевого цвета с примесью небольшого количества слизи и зелени), срыгивания, ухудшения аппетита. На 2-й день повысилась температура тела до 37,5°С, была 2 раза рвота, стул жидкий, не переваренный до 6 раз в сутки. В последующие дни ребенок продолжал лихорадить, рвота и срыгивания (до 3 - 4 раз в сутки) оставались, появились сухость слизистых оболочек, резкое вздутие живота. Стул участился до 15 раз в сутки (жидкий, не переваренный, водянистый, пенистый с небольшим количеством слизи и зелени). Ребенок стал беспокойным, сучил ножками, отказывался от еды. плохо пил воду. Отмечается бледность кожи и "мраморный рисунок", тургор снижен, черты лица заострены. Дыхание пуэрильное до 40 в мин. Тоны сердца приглушены. Живот резко вздут газами, урчащий во всех отделах. Диурез снижен. Менингеальных симптомов нет.

*Анализ кала на кишечную группу:* E. Coli 0124

*Копрограмма:* консистенция - жидкая, реакция - слабощелочная, мышечные волокна (-). нейтральный жир (+). жирные кислоты (++),

мыла (+), крахмал (++), йодофильная флора (++), лейкоциты - 10 - 12 в п/з. эритроциты (-), дрожжеподобные грибы (+).

*Клинический анализ крови.* Нв-134 г/л., Эр-4,0 х 10\*12 г/|л., Лейк - 9.0 х 10\*9 г/л; п\я - 2%, с\я - 50%, э - 2%, л – 40%, м - 6%; СОЭ -12 мм/час.

*РНГА с* комплексным шигеллезным и сальмонеллезным диагностикумом - отрицательная.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз с указанием синдрома, определяющего тяжесть заболевания.

2. Какие результаты лабораторных исследований подтверждают этиологию заболевания?

3. Назовите возможный источник инфекции и путь заражения.

4. Напишите диету ребенку на день поступления в стационар.

5. Проведите расчет жидкости для проведения регидратационной терапии.

*6.* Какие лекарственные препараты целесообразнее использовать в данном случае для проведения этиотропной и патогенетической терапии (дозы и схемы лечения)?

7. Консультативная помощь каких специалистов Вам потребуется?

8. Каковы возможные исходы этого заболевания?

9. Показания для выписки больного из стационара.

10.Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

Задача 16.

Ребенок 6 лет, посещает детсад, где зарегистрировано несколько случаев заболевания кишечными инфекциями.

Заболел остро: повысилась температура тела до 39\*С, была повторная рвота и жидкий каловый стул с примесью слизи и зелени. К концу суток температура повысилась до 40,5°С, возникли судороги клонического характера, участился стул до 10 раз, появились прожилки крови в кале, боли в животе перед актом дефекации.

При поступлении в стационар: состояние тяжелое, отмечается общая вялость, сменяющаяся беспокойством. Продолжает высоко лихорадить, но судороги после введения литической смеси и седуксена прекратились.

В сознании, на вопросы отвечает неохотно. Кожа бледная, конечности горячие на ощупь. Язык густо обложен, сухой. Зев гиперемирован, наложений нет. В легких хрипы не выслушиваются, частота дыхания 40 в мин. Тоны сердца звучные, систолический шум на верхушке сердца. Живот мягкий, втянут, болезненный в левой подвздошной области. Печень выступает на +1 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненная. Анус податлив, явления сфинктерита. Стул скудный, с большим количеством мутной слизи и сгустков крови. Не мочится, отмечается ригидность затылочных мышц, Синдромы Кернига и Брудзинского - положительные.

*Клинический анализ крови:* Нв-150 г/л., эр-4,0 х10 \*12г/л., лейк -9.6х10\*9г/л; п/я-12%, с/я-60%. л-20%, э-2%, м- 6%; СОЭ- 22 мм/ час.

*Копрограмма:* консистенция - жидкая, слизь - большое количество, кровь -большое количество, реакция - щелочная, стеркобилин (-), билирубин (-). мышечные волокна (+), нейтральный жир (+). жирные кислоты (-), мыла (+), крахмал (-), йодофильная флора (++). лейкоциты - 30 - 50 в п/з, эритроциты - до 100 - 159 в п/з, яйца глистов - отрицательно.

*РНГА* с сальмонеллезным диагностикумом - отрицательная.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз с указанием ведущего синдрома, определяющего тяжесть заболевания.

2.Объясните патогенез возникновения неврологических синдромов.

3. Предполагаемая этиология заболевания.

4.Какие результаты дополнительных исследований могут подтвердить предполагаемый диагноз.

5. Возможный источник инфекции и путь заражения.

6. Назначьте лечение (неотложные мероприятия, средства этиопатогенетического воздействия).

7. Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

Задача 17

Девочка 10 лет вернулась из деревни, где питалась консервами, купалась в озере и пила некипяченую воду. Перед возвращением почувствовала слабость, боли в животе, была однократная рвота и кашицеобразный стул 3 раза. Затем состояние продолжало ухудшаться: прогрессировала мышечная слабость, быстрая утомляемость, появились сухость во рту. жажда, ощущение тяжести и распирания в эпигастрии, головная боль, головокружение. Температура тела не повышалась. Госпитализирована на 2-й день болезни с подозрением на кишечную инфекцию.

При поступлении состояние тяжелое. Одышка, усиливающаяся при нагрузке, сухой кашель, першение в горле, «туман» перед глазами, двоение предметов. Кожа обычной окраски. Слизистая оболочка полости рта чистая, небная занавеска слегка провисает. Лимфоузлы не увеличены. В легких хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул кашицеобразный, без патологических примесей.

*Анализ кала на кишечную группу-* отрицателен

*Клинический анализ крови:* Нв-134 г/л., Эр-4,06 х 10\*12 г/л., Лейк - 9.0 х 10\*г /л; п/ я - 2%, с/я - 50%, э - 2%, л - 40%, м - 6%; СОЭ - 2 мм/ час.

*Копрограмма:* консистенция - кашицеобразная, цвет - коричневый, слизь - нет, кровь – нет, реакция - слабощелочная, остатки непереваренной пищи (+) мышечные волокна (+). нейтральный жир (+). жирные кислоты (+), мыла (-), крахмал (-), йодофильная флора (+), лейкоциты - 2 - 3 в п/з, эритроциты –нет, яйца глистов - острицы.

*РНГА* с эритроцитарным диагностикумом шигелл Зонне - 1: 50, шигелл Флекснера - отрицательная, с комплексным сальмонеллезным а/г отрицательная.

Задание:

1. О каком заболевании следует думать?

2. Какие данные анамнеза и клинические симптомы явились основанием в установлении диагноза у этого ребенка?

3. Какие дополнительные симптомы, характерные для этого заболевания, могут быть выявлены при осмотре больного?

4. Подтверждают ли результаты проведенных лабораторных исследований предполагаемый Вами диагноз?

5. Какие результаты дополнительных исследований могут окончательно подтвердить диагноз?

6. Назовите возможный источник инфекции и путь заражения.

7. Обязательна ли госпитализация больных с подозрением на это заболевание?

8. Консультативная помощь, каких специалистов Вам потребуется?

9. Назначьте лечение.

10.Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

Задача 18

Девочка 11 лет. Заболевание началось с повышения температуры тела до 38,6°С, появилась боль в горле при глотании. На 2-й день болезни госпитализирована с диагнозом перитонзиллярный абсцесс.

Из анамнеза жизни известно, что девочка привита двукратно против дифтерии АДС-М анатоксином в возрасте до 1 года. В последующем имела отвод в связи с тем, что был диагностирован эписиндром.

При поступлении: состояние тяжелое, вялая, бледная, адинамичная. Голос сдавленный. Изо рта приторно сладковатый запах. Кожные покровы чистые. Отмечается отек клетчатки шеи до 11 шейной складки с обеих сторон. Зев резко отечен, миндалины смыкаются по средней линии, отек распространяется на дужки и мягкое небо. На миндалинах с обеих сторон сероватые плотные налеты, распространившиеся на небо и заднюю стенку глотки. Тоны сердца приглушены. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Мало мочится.

*Клинический анализ крови.* Нв - 120г/л., эр-3,5 х 10 \*12 г/л., лейк- 12.0x10\*9 г/л; п/я -10%, с/я - 60%, л - 27%, м - 3%; СОЭ -15 мм/час.

*Общий анализ мочи:* цвет - сол.- желтый, удельный вес – 1017, глюкоза-нет, белок-0.033%, лейкоциты - 2 - 3 в п/з, эритроциты - ед. в препарате.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.

2. Согласны ли Вы с диагнозом участкового врача?

3. Чем обусловлена плотность налетов в ротоглотке?

4. Каков патогенез развития отека в области ротоглотки и шейной клетчатки?

5. Каковы причины снижения диуреза у больной?

6. Проведите дифференциальный диагноз.

7. Какие лабораторные исследования вы назначите для уточнения этиологии заболевания?

8. Нуждается ли больной в консультации специалистов?

9. Оцените результаты анализа периферической крови.

10. Какие инструментальные исследования показаны больной?

11. Назначьте лечение.

Задача 19

Мальчик 12 лет, летом отдыхал с родителями в Индии. Заболел через 2 дня после возвращения отмечался кратковременный подъем температуры тела до 37,5°С, резкая вялость, стул обильный, жидкий, водянистый, типа "рисового отвара». Дефекация без потуг, часто непроизвольная. Госпитализирован в стационар в тяжелом состоянии. Жалобы на вялость, слабость, головокружение, выраженную жажду, повторную рвоту «фонтаном».

При осмотре: ребенок заторможен, черты лица заострены, глаза запавшие, синева вокруг глаз, язык обложен, сухой. Руки и ноги холодные. Кожа бледная с мраморным рисунком, на животе собирается в складку, акроцианоз. Зев бледный. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Пульс до 140 ударов в мин., глухость сердечных тонов, одышка. Живот втянут, мягкий, безболезненный, при пальпации - разлитое урчание. Печень и селезенка не увеличены. Стул жидкий, обильный, водянистый, мутно-белый с плавающими хлопьями до 12 раз в сутки. Диурез снижен. Менингеальных знаков нет.

*Клинический анализ крови:* Нв - 150 г/л., Эр-5,0 х10\*12 г/|л., ЦП-1,0, лейк-5.0 х 10 \* 12 г/л; п/я - 4%, с/я - 60%. э - 2%. л - 26%. м - 8%; СОЭ - 5 мм/час

*Общий анализ мочи:* удельный вес- 1038, глюкоза-нет, белок - 0.06%, эпител. кл.-ед. в препарате, лейкоциты - 5 - 6 в п/з, эритроциты – нет.

*Показатели КОС:* рН крови - 7,24, калий плазмы -2.8 ммоль/л, натрий плазмы-125 ммоль/л.

Задание:

1. О каком заболевании следует думать?

2. Какие данные эпидемического анамнеза могут явиться подтверждением предполагаемого диагноза. Почему?

3. Какие лабораторные исследования необходимо провести дополнительно для подтверждения диагноза и первоначальных лечебных мероприятий.

4. Объясните патогенез развития диарейного синдрома К какому типу диарей относится это заболевание?

5. Основные противоэпидемические мероприятия, которые должен выполнить врач при выявлении такого больного на дому?

6. Определите степень и характер (вид) обезвоживания с учетом клинических и имеющихся лабораторных данных.

7. Проведите расчет жидкости для регидратационной терапии.

8. Есть ли показания для инфузионной терапии? Если да - напишите состав капельницы.

9. Консультативная помощь, каких специалистов Вам потребуется?

10. Показания для выписки из стационара.

Задача 20

Ребенок 3-х лет. Заболел остро: повысилась температура тела до 39,5°С., появились рвота (до 5 раз), головная боль, затем жидкий стул (до 8 раз). Стул вначале жидкий, обильный, затем скудный с большим количеством слизи и прожилками крови. Госпитализирован.

При поступлении: состояние средней тяжести, продолжает высоко лихорадить (39,6°С), вялый. Кожа бледная, «синева" под глазами. Язык густо обложен налетом, сухой. Дыхание везикулярное. Тоны сердца громкие, ясные. Пульс 140 ударов в мин. Живот втянут. При пальпации отмечается болезненность в левой подвздошной области, сигмовидная кишка спазмирована, болезненная, анус податлив. Стул скудный, с большим количеством мутной слизи, зелени и прожилками крови.

Мать ребенка работает поваром в детсаду, который посещает ее ребенок, здорова. Одновременно с ребенком в разных группах детсада заболело еще несколько детей (высокая температура, головная боль, рвота и жидкий стул).

На день поступления в стационар в *общем анализе крови:* Нв -130 г/'л. Эр - 3.8 х 10\*12г/л., лейк -10,0 х 10\*9 г /л; п/я -10%, с/я - 55%, э - 4%, л - 28%, м - 3%; СОЭ - *22* мм/ час.

*Копрограмма:* консистенция - жидкая, слизь - большое количество, кровь - (++), реакция – щелочная, стеркобилин (-), билирубин (-), мышечные волокна (+), нейтральный жир (+), жирные кислоты (-), мыла (+), крахмал (-), йодофильная флора (+), лейкоциты - 20 - 30 в п/з., эритроциты - до 15 - 20 в п/з, яйца глистов - острицы.

*РНГА* с сальмонеллезным диагностикумом - отрицательная.

Задание:

1. Поставьте предварительный клинический диагноз. Предполагаемая этиология этого заболевания?

2. Какие дополнительные исследования могли бы подтвердить этиологию болезни?

3. Определите тип диареи, объясните патогенез диарейного синдрома.

4. Назовите возможный источник заражения и путь инфицирования?

5. Подтверждают ли результаты проведенных лабораторных исследований клинический диагноз?

6. Проведите расчет жидкости для проведения регидратационной терапии.

7. Консультативная помощь каких специалистов Вам потребуется?

8. Напишите диету ребенку на день поступления в стационар.

9. Назначьте этиотропную терапию.

10. Можно ли в качестве симптоматического средства в этом случае использовать имодиум (лоперамнда гидрохлорид)?

11. Показания для выписки больного из стационара и допуска в детское учреждение.

12. Может ли мать ребенка продолжать работу в детском саду?

Задача 21

Мальчик 3 года. Заболел в детсаду: повторная рвота, повышение температуры тела до 38.3°С, жидкий стул, водянистый с примесью слизи, обильный, желто-зеленого цвета с резким запахом, не переваренный.

При поступлении в стационар: состояние средней тяжести, температура тела 35.8 С, вялый, пьет неохотно, капризничает. Кожа бледная, с мраморным оттенком, тургор тканей снижен. Язык обложен белым налетом, сухой, слизистая оболочка полости рта суховатая, гиперемия небных дужек и задней стенки глотки. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке сердца, пульс - 160 ударов в мин. Живот умеренно вздут, при пальпации безболезненный, урчит во всех отделах. Печень и селезенка пальпируются у края реберной дуги. За прошедшие сутки рвота была 8 раз, стул - 14 раз. Позывы на дефекацию возникали внезапно, сопровождались урчанием в животе, заканчивались отхождением газов и водянистого стула.

На 3-й день болезни состояние улучшилось, появился аппетит, прекратилась рвота, стул до 5 раз в сутки, кашицеобразный, без патологических примесей, нормализовалась температура тела.

*Клинический анализ крови:* Нв -134 г/л., Эр - 4,06 х 10\*12г/л., лейк - 8,0 х 10 /л; п я - 3%, с/я - 39%, э - 2%, л - 50%, м - 6%; СОЭ - 5 мм/ час

*В посевах испражнений* - патогенные микробы семейства кишечных не обнаружены.

*РНГА* с комплексным дизентерийным и сальмонеллезным антигеном -отрицательная.

Задание:

1. Поставьте предварительный клинический диагноз.

2. Объясните патогенез диарейного синдрома при этом заболевании и тип диареи.

3.Проведите дифференциальную диагностику со сходными по клиническим проявлениям заболеваниями.

4. Какие результаты дополнительных исследований могут подтвердить предполагаемый клинический диагноз?

5. Определите степень эксикоза и проведите расчет жидкости для регидратационной терапии.

6. Есть ли показания для проведения инфузионной терапии? Если да - напишите состав капельницы.

7. Назначьте диету ребенку на день поступления в стационар.

8.Какие лекарственные препараты этиопатогенетического воздействия можно использовать при лечении этого заболевания (режим дозирования и курс лечения)?

9. Показания для выписки больного из стационара и допуска в детское учреждение.

10. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача 22

Мальчик 12 лет, заболел остро, появились резкие боли в эпигастральной области, тошнота, многократная рвота. Температура тела оставалась нормальной.

Доставлен в стационар бригадой «Скорой помощи».

В приемном отделении: состояние довольно тяжелое, температура тела 38°С. вялость, однократная рвота, принесшая облегчение. Кожные покровы бледные, слизистая оболочка полости рта сухая, язык густо обложен белым налетом. Зев розовый, чистый. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 30 в мин. Тоны сердца приглушены. Пульс 100 ударов в мин., удовлетворительного наполнения. Живот слегка вздут, при пальпации болезненность в области пупка и эпигастрия. Печень и селезенка не увеличены. Сигмовидная кишка эластична. Анус сомкнут. Стул от начала заболевания был трехкратно, жидкий, обильный, зловонный, цвет - «болотной тины». Мочеиспускание не нарушено.

За 6 часов до заболевания мальчик чувствовал себя хорошо, гулял по городу, ел пирожки с мясом.

*Клинический анализ крови:* Нв- 130 г/л, Эр-3.6 х 10\*12г/|л., Лейк- 12.0x10\*9 /л; п/я -10%, с/я - 60%, л - 38%, м - 2%; СОЭ - 25 мм/час

*Общий анализ мочи:* удельный вес – 1010, глюкоза – нет, белок - 0,033%, лейкоциты - 3 - 4 в п/ з.

Задание:

1. Поставьте предварительный клинический диагноз с указанием ведущего клинического синдрома, определяющего тяжесть состояния.

2. Предполагаемая этиология, объясните почему?

3. Назовите возможный источник и путь инфицирования

4. Объясните механизм диарейного синдрома.

5. Дайте оценку результатов проведенных лабораторных исследований.

6. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

7. Какие мероприятия должен провести врач скорой помощи.

 8.Назначьте терапию.

9. Проведите расчет жидкости для регидратационной терапии.

10.Напишите диету ребенку на день поступления в стационар.

11.Показания для выписки больного из стационара и противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача 23

Девочка 8 лет, поступила в стационар на 9-й лень болезни. Заболела остро с подъема температуры тела до 38°С. До настоящего времени лихорадка сохраняется. Жалуется на головную боль, слабость, аппетит снижен. Появился жидкий стул с примесью небольшого количества слизи желтого цвета до 3 - 4 раз в сутки.

При поступлении в стационар: температура тела 38°С, ребенок бледен, вял. сонлив. Язык густо обложен грязно-серым налетом, утолщен, по краям его видны отпечатки зубов, на губах везикулезные высыпания. Тоны сердца приглушены. Пульс 48 ударов в мин. АД 80/ 50 мм рт.ст.

Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот вздут, при пальпации болезненный в правой подвздошной области, где отмечается урчание и притупление перкуторного звука. Кожа чистая, ладони и подошвы стоп желтоватой окраски. Печень и селезенка выступают ниже края реберной дуги на 3 см.

За две недели до заболевания находилась в деревне, где купалась в пруду и пила воду из колодца, ела немытые овощи и фрукты. В семье двое детей: 5 лет (посещает детсад) и 12 лет (школьник), родители здоровы.

*Клинический анализ крови:* Нв -125 г/л., Эр-4,0х10\*12г/|л. лейк-5.6 х 10\*9 г/ л; п/ я - 6%, с/я - 55%, л - 32%, э - 2%. м - 7%; СОЭ - 22 мм/ час

*Копрограмма:* консистенция - жидкая, слизь - большое количество, реакция на скрытую кровь(+++), реакция - щелочная, стеркобилин (-), билирубин (-), мышечные волокна -небольшое количество без исчерченности, нейтральный жир (-). жирные кислоты (-), мыла (+), крахмал (+), йодофильная флора (+), лейкоциты - (++), эритроциты - (-), яйца глистов - отрицательно, дрожжевые грибы (+)

*РНГА,* с комплексным сальмонеллезным диагностикумом - 1:80, с комплексным дизентерийным - отрицательная.

Задание:

1. О каком заболевании следует думать?

2. Дайте оценку проведенных лабораторных исследований

3. Какие результаты дополнительных исследований могут подтвердить предполагаемый клинический диагноз?

4. Возможный источник и путь инфицирования?

5. Какова продолжительность строгого постельного режима и показания для расширения диеты?

6. Назначьте этиотропную терапию (режимы дозирования и продолжительность курса лечения).

7. Возможные осложнения, их диагностика и неотложная помощь.

Задача 24*.*

Мальчик 5 мес. Болен в течение 3 дней: ухудшился аппетит, появились вялость, срыгивания, затем рвота (до 2-3 раз в сутки), жидкий стул (5-6 раз в сутки) и повысилась температура тела до 37,5 - 38,6°С. На 3 день состояние ухудшилось: адинамия, сонливость, отказ от еды, участился стул до 12 раз в сутки (жидкий, обильный, водянистый с большим количеством слизи и зелени, в некоторых порциях примесь крови).

На 4 день болезни госпитализирован в тяжелом состоянии: резкая вялость, адинамия, отказывается от еды, температура тела до 37,8°С. Кожа сухая, бледная с мраморным рисунком, периоральный цианоз, конечности холодные. Тургор снижен. Язык сухой, обложен налетом. Дыхание пуэрильное до 46 в мин., тоны сердца приглушены. Пульс удовлетворительного наполнения до 150 ударов в мин., ритм правильный. Живот умеренно вздут газами, при пальпации урчание и болезненность во все отделах. Сигмовидная кишка не спазмирована, анус сомкнут, кожа вокруг ануса мацерирована. В кожных складках опрелость. Печень и селезенка - 2 см., стул за прошедшие сутки - 10 раз. жидкий типа «болотной тины», рвота 3 раза после приема пищи.

Накануне заболевания ел творог и кефир, хранившиеся в холодильнике 3 дня. манную кашу на молоке. В семье есть сестра 4-х лет, посещает детсад.

*Клинический анализ крови:* Нв-120 г/л, Эр-3.5х10\*12 г/л., Лейк- 12,0x10\*9г/л; п/я -10%, с/я - 60%, л - 28%. м - 2%; СОЭ - 25 мм/час.

*Биохимический анализ крови:* АлАТ - 40 Ед/л, АсАТ - 34 Ед/л, тимоловая проба - 5 ед., калий плазмы – 2,5ммоль/л, натрий - 130 ммоль/л.

*Общий анализ мочи:* удельный вес – 1010, глюкоза – нет, белок - 0.033%°, ацетон (+), лейкоциты - 3 - 5 в п/з.

Задание:

1.Поставьте предварительный клинический диагноз с указанием ведущего клинического синдрома, определяющего тяжесть состояния.

2.Предполагаемая этиология. С какими заболеваниями следует дифференцировать в первую очередь?

3.Назовите возможный источник и путь инфицирования

4.Какой тип диареи и патогенетические механизмы развития диарейного синдрома при этом заболевании имеют место?

5.Дайте заключение по результатам проведенных лабораторных исследований.

6.Назначьте диету ребенку на день поступления в стационар при искусственном вскармливании.

7.Проведите расчет жидкости для проведения парентеральной регидратации и напишите состав первой капельницы.

8.Назначьте этиотропную и патогенетическую терапию (препараты и режим дозирования).

9.Можно ли в этом случае в качестве симптоматического антидиарейного препарата использовать лоперамида гидрохлорид (имодиум)?

Задача 25

Ребенок 8 лет. Живет в сельской местности. В доме погреб, где хранятся овощи. Заболел остро: высокая лихорадка до 38 - 38,6°С с ознобом в течение 3 дней, снижение аппетита, резкая слабость, головная боль, боли в мышцах и суставах, рвота 1-2 раза и кашицеобразный стул, с небольшим количеством слизи и зелени до 3 - 4 раз в сутки, боли в животе в правой подвздошной области и в области пупка.

Врач обнаружил симптомы раздражения брюшины и госпитализировал ребенка в хирургическое отделение, где диагноз «аппендицита» был снят, и ребенок переведен в боксированное отделение с диагнозом: «грипп, кишечная инфекция». В последующие дни сохранялся субфебрилитет, в области локтевых, коленных суставов и на шее появились розовые, пятнисто-папулезные высыпания. Кроме того, врачом отделения была выявлена желтушность кожи и склер, увеличение размеров печени и селезенки до -2 см ниже края реберной дуги, темная моча. Язык малиновый.

*Клинический анализ кроен:* Нв -133 г/л. Эр - 4.0 х 10\*12г\л, ЦП - 0,9, лейк -13.0 х 10\*9 г/л; п/я -10%, с/я - 45%. л - 20%, э -10%, м -15%; СОЭ - 20 мм/час

*Анализ кала на кишечную группу:* отрицателен

*Биохимический* анализ *крови:* уровень билирубина общего -68,4 мкмоль/л., коньюгированного – 46,4 мкмоль/ л„ активность АлАТ - 64 *Ед/ л,* АсАТ – 46,2 *Ед/л,* тимоловая проба - 6 ед., холестерин – 6,5 ммоль/ л.

Задание:

1. О каком заболевании следует думать в первую очередь с учетом клинико-эпидемиологическнх данных?

2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику с учетом проведенных лабораторных исследований?

3. Назовите возможный источник и путь инфицирования.

4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для окончательного подтверждения диагноза?

5. Можно ли легкие формы этого заболевания лечить в домашних условиях?

6. Назначьте лечение.

7. Нуждается ли ребенок в проведении инфузионной терапии? Если да - напишите состав первой капельницы.

8. Какие осложнения возможны при этом заболевании у детей?

9. Показания для выписки больного из стационара и допуска в детский коллектив.

Задача 26.

Ребенок 5 лет, посещает детсад. Заболевание началось остро с повышения температуры тела до 38°С, была двукратная рвота, жалобы на боль в горле. Через несколько часов мать заметила покраснение липа, сыпь на коже. Ребенок направлен в стационар.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела – 38,2°С, жалуется на головную боль и боль в горле. На щеках яркий румянец, бледный носогубный треугольник. Кожа сухая, на боковых поверхностях туловища, на конечностях (преимущественно на сгибательных поверхностях) обильная мелкоточечная сыпь. Дыхание через нос свободное, кашля нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, тоны сердца звучные, ритмичные, тахикардия до 140 ударов в мин. Живот безболезненный. Печень, селезенка не увеличены, стул оформлен.

Осмотр ЛОР-врача: лакунарная ангина.

*Клинический анализ крови:* Нв-135 г/л, Эр-3.4х10\*12г/л., лейк -15.0x10 \*9г/л; п/я - 10%, с/я - 62%, л - 20%, э - 3%, м - 5%; СОЭ - 30 мм/час.

*Общий анализ мочи:* удельный вес- 1021, реакция-кислая, белок-нет. эпителий-единицы, лейкоциты - 1 - 2 в п/з. слизь - много.

*В посеве слизи из зева:* рост гемолитического стрептококка.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.

2. Какова этиология предполагаемого заболевания?

3. Укажите типичные симптомы заболевания.

4. Какова причина возникновения сыпи при данном заболевании?

5. Каков патогенез возникновения лакунарной ангины у ребенка?

6. Проведите дифференциальный диагноз.

7. Оцените результаты лабораторных исследований.

8. Нуждается ли ребенок в повторных исследованиях анализов периферической крови и мочевого осадка?

9. Возможны ли осложнения при данном заболевании?

10. Назначьте лечение.

11. Какие мероприятия необходимо провести дома и в детсаду?

12. Когда ребенок может быть допущен в детский коллектив?

Задача 27

Мальчик 3 лет, заболел остро: стал жаловаться на боли в животе, отказывался от еды, одна раз была рвота, температуры тела до 38СС. С подозрением на аппендицит направлен на госпитализацию.

При осмотре приемном отделении: продолжал жаловаться на сильные боли в животе. Состояние средней тяжести, возбужден, кожные покровы гиперемированы, склерит, слизистая оболочка дужек и мягкого неба гиперемирована, с выраженной зернистостью. Живот равномерно вздут, болезнен при пальпации в области пупка. Симптомов раздражения брюшины нет. Анус сомкнут.

На 5 день болезни температура критически упала до нормальных величин, а на теле появилась пятнисто-папулезная сыпь. Сыпь держалась одни сутки и исчезла без пигментации.

*Клинический анализ крови:* Нв- 130 г/л., Эр-4.0х 10\*12г/л., лейк -5.6 х 10\*9г/л, п /я - 2%, с/я - 49%, л - 45%,э - 2%, м - 2%; СОЭ - 8 мм час

*Иммунофлюоресцентное исследование мазков носоглотки:* грипп - отрицательно, парагрипп - отрицательно, аденовирус - отрицательно. RS - антиген - отрицательно. *В посеве слизи из зева:* патогенная микрофлора не обнаружена. В РСК - 8-кратное нарастание титра антител к вирусу Коксаки В6.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.

2. Какие другие клинические синдромы известны при данном заболевания0

3. Каков патогенез абдоминального синдрома при этом заболевании?

4. Чем обусловлено появление экзантемы на пятый день болезни?

5. Проведите дифференциальный диагноз.

6. Оцените результаты лабораторных исследований.

7. Необходима ли госпитализация больного?

8. Назначьте лечение.

9. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания?

Задача 28

Мальчик 13 лет, заболел остро, с повышения температуры тела до 38°С, появления припухлости в области околоушной железы справа, болей при жевании. Жаловался на боли в животе в области эпигастрия. Через 2 дня появилась припухлость и болезненность в области левой околоушной железы.

Мать к врачу не обращалась, лечила ребенка домашними средствами, тепловыми компрессами. На 5 день болезни стал жаловаться на боли в яичке и правом паху, боли усиливались при ходьбе. Госпитализирован.

Состояние средней тяжести, температура тела - 39°С. Правое яичко увеличено в размере в 2 раза, плотное, болезненное, кожа над ним гиперемирована. По другим органам - без особенностей. Обе околоушные железы увеличены.

*Клинический анализ крови.* Нв -140 г/л. Эр - 4.3 х 10, ЦП – 0,95, лейк – 8,2 х 10 г/л; п/я-3%, с/я-63%, л-21%, м - 12%; СОЭ-8мм/час.

*В посеве слизи из* ротоглотки: патогенная микрофлора не обнаружена.

*Общий анализ мочи:* светло-желтый, удельный вес -1020, реакция - кислая, белок - нет, сахар – нет, лейкоциты - 2 - 3 в п/з, эритроциты - единицы.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.

2. Какие методы обследования необходимы для подтверждения этиологии заболевания?

5. В консультации какого специалиста нуждается больной?

4. Поражение каких других органов (систем) возможно при данном заболевании?

5. Проведите дифференциальный диагноз.

*6.* Какие осложнения возможны при данном заболевания?

7. Оцените результаты лабораторных исследований

8. Чем отличается паротит от околоушного лимфаденита?

9. Есть ли особенности в пути передачи данного заболевания?

10. Назначьте лечение.

11. Каковы исходы данного заболевания?

12. Какие меры профилактики необходимы в очаге заболевания?

13. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания? Если да, то какими препаратами?

Задача 29

Мальчик 3 лет, посещает детсад. Заболел остро, с повышения температуры тела до 37.5°С и появления на коже волосистой части головы, туловища и конечностей пятнисто-папулезной сыпи. На следующий день отдельные элементы пятнисто-папулезной сыпи трансформировались в везикулы, заполненные прозрачным содержимым.

В последующие два дня температура тела 38°С, сыпь на тех же участках подсыпала, подобные высыпания обнаружены и на слизистой оболочке полости рта.

На 5-й день болезни состояние ребенка тяжелое: температура тела - 40°С, беспокойный, отказывается от еды. количество сыпи на коже увеличилось. В области поясницы появилась значительная зона гиперемии кожи, инфильтрация тканей, резкая болезненность. Пульс 140 ударов в мин. Тоны сердца приглушены. Менингеальных симптомов нет. По органам без патологии.

*Клинический анализ крови:* Нв -140 г/л., Эр - 4.4 х 10г/л., ЦП- 0,95, Лейк-17,5 х 10\*12 г/ л: п/я- 3%, с/я - 82%. э-1%, л -12%, м - 2%; СОЭ - 25 мм/час.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.

2. Какие типичные симптомы характеризуют данное заболевание'7

3. Имеется ли полиморфизм сыпи?

4. Каков патогенез экзантемы при данном заболевании?

5. Чем обусловлена болезненность и инфильтрация тканей в области спины?

6. Какие еще проявления болезни возможны у ребенка?

7. Оцените результаты анализа периферической крови.

8. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

9. Каких специалистов пригласите для оказания помощи больному?

10. Назначьте лечение.

11. Допускались ли ошибки в процессе ухода за ребенком?

12. Какие противоэпидемические мероприятия необходимы в детсаду, в семье, где есть еще ребенок 5 лет?

13.Существует ли активная иммунизация против данного заболевания?

Задача 30.

Девочка 2 лет, заболела остро, с повышения температуры тела до 39°С., появился кашель, насморк, конъюнктивит. В последующие дни катаральные явления нарастали, конъюнктивит стал более выраженным, появилась светобоязнь. На 4-й день болезни температура тела 39.5° С, сыпь на лице, в последующие дни сыпь распространилась на туловище и на конечности, катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей усилились. Направлена на госпитализацию.

При поступлении: состояние средней тяжести, температура тела 38,2°С. Вялая. На лице, туловище, конечностях - обильная ярко-розовая сыпь, пятнисто-папулезная, местами сливная. Лимфоузлы всех групп, особенно шейные, увеличены, безболезненные. Дыхание через нос затрудненное, обильное, слизисто-гнойное отделяемое. Кашель влажный. Конъюнктивит, слезотечение. В легких дыхание жесткое, выслушивается небольшое количество сухих и единичные влажные хрипы. Сердечные тоны громкие, ритмичные. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Селезенка не пальпируется. Живот мягкий, безболезненный. Определяется урчание по ходу кишечника.

*Клинический анализ крови.* Нв-130 г/л, Эр-3,8х10\*12г/л, ЦП-0,87, лейк -7,0 х 10 г/л; п/я - 5%, с/я - 42%, л - 49%, м - 4%; СОЭ - 20 мм/час.

*Мазок из зева методом ИФА на антигены к вирусам респираторной группы* - отрицателен.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз.

2. На основании каких типичных симптомов поставлен диагноз?

3. Какова причина поражения глаз и кожи?

4. Какова динамика экзантемы при данном заболевании?

5. Каков патогенез поражения легких при данном заболевании?

6. Проведите дифференциальный диагноз.

7. Какие осложнения возможны при данном заболевании?

8. Назначьте лечение.

9. Какие противоэпидемические мероприятия необходимы в очаге?

10. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания?

Фтизиатрия

ЗАДАЧА № 1

В процедурном кабинете поликлиники в «День здорового ребёнка» 20 детям в возрасте 12 месяцев с целью раннего выявления туберкулёза поставлена проба Манту с 2ТЕ ППД-Л. Все дети эффективно вакцинированы БЦЖ. После оценки этой пробы получены следующие результаты:

У 5 детей р.Манту отрицательная

У 5 –папула 2-4мм

У 3 – папула 5-11мм

У 4 – папула 12-16мм

1 3 – папула 17-20мм.

Вопросы:

1. Через какой срок после введения туберкулина оценивают пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л.
2. По результатам пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л выберите детей для обследования на туберкулёз.
3. Какие дети нуждаются в консультации фтизиопедиатра?
4. Назначьте минимум клинического обследования на туберкулез на педиатрическом участке.
5. Какие сведения должны быть указаны в направлении на консультацию к фтизиопедиатру.

ЗАДАЧА №2

Больной 13-ти лет обратился к участковому педиатру с жалобами на кашель со скудной мокротой, температуру 390, слабость, потливость. Плохое самочувствие отмечает у себя более месяца. Часто болеет ОРВИ. Контакт с больным туберкулёзом отрицает. Объективно: пониженного питания. Кожные покровы бледные, влажные. ОАК: НВ – 109 г/л, лейкоциты – 5600, СОЭ – 35 мм/час, Э-3%, П – 3%, С -78%, Л- 15%, М- 9%. Перкуторно справа в верхней доле укорочение перкуторного звука, здесь же выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. Рентгенологически: справа в верхней доле негомогенный инфильтрат с полостью в центре 1,6х 3 см.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие исследования необходимо провести больному для верификации диагноза?
4. С какими заболеваниями можно провести дифференциальную диагностику?
5. Нуждается ли ребенок в консультации фтизиатра?

ЗАДАЧА № 3

Ребёнок 3 года. Дедушка болен фиброзно-кавернозным туберкулезом, МБТ(+). Мать ребёнка стала отмечать, что он потерял аппетит, стал капризным, вялым, быстро утомляется, периодически покашливает, температура тела повышается до 37,50. Около месяца назад проведена проба Манту с 2ТЕ ППД-Л, инфильтрат 17мм (год назад – 9мм). Объективно: девочка пониженного питания, кожные покровы бледные, пальпируются 5 групп периферических лимфоузлов. Паравертебрально – укорочение перкуторного звука, жёсткое дыхание. В анализе крови: л –9,0х109/л, п – 6%, лимф.–20%, СОЭ – 25мм/час. МБТ в мокроте отсутствуют. На обзорной рентгенограмме органов грудной полости: корень правого лёгкого расширен с чётким внешним контуром. Установлен диагноз: туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов.

Вопросы:

1. Какой форме туберкулёза внутригрудных лимфатических узлов соответствуют рентгенологические изменения?
2. На основании каких данных выставлен диагноз?
3. Какие меры профилактики необходимо провести ребенку, находящемуся в контакте с бактериовыделителем?
4. Назначить специфическую терапию
5. Укажите возможные исходы заболевания

ЗАДАЧА № 4

Ребёнку 2 года. Вакцинирован БЦЖ в роддоме, послевакцинного рубца на левом плече нет. В семье выявлен больной туберкулёзом, бактериовыделитель. Р.Манту с 2ТЕ ППД-Л в возрасте 1 года – отрицательная, в 2 года – отрицательная.

Вопросы:

1. Охарактеризуйте качество вакцинации БЦЖ по послевакцинному рубцу.
2. Дайте заключение об инфицированности ребёнка.
3. Нуждается ли ребенок в консультации фтизиатра?
4. Что должен сделать педиатр?
5. Какие меры профилактики необходимо провести ребёнку, находящемуся в контакте с больным бактериовыделителем?

ЗАДАЧА № 5

Ребёнку 6 лет. Контакт с больным туберкулёзом не установлен. Вакцинирован вакциной БЦЖ в роддоме, послевакцинный рубец 5мм. Р.Манту с 2ТЕ ставилась систематически, результаты по годам:

В 12 месяцев – папула 5мм

В 2 года – папула 5мм

В 3 года – 2мм

В 4, 5 , 6 и 7 лет – отрицательная.

Вопросы:

1. Охарактеризуйте качество вакцинации БЦЖ
2. Оцените результаты р.Манту с 2ТЕ ППД-Л
3. Дайте заключение об инфицированности ребёнка МБТ
4. Тактика участкового педиатра.
5. Нуждается ли ребёнок в консультации педиатра-фтизиатра?

ЗАДАЧА № 6

Ребёнку 5 лет. Вакцинирован БЦЖ в роддоме, послевакцинный рубец 4мм. Р.Манту с 2ТЕ ППД-Л в течение 4-х лет была отрицательная, в 5 лет – папула 10мм. Жалоб нет, симптомов интоксикации нет. Объективно по органам без изменений.

Вопросы:

1. О чём свидетельствует впервые положительная р. Манту с 2ТЕ?
2. Сформулируйте диагноз по данным туберкулинодиагностики.
3. Что необходимо сделать для установления окончательного диагноза?
4. Надо ли направлять ребёнка на консультацию к педиатру-фтизиатру?
5. В каком случае проводить превентивное лечение, в каком – химиотерапию?

ЗАДАЧА № 7

Ребёнку 1год 6 месяцев. Контакт с больными туберкулёзом не установлен. Вакцинирован БЦЖ в роддоме, послевакцинный рубчик – 2мм. В возрасте 12 месяцев р.Манту с 2ТЕ ППД-Л папула 4мм. В возрасте 1год 6 месяцев повысилась температура до 37,50, появился кашель, ухудшился аппетит, ребёнок стал раздражительным. Объективно: бледность кожных покровов, пальпируются 5 групп периферических лимфоузлов до III размера. Перкуторно – в лёгких справа паравертебрально на уровне нижнего угла лопатки притупление перкуторного звука, аускультативно – жёсткое дыхание. Анализы крови, мочи – без патологии. Р.Манту с 2ТЕ папула 10мм. На обзорной рентгенограмме лёгких – лёгочный рисунок усилен в прикорневой зоне справа. Корень лёгкого справа не структурен, расширен, с размытым наружным контуром. Просвет стволового бронха завуалирован.

Вопросы:

1. Оцените качество вакцинации БЦЖ по послевакцинному рубцу.
2. О чём свидетельствует р.Манту с 2ТЕ у ребёнка в 1 год и 6месцев.
3. Сформулируйте диагноз в соответствии с клинической классификацией туберкулёза
4. Обоснуйте Ваш диагноз.
5. Назовите рентгенологический вариант этой формы туберкулёза

ЗАДАЧА № 8

Ребёнок 2,5 года. Выявлен контакт с больным туберкулёзом, бактериовыделителем. БЦЖ в роддоме, рубец поствакцинальный – 4мм. Р.Манту с 2ТТЕ в год – папула 8мм, в 2 года – папула 6мм. Заболел остро: повысилась температура до 380, появился приступообразный, битональный кашель.

Объективно: положительные симптомы Виддергоффера, Франка и Филатова справа. Аускультативно – в лёгких жёсткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены.

Р.Манту с 2ТЕ в 2,5 года – папула 12мм с везикулами и некрозом. На обзорной рентгенограмме лёгочные поля чистые. Верхнее средостение расширено вправо с чётким наружным контуром.

Вопросы:

1. Оцените качество вакцинации БЦЖ по послевакцинному рубцу.
2. Дайте оценку результатам р.Манту с 2ТЕ до заболевания и во время него.
3. Назовите основные критерии для верификации диагноза.
4. Сформулируйте диагноз.
5. Перечислите симптомы сдавления, характерные для данной формы туберкулеза.

ЗАДАЧА № 9

Ребёнок 6 лет из семейного контакта. На диспансерном учете по контакту не состоял. Вакцинирован БЦЖ в роддоме. Послевакцинного рубца нет. В первые 3 года р.Манту с 2ТЕ была отрицательной, в 4 года – папула 7мм. По поводу впервые положительной р.Манту не обследовался. В 6 лет заболел остро: повысилась температура до 390, резкая слабость, сухой кашель, одышка.

Объективно: состояние тяжёлое, кожа бледная, микрополиадения. В лёгких перкуторно – лёгочный звук, аускультативно – жёсткое дыхание, единичные сухие рассеянные хрипы. ЧДД – 46 в 1мин. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. Пульс – 140 ударов в 1мин. Анализ крови: эр. – 3,8 .109г/л, Нв – 114г/л, Л -4,5.109/л, Э- 0, П – 14%, С – 54%, Л – 15%, М- 17% СОЭ – 40мм/час. С-реактивный белок +++, сиаловые кислоты – 5,5мкм/л. Р.Манту с 2ТЕ – папула 5мм.

Обзорная рентгенограмма: лёгочный рисунок не прослеживается, на протяжении всех лёгочных полей симметрично равномерно расположены мелкие, с просяное зерно, очаговые тени одинаковой интенсивности.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте Ваш предварительный диагноз.
2. О чём свидетельствовала р.Манту с 2ТЕ в 4 года?
3. Какая должна была быть тактика педиатра в 4 года?
4. Нуждается ли ребенок в консультации фтизиопедиатра?
5. Укажите возможные осложнения данного заболевания.

ЗАДАЧА № 10

Ребёнку 3 года. Вакцинирован БЦЖ в роддоме, поствакцинальный рубец 2мм. Р.Манту с 2ТЕ до 3-х лет была отрицательная. В 3 года – папула 17мм. Жалобы на повышение температуры, влажный кашель, слабость, недомогание, понижение аппетита.

Объективно: температура 38,50, кожа бледная, пальпируются 6 групп периферических лимфатических узлов. В лёгких перкуторно под ключицей справа укорочение перкуторного звука, аускультативно жёсткое дыхание. Тоны сердца несколько приглушены. На обзорной рентгенограмме лёгких в прямой и боковой проекциях в ІІІ сегменте справа негомогенная тень с нечёткими контурами, соединённая «дорожкой» с расширенным неструктурным корнем. При анализе промывных вод желудка МБТ не обнаружены.

Вопросы:

1. Оцените качество вакцинации БЦЖ по послевакцинному рубцу.
2. Оцените результаты р. Манту с 2ТЕ
3. Сформулируйте диагноз
4. Какими методами можно определить наличие МБТ в промывных водах желудка?
5. Укажите возможные исходы заболевания.

ЗАДАЧА № 11

В детском кабинете поликлиники у 10 детей в возрасте 1 года при оценке эффективности вакцинации БЦЖ были установлены следующие размеры послевакцинальных рубцов:

у 2 детей – рубцы отсутствовали

у 3 – размеры рубцов 1-2мм

у 5 – размер послевакцинальных рубцов колебался от 4 до 9мм

Вопросы:

1.Какие размеры послевакцинных рубцов характеризуют качественную вакцинацию БЦЖ?

2.Кого из детей следует взять в группу риска по туберкулезу?

3.Кому из детей показана повторная вакцинация БЦЖ и в каком возрасте?

4. Укажите дозу и метод введения вакцины БЦЖ.

5. Перечислите осложнения вакцинации БЦЖ?

ЗАДАЧА № 12

Девочка 4-х лет из контакта с больным туберкулёзом отцом бактериовыделителем. Заболела остро: появился сухой кашель, температура 380. Лечение антибиотиками широкого спектра действия эффекта не дало. Р.Манту с 2ТЕ до 3-х лет отрицательная, в 4 года – папула 7мм. Рубец от вакцинации БЦЖ – 4мм. В лёгких физикальных изменений нет. На рентгенограмме справа в нижней доле полиморфный инфильтрат, связанный дорожкой с расширенным корнем.

Вопросы:

1. Оцените качество вакцинации БЦЖ по послевакцинному рубцу.
2. Предварительный диагноз
3. Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза
4. Дифференциальный диагноз.
5. Нуждается ли ребенок в консультации фтизиатра?

ЗАДАЧА № 13

У новорожденного в родильном доме развилась гемолитическая болезнь среднетяжелой формой.

Вопросы:

1. Подлежит ли ребенок вакцинации против туберкулеза в настоящее время?

2. Какой вакциной будет привит ребенок на педиатрическом участке?

3. Тактика участкового педиатра?

4. Назовите дозу для вакцинации ребенка и метод введения.

5. Укажите учетные формы, куда записывается местная прививочная реакция на вакцинацию против туберкулеза.

ЗАДАЧА № 14

Больной, 15 лет, учится в колледже. Вакцинирован и ревакцинирован БЦЖ в 7 лет, имеет 2 послевакцинных рубца 3 и 4мм. Контакт с больным туберкулёзом не выявлен. Р.Манту до 14 лет – отрицательная, в 15лет – папула 17мм. При флюорографическом обследовании были выявлены инфильтративные изменения слева в S1-2 малой интенсивности.

1. Предварительный диагноз
2. Что включает в себя обследование на туберкулез, проводимое в условиях детской поликлиники.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести больному для подтверждения этиологии заболевания.
4. Тактика ведения больного
5. Какие сведения должны быть указаны в направлении на консультацию к фтизиатру?

ЗАДАЧА № 15

Больной, 14 лет. В течение 3-х недель лечился в пульмонологическом отделении с диагнозом: внебольничная пневмония в S6 правого лёгкого. Состояние средней тяжести: кашель с мокротой, температура 38,5-39,50. В ОАК: СОЭ – 58мм/час, лейкоциты – 11х109/л, лимфопения. Перкуторно: укорочение лёгочного звука перавертебрально справа, аускультативно – единичные мелкопузырчатые хрипы. В динамике на рентгенограмме в зоне инфильтрата появились участки просветления. В анализе мокроты при окраске по Цилю- Нельсону обнаружены МБТ.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с клинической классификацией туберкулеза.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза
4. Составить план лечения больного
5. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге.

ЗАДАЧА № 16

Больной 15лет. Находился в терапевтическое отделение районной больницы в течение 10 дней с диагнозом внебольничная правосторонняя верхнедолевая пневмония. Из анамнеза выяснилось, что плохо себя чувствует в течение 2 месяцев: отмечает слабость, плохой сон, снижение аппетита, сухой кашель, быструю утомляемость, потливость. Температура тела поднималась до 390. При осмотре кожные покровы бледные, влажные, тургор тканей снижен, кахексия. Перкуторно справа в проекции верхней доли укорочение лёгочного звука, здесь же аускультативно разнокалиберные влажные хрипы. ОАК: НВ – 78г/л, лейкоциты – 12.109, СОЭ – 56мм/час, Э -0%, П -4%, С -79%, Л – 16%, М – 10%. Мокрота слизисто-гнойная в большом количестве. В анализе мокроты методом микроскопии – МБТ (+). На рентгенотомограммах лёгких в верхней доле правого лёгкого отмечается интенсивная неоднородная инфильтрация с множественными полостями распада, с очагами обсеменения в нижнюю долю правого лёгкого.

Вопросы:

1. Ваш диагноз

2. Укажите симптомы туберкулезной интоксикации

3. Укажите методы, подтверждающие наличие деструкции в легочной ткани.

4. Дальнейшая тактика ведения больного.

5. Возможные исходы данного процесса.

Неонатология

CИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

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, отѐчность лица и тыльных поверхностей кистей и стоп. Пупочный остаток не отпал. Рефлексы вызываются, но снижены. Мышечная гипотония. Форма головы правильная, большой родничок 3×3см, не напряжѐн. Носовое дыхание свободное. При аускультации дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД -52 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм

правильный, ЧСС -110 в минуту. Мама отмечает, что ребѐнок неохотно и вяло сосѐт грудь. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю рѐберной дуги. Селезѐнка не пальпируется. Половые органы сформированы правильно. Стул был дважды, не обильный, жѐлтого цвета, слизи не отмечали. Мочится редко, моча светлая, без запаха. Из выписки из родильного дома выяснено, что неонатальный скрининг у ребѐнка не проведѐн. 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 ребѐнка уровень ТТГ составил 98,0 мЕД/л. Обоснуйте терапию конкретного ребѐнка.

5. Какова дальнейшая тактика врача-педиатра участкового?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

Новорожденный мальчик М., 25 дней осмотрен врачом-педиатром участковым. Жалобы на усиление желтухи, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, судороги во время осмотра. Из анамнеза: маме 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 1-е 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

ребѐнка в родильном доме. У ребѐнка желтуха со вторых суток жизни. Вакцинация п/гепатита и БЦЖ. В роддоме проведено обследование:

Общий анализ крови: гемоглобин -115 г/л, эритроцитов -3,1×1012/л, лейкоцитов -18×109/л, эозинофилы –3, палочкоядерные нейтрофилы –4, сегментоядерные нейтрофилы–68, лимфоциты –17, моноциты –8, тромбоциты -112×109/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 тяжѐлое. Температура тела 37,6 °С. Ребѐнок 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, напряжен. Выражена венозная сеть на коже головы. Голова запрокинута назад. Симптом Грефе. Кожные покровы желтушные с серым оттенком. Дыхание над всеми полями лѐгких 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 рѐберной дуги, селезѐнка +1 см. Стул желтый, 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?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

Девочка А. родилась от матери 26 лет, соматически здоровой, от 2 беременности, 2 родов. Вредные привычки отрицает. На учѐте в женской консультации состояла с 9 недель. Беременность протекала с преэклампсией. Роды в 39 недель. На момент рождения состояние ребѐнка 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. Ребѐнок находился в палате «мать и дитя» с первых суток. На 3 сутки жизни при обходе врача -неонатолога мама обратила внимание на симметричное увеличение молочных желѐз, кожа над ними была слегка гиперемирована, наблюдались скудные выделения беловато-молочного цвета, кроме того у ребѐнка отмечался отѐк больших половых губ и обильное слизистое отделяемое серовато-белового цвета. Температура тела 36,5°С. На осмотр реагирует адекватно, в сознании, крик громкий, эмоциональный, ребѐнок активный. Находится на грудном вскармливании, сосѐт активно, грудь захватывает хорошо, питание удерживает. У матери лактация достаточная.

Клинический анализ крови: Нb –186 г/л, эритроциты–5,4×1012/л, цветовой показатель–0,99, тромбоциты–288×109/л, лейкоциты–9,2×109/л, палочкоядерные–3%, сегментоядерные–47%, лимфоциты–42%, моноциты–8%, СОЭ –7 мм/час. Общий анализ мочи: цвет –соломенно-жѐлтый, реакция –кислая, удельный вес –1003, белок отсутствует, эпителий плоский –1–2 в поле зрения, лейкоциты –1–2 в поле зрения , эритроциты –нет.

Вопросы:

1. Опишите возникшее состояние у ребѐнка.

2. Обоснуйте транзиторное состояние.

3. Требуется ли лечение названного транзиторного состояния? Проведите

профилактику мастита у новорождѐнного.

4. Назначьте питание ребѐнку, обоснуйте свой выбор.

5. Определите прогноз данного состояния.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

Ребѐнок К. от второй беременности, роды первые. Настоящей беременности предшествовали преждевременные роды на 24 неделе беременности, ребѐнок 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 дистресс-синдрома дексаметазоном. Роды в головном предлежании через естественные родовые пути, продолжительность 1 периода–4 часа 20 минут, 2 периода–10 минут. Ребѐнок 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 ребѐнок переведѐн в палату интенсивной терапии (ПИТ), помещѐн в кювез, продолжена CPAP воздухом, начатая в родильном зале. Сурфактант не вводился.

При поступлении в ПИТ: состояние тяжѐлое. 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 450. Ответная реакция руки в виде сгибания в локтевом суставе на 90о. Подколенный угол составляет около 140о. 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 отчѐтливо виден. Ареола намечена, грудная железа при пальпации менее 5 мм. Ногти достигают края пальцев, заметны по 2 глубокие складки поперѐк передней трети стопы. На передней брюшной стенке видны вены с ответвлениями, волосяной покров распространѐнный. Пупочное кольцо без особенностей. При аускультации лѐгких 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 рѐберной дуги, селезѐнка не пальпируется. Половые органы сформированы по женскому типу, выступающий клитор и широкая внутренняя половая губа. Анус сформирован, меконий отошѐл в родильном зале. Через 18 часов: сатурация 82–88%, состояние ухудшилось, появилось стонущее дыхание, асинхронные движения грудной клетки и живота при дыхании, заметное втяжение межрѐберных 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 FiO2 до 40%. В лѐгких 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 –4,4×1012/л; средний объѐм эритроцитов –99 фемтолитров; лейкоциты –11,4×109/л, формула: эозинофилы–0%, палочкоядерные–2%, сегментоядерные–50%, лимфоциты–38%, моноциты–10%; тромбоциты –189×109/л, ретикулоциты –35%. Уровень С-реактивного белка –норма. Рентгенография органов грудной клетки: диффузное снижение прозрачности лѐгочных полей, ретикулогранулярный рисунок, мелкие рассеянные тени с чѐткими контурами. Кислотно-основное состояние артериальной крови: рН –7,27, ВЕ –9,3, СО2–68 мм рт. ст., рО2–37 мм рт. ст. Глюкоза сыворотки крови –2,1 ммоль/л.

Вопросы:

1. Укажите неблагоприятные 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 ребѐнку. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

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-жѐлтые, отмечается желтушное окрашивание лица, склер, туловища. Пуповинный остаток в скобе. В лѐгких дыхание пуэрильное, проводится по всем лѐгочным полям, хрипов нет, частота дыхания 38 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, шумов нет, частота сердечных сокращений 134 в минуту. Живот мягкий, доступен пальпации, печень выступает из-под рѐберной дуги на 3 см, селезѐнка –на 0,5 см. Меконий отошѐл, мочится свободно. Анамнез: беременность вторая, первая беременность закончилась медицинским абортом. Настоящая беременность осложнилась изосенсибилизацией по системе резус -фактор. Группа крови матери А(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. Прямая проба Кумбса –положительная. Общий анализ крови: гемоглобин –134 г/л, эритроциты –3,4×1012/л, лейкоциты –7,2×109/л, ретикулоциты –45%.

Вопросы:

1. Укажите неблагоприятные 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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6

Ребѐнок первых суток жизни находится в детском отделении родильного дома. Родился у женщины 23 лет, имеющей III(В) Rh-отрицательную группу крови; от второй беременности (первая беременность закончилась два года назад медицинским абортом при гестационном сроке 8 недель), протекавшей с токсикозом I половины и тяжѐлым гестозом II половины. Роды первые, в 39 недель гестации, самостоятельные. Безводный промежуток 4 часа, околоплодные воды желтушной окраски. Масса при рождении 3200 г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. При рождении отмечена бледно -желтушная окраска кожи и слизистых оболочек. Двигательная активность умеренно снижена. Мышечный тонус снижен. Физиологические рефлексы быстро истощаются. ЧД –44 в минуту. Перкуторный звук над лѐгкими лѐгочный. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧСС –140 ударов в минуту. Перкуторные границы относительной сердечной тупости: правая –правая парастернальная линия, левая –на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, верхняя –II ребро. При аускультации сердечные тоны умеренно звучные, чистые. Живот мягкий. Пальпаторно край печени определяется на 3,5 см ниже рѐберной дуги, край селезѐнки –на 1,5 см ниже рѐберной дуги. Стул –меконий.

При рождении билирубин пуповинной крови –120 мкмоль/л, уровень гемоглобина в периферической крови –105 г/л. Группа крови ребѐнка III(В) Rh-положительная. В возрасте 2 часов: в полном анализе крови: эритроциты–3,2×1012/л, гемоглобин –75 г/л, ретикулоциты –120%, Ht –28%, лейкоциты –9,6×109/л, палочкоядерные–6%, сегментоядерные–55%, лимфоциты–32%, моноциты–7%, тромбоциты –210×109/л. Биохимический анализ крови: общий билирубин –208 мкмоль/л, непрямой билирубин –200 мкмоль/л, прямой билирубин–8 мкмоль/л.

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 еѐ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7

Ребѐнок у матери 25 лет с осложнѐнным 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 аускультации –ослабленное дыхание, слышны экспираторные шумы. Ребѐнок переведѐн 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 лѐгкими определяется притупление перкуторного звука в задненижних отделах. Аускультативно: в лѐгких дыхание ослаблено, выслушиваются проводные и крепитирующие хрипы. ЧСС–160 ударов в минуту. Перкуторные границы относительной сердечной тупости не изменены. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум над областью сердца. Живот правильной формы, мягкий, доступен пальпации, печень +1,5 см от края рѐберной дуги, селезѐнка не пальпируется. Мочеиспускание самостоятельное, диурез 2 мл/кг/час.

Общий анализ крови: Er –5,1×1012/л, Hb –162 г/л, МСV –98 fl, МНС –31 pg, МСНС–33 г/л, Lе –10,6×109/л, палочкоядерные–3%, сегментоядерные–32%,лимфоциты–55%, моноциты–10%, тромбоциты –240×109/л. Глюкоза крови –1,6 ммоль/л. Рентгенография органов грудной клетки: диффузное снижение прозрачности лѐгочных 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 еѐ

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8

Новорождѐнный ребѐнок мужского пола Ивановой А. 22 лет, от первых срочных родов, первой беременности. В анамнезе матери анемия беременных лѐгкой степени, гестационный пиелонефрит. Беременность протекала с гестозом в I половине. Роды на сроке гестации 39 –40 недель, в переднем виде затылочного предлежания. Родился мальчик массой тела 3250 г, длиной тела 53 см. Состояние ребѐнка при рождении средней тяжести, оценка по шкале Апгар на 1 минуте –5 баллов, на 5 минуте –7 баллов. После перевода из родильного зала через 40 минут после рождения наблюдалось нарастание дыхательной недостаточности, периодически наблюдались приступы тахипноэ (более 60 в минуту) и цианоза, выраженное втяжение уступчивых мест грудной клетки, движения правой и левой половины грудной клетки асинхронны, ЧСС –165 ударов в минуту, верхушечный толчок сердца смещѐн вправо, перкуторно в нижнем отделе левого лѐгкого определяется тимпанит, здесь же отсутствие дыхательных шумов. Появляется цианоз в положении на правом боку, отмечается запавший «ладьевидный» живот. Дежурным неонатологом поставлен диагноз «врождѐнная пневмония, дыхательная недостаточность (ДН) II степени». Сопутствующий диагноз «декстракардия, первичный ателектаз левого лѐгкого». Назначены: оксигенотерапия методом СДППД, коррекция кислотно-основного состояния, антибактериальная терапия, инфузионная терапия.

При обследовании получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин–212 г/л, эритроциты –5,8×1012/л, гематокрит –58%, ретикулоциты –27%, тромбоциты –232×109/л, лейкоциты –

28×109/л, палочкоядерные –12%, сегментоядерные –56%, лимфоциты –23%, моноциты –8%, эозинофилы –1%.

Биохимический анализ крови: общий белок–54 г/л, сахар крови –3,5 ммоль/л, билирубин общий пуповинной крови –48 мкмоль/л, натрий–130 моль/л, калий –6,1ммоль/л, кальций –2,2 ммоль/л.Сатурация кислорода–84 %, рН–7,14.

Рентгенография грудной клетки: в проекции левого лѐгкого лѐгочный рисунок не определяется, органы средостения смещены вправо, слева отмечается наличие заполненных газом кишечных петель с кольцевидными

просветлениями (уровни жидкости) в плевральной полости.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз заболевания.

2. Какой ведущий синдром можно выделить в данной клинической ситуации?

Определите степень его выраженности.

3. Укажите, при каких заболеваниях периода новорождѐнности могут возникнуть дыхательные расстройства?

4. Какие основные методы лабораторного и инструментального обследования могли быть использованы для дифференциальной диагностики данного заболевания?

5. Какие мероприятия необходимы по неотложной помощи данному ребѐнку и дальнейшему его лечению? Оцените действия врача.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9

Мальчик 3 дней жизни поступил в отделение патологии новорождѐнных (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 ребѐнка 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 ребѐнка отмечалась однократная рвота «кофейной гущей» и мелена. В связи с чем ребѐнку был введѐн 1% раствор Викасола -0,3 мл, внутрь назначена Аминокапроновая кислота. Несмотря на проводимое лечение, у ребѐнка сохранялась мелена. При осмотре состояние ребѐнка средней тяжести, кожные покровы субиктеричные, в лѐгких дыхание пуэрильное, тоны сердца ритмичные, звучные. Ребѐнок вялый, рефлексы новорождѐнного угнетены, мышечный тонус и двигательная активность снижены. Живот доступен пальпации, мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края рѐберной дуги на 1 см, селезѐнка не пальпируется, стул –мелена.

Общий анализ крови: гемоглобин –180 г/л, эритроциты–5,4×1012/л, цветовой показатель -1,0, тромбоциты –310×109/л, лейкоциты –5,9×109/л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные–3%, сегментоядерные–51%, лимфоциты–38%, моноциты–8%, СОЭ –2 мм/час. Время кровотечения по Дюке –2 минуты, время свѐртывания крови –9 минут, АЧТВ –90 секунд (норма 40–60 секунд), фибриноген –2,5г/л (1,5–3г/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 ребѐнку.

5. Составьте план диспансерного наблюдения за ребѐнком.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10

Мальчик 1 суток жизни находится в родильном доме. Матери 25 лет, имеет группу крови А (ΙІ) Rh-, настоящая беременность вторая, первая –закончилась абортом при сроке 9 недель. В женской консультации наблюдалась не регулярно. Роды срочные. Масса тела ребѐнка –3500 г, длина

–51 см, по шкале Апгар оценѐн на 7/8 баллов. Сразу при рождении отмечено желтушное окрашивание кожных покровов, оболочек пуповины, околоплодных вод. При первом осмотре врачом-педиатром выявлено увеличение печени до 3 см, селезѐнки +1,5 см.

Дополнительное обследование пуповинной крови определило содержание билирубина 105 мкмоль/л, через 4 часа после рождения –175 мкмоль/л, гемоглобин периферической крови, определѐнный по cito –149 г/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Какое обследование следует провести ребѐнку для уточнения диагноза?

3. Как должна была наблюдаться беременная в женской консультации?

4. Можно ли было предупредить возникновение данного заболевания?

5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 11

Девочка Р. 5 дней родилась от первой беременности, протекавшей с лѐгким токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении –3100 г, длина–51 см. Закричала сразу, к груди приложена в течение 10 минут после рождения. Состояние за время наблюдения в последующие дни оценивалось как удовлетворительное. Масса тела на 4 сутки составила 2950 г. На 5 сутки жизни появилось нагрубание молочных желѐз, молочные железы увеличены с обеих сторон до 2 см, при надавливании выделяется бело-молочная жидкость. Состояние ребѐнка удовлетворительное, сосѐт хорошо, активна, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на крыльях носа, переносице имеются беловато-желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота –крупнопластинчатое шелушение. В лѐгких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчѐтливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края рѐберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезѐнка не пальпируется. Стул с непереваренными

комочками, прожилками слизи, примесью жидкости, учащѐн до 7–8 раз.

 Общий анализ крови: гемоглобин –186 г/л, эритроциты –5,6×1012/л, лейкоциты–6,4×109/л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные–5%, сегментоядерные –42%, эозинофилы –1%, лимфоциты –45%, моноциты –7%, СОЭ –2 мм/час. Общий анализ мочи: цвет–соломенно-жѐлтый, реакция кислая, удельный вес –1004, эпителий плоский–много, лейкоциты –2–3 в поле зрения, эритроциты–4–5 в поле зрения, соли–кристаллы мочевой кислоты, белок–отрицателен.

Вопросы:

1.Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребѐнка?

2. С чем связана физиологическая убыль массы тела ребѐнка?

3. Оцените результаты общего анализа крови и общего анализа мочи. Необходима ли консультация врача-нефролога?

4. С чем связано изменение характера стула? Требуется ли экстренная коррекция?

5. Чем объяснить увеличение молочных желѐз? Необходима ли консультация

хирурга?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 12

Доношенный мальчик от второй беременности, протекавшей с угрозой прерывания во II–III триместре, хронической фетоплацетарной недостаточностью, по поводу чего мать находилась на стационарном лечении. Первая беременность закончилась спонтанным абортом на сроке 20 недель. Роды первые, оперативные в виду преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Околоплодные воды светлые. На 1 минуте: ЧСС–60 ударов в минуту, спонтанное дыхание отсутствует после освобождения дыхательных путей от слизи, конечности свисают, на тактильные раздражители не реагирует, разлитая бледность кожных покровов.

Вопросы:

1. Оцените состояние ребѐнка по шкале Апгар. Укажите степень тяжести асфиксии.

2. Укажите факторы риска развития перинатальной гипоксии.

3. Укажите общие принципы лечения асфиксии новорождѐнного ребѐнка.

4. Назначьте лечение данному больному.

5. Укажите последствия тяжѐлой асфиксии в раннем неонатальном периоде.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 13

Недоношенный ребѐнок 28 недель гестации поступил в отделение реанимации с тяжѐлой дыхательной недостаточностью. Аускультативно: в лѐгких дыхание ослаблено, выслушиваются множественные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. Частота дыхания (далее –ЧД) –75 в минуту. Оценка по шкале Сильвермана –7 баллов. При аускультации сердца выслушивается грубый (машинный) систолодиастолический шум слева от грудины. Частота сердечных сокращений (далее –ЧСС)–148 ударов в минуту. На основании данных Эхо-КГ установлен значительный лево-правый сброс крови через открытый артериальный проток с объѐмной перегрузкой малого круга кровообращения. Скорость диуреза –0,3 мл/кг/час.

Данные КОС: рН крови –7,2, рО2–45 мм рт.ст., pCО2–55 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?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 14

Ребенок рожден от 1 беременности, срочных родов. Женщина в сроке беременности 33 недели перенесла гриппоподобное заболевание с лихорадкой до 38 градусов. Была зарегистрирована анемия беременной. В родах тугое обвитие пуповиной вокруг шеи плода. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела при рождении 3200 гр., длина 51 см. В первые дни ребенок велся как пациент высокого риска по постгипоксическому поражению ЦНС. Получал лечение – викасол, дицинон, находился на грудном вскармливании.

В возрасте 48 часов впервые у новорожденного возникли клонико-тонические судороги, отмечались признаки инфекционного токсикоза- периферический сосудистый спазм, с явлениями «мраморности» кожных покровов, бледности, тахикардии до 160 в 1 минуту. В экстренном порядке, после купирования судорожного синдрома ребенок был переведен в стационар для новорожденных.

При поступлении в стационар состояние ребенка тяжелое. Выраженное угнетение ЦНС, судорог нет. Отмечалась гиперстезия при осмотре, непостоянная ригидность затылочных мышц. Кожные покровы бледные, с легким сероватым оттенком, ЧСС 146 в 1 минуту. В легких без особенностей. Печень не увеличена.

В анализе крови: анемии нет, тромбоцитов – 156 тыс., лейкоцитов – 14,0 тыс., п-12%, с-68, л-15, м-5, СОЭ-4 мм/ч.

Учитывая в анамнезе судорожный синдром, ребенку проведено исследование ликвора. В анализе: цитоз- 260/3, нейтрофилы-222/3, лимфоциты -38/3; белок – 0,5 промилле. Ликвор отправлен на бактериологическое исследование.

На НСГ – без значимой патологии.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Оцените данные ликворограммы.
4. Назначьте лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 15

Ребенок рожден от 10 необследованной беременности, 2-ых преждевременных родов на 27-28 неделе, весом 850г, длиной 35 см, с оценкой по шкале Апгар 5/6 балов. Безводный период составил 20 часов. В род. зале проводились первичные реанимационные мероприятия. В течение первых суток жизни состояние очень тяжелое, относительно стабильное. Находился на ИВЛ, превалировала клиника респираторного дистресс-синдрома (РДС). На 3-и сутки жизни состояние ухудшилось, что выражалось в нарастании гипоксемии, ацидоза, потребовавших ужесточения парамеров ИВЛ. В дальнейшем появились проявления геморрагического синдрома в виде симптомов повышенной кровоточивости из мест инъекций, из интубационной трубки.

При осмотре состояние крайне тяжелое. Сознание сопорозное, на ИВЛ. Кожные покровы бледно-иктеричные, «серый колорит», явления склеремы. Т- 35,6°. В легких выслушиваются обильные крепитирующие хрипы, тоны сердца глухие, ЧСС-100 ударов в минуту. Печень +3 см из-под края реберной дуги, пальпируется селезенка. Живот вздут, перистальтика ослаблена, стула не было.

В гемограмме Эритроциты- 2,5 х 10 12/л, Гемоглобин - 75 г/л, Лейцкоциты- 36, 8х10 9/л, юные - 5, палочкоядерные-16, сегментоядерные-43, Лимфоциты- 30, Моноциты-6, Тромбоциты- 85 х 10 9/л.

Глюкоза сыворотки- 9,3 ммоль/л, мочевина- 16 ммоль/л, С-реактивный белок – 20 г/л

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие наиболее вероятные факторы риска могли способствовать развитию данной патологии?
4. Как можно интерпретировать выявленные изменения в клиническом и биохимическом анализе крови?
5. Назначьте дополнительное обследование и составьте план лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 16

Ребенок рожден от 1 беременности. Мать ребенка работает воспитателем в детском саду. В сроке беременности 6 недель перенесла заболевание, сопровождающееся наличием пятнистой сыпи на лице, верхней половине туловища, увеличением заднешейных и затылочных лимфатических узлов. В женскую консультацию не обращалась. На учет встала в сроке беременности 14 недель.

Роды в срок на 38 неделе. Ребенок рожден без асфиксии, масса тела 2600 гр., длина 50 см. С рождения отмечалась неврологическая симптоматика-мышечная дистония, тремор конечностей, горизонтальная нистагм глазных яблок. На 3 сутки в сердце стал выслушиваться систоло-диастолический («машинный» шум). Аудиоскрининг в родильном доме не проводился. Для дальнейшего обследования, лечения ребенок был переведен в стационар для новорожденных.

При поступлении в стационар состояние тяжелое. Выраженная неврологическая симптоматика-синдром гипервозбудимости. Отмечалась бледность кожных покровов. В сердце грубый систолический шум. ЧСС – 150 в 1 минуту, в легких ослабленное дыхание, хрипов нет, печень +2 см. из-под края реберной дуги, пальпировался край селезенки.

Проведено предварительное обследование. В крови: эр.-4,0 млн.,Нв-138 г/л, л-8,8 тыс., п-4%, с-56, л-35, м-7, СОЭ-6 мм/ч.

Эхо-КГ- признаки ВПС- открытый артериальный проток 5 мм., сброс крови слева направо. Легкая дилатация левого предсердия.

Рентгенограмма органов грудной клетки – границы сердца в пределах нормы, усиление легочного рисунка.

ЭКГ-гипертрофия миокарда левого желудочка.

Осмотр окулиста- врожденная катаракта.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте Ваш предварительный диагноз.
3. Какая причина послужила возникновению данного заболевания?
4. Каков прогноз для роста и развития ребенка?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 17

Ребенок рожден от матери в возрасте 19 лет. Во время беременности отмечалась дважды угроза прерывания в 27, 35 недель. Женщина лечилась в стационаре неполно (отказывалась от продолжения лечения). В сроке гестации 37 недель наступила родовая деятельность, ребенок рожден с весом 2200 гр., длинной 46 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Группа крови матери А (II), Rh(+).

В родильном доме отмечалось угнетение ЦНС, желтуха, которая появилась в первые сутки жизни. На коже туловища отмечается петехиальная сыпь. На 4 сутки жизни ребенок для дальнейшего обследования и лечения был переведен в отделение патологии новорожденных детской больницы.

При поступлении в стационар состояние тяжелое. Признаки незрелости, угнетение ЦНС (снижение физиологических рефлексов, мышечного тонуса, двигательной активности). Кожные покровы иктеричные, единичные петехии на коже спины. Отмечено увеличение печени до +3 см., пальпировался край селезенки. В легких хрипов нет. Сердечные тоны громкие, ритмичные, шумов нет. ЧСС 128 в 1 минуту. Стул и мочеиспускание в норме.

Проведено обследование. В анализе крови у ребенка: эр. – 3,7 млн., Нв- 118 г/л, лейкоциты– 9,8 тыс., палочкоядерные -3%, сегментоядерные -57, лимфоциты-30, моноциты-10, СОЭ-3мм/час.

Биохимический анализ крови: непрямой билирубин – 136 мм/л, прямой билирубин – 54 мм/л, АСТ- 25 ЕД/л,АЛТ-30 ЕД/л, ПТИ-80%. Глюкоза крови-4,4 ммоль/л, креатинин – 80 мк/л, мочевина- 8 мм/л.

УЗИ печени -реактивные изменения печени и желчного пузыря в виде – усиления сосудистого рисунка печени, утолщения стенки желчного пузыря и неоднородности его содержимого.

УЗИ головного мозга (4 сутки жизни) – субэпендимальные псевдокисты 2х2 мм, 2х3 мм, кальцификаты в перивентрикулярном регионе.

При исследовании плаценты выявлены признаки хориамнионита.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте Ваш предварительный диагноз.
3. Составьте дополнительный план обследования.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 18

Ребенок рожден от 1-ой беременности, протекавшей с преэклампсией, Фетоплацентарной недостаточностью, на фоне гипертонической болезни, 1-ых преждевременных родов на 27 неделе гестации весом 800г, длиной- 34 см, с оценкой по Апгар 3/5 баллов. С рождения состояние очень тяжелое, клиника РДС, кожные покровы бледно-иктеричные, склонность к брадикардии. В неврологическом статусе превалировала симптоматика угнетения ЦНС. На НСГ диагностировано ВЖК III cт.

На 14-е сутки жизни состояние с отрицательной динамикой, стали отмечаться подъемы t тела до 38o, появились признаки гиперестезии, серый колорит кожных покровов. В гемограмме Эритроциты-2,1 х 1012/л, гемоглобин- 95 г/л, лейкоциты- 18,6 х 109/л, палочкоядерные- 12, сегментоядерные-67, лимфоциты- 19, моноциты-2.

 С диагностической целью проведена люмбальная пункция, ликор вытекал частыми каплями, ксанохромный, реакция Пандии++, белок- 0,4 г/л, цитоз- 2350 клеток (нейтрофилы- 2125, лимфоциты- 125, макрофаги- 100), выщелочные эритроциты -20-35-47 п/зрения

Вопросы:

1. Определите степень недоношенности и массу тела при рождении (согласно классификации ВОЗ).
2. Развитие каких заболеваний и состояний имеет место в данном случае.

3. Каковы их предрасполагающие факторы

 4. Ваша дальнейшая тактика, лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 19

 Ребенок рожден от матери, страдающей ожирением, сахарным диабетом 2-го типа. Родился в срок, весом 4600 г. путем операции кесарева сечения в состоянии медикаментозной депрессии. При осмотре на 2-е сутки жизни: состояние тяжелое, двигательная активность и рефлексы новорожденных снижены, избыточно развит подкожно-жировой слой, комочки Биша, иктеричность кожи, вялый, мышечная гипотония. В крови уровень непрямого билирубина составил 245 мкмоль/л, гематокрит 67%, уровень глюкозы 2,1 ммоль/л.

 Вопросы:

 1. Ваш предположительный диагноз и обоснуйте его?

 2. Какие осложнения раннего неонатального периода имеют место в данном случае?

 3. Какая должна быть экстренная медикаментозная терапия?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 20

Ребенок поступил из родильного дома на 6-е сутки жизни с направительным диагнозом гермафродитизм. Из анамнеза известно, что ребёнок рожден от 1-ой беременности, 1-х срочных родов весом 2850 г., длиной - 49 см., с оценкой по Апгар 7/8 баллов. При осмотре половые органы развиты по гетеросексуальному типу. В динамике отмечались срыгивания, недостаточная прибавка веса.

 При обследовании в анализе крови: Эр - 3,3х10 12/л, гемоглобин - 136 г/л, Le - 9,4х109/л. Электролиты: К+ - 6,8 ммоль/л, Na+- 130 ммоль/л. Ребёнок осмотрен детским хирургом, выставлен диагноз двусторонний крипторхизм.

 Вопросы:

1. О каком заболевании следует подумать?
2. Данные какого обследования, проводимого в родильном доме, необходимо уточнить?

 3. Какое дополнительное обследование необходимо провести для уточнения диагноза?

 4. Какова будет дальнейшая тактика и лечение?