



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Факультетская педиатрия»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия
Квалификация	Врач-педиатр
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии ФДПО

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Н.А. Белых	д.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующая кафедрой
И.В. Пизнюр	-	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	ассистент кафедры

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Дмитриев А.В.	д.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Зав. кафедрой детских болезней и госпитальной педиатрии
Лебедева И.Н.		ГБУ РО «ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой»	Главный врач ГБУ РО «ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой», главный внештатный специалист педиатр Министерства здравоохранения Рязанской области

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Педиатрия
Протокол № 11 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06.2023г

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
по итогам освоения дисциплины**

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Примеры заданий в тестовой форме:

1. Самая безопасная бактерия, которая используется в продуктах детского питания для раннего возраста, удостоенная статуса GRAS

- a) Bifidobacterium lactis BB12
- б) Bifidobacterium bifidum
- в) Lactobacillus acidophilus

Критерии оценки тестового контроля:

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

Примеры контрольных вопросов для собеседования:

- 1) С какими рахитоподобными заболеваниями необходимо дифференцировать классический рахит и почему?
- 2) Патогмоничные симптомы гипотрофии?
- 3) Назовите лечебные смеси-гидролизаты для диетотерапии детей с атопическим дерматитом
- 4) Расширение левой границы сердца. Причинные факторы? Что покажет R-грамма грудной клетки и ЭКГ?
- 5) На первом году жизни у ребенка выявлены высокие цифры эритроцитов и Hb в общем анализе крови. Участковый педиатр не обратил на них внимание. Ваше мнение?

Критерии оценки при собеседовании:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в

изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача №1.

Девочка 2г 2 мес. поступила с жалобами на изменения в анализах мочи в виде эритроцитурии.

Anamnes vite: ребенок от I беременности, протекавшей с угрозой прерывания, преждевременной отслойкой плаценты. Роды срочные самостоятельные быстрые со стимуляцией. МТ при рождении – 4000 г, ДТ – 54 см. Закричала сразу, состояние по шкале Апгар 8-9 баллов. К груди приложена на 3 сутки (у матери анемия), на грудном вскармливании до 2 недель. Получила прививки: в роддоме ВЦЖ и V1 против гепатита, в 4 мес. - V1 АКДС и V1 полиомиелита. Далее прививки не получала из-за медотвода (гипоксически-ишемическое поражение ЦНС)

Наследственность отягощена: у матери ребенка – сахарный диабет, в анамнезе – цистит. У бабушки по линии матери – пиелонефрит, у дедушки – сахарный диабет. По линии отца сведений нет.

Anamnes morbi: 9 мес. назад у ребенка внезапно появилось выраженное урежение мочеиспускания до 2 раз в сутки. После обследования в больнице диагностирован пузырно-мочеточниковый рефлюкс, цистит. Получала лечение. В последнем анализе мочи перед настоящей госпитализацией р-ция кислая, эпит. Клетки – 0-1 в п/зр., лейкоц. – 0-2 в п/зр., эр. – 30-40 в п/зр.

Statuspraesens: Т – 36,6°C, ЧСС- 100 в мин., ЧД – 26 в мин., АД – 85/40 мм рт. ст., МТ – 15 кг, ДТ – 93 см. По органам во время осмотра отклонений не выявлено. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурических явлений, энуреза нет.

В общ. ан.мочи – солом.-желт., уд.вес – 1016 г/л,, р-ция кислая, б- 0 г/л, глюкоза – 0%. В повторном ан. мочи через 3 дня – сол.-желт., уд.вес.- 1009 г/л, р-ция кислая, б.- 6,5 г/л, глюкоза – 0%. Ан. мочи по Нечипоренко: л.-500, эр.-1000, ц.-0.

Бактериурия – менее 1000 микр тел/мл

УЗИ почек – левая 74x29x28 мм, правая 80x33x33 мм. Ность коркового слоя снижена, дифференциация слоев паренхимы нарушена. Лоханка слева – 5мм, справа – 6 мм.

Чашечки диаметром до 6 мм с обеих сторон. Стенка лоханок утолщены до 3 мм. Стенка мочевого пузыря – 3 мм. В просвете мочевого пузыря- большое количество нежного эхоплотного осадка. После микции – мочевой пузырь опорожнился полностью, лоханка слева – 6 мм, справа – 7 мм.

Цистография – без отклонений от нормы.

Уретроцистоскопия: в мочевом пузыре слева прозрачная, с огромным количеством белесоватой взвеси и слизи. Из левого устья мочеточника с током мочи вышел большой кусок слизи.

На 4 день пребывания в стационаре мочилась 8 раз, с выделением 250, 50, 100, 110, 75, 90, 200, 300 мл мочи, суточным объемом – 1175 мл. На следующий день мочилась 8 раз по 300, 50, 110, 90, 70, 60, 110, 50 мл мочи, выделила суточный объем мочи – 860 мл.

Оцените результаты обследования ребенка. О патологии каких отделов мочевыводящей системы можно думать. Оцените ранний анамнез.

Ситуационная задача №2

Ребенку 2 мес. При УЗИ обнаружена гипоплазия правой почки.

Ответьте, на каком сроке гестации воздействие вредных факторов привело к формированию данной патологии. Достаточно ли проведения УЗИ для постановки диагноза?

Ситуационная задача №3.

Ребенок 10 лет наблюдается у участкового педиатра по поводу острого гломерулонефрита в течение 3 лет. При очередном диспансерном осмотре проведена проба Зимницкого. Выпито – 1200 мл. Результаты пробы:

- 9 час. – относительная плотность 1027, количество 220 мл;
- 12 час. - относительная плотность 1011, количество – 100 мл;
- 15 час. – относительная плотность 1015, количество 80 мл;
- 18 час. - относительная плотность 1022, количество 110 мл;
- 21 час. - относительная плотность 1012, количество 75 мл;
- 24 час. - относительная плотность 1024, количество 180 мл;
- 3 час. - относительная плотность 1020, количество 90 мл;
- 6 час. - относительная плотность 1028, количество 100 мл;

Оцените показатели пробы.

Какую функцию почек характеризует проба. Сделайте заключение.

Критерии оценки при решении ситуационных задач:

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Перечень тем для подготовки презентаций.

1. Болезнь де Тони-Дебре-Фанкони, патогенез, диагностические критерии.
2. Формулировка рахитоподобного заболевания: почечного тубулярного ацидоза. Патогенез. Клинические проявления проксимального и дистального почечного тубулярного ацидоза.
3. Синдром Лайтвуд- Олбрайта.
4. Анте-постнатальная профилактика классического рахита.
5. Постнатальная профилактика рахита.
6. Сроки начала и продолжительность специфической профилактики рахита, доза витамина Д для недоношенных детей.
7. Белково-энергетическая недостаточность. Этиопатогенез. Клиника.
8. Алгоритм лечения БЭН.
9. Основные критерии диагностики атопического дерматита у детей.
10. Сравнительная характеристика детской и подростковой стадий атопического дерматита.
11. Рабочая классификация атопического дерматита. Клинические проявления легкого, средне-тяжелого и тяжелого течения атопического дерматита.
12. Принцип проведения элиминационной диеты у детей с атопическим дерматитом. Цель ее проведения.
12. Принципы лечения атопического дерматита.

13. Формулировка целиакии. Патогенез. Классификация. Диагностические критерии целиакии. Латентная целиакия, риск развития осложнений при латентной целиакии.
14. Методы диагностики целиакии. Продукты питания, содержащие скрытый глютен. Последствия несоблюдения безглютеновой диеты.
15. Продукты питания для детей раннего возраста, не содержащие глютен. Непищевые продукты, содержащие глютен. Исход при заболевании целиакией. Профилактика. Диспансеризация.
16. Лактазная недостаточность (формулировка). Этиопатогенез. Диагностические критерии первичной и вторичной лактазной недостаточности.
17. Диетотерапия при лактазной недостаточности. Последствия несоблюдения диетотерапии. Диагностика. Прогноз при лактазной недостаточности. Профилактика. Диспансеризация.
18. Формулировка понятия острого и хронического «запора». Римские критерии хронического запора.
19. Виды функциональных и дискинетических запоров. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
20. Коарктация аорты. Стеноз аорты, 2-х створчатый клапан аорты.
21. Дефект ДМПП, ДМЖП, гипертрофия миокарда предсердий и желудочков.
22. Открытый артериальный проток. Гипертрофия миокарда левого желудочка и правого желудочка.
23. Изолированный стеноз легочной артерии. ТетрадаФалло.
24. Нарушения образования импульса (виды, показатели ЭКГ, клинические проявления, тактические решения, прогноз).
25. Нарушения проводимости (виды, показатели ЭКГ, клинические проявления, тактические решения, прогноз).
26. Сердечная недостаточность кровообращения (клинические проявления, тактические решения, прогноз).
27. Пневмонии у детей раннего возраста. Определение. Этиология. Эпидемиология. Классификация. Патогенез. Клиника, диагностика. Осложнения. Группы препаратов для этиотропной и патогенетической терапии.
28. Пневмонии у детей раннего возраста. Определение. Диагностика. Современные принципы лечения. Показания к госпитализации. Лечение: основные лекарственные средства этиотропной и симптоматической терапии.
29. Бронхиальная астма у детей. Определение. Эпидемиология. Предрасполагающие и провоцирующие факторы. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Лечение в периоде обострения.
30. Бронхиальная астма у детей. Определение. Критерии тяжести обострения бронхиальной астмы. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы.
31. Бронхиальная астма у детей. Определение. Лабораторные и инструментальные методы обследования. Критерии степени тяжести течения бронхиальной астмы.

Для оценки презентаций:

- Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.
- Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины Форма промежуточной аттестации в 7 семестре - зачет, в 8 семестре – экзамен.

Порядок проведения промежуточной аттестации

Зачет – результат промежуточной аттестации за 7 семестр, не являющийся завершающим изучение дисциплины «*Факультетская педиатрия*», оценивается как средний балл, рассчитанный как среднее арифметическое значение за все рубежные контроли семестра (учитываются только положительные результаты).

Процедура проведения и оценивания экзамена

Экзамен проводится по билетам в форме устного собеседования. Студенту достается экзаменационный билет путем собственного случайного выбора и предоставляется 45 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 20 минут (I).

Экзаменационный билет содержит пять вопросов (теоретические и практические)(II).

Критерии выставления оценок (III):

- Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.

- Оценки «хорошо» заслуживает студент, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний.

- Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, показавший при ответе на экзамене знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя, знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях студента основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы экзаменационного билета.

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины
«Факультетская педиатрия»**

ОПК-4

Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследование пациента с целью установления диагноза.

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

Вопрос для индивидуального собеседования:

1. Роль фосфора и кальция в организме ребенка. Особенности их обмена, регуляция. Суточная потребность детей раннего возраста в кальции, фосфоре, витамине Д. Факторы, предрасполагающие к рахиту.
2. Рахит. Определение. Классификация. Клиника в зависимости от степени тяжести и периода заболевания. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
3. Рахит. Определение. Принципы и методы лечения. Препараты витамина D, дозы профилактические и лечебные.
4. Рахитоподобные заболевания. Определение. Классификация. Дифференциальная диагностика.
5. Гипервитаминоз D. Определение. Причины. Классификация. Клиника. Лечение. Профилактика. Прогноз.
6. Спазмофилия. Определение. Клинические формы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Профилактика.
7. Атопический дерматит. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Оценка степени тяжести (SCORAD). Критерии постановки диагноза. Особенности питания при атопическом дерматите.
8. Атопический дерматит у детей грудного и раннего возраста. Определение. Методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Профилактика. Современные подходы к терапии.
9. Пищевая аллергия. Аллергия к белку коровьего молока. Определение. Клинические проявления. Диагностика. Особенности питания ребенка с аллергией к БКМ в зависимости от вида вскармливания.
10. Аллергия к белку коровьего молока. Гастроинтестинальные проявления аллергии к белку коровьего молока. Принципы терапии.
11. Гипотрофия у детей грудного возраста. Определение. Характеристика степеней гипотрофии. Принципы диетотерапии у детей грудного возраста с гипотрофией в зависимости от степени гипотрофии.
12. Паратрофия. Определение. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
13. Хронические расстройства питания у детей грудного возраста: приобретенная алиментарная гипотрофия. Определение. Классификация. Критерии диагностики. Клиническая картина. Лечение. Программы диетической коррекции. Профилактика.
14. Синдром мальабсорбции. Лактазная и дисахаридазная недостаточность. Клиника, диагностика, подходы к терапии.
15. Целиакия. Этиология. Патогенез. Диагностика. Организация питания. Диспансерное наблюдение.
16. Железодефицитная анемия у детей грудного и раннего возраста. Определение. Этиология. Эпидемиология. Классификация по степени тяжести.

17. Группы риска детей грудного и раннего возраста по развитию железодефицитной анемии. Профилактика.
18. Железодефицитная анемия у детей грудного возраста. Определение. Патогенез. Клиническая картина. Препараты железа.
19. Пневмонии у детей раннего возраста. Определение. Этиология. Эпидемиология. Классификация. Патогенез. Клиника, диагностика. Осложнения. Группы препаратов для этиотропной и патогенетической терапии.
20. Пневмонии у детей раннего возраста. Определение. Диагностика. Современные принципы лечения. Показания к госпитализации. Лечение: основные лекарственные средства этиотропной и симптоматической терапии.
21. Пневмонии у детей раннего возраста. Современные принципы лечения. Неотложная помощь при гипертермическом синдроме. Характеристика жаропонижающих средств.
22. Пневмонии у детей старшего возраста. Определение. Диагностика. Рентгенологические изменения. Дифференциальный диагноз.
23. Пневмонии у детей старшего возраста. Типичные клинические проявления. Лабораторные и инструментальные методы обследования для верификации диагноза. Показания для консультации других специалистов.
24. Пневмонии у детей старшего возраста. Дифференциальная диагностика. Лечение: основные лекарственные средства этиотропной и симптоматической терапии (непатентованные и торговые названия лекарственных средств, возрастные дозы, способы введения препаратов, длительность курса терапии).
25. Бронхиальная астма у детей. Определение. Эпидемиология. Предрасполагающие и провоцирующие факторы. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Лечение в периоде обострения.
26. Бронхиальная астма у детей. Определение. Критерии тяжести обострения бронхиальной астмы. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы.
27. Бронхиальная астма у детей. Определение. Лабораторные и инструментальные методы обследования. Критерии степени тяжести течения бронхиальной астмы.
28. Бронхиальная астма у детей. Определение. Современные принципы базисной терапии бронхиальной астмы. Препараты, применяемые для базисной и симптоматической терапии. Аллерген-специфическая иммунотерапия.
29. Врожденные пороки сердца, связанные с сохранением внутриутробных коммуникаций и их основные диагностические критерии. Осложнения. Прогноз.
30. Врожденные пороки сердца. Коарктация аорты. Клиническая картина в зависимости от клинического варианта. Основные диагностические критерии. Показания к хирургическому лечению. Прогноз.
31. Врожденные пороки сердца. ТетрадаФалло. Клинические проявления. Основные диагностические критерии. Лечение. Осложнения. Прогноз.
32. Врожденные пороки сердца. Открытый артериальный проток. Клинические проявления. Основные диагностические критерии. Показания к хирургической коррекции. Прогноз.
33. Врожденные пороки сердца. Дефект межпредсердной перегородки. Клиническая картина. Основные диагностические критерии. Показания к хирургической коррекции. Прогноз.
34. Врожденные пороки сердца. Дефект межжелудочковой перегородки. Клинические проявления. Основные диагностические критерии. Показания к хирургической коррекции. Прогноз.
35. Врожденные пороки сердца. Классификация. Изолированный стеноз легочной артерии. Клиническая картина.
36. Врожденные пороки сердца. Определение. Одышно-цианотические приступы. Неотложная помощь.

37. Врожденные пороки сердца. Транспозиция магистральных артерий. Клиническая картина. Основные диагностические критерии. Показания к хирургическому лечению. Прогноз.
38. Нарушения сердечного ритма. Экстрасистолии. Диагностические критерии, дифференциальная диагностика, принципы лечения, прогноз.
39. Нарушения сердечного ритма. Тахикардии. Диагностические критерии, дифференциальная диагностика, принципы лечения, прогноз.
40. Нарушения сердечного ритма. Брадикардии, блокады. Диагностические критерии, дифференциальная диагностика, принципы лечения. Диспансерное наблюдение.
41. Миокардиты у детей. Причины. Диагностика. Принципы терапии. Этиология, патогенез, диагностика, принципы терапии. Диспансерное наблюдение.
42. Бактериальный эндокардит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Прогноз.
43. Перикардит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Прогноз.
44. Кардиомиопатии. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Прогноз.
45. Артериальная гипертензия. Определение. Первичная артериальная гипертензия. Гипертоническая болезнь. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Прогноз.
46. Артериальная гипертензия. Определение. Гипертонический криз. Синкопальные состояния у детей. Неотложная помощь.
47. Артериальная гипертензия. Определение. Вторичная артериальная гипертензия. Классификация. Клинические особенности течения. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Прогноз.
48. Инфекции мочевых путей. Понятие. Этиология. Предрасполагающие факторы. Классификация. Диагностика. Принципы терапии острого и хронического цистита.
49. Острый пиелонефрит у детей. Определение. Этиология. Патогенез. Клиника. Лабораторно-инструментальная диагностика. Лечение. Подбор и длительность применения препаратов антибактериального действия.
50. Хронический пиелонефрит у детей. Определение. Лечение в зависимости от активности процесса и стадии заболевания. Профилактика. Диспансерное наблюдение. Прогноз.
51. Хронический пиелонефрит у детей. Определение. Понятие о первичном и вторичном хроническом пиелонефрите. Клиника. Лабораторная и инструментальная диагностика. Критерии активности пиелонефрита.
52. Острый постстрептококковый гломерулонефрит у детей. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Дифференциальная диагностика. Диспансерное наблюдение. Осложнения. Прогноз.
53. Острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом. Определение. Особенности течения и лечения. Диспансерное наблюдение. Прогноз.
54. Острый гломерулонефрит с синдром гематурии. Диагностические критерии, дифдиагностика, осложнения.
55. Острый гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом. Диагностические критерии, дифдиагностика, осложнения.
56. Острый гломерулонефрит смешанный вариант. Диагностические критерии, дифдиагностика, осложнения.
57. Подострый гломерулонефрит. Диагностические критерии, дифдиагностика, осложнения.
58. Болезнь Берже. Определение. Диагностические критерии, дифдиагностика, осложнения.
59. Вторичные нефриты. Диагностические критерии, дифдиагностика, осложнения.

60. Хронические гломерулонефриты у детей. Определение. Клиническая и морфологическая классификация. Патогенез. Профилактика обострения. Критерии, характеризующие хронизацию процесса. Морфологические варианты.
61. Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма у детей. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
62. Хронический гломерулонефрит у детей, изолированный мочевого синдрома. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
63. Заболевания пищевода. Пороки развития пищевода. Ахалазия пищевода. Дискинезии пищевода. Клиника. Диагностические критерии. Принципы терапии.
64. Гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь. Клиника. Диагностические критерии. Принципы терапии.
65. Хронический гастрит и гастродуоденит у детей. Клиника. Диагностические критерии. Принципы терапии.
66. Хронический гастродуоденит у детей. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Инструментально-лабораторная диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Принципы диетотерапии. Диспансерное наблюдение.
67. Язвенная болезнь 12-перстной кишки у детей. Определение. Эпидемиология. Этиология. Классификация. Клинические проявления. Клиника. Диагностические критерии. Принципы терапии.
68. Язвенная болезнь 12-перстной кишки у детей. Определение. Диагностика. Методы выявления *H. pylori*. Дифференциальный диагноз. Лечение в период обострения. Диспансерное наблюдение.
69. Осложнения язвенной болезни 12-перстной кишки у детей и подростков. Неотложная помощь при остром желудочно-кишечном кровотечении.
70. Функциональные нарушения желчевыводящих путей у детей. Механизмы формирования. Клинические проявления в зависимости от типа дисфункции желчевыводящих путей. Особенности лечения.
71. Холециститы у детей. Определение. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
72. Желчнокаменная болезнь у детей. Определение. Факторы, способствующие образованию камней желчного пузыря. Диагностика. Лечение. Неотложная терапия при желчнокаменной колике.
73. Синдром раздраженного кишечника. Этиология, патогенез, диагностические критерии, дифдиагностика, принципы лечения, прогноз.
74. Запоры у детей. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение. Особенности диетотерапии в зависимости от возраста ребенка.
75. Хронические заболевания кишечника. Болезнь Крона. Этиология, патогенез, диагностические критерии, дифдиагностика, принципы лечения, прогноз.
76. Дисфункциональные расстройства желчевыводящей системы. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение.
77. Желчнокаменная болезнь. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение.
78. Болезни поджелудочной железы. Классификация. Пороки развития поджелудочной железы. Патогенез. Клиника, диагностика, лечение.
79. Хронический панкреатит у детей. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение.
80. Острая ревматическая лихорадка. Этиология, патогенез и патоморфология. Классификация. Принципы терапии при ревматизме. Приобретенные пороки сердца.
81. Острая ревматическая лихорадка. Семиотика поражений разных органов и систем. Критерии Киселя-Джонса. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
82. Острая ревматическая лихорадка. Принципы терапии. Первичная профилактика. Вторичная профилактика.

83. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Классификация. Хронической ревматической болезни сердца с учетом степени недостаточности кровообращения. Основные клинические проявления приобретенных пороков сердца (митральная недостаточность, митральный стеноз).
84. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Основные клинические проявления приобретенных пороков сердца (аортальная недостаточность, аортальный стеноз).
85. Клиника повторных атак хронической ревматической болезни сердца. Лабораторно-инструментальная диагностика. Алгоритм дифференциального диагноза. Этапное лечение повторных атак ревмокардита. Профилактика.
86. Реактивные (урогенные) артриты у детей. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Принципы терапии. Прогноз, диспансерзация.
87. Реактивные (постэнтероколитические) артриты у детей. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Принципы терапии. Прогноз, диспансерзация.
88. Ювенильный артрит. Понятие. Эпидемиология. Классификация. Этиология и патогенез. Патоморфология.
89. Ювенильный артрит с системным началом. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы терапии. Прогноз, диспансерзация.
90. Ювенильный анкилозирующий спондилоартрит. Этиология, патогенез. Клиническая характеристика. Диагностика. Принципы терапии. Прогноз, диспансерзация.
91. Пауциартикулярный ювенильный артрит. Этиология, патогенез. Клиническая характеристика. Диагностика. Принципы терапии. Прогноз, диспансерзация.
92. Ювенильный полиартрит, серонегативный. Этиология, патогенез. Клиническая характеристика. Диагностика. Принципы терапии. Прогноз, диспансерзация.
93. Ювенильный ревматоидный артрит, серопозитивный. Этиология, патогенез. Клиническая характеристика. Диагностика. Принципы терапии. Прогноз, диспансерзация.
94. Псориатический артрит. Клиническая характеристика. Диагностика. Принципы терапии. Прогноз, диспансерзация.
95. Артрит, ассоциированный с энтезитом. Клиническая характеристика. Диагностика. Принципы терапии. Прогноз, диспансерзация.
96. Системная красная волчанка. Этиология. Патогенез. Клинические признаки поражения различных органов и систем. Диагностика. Принципы терапии. Диспансерзация и реабилитационные мероприятия. Прогноз
97. Ювенильная склеродермия. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы терапии. Диспансерзация и реабилитационные мероприятия. Прогноз.
98. Ювенильный дерматомиозит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы терапии. Диспансерзация и реабилитационные мероприятия. Прогноз.
99. Неспецифический аортоартериит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы терапии. Диспансерзация и реабилитационные мероприятия. Прогноз.
100. Узелковый полиартериит и родственные состояния. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы терапии. Диспансерзация и реабилитационные мероприятия. Прогноз.

Основные жалобы при патологии сердечно-сосудистой системы у ребенка?

Вопрос для индивидуального собеседования: Основные жалобы при патологии мочевыводящей системы у ребенка?

Вопрос для индивидуального собеседования: При наличии каких симптомов можно заподозрить ВПС II группы на первом году жизни?

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Ситуационная задача №1

Профилактический осмотр ребенка в детской поликлинике в 1 месяц. Мать кормит ребенка грудью, жалуется, что с рождения ребенок беспокойный, часто плачет, плохо спит, во время кормления бросает сосать, кричит. Стул водянистый, с кислым запахом, пенистый. Во время кормления отмечается урчание в животе. Контакт с инфекционными больными мать исключает.

Родился недоношенным, на 37 неделе, с оценкой по шкале Апгар 6/8 баллов. Месячная прибавка МТ составила 100 г. У матери atopический дерматит, хронический энтероколит.

При объективном обследовании ребенка: живот вздут, при пальпации урчит, ребенок реагирует на осмотр негативно. Обращает внимание покраснение перианальной области.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие простые методы исследования на начальном этапе позволят подтвердить предварительный диагноз? Опишите ожидаемые результаты.
3. Какие сведения из анамнеза позволили заподозрить заболевание?
4. О чем говорят данные прибавки массы тела в периоде новорожденности? Какие рекомендации необходимо дать маме по ее питанию?

Ситуационная задача №2

В приемном покое мальчик 13 лет с жалобами на боли в животе, возникающими спустя 2 часа после приёма пищи, ночные боли, изжогу, отрыжку воздухом. Боли беспокоят в течение 3 лет, носят непостоянный характер, стихают на прием пищи и затем опять возобновляются. Ранее не обследовался, получал лечение: алмагель, мезим форте. Семья материально обеспечена. У кровных родственников 1 и 2-й линий родства имеются больные с патологией желудочно-кишечного тракта. В раннем и дошкольном возрасте регистрировался нервно-артритический диатез, раннее искусственное вскармливание, энурез, частый абдоминальный синдром, в последующие годы ребенок начал заниматься в музыкальной школе и спортивной секции по каратэ. Ребенок лабилен, впечатлителен, учится хорошо. Родители в разводе в течение 4 лет.

При осмотре: ДТ- 140 см, МТ- 33кг. Язык обложен неплотным налётом белого цвета. Живот не вздут, мягкий, болезненный в области эпигастрия, проекции пилородуоденальной зоны. Симптомы Мерфи, Ортнера, Кера положительные. Стул 1 раз в день, оформленный. По другим органам – без патологии. В общем, биохимическом анализах крови, общем анализе мочи – б/о.

ФЭГДС: Слизистая желудка во всех отделах и слизистая луковицы гиперемирована, гипертрофирована, в просвете желудка умеренное количество мутной желчи. Слизистая двенадцатиперстной кишки гиперемирована, гипертрофирована, на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки язвенный дефект 0,6×0,5см, покрытый грязно-серым фибриновым налётом, окруженный венчиком гиперемии, Нр (+++). УЗИ: печень – б/о. Желчный пузырь - увеличен, деформирован перегибом в средней трети тела, стенки не уплотнены, содержимое неоднородное. Поджелудочная железа селезёнка без патологии.

Вопросы:

1. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
2. Оцените собранный анамнез
3. Оцените полученные результаты обследования
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
5. Ваши рекомендации по профилактике дальнейшего развития заболевания

Ситуационная задача №3

Мальчик 11 лет поступил с жалобами на повышение температуры до субфебрильных цифр (максимально до 37,4°C), изменение походки, нарушение почерка, появление произвольных движений лица и рук, лабильность настроения.

Из анамнеза - месяц назад перенес ангину. Амбулаторно получал лечение. После возобновления обучения в школе преподаватели отметили ухудшение почерка, повышенную лабильность настроения. В дальнейшем присоединились нарушение походки, подергивание руками и головой, иногда произвольное высовывание языка. В вечернее время отмечалось повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

Объективно: состояние средней тяжести. Отмечаются повышенная эмоциональная лабильность, произвольные движения пальцев рук, высовывание языка. Выполнение почерковых и пальценосовой проб затруднено. В позе Ромберга неустойчив. Кожные покровы не изменены. Отеков нет. Суставы визуально не изменены, безболезненны, движения выполняются в них в полном объеме. В легких дыхание одинаково проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД - 18 в минуту. Перкуторно левая граница сердца по среднеключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, ЧСС - 100 в минуту, шумы не выслушиваются. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови: лейкоциты - 11×10^9 /л, гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}$ /л. СОЭ - 18 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Ситуационная задача №4

Девочка 15 лет обратилась с жалобами на боли в левом коленном, левом т/бедренном суставах, припухлость вокруг левого коленного сустава. Утренней скованности нет.

Из анамнеза: девочка занималась танцами, в течение года периодически жаловалась на боли в суставах стоп, затем боли усилились, в анализах крови СОЭ 21 мм/ч. Получала нимулид, на фоне чего отмечалась положительная динамика. Через 2 месяца - повышение температуры, боль и припухлость левого голеностопного сустава, в м/ф проксимальном суставе 2 пальца левой стопы. Через 3 месяца вновь лихорадка, боли в голеностопных, коленных суставах.

Объективно: Общее состояние средней тяжести, по внутренним органам б/о, вес 52, рост 170см, суставы- деформация коленных суставов за счет экссудативно - пролиферативных изменений, более выражена слева, левый надколенник баллотирует, сгибание в коленных суставах умеренно ограничено, болезненно, левый г/ст сустав умеренно деформирован за счет пролиферативных изменений, тыльное сгибание незначительно ограничено, б/б , сгибание и ротация в левом т/б суставе ограничены, б/б, другие суставы внешне без явной деформации, движения б/б, КПС б/б.

Лабораторные данные: в анализах крови- $3,3 \times 10^{12}$ /л, НВ 103 г/л, тромбоциты - 288×10^9 /л, L $8,4 \times 10^9$ /л, эоз - 1 %, п/я - 2 %, с/я - 53 %, лимф. - 41 %, мон. - 3 %, СОЭ 70 мм/ч, в биохимии- СРБ+++++, серомукоид- 0,22ед, R- фактор- отрицательный, кровь на

хламидиоз, микоплазмоз отрицательная, на ЛЕ клетки- не обнаружены, кровь на RW, ВИЧ, HBS ag, маркеры гепатита отрицательная.

Рентгенограмма коленных суставов - мягкие ткани уплотнены, несколько повышена прозрачность костной ткани, единичные кистовидные просветления, суставные щели симметричны не сужены, эрозий суставных поверхностей нет, энтезопатий нет, отмечается заострение суставных поверхностей латеральных мыщелков большеберцовой кости. В-27 антиген положительный, УЗИ т/б - суставов слева уплотнена капсула и периартикулярные ткани. УЗИ суставов - в верхнем завороте левого коленного сустава лоцируется неомогенная жидкость с элементами организации до 13мм.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Ситуационная задача №5

Девочка 6 лет поступила с жалобами на пятнистую сыпь на конечностях, ягодицах, припухлость в области левого коленного сустава. 2 месяца назад мама заметила пятнистые элементы сыпи на конечностях, ягодицах, припухлость в области левого коленного сустава.

Объективно: Вес – 24 кг, рост – 120 см, состояние средней тяжести, температура 36,7. Кожные покровы – неяркие пятнистые элементы на бедрах, ягодицах, на коже предплечий, обширный участок уплотнения кожи, идущий от верхней трети задней поверхности левого бедра, переходящий на внутреннюю поверхность голени, захватывающий полностью г/стопный сустав и левую стопу, с элементами атрофии, гиперпигментации, по задней поверхности правого бедра пальпаторно определяется участок уплотнения кожи. В эпигастральной области пальпируется участок уплотнения (мышц?), кожа над этим участком не изменена. В области передней поверхности бедер участки сетчатого ливеда, на ладонях проявления капиллярита. Отмечается умеренная дефигурация левого коленного сустава, движения в нем б/б, разгибание ограничено, отмечается уменьшение левой стопы, значительное ограничение движений в левом г/ст суставе. Другие суставы внешне не изменены, движения в л/з, п/ф, м/ф суставах кистей ограничены, болезненны. Слизистая ротовой полости розовая, влажная. Зев - б/о. Л/у мелкие 0,5x0,7см, б/б. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД- 20 в мин. ССС – область сердца визуально не изменена, перкуторно границы относительной тупости не расширены, аускультативно тоны достаточной звучности, ритм правильный, ЧСС – 112 в мин, органических шумов не слышно, пульсация артерий. АД 90/50мм.рт.ст. Живот мягкий, б/б, печень перкуторно у края реберной дуги, селезёнка не пальпируется. Физиологические отправления не нарушены. В ОАК – эр 4,45*10¹²/л, Нв 110 г/л, тр 143 10⁹/л, Л 4,1*10⁹/л, Э 1%, п/я 5%,с/я 31%, л/ц 53%, м/ц 10%. СОЭ 20 мм/ч.

Биохимический анализ крови: СРБ 6 мг/л, серомукоид 0,17 ед, АЛТ- 32, АСТ – 47Е/л, ЛДГ 603 у/л, КФК 59у/л, КФК МБ 14 у/л, креатинин 55 мкмоль/л, мочевины 4,4 ммоль/л, АСЛ «О» < 200 ме/мл, R – фактор < 8мг/л, фибриноген 4,3 г/л, общий белок-75г/л, альбумины-39г/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Ситуационная задача №6

К врачу-педиатру участковому обратилась девочка 14 лет с жалобами на периодически возникающие боли в области сердца колющего характера в состоянии покоя до 2-3 минут, купируются самостоятельно или после приема корвалола, чувство

нехватки воздуха, утомляемость, которая требует почти ежедневного дневного сна после занятий в школе. При дополнительном расспросе выяснились наличие плохой переносимости автотранспорта, душных помещений. Головные боли редко, преимущественно к вечеру, купируются после приема нурофена или самостоятельно после отдыха. Синкопе отрицает.

Анамнез заболевания: данные жалобы появились впервые около года назад после развода родителей. В это время ухудшилась успеваемость и начались конфликты с одноклассниками. Кардиалгии за последний месяц участились до 2-3 раз в неделю.

Из анамнеза жизни: девочка росла и развивалась без особенностей. На диспансерном учете не состояла. Мать ребенка страдает нейроциркуляторной дистонией, у бабушки по линии матери - гипертоническая болезнь.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура нормальная. Девочка астенического телосложения. Кожа физиологической окраски, на лице угревая сыпь. Красный стойкий дермографизм. Отмечается гипергидроз подмышечных впадин, кистей рук и стоп. Конечности холодные. Катаральных явлений нет. В легких дыхание везикулярное, ЧДД 18 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. При аускультации в положении лежа тоны сердца звучные, умеренная дыхательная аритмия, ЧСС 60 в минуту. В положении стоя тоны ритмичные, ЧСС 92 в минуту, сердечные шумы не выслушиваются. АД 90/50 мм рт.ст. на обеих руках. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. Нарушений стула, дизурических расстройств со слов пациентки не отмечается.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите дальнейшую тактику врача-педиатра участкового.
3. Дайте рекомендации по лечению пациентки.

Ситуационная задача №7

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

Жалобы появились около 3 месяцев назад, за медицинской помощью не обращался. На профосмотре в школе выявили повышение АД до 150/80 мм рт. ст. На приеме у кардиолога АД до 140/80 мм рт. ст., рекомендовано соблюдать режим дня, снизить физическую и умственную нагрузку, контроль за АД, явка через 10 дней.

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 повторном приеме АД вновь 140/80 мм рт. ст. (95-й перцентиль АД для данного пола, возраста и роста составляет 133 мм рт. ст.). Рекомендовано провести обследование.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок за последний год вырос на 15 см, появилась неустойчивость настроения, конфликты со сверстниками, повышенная потливость, стал уставать от школьных нагрузок. Гуляет мало, предпочитает играть в компьютерные игры, нарушился сон. В течение последнего года курит по 1-2 сигареты в день. У отца – гипертоническая болезнь с 45 лет.

Объективно: кожные покровы обычной окраски, выражена потливость, хорошо развиты вторичные половые признаки. Рост 178 см, масса тела 63 кг. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 18 в 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 минуту, шумы не выслушиваются. Среднее АД по результатам 3 измерений - 150/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги. Стул оформленный, диурез в норме.

ОАК: гемоглобин - 142 г/л, эритроциты - $4,8 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты - 300×10^9 /л, лейкоциты - $6,3 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с/я - 67%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 24%, моноциты - 6%, СОЭ - 5 мм/час.

Общий анализ мочи: в норме. ЭКГ – вариант возрастной нормы. ЭХОКГ – структурных изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Назначьте подростку лечение.

Ситуационная задача №8

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 и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента, назовите изменения, выявляемые при инструментальных методах диагностики.
3. Назовите технику измерения и методику оценки артериального давления у ребенка 1 года жизни.

Ситуационная задача №9

При диспансерном осмотре у девочки 11 лет выявлена экстрасистолия. Жалоб не предъявляет, давность возникновения аритмии неизвестна.

Из анамнеза: родилась в срок от первой, протекавшей на фоне токсикоза беременности, быстрых родов, массой 3300 г, длиной тела 52 см. Росла и развивалась соответственно возрасту, часто болела ОРВИ, врачом-кардиологом не наблюдалась.

При осмотре: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, чистые, визуально область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, верхняя – III ребро, левая на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Аускультативно: тоны приглушены, лёжа выслушивается до 10 экстрасистол. Стоя тоны ритмичные, экстрасистолы не выслушиваются, при проведении пробы с физической

нагрузкой (десять приседаний) количество экстрасистол уменьшилось до одной. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание ненарушены.

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 64 в минуту, горизонтальная ось, регистрируются единичные суправентрикулярные экстрасистолы.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Перечислите принципы ведения пациентов и тактику лечения.

Ситуационная задача №10

К врачу-педиатру участковому доставили девочку 13 лет с жалобами на резкие боли в животе, задержку мочи. Заболевание началось 12 часов назад. Появились боли в животе без определенной локализации, болезненное мочеиспускание, затем – задержка мочи, усиление болей в животе. Направлена в нефрологическое отделение стационара.

В анамнезе: 3 месяца назад имелся аналогичный болевой приступ в сочетании с изменениями в моче (микрогематурия), которые выявлены при обследовании у врача-педиатра. Боли исчезли через 2 дня, в общем анализе мочи отмечались единичные кристаллы солей, большое количество оксалатов кальция. Лечились Канефроном в течение 1 месяца. Контрольное обследование не проводилось. Причину ухудшения состояния пациента не выявили. Состояние ребенка средней тяжести.

Объективно: рост – 156 см, масса – 42,5 кг. температура – 37,2°C. Кожные покровы обычной окраски, отеков нет. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 80 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. При глубокой пальпации живота отмечается умеренная болезненность в проекции нижнего полюса правой почки и резкоположительный симптом Пастернацкого справа и сомнительный слева.

ОАМ: удельный вес – 1018г/л белок - 0,033г/л, лейкоциты – 35–50 в поле зрения, эритроциты – 8–10 в поле зрения, ураты – сплошь, бактериурия.

УЗИ почек: в проекции собирательной системы правой почки гиперэхогенное включение 2×5 мм, от которого отходит «акустическая дорожка». В мочевом пузыре симптом «звездного неба».

Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам: рост E.Coli, степень бактериурии: 5×10^4 /л, чувствительность: Амоксиклав, Фурамаг, Цефтриаксон.

Вопросы:

1. Выделите основной синдром у данного пациента.
2. Поставьте и сформулируйте диагноз и окажите неотложную помощь.
3. Определите диагностическую тактику ведения пациента и назовите комплекс планируемых лечебных мероприятий при данном заболевании.

Ситуационная задача №11

Девочка 8 лет с жалобами на повышенную утомляемость, на постоянные боли в животе, не локализованные, не связанные с приемом пищи, повышение температуры до 38,9°C.

Девочка от первой беременности, протекающей с токсикозом второй половины, роды на 39-й неделе. Масса ребенка при рождении 3300 г, длина 51 см. Роды без стимуляции, безводный промежуток 3 часа. При рождении отмечалась асфиксия, проводились реанимационные мероприятия. Выписана на 7-е сутки. Период новорожденности без особенностей. До 1 года ничем не болела. Далее развивалась хорошо. Болела 5-6 раз в год ОРВИ. За 3 дня до обращения к врачу-педиатру участковому

отмечался подъем температуры до 38,5°C, однократная рвота, боли в животе. Осмотрена хирургом, хирургическая патологии не обнаружена.

При осмотре: состояние тяжелое, высоко лихорадит, кожные покровы чистые, слизистые сухие, лихорадочный румянец. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, шумов нет. ЧСС – 118 уд/мин. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Печень +1 см из-под реберного края. Симптом поколачивания по пояснице отчетливо положительный справа. Мочеиспускания редкие, безболезненные.

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

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

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Определите диагностическую тактику ведения пациента и назовите комплекс планируемых лечебных мероприятий при данном заболевании.

Ситуационная задача №12

На приеме врача-педиатра участкового мать с девочкой 1 год 4 месяца. Мама предъявляет жалобы на появление отеков у ребенка на лице, конечностях, редкие мочеиспускания.

При расспросе выявлено, что 2 недели назад девочка перенесла ОРВИ.

Из анамнеза жизни: девочка от первой беременности, протекавшей с токсикозом II половины. Родилась в срок, с массой тела 3600 г. Раннее развитие без особенностей, несколько раз болела ОРВИ. У матери – хронический тонзиллит. Наследственность по патологии органов мочевой системы не отягощена.

Объективно: состояние средней тяжести, бледная, выраженные отеки на лице, конечностях, туловище. Масса тела – 14 кг, рост – 77 см. Температура тела – 37,5 °С. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 104 удара в минуту. АД – 115/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5см. Селезенка не увеличена. Диурез: выпито жидкости накануне – 300 мл, выделено мочи - 150 мл. Моча пенится.

ОАК: лейкоциты - $18,6 \times 10^9$ /л, эритроциты - $4,43 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 117 г/л, тромбоциты - $220,0 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 5%, нейтрофилы – 74%, лимфоциты – 17%, моноциты – 4%, СОЭ – 37 мм/ч.

ОАМ: относительная плотность мочи – 1020, белок – 16,6 г/л, эритроциты - 0-1 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые 2-3 в поле зрения.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Укажите, какие лабораторно-инструментальные исследования необходимы для подтверждения диагноза.
3. Какова тактика лечения данной пациентки?

Ситуационная задача №13

Мальчик 10 лет на приеме у врача-педиатра участкового с жалобами на вялость, уменьшение диуреза, изменение цвета мочи. Ребенок от первой беременности, протекавшей с гипертензией и отечным синдромом в третьем триместре. Роды в срок.

Масса при рождении 3000 г, длина 49 см. На естественном вскармливании до 3 месяцев. Прививки по возрасту. Из инфекций перенес ветряную оспу, дважды лакунарную ангину, 1-2 раза в год болеет ОРВИ.

Две недели назад перенес ангину с повышением температуры до 39 °С, лечился Амоксициллином. Настоящее заболевание началось с резкого ухудшения самочувствия, потери аппетита, слабости, повышенной утомляемости, появилась моча цвета «мясных помоев».

При осмотре: кожные покровы бледные с мраморным рисунком. Пастозность век и голеней. В легких хрипов нет. Тоны сердца умеренно приглушены, систолический шум на верхушке. АД - 130/95 мм рт. ст., ЧСС – 100 ударов в 1 минуту. Живот мягкий. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. За сутки выделил 300 мл мочи. Количество выпитой жидкости не измерялось.

ОАК: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты – $9,2 \times 10^9$ /л, п/я – 7%, с – 71%, лимфоциты – 18 %, моноциты – 3 %, тромбоциты – $530,0 \times 10^9$ /л, СОЭ – 35 мм/час.

ОАМ: белок – 0,15 г/л, эритроциты – все поля зрения, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 1-2 в поле зрения, зернистые 4-8 в поле зрения.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Охарактеризуйте принципы диетотерапии при данном заболевании. Как рассчитать объем жидкости?

Ситуационная задача №14

Настя Е. 8 лет поступила в клинику с жалобами, со слов матери, на слабость, головные боли, отечность век, бурое окрашивание мочи.

Из анамнеза жизни известно, что девочка от первой беременности, протекавшей с гипертензией и отечным синдромом в третьем триместре.

Настоящее заболевание началось после перенесенной ангины. Получала Флемоксин, Нурофен, но школу посещала. Через 2 недели заметили появление мочи цвета «мясных помоев», отечность век по утрам. Ребенок был госпитализирован. Анализы мочи ранее проводились неоднократно, патологических изменений не было.

Состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Пастозность век и голеней. Зев умеренно гиперемирован, миндалины гипертрофированы II-III степени, разрыхлены, наложений нет. Перкуторно над легкими звук легочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 в минуту. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 0,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 70 ударов в минуту. АД – 130/85 мм рт. ст. Живот мягкий, пальпация безболезненная во всех отделах. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Диурез 300 мл за сутки, моча цвета «мясных помоев».

ОАК: СОЭ – 21 мм/ч, лейкоциты – $11,3 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 2%, с/я – 64%, лимфоциты – 24%, моноциты – 6%, эозинофилы – 4%, Эр – $4,2 \times 10^{12}$ /л, Нв – 120 г/л, тромбоциты – 325×10^9 /л.

ОАМ: цвет – бурый, прозрачность – неполная, реакция – щелочная, удельный вес – 1009, белок – 0,8‰, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – выщелоченные, покрывают все поле зрения, зернистые цилиндры – 3-4 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, альбумины – 53%, альфа-1-глобулины – 3%, альфа-2-глобулины – 17%, бета-глобулины – 12%, гамма-глобулины – 17%, билирубин общий – 18 мкмоль/л, билирубин прямой – 0,8 мкмоль/л, АЛТ – 23 Ед/л, АСТ – 28 Ед/л, мочевины – 15,2 ммоль/л (норма – 4,3-7,3 ммоль/л), креатинин – 188 мкмоль/л (норма – до 110 мкмоль/л), СРБ – 1,4 мг/дл (норма – до 0,05 мг/дл), калий – 5,6 ммоль/л, натрий – 148 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Обоснуйте необходимую терапию данного заболевания.

Ситуационная задача №15

На приеме девочка 12 лет с жалобами на боли в животе, в области эпигастрия, вокруг пупка, возникающие натощак, через 2 часа после приема пищи, ночные, изжогу, отрыжку воздухом.

Ребенок учится в школе с интенсивным изучением иностранных языков, посещает кружок танцев, шахматы. У бабушки по материнской линии - гипертоническая болезнь, у дедушки по отцовской линии - хронический холецистит, у отца - язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки.

Первые симптомы заболевания появились 5 месяцев назад, постепенно участились, приняли интенсивный характер. Амбулаторно получала лечение алмагель, мезим форте с непродолжительным положительным эффектом.

При осмотре: рост 140 см, масса 40 кг. Кожные покровы чистые, выражена потливость ладоней и стоп, красный живой, стойкий, разлитой дермаграфизм. Дыхание над легкими везикулярное. ЧДД - 20 в 1 минуту. Тоны сердца средней звучности, ясные, дыхательная аритмия. ЧСС - 62-80 в 1 минуту. АД - 95/60 мм рт. ст. Язык обложен неплотным налетом белого цвета. Живот не вздут, мягкий, болезненный в области эпигастрия, проекции пилорoduоденальной зоны. Печень у края реберной, край закруглен. Симптомы холепатии отрицательные. Стул 1 раз в день, оформленный. По другим органам – без патологии.

ОАК: эритроциты - $4,61 \times 10^{12}/л$, Нв - 125 г/л, Нт - 37,6, лейкоциты - $7,3 \times 10^9/л$, эозинофилы - 3%, п/я - 2%, с/я - 48%, лимфоциты - 40%, моноциты - 7%, СОЭ - 7мм/ч.

Биохимический анализ крови – АлТ - 19 Ед/л, АсТ - 19 Ед/л, об. белок - 70 г/л, α -амилаза - 19 е/л, об. билирубин - 14,2 мкмоль/л, пр. билирубин - 1,4 мкмоль/л, ЩФ - 360 ед. (норма 380 ед.).

ФЭГДС: слизистая пищевода розовая. Слизистая желудка и слизистая луковицы гиперемирована, гипертрофирована, в просвете желудка умеренное количество мутной желчи. Слизистая двенадцатиперстной кишки гиперемирована, гипертрофирована, на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки язвенный дефект 0,6×0,5см, покрытый грязно-серым фибриновым налетом, окруженный венчиком гиперемии, Нр (+++).

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Какое лечение необходимо назначить?

Ситуационная задача №16

Девочка 13 лет обратилась с жалобами на «голодные» боли в эпигастриальной области, изжогу, отрыжку кислым, головные боли.

Данные симптомы появились 3 месяца назад. После приема пищи боли стихают. Находилась на стационарном лечении, ушла под расписку. По данным выписки из стационара:

Биохимический анализ крови: билирубин общий – 16,5 мкмоль/л, прямой – 7,6 мкмоль/л; амилаза - 80 Ед/л (норма – до 120 Ед/л), АлАТ - 17 Ед/л, АсАТ - 21 Ед/л, ЩФ - 98 Ед/л (норма – до 140 Ед/л).

ФГДС: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается полностью. В просвете желудка слизь, слизистая во всех отделах отечная, гиперемированная. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки - отечная, на передней ее стенке язвенный дефект

округлой формы с гиперемированным валиком размером 0,9x0,7 см, дно покрыто фибрином. Уреазный тест на НР-инфекцию: положительный (+++). Выполнена биопсия. Внутривенная рН-метрия: базальная гиперацидность.

У отца язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у бабушки по линии матери – хронический гастрит.

Объективно: рост 158,5 см, масса 46 кг, АД – 90/55, частота PS – 65-67 в минуту, кожные покровы бледные, периорбитальный цианоз; язык обложен белым налетом; живот при поверхностной пальпации мягкий, без мышечного напряжения, положительный симптом Менделя, при глубокой пальпации отмечается значительная болезненность в эпигастральной и пилорoduоденальной зоне. По другим внутренним органам без патологии. Стул ежедневный, 1 раз в день, темно-коричневый, без патологических примесей.

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

Общий анализ мочи: в норме.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Сформулируйте и обоснуйте план лечения пациентки.

Ситуационная задача №17

Мальчик 13 лет обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на интенсивные ночные боли в эпигастральной области, рвоту с примесью желчи, возникающую на фоне болевого синдрома (приносит облегчение), отрыжку горьким, кислым, слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, нерегулярный стул, 1 раз в 2–3 дня.

Из анамнеза известно, что ребенок болен в течение пяти лет, обострение заболевания чаще весной и осенью.

Наследственный анамнез: у папы – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Мальчик астенического телосложения. Кожные покровы чистые. Дыхание везикулярное, ЧДД – 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту. При осмотре ротовой полости язык с гипертрофированными сосочками, обложен бело-желтым налетом. Живот болезненный в собственной эпигастральной области и пилорoduоденальной зоне.

Лабораторные и инструментальные данные: фиброгастроскопия (ФГС) (луковица 12-перстной кишки стенозирована до 0,5 см практически всю заднюю стенку занимает хроническая язва 1,5x2,5 см, из-за деформации луковица полностью не просматривается, найти выходное отверстие и провести через него аппарат не удается), обследование на НР-инфекцию: а/т к НР +.

Вопросы:

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

Ситуационная задача №18

У девочки 9 лет жалобы на эпизодические колющие боли в правом подреберье и околопупочной области, возникающие через 30-40 минут после употребления жирной пищи, после физической нагрузки, длительностью до 15 минут, проходят самостоятельно. Стул неустойчивый. Умеренно выражен астенический синдром (периодически нарушение

сна, повышенная утомляемость, снижение умственной и физической работоспособности), аппетит понижен.

Жалобы отмечаются в течение 1 года. Наследственность по патологии ЖКТ отягощена: мать – хронический холецистит, у бабушки по линии матери – желчнокаменная болезнь (оперирована в возрасте 54 лет).

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые. Язык обложен белым налетом. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 78 ударов в минуту; АД - 100/65 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах. При пальпации определяется болезненность в правом подреберье и околопупочной области. Пузырные симптомы слабо положительные. Печень и селезенка не увеличены.

ОАК: гемоглобин - 128 г/л, цветовой показатель - 0,91, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$; лейкоциты $7,2 \times 10^9$; п/я - 1%, с/я - 51%, эозинофилы - 6%, лимфоциты - 36%, моноциты - 8%, СОЭ - 6 мм/час.

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

Копрограмма – мышечные волокна без исчерченности (++) , жирные кислоты (++) .
Соскоб на энтеробиоз – отрицательный.

Ситуационная задача №19

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.

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 и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента, назовите изменения, выявляемые при инструментальных методах диагностики.
3. Назовите технику измерения и методику оценки артериального давления у ребенка 1 года жизни.

Ситуационная задача №20

В стационар на обследование поступил ребенок 3 месяцев. Мать жалуется на периодически появляющуюся одышку у ребенка, при кормлении делает паузы, вдохи, становится беспокойным, отстаёт в массе тела.

При осмотре выявляется бледность, мраморность кожных покровов с небольшим периферическим акроцианозом, гипергидроз кожных покровов. Обращает внимание одышка по типу тахипноэ с участием вспомогательной мускулатуры (ЧД – 54 в минуту), кашель при перемене положения ребенка. Верхушечный толчок смещен влево, вниз; сердечный толчок усилен, приподнимающийся. При пальпации улавливается систолическое дрожание в 3–4 межреберье слева. Границы сердечной тупости расширены в обе стороны, больше влево. Выслушивается грубый продолжительный систолический шум в 3–4 межреберье слева, одновременно на верхушке сердца определяется мезодиастолический шум. Усиление 2 тона на легочной артерии. ЧСС – 150 ударов в минуту. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Отмечается небольшое увеличение печени (+3 см из-под края реберной дуги), пальпируется край селезенки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз, определите стадию недостаточности кровообращения.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Ситуационная задача №21

Мальчик 12 лет предъявляет жалобы на боли в верхней половине живота ноющего характера, возникающие сразу после еды, особенно обильной, жирной, иногда на голодный желудок. Обычно боли проходят самостоятельно. Часто беспокоит чувство тяжести, переполнения в эпигастральной области, быстрое насыщение. Иногда бывает отрыжка воздухом, тошнота, редко рвота съеденной пищей, приносящая облегчение.

Указанные признаки появились у мальчика около года назад и первоначально отмечались редко, а в течение последних 3 месяцев беспокоят постоянно и стали более выраженными.

Из анамнеза известно, что у отца ребенка язвенная болезнь, у деда по линии отца рак желудка.

Ребенок астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые. Язык влажный. На спинке языка налет белого цвета. Рост 148 см, масса тела 35 кг. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 72 удара в минуту. Тоны сердца звучные, чистые. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Живот округлой формы, активно участвует в акте дыхания, умеренно болезненный в эпигастральной области и пилородуоденальной зоне. Печень и селезенка не пальпируются. Пузырные симптомы отрицательные. Мочеиспускание безболезненное. Стул со слов мальчика бывает ежедневно, оформленный, коричневой окраски.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования ребенка
3. Сформулируйте план лечения ребенка.

Ситуационная задача №22

Илья К. 16 лет обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на боли в эпигастральной области, возникающие преимущественно после приема жирной пищи,

отрыжку воздухом до 15 раз в сутки, периодически привкус горечи во рту, редко изжога (1 раз в неделю). Около 6 месяцев назад появились боли в животе и изжога. Первое время эти симптомы возникали периодически, в основном после переедания, но в последний месяц симптомы стали навязчивыми, вызывали значительный дискомфорт. Мальчик стал быстро уставать, ухудшилась успеваемость в школе. Питание с большими перерывами, злоупотребляет едой всухомятку. Курит по 1-2 сигареты в день. Алкоголь – пиво 1-2 раза в месяц.

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

ОАК: Нб - 128 г/л, ЦП - 0,91, Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$; лейкоциты - $7,4 \times 10^9/л$; п/я- 1%, с/я- 53%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 36%, моноциты - 7%, СОЭ - 6 мм/час.

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

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

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите этиопатогенетические причины и предрасполагающие факторы для возникновения данной патологии у детей старшего возраста.
3. Перечислите принципы лечения данного ребенка.

Ситуационная задача №23

На приеме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком 10 лет. Со слов матери, ребенок предъявляет жалобы на болевой синдром (в собственно эпигастриальной и околопупочной областях, ноющего характера, возникающие после еды), диспепсический синдром (изжога, отрыжка кислым и горьким), астеновегетативный синдром (слабость, утомляемость, головную боль).

Из анамнеза известно, что мальчик болен в течение 3 лет, не обследован. Наследственный анамнез: у отца и матери – язвенная болезнь желудка. В питании употребляет газированные напитки. Мальчик проживает в селе, помогает родителям на приусадебном хозяйстве.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Кожные покровы физиологической окраски. Язык обложен желто-зеленым налетом у корня. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. ЧДД – 22 в минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 84 удара в минуту, АД – 130/75 мм. рт. ст. Живот мягкий, болезненный в собственной эпигастриальной области, симптом Менделя (+). Печень по краю реберной дуги, мягко-эластической консистенции. Селезенка не пальпируется.

Лабораторные и инструментальные методы исследования: ФГС (в пищеводе язвенный дефект 1,0×0,5 см, линейные эрозии, гиперемия абдоминального отдела).

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Укажите заболевания с которыми следует провести дифференциальный диагноз.
4. Определите тактику лечения и обоснуйте ее.

Ситуационная задача №24

Девочка 12 лет поступила с жалобами на яркую сыпь на лице, в области ягодиц, суставов, выраженное шелушение в этих же областях, боли в ногах при ходьбе, стала быстро уставать, с трудом подниматься по лестнице, перестала самостоятельно одеваться.

В течение последнего месяца появились жалобы на боли в ногах (в подколенной области), при ходьбе стала быстро уставать. Ухудшение последние две недели - лающий кашель, насморк, температура не повышалась. Принимала отхаркивающие средства, диоксидин в нос. Затем отмечались конъюнктивит, стоматит, получала лечение – тетрациклиновую мазь за веко глаз, метрогил-дента на слизистую ротовой полости. С этого же времени стала отмечаться выраженная сухость, шелушение кожи, ладоней, стоп. Появилась сыпь на лице, ягодицах, в области локтевых и коленных суставов, усилились боли в ногах, с трудом стала подниматься по лестнице.

Объективно: состояние средней тяжести. Двигательная активность снижена. Сидит опираясь на руки, из положения лежа самостоятельно сесть не может, голова запрокидывается назад. Кожные покровы: яркая эритема на лице (в области щёк, носа, вокруг глаз), на ягодицах, в области крестца; в области локтевых и коленных суставов эритема с лиловым оттенком, с шелушением. В области нижних конечностей, туловища выраженная мраморность кожных покровов, в области поясницы древовидное ливедо, на ладонях проявления капиллярита. Отмечается отечность в области бедер, голеней, спины. Суставы без деформации, движения пассивные в полном объеме, б/б. Пальпация мышц б/б. Зев – миндалины гипертрофированы, налетов нет. Л/у не увеличены, б/б. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД- 22 в мин, экскурсия грудной клетки 2,5 см. ССС – область сердца визуально не изменена, перкуторно границы относительной тупости не расширены, аускультативно тоны достаточной звучности, ритм правильный, ЧСС – 120 в мин; в II-III м/реб у левого края грудины систолический шум. Живот мягкий, б/б, печень + 3,5 см, селезёнка не пальпируется. В ОАК – эр $3,8 \cdot 10^{12}/л$, Нв 126 г/л, тр $191 \cdot 10^9/л$, Л $6,0 \cdot 10^9/л$, Э -, п/я -,с/я 70%, л/ц 22%, м/ц 8%. СОЭ 10 мм/ч. Биохимический анализ крови: ЛДГ 952 е/л, КФК 1 276 е/л, КФК МБ 74 е/л, АСЛ «О» - 200 ме/мл, общий белок-58г/л, альбумины-49%,альфа1-7,5%,альфа2-12,5%,β-11%,γ-20%,кровь на ЛЕ-клетки отр.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Ситуационная задача №25

Настя Е. 8 лет поступила в клинику с жалобами, со слов матери, на слабость, головные боли, отечность век, бурое окрашивание мочи.

Из анамнеза жизни известно, что девочка от первой беременности, протекавшей с гипертензией и отечным синдромом в третьем триместре.

Настоящее заболевание началось после перенесенной ангины. Получала Флемоксин, Нурофен, но школу посещала. Через 2 недели заметили появление мочи цвета «мясных помоев», отечность век по утрам. Ребенок был госпитализирован. Анализы мочи ранее проводились неоднократно, патологических изменений не было.

Состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Пастозность век и голеней. Зев умеренно гиперемирован, миндалины гипертрофированы II-III степени, разрыхлены, наложений нет. Перкуторно над легкими звук легочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 в минуту. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 0,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 70 ударов в минуту. АД – 130/85 мм рт. ст. Живот мягкий, пальпация безболезненная во всех отделах. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Диурез 300 мл за сутки, моча цвета «мясных помоев».

ОАК: СОЭ – 21 мм/ч, лейкоциты – $11,3 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 2%, с/я – 64%, лимфоциты – 24%, моноциты – 6%, эозинофилы – 4%, Эр – $4,2 \times 10^{12}$ /л, Нб – 120 г/л, тромбоциты – 325×10^9 /л.

ОАМ: цвет – бурый, прозрачность – неполная, реакция – щелочная, удельный вес – 1009, белок – 0,8‰, лейкоциты – 1–2 в поле зрения, эритроциты – выщелоченные, покрывают все поле зрения, зернистые цилиндры – 3–4 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, альбумины – 53%, альфа-1-глобулины – 3%, альфа-2-глобулины – 17%, бета-глобулины – 12%, гамма-глобулины – 17%, билирубин общий – 18 мкмоль/л, билирубин прямой – 0,8 мкмоль/л, АЛТ – 23 Ед/л, АСТ – 28 Ед/л, мочевины – 15,2 ммоль/л (норма – 4,3–7,3 ммоль/л), креатинин – 188 мкмоль/л (норма – до 110 мкмоль/л), СРБ – 1,4 мг/дл (норма – до 0,05 мг/дл), калий – 5,6 ммоль/л, натрий – 148 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Обоснуйте необходимую терапию данного заболевания.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

Ситуационная задача №1

У мальчика 5 лет жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание. От первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении – 3400 г, длина – 52 см. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. На первом году жизни имела место пищевая аллергия на шоколад, клубнику, яйца в виде высыпаний на коже. Эпизоды затруднённого дыхания отмечались в 3 и 4 года на улице во время цветения тополей, купировались самостоятельно по возвращению домой. Лечение симптоматическое – ингаляции беродуала. Семейный анамнез: у матери ребёнка поллиноз. Настоящий приступ возник на даче во время цветения деревьев (май). При осмотре: температура тела – 36,7°C. Кожные покровы бледные, чистые. Кашель частый, непродуктивный. Дыхание свистящее, выдох удлинен. Зуд носа и глаз. ЧД – 30 ударов в 1 минуту. Над лёгкими коробочный перкуторный звук, аускультативно масса сухих хрипов по всей поверхности лёгких. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС – 106 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул оформленный, склонность к запорам.

Общий анализ крови: гемоглобин – 118 г/л, эритроциты – $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $5,8 \times 10^9$ /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 поле зрения, эритроциты – нет.

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

Вопросы:

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

Ситуационная задача №2

Девочка 2г8мес поступила с жалобами на лихорадку до 38,5 - 39,0, снижение аппетита, сыпь в области правого бедра, боли и припухлость в левом г/стопном суставе, в области левой кисти и л/з сустава, боли и ограничение объема движений в ШОП.

Из анамнеза: год назад отмечалась сыпь, лечились самостоятельно- местно- бепантен, драполен. Через 6 месяцев - ухудшение по кожному синдрому, стационарное лечение - с диагнозом атопический дерматит, получала местное лечение. Получала лечение - преднизолон 25мг в/м х1р/д- 4 дня, местное лечение - борно-нафталановая паста, тридерм, крем пимафукорт. Сыпь регрессировала. Через 3 недели стала жаловаться на боли в ногах, отмечалось повышение температуры до 38,5, гиперемия кожи и припухлость в области тыла левой стопы, сохранялась лихорадка до 39, осмотрена травматологом, на рентгенограмме левой стопы признаков перелома не выявлено. Объективно: Вес 13кг, рост- 91см. Состояние средней тяжести. Кожные покровы очень бледные, темные круги вокруг глаз, на коже в области бедер пятнистые элементы, гиперемия в области паховых складок, промежности. Катаральных явлений нет. Л/у – 0,7х1см, пальпируются все группы- шейные, подмышечные, паховые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД- 24 в мин. ССС – область сердца визуально не изменена, перкуторно границы относительной тупости не расширены, аускультативно тоны достаточной звучности, ритм правильный, тахикардия ЧСС 138 в мин, выслушивается систолический короткий шум по левому контуру грудины, максимально в 2 м/р, пульсация бедренных артерий удовлетворительная. АД 90/50мм.рт.ст. Живот мягкий, б/б, печень +2,5-3см, селезенка + край. Суставы – выраженная деформация левого голеностопного, левого л/з суставов, за счет экссудативных проявлений, движения в них болезненны, ограничены, отмечается значительное ограничение движений в ШОП, другие суставы внешне не изменены, движения в них не ограничены, девочка не может самостоятельно сесть из положения лежа. В ОАК – эр 3,13*10¹²/л, Нв 83 г/л, тр 656 10⁹/л, Л 23,6*10⁹/л, п/я 7%,с/я 81%, л/ц 10%, м/ц 2 %. СОЭ 78мм/ч. В биохимии крови: общий белок 58 г/л, альбумины 52 %, α1 – 5 %, α2 – 17,5 %, β - 12 %, γ - 13,5 %, R фактор < 8мг/л, СРБ – 48 мг/л, серомукоид 1,6 ед, АСЛО< 200ме/мл, фибриноген 7,99г/л, ферритин – 800 нг/мл, ЛДГ- 755 у/л, АЛТ – 34, АСТ – 43 Е/л, КФК – 46 у/л

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Ситуационная задача №3

Девочка 10 лет поступила с жалобами на боли в левом коленном суставе, правом голеностопном, утренняя скованность в этих суставах в течение 1 часа.

Из анамнеза: Дебют заболевания в возрасте 2 лет, когда на фоне общего здоровья появились припухлость, боль, утренняя скованность, ограничение подвижности в левом коленном суставе. При обследовании - СОЭ 52мм/ч, СРБ ++. Получала лечение - диклофенак натрия, амоксилав, вобензим, долгит крем, на фоне лечения сохранялись жалобы, деформация сустава, ограничение объема движений, в анализах крови сохранялась высокая воспалительная активность. Суставы - деформация левого коленного и правого голеностопного сустава, за счет экссудативно-пролиферативных изменений, надколенник левого коленного сустава баллотирует, движения в этих суставах умеренно болезненны, ограничены, движения в левом лучезапястном суставе в полном объеме, умеренно болезненны, внешне лучезапястные и другие суставы без деформации.

УЗИ суставов - в верхнем завороте левого коленного сустава жидкость до 7мм, жидкости в полостях т/б, г/стопных суставов жидкости не выявлено.

Рентгенограмма голеностопных суставов - умеренный остеопороз, сужение суставной щели правого голеностопного сустава.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Ситуационная задача №4

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

До 1 года ребёнок развивался в соответствии с возрастом. В возрасте 11,5 месяцев перенёс ОРЗ с катаральными и диспепсическими явлениями (боли в животе, жидкий стул, рвота), отмечалась субфебрильная температура. Через 2–3 недели после выздоровления, ребёнок стал быстро уставать, во время игр отмечалась одышка. 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.

Состояние тяжёлое, аппетит снижен, неактивен. Вес 10 кг. Кожные покровы бледные. ЧДД –48 в минуту, в лёгких выслушиваются единичные, влажные хрипы в нижних отделах слева по передней поверхности. Область сердца: визуально –небольшой сердечный левосторонний горб, перкуторно границы относительной сердечной тупости: правая –по правому краю грудины, левая –по передней подмышечной линии, верхняя –II межреберье, ЧСС –146 уд. в минуту, тоны сердца приглушены, в большей степени I тон на верхушке. На верхушке выслушивается негрубого тембра систолический шум, связанный с I тоном. Живот мягкий, печень +4 см из-под края рёберной дуги, селезёнка +1 см. Отмечаются отёки в области лодыжек. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

ОАК: эритроциты– $3,2 \times 10^{12}/л$; гемоглобин –109 г/л; лейкоциты – $8,4 \times 10^9/л$; 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 и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента, назовите изменения, выявляемые при инструментальных методах диагностики.
3. Назовите основные группы препаратов для лечения данного заболевания.

Ситуационная задача №5

Мальчик К. 11 месяцев на приеме у врача-педиатра участкового с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 7,0 кг), появление одышки и периорального цианоза при физическом или эмоциональном напряжении.

Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с двухмесячного возраста, при кормлении отмечалась быстрая утомляемость вплоть до отказа от груди. Бронхитами и пневмониями не болел.

При осмотре: кожные покровы с цианотичным оттенком, периферический цианоз, симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Область сердца визуально не изменена, границы относительной сердечной тупости: левая – по левой средне-ключичной линии, правая – по правой парастернальной линии, верхняя – II межреберье. Тоны сердца звучные. ЧСС – 140 ударов в минуту. Вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум жесткого тембра, II тон ослаблен во втором межреберье слева. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД – 40 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется.

Дополнительные данные исследования по cito:

Общий анализ крови: гематокрит – 49% (норма - 31-47%), гемоглобин – 170 г/л, эритроциты – $5,4 \times 10^{12}/л$, цветной показатель – 0,91, лейкоциты – $6,1 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 30%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 60%, моноциты - 6%, СОЭ – 2 мм/час.

Общий анализ мочи: в норме.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обеднение какого круга кровообращения характерно для данных пороков сердца.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента до госпитализации.

Ситуационная задача №6

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 снаружи от правой парастернальной линии, верхняя – верхний край III ребра, левая – на 1 см снаружи от среднечлужичной 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 корочечным оттенком. ЧД – 26 в минуту. Отеков нет.

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

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента, назовите изменения, выявляемые при инструментальных методах диагностики.
3. Назовите составляющие компоненты выявленного врожденного порока сердца.

Ситуационная задача №7

В стационар на обследование поступил ребенок 3 месяцев. Мать жалуется на периодически появляющуюся одышку у ребенка, при кормлении делает паузы, вдохи, становится беспокойным, отстает в массе тела.

При осмотре выявляется бледность, мраморность кожных покровов с небольшим периферическим акроцианозом, гипергидроз кожных покровов. Обращает внимание одышка по типу тахипноэ с участием вспомогательной мускулатуры (ЧД – 54 в минуту), кашель при перемене положения ребенка. Верхушечный толчок смещен влево, вниз; сердечный толчок усилен, приподнимающийся. При пальпации улавливается систолическое дрожание в 3–4 межреберье слева. Границы сердечной тупости расширены в обе стороны, больше влево. Выслушивается грубый продолжительный систолический шум в 3–4 межреберье слева, одновременно на верхушке сердца определяется мезодиастолический шум. Усиление 2 тона на легочной артерии. ЧСС – 150 ударов в минуту. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Отмечается небольшое увеличение печени (+3 см из-под края реберной дуги), пальпируется край селезенки.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз, определите стадию недостаточности кровообращения.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
3. Какое неотложное состояние может возникнуть у пациента, к какому осложнению оно может привести?

Ситуационная задача №8

Мальчик Д. 4 года с мамой обратились к врачу-нефрологу поликлиники с жалобами на повышение температуры тела, недомогание, слабость, снижение аппетита, периодические боли в животе.

В течение года у ребенка отмечались подъемы температуры тела до фебрильных цифр без явных катаральных явлений. Симптомы расценивали как проявления ОРВИ, по поводу чего получал противовирусные, жаропонижающие препараты, короткие курсы антибиотиков. УЗИ почек на первом году жизни – без патологии. Анализы мочи в течение последнего года до настоящего обращения не исследовались.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 37,3 °С, ЧСС – 110 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт. ст. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Носовое дыхание свободное. Зев спокоен. Аускультативно дыхание в легких пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускания 4-5 раз в сутки по 150-200 мл, свободные, периодически отмечается беспокойство при мочеиспускании. Стул – оформленный, регулярный.

ОАК: эритроциты – $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты – $15,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, с/я – 66%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 30 мм/час.

ОАМ: белок – 0,3 г/л, лейкоциты – 170-180 в поле зрения, эритроциты – 3-5 в поле зрения, реакция щелочная.

По данным диагностической тест-полоски – бактериурия ++. УЗИ почек выявило уплотнение стенок ЧЛС, пиелэктазия слева (лоханка 9 мм на наполненный мочевой пузырь, 14 мм – после микции).

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный предварительный диагноз.
2. Укажите необходимое исследование для уточнения диагноза и определения тактики ведения (проводимое после достижения ремиссии заболевания).
3. Антибактериальные препараты каких групп наиболее часто используются при этом заболевании?

Ситуационная задача №9

К врачу-педиатру участковому обратились мама с девочкой 5 лет. Три дня назад повысилась температура тела до 38,5°C, сниженный аппетит, вялость. Вызвали скорую помощь, введена литическая смесь, рекомендовано лечение по поводу ОРВИ. Получала Анаферон, теплое питье. В течение последующих 2 дней продолжала высоко лихорадить, наблюдалось изменение мочи (мутная). В связи с чем обратились к врачу-педиатру участковому.

С 3 летнего возраста отмечаются эпизоды (3–4 раза в год) немотивированного подъема температуры тела до 38–39°C при отсутствии катарального синдрома.

Состояние средней тяжести: температура 37,6°C. Кожные покровы бледные, катаральные явления отсутствуют. Рост – 110 см, масса – 19,0 кг. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 90 ударов в минуту, АД – 110/90 мм рт. ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон, больше справа. Пальпация правой почки умеренно болезненна.

ОАК: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $12,5 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с/я – 60%, лимфоциты – 30%, моноциты – 5%, СОЭ – 28 мм/час.

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

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

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

Посев мочи: высеяна Клебсиелла в количестве 100000 микробных тел/мл, чувствительная к Амикацину, Клафрану, Фурамагу, Амоксилаву, Ципрофлоксацину.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы у данного пациента.
2. Поставьте и сформулируйте диагноз.
3. Определите тактику ведения пациента и назовите комплекс планируемых мероприятий после выписки из стационара при данном заболевании.

Ситуационная задача №10

Больной 8 лет (рост 130 см, вес 28 кг) обратился к врачу-педиатру участковому с жалобами на отеки лица, голеней, появление мочи темного красно-коричневого цвета. Симптомы родителями выявлены утром в день обращения. За две недели до обращения перенес тонзиллит, лечился самостоятельно без применения антибиотиков.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, отмечается отечность лица, пастозность голеней и стоп. Миндалины гипертрофированы II–III степени, разрыхлены, без наложений. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 140/85 мм рт. ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, 4–5 раз в день, небольшими порциями. Стул – оформленный регулярный.

ОАК: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $10,3 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 24%, моноциты – 6%, СОЭ – 20 мм/час.

ОАМ: количество – 70,0 мл, цвет – красный, реакция – щелочная, относительная плотность – 1023, эпителий – 1-2 в поле зрения, цилиндры – эритроцитарные 4-5 в поле зрения, белок – 0,9 г/л, эритроциты – измененные, покрывают все поля зрения, лейкоциты – 2-3 - в поле зрения.

УЗИ: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка без патологии. Почки расположены обычно, размеры не увеличены, паренхима не изменена. ЧЛС (чашечно-лоханочная система) имеет обычное строение.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Какое исследование необходимо провести для уточнения этиологического фактора?
3. Определите диагностическую тактику ведения пациента и назовите комплекс планируемых лечебных мероприятий при данном заболевании.

Ситуационная задача №11

На приеме врача-педиатра участкового мать с мальчиком 6 лет. Жалоб активно не предъявляет. Ребенок перенес скарлатину, при контрольном исследовании мочи выявлено: белок 1 г/л, эритроциты 50-80 в поле зрения.

Из анамнеза жизни: мальчик от первой беременности, родился в срок, с массой тела 3600 г. Раннее развитие без особенностей. Перенес несколько раз ангину, ветряную оспу. Наследственность по заболеваниям органов мочевой системы не отягощена.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, чистые. Пастозность голеней и стоп. Температура тела – 36,8 °С. Зев умеренно гиперемирован, миндалины II степени, рыхлые, без наложений. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца ритмичные, АД - 125/70 мм рт. ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не увеличена. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускания безболезненные, моча желтая, не пенится.

ОАК (общий анализ крови): лейкоциты - $12,5 \times 10^9$ /л, эритроциты - $4,43 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 117 г/л, тромбоциты - $279,0 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 5%, нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 24%, моноциты – 6%, СОЭ – 42 мм/час.

ОАМ (общий анализ мочи): относительная плотность – 1025, белок – 1,05 г/л, эритроциты – 60-80 в поле зрения, свежие и измененные, лейкоциты – 3-5 в поле зрения.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Укажите, есть ли необходимость госпитализации и какие лабораторно-инструментальные исследования необходимы для подтверждения диагноза.
3. Укажите группы медикаментозных препаратов для лечения данного заболевания.

Ситуационная задача №12

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

Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей без осложнений, родился в срок с массой тела - 3200 г, длиной тела - 52 см, оценкой по Апгар 8/9 баллов. На грудном вскармливании до 1 года. Из перенесенных заболеваний – редко ОРВИ, после 5-летнего возраста – трижды лакунарные ангины, у матери - хронический тонзиллит. Три недели назад перенес лакунарную ангину, последнюю неделю посещал

школу. В течение двух последних дней появились недомогание, головная боль, однократно было носовое кровотечение, стал редко мочиться.

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

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

Общий анализ мочи:

COLOR - бурый, CLA - мутная, pH – 6,0, плотность - 1024, PRO – 1,5 г/л, BNL - NEG, YRO - NORM, GLU – NEG, WBC – 10 в поле зрения, RBC – сплошь покрывают все поля зрения, ЕС – единицы в поле зрения, цилиндры CAST гиалиновые – 5-6 в поле зрения, цилиндры CAST – эритроцитарные — 10-15 в поле зрения.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
3. Составьте план медикаментозного лечения. В каком случае данному больному показано проведение биопсии почек.

Ситуационная задача №13

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

Болен с 6 лет, заболевание возникло остро через 2 недели после перенесенной скарлатины, появились отеки, протеинурия, гематурия, повышение артериального давления. Лечение получал в стационаре, после выписки врачом-нефрологом и врачом-педиатром участковым не наблюдался, анализы сдавал очень редко, в анализах фиксировались изменения по типу протеинурии и микрогематурии.

Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей на фоне хронической фетоплацентарной недостаточности (ХФПН), гестоз в 3 триместре. Роды вторые в 40 недель, период новорожденности протекал без особенностей.

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

ОАК: Hb – 96 г/л, Эр – $2,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $7,8 \times 10^9$ /л, Тг – 210×10^9 /л, СОЭ – 40 мм/ч;

Биохимический анализ крови: белок – 50 г/л, альбумины – 30,1 г/л, α 1- глобулины – 6%, α 2-глобулины – 48%, β -глобулины – 14%, γ -глобулины – 14%, холестерин – 12,8 ммоль/л, мочевины – 10,4 ммоль/л, креатинин – 270 ммоль/л, калий – 6,23 ммоль/л, натрий – 144 ммоль/л;

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

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Укажите группы медикаментозных препаратов для лечения данного заболевания.

Ситуационная задача №14

На приеме врача-педиатра участкового девочка 13 лет с жалобами на поздние, голодные боли в эпигастральной области. Просыпается от боли по ночам. Боль уменьшается при приеме пищи, но спустя 1,5-2 часа после еды усиливается. Периодически беспокоит изжога, отрыжка кислым. Считает себя больной в течение года, но в последнее время приступы боли в животе стали чаще и интенсивнее. Не обследовалась.

Из анамнеза жизни: учится в английской и музыкальной школах. Отличница. Режим питания не соблюдает. У отца – язвенная болезнь желудка.

Объективно: девочка правильного телосложения, пониженного питания. Кожа чистая, влажная. Язык обложен грязно-белым налетом. Саливация сохранена. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 68 ударов в минуту. При поверхностной пальпации живота определяется мышечное напряжение в эпигастральной и пилорoduоденальной области. Здесь же локальная болезненность при глубокой пальпации. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам. Мочеиспускания безболезненные.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Укажите методы диагностики инфекции *Helicobacter pylori*.
3. Какова тактика врача – педиатра участкового в отношении данного пациента? Основные принципы лечения и диетотерапии?

Ситуационная задача №15

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

Из анамнеза: у матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца – гастрит, у бабушки по линии матери – язвенная болезнь желудка.

Кожа бледно-розовая, чистая. Живот при поверхностной и глубокой пальпации с небольшим мышечным напряжением и болезненностью в эпигастрии и пилорoduоденальной области. Печень не увеличена. Стул регулярный, оформленный. По другим органам без патологии.

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

ОАМ: в норме

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

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

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

Дыхательный уреазный тест: положительный.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Перечислите основные методы диагностики НР-инфекции.
3. Современные принципы лечения данного заболевания.

Ситуационная задача №16

Полина И. 7 лет на приеме у врача-педиатра участкового с жалобами на эпизодические боли в правом подреберье ноющего характера. Эпизодически болевые ощущения в этой зоне длительностью 20-30 минут, возникающие после еды, физической нагрузки, купирующиеся самостоятельно, на протяжении 7 месяцев, отрыжку воздухом, ощущение тяжести в правом подреберье, сниженный аппетит, склонность к запорам.

Наследственность: у матери – хронический холецистит, ожирение; у бабушки (по линии матери) – желчнокаменная болезнь.

Кожные покровы телесного цвета, видимые слизистые оболочки чистые, розовые. Язык обложен белым налетом. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 80 ударов в минуту; АД - 100/65 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах. Печень выступает на 1 см из-под реберной дуги, селезенка не увеличена. Пузырные симптомы Ортнера, Кери, Мерфи – положительные. Стул оформленный.

ОАК: гемоглобин - 132 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$; лейкоциты - $7,2 \times 10^9/л$; п/я - 3%, с/я - 49%, эозинофилы - 5%, лимфоциты - 36%, моноциты - 7%, СОЭ - 6 мм/час.

Копрограмма – мышечные волокна без исчерченности (++) , жирные кислоты (++) , крахмал внеклеточный (++) ; нейтральный жир - ++.

Динамическое УЗИ желчного пузыря – желчный пузырь расположен вертикально, удлиненной формы 61×22 мм, толщина стенки - 2мм, сократимость желчного пузыря после желчегонного завтрака составила 20%. Регистрируется перегиб в области тела желчного пузыря (частично устраняющийся в положении стоя)

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
3. Составьте план лечения.

Ситуационная задача №17

На приеме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком 9 лет. В течение 1,5 лет у ребенка повторные приступы болей в околопупочной области и левом подреберье, иррадиирующие иногда в спину или имеющие опоясывающий характер. Боли сопровождаются многократной рвотой. Приступы провоцируются обильной пищей, «праздничным» столом. Последний приступ был в течение 2 дней перед госпитализацией. Стул неустойчивый, часто разжиженный, обильный.

У матери 34 лет – гастрит, у бабушки (по матери) – холецистопанкреатит, сахарный диабет.

Осмотр: рост 136 см, масса 26 кг. Кожа бледно-розовая, чистая. Сердце – тоны звучные, ясные, ЧСС – 92 удара в минуту, АД – 95/60 мм рт. ст., дыхание – хрипов нет. Живот вздут в верхней половине, при глубокой пальпации болезненный в эпигастрии, в зоне Шоффара, точках Де-Жардена, Мейо-Робсона. Печень у края реберной дуги, симптомы желчного пузыря слабо положительные.

ОАК: Нб – 124 г/л; ЦП – 0,88; Эр – $4,2 \times 10^{12}$ /л.; лейкоциты – $6,6 \times 10^9$ /л; п/я – 4%, с/я – 51%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 36%, моноциты – 6%; СОЭ – 12 мм/час.

ОАМ: цвет – соломенно-желтый, прозрачная; рН – 6,0; плотность – 1021; белок – нет; сахар – нет; лейкоциты – 2–3 в поле зрения; эритроциты – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок – 78 г/л, альбумины – 52%, глобулины: альфа1 – 5%, альфа2 – 14%, бета – 13%, гамма – 16%; ЩФ – 14,5 Ед/л, амилаза – 120 Ед/л, тимоловая проба – 3 ед., общий билирубин – 12 мкмоль/л, из них связанный – 3 мкмоль/л., СРБ (+). Диастаза мочи: 128 ед. (норма 32–64).

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная, сосуды печени не расширены. Поджелудочная железа: головка – 22 мм (норма 16), тело – 18 мм (норма 14), хвост – 26 мм (норма 18), гиперэхогенные включения, несколько уплотнена капсула поджелудочной железы.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Какова причина заболевания в данном случае?
3. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм. Дайте рекомендации по диетотерапии.

Ситуационная задача №18

Мальчик К. 11 месяцев на приеме у врача-педиатра участкового с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 7,0 кг), появление одышки и перiorального цианоза при физическом или эмоциональном напряжении.

Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с двухмесячного возраста, при кормлении отмечалась быстрая утомляемость вплоть до отказа от груди. Бронхитами и пневмониями не болел.

При осмотре: кожные покровы с цианотичным оттенком, периферический цианоз, симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Область сердца визуально не изменена, границы относительной сердечной тупости: левая – по левой средне-ключичной линии, правая – по правой парастеральной линии, верхняя – II межреберье. Тоны сердца звучные. ЧСС – 140 ударов в минуту. Вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум жесткого тембра, II тон ослаблен во втором межреберье слева. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД – 40 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется.

ОАК: гематокрит – 49% (норма - 31-47%), гемоглобин – 170 г/л, эритроциты – $5,4 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель – 0,91, лейкоциты – $6,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 30%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 60%, моноциты - 6%, СОЭ – 2 мм/час.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обеднение какого круга кровообращения характерно для данных пороков сердца.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента до госпитализации.

Ситуационная задача №19

На прием к врачу-педиатру участковому обратилась мать с сыном 2 лет. Жалобы на небольшую одышку при беге, бледность.

Анамнез заболевания: в месяц обнаружен шум в сердце. Указанные жалобы появились в последние 6 месяцев. Ребенок от 1 беременности, протекавшей с токсикозом (тошнота, рвота) в I половине. В 7-8 недель беременности женщина перенесла грипп. Роды в 38 недель, Масса при рождении – 3100 г, длина – 54 см. Перенесенные заболевания: ОРЗ до 6-8 раз в год, острый бронхит – 2 раза в течение последних 6 месяцев.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Дыхание везикулярное, ЧД –28 в минуту. В области сердца -небольшой сердечный горб, верхушечный, толчок разлитой, приподнимающий. При пальпации -определяется дрожание во 2 межреберье слева, пульс высокий и быстрый, ЧСС –105 в минуту, АД – 105/35 мм рт.ст. При перкуссии сердца: правая граница –по парастеральной линии, верхняя –II ребро, левая –на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Выслушиваются 2 тона, акцент II тона над лёгочной артерией. Выслушивается систоло-диастолический шум во 2 межреберье слева от грудины, проводится на спину. Печень, селезёнка не пальпируются.

ОАК: эритроциты $-3,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин -120 г/л, ретикулоциты -8‰, тромбоциты $-310 \times 10^9/л$, лейкоциты $-6,3 \times 10^9/л$, эозинофилы -2%, п/я -3%, с/я -35%, лимфоциты -55%, моноциты -5%, СОЭ -8 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес -1020, белок, эритроциты, лейкоциты -нет.

ЭКГ –синусовый ритм с ЧСС 105 в минуту, отклонение ЭОС влево, RV5-6 + SV1-2 = 41 мм, зубец Т сглажен.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Определите тактику ведения пациента.

Ситуационная задача №20

Девочка 13 лет предъявляет жалобы на постоянные, тупые, ноющие боли и чувство тяжести в правом подреберье. Часто бывает отрыжка воздухом, тошнота. Периодически отмечаются боли в эпигастрии. Указанные жалобы беспокоят более 6 месяцев. Со слов мамы, девочка очень любит чипсы, бутерброды, жареное, острые приправы. Ведет малоподвижный образ жизни, предпочитает чтение, занятия за компьютером, рисование.

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

Состояние пациентки средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, умеренной влажности, чистые. Слизистая полости рта бледно-розовой окраски, имеется краевая иктеричность склер. Язык влажный, незначительно обложен беловато-желтым налетом у корня. Девочка правильного телосложения, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, чистые. Живот округлой формы, участвует в акте дыхания. При пальпации живота отмечается умеренная болезненность в эпигастриальной, околопупочной областях. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, край печени округлый, мягкоэластической консистенции; определяются слабо положительные симптомы Кера и Ортнера. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание безболезненное. Стул со слов девочки бывает 1 раз в 2-3 дня, крутой, иногда типа «овечьего».

ФЭГДС: слизистая оболочка желудка и двенадцатиперстной кишки слабо отечна и гиперемирована.

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

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите методы исследования, необходимые для верификации данной патологии, дайте их обоснование.
3. Назовите группы препаратов для лечения данной патологии.

Ситуационная задача №21

Ситуационная задача №22

На приеме у врача-педиатра участкового мальчик 12 лет. В течение последнего года беспокоят боли в эпигастральной области, редко боли за грудиной, изжога, отрыжка, тошнота. При эзофагогастродуоденоскопии выявлен эрозивный эзофагит.

Тест на антитела к *Helicobacter pylori* ИФА-методом – отрицательный.

Выставлен диагноз «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (рефлюкс-эзофагит II (B) степени)».

Вопросы:

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

Ситуационная задача №23

Девочка М. 16 лет пришла на прием к врачу-педиатру участковому с жалобами на боли в животе, чувство жжения за грудиной, отрыжку кислым, воздухом, изжогу.

Боли в животе беспокоят в течение 3 лет. Амбулаторно не обследовалась, лечение не получала. В течение последнего года у девочки появилась изжога, отрыжка, периодически отмечающиеся эпизоды кашля по ночам. Наследственность отягощена: у матери – хронический гастрит, у отца – эрозивный дуоденит.

Объективно: масса 48 кг, рост 158 см. Состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, отмечается мраморный рисунок. Аускультативно – везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД - 18 в 1 минуту. Тоны сердца средней звучности, ритм правильный. Ps - 78 в 1 минуту. Язык обложен у корня неплотным налетом белого цвета. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в области эпигастрия. Печень у края реберной дуги. Стул и диурез не нарушены.

ОАК: эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 124 г/л, ЦП - 0,9, лейкоциты - $6,5 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%; п/я - 3%; с/я - 57%; лимфоциты - 31%; моноциты - 8%, СОЭ - 8 мм/ч.

Биохимический анализ крови: билирубин общий - 14,1 мкмоль/л, прямой - 2,5 мкмоль/л, АЛТ - 48,1 нм/сл.

ФЭГДС: отмечается отек, сливные эрозии слизистой пищевода. Слизистая антрального отдела желудка резко гиперемирована, отечна. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки гиперемирована.

HELPII-тест – резко положительный.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Какие препараты следует назначить пациенту?
4. Через какой промежуток времени и какими препаратами можно повторно проводить эрадикацию *Helicobacter pylori*?

Ситуационная задача №24

На приеме врача-педиатра участкового девочка 13 лет с жалобами на поздние, голодные боли в эпигастральной области. Просыпается от боли по ночам. Боль уменьшается при приеме пищи, но спустя 1,5-2 часа после еды усиливается. Периодически беспокоит изжога, отрыжка кислым. Считает себя больной в течение года, но в последнее время приступы боли в животе стали чаще и интенсивнее. Не обследовалась.

Из анамнеза жизни: учится в английской и музыкальной школах. Отличница. Режим питания не соблюдает. У отца – язвенная болезнь желудка.

Объективно: девочка правильного телосложения, пониженного питания. Кожа чистая, влажная. Язык обложен грязно-белым налетом. Саливация сохранена. Лимфоузлы

не увеличены. Дыхание везикулярное, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 68 ударов в минуту. При поверхностной пальпации живота определяется мышечное напряжение в эпигастральной и пилорoduоденальной области. Здесь же локальная болезненность при глубокой пальпации. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам. Мочеиспускания безболезненные.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Укажите методы диагностики инфекции *Helicobacter pylori*.
3. Какова тактика врача – педиатра участкового в отношении данного пациента? Основные принципы лечения и диетотерапии?

Ситуационная задача №25

Девочка 8 лет с жалобами на повышенную утомляемость, на постоянные боли в животе, не локализованные, не связанные с приемом пищи, повышение температуры до 38,9°C.

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

При осмотре: состояние тяжелое, высоко лихорадит, кожные покровы чистые, слизистые сухие, лихорадочный румянец. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, шумов нет. ЧСС – 118 уд/мин. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Печень +1 см из-под реберного края. Симптом поколачивания по пояснице отчетливо положительный справа. Мочеиспускания редкие, безболезненные.

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

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

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Определите диагностическую тактику ведения пациента и назовите комплекс планируемых лечебных мероприятий при данном заболевании.